

PUCRS

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO ACADÊMICO

FERNANDO MARTINS DE AZEVEDO

**EFEITO DA ORIENTAÇÃO SEXUAL E DA IDENTIDADE DE GÊNERO NAS
ATRIBUIÇÕES DE CAUSALIDADE PELA INFECÇÃO POR HIV**

Porto Alegre
2019

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

FERNANDO MARTINS DE AZEVEDO

**EFEITO DA ORIENTAÇÃO SEXUAL E DA IDENTIDADE DE GÊNERO NAS
ATRIBUIÇÕES DE CAUSALIDADE PELA INFECÇÃO POR HIV**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Escola de Ciências da Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Angelo Brandelli Costa

PORTO ALEGRE

2019

FERNANDO MARTINS DE AZEVEDO

**EFEITO DA ORIENTAÇÃO SEXUAL E DA IDENTIDADE DE GÊNERO NAS
ATRIBUIÇÕES DE CAUSALIDADE PELA INFECÇÃO POR HIV**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Escola de Ciências da Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

BANCA EXAMINADORA:

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

Profa. Dra. Kátia Bones Rocha
Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PUCRS

Prof. Dr. Élder Serqueira-Santos
Programa de Pós-Graduação em Psicologia – UFS

Prof. Dr. Adolfo Pizzinato
Programa de Pós-Graduação em Psicologia - UFRGS

PORTO ALEGRE

2019

Ficha Catalográfica

A994e Azevedo, Fernando Martins de

Efeito da orientação sexual e da identidade de gênero nas atribuições de causalidade pela infecção por HIV / Fernando Martins de Azevedo . – 2019.

80 f.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, PUCRS.

Orientador: Prof. Dr. Angelo Brandelli Costa.

1. HIV. 2. estigma social. 3. preconceito. 4. psicologia social. I. Costa, Angelo Brandelli. II. Título.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Luci Martins, por ser a minha maior apoiadora. Obrigado pelos vinte e quatro anos de afeto, amor e suporte emocional que foram fundamentais para que eu pudesse sonhar e atingir meus objetivos. Muito obrigado.

Ao meu pai, Marinaldo Azevedo, por estar sempre na torcida pelo meu sucesso, meu muito obrigado.

À minha irmã e ao meu irmão, aos meus tios e tias, primos e primas, cunhado e cunhada, sobrinha e afilhada, agradeço por fazerem parte da minha extensa rede de familiares. Tenho um carinho especial por cada um de vocês.

Ao professor Ângelo Brandelli Costa, agradeço por ter me recebido como aluno de Mestrado. Foi extremamente edificante para a minha experiência profissional e acadêmica ter sido teu orientando. Obrigado por todo o conhecimento compartilhado. Levarei sempre comigo.

À professora Kátia Bones Rocha, agradeço por ter despertado em mim ainda mais o interesse pela política e pela busca de um mundo melhor e mais justo, mesmo nos momentos mais difíceis.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS e de outros Programas de Pós-Graduação com quem tive o prazer de ter aula e convívio ao longo do Mestrado, agradeço. Obrigado Professora Carolina Lisboa, Professora Luísa Habigzang, Professora Manoella Oliveira, Professor Fernando Seffner, Professora Adriane Arteché, Professor Adolfo Pizzinato, Professor Christian Kristensen, Professora Fernanda Bittencourt, Professora Tonantzin Ribeiro, Professor Élder Serqueira-Santos e tantos outros que cruzaram meu caminho. Vocês sempre serão referências importantes na minha vida e na de tantos outros.

Aos professores que cruzaram o meu caminho ao longo da graduação em Psicologia e ao longo dos ensinamentos Fundamental e Médio, também agradeço. Não se chega na pós-graduação sem antes passar por outras etapas tão importantes quanto. Para vocês, meu muito obrigado.

A todos os meus amigos, agradeço de coração por estarem na minha vida. Vocês me lembram todos os dias que os amigos são a família que escolhemos. Quando eu olho para vocês eu sei que fiz boas escolhas. Obrigado, Dani, Lopes, Ramiro, Tay, Laura, Cíntia, Lucia, Rafa e tantos outros que possuem lugar no meu coração.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
RESUMO EXPANDIDO	9
EXPANDED ABSTRACT	11
1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
1.1 SURGIMENTO DA EPIDEMIA DE HIV/AIDS NO MUNDO	13
1.2 ESTIGMA, PRECONCEITO E ATRIBUIÇÕES	16
1.2.1 <i>Estigma</i>	16
1.2.2 <i>Preconceito</i>	21
1.2.3 <i>Atribuições</i>	23
1.3 SITUAÇÃO ATUAL DA EPIDEMIA NO BRASIL	28
1.3.1 <i>Dados epidemiológicos</i>	28
1.3.2 <i>Vulnerabilidade</i>	34
2 ESTUDO EMPÍRICO	42
ANEXO 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	65
ANEXO 2 – Instrumento sociodemográfico	66
ANEXO 3 – Instrumento de checagem	70
ANEXO 4 – Instrumento sobre emoções	71
ANEXO 5 – Instrumento sobre atribuições	72
ANEXO 6 – Instrumento sobre intenção de ajudar	73
ANEXO 7 – Parecer da comissão científica	74
ANEXO 8 – Parecer consubstanciado do CEP	75
ANEXO 9 – Descrição da equipe	78

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação de mestrado, apresentada como requisito final para a obtenção do grau de mestre pelo Sr. Fernando Martins de Azevedo contém duas seções principais: uma seção teórica de revisão de literatura e uma sessão empírica. Na sessão teórica, é apresentada uma revisão da literatura sobre o surgimento da epidemia de HIV/AIDS no mundo, seus desdobramentos em termos de estigma, preconceito e atribuições, bem como sua magnitude enquanto epidemia para a população brasileira. Ademais, na seção empírica, são apresentados os resultados de um estudo que faz parte de um projeto de pesquisa maior, realizado em parceria entre a Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

O projeto de pesquisa maior chama-se “ATRIBUIÇÃO DE CONTROLE, RESPONSABILIDADE E CULPA PELA INFECÇÃO POR HIV: REAÇÕES EMOCIONAIS, INTENÇÃO DE AJUDAR E EFEITO DA ORIENTAÇÃO SEXUAL E IDENTIDADE DE GÊNERO” e é coordenado pelo Prof. Dr. Angelo Brandelli Costa, do grupo de pesquisa Preconceito, Vulnerabilidade e Processos Psicossociais (PVPP) da PUCRS e pelo Prof. Dr. Henrique Caetano Nardi, do Núcleo de Pesquisa em Sexualidade e Relações de Gênero (NUPSEX) da UFRGS. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRGS, que aprovou a sua realização, colocando que haviam mínimos riscos aos participantes a partir dos procedimentos propostos.

Os dados empíricos que serão apresentados nesta dissertação são referentes ao estudo 1 desse projeto maior, realizado pelo autor desta dissertação. Tal estudo tem como objetivo identificar se estudantes de graduação e profissionais já formados da área da saúde apresentam mudanças nas reações emocionais, na intenção de ajudar e nas atribuições de controle, culpa e responsabilidade pela infecção por HIV quando a pessoa

da cena é heterossexual, homossexual ou trans¹ em cenários de infecção via transfusão de sangue ou via sexo desprotegido.

Os estudantes que participaram do estudo empírico eram dos cursos de Medicina, Psicologia e Enfermagem da UFRGS. A Universidade concordou em disparar e-mails para os alunos com o link para a pesquisa. Ademais, a Prefeitura Municipal de Porto Alegre, através do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, autorizou a participação dos profissionais da rede de saúde municipal na pesquisa. Ao longo do estudo empírico, foi feito contato com as gerências distritais da saúde pública do município de Porto Alegre, que concordaram em disparar o link da pesquisa para os profissionais.

¹ A palavra “trans” é utilizada para designar pessoas que não se identificam com o gênero designado ao nascimento. Mulheres trans e homens trans fazem parte desse grupo. Também podem ser chamados de pessoas transgênero ou transexuais (Vezzosi, Azevedo, Fava, Rosa, & Alves, 2018).

RESUMO EXPANDIDO

A epidemia de HIV/AIDS, que surgiu na década de 1980, hoje acomete significativamente a população brasileira. Segundo dados do Ministério da Saúde, 0,6% da população brasileira vive com HIV. Ademais, observa-se que o estado do Rio Grande do Sul é um dos mais afetados pela epidemia. Em 2017, o Rio Grande do Sul foi o terceiro estado brasileiro com a maior taxa de detecção de AIDS, perdendo apenas para os estados Roraima e Amapá. A capital gaúcha, no entanto, teve (nesse mesmo período) a maior taxa de detecção de AIDS entre as capitais brasileiras. A população de homens que fazem sexo com homens (HSH) e as mulheres trans são desproporcionalmente afetadas pela epidemia. Em Porto Alegre, estima-se que a prevalência de HIV em HSHs que conhecem sua condição sorológica é de 4,1%. Ainda, uma meta-análise realizada utilizando dados de quinze países afirmou que as mulheres trans possuem 48,8 vezes mais chances infecção por HIV do que a população geral. Esse índice é ainda maior em estudo realizado no Rio Grande do Sul, que indica uma chance 55,55 vezes maior. Parte da explicação teórica do porque a epidemia atinge desproporcionalmente essa população está nos processos de estigma e de preconceito. A seção teórica desta dissertação de Mestrado apresenta tais conceitos, explicando como a vivência do estigma relacionado ao HIV/AIDS pode trazer desfechos negativos em saúde e como o preconceito, juntamente com o estigma, leva o sujeito à vulnerabilidade para a epidemia. Na seção empírica dessa dissertação, apresentam-se e discutem-se os resultados de um estudo empírico realizado com a intenção de testar a hipótese de que as pessoas atribuem mais culpa, controle e responsabilidade pela infecção por HIV aos homens homossexuais e as mulheres trans, em cenários de infecção via transfusão de sangue ou via sexo desprotegido. Na literatura, encontram-se estudos semelhantes, que identificaram maiores atribuições de culpa, controle e responsabilidade quando a infecção é via sexo desprotegido e que também

apontam maiores índices dessas atribuições aos indivíduos homossexuais. No entanto, esse estudo tem como aspecto de inovação a investigação dessas atribuições em mulheres trans. O método utilizado foi o experimental, através de seis vinhetas experimentais, aos quais os participantes da pesquisa foram alocados randomicamente. As vinhetas continham uma situação de infecção por HIV, que podia ser via sexo desprotegido ou via transfusão de sangue e podia ter acontecido com um homem heterossexual, um homem homossexual ou uma mulher trans. Após ler a vinheta, os participantes responderam escalas do tipo Likert (de 1 a 5) sobre as atribuições de controle, culpa e responsabilidade e também sobre reações emocionais (raiva/simpatia) e sobre intenção de ajudar. A amostra final contou com 206 pessoas (estudantes de graduação dos cursos da área da saúde ou profissionais da saúde já formados). Os dados foram analisados através de one-way ANOVAs, que foram realizadas para analisar as respostas dos participantes nas escalas. Os resultados indicaram que as pessoas atribuem mais culpa, responsabilidade e controle para a infecção por HIV aos homens homossexuais e as mulheres trans, somente no cenário de sexo desprotegido. Tal resultado não foi encontrado no cenário sangue. Ainda, não houveram resultados significativos para raiva e para intenção de ajudar, embora tenha sido constatado que os participantes tiveram mais simpatia pelos indivíduos heterossexuais. Por fim, entende-se que esse resultado é preocupante, posto que esse viés negativo de atribuição para homens gays e mulheres trans pode estar contribuindo para o aumento da epidemia nessa população, visto que a vivência de preconceito e discriminação pode afastar essas pessoas dos serviços de saúde, aumentar índices de sexo desprotegido e causar outros desfechos negativos em saúde.

