

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL
MESTRADO ACADÊMICO

RAMIRO FIGUEIREDO CATELAN

**ANTECIPAÇÃO DO ESTIGMA RELACIONADO AO HIV: IMPACTO NO
COMPORTAMENTO DE TESTAGEM EM CONSCRITOS DO EXÉRCITO
BRASILEIRO**

PORTO ALEGRE

2018

RAMIRO FIGUEIREDO CATELAN

**ANTECIPAÇÃO DO ESTIGMA RELACIONADO AO HIV: IMPACTO NO
COMPORTAMENTO DE TESTAGEM EM CONSCRITOS DO EXÉRCITO
BRASILEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social e Institucional.

Orientador: Prof. Dr. Henrique Caetano Nardi
Coorientador: Prof. Dr. Angelo Brandelli Costa

PORTO ALEGRE

2018

RAMIRO FIGUEIREDO CATELAN

**ANTECIPAÇÃO DO ESTIGMA RELACIONADO AO HIV: IMPACTO NO
COMPORTAMENTO DE TESTAGEM EM CONSCRITOS DO EXÉRCITO
BRASILEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social e Institucional.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Henrique Caetano Nardi – Orientador
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional – UFRGS

Prof. Dr. Angelo Brandelli Costa – Coorientador
Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PUCRS

Profa. Dr. Luis Artur Costa
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional – UFRGS

Profa. Dra. Luísa Fernanda Habigzang
Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PUCRS

Profa. Dra. Tonantzin Ribeiro Gonçalves
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – UNISINOS

PORTO ALEGRE

2018

Dedico este trabalho a todas as pessoas que vivem com HIV/AIDS e àquelas que tiveram sua existência ceifada por conta de agravos relacionados à AIDS. A omissão do Estado e da sociedade civil diante do grave cenário que vivemos no contexto brasileiro e o dismantelamento das políticas públicas são inadmissíveis e precisam ser denunciados e combatidos. Este trabalho pretende fomentar possíveis ações para aplacar a pior epidemia que enfrentamos: a do estigma e do preconceito.

AGRADECIMENTOS

Meu processo de mestrado foi atravessado por uma série de experiências, situações e pessoas. Não foi um percurso fácil, mostrando-se desafiador em diversos aspectos. Enquanto psicólogo, acredito muito no valor do reconhecimento. Tenho muito a agradecer a muitas pessoas.

Ao Henrique, meu orientador, grande referência intelectual, por ter me permitido exercitar a autonomia no processo de pesquisa. Contribuíste imensamente com meu crescimento enquanto pesquisador, sempre muito solícito, disponível e empático. Agradeço por acreditar nas potências das nossas diferenças metodológicas e nas possibilidades delas derivadas. És uma grande inspiração para mim e espero que possamos continuar trabalhando juntos.

Ao Angelo, meu coorientador, parceiro de pesquisa desde 2014 e futuro orientador de doutorado. Quem convive comigo conhece toda a admiração que tenho por ti. Foste crucial na reestruturação da minha perspectiva acadêmica e me abriste uma série de horizontes e oportunidades. Gosto muito de trabalhar contigo. Obrigado por toda a confiança e investimento que tem feito em mim.

Ao Luis Artur Costa, Luísa Habigzang e Tonantzin Gonçalves, por aceitarem compor minha banca de defesa de dissertação. Vocês são grandes inspirações, modelos de docentes e pesquisadores nos quais me baseio, e é uma honra contar com a presença de vocês nesse momento importante da minha trajetória.

À Paula Sandrine Machado, pelas contribuições fundamentais na banca de qualificação e por ter acompanhado minha inserção no campo de estudos de gênero e sexualidade.

Ao Fernando Seffner, pelos assinalamentos feitos no meu projeto durante o evento Interloquções Metodológicas do nosso PPG e pela aprendizagem oportunizada no Seminário Avançado: HIV/AIDS, Saúde, Educação e Sociedade (UFRGS/PUCRS).

À Analice Palombini, que durante sua gestão como coordenadora do PPGPSI foi muito atenciosa, paciente e flexível com meus anseios atípicos e prazos apertados.

Ao General Rogério Pedrotti, Coronel Mário Andreuzza e Coronel Ary Gusmão Filho, por abrirem as portas do Comando Militar do Sul para a realização dessa pesquisa.

À Juliana Sbicigo e Felipe Villanova, pelo importante auxílio na análise estatística.

A todas as pessoas do Núcleo de Pesquisa em Sexualidade e Relações de Gênero (NUPSEX/UFRGS), em especial à Cristiane Baratto e Mariana Junges, que tornaram o processo de mestrado mais afetivo e menos solitário.

A todas as pessoas do Grupo de Pesquisa Preconceito, Vulnerabilidade e Processos Psicossociais (PVPP/PUCRS), em especial à Mariana Leonhardt, Letícia Pessoa, Melina Dupont, Gabriel Zanella e Alexandre Lucas, que desempenharam papel importante na aplicação dos instrumentos e na transcrição e tabulação dos dados. Ao Fernando Azevedo, Jean Ícaro Vezzosi, Marina Brasil, Ítala Chinazzo e Juliana Stucky, por me ajudarem a enfrentar as adversidades do percurso com bom humor, parceria e afeto.

Ao Ricardo Feix, por ter plantado a semente do meu devir-psicólogo e ter afirmado enfaticamente que um dia eu seria um grande pesquisador.

À Kelly Paim, cujo afeto, cuidado e autenticidade foram essenciais para meu crescimento emocional.

À Júlia Schafer, pela sensibilidade, paciência, ternura, disponibilidade e carinho; por me ajudar a abraçar a vulnerabilidade e imperfeição e construir uma vida mais valiosa.

Aos meus pais, Héliida e Danilo Catelan, pela compreensão das minhas ausências e apoio geral que me possibilitou a conclusão da graduação e entrada no mestrado. À minha irmã, Dora Catelan, pelo constante estímulo, incentivo e torcida.

À Adriana Zilberman e à Mara Lins, por me darem a oportunidade de ser monitor da primeira turma da Especialização em Terapia Cognitivo-Comportamental do CEFI em Porto Alegre e por confiarem no meu trabalho.

Ao Leandro Feix, meu supervisor clínico e orientador na especialização, grande modelo de psicólogo. Teu apoio foi muito importante para que eu me dedicasse ao mestrado com mais tranquilidade.

À Sílvia Koller, que por diversas vezes me incentivou direta e indiretamente a seguir a carreira acadêmica. Obrigado por acreditar em mim.

À Taylane Maschio, pela parceria no consultório e na vida.

À Gislaine Schramm, cujo apoio foi muito importante para sedimentar o caminho que me trouxe até aqui.

Ao Gabriel Galli, que sempre me estimulou a seguir adiante e me amparou em momentos fundamentais. Obrigado por tudo!

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa de estudos que viabilizou essa pesquisa. A ciência brasileira sempre foi subfinanciada. Entretanto, neste momento grave do cenário político brasileiro, causa ainda mais revolta a sequência de cortes de verba realizada pelo governo de Michel Temer – presidente empossado por manobras parlamentares –,

que vem causando instabilidade política, social e econômica. Um país que não valoriza quem produz ciência e educação está fadado ao fracasso social.

A todos os participantes dessa pesquisa. A colaboração de vocês foi fundamental para a produção de conhecimento sobre estigma, HIV/AIDS e comportamentos sexuais.

RESUMO

Diversos estudos apontam o impacto deletério que o estigma relacionado ao HIV tem em ações de prevenção e tratamento, trazendo consequências negativas para pessoas soropositivas e para a população de modo geral. Porém, no contexto latino-americano e brasileiro, pouco têm sido exploradas as nuances da antecipação do estigma relacionado ao HIV, ou seja, a expectativa de rejeição/preconceito que pessoas podem experimentar ao considerarem a possibilidade de algum dia contraírem HIV. Na contramão da resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS, o Exército Brasileiro tem adotado posturas negativas em relação a pessoas soropositivas, promovendo aposentadorias, expulsões e impedindo pessoas que vivem com HIV de ingressarem na corporação. Esta pesquisa se propôs a investigar o impacto da antecipação do estigma relacionado ao HIV no comportamento de testagem em conscritos do Exército Brasileiro. Participaram 434 homens entre 18 e 20 anos, que assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo garantidos o sigilo e anonimato dos dados. Foi aplicado um protocolo contendo perguntas sociodemográficas; uma Escala de Antecipação do Estigma; uma escala de conhecimentos sobre formas de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV; uma Escala de Preconceito Contra Diversidade Sexual e de Gênero (EPDSG); e medidas de frequência de comportamento sexual de risco e percepção de risco. Foram rodados testes-t para amostras independentes, verificando diferenças na antecipação do estigma de acordo com variáveis sociodemográficas. Em seguida foram realizadas análises de regressão logística bivariadas, tendo como variável dependente a testagem. Também foram realizadas correlações de Pearson entre o escore geral de antecipação do estigma e o escore geral da EPDSG. As variáveis que obtiveram significância foram incluídas no modelo de regressão logística final. O principal desfecho encontrado diz respeito à associação estatisticamente significativa entre comportamento de não testagem e antecipação do estigma relacionado ao HIV. Ainda, foi encontrada relação significativa entre antecipação do estigma relacionado ao HIV e preconceito contra diversidade sexual e de gênero. Foi discutida a implicação dos dados à luz do modelo da vulnerabilidade e feitas considerações a respeito da relação do Exército com a temática do HIV/AIDS.

Palavras-chave: HIV/AIDS. Estigma. Exército. Testagem. Comportamento sexual.

ABSTRACT

Several studies indicate the deleterious impact that HIV-related stigma has on prevention and treatment actions, bringing negative consequences for HIV-positive people and for the general population. However, in the Latin American and Brazilian context, the nuances of HIV-related anticipated stigma have been poorly explored, that is, the expectation of rejection/prejudice that people may experience when considering the possibility of ever contracting HIV. Contrary to the Brazilian response to the HIV/AIDS epidemic, the Brazilian Army has adopted negative positions regarding HIV-positive people, promoting pensions, expulsions and preventing people living with HIV from joining the corporation. This research aimed to investigate the impact of anticipation of HIV-related stigma on Brazilian Army conscript testing behavior. Participated in the study 434 men between the ages of 18 and 20, who signed the Informed Consent Form, guaranteeing the secrecy and anonymity of the data. A protocol containing sociodemographic questions was applied; a Stigma Anticipation Scale; a scale of knowledge about transmission and prevention of HIV infection; the Scale of Prejudice Against Sexual and Gender Diversity (SPSGD); and measures of frequency of sexual risk behaviors and risk perception. T-tests were run for independent samples, verifying differences in anticipation of stigma according to sociodemographic variables. Then, bivariate logistic regression analyzes were performed, with the test as a dependent variable. Pearson correlations were also performed between the overall stigma anticipation score and the general SPSGD score. The variables that obtained significance were included in the final logistic regression model. The main outcome was the statistically significant association between non-testing behavior and anticipation of HIV-related stigma. A significant relationship was found between HIV-related anticipation stigma and prejudice against sexual and gender diversity. The implication of the data was discussed considering the model of vulnerability and considerations were made regarding the Army's relationship with the issue of HIV/AIDS.

Keywords: HIV/AIDS. Stigma. Army. Testing. Sexual behavior.

RESUMEN

Diversos estudios apuntan el impacto deletéreo que el estigma relacionado con el VIH tiene en acciones de prevención y tratamiento, trayendo consecuencias negativas para personas seropositivas y para la población en general. Sin embargo, en el contexto latinoamericano y brasileño, poco se han explorado los matices de la anticipación del estigma relacionado al VIH, o sea, la expectativa de rechazo/prejuicio que las personas pueden experimentar al considerar la posibilidad de algún día tener el VIH. En contra de la respuesta brasileña a la epidemia de VIH/SIDA, el Ejército Brasileño ha adoptado posturas negativas en relación a personas seropositivas, promoviendo jubilaciones, expulsiones e impidiendo a las personas que viven con el VIH de ingresar a la corporación. Esta investigación se propuso investigar el impacto de la anticipación del estigma relacionado con el VIH en el comportamiento de prueba del VIH en conscriptos del Ejército Brasileño. Participaron 434 hombres entre 18 y 20 años, que firmaron un Término de Consentimiento Libre y Esclarecido, garantizando el secreto y el anonimato de los datos. Se aplicó un protocolo que contenía preguntas sociodemográficas; una Escala de Anticipación del Estigma; una escala de conocimientos sobre formas de transmisión y prevención de la infección por el VIH; una Escala de Preconcepto contra la Diversidad Sexual y de Género (EPDSG); y medidas de frecuencia de comportamiento sexual de riesgo y percepción de riesgo. Se tomaron pruebas t-Student para muestras independientes, verificando diferencias en la anticipación del estigma de acuerdo con variables sociodemográficas. En seguida se realizaron análisis de regresión logística bivariadas, teniendo como variable dependiente a la prueba. También se realizaron correlaciones de Pearson entre el puntaje general de anticipación del estigma y el puntaje general de la EPDSG. Las variables que obtuvieron significancia se incluyeron en el modelo de regresión logística final. El principal desenlace encontrado se refiere a la asociación estadísticamente significativa entre comportamiento de prueba del VIH y anticipación del estigma relacionado con el VIH. Se encontró una relación significativa entre la anticipación del estigma relacionado con el VIH y el prejuicio contra la diversidad sexual y el género. Se discutió la implicación de los datos a la luz del modelo de vulnerabilidad y se hicieron consideraciones acerca de la relación del Ejército con la temática del VIH/SIDA.

Palabras clave: VIH/SIDA. Estigma. Ejército. Prueba del VIH. Comportamiento sexual.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1 REVISÃO DA LITERATURA	17
1.1 PANORAMA GERAL DA EPIDEMIA DE HIV NO BRASIL.....	17
1.2 HIV, VULNERABILIDADE E DIREITOS HUMANOS.....	19
1.3 ESTIGMA E PRECONCEITO.....	23
1.4 ESTIGMA RELACIONADO AO HIV E VULNERABILIDADE.....	29
1.5 ANTECIPAÇÃO DO ESTIGMA RELACIONADO AO HIV	32
1.6 HIV E O CONTEXTO MILITAR	35
1.7 CONTEXTO MILITAR BRASILEIRO.....	36
1.8 POLÍTICAS DO EXÉRCITO BRASILEIRO SOBRE O HIV/AIDS	37
1.9 GÊNERO.....	39
1.10 MASCULINIDADE, SAÚDE E VULNERABILIDADE	41
1.11 MASCULINIDADE E O CONTEXTO MILITAR.....	45
2 ESTUDO EMPÍRICO	60
CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
ANEXO A – Autorização do Exército Brasileiro	91
ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS	92
ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS	96
ANEXO D – Anticipated HIV Stigma Scale	100
ANEXO E – Escala de antecipação do estigma relacionado ao HIV	101
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	102
APÊNDICE B – Protocolo de pesquisa	103

A noção de solidariedade recusa a possibilidade de que alguém ou algum grupo detenha o completo saber sobre a epidemia e seus modos de compreensão, e estabelece a absoluta necessidade do diálogo e do respeito aos diferentes saberes na construção da resposta nacional. A solidariedade se vincula a uma afirmação simples e politicamente potente: o que cura a morte, o sofrimento e a discriminação é a vida (Seffner & Parker, 2016, p. 296).

INTRODUÇÃO

Esta dissertação de mestrado está vinculada ao Núcleo de Pesquisa em Sexualidade e Relações de Gênero, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGSI/UFRGS), na linha de pesquisa Políticas Públicas e Produção de Subjetividade, e ao Grupo de Pesquisa Preconceito, Vulnerabilidade e Processos Psicossociais, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), na linha de pesquisa Processos Psicossociais: Identidades, Práticas e Contextos. O propósito principal é compreender a antecipação do estigma relacionado ao HIV e sua relação com comportamento de testagem e variáveis sociodemográficas em conscritos do Exército Brasileiro.

Ingressei no mestrado três semanas após a conclusão da graduação em Psicologia, bastante efusivo e buscando me situar na UFRGS, uma instituição diferente, sob diversos aspectos, da PUCRS, da qual sou egresso. Meu pré-projeto de dissertação dizia respeito à criação e avaliação de uma extensão educativa sobre gênero e sexualidade para profissionais da psicologia, refletindo minha trajetória nessa temática. Ainda assim, eu não estava satisfeito com a escrita e operacionalização conceitual.

Em conversa com meus orientadores, fui apresentado a um projeto idealizado por eles, então em fase inicial de negociação com o Exército Brasileiro, sobre preconceito relacionado ao HIV/AIDS dentro do contexto militar. Tomei contato com a literatura a respeito da temática, reticente por conta de restrições pessoais prévias à carreira e ao âmbito militar, e fiquei curioso pelo assunto, que converge com meu

interesse crescente envolvendo aspectos comportamentais, cognitivos e sociais relacionados ao HIV/AIDS.

Durante o processo de elaboração do projeto me questionei a respeito de como seria a recepção do corpo docente e discente do meu programa em relação à temática e aos procedimentos metodológicos por mim adotados. O PPGPSI tem uma tradição em pautar seus estudos e análises nos paradigmas do pós-estruturalismo e da filosofia da diferença, estabelecendo interfaces com a análise institucional, o construcionismo social, os estudos da cognição enativa, a psicodinâmica do trabalho e a psicanálise. Nesse sentido, produzir uma dissertação com um tratamento analítico quantitativo e inspirada fortemente em modelos da psicologia social cognitiva foi um desafio epistemológico e metodológico, que diz respeito também a um rumo diferente que venho tomando, já que durante a maior parte da minha trajetória acadêmica trabalhei com análises qualitativas.

A recepção do PPGPSI em relação à minha proposta de trabalho foi positiva. Encontrei em colegas e docentes apoio e estímulo para explorar a diferença em um espaço onde as análises e procedimentos hegemônicos são distintas dos recursos que optei por utilizar. A partir daí, resolvido a questionar meus próprios receios em relação ao contexto militar e à condução de uma pesquisa com um tema espinhoso, assumi o projeto que me foi inicialmente apresentado, reformulando a ideia inicial e tomando-a como meu projeto de dissertação.

Aqui pretendo fazer aproximações entre a psicologia social cognitiva e a psicologia crítica, explorando suas interfaces, potencialidades e limitações na temática da antecipação do estigma relacionado ao HIV. Desejo também contribuir para a disseminação do campo de estudos da psicologia do preconceito no cenário brasileiro. A despeito de no Brasil o estigma e o preconceito serem fenômenos psicossociais

graves, com reflexos importantes, o modelo sócio-cognitivo do preconceito infelizmente ainda é pouco abordado e restrito a alguns grupos de pesquisa, sofrendo diversas críticas, algumas descontextualizadas e, a meu ver, equivocadas, envolvendo o suposto caráter positivista dessas ferramentas. Acredito que é possível produzir uma psicologia social cognitiva que trabalhe com matriz quantitativa e epidemiológica, em interface constante com uma visão crítica, contextualista, engajada na transformação da realidade e comprometida com o combate ao preconceito e às iniquidades.

A estrutura da dissertação divide-se em três partes. A primeira consiste numa revisão da literatura, onde apresento o panorama teórico subjacente, abordando aspectos básicos da epidemiologia do HIV, estigma e preconceito, contexto militar, gênero e masculinidade. A segunda parte apresenta um estudo empírico em português, que será traduzido para o inglês e submetido à revista *AIDS and Behavior*, no qual relato os dados de uma pesquisa feita com conscritos do Exército Brasileiro na cidade de Porto Alegre, na qual procurei investigar o papel da antecipação do estigma relacionado ao HIV no comportamento de testagem. Na terceira parte, são feitas breves considerações finais sobre a dissertação.

1 REVISÃO DA LITERATURA

1.1 PANORAMA GERAL DA EPIDEMIA DE HIV NO BRASIL

O HIV, acrônimo em inglês que significa vírus da imunodeficiência humana, é um lentivírus, subtipo de retrovírus, que provoca modificações no sistema imunológico, infectando e reduzindo células vitais, como os linfócitos auxiliares T CD4+. A infecção pode ocorrer por contato com sangue, sêmen, lubrificação vaginal, fluido pré-ejaculatório ou leite materno. Se não tratada, pode levar ao desenvolvimento da AIDS, ou síndrome da imunodeficiência adquirida, uma condição em que a sistemática deterioração no sistema imunológico deixa o organismo suscetível a uma série de doenças e infecções oportunistas, podendo levar a pessoa à morte, visto que ainda não se desenvolveu uma cura para a doença (Douek, Roederer, & Koup, 2009; UNAIDS, 2007). A partir da criação e aprimoramento de medicamentos antirretrovirais, o HIV adquiriu um caráter de doença crônica, passível de ser controlado e estabilizado caso haja adesão aos procedimentos prescritos (Mayer et al., 2013).

No Brasil, a epidemia de HIV/AIDS tem se mostrado estável na população geral, com prevalência de 0.6% desde 2004, sendo 0.4% entre as mulheres e 0.8% entre os homens (Ministério da Saúde, 2017). Embora estabilizada no contexto brasileiro, vem apresentando índices crescentes no estado do Rio Grande do Sul, especialmente em populações em maior vulnerabilidade, como profissionais do sexo e homens que fazem sexo com outros homens, tendo sofrido apenas recentemente uma desaceleração. De janeiro de 1982 a junho de 2014, foram notificados nos bancos de dados do estado 76.304 casos de AIDS (Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, 2017). Mesmo com a redução da taxa de detecção no Estado

(passando de 42.6/100 mil habitantes em 2012 para 38.3/100 mil habitantes em 2014), o Rio Grande do Sul ainda exprime uma taxa superior à do Brasil (19.7 casos/100 mil habitantes; Ministério da Saúde, 2017).

Em 2013, a taxa de detecção de HIV/AIDS no Rio Grande do Sul encontrava-se em 50.9 casos para cada 100 mil habitantes, passando para 44.1 em 2015, representando uma diminuição de 13.5%. A maior concentração dos casos de AIDS no estado está nos indivíduos com idade entre os 30 e 39 anos (35.5%). É importante salientar que nos últimos dez anos, homens jovens (de 15 a 19 anos) têm apresentado um aumento nos números de casos. Em 2006, a taxa era de 4.0 para cada 100 mil habitantes; atualmente, os dados correspondem a 9.4 casos para a mesma proporção (Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, 2017).

Dentre as capitais brasileiras, Porto Alegre ocupou, de 1998 a 2014, o primeiro lugar nos índices de incidência de HIV, estando atualmente em segundo lugar, atrás apenas de Manaus. Dados do Boletim epidemiológico HIV/AIDS da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (2017) evidenciam uma taxa de incidência de 99.8 casos por 100 mil habitantes, número substancialmente acima da média nacional, que é de 17.9 casos por 100 mil habitantes, o que denota preocupação com a situação epidemiológica da cidade e do estado do Rio Grande do Sul como um todo.

Uma análise de documentos disponibilizados pelas gestões estaduais da política pública de saúde brasileira em relação ao HIV/AIDS foi realizada por Paiva, Pupo e Barboza (2006), que exploraram programas e ações executados. Foram feitas considerações sobre aspectos centrais como aconselhamento, testagem, oferta de insumos, ações de educação em ambientes laborais e ações de redução de danos. A conclusão é de que, à época, as ações de tratamento eram priorizadas em detrimento das ações de prevenção, o que pode ter gerado impacto na manutenção e agravamento da

epidemia. Análises sobre o panorama atual de enfrentamento à epidemia precisam ser realizadas, considerando o contexto político brasileiro recente (Corrêa, 2016). Ainda, é necessária uma reflexão sobre o caso específico do Rio Grande do Sul, considerando que as taxas de HIV/AIDS são superiores às do resto do país, e que nos últimos anos as políticas públicas estaduais relacionadas à epidemia têm sofrido um arrefecimento, com o desinvestimento nos serviços públicos de saúde e sucateamento das organizações da sociedade civil que trabalham com prevenção e assistência.

1.2 HIV, VULNERABILIDADE E DIREITOS HUMANOS

A epidemia de HIV/AIDS vem se caracterizando por atingir sistematicamente setores mais fragilizados da população, tendo uma profunda relação com a desigualdade social característica do contexto brasileiro. A divulgação midiática, as campanhas de conscientização e a grande incidência contribuíram para tornar o HIV/AIDS algo “normal”/naturalizado, incorporado ao cotidiano da população. Porém, com a pretensa diminuição do estigma, surgiu um processo de possível banalização das consequências da doença, minimizando sua gravidade e causando um entrave a ações de tratamento e prevenção (Knauth, Victora, & Leal, 1998; Reis & Gir, 2009).

Ao longo do tempo, diversas abordagens surgiram para dar conta de explicar a diferença na prevalência de HIV/AIDS entre os vários segmentos da população. Pode-se dividi-las em três modelos explicativos que vem operando e se alternando em diferentes contextos, na forma de embates políticos e científicos. O primeiro trata dos grupos de risco, ou seja, grupos específicos estariam predispostos ao adoecimento devido a características intrínsecas. O segundo apresenta a concepção de

comportamentos de risco, ressaltando que a adoção de determinados comportamentos deixaria a pessoa mais suscetível à infecção. O terceiro é o modelo da vulnerabilidade e dos direitos humanos, que não desconsidera características individuais e comportamentais, mas enfatiza o papel do contexto social em que a pessoa está inserida como preditor de vulnerabilidade à infecção pelo HIV (Ayres, Paiva, & França Jr, 2012; Mann, 1995; Seffner, 1998).

O modelo da vulnerabilidade e dos direitos humanos aponta que existe uma interação complexa entre as pessoas, o processo saúde-doença e o contexto social da qual fazem parte, ressaltando que assistência, intervenção, tratamento e reabilitação são cruciais no processo de compreensão do adoecimento e produção de saúde (Mann, 1995). Essa abordagem considera fundamental entender os agentes patogênicos e os agravos de saúde considerando aspectos sociais, políticos, culturais, econômicos, psicológicos e orgânicos envolvidos nesse processo (Seffner, 1998). Afirma, ainda, que é preciso desnaturalizar a doença, situando-a em sua história social e abarcando diferentes formas de compreender o adoecimento para além do modelo biomédico hegemônico. O modelo propõe que os governos e instituições sociais reconheçam seu papel na produção da vulnerabilidade, criando, portanto, ações que visem ao tratamento, prevenção e reparação, tomando a saúde como um direito humano a ser fomentado e garantido pelo Estado (Ayres et al., 2012).

Sugere, ainda, que ações que visem a identificar e reparar vulnerabilidades em saúde devem ser orientadas por três aspectos: individuais, sociais e programáticos. Os aspectos individuais dizem respeito a valores, crenças, comportamentos, nível de escolaridade, entre outras características da microesfera. Aspectos sociais se relacionam ao acesso à Justiça, empregabilidade, exposição à violência, disponibilidade de educação formal, entre outras condições contextuais. Já os

aspectos programáticos estão ligados a ações, serviços e políticas desenvolvidas pelos governos para agir sobre os processos de saúde e adoecimento, atuando tanto em tratamento como em prevenção e promoção da saúde (Ayres et al., 2012). Uma síntese desse modelo pode ser observada na Figura 1.

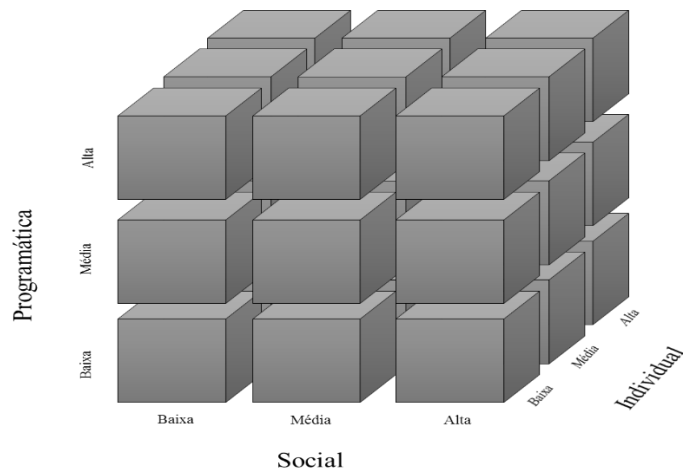


Figura 1. Dimensões individual, social e programática da vulnerabilidade (Ayres et al., 2012).

Pensar a saúde apartada da noção de direitos humanos pode conduzir a análises reducionistas que considerem somente aspectos individuais e comportamentais, sem atentar aos determinantes sociais envolvidos no processo saúde-doença. É preciso explicitar qual noção de saúde é empregada para nortear políticas públicas, pois concepções individualistas podem levar à confecção de ações que ignorem aspectos sociais que moldam e configuram ambientes de risco, consequentemente produzindo de vulnerabilidade. Concepções críticas tomam a saúde e a sociedade como processos conectados e dinâmicos, refutando a ideia de que a saúde seria sinônimo de cuidado médico e afirmando que, para produzir saúde, deve-se identificar violações de direitos humanos e procurar combatê-las, para

garantir as condições para a emergência de ambientes mais seguros e saudáveis (Mann, 1995).

O modelo da vulnerabilidade e dos direitos humanos contrapõe estereótipos e desinformações circulantes na sociedade. Muito se avançou nos últimos anos em termos de conhecimento no campo do HIV/AIDS. Porém, hipóteses e mitos erigidos nos anos 1980 e reforçados nos anos 1990 seguem em curso, atribuindo a origem da doença, por exemplo, às relações sexuais de pessoas africanas com macacos (Forattini, 1993) e o alastre da epidemia ao suposto “paciente zero” (McKay, 2014), posições referendadas por muito tempo pela ciência hegemônica e que foram questionadas pelo escrutínio crítico de cientistas e ativistas.

O conhecimento médico relacionado ao HIV/AIDS vem avançando de forma considerável nos últimos anos, produzindo dados sobre marcadores biológicos e desenvolvendo procedimentos diversos de intervenção que muito contribuem na qualidade de vida de pessoas soropositivas. Porém, há uma lacuna nas respostas no que diz respeito aos aspectos cognitivos, comportamentais, interpessoais e sociais relacionados ao HIV/AIDS. É preciso levar em conta o papel fundamental do estigma na manutenção do HIV/AIDS, que não é apenas um fenômeno de ordem biológica, mas uma questão social e política (Parker & Aggleton, 2003).

O momento atual de resposta à epidemia de HIV/AIDS no contexto brasileiro é marcado por uma série de turbulências. O Brasil já foi um dos pioneiros no enfrentamento, tendo construído um programa em uma articulação do Estado com os movimentos sociais que alcançou sucesso técnico e político. Porém, atualmente, narrativas frágeis sobre o suposto fim da AIDS e ênfase em tratamentos farmacêuticos, assim como uma virada política conservadora, podem vir a apagar o papel dos direitos humanos, do combate às iniquidades de gênero e do enfrentamento

ao estigma como vetores políticos fundamentais na prevenção e tratamento do HIV/AIDS (Seffner & Parker, 2016).

Salienta-se que o País tem passado por uma grave crise econômica e política desde o final de 2015, que se aprofundou após a destituição da presidenta Dilma Rousseff por meio de uma manobra política em 2016. Ainda não se sabem quais os efeitos, a longo prazo, que essa situação provocará nas políticas públicas relacionadas ao HIV/AIDS, mas há um temor generalizado de que a influência de setores conservadores da sociedade e a má condução da gestão pública possam vir a acarretar prejuízos enormes às estratégias de prevenção e tratamento (Corrêa, 2016; Grangeiro, 2016). Um exemplo disso são as recentes denúncias de interrupção de dispensação de antirretrovirais em vários municípios, assim como a ausência de penicilina para tratamento da sífilis no sistema público e privado, o que causa preocupação diante da já alarmante situação epidemiológica do Brasil.

1.3 ESTIGMA E PRECONCEITO

O conceito de estigma foi popularizado na literatura sociológica estadunidense por Goffman (1978), que resgatou a origem grega do termo, criado para designar sinais corporais que denotassem aspectos extraordinários ou morais da pessoa que os apresentava, para situá-lo enquanto um atributo indesejável, depreciativo e desacreditante, fruto de um processo de categorização com base nas referências culturais presentes em cada contexto. Pessoas que apresentam algum sinal ou característica que possa ser entendida como deletéria ou negativa passam, então, a serem identificadas como ruins, perigosas e indignas.

A formulação generalista presente no processo de produção do estigma norteia a forma como se dão as relações sociais, já que, ao se manter contato com as pessoas, são formuladas hipóteses a respeito delas; quando essas hipóteses são imbuídas por estereótipos atrelados a grupos estigmatizados, a tendência é que haja comportamentos de depreciação, julgamento e discriminação (Goffman, 1978). O estigma costuma operar de forma estrutural, enraizando-se na sociedade. Ao serem estabelecidos alvos específicos, eles são inicialmente invisibilizados e apartados para, logo depois, serem tornados visíveis e rotulados como anormais, não-naturais e problemáticos (Herek, 2016).

Existem quatro passos que caracterizam o processo de estigma e produzem diferenciação e desfechos de iniquidade. No primeiro, as pessoas distinguem e rotulam as diferenças humanas. No segundo, crenças culturais dominantes relacionam as pessoas rotuladas a características indesejáveis. No terceiro, as pessoas rotuladas são dispostas em categorias, de modo a reificar e reforçar a separação entre “eles” e “nós”. No quarto e último, as pessoas rotuladas experienciam mudança de status, rejeição, discriminação e exclusão, que levam a desfechos negativos como desmoralização, restrição das relações sociais e redução de ganhos financeiros. Esse modelo teórico vem sendo apoiado por evidências empíricas que sustentam a relevância social da noção de estigma (Link, Cullen, Struening, Shrout, & Dohrenwend, 1989; Lucas & Phelan, 2012).

Uma parte significativa da produção empírica recente sobre estigma está baseada nos aportes da psicologia social cognitiva, sobretudo nos modelos da cognição social, que procuram entender as nuances dos processos de categorização e a conexão entre a criação de categorias e as crenças estereotipadas. Apesar do grande aporte empírico trazido pela literatura nos últimos anos, observa-se que há

uma imprecisão conceitual em relação ao que seria estigma, que vem sendo definido de formas diversas por autores diferentes (Link & Phelan, 2001).

Nos últimos anos, parte da literatura sociológica e psicológica deixou de entender os processos de estereotipia que dão suporte à estigmatização como inerentes a traços de personalidade ou aspectos inconscientes, para adotar o entendimento de que produzir estereótipos faz parte das habilidades cognitivas e limitações humanas, sendo consequência das informações e experiências às quais as pessoas são expostas. Aponta-se que há diversas variações individuais dentro dos grupos estigmatizados, produzindo, por consequência, diferentes estratégias de enfrentamento (Dovidio, Major, & Crocker, 2003).

O conceito de estigma foi revisitado pela literatura psicológica, que o transpôs da perspectiva sociológica, que opera com noções como desvio e normalidade, para categorias psicológicas mensuráveis, dentro do paradigma da cognição social, como atitudes, discriminação, preconceito, crenças e estereótipos (Silveira, Martins, Soares, Gomide, & Ronzani, 2011). Uma revisão sistemática da literatura apontou que há uma relação negativa entre estigma internalizado e autoestima, não conseguindo identificar, porém, relações de causalidade entre as variáveis. A diminuição da autoestima é apontada como uma das consequências deletérias do processo de estigmatização, carecendo de maiores estudos que explorem a temática (Felicissimo, Ferreira, Soares, Silveira, & Ronzani, 2013). Ainda, a presença e manutenção do estigma, de uma maneira geral, tem sido considerada uma causa fundamental de iniquidades no campo da saúde, impactando negativamente ações de prevenção e tratamento em diversas políticas de saúde (Hatzenbuehler, Phelan, & Link, 2013).

Perspectivas críticas buscaram atualizar o conceito de estigma, apontando que a psicologia social cognitiva, baseada principalmente nos modelos da cognição social

e da psicologia do preconceito estadunidenses, se apropriou da noção de estigma de forma pouco elaborada, sem desenvolvê-la apropriadamente em termos conceituais. Essa posição teria conferido um tratamento individualista ao estigma, atribuindo-o a características individuais e das relações interpessoais, e descaracterizando-o de seus aspectos sociais, contextuais, culturais, econômicos e políticos (Parker & Aggleton, 2003).

Existe uma controvérsia teórica entre os conceitos de estigma e preconceito. Para abordá-la, deve-se delimitar o que seria preconceito. Os estudos do preconceito foram sistematizados e popularizados por Allport (1954), que o descreveu como uma postura de antipatia baseada em generalizações incorretas e inflexíveis sobre determinados grupos, provocando atitudes adversas ou hostis em relação a uma pessoa simplesmente porque pertence a esses grupos, presumindo-se que ela possui as características contestáveis/negativas atribuídas ao conjunto grupal.

As definições psicológicas mais contemporâneas de preconceito enquadram-no como uma atitude, ou seja, uma tendência psicológica com relativa estabilidade temporal, que se caracteriza por ser uma resposta avaliativa favorável ou desfavorável a determinada entidade, fruto, por consequência, de um processo complexo de aprendizagem (Myers, 2014). É parte de um sistema cultural complexo e representa o endosso de indivíduos a um modelo social que cria hierarquias baseadas em estereótipos grupais, provocando barreiras institucionais à plena participação social e provocando vulnerabilidade a uma série de agravos às vítimas. Logo, a modificação das expressões do preconceito depende de mudanças culturais que demandam tempo (Herek, 2009).

O preconceito tem três aspectos fundamentais: cognitivo (relacionado aos pensamentos); afetivo (relacionado ao processamento emocional); e comportamental

(relacionado às ações), direcionados contra pessoas de algum grupo social específico (Brown, 1995). Possui, ainda, duas dimensões importantes: a explícita e a implícita. O preconceito explícito compõe-se de atitudes que podem ser acessadas conscientemente, envolvendo um processamento de informações perceptível pela pessoa, podendo ser manifestado ou não. Já o preconceito implícito é inconsciente, não verbalizado e ativado automaticamente diante de determinados estímulos, tendo um processamento automático e de difícil percepção. Os estudos demonstram que existem intervenções eficazes para reduzir e eventualmente eliminar o preconceito explícito. Porém, quando se trata do implícito, ainda não foram identificadas técnicas e estratégias capazes de eliminá-lo, sendo de difícil redução, provavelmente por seu caráter enraizado, já que atitudes implícitas são formadas em um estágio prematuro do desenvolvimento humano (Myers, 2014).

Durante anos, a literatura psicológica deu um tratamento psicopatológico ao preconceito, tratando-o como uma questão de aptidão individual com raízes em fenômenos ligados à ansiedade e medo, como fica caracterizado no uso da expressão *homofobia*, por exemplo, sem evidências suficientes que apoiem essa noção psicopatológica. Porém, esse tratamento acaba individualizando o fenômeno¹, apartando-o de suas dimensões sociais e culturais, fundamentais para entender as raízes da questão, e desresponsabilizando as pessoas que efetivamente perpetram o preconceito como se fossem doentes, e não agressoras (Herek, 2016). Esforços têm sido empreendidos no sentido de retirar o preconceito do campo da psicopatologia e inseri-lo na seara das atitudes, passíveis de serem identificadas, monitoradas e modificadas, estabelecendo uma perspectiva de mudança (Costa & Nardi, 2015).

¹ Na literatura sociológica corrente, inclusive na linguagem utilizada pelo ativismo, a ideia de homofobia se ampliou para além da perspectiva psicológica, sendo utilizada de forma ampla para indicar a rejeição da diversidade sexual. Para mais detalhes, cf. Borrillo (2010).

A controvérsia mencionada alguns parágrafos acima diz respeito à conceptualização e diferenciação entre estigma e preconceito. O primeiro foi popularizado na literatura sociológica por Goffman (1978); o segundo, na literatura psicológica por Allport (1954). Ambos receberam um tratamento empírico na literatura internacional ao longo dos anos na perspectiva científica hegemônica e vêm sendo usados nos textos de divulgação científica de forma indistinta.

Uma análise realizada por Phelan, Link e Dovidio (2008) revelou que estigma e preconceito têm muito em comum, e que as principais diferenças entre os modelos teóricos dizem respeito a foco e ênfase, tendo os modelos de preconceito dado mais ênfase a características ligadas à raça, enquanto os modelos de estigma tradicionalmente se debruçam sobre comportamentos e identidades desviantes e doenças. Os autores apontam para uma tipologia comum entre preconceito e estigma, que envolve basicamente três aspectos: exploração e dominação, reforço da norma e evitação. Ainda, o preconceito tem sido relacionado a uma perspectiva individual, enquanto o estigma tem feito referência a uma abordagem social/contextual, mas não existe consenso a respeito.

Tanto o estigma quanto o preconceito envolvem processos de categorização, rotulação, estereotipia, emoções negativas, desconforto interacional, rejeição social e outras formas de discriminação (Phelan et al., 2008). Logo, é preciso integrar essas duas tradições de pesquisa, já que possuem diferenças conceituais imprecisas; essa integração pode beneficiar e expandir os modelos teóricos e empíricos atuais que buscam conceitualizar e descrever o preconceito e o estigma, explorando de maneira mais abrangente os processos psicossociais estressores relacionados a grupos marginalizados (Stuber, Meyer, & Link, 2008).

Nossa posição é de que as duas tradições de pesquisa se complementam e devem ser integradas na tentativa de mitigar esses processos psicossociais que causam agravos a diversas pessoas e grupos sociais, sendo necessária sua expansão no contexto brasileiro. Nesse sentido, pensa-se que a união dos modelos sócio-cognitivos com os modelos críticos pode contribuir para o monitoramento, avaliação e intervenção sobre o estigma e o preconceito.

1.4 ESTIGMA RELACIONADO AO HIV E VULNERABILIDADE

A manifestação do estigma relacionado ao HIV tem sido registrada desde os primórdios da epidemia, na década de 1980, e pode ser entendida como atitudes negativas, que abarcam preconceito, diminuição, descrédito e discriminação direcionadas a pessoas que vivem com HIV/AIDS e aos indivíduos, grupos e comunidades a elas associados (Herek, 1999). Mesmo após o desenvolvimento dos primeiros medicamentos antirretrovirais, que gradativamente proporcionaram maior qualidade de vida a quem contraiu o vírus, uma série de mitos, estereótipos e crenças persistem no senso comum, predispondo ao reforço do estigma, que pode ocasionar uma série de agravos e consequências deletérias em pessoas que vivem com HIV/AIDS (Parker & Aggleton, 2003).

Os impactos do estigma relacionado ao HIV incluem desfechos psicológicos negativos, prejuízo no acesso à saúde, discriminação no mercado de trabalho e nas instituições educacionais, podendo chegar a casos de violência física e mortes (Herek, 1999). A vivência e percepção do estigma estão relacionadas com sintomas de depressão e ansiedade, impactando negativamente o bem-estar subjetivo (Herek, Saha, & Burack, 2013). Uma pesquisa realizada com 503 estudantes universitários

brasileiros sobre opiniões relacionadas a pessoas que vivem com HIV/AIDS demonstrou que o estigma segue sendo um entrave à superação da violência a que pessoas soropositivas são cotidianamente expostas, em um cenário onde grassam desinformação, mitos e estereótipos (Seidl, Ribeiro, & Galinkin, 2010).