Palavras-chave: hiv; estigma social; preconceito; psicologia social

Área do conhecimento segundo CNPq: 7.07.05.03-8: Ciências Humanas.

Subárea: Psicologia.

EXPANDED ABSTRACT

The HIV/AIDS epidemic affects the Brazilian population significantly. According to data from the Ministry of Health, 0.6% of the Brazilian population lives with HIV. Yet, the state of Rio Grande do Sul is one of the most affected by the epidemic. In 2017, Rio Grande do Sul was the third Brazilian state with the highest AIDS detection rate, behind only to the states of Roraima and Amapá. The capital of the state of Rio Grande do Sul, however, had the highest rate of AIDS detection among Brazilian capitals. The population of men who have sex with men (MSM) and transgender women are disproportionately affected by the epidemic. In Porto Alegre, it is estimated that the prevalence of HIV in MSM who know their serological condition is 4.1%. Furthermore, a meta-analysis using data from fifteen countries stated that trans women are 48.8 times more likely to be infected with HIV than the general population. This index is even higher in a study conducted in Rio Grande do Sul, which indicates a 55.55 times greater chance. Part of the theoretical explanation of why the epidemic reaches disproportionately this population lies in the processes of stigma and prejudice. The theoretical section of this Master's dissertation presents such concepts, explaining how the experience of stigma related to HIV/AIDS can bring negative outcomes in health and how prejudice, together with stigma, leads the subject to vulnerability to the epidemic. In the empirical section of this dissertation, we present and discuss the results of an empirical study conducted with the intention of testing the hypothesis that people attribute more guilt, control and responsibility for HIV infection to homosexual men and trans women, in scenarios of infection through blood transfusion or by unprotected sex. In the literature, similar studies have been found that identified greater attributions of guilt, control and responsibility when the infection is via unprotected sex, and which also indicate higher indexes of these attributions to homosexual individuals. However, this study has as innovation aspect the

investigation of these attributions in trans women. The experimental method was used, through six experimental scenarios, to which the study participants were allocated randomly. The scenarios contained a situation of HIV infection, which could be by unprotected sex or through blood transfusion and could have happened to a heterosexual man, a homosexual man or a trans woman. After reading the scenario, participants responded to Likert-type scales (from 1 to 5) on the assignments of control, guilt and responsibility as well as emotional reactions (anger/sympathy) and intent to help. The final sample had 206 people (graduate students from health courses or health professionals already trained). Data were analyzed using one-way ANOVAs, which were performed to analyze participants responses on the scales. The results indicated that people attribute more guilt, responsibility and control for HIV infection to homosexual men and trans women, only in the scenario of unprotected sex. Such a result was not found in the blood scenario. Still, there were no significant results for anger and intent to help, although it was found that the participants had more sympathy for heterosexual individuals. Finally, it is understood that this result is worrisome, since this negative attribution bias for gay men and transgender women may be contributing to the increase of the epidemic in this population.

Keywords: HIV; social stigma; prejudice; psychology, social

1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 SURGIMENTO DA EPIDEMIA DE HIV/AIDS NO MUNDO

A epidemia de HIV/AIDS surgiu nos países desenvolvidos durante a década de 1980 e – durante o seu surgimento – fez com que se rompessem uma série de certezas em relação ao progresso da Medicina da época (Bastos, 1997). Era grande o otimismo da medicina e das organizações internacionais de saúde no final da década de 1970 e no início da década de 80. Acreditava-se que a saúde da população mundial estava em ritmo de melhora e que a virada para o século 21 seria vivida por uma população com mais saúde do que nas décadas anteriores (World Health Organization [WHO], 1979, 1981).

Antes do surgimento da AIDS, ainda nos anos 70, um dos focos principais das pesquisas em saúde era o câncer. Havia alto investimento financeiro na área de oncologia. Cristiana Bastos (1997) chamou essa massiva aplicação de recursos de “guerra ao câncer”. Era esperado que esse investimento tivesse resultado, gerando algum tipo de descoberta revolucionária como a descoberta do antibiótico. No entanto, as descobertas foram modestas.

Em razão das modestas descobertas no campo terapêutico do câncer, os investimentos voltaram-se para a descoberta de uma origem viral para as doenças oncológicas. Com o interesse e o financiamento científico voltado numa “busca ao vírus”, foi descoberto em 1980, pela equipe do médico Robert Gallo (Instituto Nacional do Câncer dos Estados Unidos) o primeiro retrovírus humano, denominado HTLV, que seria responsável por alguns tipos de linfoma². Até então, havia apenas registros de retrovírus

² Tipo de câncer que ataca os linfonodos, células do sistema imunológico (Frazão, 2018).

em animais (Global information and education on HIV and AIDS [AVERT], 2018; Bastos, 1997).

Os retrovírus são uma família de vírus que possuem apenas uma cadeia simples de RNA (ácido ribonucleico) no seu genoma. De acordo com o conhecimento da biologia dos anos 70, os retrovírus não seriam capazes de se replicar, pois, acreditava-se que somente o DNA (ácido desoxirribonucleico) podia produzir RNA, sem possibilidade do caminho inverso acontecer. No entanto, em 1975, Howard Temin e David Baltimore descobriram a função da enzima transcriptase inversa, cuja ação faz com que se crie DNA a partir de uma cadeia simples de RNA. Essa descoberta rendeu aos seus autores o Prêmio Nobel em 1975. A descoberta do primeiro retrovírus humano (HTLV) precedeu a descoberta do HIV, que também é um retrovírus (Varmus, 1988; Bastos, 1997).

Antes da descoberta do HIV, surgiram as primeiras pessoas adoecidas sem que se soubesse a causa. O sarcoma de Kaposi (KS), foi um dos primeiros agravos que foram diretamente associados a uma nova síndrome do sistema imunológico. Um tipo de câncer do endotélio vascular, que acometia muitos homossexuais nova-iorquinos (Bastos, 1997). Em julho de 1981, o Jornal The New York Times publicou a notícia: “Câncer raro identificado em 41 homossexuais” (AVERT, 2018). Em Los Angeles, o Centers for Disease Control and Prevention (CDC) publicou também em 1981, artigo que informava cinco casos de pneumocistose³ em homens gays jovens (CDC, 1981). Em razão dessa fase inicial da epidemia, a doença que hoje conhecemos como AIDS foi chamada inicialmente de Gay-Related Immune Deficiency. Uma síndrome do sistema imunológico que permitia que infecções oportunistas como o Sarcoma de Kaposi e a pneumocistose acometessem a saúde da pessoa portadora. O nome foi posteriormente alterado para AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AVERT, 2018; Bastos, 1997). Em

³ Infecção oportunista que causa dificuldade respiratória, tosse, desconforto torácico e febre (Redação Minuto Saudável, 2017).

1982, já haviam casos de AIDS em vários outros países fora dos Estados Unidos, incluindo Brasil, Austrália e em países africanos e europeus (AVERT, 2018).

O HTLV se tornou o principal candidato para ser a causa viral da AIDS. Enquanto a sociedade como um todo explicava a doença em termos de culpa, comportamentos, vício e vingança divina, os cientistas seguiam na busca de uma explicação viral para o adoecimento. Em 1983, o instituto Pasteur, da França (liderado pelo médico Françoise Barré-Sinoussi) isolou um novo vírus que acreditou ser a causa da AIDS. O vírus foi chamado de LAV (Lymphadenopathy associated virus). A estrutura do LAV era diferente da do HTLV, no entanto, uma amostra do vírus foi enviada à equipe Robert Gallo para verificação comparativa. Robert Gallo e a sua equipe, na sequência, anunciaram que o LAV francês era idêntico a uma recente descoberta deles, o HTLV-III, variante do já conhecido HTLV. Segundo Bastos (1997) soube-se mais tarde que se tratou apenas de uma renomeação do vírus enviado pelos franceses, evento que causou animosidade entre estadunidenses e franceses e entre as equipes de Robert Gallo e Françoise Barré-Sinoussi.

Coube a um comitê internacional pacificar a disputa entre França e Estados Unidos. Em 1986, o Comitê Internacional de Taxonomia de Vírus (ICVT) avaliou e declarou que o LAV e HTLV-III eram o mesmo vírus. Apesar dos esforços de americanos e franceses para que o nome do vírus fosse HTLV-III ou LAV, o comitê dissolveu essa disputa atribuindo ao vírus um novo nome: HIV: Human immunodeficiency virus (Vírus da imunodeficiência humana, em português) (AVERT, 2018).

Houve um momento de euforia na comunidade científica após a descoberta do vírus. A AIDS saíra do campo das doenças oncológicas e estava agora no campo da infectologia. O objetivo dos cientistas se tornou a busca do tratamento, da cura ou da vacina. Criou-se um sentimento de otimismo, que durou pouco (Bastos, 1997).

O senso de otimismo foi quebrado, pois a AIDS trouxe para os países desenvolvidos a experiência do desespero e da fatalidade, algo que era há tempos não vivenciado nesses países. Já nos anos 80, as doenças mais prevalentes nos países “de primeiro mundo” eram o câncer e as doenças cardiovasculares. Tal situação é um sinal de melhores condições econômicas, nutricionais, sociais e de saúde. Durante o mesmo momento histórico, os países subdesenvolvidos vivenciavam malária, cólera, tuberculose, esquistossomose e outras doenças infecciosas, que, embora controláveis, atingiam e matavam boa parte de suas populações (Bastos, 1997). A AIDS tratou de aproximar desenvolvidos e subdesenvolvidos, centros e periferias, ricos e pobres. Na virada para a década de 1990, as mortes por AIDS chegavam aos 300 mil no mundo todo, enquanto as novas infecções com HIV já passavam dos dois milhões (AVERT, 2018).

Apesar de ter aproximado desenvolvidos e subdesenvolvidos, por atingir e matar a população de ambos, a epidemia de HIV/AIDS também ampliou as divisões sociais de gênero, classe, orientação sexual, raça e nacionalidade que já existiam previamente. O perfil epidemiológico inicial contribuiu para esse cenário, pois os mais atingidos eram os homossexuais americanos, os usuários de drogas injetáveis e as populações caribenhas e africanas (Bastos, 1997). É em razão desse efeito que a epidemia se tornou não apenas uma epidemia de vírus e de sintomas, mas também uma epidemia de estigma (Mann, 1987).

1.2 ESTIGMA, PRECONCEITO E ATRIBUIÇÕES

1.2.1 Estigma

Em outubro de 1987, o então diretor do Programa Especial de AIDS da Organização Mundial da Saúde (OMS) - Jonathan Mann - fez um discurso na 42ª sessão

de Assembleia Geral das Nações Unidas. Naquela ocasião, ele discursou sobre como a epidemia de HIV/AIDS poderia ser entendida como três diferentes epidemias que funcionam de forma conjunta. A primeira é a epidemia do vírus HIV, que se espalhou de forma rápida e silenciosa pelo mundo, muito antes de qualquer pessoa saber que o vírus sequer existia. A segunda epidemia é a do adoecimento que acompanha o vírus: a doença AIDS. No entanto, diferentemente de doenças como febre amarela ou sarampo, os sintomas da AIDS podem apenas aparecer muitos anos após a infecção com o vírus. A terceira - e mais importante - epidemia é a de respostas sociais, culturais, econômicas e políticas em relação ao HIV/AIDS (Mann, 1987). Essa última, segundo Parker e Aggleton (2003) é marcada fortemente por estigma e discriminação.

No que se refere ao estigma, e especialmente ao estigma relacionado ao HIV/AIDS, Parker e Aggleton (2003) consideram que o ponto de partida da discussão é o trabalho clássico de Goffmann (1963). Tal autor entende que o estigma é um atributo, uma característica ou um marcador pelo qual uma pessoa é entendida como merecedora de descrédito, vergonha, indignidade. Pela perspectiva da sociedade estigmatizadora, o atributo que carrega o estigma reduz a pessoa que o possui. Trata-se de uma característica percebida como indesejável (Goffmann, 1963).

No entanto, Parker e Aggleton (2003) consideram que embora Goffmann tenha sido um autor que se preocupou com estruturas sociais, algumas interpretações da sua definição de estigma são equivocadas quando analisadas de forma isolada, pois levam a entender como um fenômeno individual. O conceito de que o estigma é um atributo percebido como indesejável faz parecer que o estigma está dado no indivíduo, quando, na verdade, é colado no indivíduo por meio da sociedade. Por essa razão, tais autores propõem que o estigma e a discriminação sejam entendidos não de forma individual, mas de forma coletiva e sociológica, incluindo noções amplas de poder e dominação. O

estigma, na visão desses autores, surge em contextos específicos que envolvem cultura, poder e as características de determinado momento histórico que favorece o seu surgimento.

No que se refere às questões de poder e cultura, entende-se o trabalho de Michel Foucault como elementar (Parker & Aggleton, 2003). Para Foucault (1977, 1978), a época do surgimento da AIDS foi marcada por uma mudança na lógica nas sociedades europeias. Havia uma transição de regimes que utilizavam a violência física como instrumento de controle, para o controle social como principal forma de gerência sobre a população. Nesse processo, o diferente é utilizado para que se possa criar uma norma. O anormal precisa existir para que se crie o normal.

Em suma, o processo de estigmatização envolve marcar aqueles que são os diferentes, estabelecendo um sistema de norma que mantém a ordem social (Foucault, 1977, 1978). Haja vista os sentimentos de desespero e os rompimentos que o surgimento da AIDS trouxe para o contexto histórico no qual surgiu, o estigma recaiu principalmente naqueles que foram considerados “os diferentes”: os homossexuais, os imigrantes, os africanos, os usuários de drogas, etc. (Bastos, 1997; Link & Phelan, 2001; Parker & Aggleton, 2003). Dito isso, é possível, também, buscar uma perspectiva a partir da leitura de ambos Goffman (1963) e Foucault (1977, 1978), propondo a constituição cultural de um estigma como central no estabelecimento e manutenção de ordem social e poder. Contudo, os autores crêem que a compreensão de estigma e estigmatização como elemento central de uma ordem social de dominação só se torna possível através de uma análise das relações entre cultura, poder e diferença, uma vez que estas se dariam de forma interseccional.

É interessante, ainda, dar atenção à atuação no campo da saúde neste quesito: Foucault (1977, 1978) traz, também, contribuições no que se refere à relação de

conhecimento e poder. De acordo com este, campos como a psiquiatria e biomedicina seriam melhores compreendidos enquanto sistemas culturais que oferecem diferentes compreensões de verdade sobre a vida. Ao propor que as evidências promovidas por estes não sejam postas como "fatos" ou "verdade" de forma simplória - mas produtos sociais ligados ao poder de suas áreas do conhecimento -, tal perspectiva encoraja certo nível de humildade quanto à noção de "evidências" em relação ao mundo, vendo estas formas de compreensão como contextuais e provisórias.

A perspectiva acima dialoga com as contribuições de Link e Phelan (2001) quanto aos estudos em estigma, que seriam abordados através de diversas áreas e vertentes teóricas, consistindo de forte multidisciplinaridade. O fenômeno contribuiria para o surgimento de diferentes ênfases de pesquisa no tema, assim como conceitualizações que acabam por diferir entre si em áreas como ciência política, psicologia, geografia social, sociologia e antropologia. Crocker, Major e Steele (1998) propuseram que o estigma possa ser visto em indivíduos como "um atributo ou característica que comunique uma identidade social que é desvalorizada em um contexto social particular" (p. 505), ao passo que Jones et al. (1984) o colocaram como a associação entre atributos e estereótipos, em que o primeiro associaria o indivíduo a características indesejáveis, formando, assim, o segundo.

Apesar de frisar a importância de compreender o estigma como um fenômeno social relacionado às estruturas de poder, Parker e Aggleton (2003) também assumem que é importante entender como o estigma é perpetrado por indivíduos, comunidades e pelos poderes do Estado. Tais estudos são importantes para compreender como a injustiça social é produzida e vivenciada.

Nesse sentido, pode-se afirmar que a vivência individual do estigma relacionado ao HIV/AIDS está associada a desfechos negativos para os sujeitos, inclusive no campo

da saúde (Chambers et al., 2015). Tais desfechos podem ser problemas de saúde mental, menor aderência ao tratamento antirretroviral para os que vivem com HIV e menor frequência de testagem para os que não vivem com HIV (Dlamini et al., 2009; Rueda et al., 2016).

Segundo Thomas et al. (2005) existem três formas de experienciar o estigma. A primeira é a forma explícita: discriminação vivenciada diretamente por quem possui HIV, que pode acontecer na forma de atitudes negativas das pessoas frente à revelação do status sorológico. A segunda forma é o estigma antecipado, ou antecipação do estigma. Essa forma envolve crenças negativas em relação a viver com HIV/AIDS e uma expectativa de que numa eventual infecção, se sofreria discriminação. A terceira e última forma é o estigma internalizado: possuir crenças negativas sobre si mesmo e sobre viver com HIV, quando se é HIV positivo. Em suma, pode-se dizer que há um espectro da vivência do estigma relacionado ao HIV que vai desde vivenciar discriminação diretamente, passa pela expectativa (antecipação) de discriminação e termina em crenças internalizadas negativas sobre si mesmo.

Pensando nessas diferentes vivências do estigma relacionado ao HIV, Rueda et al. (2015) realizaram uma meta-análise das evidências quantitativas relacionadas às consequências negativas em saúde que a experimentação individual do estigma produz. Foram incluídos nessa revisão ensaios clínicos randomizados, estudos quase-experimentais, estudos caso-controle, estudos de coorte e estudos transversais que mediam relação entre o estigma relacionado ao HIV e desfechos relacionados à saúde. A revisão incluiu todos os tipos de estigma.

Dentre os resultados dessa meta-análise, foram identificados estudos que correlacionaram a vivência do estigma relacionado ao HIV com: sintomas depressivos, aumento do estresse emocional, sintomas ansiosos, menor índice de qualidade de vida,

piores desfechos de saúde física, menos apoio social e maior índice de comportamentos de risco como sexo desprotegido (Rueda et al., 2015). Ainda, os autores consideram que o achado mais sólido do seu conjunto de meta-análises diz respeito a maiores índices de sintomas depressivos e menores índices de apoio social entre aqueles que sentem na pele o estigma relacionado ao HIV. Isso se dá pela maior quantidade de estudos que indicam essa correlação e pela força estatística que apresentam. A alta vivência do estigma diminui a chance do indivíduo revelar o status sorológico para alguém, pois pode ocorrer medo de rejeição e de exclusão pelas redes de apoio. Tal preocupação, pode levar a um processo de isolamento social, que diminui o apoio social que se recebe dos pares e também pode levar à depressão (Logie & Gadalla, 2009).

Também foi encontrada evidência de que a associação entre estigma e depressão pode sofrer de uma intersecção com outras formas de estigmatização, como o estigma relacionado à diversidade sexual e de gênero, origem ou raça/etnia (Logie, James, Tharao, & Loutfy, 2013).

1.2.2 Preconceito

Da mesma forma em que a literatura sobre estigma aponta as consequências negativas de sua vivência, a literatura de preconceito também. Embora preconceito e estigma não sejam conceitos sinônimos, pode-se dizer que estão relacionados. Segundo Poteat et al. (2015), a vivência do preconceito vulnerabiliza os indivíduos para desfechos negativos em saúde, da mesma forma como faz o estigma. Na sua obra *The Nature of Prejudice*, Gordon Allport (1954) descreve pela primeira vez o preconceito de forma sistemática. Segundo esse autor, preconceitos seriam atitudes adversas ou hostis em relação a uma pessoa que pertence a um grupo, simplesmente por ela pertencer a esse grupo. Outras definições foram criadas e utilizadas desde então, porém normalmente

utilizam parte do conceito clássico: preconceito é uma atitude (positiva ou negativa) em direção a um grupo ou seus membros.

Além de ser uma avaliação favorável ou desfavorável a algo ou alguém, pode-se dizer que o preconceito possui três componentes principais: cognitivo, afetivo e comportamental. O componente cognitivo do preconceito diz respeito a pensamentos, crenças e pressupostos. Por exemplo: “homens gays não são boas pessoas”. O componente afetivo diz respeito a processos emocionais. Por exemplo: sentir nojo ou raiva de homossexuais. E por último, também há um componente comportamental, que diz respeito às ações. Esse nível envolve tratar mal alguém, somente porque aquela pessoa é homossexual, por exemplo. Tais componentes se apresentam sempre voltados ao grupo específico ao qual se tem preconceito (Brown, 1995; Myers, 2014).

Um dos modelos teóricos que utilizam o conceito de preconceito para explicar desfechos negativos em saúde é o modelo do estresse de minoria (Meyer, 1995). Segundo esse modelo, pessoas que fazem parte de alguma minoria de orientação sexual e de gênero estão sujeitas a estresse que compreende três fatores. O primeiro, a experiência direta de preconceito, por meio de dificuldade de acesso às políticas públicas ou por violência sofrida, por exemplo. Segundo, a expectativa da discriminação, ou seja, a ideia de que sua identidade de gênero ou orientação sexual não serão aceitos pelos demais. E por fim, o preconceito internalizado, através de crenças negativas que o indivíduo possui a respeito de si próprio em relação a sua orientação sexual ou identidade de gênero (Meyer, 1995).