O estigma relacionado ao HIV resultou em fenômenos como a fobia à AIDS, uma crença e medo persistentes de pessoas não-soropositivas em relação ao HIV, podendo levar à evitação de ambientes e pessoas consideradas relacionadas à doença (Harrell & Wright, 1998). A manutenção do estigma pode ser explicada por questões como a não possibilidade de cura, a associação do HIV/AIDS com comportamentos sexuais estigmatizados, a responsabilização/moralização sobre quem contrai o vírus e crenças morais e religiosas a respeito do processo de adoecimento, fatores que geram medo, desinformação e estereotípias (Suit & Pereira, 2008).

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

Outro fator que pode vir a reforçar a presença e manutenção do estigma relacionado ao HIV é a forte incidência do discurso heteronormativo, entendendo a heteronormatividade como a suposição de que pessoas heterossexuais são superiores às não-heterossexuais, estabelecendo uma relação hierárquica e assimétrica na qual as primeiras são consideradas normais e desejáveis, e as segundas, desviantes e passíveis de perseguição (Warner, 1993). Pressupostos heteronormativos estão ligados a valores sexistas e contrários à diversidade sexual e de gênero, inferiorizando pessoas não-heterossexuais e não-cisgênero e ressaltando que a vulnerabilidade ao HIV/AIDS se localiza em determinados corpos que desviam dos regramentos estabelecidos dos gêneros e sexualidades normativos (Miskolci & Pelúcio, 2009; Albuquerque, Garcia, Alves, Queiroz, & Adami, 2013). Na década de 1980, com a eclosão da epidemia no Brasil, a homossexualidade praticamente virou sinônimo de AIDS, ideia que parece vigorar em determinados contextos a despeito das evidências e das novas configurações de vulnerabilidade (Leal et al., 2015; Terto Jr, 2002).

A presença do estigma relacionado ao HIV no senso comum e nas interações interpessoais contradiz as evidências científicas. Dados recentes demonstram que uma pessoa que vive com HIV, caso detecte a doença precocemente, tenha acesso a equipamentos de saúde e consiga aderir às tecnologias de tratamento como terapias antirretrovirais, pode ter sua qualidade de vida preservada e reforçada, inclusive diminuindo consideravelmente a possibilidade de transmissão (Mayer et al., 2013).

Levando em conta a crescente epidemia de HIV/AIDS em países pobres e sem programas de prevenção/tratamentos eficazes, as terapias antirretrovirais têm sido apontadas não apenas um elemento importante no tratamento e prevenção de agravos em pessoas que vivem com HIV/AIDS, mas um fator relevante na prevenção

de novas infecções (Mayer et al., 2013). Contudo, a efetividade dessa abordagem depende da capacidade de oferecer testagens sistemáticas para o HIV a populações em situação de vulnerabilidade. O preconceito e barreiras no acesso a equipamentos em saúde impactam negativamente os cuidados em saúde em populações vulnerabilizadas, como as pessoas transexuais, por exemplo (Costa et al., 2016).

Muitos estudos têm buscado explorar os efeitos do estigma e de sua antecipação em populações tipicamente consideradas vulneráveis, como homens gays cisgênero e pessoas trans, apontando impactos negativos sobre comportamento de testagem e desfechos psicológicos negativos (Golub & Gamarel, 2013; Starks, Rendina, Breslow, Parsons, & Golub, 2013; Strodl, Stewart, Mullens, & Deb, 2015). Porém, considerando a crescente heterossexualização da epidemia, marcante no contexto brasileiro, é preciso abordar o fenômeno da antecipação do estigma relacionado ao HIV na população heterossexual, que vem compondo um novo cenário de risco e vulnerabilidade (Brito, Castilho, & Szwarcwald, 2001; Leal, Knauth, & Couto, 2015).

1.5 ANTECIPAÇÃO DO ESTIGMA RELACIONADO AO HIV

A produção acadêmica a respeito do estigma relacionado ao HIV é vasta no contexto nacional e internacional. Porém, existe uma lacuna na literatura psicológica latino-americana e brasileira a respeito da antecipação do estigma relacionado ao HIV – ou seja, a expectativa de rejeição ou preconceito diante de uma possível mudança de status sorológico, que pode ser uma barreira a comportamentos de testagem para o HIV e trazer desfechos psicológicos negativos (Golub & Gamarel, 2013).

A antecipação do estigma relacionado ao HIV é um fenômeno pouco explorado conceitual e empiricamente. Earnshaw e Chaudoir (2009) subdividem o modelo sócio-cognitivo do estigma em três: a dimensão explícita (que envolve experiências diretas de discriminação, como recusa de empregos, rejeição social e violência física), a dimensão internalizada (o quanto as pessoas endossam crenças e sentimentos negativos relacionados a ter HIV/AIDS) e a dimensão da antecipação (a expectativa de sofrer preconceito e discriminação).

Esse modelo inicialmente foi usado para entender os processos cognitivos experimentados por pessoas que vivem com HIV/AIDS (Herek et al., 2013; Philips, Moneyham, & Tavakoli, 2011). Porém, há um recente movimento na literatura buscando entender o impacto da antecipação do estigma relacionado ao HIV em pessoas soronegativas, procurando compreender os efeitos de antecipar atitudes negativas sobre determinadas variáveis, como a testagem para HIV (Golub & Gamarel, 2013). O impacto desse estigma é tão forte que faz com que pessoas soronegativas o antecipem, podendo acarretar influência negativa em diversos aspectos, entre eles o comportamento de testagem, colado no imaginário social diretamente à soropositividade (Earnshaw & Chaudoir, 2009).

Uma pesquisa examinou a associação entre a antecipação do estigma relacionado ao HIV e o comportamento de testagem em 305 homens que fazem sexo com outros homens e mulheres transexuais em Nova York. Demonstrou-se que a antecipação do estigma está negativamente relacionada à percepção de risco, bem como apontou que antecipação do estigma, menor percepção de risco e menor idade são preditores significativos de evitação de testagem (Golub & Gamarel, 2013).

Outro estudo realizado em Nova York com 683 homens gays e bissexuais soronegativos examinou a relação entre a antecipação do estigma relacionado ao HIV

e afetos negativos. A antecipação do estigma relacionado ao HIV é preditora do afeto negativo e da homonegatividade internalizada, ou seja, a internalização de crenças negativas relacionadas a ser homossexual. Os resultados dessa pesquisa sugerem que a antecipação do estigma relacionado ao HIV pode ser um tópico importante de saúde mental a ser abordado entre homens gays e bissexuais (Starks et al., 2013).

Uma pesquisa realizada na Austrália com 106 homens gays e bissexuais revelou que percepções negativas internalizadas envolvendo o estigma relacionado ao HIV e a antecipação do estigma estavam relacionadas com experiências de sintomas depressivos em homens gays soropositivos. Essa associação é mediada por crenças metacognitivas (conhecimento sobre os próprios pensamentos e funcionamento cognitivo) negativas e ao uso de estratégias de controle da preocupação e pensamento social (ligadas à expectativa que se tem de avaliação/julgamento de outras pessoas). Sintomas de ansiedade em homens gays, da mesma forma, estão associados ao estigma, tendo uma forte mediação de crenças metacognitivas, o que sugere uma relação entre desfechos negativos em saúde mental e a antecipação do estigma relacionado ao HIV (Strodl et al., 2015).

Uma investigação realizada nos Estados Unidos com 93 pessoas soronegativas demonstrou que os estereótipos negativos relacionados ao HIV estavam associados à maior frequência de testagem para HIV por meio da mediação de risco percebido (Earnshaw, Smith, Chaudoir, Lee, & Copenhaver, 2012). Foi demonstrado que preconceito, discriminação e risco objetivo de infecção por HIV não estavam associados ao risco percebido. Os resultados deste estudo apontam que a diferenciação entre os mecanismos de estigma do HIV pode fornecer uma visão crítica sobre como intervir sobre o estigma relacionado ao HIV para aumentar a frequência de testagem para HIV e melhorar ações de prevenção entre as populações em

situação de vulnerabilidade. Não foram encontrados estudos similares no contexto brasileiro, o que reforça a importância de produzir investigações nesse sentido.

1.6 HIV E O CONTEXTO MILITAR

A relação entre o HIV e os membros de forças armadas ao redor do mundo vem sendo explorada por meio de pesquisas há alguns anos. Soldados contraem HIV da mesma forma que civis: sexo desprotegido, compartilhamento de seringas infectadas, transfusões de sangue etc. Porém, devido às condições de vida e trabalho específicas do ambiente militar, membros de exércitos, no contexto global, têm maior probabilidade de contrair HIV do que civis (Hakre et al., 2015a; Rimoin et al., 2015; Scott et al., 2012; UNAIDS, 1998; World Health Organization, 2006). Deve-se levar em conta que fatores como estresse, tédio, uso de álcool, maior atividade sexual e exposição a valores ligados ao sexismo e à supremacia masculina podem estar associados ao risco para infecção de HIV (Healthlink Worldwild, 2002; UNAIDS, 1998).

Pesquisas conduzidas no Exército dos Estados Unidos têm apontado a importância de empreender esforços no sentido de explorar melhor os fatores de risco e proteção associados à infecção por HIV em soldados. Pretende-se, com base nas evidências, balizar ações de prevenção e reforçar a qualidade de vida de membros da corporação (Pacha et al., 2015).

Os estudos que buscam compreender o panorama do HIV dentro do exército estadunidense têm buscado analisar fatores contextuais que predispõem as pessoas à vulnerabilidade e explorar diversas características para além do comportamento sexual de risco, como raça, etnia, orientação sexual e contexto econômico (Hakre et

al., 2015b). Aponta-se que uma das principais preocupações concernentes à infecção pelo HIV é a alta e crescente incidência entre homens jovens (Hakre et al., 2015a).

1.7 CONTEXTO MILITAR BRASILEIRO

O Exército Brasileiro é uma instituição nacional regular e permanente, parte das Forças Armadas juntamente com a Marinha e a Aeronáutica. Possui como um de seus pilares o forte respeito à hierarquia e disciplina, tendo como funções estabelecidas no ordenamento da Constituição Federal a defesa da Pátria, da lei e da ordem e da garantia dos poderes constitucionais (Brasil, 1988). Todos os homens, ao completarem 18 anos, devem obrigatoriamente se alistar para possível serviço militar obrigatório remunerado, o que faz que haja grande contingente de jovens nas fileiras do Exército – majoritariamente oriundos das camadas econômicas média e média baixa (Miranda et al., 2013) –, que vindo sendo participantes da maior parte das pesquisas relacionadas a comportamentos sexuais e infecções sexualmente transmissíveis realizadas no contexto militar.

Investigações relacionadas ao comportamento de risco para o HIV realizadas com conscritos do Exército Brasileiro de 1997 a 2002 indicam que o uso regular de preservativo diminuiu de 0.98% em 1997 para 0.87%, em 2002, acompanhando uma tendência da população geral. A prevalência de infecção por HIV, em 2002, era de 0.09%, a qual permaneceu inalterada desde 1998. Foram reportadas práticas sexuais de maior risco entre homens mais jovens e homens que fazem sexo com outros homens, bem como em participantes que já haviam tido algum problema relacionado a doenças sexualmente transmissíveis. O preditor mais importante para a infecção por HIV foi ser positivo para sífilis (Szwarcwald et al., 2005).

Um estudo sobre percepção de risco e doenças sexualmente transmissíveis realizado com militares em um quartel de Porto Alegre indicou que, apesar de existir um conhecimento adequado sobre as formas de transmissão do HIV e acesso à informação pela maioria dos entrevistados, havia uma prevalência de comportamentos sexuais de risco e uma baixa percepção de risco, acompanhando uma tendência da população geral brasileira (Silva et al., 2009). Este tipo de resultado indica que se deve ampliar o quadro de análise e intervenção concernente à vulnerabilidade para infecção por HIV, considerando não apenas comportamentos individuais de risco ou aspectos ligados ao conhecimento formal, mas também outras variáveis envolvendo o contexto social, ambiental e cultural no qual as pessoas estão inseridas (Ayres et al., 2012; Mann, 1995).

Características como baixa escolaridade e menor renda mensal, por exemplo, foram apontadas como preditores para a infecção por HIV em pesquisas realizadas com conscritos do Exército Brasileiro (Szwarcwald et al., 2000). Esses dados reforçam a necessidade de ampliar o olhar para além das práticas de risco isoladas e incorporar aspectos sociais e estruturais à análise da problemática da epidemia, pois o comportamento não é gerado no vácuo, em um contexto isolado, mas em uma sociedade que produz iniquidades relacionadas a gênero, raça, classe e outras características (Parker & Aggleton, 2003).

1.8 POLÍTICAS DO EXÉRCITO BRASILEIRO SOBRE O HIV/AIDS

As políticas do Exército Brasileiro sobre o HIV/AIDS têm levantado uma série de polêmicas e controvérsias judiciais. Uma decisão do Tribunal Regional Federal da 1ª Região, em 2015, derrubou uma norma interna do Exército Brasileiro que, desde

2005, impedia candidatos portadores de doenças autoimunes, como HIV, aos concursos da corporação (Stochero, 2015). Reformando a decisão do TRF, o Supremo Tribunal Federal, em junho de 2015, autorizou o Exército a incluir nos editais de seus concursos restrições a pessoas que portam HIV e outras doenças infecciosas incuráveis, sob a justificativa de preservar a saúde das pessoas infectadas pelo vírus e dos demais militares.

O Departamento de Educação e Cultura do Exército defende essa posição, alegando que os candidatos ao ingresso no Exército devem ter boa capacidade física e condicionamento físicos adequados (Portal Extra, 2015). A Lei 7.670 de 1988, que assegura direitos às pessoas que vivem com HIV, tem sido usada como pretexto para retirar militares da ativa em algumas unidades da federação, dispensando-os de suas atividades ou aposentando-os por invalidez. Da mesma maneira, essa lei tem sido utilizada por alguns militares, que ingressam com ações na Justiça exigindo aposentadoria por invalidez.

O tratamento que o Exército Brasileiro vem dando à questão do HIV/AIDS contrapõe o modelo dos direitos humanos, que busca explicar o papel dos contextos de vulnerabilidade na infecção por HIV (Ayres et al., 2012; Mann, 1995). O direito à sexualidade é um princípio democrático basilar. A sexualidade, em suas diversas expressões, deve ser garantida, estimulada e protegida, em vez de perseguida, policiada e reprimida. Rios (2006) aponta que a Constituição Federal do Brasil fornece subsídios para a proteção e garantia dos direitos humanos, entre os quais os direitos sexuais, e assinala o perigo que imposições e rótulos podem trazer ao direito da sexualidade, processo que pode ser relacionado à produção e manutenção do estigma (Earnshaw & Chaudoir, 2009).

A criminalização e perseguição às pessoas que vivem com HIV/AIDS têm diversos efeitos deletérios registrados na literatura nacional e internacional (para uma análise mais detalhada, conferir Pereira & Monteiro, 2015). O fato de o Exército Brasileiro adotar posturas negativas e hostis relacionadas ao HIV/AIDS e, conseqüentemente, às pessoas que vivem com HIV/AIDS, viola princípios constitucionais básicos como a liberdade, a igualdade e a isonomia, podendo contribuir para a atualização do estigma e causar efeitos inclusive em pessoas soronegativas, na forma da antecipação da rejeição ou preconceito relacionado ao HIV/AIDS.

1.9 GÊNERO

Não é possível discutir os aspectos psicossociais do HIV/AIDS sem levar em conta o marcador de gênero. Por isso, faz-se necessária uma breve revisão a respeito, para logo a seguir afunilar a discussão sobre masculinidade e vulnerabilidade para o HIV/AIDS.

A visão preponderante sobre gênero divide o mundo em um binário composto por homens e mulheres, sendo estas caracterizadas pela presença de uma vagina e aqueles, por um pênis, não restando espaço para expressões dissidentes (Bento, 2006; Bento, 2011; Preciado, 2011). A partir desta perspectiva enxerga-se o sexo como um dado essencial e natural e o gênero como sua derivação culturalmente constituída (Butler, 1988).

Essa concepção de gênero como leitura social de diferenciação sexual foi reforçada por alguns setores do feminismo a partir da década de 1960, que, ao mesmo

tempo em que buscou questionar e contrapor a opressão masculina sobre as mulheres, valeu-se de uma estratégia discursiva que acabou por também essencializar as mulheres, vigorando em algumas correntes feministas até hoje. Trata-se de um campo em disputa sobre o estatuto do gênero (Butler, 2003; Mariano, 2005; Oliveira, Pinto, Pena, & Costa, 2009).

Fortaleceu-se, desse modo, a associação da condição do feminino à presença de uma vagina no corpo e do masculino à presença de um pênis, tratando o sexo como um fato biológico inegável e o gênero, como fruto da cultura e da socialização. Partindo desse pressuposto, homens e mulheres seriam seres abstratos, universais e unívocos que sempre existiram, e não produtos de uma determinada racionalidade científica e de um processo constante de negociação política situada em um contexto histórico e político específico (Butler, 1988; Butler, 2003). A concepção de gênero como uma essência universal e permanente tende a desconsiderar outros marcadores da experiência humana, como raça e classe, por exemplo (Mattos & Cidade, 2016).

Leituras pós-estruturalistas entendem gênero não como uma atribuição de papéis baseadas na diferenciação sexual binária homem-mulher, mas como um ato performativo exercido nos corpos, independentemente da sua inscrição genital (Butler, 1988; Butler, 2003; Preciado, 2014). Partindo desta concepção, o gênero não é uma expressão da essência interna da pessoa manifestada em ações, mas sim uma derivação dessas ações, sendo constituído através delas, de modo a se estabilizar no imaginário social por meio da repetição e da constante reafirmação e reiteração de normas e condutas (Butler, 2003). Gênero e sexo, assim, recebem inscrições sociais, sendo arquitetados e imbuídos pelo discurso científico, político e social hegemônico (Butler, 1988; Butler, 2003).

A sociedade estabelece, em cada contexto histórico, determinadas normas e padrões que condicionam expectativas relacionadas ao gênero que todas as pessoas devem seguir; por conseguinte, qualquer possibilidade de ruptura corre o risco de ser apagada, silenciada e dizimada. Não há interesse societário em proteger as crianças que não se enquadram nos critérios pré-definidos do que é aceitável ou não, com vistas a um possível futuro que contemple as diversas formações possíveis no que diz respeito ao gênero. As crianças podem vir a tornar-se, assim, instrumentos de garantia da continuidade de um processo de normalização, marcado por resistências e falhas intrínsecas à norma (Butler, 2003; Preciado, 2013).

Uma das principais responsáveis pela reprodução de discursos que estruturam determinadas verdades sobre gênero é a escola, que de forma preponderante reitera a norma, escalonando as diferenças. As características atribuídas a homens – viris, másculos e violentos – e mulheres – suaves, gentis e passivas – pela nossa cultura são engendradas na escola, que além de não questionar estas supostas atribuições naturais, estimula que estas diferenças continuem a serem produzidas de forma acrítica, diminuindo a possibilidade de divergência (Louro, 1997; Louro, 2008; Preciado, 2013).

1.10 MASCULINIDADE, SAÚDE E VULNERABILIDADE

Existe uma parte considerável da literatura sobre gênero que se dedica a pensar os homens e as masculinidades. Os modos de vivenciar a masculinidade são inúmeros e podem experimentar fluidez, apresentando pluralidade e movimento (Seffner, 2003). Porém, ao longo do tempo foi-se constituindo o que se convencionou chamar masculinidade hegemônica, que pode ser compreendida como um padrão de

práticas que possibilitou a manutenção da hierarquia na qual homens são colocados em posições superiores às mulheres. A masculinidade hegemônica recebe o atributo da hegemonia não por sua suposta normalidade estatística, já que é praticamente impossível segui-la integralmente, mas por seu caráter normativo, construído a partir da afirmação de valores envolvendo heterossexualidade, força, virilidade, violência e atitudes negativas contra minorias sexuais e de gênero (Connell & Messerschmidt, 2013).

Esse padrão vem sendo alvo de diversos questionamentos, expondo suas fragilidades e inconsistências. Mais do que uma categoria fixa e essencializada, a masculinidade não é senão um projeto, um engendramento de expectativas, imposições e regramentos que, assim como podem ser cumpridos à risca, em muitos casos são subvertidos (Connell & Messerschmidt, 2013). É preciso levar em conta que a masculinidade não é um bloco monolítico, devendo ser analisada em suas diversas especificidades, fazendo necessárias análises interseccionais em relação à raça, classe social e outros marcadores sociais da diferença (Barbosa & Nardi, 2013).

A literatura vem apontando os impactos da heteronormatividade, pilar basilar da produção de masculinidade, na saúde dos homens. Ao mesmo tempo em que se encontram no topo da hierarquia social de gênero, ocupando em muitos contextos posições superiores nas relações de poder, os homens têm maior taxa de morbimortalidade, historicamente apresentando maior dificuldade na procura por cuidado (Leal et al., 2015; Marinho et al., 2013). A vulnerabilidade masculina é ressaltada quando interseccionada com características como raça e classe, já que as vivências de homens brancos de classe média são diferentes das experimentadas por homens negros pobres, por exemplo, ressaltando o caráter não-essencialista e não-

universal da experiência da masculinidade, que deve ser sempre analisada em contexto.

A entrada dos homens nos protocolos de avaliação e intervenção em saúde sexual foi bastante tardia (com exceção do controle da força de trabalho), já que este era um campo em que a prioridade eram as mulheres (portadoras, em seus ventres, do “futuro da nação”). Isso pode ter consequências negativas em termos de execução e monitoramento de políticas de saúde voltadas para os homens. Deve-se levar em conta os múltiplos modelos de masculinidade para dar conta de interconectá-los com a vulnerabilidade a que os homens estão expostos (Leal et al., 2015).