A partir do modelo do estresse de minoria é possível explicar questões relativas à alta prevalência de HIV em homens que fazem sexo com homens (HSH). Pensando numa lógica de “comportamento de risco” ou “grupo de risco”, é estabelecida a associação entre a propensão de adoecimento a partir de determinadas características (fazer parte de uma minoria sexual e de gênero, por exemplo) e comportamentos

atribuídos exclusivamente ao grupo minoritário. De tal forma, a discriminação frente a estas populações é enaltecida por meio de afirmações errôneas que enfatizam um estereótipo de promiscuidade e risco (Meyer, 1995). Nesta perspectiva, o que causa a prevalência de HIV mais elevada na população de homens gays, por exemplo, não são os comportamentos sexuais específicos desse grupo minoritário, mas sim a vivência do preconceito, nas diferentes formas. Uma das formas nas quais o preconceito pode se manifestar é através das atribuições.

As diferenças entre estigma e preconceito estão especialmente na sua origem. O estigma é um conceito que surge na literatura da Sociologia, com Goffmann (1963) e o preconceito surge na literatura da Psicologia, com Allport (1954). Segundo Phelan, Link e Dovidio (2008), a literatura de preconceito dá mais ênfase à questão de raça, enquanto a de estigma foca nas questões referentes ao doente e ao desviante. No entanto, ambos os conceitos falam no direcionamento de emoções negativas, rejeição social e discriminação para com algum grupo específico.

1.2.3 Atribuições

A Psicologia Social, na sua corrente Psicológica, vem buscando ao longo das décadas teorizar sobre a forma pela qual pessoas atribuem explicações para a ocorrência dos fatos. De que forma as pessoas explicam a ocorrência de uma infecção por HIV, por exemplo? Esse campo de pesquisas sobre a forma que as pessoas justificam a ocorrência dos fatos em suas vidas, dentro da psicologia social contemporânea, chama-se o estudo da atribuição de causalidade. O primeiro livro publicado no Brasil sobre esse modelo teórico foi *Atribuição de causalidade: teoria e pesquisa* (Dela Coleta, 1982).

As origens desse modelo teórico passam pelo autor Fritz Heider e suas obras publicadas em 1944, 1946 e 1958. Heider estava interessado em saber como as pessoas pensam a respeito uma das outras, quais os resultados emocionais desses pensamentos e especialmente, quais as explicações que as pessoas dão para os eventos que observam (Dela Coleta, 1982). Segundo Heider (1970) as pessoas sempre buscam definir uma explicação para as situações que ocorrem, dando-lhes um sentido. O sentido e a causa que as pessoas atribuem aos eventos não são atribuídos apenas pelo desejo ou pela curiosidade de quem atribui, mas também para que a pessoa possa sentir que compreende o mundo em que vive e que pode, através das suas atribuições, prever e controlar eventos futuros.

As pessoas funcionam, para o modelo teórico da atribuição, como quase-cientistas. Buscam sempre explicações, visando compreender o comportamento do outro, o seu próprio comportamento e o mundo como um todo (Dela Coleta, 1982; Dela Coleta & Dela Coleta, 2006). As atribuições realizadas pelas pessoas não são necessariamente lógicas. No entanto, são psico-lógicas. Possuem uma lógica perpassada pelos desejos e necessidades daquele indivíduo, não necessariamente baseando-se em evidências de realidade. A atribuição de causalidade que o indivíduo faz é uma construção baseada em suas experiências (Dela Coleta & Dela Coleta, 2011).

De forma didática, Heider (1970) divide as atribuições de causalidade em dois grupos distintos. Seriam consideradas atribuições externas aquelas que explicam a causa de determinado fenômeno a questões do ambiente externo. Por exemplo, se está chovendo, e alguém atribui que a chuva está a ocorrer porque houve uma combinação de fatores meteorológicos, ambientais e climáticos que contribuíram para a ocorrência desse fenômeno, trata-se de uma atribuição externa. A atribuição interna, por sua vez, contém uma explicação que atribui a causa do fenômeno as pessoas envolvidas na ação ou em suas características (Dela Coleta & Dela Coleta, 2011).

Para a temática de HIV/AIDS, tema central desta dissertação, as atribuições internas são foco de investigação. Considerando os conceitos de estigma e de preconceito, compreende-se que é prevalente na população as atribuições internas quando se trata da infecção por HIV. Isto ocorre porque muitas pessoas ainda compreendem que a infecção estava sob o controle consciente que quem se infectou, sob responsabilidade de quem se infectou e que a pessoa é culpada pelo que lhe aconteceu. No entanto, pode-se afirmar que essa atribuição interna, de que a infecção por HIV ocorreu por responsabilidade do indivíduo pode não corresponder com a realidade, pois mesmo uma infecção via sexo desprotegido pode acontecer sem o controle da pessoa (Seacat, Hirschman, & Mickelson, 2007).

Weiner (1995) desenvolveu um modelo de atribuição que é utilizado na maioria dos estudos envolvendo atribuição de causalidade (Cobb & De Chabert, 2002; Crandall & Moriarty, 1995; Dooley, 1995). Segundo este modelo, quando se faz uma atribuição de que o controle e a responsabilidade pela ocorrência de um evento negativo estão no próprio indivíduo que passou pela situação, essa atribuição vem acompanhada de uma reação emocional de maior raiva e menor simpatia pela pessoa. Ademais, tal atribuição também viria acompanhada de menores intenções em ajudar quem passou pela situação negativa. A atribuição de culpa também costuma acompanhar a atribuição de responsabilidade. Diferentes situações podem ser analisadas pensando a partir deste modelo teórico, incluindo a infecção por HIV (Seacat et al., 2007; Weiner, 1995).

Em um estudo com estudantes de graduação de disciplinas introdutórias em Psicologia ($n=113$) e Relações Humanas ($n=302$) (Crandall & Moriarty, 1995), foram realizados dois experimentos com o intuito de investigação de estigma e distanciamento social de graduandos frente a indivíduos com doenças orgânicas. Nesse estudo, foram realizados dois experimentos distintos, seguidos por um questionário relacionado às

vinhetas. No primeiro, foi apresentado aos participantes um cenário aleatoriamente gerado a partir de 66 diferentes doenças, com uma breve descrição de diagnóstico, sintomas e fatores de risco, assim como dados demográficos do indivíduo descrito. Os dados foram analisados a partir de 13 dimensões da percepção dos participantes quanto às doenças. Cinco dimensões indicaram altos níveis de rejeição social, sendo quatro destas relacionadas ao autocontrole do indivíduo: severidade, contágio, causalidade comportamental, possibilidade de evitar o próprio contágio e, por fim, transmissão sexual. Quanto ao segundo experimento, os cenários gerados aleatoriamente consistiam da mesma doença (Citomegalovírus) havendo variação de gravidade e forma de infecção da doença – com suposto controle do indivíduo ou fora do controle do indivíduo. Aqueles cenários experimentais onde apareciam uma ideia de maior controle comportamental por parte dos doentes indicaram maior rejeição social dos participantes. Esses resultados vão de encontro ao proposto pelo modelo atribucional de Weiner (1995), pois, quando os participantes atribuíram maior responsabilidade pelo adoecimento, maior foi a rejeição social.

Dooley (1995), por sua vez, aplicou um experimento em alunos de graduação de uma disciplina introdutória em sociologia ($n=255$). Foram distribuídas vinhetas com um de cinco possíveis cenários que descrevem um homem que havia consultado um médico após diversas complicações, descobrindo, assim, ter AIDS. Os cenários são associados a cinco causas diferentes de infecção: um parceiro homossexual, um parceiro heterossexual, transfusão de sangue, uso de drogas intravenosas e, por fim, sem causa indicada. Níveis de raiva direcionada ao indivíduo e atribuição de controle pela infecção foram mais indicados em cenários onde a causa de infecção se dá através de uso de drogas intravenosas, pela via sexual (por ambos parceiros homossexuais e heterossexuais) ou sem causa indicada. Simultaneamente, níveis maiores de simpatia e menores de controle

pela infecção foram mais associados à infecção por meio de transfusão de sangue. Sentimentos de raiva, contudo, não inibiram o nível de ajuda oferecida nos cinco cenários.

Cobb e De Chabert (2002) fizeram um estudo experimental utilizando uma única vinheta, que modificava apenas o gênero da pessoa na cena. Em tal estudo, foram apresentados a 46 participantes um cenário hipotético no qual um indivíduo vem em busca de aconselhamento e testagem para HIV através de um mandado judicial. No fim da vinheta, este pede auxílio na busca de abrigo, tratamento em relação a seu uso de substâncias e redução de comportamentos de risco. Nesse estudo, foi demonstrada maior intenção de ajudar indivíduos do gênero feminino, assim como maiores níveis de raiva direcionados a indivíduos do gênero masculino. Nesse estudo, os participantes atribuíram significativamente responsabilidade e culpa à pessoa da cena.

Seacat et al. (2007) também testaram as atribuições de culpa e responsabilidade através de vinhetas experimentais, assim como fez Cobb e De Chabert (2002). No entanto, Seacat et al. (2007) mediram as atribuições de culpa, responsabilidade e controle, bem como a sua relação com as reações emocionais de raiva e simpatia e impacto das atribuições e das reações emocionais na intenção de ajudar. Ainda, considerando o fato de que a epidemia de HIV/AIDS foi muito atrelada à população de homossexuais (Bastos, 1997), o estudo testou as variáveis em cenários onde uma infecção por HIV ocorria com homem heterossexual ou com homem homossexual. Os quatro cenários experimentais foram: heterossexual, transfusão de sangue (1), heterossexual, sexo desprotegido (2), homossexual, transfusão de sangue (3) e homossexual, sexo desprotegido (4) (Seacat et al., 2007).

Os resultados de Seacat et al. (2007) indicaram índices estatisticamente significativos de atribuição de culpa, controle e responsabilidade tanto nos cenários sexo quanto nos cenários sangue. O mesmo pode-se dizer em relação a raiva, simpatia e

intenção de ajudar. Os resultados também indicaram, no geral, maior atribuição de responsabilidade e controle aos usuários homossexuais, bem como menor intenção de ajudar. Tal efeito teve ainda maior significância no cenário sangue.

Portanto, percebe-se que tais estudos indicam que maior responsabilidade é atribuída ao indivíduo que vem a ser infectado por via sexual ou drogas intravenosas, e esta variável tende a correlacionar-se significativamente com níveis de raiva direcionados a este, assim como ambas variáveis são mais atribuídas a indivíduos homossexuais. Concomitante, como afirma Seacat et al. (2007), a atribuição de culpa, controle e responsabilidade é indicada como igualmente significativa para ambos cenários de transmissão sexual e via transfusão de sangue, diferindo das afirmações de Dooley (1995), que apresenta menores níveis de controle relatados pelos participantes, assim como maior simpatia, em cenários sangue. Os estudos também diferem em indicadores relacionados à intenção de ajuda, uma vez que Seacat et al. (2007) traz níveis menores de intenção de ajudar quando relacionado a homossexuais, enquanto Dooley (1995) demonstra que estes não foram inibidos pelos níveis de raiva encontrados.

1.3 SITUAÇÃO ATUAL DA EPIDEMIA NO BRASIL

1.3.1 Dados epidemiológicos

Desde o início da epidemia, em 1980, até o ano de 2018, foram notificados 926.742 casos de AIDS no Brasil (Ministério da Saúde, 2018). Já em relação aos casos de HIV, estima-se que a prevalência atual da infecção pelo vírus na população geral brasileira seja de 0,6%. 0,8% em homens e 0,4% em mulheres (Ministério da Saúde,

2015). Entre 2007 e 2018, foram notificados 247.795 casos de pessoas vivendo com HIV no Brasil (Ministério da Saúde, 2018)

A maior parte desses casos ocorre na região Sudeste, cerca de 47,4%. A região Sul tem 20,5%, enquanto as regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste tem 17%, 8% e 7,1%, respectivamente. O estado do Rio Grande do Sul, no entanto, segue sendo um dos estados “campeões” no que diz respeito às taxas de detecção de HIV e de AIDS. O gráfico a seguir mostra a taxa de detecção de HIV em gestantes para cada 1000 nascidos vivos (Ministério da Saúde, 2018).

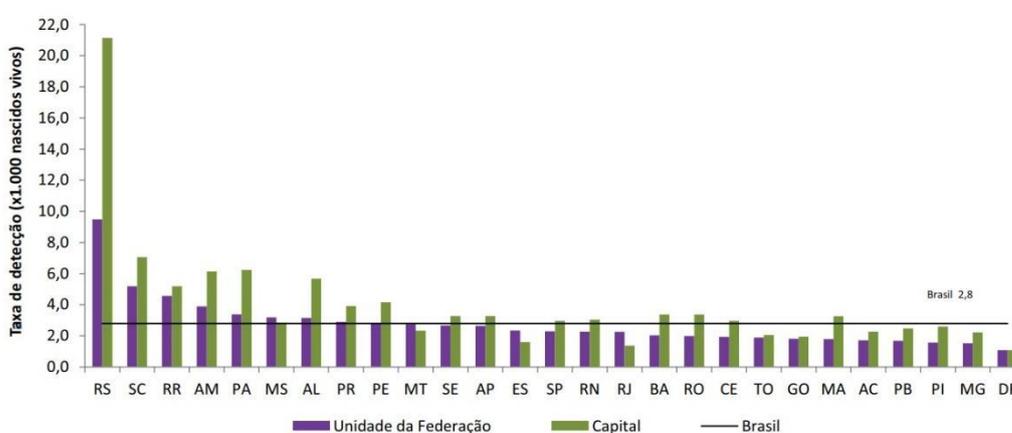


Figura 1. Taxa de detecção de gestantes com HIV (x1.000 nascidos vivos), segundo UF e capital de residência no Brasil, 2017 (Ministério da Saúde, 2018).

Como pode-se observar, a unidade da federação com a maior taxa de detecção de gestantes vivendo com HIV é o Rio Grande do Sul, possuindo um índice duas vezes maior que o segundo colocado na lista, o estado de Santa Catarina. A capital gaúcha, por sua vez, possui índice duas vezes maior que o do seu estado. Ademais, o município de Porto Alegre não é líder apenas nessa categoria, mas também possui a maior taxa de detecção de AIDS para cada 100 mil habitantes, como mostra a Figura 2.

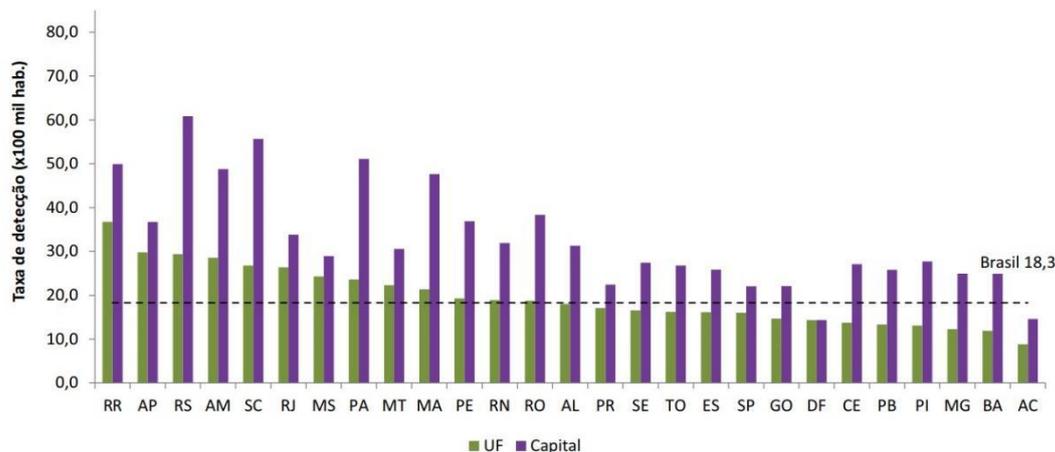


Figura 2. Taxa de detecção de aids (x100 mil hab.) segundo UF e capital de residência no Brasil, 2017 (Ministério da Saúde, 2018).

Na Figura 2, verifica-se que o estado do Rio Grande do Sul possui a terceira maior taxa de detecção de Aids do Brasil, atrás do estado de Roraima e do estado do Amapá. No entanto, Porto Alegre supera a capital desses dois estados, tendo a maior taxa de detecção de Aids do Brasil: cerca de 60,8 casos para cada 100 mil habitantes. Esse número já é menor do que foi reportado em boletins epidemiológicos anteriores. No ano de 2007, por exemplo, o número da capital gaúcha era 113,8 casos de Aids para cada 100 mil habitantes (Ministério da Saúde, 2018).

Além da diferença de distribuição dos casos de HIV e de Aids pelas regiões brasileiras, também há uma disparidade na distribuição desses casos entre homens e mulheres. Dos casos de Aids notificados entre 1980 e 2018, 606.936 (65,5%) foram em homens e 319.682 (34,5%) em mulheres. Nos últimos anos, tem havido uma diminuição da notificação dos casos em mulheres, como mostra a Figura 3.

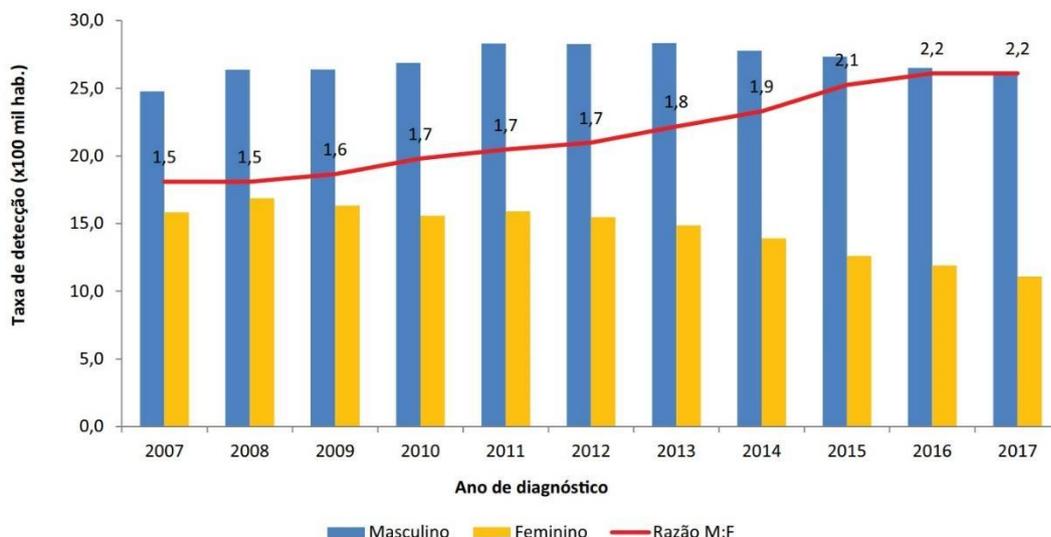


Figura 3. Taxa de detecção de aids (x100 mil hab.) segundo sexo e razão de sexos, por ano de diagnóstico no Brasil, 2007 a 2017 (Ministério da Saúde, 2018).

A tendência de masculinização da epidemia também fica evidente na notificação mais recente dos casos de infecção por HIV. Entre 2007 e 2018, foram notificadas 169.932 (68,6%) infecções por HIV em homens e 77.812 (31,4%) em mulheres. A razão entre gêneros no ano de 2017, no caso das infecções por HIV, é de 2,6 (M:F). Isso significa que para cada dez mulheres que vivem com HIV, existem vinte e seis homens vivendo com o vírus (Ministério da Saúde, 2018). Além da divisão relacionada ao gênero, as infecções por HIV e os adoecimentos por AIDS também atingem de forma diferente a população no que diz respeito ao tipo de prática que leva à infecção. No ano de 2018, entre os homens, 36,9% das infecções se deu pela categoria de exposição heterossexual. Ademais, 49,9% das infecções foi por exposição homossexual e 9,5% bissexual. Isso significa dizer que 54,9% das infecções nesse período estão na categoria HSH. Entre as mulheres, 96,8% das infecções são por exposição heterossexual. No que diz respeito à notificação de AIDS, pode-se dizer que o número de casos da categoria de exposição HSH vem aumentando continuamente nos últimos anos, conforme mostra a Figura 4.

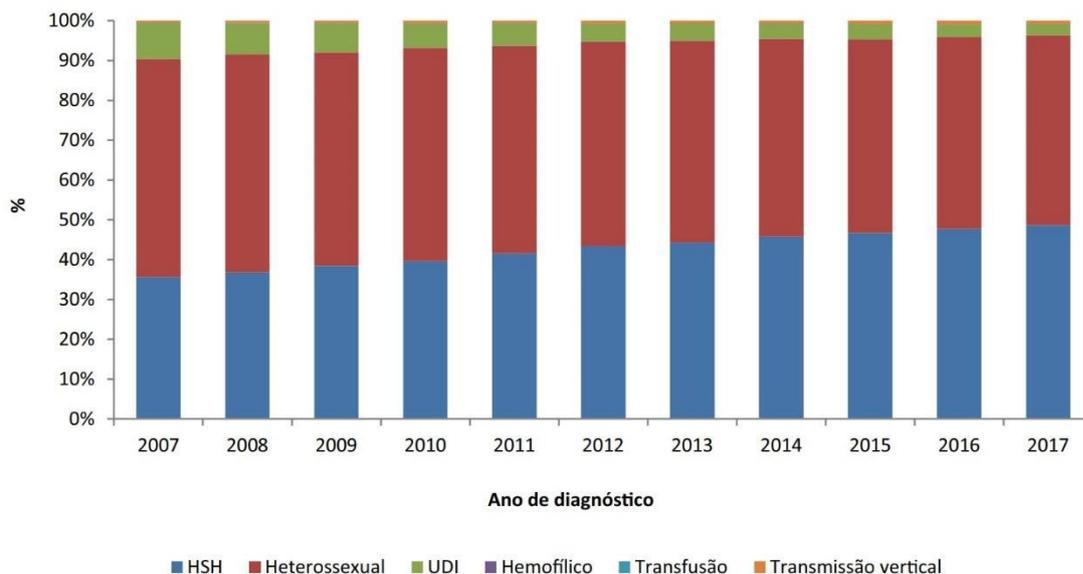


Figura 4. Distribuição percentual dos casos de aids em homens de 13 anos ou mais segundo categoria de exposição, por ano de diagnóstico no Brasil, 2007 a 2017 (Ministério da Saúde, 2018).