A masculinidade hegemônica, sustentada na heteronormatividade e na cisnormatividade, afirma a narrativa da heterossexualidade e a cisgeneridade enquanto superiores e se constrói em contraponto à homossexualidade e outras sexualidades dissidentes, assim como às transexualidades e travestilidades, de forma a diminuí-las e colocá-las numa posição de abjeção. A afirmação de um modelo de masculinidade heterocissexista contribui para manter, reforçar e ampliar atitudes negativas contra a diversidade sexual e de gênero, causando empecilhos a ações que busquem combater iniquidades e diminuir a situação de violência à que a população LGBT é exposta no Brasil (Ândreo, Peres, Tokuda, & Souza, 2016).

O estabelecimento de hierarquias de gênero e sexualidade ignora a noção da precariedade enquanto um constituinte de seres humanos de uma maneira geral, minimizando a possibilidade de construção de uma característica comum que todas as pessoas possam compartilhar. Em diferentes níveis, cada pessoa carrega uma experiência de vulnerabilidade, a ser mais ou menos acentuada a depender dos contextos em que está inserida e dos atravessamentos que sofre (Butler, 2006).

O estigma relacionado ao HIV/AIDS esteve, desde o início da epidemia, associado à homossexualidade e a comportamentos sexuais não-heterossexuais, marcando a doença como característica de homens gays e atribuindo-lhes grande parte da responsabilidade pela transmissão (Terto Jr, 2002). O preconceito e o estigma que colam o HIV/AIDS à homossexualidade têm impactos negativos sobre a população de homens gays, que foi bastante castigada nos primórdios da epidemia e continua em situação de vulnerabilidade (Beloqui, 2008; Ministério da Saúde, 2017; Terto Jr, 2002).

Porém, o fato de uma determinada população se encontrar em contextos de vulnerabilidade, muito relacionados à presença de atitudes negativas e desigualdades estruturais, não livra outras pessoas e grupos de estarem suscetíveis à infecção por HIV/AIDS. A heterossexualização da epidemia e o contexto de risco a que determinados segmentos de homens têm sido expostos contrapõem o discurso dos grupos de risco e ressaltam a complexidade da epidemiologia do HIV/AIDS (Brito et al., 2001; Leal et al., 2015; Maia, Guilhem, & Freitas, 2008).

O endosso à masculinidade hegemônica, que historicamente foi associada ao não-risco, pode ser fator de vulnerabilidade à infecção. Esse modelo, baseado na afirmação pública e social da virilidade e da coragem, pode levar homens heterossexuais cisgênero a situações de contato com o vírus, uma vez que o imaginário social e o senso comum insistem que HIV/AIDS é uma doença restrita a gays, que homens “de verdade” devem mostrar força, virilidade e impetuosidade sexual. Isso pode levar à evitação dos serviços de saúde e ressaltar um quadro de vulnerabilidade (Leal et al., 2015; Herek, 1999; Marques Junior, Gomes, & Nascimento, 2012).

1.11 MASCULINIDADE E O CONTEXTO MILITAR

Existe uma associação clássica entre violência, masculinidade e o contexto militar, dando conta de que a organização militar, terreno hegemônico de homens, é estruturada por meio da violência, reproduzindo um padrão de masculinidade hegemônica (Holmgren, 2013). Porém, análises interseccionais apontam outras nuances na produção da masculinidade no contexto militar, que são diretamente atravessadas por variáveis como raça e classe social, não podendo ser feita uma análise monolítica sobre o tema (Sasson-Levy, 2003).

Para além da violência, a ideia dos valores masculinos associados à inteligência, força e coragem foi essencial à constituição dos ambientes militares de uma maneira geral, ancorada em uma visão de masculinidade tradicional, branca e de classe média que, ao mesmo tempo em que exaltava a agressividade, levava em conta valores como controle e gentileza (Locke, 2013). Aponta-se que preceitos como comprometimento, postura e seriedade são reiterados e associados à construção da masculinidade entre homens militares, reforçados por meio de rituais operados no ambiente militar (Kohn, 2016).

Um estudo realizado no Rio de Janeiro buscou contrapor a ideia de que se produz uma masculinidade hegemônica no Exército Brasileiro, usando um Questionário de Atributos Pessoais e fazendo uma comparação com uma amostra de civis. Faz uma comparação entre as identidades “masculina”, “andrógina” e “indiferenciada” com base em modelos estadunidenses dos papéis sexuais, chegando à conclusão de que não há diferenças significativas entre o “índice de masculinidade” de militares e civis e contrariando a ideia de que o ambiente militar contribuiria para uma socialização masculina alinhada à heteronormatividade (Souza & Ferreira, 1997).

Outro estudo, realizado em Minas Gerais, analisou 654 militares em relação ao *drive for muscularity*, ou seja, o desejo de alcançar o corpo muscular ideal e o respectivo grau de preocupação a respeito da musculatura. Os resultados demonstraram associações entre as variáveis de *drive for muscularity* e os hábitos de prática de atividade física, satisfação com a vida e com o corpo e ansiedade físico-social, evidenciando que esse fenômeno precisa ser acompanhado durante a formação militar para que não gere desfechos psicológicos negativos (Campana et al., 2014). Este estudo contrapõe, de certa maneira, as afirmações do primeiro, já que o fenômeno do *drive for muscularity* está associado, entre outros fatores, a um determinado padrão de produção de masculinidade que acaba sendo reforçado no ambiente militar (Morgado, 2012). Porém, ambos os estudos mencionados anteriormente carecem de análises mais robustas sobre gênero e masculinidade.

Os dados das pesquisas realizadas com conscritos do Exército Brasileiro em relação a comportamentos sexuais de risco trazem indícios de que a articulação entre determinados padrões de masculinidade, baixa escolaridade e localização geográfica podem estar associados à produção de maior vulnerabilidade para infecção por HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis (Szwarcwald et al., 2000; Szwarcwald et al., 2005; Szwarcwald et al., 2011). As pesquisas realizadas no Exército Brasileiro, via de regra, têm como participantes os conscritos, homens jovens em fase de serviço militar obrigatório. É importante atentar que esses sujeitos se enquadram dentro das novas configurações de vulnerabilidade para infecção por HIV, como apontam as pesquisas mais recentes sobre juventude e a epidemia de HIV/AIDS (Brito et al., 2001; Grangeiro, Castanheira, & Nemes, 2015; Ministério da Saúde, 2017).

REFERÊNCIAS

- Albuquerque, G. A., Garcia, C. L., Alves, M. J. H., Queiroz, C. M. H. T., & Adami, F. (2013). Homossexualidade e o direito à saúde: Um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, 37(98), 516-524. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000300015>
- Allport, G. (1954). *The nature of prejudice*. Reading: Addison-Wesley.
- Andrêo, C., Peres, W. S., Tokuda, A. M. P., & Souza, L. L. (2016). Homofobia na construção das masculinidades hegemônicas: Queerizando as hierarquias entre gêneros. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 16(1), 46-67. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v16n1/v16n1a04.pdf>
- Ayres, J. R., Paiva, V., & França Jr., I. (2012). Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. Em Paiva, V., Ayres, J.R. & Buchalla, M.C. *Vulnerabilidade e direitos humanos – Prevenção e promoção da saúde – Livro I - Da doença à cidadania* (pp. 71-94). Curitiba: Juruá Editora.
- Beloqui, J. A. (2008). Risco relativo para Aids de homens homo/bissexuais em relação aos heterossexuais. *Revista de Saúde Pública*, 42(3), 437-442. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008005000014>
- Bento, B. (2006). *A reinvenção do corpo: Sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Bento, B. (2011). Na escola se aprende que a diferença faz a diferença. *Estudos Feministas*, 19(2), 549-559. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2011000200016>
- Borrilo, D. (2010). *Homofobia: História e crítica de um preconceito*. Belo Horizonte: Autêntica Editora.

- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal.
- Brito, A. M., Castilho, E. A., & Szwarcwald, C. L. (2001). AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: Uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 34(2), 207-217. <https://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822001000200010>
- Brown, R. (1995). *Prejudice: Its Social Psychology*. Hoboken: Blackwell Publishing.
- Butler, J. (1988). Performative acts and gender constitution: An essay in phenomenology and feminist theory. *Theatre Journal*, 40(4), 519-531. <https://dx.doi.org/10.2307/3207893>
- Butler, J. (2003). *Problemas de gênero: Feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Butler, J. (2006). *Vida precaria: El poder del duelo y la violencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Campana, A. N. N. B., Morgado, J. J. M., Morgado, F. F. R., Campana, M. B., Ferreira, L., & Tavares, M. C. G. C. F. (2014). Drive for Muscularity: Um estudo exploratório no Exército Brasileiro. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30(2), 213-222. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722014000200011>
- Connell, R. W., & Messerschmidt, J. W. (2013). Masculinidade hegemônica: Repensando o conceito. *Revista Estudos Feministas*, 21(1), 241-282. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2013000100014>
- Corrêa, S. (2016). A resposta brasileira ao HIV e à AIDS em tempos tormentosos e incertos. In ABIA (Ed.), *Mito vs Realidade: Sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016* (pp. 7-15). Rio de Janeiro: Autor.

- Costa, A. B., & Nardi, H. C. (2015). Homofobia e preconceito contra diversidade sexual: Debate conceitual. *Temas em Psicologia*, 23(3), 715-726. <https://dx.doi.org/10.9788/TP2015.3-15>
- Costa, A. B., Rosa Filho, H. T., Fontanari, A. M. V., Pase, P. F., Catelan, R. F., Mueller, A., Cardoso, D.,...Nardi, H. C. (2016). Healthcare needs of and access barriers for Brazilian transgender and gender diverse people. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0527-7>
- Douek, D. C., Roederer, M., & Koup, R. A. (2009). Emerging concepts in the immunopathogenesis of AIDS. *Annual Review of Medicine*, 60, 471-484. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.med.60.041807.123549>
- Dovidio, J. F., Major, B., & Crocker, J. (2003). Stigma: Introduction and overview. In T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, & J. G. Hull (Orgs.), *The Social Psychology of Stigma* (pp. 1-28). New York: The Guilford Press.
- Earnshaw, V. A., & Chaudoir, S. R. (2009). From conceptualizing to measuring HIV stigma: A review of HIV stigma mechanism measures. *AIDS and Behavior*, 13(9), 1160-1177. <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-009-9593-3>
- Earnshaw, V. A., Smith, L. R., Chaudoir, S. R., Lee, I.C., & Copenhaver, M. M. (2012). Stereotypes about people living with HIV: Implications for perceptions of HIV risk and testing frequency among at-risk populations. *AIDS Education and Prevention: Official Publication of the International Society for AIDS Education*, 24(6), 574–581. <http://dx.doi.org/10.1521/aeap.2012.24.6.574>
- Felicissimo, F. B., Ferreira, G. C. L., Soares, R. G., Silveira, P. S., & Ronzani, T. M. (2013). Estigma internalizado e autoestima: Uma revisão sistemática da literatura. *Psicologia: teoria e prática*, 15(1), 116-129.

- Forattini, O. P. (1993). A AIDS e sua origem. *Revista de Saúde Pública*, 27(3), 153-154.
- Goffman, E. (1978). *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada* (2a ed.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Golub, S. A., & Gamarel, K. E. (2013). The Impact of Anticipated HIV Stigma on Delays in HIV Testing Behaviors: Findings from a Community-Based Sample of Men Who Have Sex with Men and Transgender Women in New York City. *AIDS Patient Care and STDs*, 27(11), 621-627. <http://dx.doi.org/10.1089/apc.2013.0245>.
- Grangeiro, A. (2016). Da estabilização à reemergência: Os desafios para o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS no Brasil. In ABIA (Ed.), *Mito vs Realidade: Sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016* (pp. 16-21). Rio de Janeiro: Autor.
- Grangeiro, A., Castanheira, E. R., & Nemes, M. I. B. (2015). A re-emergência da epidemia de aids no Brasil: Desafios e perspectivas para o seu enfrentamento. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(52), 5-8. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0038>
- Hakre, S., Mydlarz, D. G., Dawson, P., Danaher, P. J., Gould, P. L., Witkop, C. T., ... Okulicz, J. F. (2015a). Epidemiology of HIV among US Air Force Military Personnel, 1996–2011. *PLoS ONE*, 10(5), e0126700. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0126700>
- Hakre, S., Scoville, S. L., Pacha, L. A., Peel, S. A., Kim, J. H., Michael, N. L., ... Scott, P. T. (2015b). Brief Report: Sexual Risk Behaviors of HIV Seroconverters in the US Army, 2012–2014. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (1999), 70(4), 456–461. <http://dx.doi.org/10.1097/QAI.0000000000000778>

- Harrell, J. P., & Wright, L. W. (1998). The development and validation of the Multicomponent AIDS Phobia Scale, *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 20(3), 201-216. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1023020617248>
- Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American Journal of Public Health*, 103(5), 813-821. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301069>
- Healthlink Worldwild. (2002). *Combat AIDS: HIV and the World's Armed Forces*. London: Author. Recuperado de http://data.unaids.org/topics/security/combataids_en.pdf
- Herek, G. M. (1999). AIDS and Stigma. *American Behavioral Scientist*, 42(7), 1106-1116. <http://dx.doi.org/10.1177%2F0002764299042007004>
- Herek, G. M. (2009). Sexual prejudice. In T. D. Nelson (Ed.), *Handbook of prejudice, stereotyping, and discrimination* (pp. 441-468). New York: Psychology Press.
- Herek, G. M. (2016). A nuanced view of stigma for understanding and addressing sexual and gender minority health disparities. *LGBT Health*, 3(6), 397-399. <http://dx.doi.org/10.1089/lgbt.2016.0154>
- Herek, G. M., Capitano, J. P., & Widaman, K. F. (2002). HIV-Related stigma and knowledge in the United States: Prevalence and trends, 1991-1999. *American Journal of Public Health*, 92(3), 371-377. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.92.3.371>
- Herek, G. M., Saha, S., & Burack, J. (2013). Stigma and psychological distress in people with HIV/AIDS. *Basic and Applied Social Psychology*, 35(1), 41-54. <http://dx.doi.org/10.1080/01973533.2012.746606>

- Holmgren, P. (2013). *Men, masculinity and the military: Deep diving into a world of men and violence*. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Ciência Política) – Lund University, Lund.
- Joint United Nations Program on HIV/AIDS. (UNAIDS). (1998). *AIDS and the military*. Geneva: UNAIDS.
- Joint United Nations Program on HIV/AIDS. (UNAIDS). (2007). *Aids epidemic update*. Geneva: UNAIDS.
- Knauth, D. R., Víctora, C. G., & Leal, O. F. (1998). A banalização da Aids. *Horizontes Antropológicos*, 4(9), 171-202. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-71831998000200010>
- Kohn, K. C. (2016). *Tradição e transformação: Discursos masculinos sobre as novas configurações no ambiente militar*. Tese (Doutorado em Psicologia), PUCRS, Porto Alegre.
- Leal, A. F., Knauth, D. R., & Couto, M. T. (2015). A invisibilidade da heterossexualidade na prevenção do HIV/Aids entre homens. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18(Suppl. 1), 143-155. <https://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201500050011>
- Link, B. G., & Phelan, J. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-85. <https://dx.doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Link, B. G., Cullen, F. T., Struening, E., Shrout, P. E., & Dohrenwend, B. P. (1989). A modified labeling theory approach to mental disorders: An empirical assessment. *American Sociological Review*, 54(3), 400-423. <https://dx.doi.org/10.2307/2095613>

- Locke, B. T. (2013). *The military-masculinity complex: Hegemonic masculinity and the United States Armed Forces, 1940-1963*. Dissertação (Master of Arts History), University of Nebraska, Nebraska.
- Louro, G. L. (1997). *Gênero, sexualidade e educação: Uma perspectiva pós-estruturalista*. Petrópolis: Vozes.
- Louro, G. L. (2008). Gênero e sexualidade: Pedagogias contemporâneas. *Proposições*, 19(2), 17-23.
- Lucas, J. W., & Phelan, J. C. (2012). Stigma and status: The interrelation of two theoretical perspectives. *Social Psychology Quarterly*, 75(4), 310-333. <http://dx.doi.org/10.1177/0190272512459968>.
- Maia, C., Guilhem, D., & Freitas, D. (2008). Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. *Revista de Saúde Pública*, 42(2), 242-248. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008005000004>
- Mann, I. (1995). Human rights and the new public health. *Health and Human Rights*, 1(3), 229-233.
- Mariano, S. A. (2005). O sujeito do feminismo e o pós-estruturalismo. *Revista Estudos Feministas*, 13(3), 483-505. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2005000300002>
- Marques Junior, J. S., Gomes, R., & Nascimento, E. F. (2012). Masculinidade hegemônica, vulnerabilidade e prevenção ao HIV/AIDS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(2), 511-520. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000200024>
- Mattos, A. R., & Cidade, M. L. R. (2016). Para pensar a cisheteronormatividade na psicologia: Lições tomadas do transfeminismo. *Periódicus*, 1(5), 132-153.

Recuperado de <https://portalseer.ufba.br/index.php/revistaperiodicus/article/view/17181/11338>

- Mayer, K., Gazzard, B., Zuniga, J. M., Amico, K. R., Anderson, J., Azad, Y., Cairns, G.,...International Association of Physicians in AIDS Care. (2013). Controlling the HIV epidemic with antiretrovirals: IAPAC consensus statement on treatment as prevention and preexposure prophylaxis. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care*, 12(3), 208-216. <http://dx.doi.org/10.1177/2325957413475839>
- McKay, R. A. "Patient Zero": The Absence of a Patient's View of the Early North American AIDS Epidemic. *Bulletin of the History of Medicine*, 88, 161-194.
- Ministério da Saúde (2011). *Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas na população brasileira*. Brasília: Autor.
- Ministério da Saúde. (2017). *Boletim epidemiológico HIV/AIDS*. Brasília: Autor.
- Morgado, J. J. M. (2012). *Imagem corporal de homens militares*. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.
- Myers, D. (2014). *Psicologia social* (10ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Oliveira, J. M., Pinto, P., Pena, C., & Costa, C. G. (2009). Feminismos queer: disjunções, articulações e ressignificações. *Ex aequo*, (20), 13-27. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aeq/n20/n20a03.pdf>
- Pacha, L. A., Hakre, S., Myles, O., Sanders-Buell, E. E., Scoville, S. L., Kijak, G. H., Price, M. W., ... Scott, P. T. (2015). Centralized HIV program oversight: An investigation of a case series of new HIV infections among US Army soldiers, 2012 to 2013. *Medicine (Baltimore)*, 94(46):e2093. <http://dx.doi.org/10.1097/MD.0000000000002093>

- Paiva, V., Pupo, L. R., & Barboza, R. (2006). O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 40(Suppl.), 109-119. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000800015>
- Parker, R., & Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine*, 57(1), 13-24. [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00304-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00304-0)
- Pelúcio, L., & Miskolci, R. (2009). A prevenção do desvio: O dispositivo da AIDS e a repatologização das sexualidades dissidentes. *Sexualidad, Salud Y Sociedad - Revista Latinoamericana*, (1), 125-157. Recuperado de <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludySociedad/article/view/29>
- Pereira, C. R., & Monteiro, S. S. (2015). A criminalização da transmissão do HIV no Brasil: Avanços, retrocessos e lacunas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25(4), 1185-1205. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000400008>
- Phelan, J., Link, B. G., Dovidio, J. F. (2008). Stigma and prejudice: One animal or two? *Social Science and Medicine*, 67(3), 358–367. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.022>
- Phillips, K. D., Moneyham, L., & Tavakoli, A. (2011). Development of an instrument to measure internalized stigma in those with HIV/AIDS. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(6), 359-366. <http://dx.doi.org/10.3109/01612840.2011.575533>
- Portal Extra. (2015). STF: Exército pode proibir portadores de HIV de prestar concurso. 03 de junho de 2015. Recuperado de <http://extra.globo.com/emprego/concursos/stf-exercito-pode-proibir-portadores-de-hiv-de-prestar-concurso-16339180.html>

- Preciado, B. (2011). Multidões queer: notas para uma política dos “anormais”. *Estudos Feministas*, 19(1), 11-20. Recuperado de <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2011000100002/18390>
- Preciado, B. (2013). Quem defende a criança queer? *Jangada: Crítica, Literatura, Artes*, (1), 96-99. Recuperado de <http://www.brazilianstudies.com/ojs/index.php/jangada/article/view/22>
- Preciado, B. (2014). *Manifesto contrasexual: Práticas subversivas de identidade sexual*. São Paulo: N-1 Edições.
- Reis, R. K., & Gir, E. (2009). Vulnerabilidade ao HIV/AIDS e a prevenção da transmissão sexual entre casais sorodiscordantes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(3), 662-669. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000300023>
- Rimoin, A. W., Hoff N. A., Djoko, C. F., Kisalu, N. K., Kashamuka, M., Tamoufe, U., LeBreton, M., Kayembe, P. K...Wolfe, N. D. (2015). HIV infection and risk factors among the armed forces personnel stationed in Kinshasa, Democratic Republic of Congo. *International Journal of STD & AIDS*, 26(3), 187-195. <http://dx.doi.org/10.1177/0956462414533672>
- Rios, R. R. (2006). Para um direito democrático da sexualidade. *Horizontes Antropológicos*, 12(26), 71-100. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832006000200004>
- Santos, H. B., & Nardi, H. C. (2014). Masculinidades entre matar e morrer: O que a saúde tem a ver com isso? *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24(3), 931-949. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000300014>