Pode-se dizer, portanto, que a epidemia de HIV/AIDS atinge de forma significativa a população de homens homossexuais, homens bissexuais, e mulheres trans. Se somássemos toda a população de homens do Brasil com a população de mulheres trans, pode-se dizer que os homens gays/bi e as mulheres trans seriam minoria. No entanto, 54,9% das infecções por HIV em 2018 e metade dos casos de AIDS em 2017 se deram entre esse grupo minoritário (Ministério da Saúde, 2018). Ademais, um estudo realizado no Rio Grande do Sul indica que mulheres trans possuem 55,55 vezes mais chance de se infectar com HIV (Costa et al., 2015). Esse índice é semelhante ao que foi encontrado por uma meta-análise realizada por Baral et al. (2013), que indicou que mulheres trans tem 48,8 vezes mais chances infecção.

Nos Estados Unidos, a tendência das mulheres trans como um dos principais grupos atingidos pela epidemia também é realidade. Uma meta-análise realizada com 29 estudos norte-americanos com mulheres trans identificou que 27,7% da amostra total dessas mulheres testaram positivo para HIV. Entre mulheres trans e negras, esse índice é

de 56,3% (Herbst et al., 2008). Ademais, foi noticiado que uma nova meta-análise mais recente foi conduzida e mostrou uma redução do índice de mulheres trans infectadas de 27,7% para 18,8%. No entanto, essa população segue sendo desproporcionalmente atingida pela epidemia, assim como os homens que fazem sexo com homens (Benjamin, 2019).

A tendência da epidemia em atingir fortemente a população de HSHs e mulheres trans é ainda mais acentuada em algumas regiões brasileiras. Na região Sudeste, a maior parte da epidemia de AIDS no ano de 2017 encontra-se na categoria HSH. A região Sul é a que tem a epidemia mais heterossexualizada e também a maior porcentagem de infecção por usuários de drogas injetáveis (UDI) (Ministério da Saúde, 2018).

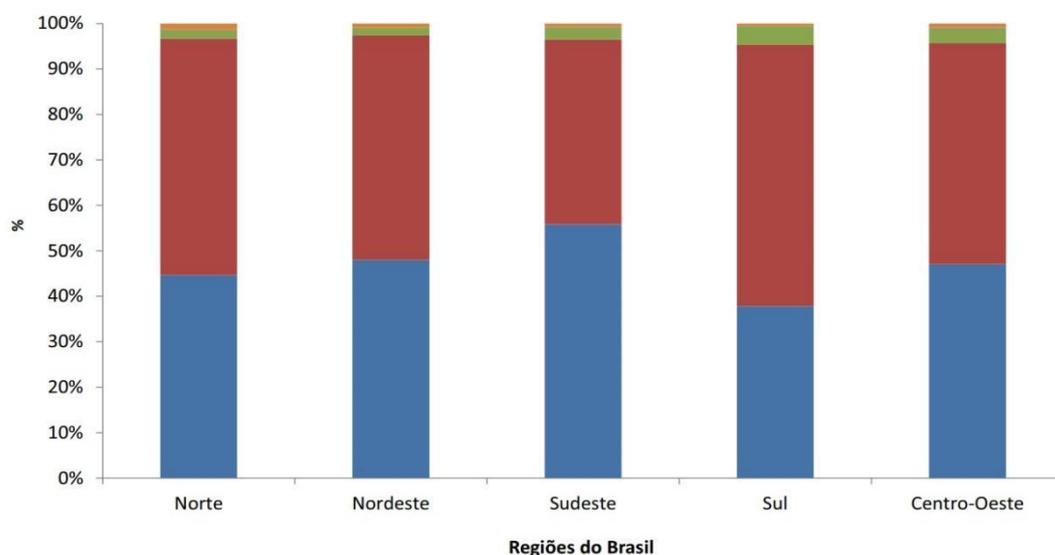


Figura 5. Distribuição percentual dos casos de AIDS em homens de 13 anos ou mais, segundo categoria de exposição, por região de residência. Brasil, 2017. Azul – HSH; Vermelho – Heterossexual; Verde – UDI; Laranja – Transmissão vertical (Ministério da Saúde, 2018).

1.3.2 Vulnerabilidade

Considerando os dados epidemiológicos que foram revisados, bem como os conceitos de estigma, preconceito e atribuição de causalidade é possível desenvolver uma premissa a respeito da vulnerabilidade para a epidemia. Essa premissa é a de que a vivência do estigma relacionada ao HIV (Rueda et al., 2015), o preconceito (Meyer, 1995) e as atribuições negativas pela infecção (Seacat et al., 2007) colocam a população de HSHs e mulheres trans em situação de vulnerabilidade para a infecção por HIV/AIDS.

Segundo Ayres, Paiva e França Junior (2011), falar em vulnerabilidade é tratar de um dos paradigmas contemporâneos vigentes em saúde pública. Segundo esses autores e autora, existem três panoramas conceituais que podem orientar as ações preventivas em saúde na era contemporânea. O primeiro é a panorama de História natural da doença, o segundo é o panorama de promoção de saúde e o terceiro é o da vulnerabilidade.

O panorama da história natural da doença se ampara na ideia de que um determinado grupo de condições (individuais, geográficas, ambientais, etc.) estariam diretamente relacionados ao surgimento de determinadas doenças. Condições epidemiológicas poderiam também, determinar a intensidade de determinados agravos em saúde. Esse panorama permite que os agentes de saúde atuem na prevenção primária, buscando mudar as características do ambiente, do agente da doença e do próprio portador da doença, na busca de evitar o adoecimento. Apesar de ter a sua importância, tal panorama possui limitações, pois, foca-se inteiramente na evitação de doenças, sem dar ênfase ao conceito de saúde (Ayres et al., 2011).

O panorama da promoção de saúde surgiu buscando consolidar a ideia de que a saúde não é apenas ausência de doença, mas sim um estado global de bem-estar físico,

emocional, social e espiritual. As propostas desse paradigma foram apresentadas em diversas Conferências Internacionais sobre Promoção de Saúde, tendo a primeira delas produzido o documento conhecido como Carta de Ottawa, em 1986. O panorama da promoção de saúde acredita ser necessário agir com equidade, sustentabilidade, participação popular e intersetorialidade. Isso significa que, para melhorar a saúde da população, é necessário agir nas áreas de agricultura, nutrição, emprego, educação, moradia, etc. Ainda, esse modelo faz críticas a ideia de uma política de saúde centralizada em hospitais e defende uma saúde descentralizada, com mais autonomia aos órgãos regionais e locais (Ayres et al., 2011).

O panorama da vulnerabilidade, por fim, está diretamente relacionado à epidemia de HIV/AIDS. Com o medo generalizado que a epidemia trouxe, estudos epidemiológicos rapidamente encontraram subgrupos onde havia-se mais chance de encontrar pessoas vivendo com AIDS (Ayres et al., 2011; Bastos, 1997). A identificação desses subgrupos foi importante para que políticas de prevenção fossem implementadas, no entanto, esse processo foi acompanhado de limitações e problemas. A ideia de maior probabilidade de encontrar alguém vivendo com AIDS em determinados grupos sociais começou a ser entendida como certeza, por muitas pessoas. Isso levou a um isolamento daqueles que eram percebidos como grupo de risco e tal isolamento teve impacto em políticas públicas, como a Portaria Nº 2.712, de 12 de novembro de 2013, que proibia homens que tiveram sexo com homens nos últimos doze meses de doarem sangue no Brasil. No fim das contas, a definição dos chamados “grupos de risco” contribuiu para o aumento do estigma e do preconceito (Ayres et al., 2011).

A ideia de vulnerabilidade, que surge em oposição à ideia de “grupo de risco”, busca uma quebra de associação entre grupo, comportamento e adoecimento. Para o panorama da vulnerabilidade, o adoecimento ocorre por meio de uma interação complexa

entre as pessoas que adoecem, o processo de saúde-doença e o contexto social, histórico e político. Ao invés de uma história natural da doença, existe uma história social da doença, que deve ser entendida como produto de fatores biológicos, psicológicos, culturais e econômicos (acesso a serviços de saúde, trabalho e emprego, educação, etc.) (Ayres et al., 2011).

Portanto, dizer que alguém tem vulnerabilidade para a epidemia é dizer que a pessoa tem maior propensão ao adoecimento em razão de fatores sociais e políticos que a tornam vulnerável (Costa, 2015). Essa ideia é compatível com o modelo do estresse de minoria (Meyer, 1995), pois tal autor entende que uma pessoa pode passar a evitar serviços de saúde a partir da vivência do preconceito nas suas diferentes formas. O efeito da discriminação, do estigma e do preconceito que causa a vulnerabilidade foi reportado em estudos empíricos que indicaram que existem barreiras sociais no acesso aos serviços de saúde por meio da população de homens gays, mas especialmente na população de mulheres trans (Costa et al., 2015; Poetat et al., 2015; Socías et al., 2015).