- Sasson-Levy, O. (2003). Military, Masculinity, and Citizenship: Tensions and Contradictions in the Experience of Blue-Collar Soldiers. *Identities*, 10(3), 319-345. <http://dx.doi.org/10.1080/10702890390228892>
- Scott, P. T., Hakre, S., Myles, O., Sanders-Buell, E. E., Kijak, G. H., McCutchan, F. E., ... Cersovsky, S. B. (2012). Short communication: Investigation of incident HIV infections among U.S. Army soldiers deployed to Afghanistan and Iraq, 2001–2007. *AIDS Research and Human Retroviruses*, 28(10), 1308–1312. <http://doi.org/10.1089/aid.2011.0363>
- Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. (2017). *Boletim epidemiológico HIV/AIDS*. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública.
- Seffner, F. (1998). O conceito de vulnerabilidade: Uma ferramenta útil em seu consultório. *Aletheia*, 7, 53-58.
- Seffner, F. (2003). *Derivas da masculinidade: Representação, identidade e diferença no âmbito da masculinidade bissexual*. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Seffner, F., & Parker, R. (2016). Desperdício da experiência e precarização da vida: momento político contemporâneo da resposta brasileira à aids. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 20(57), 293-304. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0459>
- Seidl, E. M. F., Ribeiro, T. R. A., & Galinkin, A. L. (2010). Opiniões de jovens universitários sobre pessoas com HIV/AIDS: Um estudo exploratório sobre preconceito. *Psico-USF*, 15(1), 103-112. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712010000100011>
- Silva, M. C. A., Antonello, V. S., Romagna, E. S., & Antonello, J. S. (2009). Educação e vulnerabilidade a doenças sexualmente transmissíveis/HIV entre militares em

um quartel em Porto Alegre, RS. *Revista HCPA*, 29(3), 225-228. Recuperado de <http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/viewFile/10768/7003>

- Silveira, P. S., Martins, L. F., Soares, R. G., Gomide, H. P., & Ronzani, T. M. (2011). Revisão sistemática da literatura sobre estigma social e alcoolismo. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 16(2), 131-138. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2011000200003>
- Souza, M. A., & Ferreira, M. C. (1997). Identidade de gênero masculina em civis e militares. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 10(2), 301-314. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-79721997000200009>
- Starks, T. J., Rendina, H. J., Breslow, A. S., Parsons, J. T., & Golub, S. A. (2013). The psychological cost of anticipating HIV stigma for HIV-negative gay and bisexual men. *AIDS and Behavior*, 17, 2732–2741. <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-013-0425-0>
- Stochero, T. (2015). Justiça veta Exército exigir altura, 20 dentes e teste de HIV para candidatos. *Portal G1*, 27 de abril de 2015. Disponível em <http://g1.globo.com/politica/noticia/2015/04/justica-veta-exercito-exigir-altura-20-dentes-e-teste-de-hiv-para-candidatos.html>
- Strodl, E., Stewart, L., Mullens, A. B., & Deb, S. (2015). Metacognitions mediate HIV stigma and depression/anxiety in men who have sex with men living with HIV. *Health Psychology Open*, 1-11. <http://dx.doi.org/10.1177/2055102915581562>
- Stuber, J., Meyer, I., & Link, B. (2008). Stigma, prejudice, discrimination and health. *Social Science and Medicine*, 67(3), 351–357. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.023>

- Suit, D., & Pereira, M. E. (2008). Vivência de estigma e enfrentamento em pessoas que convivem com o HIV. *Psicologia USP*, 19(3), 317-340. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642008000300004>
- Szwarcwald, C. L., Andrade, C. L. T., Pascom, A. R. P., Fazito, E., Pereira, G. F. M., & Penha, I. T. (2011). HIV-related risky practices among Brazilian young men, 2007. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(Suppl. 1), s19-s26. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011001300003>
- Szwarcwald, C. L., Carvalho, M. F., Barbosa Júnior, A., Barreira, D., Speranza, F. A. B., & Castilho, E. A. (2005). Temporal trends of HIV-related risk behavior among Brazilian military conscripts, 1997-2002. *Clinics*, 60(5), 367-374. <http://dx.doi.org/10.1590/S1807-59322005000500004>
- Szwarcwald, C. L., Castilho, E. A., Barbosa Júnior, A., Gomes, M. R. O., Costa, E. A. M. M., Maletta, B. V., Carvalho, R. F. M., Oliveira, S. R., & Chequer, P. (2000). Comportamento de risco dos conscritos do Exército Brasileiro, 1998: Uma apreciação da infecção pelo HIV segundo diferenciais sócio-econômicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(Suppl. 1), S113-S128. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2000000700010>
- Terto Jr., V. (2002). Homossexualidade e saúde: desafios para a terceira década de epidemia de HIV/AIDS. *Horizontes Antropológicos*, 8(17), 147-158. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832002000100008>
- Warner, M. (1993). *Fear of a queer planet*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- World Health Organization. (WHO). (2006). *Report on the Global AIDS Epidemic*. WHO: Geneva.

2 ESTUDO EMPÍRICO

Antecipação do estigma relacionado ao HIV está associada à evitação de testagem em conscritos do Exército Brasileiro²

Ramiro Figueiredo Catelan, Juliana Sbicigo, Felipe Villanova, Letícia Pessoa da Silva, Gabriel Zanella, Melina Dupont, Mariana Leonhardt, Fernando Martins de Azevedo, Angelo Brandelli Costa, Henrique Caetano Nardi

² Artigo a ser traduzido para o inglês e submetido à revista *AIDS and Behavior*.

Introdução

O estigma relacionado ao HIV é considerado um dos principais entraves para ações de prevenção, cuidado e tratamento (Earnshaw & Chaudoir, 2009). A experiência de estigma tem sido relacionada a taxas elevadas de depressão (Bhatia & Munjal, 2014), suicídio (Ferlatte, Salway, Oliffe, & Trussler, 2017), acesso prejudicado a equipamentos de saúde (Sayles, Wong, Kinsler, Martins, & Cunningham, 2009), discriminação no contexto de cuidado em saúde (Schuster et al., 2005), dificuldade de adesão à medicação (Rintamaki, Davis, Skripkauskas, Bennett, & Wolf, 2006), adiamento do início da terapia antirretroviral (Turner et al., 2000) e evitação de testagem (Young, Nussbaum, & Monin, 2007).

Nos últimos anos, houve avanços significativos nas tecnologias biomédicas para tratamento do HIV. Porém, essas estratégias são dependentes do conhecimento da pessoa sobre sua sorologia (Mayer et al., 2013). A evitação ou atraso da testagem mostra-se um importante desafio no enfrentamento à epidemia (Young & Zhu, 2012). Evidências apontam que as pessoas podem vir a deixar de se testar para evitar estigmatização (Young, Nussbaum, & Monin, 2007).

Apesar de um corpo crescente de estudos sobre os impactos provocados pelo estigma, pouca atenção tem sido dada à antecipação do estigma relacionado ao HIV, ou seja, a expectativa de rejeição social, preconceito e discriminação no caso de uma mudança de status sorológico (Earnshaw & Chaudoir, 2009). Alguns estudos apontaram o papel da antecipação do estigma relacionado ao HIV na evitação de testagem (Gamarel et al., 2017; Golub & Gamarel, 2013; Starks, Rendina, Breslow, Parsons, & Golub, 2013). Porém, esses estudos focaram sua atenção em populações em situação de maior vulnerabilidade, como homens gays cisgênero e mulheres transexuais, não se atendo a homens heterossexuais cisgênero.

O quadro de vulnerabilidade no Brasil tem se modificado. Apesar de relativamente estabilizada no contexto brasileiro, com prevalência de 0.6% desde 2004 (Ministério da Saúde, 2017), a epidemia de HIV/AIDS tem apresentado índices crescentes no estado do Rio Grande do Sul, especialmente entre homens jovens de 15 a 19 anos. Em 2006, a taxa de infecção nessa faixa da população era de 4.0 para cada 100 mil habitantes; atualmente, os dados correspondem a 9.4 casos para a mesma proporção (Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, 2017), estando congruentes com a heterossexualização da epidemia no Brasil (Leal, Knauth, & Couto, 2015).

No Brasil, todos os homens que completam 18 anos são obrigados a passar por processo de alistamento obrigatório para possível prestação de serviço militar remunerado, o que os coloca sob responsabilidade parcial da instituição. Existe uma preocupação expressa com os comportamentos sexuais dos jovens recrutas, sendo a pauta do HIV/AIDS alvo de frequentes pesquisas (Szwarcwald et al., 2011).

A relação do Exército com essa pauta mostra-se complexa. Uma decisão do Tribunal Regional Federal da 1ª Região, em 2015, derrubou uma norma interna do Exército Brasileiro que, desde 2005, impedia candidatos portadores de doenças autoimunes, como HIV, aos concursos da corporação (Stochero, 2015). Reformando a decisão do TRF, o Supremo Tribunal Federal, em junho de 2015, autorizou o Exército a incluir nos editais de seus concursos restrições a pessoas que portam HIV e outras doenças infecciosas incuráveis, sob a justificativa de preservar a saúde das pessoas infectadas pelo vírus e dos demais militares. O Departamento de Educação e Cultura do Exército defende essa posição, alegando que os candidatos ao ingresso no Exército devem ter boa capacidade física e condicionamento físicos adequados (Portal Extra, 2015).

Uma pesquisa feita com conscritos do Exército Brasileiro demonstrou uma diminuição do uso regular de preservativo, com parcerias fixas e casuais, especialmente entre aqueles com menor grau de escolaridade. O estudo apontou, ainda, uma maior prevalência de HIV entre os conscritos, de 9 para 11.3 por 10 mil, que embora não seja estatisticamente significativa, levanta preocupações (Szwarcwald et al., 2011).

Objetivo

Levando em conta o contexto supracitado, deseja-se investigar a associação entre o impacto da antecipação do estigma relacionado ao HIV e o comportamento de testagem em conscritos do Exército Brasileiro.

Método

Participantes e procedimentos

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

O estudo foi realizado na cidade de Porto Alegre. O cálculo amostral foi feito com base no número total de conscritos incorporados no ano de 2016, totalizando 325 pessoas necessárias, sendo que 434 foi o número total de respondentes. Os participantes, homens entre 18 e 20 anos, conscritos ao Exército Brasileiro em período de serviço militar obrigatório, foram convidados a participar durante o processo de

incorporação de novos recrutas ao Exército de fevereiro a março de 2017. Ao aceitarem a participação, responderam a um questionário auto-administrável disponibilizado em papel no local. O processo de coleta foi conduzido e acompanhado pela equipe de pesquisadores previamente treinados no protocolo, que estiveram disponíveis no momento da aplicação para tirar dúvidas e prestar esclarecimentos. A decisão de manter uma equipe no local acompanhando e conduzindo o processo foi tomada no sentido de garantir o sigilo e preservação dos dados e maior fidedignidade no processo de preenchimento do questionário.

Aspectos éticos

Todos os procedimentos foram revisados, submetidos e aprovados pela Comissão de Pesquisa e pelo Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da UFRGS, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 63637317.0.0000.5334, e pelo Comitê de Ética da PUCRS, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 63637317.0.3001.5336.

Os participantes deste estudo contribuíram para a obtenção de maior conhecimento sobre o efeito da antecipação do estigma relacionado ao HIV sobre o comportamento de testagem. Os riscos foram o desconforto de falar sobre temas íntimos como comportamento sexual, sexualidade, HIV, doenças sexualmente transmissíveis, preconceito e suas experiências de vida.

O protocolo de pesquisa desenhado para os estudos foi submetido à avaliação da população participante por meio de um protocolo-piloto, no qual três conscritos responderam ao questionário para emitir considerações em termos de adequação da linguagem, conteúdo e ordem das questões, tornando o protocolo inteligível para a população que o responderá. Considera-se esse input comunitário fundamental como medida de validade interna da pesquisa.

A participação na pesquisa não acarretou prejuízos para os conscritos e/ou seus vínculos com o Exército Brasileiro. Foram garantidos o anonimato e a preservação de suas identidades no momento da publicação dos dados. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido indicando seus direitos, bem como os riscos e benefícios implicados na participação da pesquisa. Ressalta-se que, por conta da relação extremamente hierarquizada no contexto militar, os conscritos foram convocados coletivamente a comparecerem ao local onde seria realizada a pesquisa. Foi ressaltado, neste momento, o caráter voluntário da realização, explicando-se que não se tratava de uma prova ou teste.

Medidas

Sociodemográficas

Os participantes responderam a um questionário não identificado para reportarem idade, cidade de origem, nível de educação, renda, orientação sexual, raça/etnia e outras variáveis.

Comportamento de testagem para o HIV

Os participantes responderam à seguinte pergunta: “Você já fez o teste para HIV?”. As respostas foram divididas em duas opções, “Sim” ou “Não”.

Percepção de risco

Os participantes responderam à seguinte pergunta: “Qual a probabilidade de que você venha a contrair HIV em algum momento da sua vida?”, tendo quatro opções de resposta que variam de “Eu nunca vou pegar HIV/AIDS na minha vida” a “A chance de eu pegar HIV/AIDS em algum momento é muito grande”.

Comportamento sexual de risco

Os participantes responderam a perguntas sobre o tipo de atividades sexuais em que se engajam (anal, vaginal, oral) e sobre o uso de camisinha (sexo desprotegido ou protegido).

Antecipação do estigma relacionado ao HIV

Os participantes responderam a uma escala de quinze itens sobre a antecipação do estigma relacionado ao HIV (Starks et al., 2013), desenvolvida para medir as consequências intra e interpessoais caso os participantes venham a contrair HIV em algum momento do futuro, que foi traduzida, adaptada e validada para o contexto brasileiro conforme Borsa, Damásio e Bandeira (2012). Os itens originais foram mantidos, com algumas adaptações, tendo sido avaliados por três juízes especialistas em gênero e sexualidade; discordâncias foram resolvidas e organizadas por um quarto juiz. A estrutura fatorial da escala original permaneceu a mesma. Essa escala contém informações relativas à internalização do estigma (por exemplo, “Se eu pegasse/contrásse HIV/AIDS, a culpa seria minha”) e às consequências negativas de uma possível infecção (por exemplo, “Se eu pegasse/contrásse HIV/AIDS as pessoas não iriam querer transar comigo”). Todos os itens foram distribuídos em uma Escala-Likert, variando de 1 (Discordo totalmente) a 4 (Concordo totalmente). Foi realizada uma análise fatorial exploratória para validação da escala que apresentou evidências satisfatórias de validade, sendo $\alpha = 0.84$, indicando boa consistência interna. A pontuação da escala foi obtida por meio da soma da média geral de todos os itens.

Escala de Preconceito Contra Diversidade Sexual e de Gênero (EPDSG)

A Escala de Preconceito Contra Diversidade Sexual e de Gênero (EPDSG) foi desenvolvida por Costa, Machado, Bandeira e Nardi (2016) para avaliar o preconceito relacionado a gênero e sexualidade no contexto brasileiro. É composta de 18 itens, distribuídos numa Escala-Likert, variando de 1 (Discordo totalmente) a 5 (Concordo

totalmente), e contém afirmativas como “Sexo entre dois homens é totalmente errado”, “As mulheres que se veem como homens são anormais” e “Travestis me dão nojo”. A pontuação da escala foi obtida por meio da soma da média geral de todos os itens.

Conhecimentos relacionados ao HIV

Foi aplicada uma escala de conhecimento das formas de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV elaborada pelo Ministério da Saúde (2011) em sua Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas na população brasileira. A pontuação da escala foi obtida por meio da soma da média geral de todos os itens.

Cuidados relativos à saúde no Exército Brasileiro

Foi explorada a relação dos conscritos com o Exército Brasileiro. O protocolo abordou conhecimentos sobre políticas de saúde do Exército, o tratamento que o Exército dá à temática do HIV/AIDS, disponibilidade de insumos para prevenção e percepção de segurança/conforto em relação a um eventual cenário de mudança sorológica.

Análise dos dados

Os protocolos de pesquisa foram preenchidos manualmente pelos participantes, tendo sido digitados pelos pesquisadores e conferidos quatro vezes por quatro pessoas diferentes após digitação para garantir que não houvesse erros na tabulação. Para tratamento e interpretação dos dados foi usado o pacote estatístico SPSS 22.0. Estatísticas descritivas foram geradas a partir das variáveis sociodemográficas, comportamento de testagem, percepção de risco para HIV, comportamento sexual de risco e a Escala de conhecimento das formas de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV.

A análise inferencial foi inspirada naquela reportada por Golub e Gamarel (2013). Foram realizados testes-t para amostras independentes, verificando

diferenças na antecipação do estigma relacionado ao HIV de acordo com variáveis sociodemográficas, reportando o tamanho de efeito das diferenças com *d* de Cohen (Cohen, 1988). Em seguida foram realizadas análises de regressão logística bivariadas, tendo como variável dependente a testagem. Também foram realizadas correlações de Pearson entre o escore geral de antecipação do estigma e o escore geral da EPDSG. As variáveis que obtiveram significância foram incluídas no modelo de regressão logística final.

Resultados

Sociodemográficos

Quando perguntados sobre sua identificação racial ($N=434$), 19.6% ($n=85$) da amostra autodeclarou-se preta; 58.3% ($n=253$), branca; 19.1% ($n=83$), parda; 2.3% ($n=10$), indígena; e 0.7% ($n=3$), amarela (asiática). Para fins de análise, devido às limitações da distribuição amostral, com baixo número de indígenas e amarelos (asiáticos), a categoria raça foi subdividida em brancos e não brancos. Em relação à escolaridade ($N=434$), 0.7% ($n=3$) referiram não ter nenhuma formação escolar; 9.9% ($n=43$), ensino fundamental incompleto; 5.8% ($n=25$), ensino fundamental completo; 34.3% ($n=149$), ensino médio incompleto; 41.9% ($n=182$), ensino médio completo; e 7.4% ($n=32$), ensino superior incompleto. Quanto à renda familiar ($N=433$), 10.1% ($n=44$) relataram ganhos de até um salário mínimo; 41.6% ($n=180$), de um a dois salários mínimos; 25.6% ($n=111$), de três a quatro salários mínimos; 9.9% ($n=43$), de cinco a seis salários mínimos; 9.5% ($n=41$), de seis a onze salários mínimos; e 3.2% ($n=14$), acima de doze salários mínimos. Solteiros/sozinhos representaram 48% ($n=206$, $N=429$); 44.8% ($n=192$, $N=429$) estão namorando ou em um relacionamento com uma só pessoa; 3.7% ($n=16$, $N=429$) estão casados; e 3.5% ($n=15$, $N=429$), em um relacionamento aberto. Heterossexuais autoidentificados representam 97.4%

($n=411$, $N=422$) da amostra; 0.5% ($n=2$, $N=422$) se apresenta como homossexual/gay; 1.2% ($n=5$, $N=422$), como bissexual; e 0.9% ($n=4$, $N=422$) possui outra identidade sexual. Quando perguntados sobre já terem realizado trabalho sexual/prostituição ($N=416$), 96.9% ($n=403$) negaram, enquanto 3.1% ($n=13$) afirmaram já terem se engajado nessa prática.

Comportamento de testagem

Quando abordados a respeito de seu comportamento em relação à testagem para detecção de infecção por HIV, 84.3% ($n=359$, $N=426$) dos conscritos relataram nunca terem realizado, enquanto 15.7% ($n=67$, $N=426$) já realizaram em algum momento.

Percepção de risco para HIV

Quando perguntados sobre a probabilidade de virem a contrair HIV em algum momento de suas vidas ($N=430$), 21.2% ($n=91$) afirmaram que jamais contrairão; 61.6% ($n=265$) acham pouco provável; 13% ($n=56$) acreditam que talvez contraiam em algum momento da vida; e 4.2% ($n=18$) afirmaram que a chance de contrair é muito grande. Ainda explorando a percepção de risco, 43% ($n=182$, $N=423$) da amostra afirmou já ter tido alguma prática sexual que pudesse lhe expor a risco de contrair alguma infecção sexualmente transmissível, enquanto 57% ($n=241$, $N=423$) afirmou que nunca se expôs a risco. Dos que afirmaram terem se colocado em risco ($N=211$), 24.6% ($n=52$) relataram que o risco ocorreu ao fazer sexo oral; 25.1% ($n=53$), ao receber sexo oral; 71.1% ($n=150$), ao penetrar no sexo vaginal; 26.1% ($n=55$), ao penetrar no sexo anal; e 0.9% ($n=2$) ao ser penetrado no sexo anal.

Comportamento sexual de risco

Em relação ao uso de camisinha ao receberem sexo oral ($N=420$), 57.9% ($n=243$) relataram nunca usar; 18.6% ($n=78$), às vezes; 6,4% ($n=27$), quase sempre;

6.9% ($n=29$), sempre; 10.2% ($n=43$) afirmaram não realizar esse tipo de prática. Quando realizam sexo oral ($N=403$), 65.3% ($n=263$) referiram nunca usar camisinha; 5.7% ($n=23$), às vezes; 5% ($n=20$), quase sempre; 3.7% ($n=15$), sempre; 20.3% ($n=82$) afirmaram não realizar esse tipo de prática. Sobre o uso de preservativo no sexo vaginal ($N=415$), 8.2% ($n=34$) referiram nunca usar; 21.7% ($n=90$), às vezes; 20.7% ($n=86$), quase sempre; 42.7% ($n=177$), sempre; e 6.7% ($n=28$) referiram não fazer esse tipo de prática. No sexo anal insertivo ($N=409$), 14.4% ($n=59$) disseram nunca usar camisinha; 17.4% ($n=71$), às vezes; 9.5% ($n=39$), quase sempre; 36.4% ($n=149$), sempre; e 22.2% ($n=91$) referiram não fazer esse tipo de prática. No sexo anal receptivo ($N=385$), 8.6% ($n=33$) referiram nunca usar camisinha; 0.5% ($n=2$), às vezes; 9.5% ($n=39$), quase sempre; 1.6% ($n=6$), sempre; e 89.4% ($n=344$) disseram não fazer esse tipo de prática.

Quando perguntados sobre o uso de profilaxia pós-exposição ($N=398$), 0.8% ($n=3$) relataram já ter usado; 8.8% ($n=35$) referiram saber o que é, mas nunca terem usado; e 90.5% ($n=360$) reportaram não saber o que é.

Conhecimento relacionado ao HIV

Dados referentes ao conhecimento das formas de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV podem ser encontrados na Tabela 1.

Tabela 1
Conhecimento das formas de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV

	Concordância	
	n(N)	%
Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo HIV	404(433)	93.3
Ter parceiro fiel e não infectado reduz o risco de transmissão do HIV	334(434)	77
O uso de preservativo é a melhor maneira de evitar a infecção pelo HIV	414(432)	95.8
Uma pessoa não pode ser infectada ao ser picada por um inseto	273(427)	63.9
Uma pessoa não pode ser infectada pelo compartilhamento de talheres	274(429)	63.9
Uma pessoa não pode ser infectada em banheiro público	261(430)	60.7
Uma pessoa pode ser infectada ao compartilhar seringa	382(431)	88.6
Uma pessoa pode ser infectada nas relações sexuais sem preservativo	413(432)	95.6
Não existe cura para a AIDS	329(432)	76.2
Uma grávida que recebe tratamento adequado durante a gravidez e o parto diminui o risco de transmissão do HIV para o filho	336(430)	78.1

Cuidados relativos à saúde no Exército Brasileiro

Dos participantes, 71.5% ($n=296$, $N=414$) afirmaram que não se sentiria seguro no ambiente do Exército caso contraísse HIV, enquanto 28.5% ($n=118$, $N=414$) disseram que se sentiriam seguros. Quando perguntados sobre acharem que o Exército é um ambiente hostil para pessoas que vivem com HIV/AIDS, 35.5% ($n=145$, $N=409$) afirmaram que sim, enquanto 64.5% ($n=264$, $N=409$) afirmaram o contrário. Quando perguntados a respeito do conhecimento acerca de normas ou regras do Exército que restringem a entrada e/ou permanência de pessoas com HIV/AIDS nos quadros da corporação, 95.9% ($n=399$, $N=416$) afirmaram desconhecer, enquanto 4.1% ($n=17$, $N=416$) disseram conhecer. Ainda, 51.4% ($n=213$, $N=414$) afirmaram já terem recebido orientações sobre HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis no Exército, contra 45.2% ($n=187$) que negaram terem recebido orientações. Dos participantes, 12.7% ($n=54$, $N=425$) afirmaram já terem tido acesso, no ambiente militar, a insumos de prevenção como camisinhas e gel, em comparação a 87,3% ($n=371$) que não receberam ou não souberam informar.

Antecipação do estigma relacionado ao HIV, conhecimento relacionado ao HIV, preconceito contra diversidade sexual e de gênero e testagem

As variáveis que se mostraram significativas no teste-t para verificar diferenças na antecipação do estigma de acordo com as variáveis sociodemográficas foram raça e comportamento de testagem (ver Tabela 2).

Tabela 2
Características da amostra e diferenças entre escores de antecipação do estigma

	Amostra total		Antecipação do estigma relacionado ao HIV		
	N	%	M(DP)	T	d
Raça/cor					
Branco	230	57,9	38.74(8.09)	t(395) = 2.22*	.23
Não-branco	167	42,1	40.71(9.12)		
Renda				NS	
Até dois salários mínimos	224	51.7			
Acima de dois salários mínimos	209	48.3			
Escolaridade				NS	
Até fundamental completo	54	15.9			
Acima de ensino médio incompleto	343	84.1			
Estado civil				NS	
Solteiros	191	48			
Não solteiros	204	52			
Percepção de risco para HIV				NS	
De “nunca” a “acho pouco provável”	330	83			
De “talvez” a “com certeza”	64	17			
Já fez o teste					
Sim	63	15.7	40.06(8.52)	T(388)= 3.12*	.44
Não	327	84.3	36.42(8.20)		

* $p < .05$

Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre comportamento de testagem (já ter se testado alguma vez na vida) em relação ao conhecimento das formas de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV [$t(399) = .54$; $p = .59$]. Da mesma forma, não foi encontrada correlação entre os escores de antecipação do estigma e a escala de conhecimento ($p = .234$). Também não foi encontrada correlação significativa entre o escore de comportamento sexual de risco e a escala de conhecimento ($p = .29$). Foi encontrada diferença estatisticamente significativa em relação aos níveis de escolaridade, de tal forma que pessoas com nível de escolaridade de ensino médio incompleto para cima apresentaram maior nível de conhecimento das formas de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV em relação a pessoas com nível de escolaridade até ensino fundamental completo [$t(405) = 3.297$; $p = .001$]

Não foram encontradas correlações significativas entre comportamento sexual de risco e a percepção de risco ($p=.15$). Foi feita correlação entre o escore de antecipação do estigma relacionado ao HIV e a média da escala de preconceito contra diversidade sexual e de gênero e foi encontrada uma relação estatisticamente significativa [$r(397)=.338$; $p<.001$]. Ainda, foi encontrada correlação estatisticamente significativa entre percepção de risco e a antecipação do estigma relacionado ao HIV [$r(394)=-.12$, $p<.001$].

Com relação aos preditores de testagem para HIV, as variáveis estado civil e antecipação do estigma relacionado ao HIV foram as únicas significativas (ver Tabela 3).

Tabela 3
Modelos de regressão logística bivariadas de testagem de HIV

	OR	IC
Raça/cor	.88	.52 – 1.51
Renda	.93	.55 – 1.57
Escolaridade	.96	.47 – 1.95
Estado civil	.33*	.15 – .75
Risco	1.03	.96 – 1.11
Percepção de risco	1.59	.72 – 3.49
Antecipação do estigma	.95*	.92 – .98

* $p<.05$

As variáveis sociodemográficas que foram estatisticamente significativas em relação à antecipação do estigma relacionado ao HIV e ao histórico de testagem (Tabelas 2 e 3) foram utilizadas em uma regressão linear em dois passos, levando em conta o histórico de testagem (Tabela 4). O primeiro passo considerou apenas as variáveis sociodemográficas; o segundo incluiu a antecipação do estigma. O ajuste da análise foi melhor no segundo passo. Em relação às variáveis sociodemográficas, apenas estado civil se mostrou significativa em ambos os passos. O estigma

apresentou uma relação significativa, levando em conta os fatores sociodemográficos, conforme o passo 2. Cada unidade da escala de estigma aumenta em 5% a chance de a pessoa nunca ter se testado.

Tabela 4
Regressão logística para preditores de testagem para o HIV

	Passo 1		Passo 2	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Estado civil	.31*	.14-.72	.38*	.16 – .88
Raça/cor	.82	.47-1.42	.92	.51 – 1.64
Antecipação do estigma	-	-	.95*	.92 – .99
	$\chi^2(2)=6.74^*$		$\chi^2(1)=7.85^*$	

* $p < .05$

Discussão

Os dados obtidos no estudo levantam preocupações a respeito da maneira como a antecipação do estigma relacionado ao HIV opera sobre o comportamento de testagem dos conscritos. As evidências trazidas pelo modelo de regressão linear apontam que pessoas que antecipam mais estigma tem mais chances de evitar testagem quando comparadas às que antecipam menos estigma, o que pode significar um grande entrave a barreiras de prevenção e tratamento, à medida que, por conta do mecanismo cognitivo de antecipação, as pessoas evitam/adiam a testagem – ferramenta considerada uma principais estratégias de enfrentamento à epidemia de HIV. Os dados deste estudo relacionados à evitação de testagem, produzidos com uma amostra majoritariamente heterossexual, estão congruentes com os apresentados em investigações nos Estados Unidos com homens que fazem sexo com homens e mulheres transexuais (Gamarel et al., 2017; Golub & Gamarel, 2013; Starks, Rendina, Breslow, Parsons, & Golub, 2013).

Não ter sido encontrada diferença estatisticamente significativa entre comportamento de testagem e conhecimento das formas de transmissão e prevenção

da infecção pelo HIV pode corroborar a ideia de que a dimensão cognitiva (do ponto de vista do acesso à informação) não é a única que deve ser explorada na tentativa de compreender o motivo de as pessoas evitarem a testagem. Da mesma maneira, chama a atenção que, em uma amostra jovem (homens de 18 a 20 anos) e sexualmente ativa, quase 85% referiram jamais terem realizado testagem, o que é um número expressivo e preocupante, considerando o modo como a epidemia tem afetado homens jovens, especialmente no Rio Grande do Sul (Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, 2017).

Salienta-se também que a maioria dos participantes (90.5%) referiu não saber o que é a profilaxia pós-exposição (PEP), o que pode apontar uma falha na disseminação de conhecimento a respeito dessa importante estratégia de prevenção à infecção por HIV. Considerando o nível de exposição a risco da amostra, demonstrado pelos dados de comportamentos sexuais (prática de sexo oral, vaginal e anal, insertivos ou receptivos, com ou sem camisinha), causa preocupação que não haja maior conhecimento sobre o direito e possibilidade de realização de PEP em situações de possível exposição.

A associação encontrada entre a antecipação do estigma relacionado ao HIV e preconceito contra diversidade sexual pode reforçar a hipótese de que os processos do estigma relacionado ao HIV encontram uma relação importante com o preconceito contra a homossexualidade (Herek & Capitano, 1999; Ramirez-Valles, Molina, & Dirkes, 2013). A “colagem” entre HIV/AIDS e homossexualidade vindo sendo imposta socialmente desde os primórdios da epidemia e reforça a ideia equivocada de que pessoas heterossexuais não estão susceptíveis à infecção pelo HIV (Terto Jr, 2002).

Os resultados da escala de conhecimento das formas de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV são congruentes com os apresentados pela última

Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas na população brasileira em relação ao HIV (Ministério da Saúde, 2011), não apresentando diferenças significativas no nível de conhecimento. Chama a atenção a falta de conhecimentos básicos relacionados à temática, que é demonstrado por uma concordância não-elevada em afirmativas como “Uma pessoa não pode ser infectada em banheiro público”, “Uma pessoa não pode ser infectada pelo compartilhamento de talheres” e “Não existe cura para a AIDS”. Uma pesquisa sobre conhecimentos em relação a doenças sexualmente transmissíveis e grau de escolaridade foi conduzida anteriormente por Miranda et al. (2013) baseada na metodologia CAP (conhecimento, atitudes e práticas) com uma amostra de 39 mil conscritos, associando baixa escolaridade a baixo conhecimento, o que seria congruente aos resultados apontados em nosso estudo. Porém, não foram reportadas medidas específicas sobre conhecimento das formas de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV, dificultando uma comparação adequada.

Os dados relacionados aos cuidados de saúde no ambiente militar demonstraram que 71.5% dos conscritos não se sentiria seguro no Exército caso viesse a contrair HIV, isso mesmo diante da negativa de 95.9% de desconhecimento em relação a normas que restringem e/ou dificultam a participação de pessoas soropositivas nos quadros da corporação. Esses resultados podem vir a contribuir para uma reorientação do posicionamento da instituição sobre a temática do HIV/AIDS, uma vez que o atual tratamento institucional pode reforçar a antecipação do estigma e, portanto, reduzir a frequência de testagem. Além disso, uma política restritiva à questão do HIV/AIDS e a pessoas soropositivas contraria as dimensões programáticas de garantia de direitos humanos, devendo ser questionada e revista.

Os resultados levantam preocupações a respeito da atual situação epidêmica brasileira. A heterossexualização da epidemia e o contexto de risco a que determinados segmentos de homens têm sido expostos contrapõem o discurso dos grupos de risco e ressaltam a complexidade da epidemiologia do HIV/AIDS (Brito et al., 2001; Leal et al., 2015; Maia, Guilhem, & Freitas, 2008). O endosso à masculinidade hegemônica, que historicamente foi associada ao não-risco, pode ser fator de vulnerabilidade à infecção, à medida que esse modelo, baseado na afirmação pública e social da virilidade e da coragem, pode levar homens heterossexuais cisgênero a situações de contato com o vírus, uma vez que o imaginário social e o senso comum insistem que HIV/AIDS é uma doença restrita a gays, que homens “de verdade” devem mostrar força, virilidade e impetuosidade sexual, podendo levar à evitação dos serviços de saúde e ressaltando um quadro de vulnerabilidade (Leal et al., 2015; Herek, 1999; Marques Junior, Gomes, & Nascimento, 2012).

O modelo da vulnerabilidade e dos direitos humanos foi desenvolvido na tentativa de explicar a infecção pelo HIV, superando a noção de grupos de risco. Essa proposição aponta que existe uma interação complexa entre as pessoas, o processo saúde-doença e o contexto social da qual fazem parte, assinalando que assistência, intervenção, tratamento e reabilitação são cruciais no processo de compreensão do adoecimento e da produção de saúde. Essa abordagem considera fundamental entender os agentes patogênicos e os agravos de saúde considerando aspectos sociais, políticos, culturais, econômicos, psicológicos e orgânicos envolvidos nesse processo. O modelo propõe que os governos e instituições sociais reconheçam seu papel na produção da vulnerabilidade, criando, portanto, ações que visem ao tratamento, prevenção e reparação, tomando a saúde como um direito humano a ser fomentado e garantido pelo Estado (Ayres et al., 2012).

Nesse sentido, ressalta-se a importância de o Estado brasileiro, de uma maneira geral, e o Exército Brasileiro, mais especificamente – enquanto uma instituição que reúne de modo compulsório muitos homens jovens e os obriga a prestar serviço militar remunerado –, desenvolvam ações de conscientização a respeito do HIV/AIDS, atuando para proteger a saúde dos jovens colocados parcialmente sob sua responsabilidade. É salutar que as campanhas e ações se direcionem à população jovem heterossexual, e não apenas a minorias sexuais e de gênero. Considerando que a população de conscritos é jovem e sexualmente ativa, é fundamental que sejam disponibilizados insumos de prevenção para que os riscos envolvidos nas práticas sexuais sejam minimizados.

Limitações

Os resultados deste estudo devem ser interpretados à luz de uma série de limitações. A primeira a ser ressaltada é o seu caráter transversal, limitando o estabelecimento de uma relação causal entre comportamento de testagem e antecipação do estigma relacionado ao HIV. Estudos longitudinais são desejáveis para investigar de forma mais consistente se a antecipação do estigma relacionado ao HIV leva à evitação de testagem.

O contexto de aplicação dos instrumentos deu-se em ambiente coletivo com grande agrupamento de conscritos em um espaço apertado disponibilizado pela instituição militar. Esse fato pode ter gerado desconforto em alguns participantes e interferido nos resultados, assim como a relação extremamente hierarquizada estabelecida dentro do Exército Brasileiro pode ter influenciado a participação dos conscritos, por mais que tenham assinado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Por conta de limitações da configuração amostral, com baixo número de índios e amarelos (asiáticos) autodeclarados, não foi possível estratificar modelos por raça/autoidentificação racial, sendo necessário que as categorias fossem dicotomizadas entre brancos e não-brancos. Compreende-se que essa é uma limitação importante, e que futuros estudos podem avançar no sentido de compreender de que forma a antecipação do estigma relacionado ao HIV pode produzir evitação de testagem em diferentes grupos raciais.

Conclusão

Apesar das limitações, este estudo avança na compreensão da forma como a antecipação do estigma relacionado ao HIV impacta negativamente o comportamento de testagem em conscritos do Exército Brasileiro, produzindo evitação de testagem. É um dos primeiros estudos a investigar a antecipação do estigma relacionado ao HIV para além de minorias sexuais e de gênero, ampliando o escopo para uma amostra majoritariamente heterossexual.

A efetividade de programas e intervenções que busquem reduzir o impacto do HIV em populações jovens depende de uma abordagem sistemática e enfática que busque conhecer os mecanismos cognitivos, comportamentais e emocionais do estigma, de modo a reduzir seus efeitos deletérios. Nesse sentido, campanhas anti-estigma, o estabelecimento de uma política afirmativa relacionado ao HIV e a disponibilização de insumos preventivos dentro do ambiente do Exército Brasileiro pode contribuir para o desenvolvimento de desfechos de saúde mais positivos entre os conscritos. Garantir um ambiente livre de estigma, a correta disseminação de informações sobre HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis e assegurar o acesso a ações de prevenção e tratamento é fundamental para combater o quadro de vulnerabilidade que vitima homens jovens no contexto brasileiro.

REFERÊNCIAS

- Ayres, J. R., Paiva, V., & França Jr., I. (2012). Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. Em Paiva, V., Ayres, J.R. & Buchalla, M.C. *Vulnerabilidade e direitos humanos – Prevenção e promoção da saúde – Livro I - Da doença à cidadania* (pp. 71-94). Curitiba: Juruá Editora.
- Bhatia, M. S., & Munjal, S. (2014). Prevalence of depression in people living with HIV/AIDS undergoing ART and factors associated with it. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 8(10), WC01–WC04. <http://doi.org/10.7860/JCDR/2014/7725.4927>
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: Algumas considerações. *Paidéia*, 22(53), 423-432. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X20120003000146.4.9>
Diário de campo
- Brito, A. M., Castilho, E. A., & Szwarcwald, C. L. (2001). AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: Uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 34(2), 207-217. <https://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822001000200010>
- Earnshaw, V. A., & Chaudoir, S. R. (2009). From conceptualizing to measuring HIV stigma: A review of HIV stigma mechanism measures. *AIDS and Behavior*, 13(9), 1160-1177. <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-009-9593-3>
- Ferlatte, O., Salway, T., Oliffe, J. L., & Trussler, T. (2017). Stigma and suicide among gay and bisexual men living with HIV. *AIDS Care*, 29(11), 1346-1350. <https://doi.org/10.1080/09540121.2017.1290762>

- Gamarel, K. E., Nelson, K. M., Stephenson, R., Rivera, O. J. S., Chiamonte, D., Miller, R. L., the Adolescent Medicine Trials Network for HIV/AIDS Interventions. (2017). Anticipated HIV stigma and delays in regular HIV testing behaviors among sexually-active young gay, bisexual, and other men who have sex with men and transgender women. *AIDS and Behavior*, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s10461-017-2005-1>
- Golub, S. A., & Gamarel, K. E. (2013). The impact of anticipated HIV stigma on delays in HIV testing behaviors: Findings from a community-based sample of men who have sex with men and transgender women in New York City. *AIDS Patient Care and STDs*, 27(11), 621-627. <http://dx.doi.org/10.1089/apc.2013.0245>
- Herek, G. M. (1999). AIDS and Stigma. *American Behavioral Scientist*, 42(7), 1106-1116. <http://dx.doi.org/10.1177/0002764299042007004>
- Herek, G. M., & Capitano, J. P. (1999). AIDS stigma and sexual prejudice. *American Behavioral Scientist*, 42(7), 1130-1147. <https://doi.org/10.1177/0002764299042007006>
- Leal, A. F., Knauth, D. R., & Couto, M. T. (2015). A invisibilidade da heterossexualidade na prevenção do HIV/Aids entre homens. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18(Suppl. 1), 143-155. <https://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201500050011>
- Li, L., Lin, C., Wu, Z., Guan, J., Jia, M., & Yan, Z. (2011). HIV-related avoidance and universal precaution in medical settings: Opportunities to intervene. *Health Services Research*, 46(2), 617-631. <http://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2010.01195.x>

- Maia, C., Guilhem, D., & Freitas, D. (2008). Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. *Revista de Saúde Pública*, 42(2), 242-248. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008005000004>
- Marques Junior, J. S., Gomes, R., & Nascimento, E. F. (2012). Masculinidade hegemônica, vulnerabilidade e prevenção ao HIV/AIDS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(2), 511-520. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-8123201200020002>
- Mayer, K., Gazzard, B., Zuniga, J. M., Amico, K. R., Anderson, J., Azad, Y., Cairns, G.,...International Association of Physicians in AIDS Care. (2013). Controlling the HIV epidemic with antiretrovirals: IAPAC consensus statement on treatment as prevention and preexposure prophylaxis. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care*, 12(3), 208-216. <http://dx.doi.org/10.1177/2325957413475839>
- Ministério da Saúde (2011). *Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas na população brasileira*. Brasília: Autor.
- Ministério da Saúde. (2017). *Boletim epidemiológico HIV/AIDS*. Brasília: Autor.
- Miranda, A. E., Ribeiro, D., Rezende, E. F., Pereira, G. F. M., Pinto, V. M., & Saraceni, V. (2013). Associação de conhecimento sobre DST e grau de escolaridade entre conscritos em alistamento ao Exército Brasileiro. Brasil, 2007. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(2), 489-497. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000200020>
- Portal Extra. (2015). STF: Exército pode proibir portadores de HIV de prestar concurso. 03 de junho de 2015. Recuperado de <http://extra.globo.com/emprego/concursos/stf-exercito-pode-proibir-portadores-de-hiv-de-prestar-concurso-16339180.html>

- Ramirez-Valles, J., Molina, Y., & Dirkes, J. (2013). Stigma towards PLWHA: The role of internalized homosexual stigma in latino gay/bisexual male and transgender communities. *AIDS Education and Prevention: Official Publication of the International Society for AIDS Education*, 25(3), 179–189. <http://doi.org/10.1521/aeap.2013.25.3.179>
- Rintamaki, L. S., Davis, T. C., Skripkauskas, S., Bennet, C. L., & Wolf, M. S. (2006). Social stigma concerns and HIV medication adherence. *AIDS Patient Care and STDs*, 20(5), 359-368. <https://doi.org/10.1089/apc.2006.20.359>
- Sayles, J. N., Wong, M. D., Kinsler, J. J., Martins, D., & Cunningham, W. E. (2009). The association of stigma with self-reported access to medical care and antiretroviral therapy adherence in persons living with HIV/AIDS. *Journal of General Internal Medicine*, 24(10), 1101–1108. <http://doi.org/10.1007/s11606-009-1068-8>
- Schuster, M. A., Collins, R., Cunningham, W. E., Morton, S. C., Zierler, S., Wong, M., ... Kanouse, D. E. (2005). Perceived Discrimination in Clinical Care in a Nationally Representative Sample of HIV-Infected Adults Receiving Health Care. *Journal of General Internal Medicine*, 20(9), 807–813. <http://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.05049.x>
- Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. (2017). *Boletim epidemiológico HIV/AIDS*. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública.
- Starks, T. J., Rendina, H. J., Breslow, A. S., Parsons, J. T., & Golub, S. A. (2013). The psychological cost of anticipating HIV stigma for HIV-negative gay and bisexual men. *AIDS and Behavior*, 17, 2732–2741. <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-013-0425-0>

- Szwarcwald, C. L., Andrade, C. L. T., Pascom, A. R. P., Fazito, E., Pereira, G. F. M., & Penha, I. T. (2011). HIV-related risky practices among Brazilian young men, 2007. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(Suppl. 1), s19-s26. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011001300003>
- Szwarcwald, C. L., Carvalho, M. F., Barbosa Júnior, A., Barreira, D., Speranza, F. A. B., & Castilho, E. A. (2005). Temporal trends of HIV-related risk behavior among Brazilian military conscripts, 1997-2002. *Clinics*, 60(5), 367-374. <http://dx.doi.org/10.1590/S1807-59322005000500004>
- Szwarcwald, C. L., Castilho, E. A., Barbosa Júnior, A., Gomes, M. R. O., Costa, E. A. M. M., Maletta, B. V., Carvalho, R. F. M., Oliveira, S. R., & Chequer, P. (2000). Comportamento de risco dos conscritos do Exército Brasileiro, 1998: Uma apreciação da infecção pelo HIV segundo diferenciais sócio-econômicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(Suppl. 1), S113-S128. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2000000700010>
- Terto Jr., V. (2002). Homossexualidade e saúde: Desafios para a terceira década de epidemia de HIV/AIDS. *Horizontes Antropológicos*, 8(17), 147-158. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832002000100008>
- Turner, B. J., Cunningham, W. E., Duan, N., Andersen, R. M., Shapiro, M. F., Bozzette, S. A., Nakazono, T., Morton, S., Crystal, S., St Clair, P., Stein, M., Zierler, S. (2000). Delayed medical care after diagnosis in a US national probability sample of persons infected with human immunodeficiency virus. *Archives of Internal Medicine*, 160(17), 2614–2622. <http://doi.org/10.1001/archinte.160.17.2614>
- Young, S. D., Nussbaum, A. D., & Monin, B. (2007). Potential moral stigma and reactions to sexually transmitted diseases: Evidence for a disjunction fallacy.