Referências

- Allport, G. (1954). *The nature of prejudice*. Reading: Addison-Wesley.
- Ayres, J. R. C. M., Paiva, V., & França Junior, I. (2011). From natural history of disease to vulnerability: Changing concepts and practices in contemporary public health. In R. Parker, & M. Sommer (Eds.), *Routledge Handbook in Global Public Health* (pp. 98-108). New York: Routledge.
- Baral, S. D., Poteat, T., Stromdahl, S., Wirtz, A. L., Guadamuz, T. E., & Beyrer, C. (2013). Worldwide burden of HIV in transgender women: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Infectious Diseases*, *13*(3), 214–222. doi:10.1016/S1473-3099(12)70315-8
- Bastos, C. (1997). A pesquisa médica, a SIDA e as clivagens da ordem mundial: uma proposta de antropologia da ciência. *Análise Social*, *32*(140), 75-111.
- Benjamin, R. (2019). The CDC Refines Estimates of HIV Among Trans Men & Women [website]. Recuperado de <https://www.poz.com/article/cdc-refines-estimates-hiv-among-trans-men-women>
- Brown, R. (1995). *Prejudice: Its Social Psychology*. Hoboken: Blackwell Publishing.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (1981). MMWR June 5, 1981/30(21);1-3 [website]. Recuperado de https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/june_5.htm
- Chambers, L. A., Rueda, S., Baker, D. N., Wilson, M. G., Deutsch, R., Raeifar, E., ... Team, T. S. R. (2015). Stigma, HIV and health: a qualitative synthesis. *BMC Public Health*, *15*(1). doi:10.1186/s12889-015-2197-0
- Cobb, M., & de Chabert, J. T. (2002). HIV/AIDS and care provider attributions: Who's to blame? *AIDS Care*, *14*(4), 545–548. doi:10.1080/09540120208629672

- Costa, A. B. (2015). *Vulnerabilidade para o HIV em mulheres trans: O papel da psicologia e o acesso à saúde*. (Tese de Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Recuperado de <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/140827>
- Crandall, C. S., & Moriarty, D. (1995). Physical illness stigma and social rejection. *British Journal of Social Psychology*, 34(1), 67–83. doi:10.1111/j.2044-8309.1995.tb01049.x
- Crocker, J., Major, B. C., & Steele, C. (1998). Social Stigma. In S. Fiske, D. Gilbert, & G. Lindzey (Eds.), *Handbook of Social Psychology* (Vol. 2, pp. 504-553). Boston: McGraw-Hill.
- Dela Coleta, J. A. (1982). *Atribuição de causalidade: Teoria e pesquisa*. São Paulo: Editora da Fundação Getúlio Vargas.
- Dela Coleta, J. A., & Dela Coleta, M. F. (2006). *Atribuição de causalidade: Teoria, pesquisa e aplicações*. Taubaté: Cabral Livraria e Editora Universitária.
- Dela Coleta, J. A., & Dela Coleta, M. F. (2011). Conhecendo a si e ao outro: Percepção e atribuição de causalidade. In C. V. Torres, & E. R. Neiva (Orgs.), *Psicologia Social: Principais temas e vertentes* (pp. 134-152). Porto Alegre: Artmed.
- Dlamini, P. S., Wantland, D., Makoae, L. N., Chirwa, M., Kohi, T. W., Greeff, M., ... Holzemer, W. L. (2009). HIV stigma and missed medications in HIV-positive people in five African countries. *AIDS Patient Care and STDs*, 23(5), 377–387. doi:10.1089/apc.2008.0164
- Dooley, P. A. (1995). Perceptions of the onset controllability of AIDS and helping judgments: An attributional analysis. *Journal of Applied Social Psychology*, 25(10), 858-869. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1995.tb02649.x>
- Foucault, M. (1977). *Discipline and punish*. New York: Pantheon.

- Foucault, M. (1978). *The history of sexuality: An introduction* (Vol. 1). New York: Random House.
- Frazão, A. (2018). O que é Linfoma, como identificar os sintomas e tratar [website]. Recuperado de <https://www.tuasaude.com/linfoma/>
- Global information and education on HIV and AIDS (AVERT). (2018). HIV Timeline [website]. Recuperado de <https://timeline.avert.org/>
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of a spoiled identity*. New York: Simon & Schuster.
- Heider, F. (1970). *The psychology of interpersonal relations*. New York: Wiley.
- Herbst, J. H., Jacobs, E. D., Finlayson, T. J., McKleroy, V. S., Neumann, M. S., & Crepaz, N. (2007). Estimating HIV prevalence and risk behaviors of transgender persons in the United States: A systematic review. *AIDS and Behavior*, *12*(1), 1–17. doi:10.1007/s10461-007-9299-3
- Jones, E., Farina, A., Hastorf, A., Markus, H., Miller, D. T., & Scott, R. (1984). *Social stigma: The psychology of marked relationships*. New York: Freeman.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, *27*(1), 363–385. doi:10.1146/annurev.soc.27.1.363
- Logie, C., & Gadalla, T. M. (2009). Meta-analysis of health and demographic correlates of stigma towards people living with HIV. *AIDS Care*, *21*(6), 742–753. doi:10.1080/09540120802511877
- Logie, C., James, L., Tharao, W., & Loutfy, M. (2013). Associations between HIV-related stigma, racial discrimination, gender discrimination, and depression among HIV-positive African, Caribbean, and Black women in Ontario, Canada. *AIDS Patient Care and STDs*, *27*(2), 114–122. doi:10.1089/apc.2012.0296

- Mann, J. (1987, 20 October). Statement at an informal briefing on AIDS to the 42nd Session of the United Nations General Assembly. New York. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/61546/WHO_SPA_INF_87.12.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 38–56. doi:10.2307/2137286
- Myers, D. (2014). *Psicologia social* (10ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- 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. doi:10.1016/s0277-9536(02)00304-0
- Phelan, J., Link, B. G., Dovidio, J. F. (2008). Stigma and prejudice: One animal or two? *Social Science and Medicine*, 67(3), 358–367. doi:10.1016/j.socscimed.2008.03.022
- Poteat, T., Wirtz, A., Radix, A., Borquez, A., Silva-Santisteban, A., . . . Deutsch, M. (2015). HIV risk and preventive interventions in transgender women sex workers. *The Lancet*, 385(9964), 274–286. doi:10.1016/s0140-6736(14)60833-3
- Ministério da Saúde. (2015). *Boletim Epidemiológico AIDS - DST*. Brasília: Autor.
- Ministério da Saúde. (2018). *Boletim Epidemiológico HIV/AIDS*. Brasília: Autor.
- Redação Minuto Saudável. (2017). O que é Pneumocistose, tratamento, sintomas, prevenção e mais [website]. Recuperado de <https://minutosaudavel.com.br/o-que-e-pneumocistose-tratamento-sintomas-prevencao-e-mais/>
- Rueda, S., Mitra, S., Chen, S., Gogolishvili, D., Globberman, J., Chambers, L., . . . Rourke, S. B. (2016). Examining the associations between HIV-related stigma and health outcomes in people living with HIV/AIDS: A series of meta-analyses. *BMJ Open*, 6(7), e011453. doi:10.1136/bmjopen-2016-011453

- Seacat, J. D., Hirschman, R., & Mickelson, K. D. (2007). Attributions of HIV onset controllability, emotional reactions, and helping intentions: Implicit effects of victim sexual orientation. *Journal of Applied Social Psychology, 37*(7), 1442–1461. doi:10.1111/j.1559-1816.2007.00220.x
- Sociás, M., Marshall, B., Arístegui, I., Romero, M., Cahn, P., Kerr, T., & Sued, O. (2014). Factors associated with healthcare avoidance among transgender women in Argentina. *International Journal for Equity in Health, 13*(1), 1–8. doi:10.1186/s12939-014-0081-7
- Thomas, B. E., Rehman, F., Suryanarayanan, D., Josephine, K., Dilip, M., Dorairaj, V. S., & Swaminathan, S. (2005). How stigmatizing is Stigma in the life of people living with HIV: A study on HIV positive individuals from Chennai, South India. *AIDS Care, 17*(7), 795–801. doi:10.1080/09540120500099936
- Varmus, H. (1988). Retroviruses. *Science, 240*(4858), 1427–1435. doi:10.1126/science.3287617
- Vezzosi, J. I. P., Azevedo, F. M., Fava, D. C., Rosa, M., & Alves, C. E. R. (2018). Diversidade sexual e de gênero. In D. C. Fava, M. Rosa, A. D. Oliva (Orgs.), *Orientação para pais: O que é preciso saber para cuidar dos filhos* (pp. 333-355). Belo Horizonte: Artesã.
- World Health Organization. (1979). *Formulating strategies for health for all by the year 2000: Guiding principles and essential issues, document of the Executive Board of the World Health Organization*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (1981). *Global strategy for health for all by the year 2000 (No. 3)*. Geneva: World Health Organization.

2 ESTUDO EMPÍRICO

ORIENTAÇÃO SEXUAL E IDENTIDADE DE GÊNERO: EFEITOS NAS ATRIBUIÇÕES DE CAUSALIDADE PELA INFECÇÃO POR HIV ⁴

Sugestão de título abreviado: ATRIBUIÇÕES DE CAUSALIDADE PELA
INFECÇÃO POR HIV

Autores: Fernando Martins de Azevedo, Damião Soares de Almeida Segundo,
Marina Feijó, Henrique Caetano Nardi & Angelo Brandelli Costa

⁴ Artigo empírico será submetido em português à revista Estudos e Pesquisas em Psicologia (UERJ).

Resumo

A epidemia de HIV/AIDS acomete significativamente a população brasileira. Os homens que fazem sexo com homens (HSH) e as mulheres trans são afetados desproporcionalmente pela epidemia. Evidências indicam maiores atribuições de culpa, controle e responsabilidade para pessoas que se infectam por HIV em situações de sexo desprotegido, especialmente homossexuais. Portanto, o presente estudo experimental buscou testar de que forma estudantes e profissionais da área da saúde atribuem culpa, controle e responsabilidade pela infecção por HIV. A amostra envolveu estudantes e profissionais do município de Porto Alegre. Os participantes do estudo foram alocados randomicamente em seis cenários, que mostravam uma infecção por HIV via sexo desprotegido ou via transfusão de sangue, com a identidade da pessoa da cena variando entre homem heterossexual, homem homossexual e mulher trans. Os resultados indicaram maiores atribuições de controle, culpa e responsabilidade para o homem homossexual e para a mulher trans, somente no cenário sexo.

Palavras-chave: hiv; estigma social; preconceito; psicologia social

SEXUAL ORIENTATION AND GENDER IDENTITY: IMPLICATIONS ON THE
ATTRIBUTIONS OF CAUSALITY FOR HIV INFECTION

Abstract

The HIV/AIDS epidemic is a significant problem in Brazil. Men who have sex with men (MSM) and transgender women are disproportionately affected by the epidemic. Evidence shows that attributions of onset controllability, blame, and responsibility for the HIV infection are higher in cases of unprotected sex and also when the person is homosexual. This article presents the results of an experimental study, which tested the impact of the attributions of onset controllability, blame, and responsibility for the HIV infection when a person is homosexual or transgender. The participants were allocated randomly in six experimental scenarios. The scenarios were about an HIV infection by unprotected sex or by blood transfusion. The infected patient could be a heterosexual man, homosexual man or transgender woman. Our results indicated higher attributions of onset controllability, blame, and responsibility to the homosexual man and to the transgender woman, only in cases of infection by unprotected sex.

Keywords: HIV; social stigma; prejudice; psychology, social

ORIENTACIÓN SEXUAL Y IDENTIDAD DE GÉNERO: EFECTO EN LAS ATRIBUCIONES DE CAUSALIDAD POR INFECCIÓN CON VIH

Resumen

La epidemia de VIH / SIDA acomete significativamente a la población brasileña. Los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y las mujeres transgénero son afectados desproporcionadamente por la epidemia. Evidencias indican mayores atribuciones de culpa, control y responsabilidad para personas que se infectan por el VIH en situaciones de sexo desprotegido, especialmente homosexuales. Este artículo presenta y discute los resultados de un estudio experimental que buscó testar como las personas atribuyen culpa, control y responsabilidad por la infección por VIH. Los participantes fueron asignados al azar en seis escenarios, que mostraban una infección por VIH a través del sexo desprotegido o transfusión de sangre, con la identidad de la persona de la escena que varía entre hombre heterosexual, hombre homosexual y mujer trans. Los resultados indicaron mayores atribuciones de control, culpa y responsabilidad para el hombre homosexual y para la mujer trans, solamente en los escenarios sexo.