Personality and Social Psychology Bulletin, 33(6), 789-799.

<https://doi.org/10.1177/0146167207301027>

Young, S., & Zhu, Y. (2012). Behavioral evidence of HIV testing stigma. *AIDS and Behavior*, 16(3), 736–740. <http://doi.org/10.1007/s10461-011-0018-8>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação buscou investigar o impacto da antecipação do estigma relacionado ao HIV no comportamento de testagem em conscritos do Exército Brasileiro, verificando uma associação estatisticamente significativa entre evitação de testagem e antecipação do estigma. Nosso estudo utilizou o modelo sócio-cognitivo do estigma, fazendo uma interface com uma discussão contextual, indo ao encontro do que a psicologia do preconceito contemporânea vem produzindo. Apesar de o estudo ter inspiração na psicologia social cognitiva, aproxima-se das análises de tradição crítica, à luz de uma visão contextualista da realidade. Conforme o modelo da vulnerabilidade e dos direitos humanos (Ayres et al., 2012), a explicação para a infecção por HIV passa pela análise de comportamentos à luz de um contexto social que produz vulnerabilidade e coloca determinados grupos em desvantagem social, não podendo resvalar em análises meramente individuais e que desconsiderem influências políticas, culturais e econômicas.

Os dados apresentados precisam, imprescindivelmente, serem levados em conta à luz do atual panorama da resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS, que vem sendo marcado pelo que Seffner e Parker (2016) chamaram desperdício da experiência, deixando de lado os antigos modelos comunitários de prevenção para investir cada vez mais em recursos biomédicos, sem que haja uma composição adequada dos dois aspectos. Ressaltamos nossa posição crítica em relação a discursos otimistas sobre o suposto fim da AIDS, que desconsideram a complexidade biomédica e social da temática. Salientamos o recrudescimento das políticas públicas promovido pelo governo de Michel Temer e o desinvestimento profundo no Sistema Único de Saúde, que pode trazer consequências para a política específica de HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis, como expressam as taxas

de incidência crescentes de infecção por HIV em setores mais vulneráveis, bem como os altos índices de sífilis, incluindo a congênita (Ministério da Saúde, 2017a, 2017b).

Este estudo reforça a análise que Paiva, Pupo e Barboza (2006) fizeram sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS em comparação às metas estabelecidas pela ONU. Os autores analisaram uma série de documentos disponibilizados pelas gestões estaduais da política pública de saúde, explorando programas e ações realizados. Fizeram considerações sobre aspectos centrais como aconselhamento, testagem, oferta de insumos, ações de educação em ambientes laborais e ações de redução de danos. A conclusão a que chegaram é que as ações de tratamento têm sido priorizadas em detrimento das ações de prevenção, fato que acontece ainda, passados mais de dez anos da análise realizada pelos autores. Nossos dados demonstram a importância do investimento de ações de garantia de direitos e reforço de políticas anti-discriminação.

É importante salientar que políticas anti-discriminação costumam focar em minorias sexuais e de gênero, que se encontram em situação de vulnerabilidade para infecção por HIV (apesar de, desde o governo de Dilma Rousseff, campanhas voltadas à saúde da população LGBT terem sofrido sistemático ataque capitaneado por grupos conservadores e fundamentalistas religiosos). Porém, nossa pesquisa reforça que a população heterossexual também apresenta risco e sofre consequências negativas relacionadas ao estigma, devendo ser abordada, inclusive como forma de reduzir o estigma contra minorias sexuais e de gênero, que está muito atrelado ao HIV/AIDS. Da mesma maneira, ações de prevenção precisam ser implantadas para que se possa mitigar os efeitos deletérios da epidemia, entendendo, para tanto, a importância da noção de estigma, especialmente na dimensão da antecipação.

Faz-se necessário um movimento consciente de deslocamento da pauta do HIV/AIDS do campo do “outro”, para entendê-la enquanto algo que diz respeito a todos nós. A vulnerabilidade é um dos pontos centrais que nos caracteriza enquanto seres humanos (Butler, 2006). Em diferentes níveis, todas as pessoas estão suscetíveis a, eventualmente, contrair o vírus. É necessário que sejam fomentados debates sobre gênero e sexualidade, combatendo o moralismo obscurantista de grupos extremistas e ligados a pautas conservadoras, que têm se mostrado um entrave à saúde, à vida e à diversidade. Recuperar a experiência das estratégias comunitárias e dos movimentos sociais, que fizeram com que o Rio Grande do Sul já fosse referência mundial no combate à epidemia, é essencial para que avancemos e possamos construir uma história diferente.

O nível de desconhecimento sobre HIV/AIDS ainda é gritante, indo desde não saber diferenciar HIV de AIDS, passando por achar que se contrai HIV compartilhando talheres, até desconhecer estratégias de prevenção e profilaxia. A pauta parece ter desaparecido dos grandes espaços midiáticos, como se não vivêssemos em um País com uma epidemia complexa, multifacetada, e com incidência crescente de novas infecções. Em termos regionais, quando consideramos o Rio Grande do Sul e Porto Alegre/Região Metropolitana, temos sido campeões de novas infecções e de passividade em relação a isso; aqui, a epidemia é, ao mesmo tempo, generalizada na população geral e concentrada em grupos que estão mais vulnerabilizados, diferentemente de outros estados. Se os recentes cortes nas políticas públicas de saúde persistirem, marcando um projeto político retrógrado, individualista e anti-povo, talvez venhamos a assistir uma pandemia de HIV/AIDS no Brasil.

Ressalta-se o necessário investimento no planejamento, execução e monitoramento de políticas públicas de saúde voltadas para homens, especialmente

os jovens, que vêm compondo um novo quadro de vulnerabilidade à epidemia de HIV/AIDS no contexto brasileiro. Futuros estudos podem analisar, com metodologia qualitativa, o modo como a composição de uma masculinidade hegemônica se articula com a vulnerabilidade para o HIV/AIDS no contexto do Exército Brasileiro, levando em conta a histórica invisibilidade da heterossexualidade masculina nas intervenções e pesquisas sobre HIV/AIDS (Leal et al., 2015).

Espera-se que este estudo possa contribuir para que o Estado brasileiro, de uma maneira geral, e o Exército, mais especificamente, reconfigurem sua política relacionado ao HIV/AIDS, promovendo campanhas que atinjam diversos públicos-alvo, não se limitando a minorias sexuais e de gênero, mas buscando abarcar homens heterossexuais cisgênero. Assim, pode-se contribuir para um ambiente mais afirmativo, inclusivo e que garanta os direitos fundamentais das pessoas. A adoção de campanhas anti-estigma, ações de psicoeducação e distribuição de insumos preventivos pode contribuir para a redução do estigma e modificação do atual cenário da epidemia no contexto brasileiro.

REFERÊNCIAS

- Ayres, J. R., Paiva, V., & França Jr., I. (2012). Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. Em Paiva, V., Ayres, J.R. & Buchalla, M.C. *Vulnerabilidade e direitos humanos – Prevenção e promoção da saúde – Livro I - Da doença à cidadania* (pp. 71-94). Curitiba: Juruá Editora.
- Butler, J. (2006). *Vida precaria: el poder del duelo y la violencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Leal, A. F., Knauth, D. R., & Couto, M. T. (2015). A invisibilidade da heterossexualidade na prevenção do HIV/Aids entre homens. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18(Suppl. 1), 143-155. <https://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201500050011>
- Ministério da Saúde. (2017a). *Boletim epidemiológico de Sífilis*. Brasília: Autor.
- Ministério da Saúde. (2017b). *Boletim epidemiológico HIV/AIDS*. Brasília: Autor.
- Seffner, F., & Parker, R. (2016). Desperdício da experiência e precarização da vida: momento político contemporâneo da resposta brasileira à aids. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 20(57), 293-304. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0459>

ANEXO A – Autorização do Exército Brasileiro

CARTA DE CONHECIMENTO E ANUÊNCIA

Porto Alegre, 27 de dezembro de 2016

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

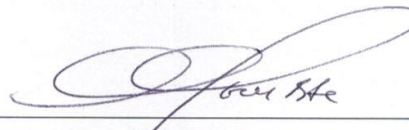
Prezadas/os senhoras/es:

Declaro que tenho conhecimento e autorizo a realização do projeto de pesquisa intitulado “Antecipação do estigma relacionado ao HIV: impacto na frequência de testagem em conscritos do Exército Brasileiro”, proposto pelos pesquisadores Henrique Caetano Nardi, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Angelo Brandelli Costa, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), e Ramiro Figueiredo Catelan, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Declaro que fui informado do caráter voluntário da pesquisa, sendo garantido o anonimato dos participantes em todo o processo de investigação. Declaro, ainda, que estou ciente de que a responsabilidade pela condução da pesquisa e coleta dos dados será realizada pela equipe de pesquisadores.

Este projeto será realizado junto ao Comando Militar do Sul do Exército Brasileiro e só poderá ocorrer a partir da apresentação da carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Atenciosamente,



General Médico Rogério Pedrotti

Inspetor de Saúde

Comando Militar do Sul

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS

UFRGS - INSTITUTO DE
PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Antecipação do estigma relacionado ao HIV: impacto na frequência de testagem em conscritos do Exército Brasileiro

Pesquisador: Henrique Caetano Nardi

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 63637317.0.0000.5334

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFRGS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.902.955

Apresentação do Projeto:

O projeto busca investigar se os estereótipos, crenças e mitos relativos ao HIV (antecipação do estigma) influenciam, de alguma maneira, na frequência de testagem e na percepção de risco em relação a comportamentos sexuais em conscritos do Exército Brasileiro.

Este é um estudo de levantamento transversal com aplicação de questionários, incluindo medidas sociodemográficas, e uma escala de antecipação do estigma relacionado ao HIV. A pesquisa será em POA e Região Metropolitana. Os participantes serão 150 homens maiores de 18 anos, alistados no Exército Brasileiro em período de serviço militar obrigatório. Eles serão convidados a participar no momento em que realizarem os exames rotineiros de saúde na instituição militar.

Objetivo da Pesquisa:

- Objetivo Primário: Investigar o impacto da antecipação do estigma relacionado ao HIV no comportamento de testagem em conscritos do Exército Brasileiro.
- Objetivo Secundário: Verificar a relação entre as variáveis sociodemográficas, a antecipação do estigma relacionado ao HIV e a frequência de testagem. Analisar a associação entre comportamentos sexuais de risco e percepção de risco.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- Riscos: Os riscos deste estudo poderão ser o desconforto de falar sobre temas íntimos como

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600		CEP: 90.035-003
Bairro: Santa Cecília		
UF: RS	Município: PORTO ALEGRE	
Telefone: (51)3308-5698	Fax: (51)3308-5698	E-mail: cep-psico@ufrgs.br

UFRGS - INSTITUTO DE
PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 1.902.955

comportamento sexual, sexualidade, HIV e outras doenças transmissíveis, estigmas e suas experiências de vida. Os pesquisadores estarão disponíveis em todos os momentos para esclarecimento de quaisquer dúvidas em relação à pesquisa, e os participantes têm a liberdade para abandonar a pesquisa em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para si e para seu vínculo com o Exército Brasileiro.

- Benefícios: Os participantes deste estudo estarão contribuindo para a obtenção de maior conhecimento das questões relacionadas à antecipação do estigma relacionado ao HIV e sua relação com a frequência do comportamento de testagem no ambiente do Exército Brasileiro.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Esta pesquisa é vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da UFRGS. A produção de dados sobre essa temática vai ao encontro do desenvolvimento de ações que possibilitam maior atenção em saúde aos membros do Exército Brasileiro, contribuindo para um ambiente mais seguro e acolhedor.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- O TCLE está claro, registra o local de armazenamento dos dados coletados, esclarece que haverá sigilo e privacidade em relação a identidade dos participantes. Só não faz referência ao tempo de armazenamento dos dados.
- O Questionário Sociodemográfico que será usado tem 54 questões com diversas opções.
- A Escala de antecipação do estigma relacionado ao HIV foi produzida e adaptada e contém 15 questões.
- A autorização do Exército Brasileiro veio com a Carta de Conhecimento e Anuência. Todos os documentos anexados ao projeto.

Recomendações:

- O CEP recomenda que seja acrescentado ao TCLE o tempo de armazenamento dos dados coletados.
- Esclarecer como será feito o convite aos participantes desta pesquisa. Será em salas em separado? Convite individual para que não cause constrangimento?

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ao longo do tempo diversas abordagens surgiram para dar conta de explicar a diferença na prevalência de HIV entre os vários segmentos da população. Inicialmente, a explicação hegemônica girava em torno dos grupos de risco, ou seja, grupos específicos estariam predispostos ao adoecimento devido a características intrínsecas.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-003
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-5698 **Fax:** (51)3308-5698 **E-mail:** cep-psico@ufrgs.br

UFRGS - INSTITUTO DE
PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 1.902.955

A seguir, emergiu a concepção de comportamento de risco, ressaltando que a adoção de determinados comportamentos deixaria a pessoa mais susceptível à infecção. Por fim, concebeu-se o modelo da vulnerabilidade, que não desconsidera características individuais e comportamentais, mas enfatiza o papel do contexto social em que a pessoa está inserida como preditor de vulnerabilidade à infecção pelo HIV.

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_DO_PROJETO_838195.pdf	09/01/2017 16:57:06		Aceito
Outros	parecer.pdf	09/01/2017 15:59:45	RAMIRO FIGUEIREDO CATELAN	Aceito
Outros	carta_exercito.pdf	09/01/2017 15:59:06	RAMIRO FIGUEIREDO CATELAN	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	09/01/2017 15:58:36	RAMIRO FIGUEIREDO CATELAN	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	09/01/2017 15:58:25	RAMIRO FIGUEIREDO CATELAN	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	09/01/2017 15:58:00	RAMIRO FIGUEIREDO CATELAN	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	09/01/2017 15:55:27	RAMIRO FIGUEIREDO CATELAN	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	09/01/2017 15:55:03	RAMIRO FIGUEIREDO CATELAN	Aceito

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-003
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-5698 **Fax:** (51)3308-5698 **E-mail:** cep-psico@ufrgs.br

UFRGS - INSTITUTO DE
PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 1.902.955

PORTO ALEGRE, 31 de Janeiro de 2017

Assinado por:
Clarissa Marceli Trentini
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-003
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-5698 **Fax:** (51)3308-5698 **E-mail:** cep-psico@ufrgs.br

ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Antecipação do estigma relacionado ao HIV: impacto na frequência de testagem em conscritos do Exército Brasileiro

Pesquisador: Henrique Caetano Nardi

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 63637317.0.3001.5336

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFRGS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.964.914

Apresentação do Projeto:

O presente projeto de pesquisa busca investigar se os estereótipos, crenças e mitos relativos ao HIV (antecipação do estigma) influenciam, de alguma maneira, na frequência de testagem e na percepção de risco em relação a comportamentos sexuais em conscritos do Exército Brasileiro.

Este é um estudo de levantamento transversal com aplicação de questionários, incluindo medidas sociodemográficas e uma escala de antecipação do estigma relacionado ao HIV. A produção de dados sobre essa temática vai ao encontro do desenvolvimento de ações que possibilitem maior atenção em saúde aos membros do Exército Brasileiro, contribuindo para um ambiente mais seguro e acolhedor.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar o impacto da antecipação do estigma relacionado ao HIV no comportamento de testagem em conscritos do Exército Brasileiro.

Objetivo Secundário:

Verificar a relação entre variáveis sociodemográficas, a antecipação do estigma relacionado ao HIV e a frequência de testagem. Analisar a associação entre comportamentos sexuais de risco e

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.964.914

percepção de risco.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos deste estudo poderão ser o desconforto de falar sobre temas íntimos como comportamento sexual, sexualidade, HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis, estigma e suas experiências de vida. Os pesquisadores estarão disponíveis em todos os momentos para esclarecimento de quaisquer dúvidas em relação à pesquisa e os participantes têm a liberdade para abandonar a pesquisa em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para si e para seu vínculo com o Exército Brasileiro.

Benefícios:

Os participantes deste estudo estarão contribuindo para a obtenção de maior conhecimento das questões relacionadas à antecipação do estigma relacionado ao HIV e sua relação com a frequência do comportamento de testagem no ambiente do Exército Brasileiro.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa trata de tema relevante e possui método adequado.

Todas as alterações solicitadas em parecer anterior foram atendidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As alterações sugeridas foram atendidas. Recomenda-se no TCLE descrever o papel do CEP e informar o local e horário de funcionamento.

Substituir o termo cópia por via no TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomenda-se no TCLE descrever o papel do CEP e informar o local e horário de funcionamento.

Substituir o termo cópia por via no TCLE, conforme sugerido no modelo de TCLE localizado no site: <http://www.pucrs.br/pesquisa/comites/cep/>.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP-PUCRS, de acordo com suas atribuições definidas nas Resoluções nº 466 de 2012, nº 510 de 2016 e da Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.964.914

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_838195.pdf	03/02/2017 00:58:01		Aceito
Outros	lista_de_alteracoes.pdf	03/02/2017 00:57:28	RAMIRO FIGUEIREDO CATELAN	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_revisado.pdf	03/02/2017 00:57:05	RAMIRO FIGUEIREDO CATELAN	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_revisado.pdf	03/02/2017 00:44:23	RAMIRO FIGUEIREDO CATELAN	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_838195.pdf	09/01/2017 16:57:06		Aceito
Outros	parecer.pdf	09/01/2017 15:59:45	RAMIRO FIGUEIREDO CATELAN	Aceito
Outros	carta_exercicio.pdf	09/01/2017 15:59:06	RAMIRO FIGUEIREDO CATELAN	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	09/01/2017 15:58:36	RAMIRO FIGUEIREDO CATELAN	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	09/01/2017 15:58:25	RAMIRO FIGUEIREDO CATELAN	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	09/01/2017 15:58:00	RAMIRO FIGUEIREDO CATELAN	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	09/01/2017 15:55:27	RAMIRO FIGUEIREDO CATELAN	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	09/01/2017 15:55:03	RAMIRO FIGUEIREDO CATELAN	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucls.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.964.914

PORTO ALEGRE, 14 de Março de 2017

Assinado por:
Denise Cantarelli Machado
(Coordenador)

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 50, sala 703
Bairro: Partenon **CEP:** 90.619-900
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pucrs.br

ANEXO D – Anticipated HIV Stigma Scale

Published in:

Starks, T. J., Rendina, H. J., Breslow, A. S., Parsons, J. T., & Golub, S. A. (2013).

The psychological cost of anticipating HIV stigma for HIV-negative gay and bisexual men. *AIDS and Behavior*, 17, 2732-2741.

The following questions ask you to imagine how you would feel if you ever contracted HIV	1= strongly disagree 4= strongly agree
1. I would feel I let myself down if I ever got infected with HIV	1 2 3 4
2. I would feel I let my family and friends down if I ever got infected with HIV	1 2 3 4
3. I would feel I let the gay community down if I ever got infected with HIV	1 2 3 4
4. If I got infected with HIV It would be my own fault	1 2 3 4
5. I would be afraid that people would judge me when they learn that I have HIV	1 2 3 4
6. If I got infected with HIV I would feel like I bad person	1 2 3 4
7. I would feel I am not as good as others if I got infected with HIV	1 2 3 4
8. Having HIV would make me feel unclean	1 2 3 4
9. Having HIV/AIDS is disgusting to me	1 2 3 4
10. People's attitudes about HIV/AIDS make worried about getting infected with HIV	1 2 3 4
11. If I got infected with HIV no one would date or become involved with me	1 2 3 4
12. I would feel guilty if I got infected with HIV	1 2 3 4
13. If I got infected men would not want to have sex with me	1 2 3 4
14. I would feel ashamed if I got infected with HIV	1 2 3 4
15. Getting HIV means I can get housing and medical benefits	1 2 3 4
16. Allowing myself to get infected with HIV would make me feel that I am a bad person	1 2 3 4

ANEXO E – Escala de antecipação do estigma relacionado ao HIV

Traduzida e adaptada de:

Starks, T. J., Rendina, H. J., Breslow, A. S., Parsons, J. T., & Golub, S. A. (2013). The psychological cost of anticipating HIV stigma for HIV-negative gay and bisexual men. *AIDS and Behavior*, 17, 2732-2741.

As seguintes questões lhe pedem para imaginar como você se sentiria se, em algum momento, contraísse HIV/AIDS.	1= discordo totalmente 4= concordo totalmente
1. Eu me sentiria decepcionado comigo mesmo caso eu pegasse/contraísse HIV/AIDS.	1 2 3 4
2. Eu sentiria como se tivesse decepcionado minha família caso eu pegasse/contraísse HIV/AIDS.	1 2 3 4
3. Eu sentiria como se tivesse decepcionado meus amigos caso eu pegasse/contraísse HIV/AIDS.	1 2 3 4
4. Se eu pegasse/contraísse HIV/AIDS, a culpa seria minha.	1 2 3 4
5. Eu teria medo de ser julgado quando as pessoas soubessem que peguei/contraí HIV/AIDS.	1 2 3 4
6. Se eu pegasse/contraísse HIV/AIDS, eu me sentiria uma pessoa ruim.	1 2 3 4
7. Eu me sentiria pior que as outras pessoas se eu pegasse/contraísse HIV/AIDS.	1 2 3 4
8. Se eu pegasse/contraísse HIV/AIDS, eu me sentiria sujo.	1 2 3 4
9. Acredito que ter HIV/AIDS é nojento.	1 2 3 4
10. Eu ficaria com medo da possibilidade de pegar/contrair HIV/AIDS por causa das atitudes e opiniões das pessoas.	1 2 3 4
11. Se eu pegasse/contraísse HIV/AIDS, ninguém iria querer me namorar ou se envolver sexualmente ou afetivamente comigo.	1 2 3 4
12. Eu me sentiria culpado se eu pegasse/contraísse HIV/AIDS.	1 2 3 4
13. Se eu pegasse/contraísse HIV/AIDS as pessoas não iriam querer transar comigo.	1 2 3 4
14. Eu me sentiria envergonhado se eu pegasse/contraísse HIV/AIDS.	1 2 3 4
15. Eu ficaria marcado e exposto no meu bairro caso pegasse/contraísse HIV/AIDS.	1 2 3 4

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Vimos lhe convidar para participar desta pesquisa vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da UFRGS, que tem como objetivo compreender a relação entre a antecipação do estigma relacionado ao HIV e a frequência de testagens em conscritos do Exército Brasileiro. Para isso, faremos a aplicação de um questionário. A aplicação terá duração de cerca de 15 minutos. A pesquisa será realizada nas dependências das unidades militares no Rio Grande do Sul. Os participantes serão convidados individualmente para responder à pesquisa, nas dependências das unidades militares, sendo a aplicação individual ou em grupo, a depender das instalações de cada unidade, ocorrendo em ambiente reservado.

Os participantes deste estudo estarão contribuindo para a obtenção de maior conhecimento sobre o efeito da antecipação do estigma relacionado ao HIV na frequência do comportamento de testagem. Os riscos deste estudo poderão ser o desconforto de falar sobre temas íntimos como a comportamento sexual, sexualidade, HIV, doenças sexualmente transmissíveis, preconceito e suas experiências de vida. Os pesquisadores estarão disponíveis em todos os momentos para esclarecimento de quaisquer dúvidas em relação à pesquisa e o participante tem a liberdade para abandonar a pesquisa em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para si e para seu vínculo com o Exército Brasileiro.

Serão mantidos privacidade e sigilo absoluto em relação à identidade e dados que permitam a identificação dos participantes. Os dados coletados serão armazenados pelos pesquisadores responsáveis no Instituto de Psicologia da UFRGS pelo período mínimo de cinco anos.

Eu, _____, fui informado dos objetivos da pesquisa acima de forma clara e detalhada, assim como esclareci minhas dúvidas quanto à pesquisa. Sei que em qualquer momento posso interromper minha participação e esclarecer mais questões sobre a pesquisa. Fui informado de que, caso tenha alguma questão quanto à pesquisa, posso contatar o psicólogo Ramiro Figueiredo Catelan, responsável pela pesquisa, por meio do telefone (51) 991-555-327 ou pelo e-mail ramirocatelan@gmail.com. Se tiver alguma dúvida ou pergunta sobre os aspectos éticos desta pesquisa, o Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul pode ser contatado pelo número (51) 3308-5698.

O pesquisador certificou-me de que todos os dados referentes a mim serão confidenciais, somente para fins de pesquisa, e que meu vínculo com o Exército Brasileiro não sofrerá nenhuma influência pela participação. Tenho liberdade para retirar meu consentimento em qualquer momento.

Declaro que recebi uma cópia do presente Termo de Consentimento:

Nome	Assinatura do Participante	Data

Ramiro Figueiredo Catelan		
Nome	Assinatura do Pesquisador	Data

APÊNDICE B – Protocolo de pesquisa

Pesquisa – Antecipação do estigma relacionado ao HIV: impacto na frequência de testagem em conscritos do Exército Brasileiro

Oi! Muito obrigado pela sua participação. Sua contribuição vai ser muito importante para aumentar o conhecimento científico sobre a antecipação do estigma relacionado ao HIV/AIDS e comportamentos sexuais no contexto do Exército. Primeiramente, gostaríamos de fazer algumas perguntas sobre dados gerais seus.

1. Em qual cidade você mora? _____

2. Em qual cidade você está prestando o serviço militar obrigatório? _____

3. Qual a sua idade? ____

4. Qual das alternativas a seguir reflete sua cor/raça/etnia?

- Preta
- Branca
- Parda
- Indígena
- Amarela

5. Neste momento, qual etapa do processo escolar você completou? Até onde você foi na escola?

- Nenhuma
- Ensino fundamental incompleto (1º grau incompleto)
- Ensino fundamental completo (1º grau completo)
- Ensino médio incompleto (2º grau incompleto)
- Ensino médio completo (2º grau completo)
- Ensino superior incompleto (faculdade incompleta)
- Ensino superior completo (faculdade completa)
- Pós-graduação

6. Qual a sua renda familiar atualmente, contando todas as pessoas que vivem com você?

- Até um salário mínimo (em torno de 800 reais)
- De um a dois salários mínimos (de 800 a 1600 reais)
- De três a quatro salários mínimos (de 2400 a 3200 reais)
- De cinco a seis salários mínimos (de 4000 a 4800 reais)
- De seis a onze salários mínimos (de 4800 a 8800 reais)
- Acima de doze salários mínimos (acima de 9600 reais)

7. Qual sua religião? (Por favor marcar todas as opções que se encaixem)

- Católica
- Evangélica (Assembleia de Deus, Igreja Universal do Reino de Deus, Congregação Cristã no Brasil, Igreja do Evangelho Quadrangular ou outra)
- Espírita ou Kardecista
- Afro-brasileira (Candomblé, Umbanda, Batuque ou outra)
- Protestante (Adventista, Anglicana, Batista, Luterana, Presbiteriana, Metodista ou outra)
- Asiática-oriental (Budista, Hinduísta, Hare Krishna ou outra)
- Judaica
- Muçulmana
- Mórmon (Igreja de Jesus Cristo dos Últimos Dias)
- Pagãs ou Neopagãs (Xamanismo, Bruxaria, Wicca ou outra)
- Acredito em deus ou semelhante, mas não tenho uma religião
- Nenhuma / Ateísmo

() Outra, por favor especificar: _____

8. Qual o seu estado civil?

() Solteiro () Casado () Viúvo

() União estável () Divorciado

Agora, faremos algumas perguntas sobre sexualidade, relacionamentos, comportamentos sexuais e doenças sexualmente transmissíveis.

9. As seguintes questões pedem para você imaginar como se sentiria se algum dia contraísse HIV/AIDS.

	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1. Eu me sentiria decepcionado comigo mesmo caso eu pegasse/contraísse HIV/AIDS.	()	()	()	()
2. Eu sentiria como se tivesse decepcionado minha família caso eu pegasse/contraísse HIV/AIDS.	()	()	()	()
3. Eu sentiria como se tivesse decepcionado meus amigos caso eu pegasse/contraísse HIV/AIDS.	()	()	()	()
4. Se eu pegasse/contraísse HIV/AIDS, a culpa seria minha.	()	()	()	()
5. Eu teria medo de ser julgado quando as pessoas soubessem que peguei/contrai HIV/AIDS.	()	()	()	()
6. Se eu pegasse/contraísse HIV/AIDS, eu me sentiria uma pessoa ruim.	()	()	()	()
7. Eu me sentiria pior que as outras pessoas se eu pegasse/contraísse HIV/AIDS.	()	()	()	()
8. Se eu pegasse/contraísse HIV/AIDS, eu me sentiria sujo.	()	()	()	()
9. Acredito que ter HIV/AIDS é nojento.	()	()	()	()
10. Eu ficaria com medo da possibilidade de pegar/contrair HIV/AIDS por causa das atitudes e opiniões das pessoas.	()	()	()	()
11. Se eu pegasse/contraísse HIV/AIDS, ninguém iria querer me namorar ou se envolver sexualmente ou afetivamente comigo.	()	()	()	()

	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
12. Eu me sentiria culpado se eu pegasse/contráísse HIV/AIDS.	()	()	()	()
13. Se eu pegasse/contráísse HIV/AIDS as pessoas não iriam querer transar comigo.	()	()	()	()
14. Eu me sentiria envergonhado se eu pegasse/contráísse HIV/AIDS.	()	()	()	()
15. Eu ficaria marcado e exposto no meu bairro caso pegasse/contráísse HIV/AIDS.	()	()	()	()

10. A seguir, faremos algumas perguntas relativas ao seu conhecimento em relação ao HIV/AIDS. Para as seguintes opções, por favor responda se concorda ou discorda.

	Concordo	Discordo
Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo HIV	()	()
Ter parceiro fiel e não infectado reduz o risco de transmissão do HIV	()	()
O uso de preservativo é a melhor maneira de evitar a infecção pelo HIV	()	()
Uma pessoa não pode ser infectada ao ser picada por um inseto	()	()
Uma pessoa não pode ser infectada pelo compartilhamento de talheres	()	()
Uma pessoa não pode ser infectada em banheiro público	()	()
Uma pessoa pode ser infectada ao compartilhar seringa	()	()
Uma pessoa pode ser infectada nas relações sexuais sem preservativo	()	()
Não existe cura para a AIDS	()	()
Uma grávida que recebe tratamento adequado durante a gravidez e o parto diminui o risco de transmissão do HIV para o filho	()	()

11. Alguma vez você DEIXOU DE FAZER o teste de HIV/AIDS por algum destes motivos? Favor marcar todas as opções que se encaixem.

- () Não era importante para mim fazer o teste
- () Eu tinha medo de ser HIV positivo
- () Eu tinha medo das consequências que ter HIV/AIDS poderia ter no Exército
- () Achei que os funcionários que realizariam o teste me tratariam mal
- () Acho que não corro risco de ter HIV
- () Não tinha transado recentemente, então pensei que não precisava fazer o teste
- () Sempre transei com camisinha, então pensei que não precisava fazer o teste
- () Eu me sentia saudável, então pensei que não precisava fazer o teste
- () Eu não sabia onde fazer o teste sem me identificar
- () Eu não queria que meu/minha parceira/o soubesse que eu fiz o teste
- () Eu não queria que outras pessoas soubessem que eu fiz o teste
- () Nunca compartilhei seringas, então pensei que não precisava fazer o teste

Outros motivos, por favor especificar: _____

12. Você JÁ FEZ o teste do HIV/AIDS?

- Sim – responda agora às **questões 12.A e 12.B**
 Não – pule para a **questão 13**

12.A. Quando você fez o teste do HIV/AIDS pela última vez?

- Menos de 3 meses atrás
 De 3 a 6 meses atrás
 De 6 meses a 1 ano atrás
 De 1 a 2 anos atrás
 Mais de 2 anos atrás

12.B. Por que você fez o teste do HIV/AIDS? Favor marcar todas as opções que se encaixem.

- Fiz o exame por exigência do Exército Brasileiro
 Alguém sugeriu que eu deveria ser testado
 Transei sem camisinha
 Transei com alguém que eu suspeitava que era HIV positivo
 Transei com alguém que eu sabia que era HIV positivo
 Compartilhei seringas ou agulhas
 Achei que tivesse me exposto no trabalho (acidente de trabalho)
 Queria saber se tinha pegado HIV/AIDS ou não
 Era parte de rotina de check-up médico, ou para internação hospitalar ou cirurgia
 Estava me sentindo doente
 Eu sofri violência sexual
 Estava preocupado de poder passar HIV/AIDS para alguém
 Nenhuma razão em especial
 Não sei
 Outro motivo, por favor especificar: _____

13. Você acha que corre o risco de pegar HIV/AIDS em algum momento da sua vida? Marque apenas uma das opções.

- Eu nunca vou pegar HIV/AIDS na minha vida
 Acho pouco provável que eu pegue HIV/AIDS
 Talvez eu pegue HIV/AIDS em algum momento da minha vida
 A chance de eu pegar HIV/AIDS em algum momento é muito grande

14. Em relação à sua identidade sexual, como você se identifica?

- Heterossexual
 Homossexual/gay
 Bissexual
 Outro: _____

15. Por quem você se sente atraído de forma afetiva ou sexual? Favor marcar todas as opções que se encaixem.

- Mulheres
 Homens
 Pessoas transexuais/travestis
 Ninguém

16. Com que idade você transou pela primeira vez?

Idade: ____

- Eu nunca transei / sou virgem

17. Durante sua vida inteira, com quantas pessoas você já transou?

- 1 2 3 4 de 5 a 9 de 10 a 14 de 15 a 19 de 20 a 24 mais de 25
 Eu nunca transei / sou virgem

18. Que tipo de relacionamento conjugal/afetivo/sexual você tem agora?

- Estou sozinho/solteiro

- () Estou namorando ou em um relacionamento com uma só pessoa
 () Estou casado/morando junto com uma pessoa
 () Estou em um relacionamento aberto

19. Com que frequência você usa camisinha nas seguintes práticas sexuais?

	Nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Não faço esse tipo de prática
Quando alguém me chupa/ faz boquete em mim	()	()	()	()	()
Quando eu chupo alguém / faço sexo oral em alguém	()	()	()	()	()
Quando eu como alguém no sexo vaginal	()	()	()	()	()
Quando eu como alguém no sexo anal	()	()	()	()	()
Quando eu dou para alguém no sexo anal	()	()	()	()	()

20. Você já utilizou profilaxia pós exposição sexual (PEP)?

- () Sim – responda agora à **questão 20.A**
 () NÃO SEI o que é – pule para a **questão 21**
 () Sei o que é, mas não usei – pule para a **questão 21**

20.A. Em quais situações você usou a profilaxia pós exposição sexual (PEP). Marque todas as opções que se encaixarem.

- () Usei a PEP após a camisinha estourar quando eu estava comendo alguém no sexo vaginal.
 () Usei a PEP após a camisinha estourar quando eu estava comendo alguém no sexo anal.
 () Usei a PEP após a camisinha estourar quando eu estava dando para alguém no sexo anal.
 () Usei a PEP depois de ter comido alguém no sexo vaginal sem camisinha.
 () Usei a PEP depois de ter comido alguém no sexo anal sem camisinha.
 () Usei a PEP depois de ter dado para alguém no sexo anal sem camisinha.

21. Você avalia que já teve algum comportamento ou prática sexual que pudesse lhe colocar em risco de pegar alguma doença sexualmente transmissível como HIV/AIDS, gonorreia, sífilis, clamídia etc.?

- () Sim – responda agora à **questão 21.A**
 () Não – pule para a **questão 22**

21.A. Em quais comportamentos ou práticas sexuais você avalia que se colocou em risco?

- () Chupando alguém
 () Sendo chupado por alguém
 () Comendo alguém no sexo vaginal
 () Comendo alguém no sexo anal
 () Dando para alguém no sexo anal
 () Outra opção, favor escrever: _____

22. Você alguma vez já realizou TRABALHO SEXUAL PAGO, se PROSTITUIU ou trocou sexo por PRESENTES/FAVORES?

- () Sim – responda agora às **questões 22.A, 22.B, 22.C e 22.D**

Não – pule para a **questão 23**

22.A. Onde você faz/fazia seu trabalho sexual? Favor marcar todas as opções que se encaixem.

- Na rua
- Na minha casa
- Na casa de clientes
- Na casa de terceiros (cafetão, amigo, parceiro etc.)
- Em ambiente militar
- Em ambientes comerciais (boates, saunas, hotéis ou outros)
- Em ambiente virtual (internet ou telefone)

22.B. Como você fazia ou faz o seu trabalho sexual?

- Por conta própria
- Através de terceiros (cafetão, amigo, parceiro etc.)

22.C. Quem são as pessoas que te pagam para fazer sexo? Marque todas as opções que se encaixarem.

- Homens Mulheres Travestis/pessoas transexuais

22.D. Com que frequência você usa/usava camisinha nas suas relações sexuais pagas?

- Sempre Às vezes
- Quase sempre Nunca

ESTAMOS QUASE NO FIM! Obrigado por responder até aqui. A seguir, faremos algumas perguntas da sua relação com o Exército.

23. Você teve ou tem acesso a algum tipo de testagem de HIV/AIDS no Exército?

- Sim
- Não
- Recém entrei no serviço militar, não sei responder / não fiz ainda
- Fiz exames de sangue a pedido do Exército, mas não sei se tinha para HIV/AIDS no meio deles

24. Você teve ou tem acesso a camisinha, gel e outras formas de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis no Exército?

- Sim Não Recém entrei no serviço militar, não sei responder

25. Você já recebeu algum tipo de informação ou orientação sobre HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis no Exército?

- Sim Não Recém entrei no serviço militar, não sei responder

26. Você tem conhecimento sobre alguma norma/regra do Exército que restringe a entrada e permanência de pessoas que tem HIV/AIDS na carreira/serviço militar?

- Sim Não

27. Você se sentiria tranquilo e seguro no ambiente do Exército caso pegasse/contráísse HIV/AIDS?

- Sim Não

28. Você acha que o Exército é um ambiente ruim, inseguro, perigoso ou agressivo para pessoas que tem HIV/AIDS?

- Sim Não

29. Você sente que o Exército se importa, cuida e/ou se preocupa com a sua saúde pessoal?

- Sim Não

30. Você acha que o Exército poderia fazer mais pela sua saúde pessoal?

- Sim Não

31. Por fim, faremos algumas perguntas sobre atitudes e comportamentos em relação a gênero e sexualidade.

	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1. Sexo entre dois homens é totalmente errado	()	()	()	()	()
2. Eu acho que os homens gays são nojentos	()	()	()	()	()
3. A homossexualidade masculina é uma perversão	()	()	()	()	()
4. Eu preferiria que meus filhos fossem heterossexuais	()	()	()	()	()
5. Eu acho que as mulheres lésbicas são nojentas	()	()	()	()	()
6. Eu não me sentiria a vontade em consultar com um médico homossexual	()	()	()	()	()
7. Os homens que se comportam como mulheres deveriam se envergonhar	()	()	()	()	()
8. O casamento entre mulheres lésbicas deveria ser proibido	()	()	()	()	()
9. As crianças deveriam brincar com brinquedos apropriados para seu próprio sexo	()	()	()	()	()
10. As mulheres que se veem como homens são anormais	()	()	()	()	()
11. Eu não confio em lésbicas	()	()	()	()	()
12. As meninas masculinas deveriam receber tratamento	()	()	()	()	()

	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
13. Os homens afeminados não me deixam à vontade	()	()	()	()	()
14. Eu iria a um bar frequentado por travestis	()	()	()	()	()
15. As mulheres masculinas não me deixam à vontade	()	()	()	()	()
16. Travestis me dão nojo	()	()	()	()	()
17. Eu não consigo entender por que uma mulher se comportaria feito um homem	()	()	()	()	()
18. Homens e mulheres deveriam ser proibidos de mudar de sexo	()	()	()	()	()

**Chegamos ao fim da pesquisa. Agradecemos muito pela sua participação!
Tenha um bom dia! ☺**