Palabras-clave: VIH; estigma social; prejuicio; psicología social

Introdução

A epidemia mundial de HIV/AIDS acomete a população brasileira significativamente. A prevalência de pessoas vivendo com HIV ou AIDS no Brasil é de 0,6% na população geral, 0,8% em homens e 0,4% em mulheres (Ministério da Saúde, 2015). A cidade de Porto Alegre, no entanto, apresentou, no ano de 2017, a maior taxa de detecção de AIDS entre as capitais brasileiras: 60,8 casos para cada 100 mil habitantes. Isso representa mais que o dobro da média estadual e índice três vezes maior do que o nacional (Ministério da Saúde, 2018).

Os homens que fazem sexo com homens (HSH) e as mulheres trans são significativamente afetados pela epidemia. No Brasil, nesses dois grupos, a prevalência de HIV é alta e vem aumentando. O total de casos de HIV notificados entre HSHs passou de 34,9% para 59,4% entre 2004 e 2018 (Ministério da Saúde, 2018). Em Porto Alegre, estima-se que a prevalência de HIV em HSHs que conhecem sua condição sorológica é de 4,1% (Melo, 2006). Ainda, segundo uma meta-análise, as mulheres trans possuem a maior vulnerabilidade para a epidemia, tendo 48,8 vezes mais chances de infecção (Baral et al., 2013). Esse índice é ainda maior em estudo realizado no Rio Grande do Sul, que aponta uma chance 55,55 vezes maior de contrair HIV do que a população geral (Costa et al., 2015).

O preconceito e a discriminação possuem impacto direto na vulnerabilidade desses grupos para a infecção com HIV, seja pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde ou pela vivência direta do preconceito (Poteat et al., 2015). Expresso na forma de atitudes adversas ou hostis em relação a alguém que pertence a um grupo, simplesmente por ela pertencer a esse grupo (Allport, 1954), o preconceito atinge significativamente sujeitos que pertencem a grupos minoritários. Ao sofrerem preconceito em serviços públicos de saúde, por exemplo, homens que fazem sexo com homens (HSH) e mulheres

trans podem passar a evitar tais serviços, devido à expectativa de discriminação (Meyer, 1995). Essa tendência aparece em estudo de Costa et al. (2018), realizado com pessoas trans e em não conformidade de gênero. Nessa amostra, 6,5% dos respondentes disseram que evitavam a testagem de HIV por terem medo de vivenciar preconceito ou discriminação.

Nesse sentido, ao enfrentar essas diversas formas de discriminação e sofrimento, os indivíduos ficam mais vulneráveis ao adoecimento, inclusive por HIV/AIDS. A vulnerabilidade para a infecção está conectada com a situação de isolamento, preconceito e estigma, não advindo diretamente da sexualidade ou gênero das pessoas (Costa, 2015). Uma dessas formas de preconceito envolve o processo de atribuição. Tratam-se de julgamentos realizados sobre si mesmo/a e/ou sobre os/as outros/as, pelos quais buscamos explicações para os acontecimentos cotidianos (McDonell, 1993). As atribuições ocorrem porque as pessoas desejam conhecer a fonte de suas experiências, saber de onde vem e como surgiram, para assim poder controlar eventos futuros (Heider, 1970).

A atribuição acerca do porquê um fenômeno ocorre pode ser chamada de atribuição de causalidade. Quando as pessoas atribuem a causalidade de um fenômeno a forças do ambiente e causas situacionais, pode-se dizer que se trata de atribuição externa. O contrário acontece quando a causalidade de algo é atribuída às características individuais das pessoas, o que se pode chamar de atribuição interna. Portanto, atribuição interna reflete a responsabilidade individual para um evento que poderia ser controlado e a externa indica a responsabilidade do ambiente para um evento que não poderia ser controlado (Nasser, Singhal, & Abouchéid, 2005). Em geral, atribuições também são acompanhadas de uma resposta emocional e comportamental (Weiner, 1995).

Quando se atribui responsabilidade individual (atribuições internas) para a infecção com o vírus HIV, isso tende a implicar em respostas emocionais de raiva e

comportamentos negativos (menor intenção em ajudar). Por outro lado, atribuições externas (quando se atribui responsabilidade ao ambiente), tendem à reações emocionais e comportamentais positivas, como simpatia para com a pessoa. É comum, no caso das infecções por HIV, que atribuições internas sejam feitas nos casos de infecção via sexo desprotegido. Em infecções via transfusão de sangue, costuma-se observar atribuições externas (Mantler, Schellenberg, & Page, 2013). As atribuições, no entanto, não necessariamente têm relação com a explicação real do fenômeno, mas são na verdade um processo no qual, a partir das experiências, um indivíduo busca compreender a causa de um fenômeno (Dela Coleta & Dela Coleta, 2006). A infecção por HIV, por exemplo, é um processo multideterminado cujas causas muitas vezes escapam à percepção dos indivíduos. Logo, é possível que as pessoas façam atribuições internas quando há uma situação de infecção (Seacat, Hirschman, & Mickelson, 2007), sem considerar o fato de que a vulnerabilidade para a epidemia se dá por um conjunto de fatores biológicos, psicológicos, sociais e políticos (Ayres, Paiva, & França Junior, 2011).

Considerando os problemas decorrentes do processo de atribuição, Seacat et al. (2007) realizaram um estudo experimental para medir as atribuições de controle, responsabilidade e culpa de estudantes de psicologia em relação a quatro situações experimentais. Os cenários foram: heterossexual se infecta com HIV numa situação de sexo desprotegido (1), homossexual se infecta com HIV numa situação de sexo desprotegido (2), heterossexual se infecta com HIV numa transfusão de sangue (3) e homossexual se infecta com HIV numa transfusão de sangue (4). Nesse estudo, os participantes atribuíram consideravelmente mais controle, responsabilidade e culpa nos cenários que envolviam sexo desprotegido. Ainda nesses cenários, raiva foi significativamente mais reportada do que simpatia, bem como a intenção de ajudar foi bem menor do que em cenários de infecção via transfusão de sangue. Esse estudo também

analisou o papel da orientação sexual nas atribuições de controle, responsabilidade e culpa. Em ambos os cenários experimentais, participantes atribuíram mais controle, mais culpa e mais responsabilidade aos homossexuais do que aos heterossexuais.

Ademais, existem outros estudos que utilizam esse modelo de atribuição de causalidade, inclusive com outras doenças que não HIV. Em uma revisão sistemática sobre estigma relacionado à obesidade, os resultados indicaram que quando a causa da obesidade é atribuída ao controle pessoal do indivíduo, maior a probabilidade de comportamento estigmatizante (Sikorski et al., 2011). Em outra revisão sistemática, que analisou as atribuições da causalidade sobre doenças cardíacas, foi identificado que a maioria dos pacientes explicavam o seu adoecimento como sendo causado pelo destino e pelo azar. Uma possível explicação para essa atribuição, segundo os autores, seria o desejo dos pacientes de não se sentirem responsáveis pelo adoecimento, visto que quanto mais responsabilidade fosse atribuída a eles, menos os profissionais de saúde estariam dispostos a ajudar (French, Senior, Weinman & Marteau, 2001).

Quando os profissionais de saúde atribuem significativamente mais controle, culpa e responsabilidade para os homossexuais do que para os heterossexuais, isso é acompanhado por maiores reações emocionais de raiva e menor intenção de ajudar (Seacat et al., 2007). As atribuições, reações emocionais de raiva e a menor disposição para ajudar podem acarretar em vivência direta de discriminação, o que pode levar a frequente evitação dos serviços de saúde por parte de usuários homossexuais (Meyer, 1995). A evitação dos serviços de saúde torna essa população vulnerável à epidemia de HIV/AIDS (Costa et al., 2018).

No mesmo sentido, pode-se dizer que as pessoas trans são ainda mais vulnerabilizadas (Safer et al., 2016). Processos de discriminação por parte dos profissionais de saúde causam um impacto significativo no acesso das pessoas trans à

serviços de saúde (Bockting, Robinson, Benner, & Scheltema, 2004). Além de serem extremamente vulnerabilizadas para a epidemia de HIV/AIDS no Brasil, mulheres transexuais são desproporcionalmente afetadas pela epidemia no mundo todo, sendo a taxa de prevalência nessa população cerca de 20% em níveis mundiais (Bural et al., 2013).

Em razão disso, propomos um estudo experimental, em formato semelhante ao realizado por Seacat et al. (2007), porém incluindo cenários com mulheres trans. O objetivo geral desse estudo é identificar mudanças nos processos de atribuição de causalidade pela infecção por HIV em uma amostra de estudantes universitários da área da saúde e profissionais da saúde do município de Porto Alegre. Ainda, busca-se analisar a relação entre as formas de atribuição de causalidade, a intenção de ajudar e as reações emocionais (objetivo específico 1) e também comparar as atribuições de controle, responsabilidade e culpa, as reações emocionais e a intenção de ajudar usuários heterossexuais, homossexuais e mulheres trans em cenários de infecção via transfusão de sangue e de infecção via sexo sem o uso de preservativo (objetivo específico 2).

As hipóteses desse estudo é de que há uma relação direta entre os três tipos de atribuição (culpa, controle e responsabilidade); de que há uma relação inversa entre as reações emocionais (raiva, simpatia); e que a reação de raiva se relaciona diretamente com as atribuições.. Além disso, espera-se que a intenção de ajudar se relacione inversamente com as atribuições e a reação de raiva e diretamente com a simpatia. Ademais, temos a hipótese é de que os participantes irão atribuir, mais culpa, controle e responsabilidade para a usuária trans e para o usuário homossexual em relações ao usuário heterossexual, tanto no cenário sangue quanto no cenário sexo. Espera-se também maiores índices de reações emocionais de raiva, menores de simpatia e menores de intenção de ajudar em relação à usuária trans e ao usuário homossexual em comparação com o usuário heterossexual.

Método

O presente estudo utilizou a vinheta experimental do estudo de Seacat et al. (2007), que foi traduzida para o português brasileiro e adaptada. A vinheta contém uma situação de infecção por HIV. A pessoa da cena é um homem heterossexual, um homem homossexual ou uma mulher trans e a infecção ocorreu necessariamente em uma situação de sexo desprotegido ou via transfusão de sangue. Trata-se, portanto de um estudo experimental de delineamento fatorial 3 x 2. Os seis cenários possíveis são: (1) homem heterossexual, sexo desprotegido, (2) homem heterossexual, transfusão de sangue, (3) homem homossexual, sexo desprotegido, (4) homem homossexual, transfusão de sangue, (5) mulher trans, sexo desprotegido e (6) mulher trans, transfusão de sangue. Os cenários com homem heterossexual podem ser considerados grupo controle enquanto os demais são os grupos experimentais.

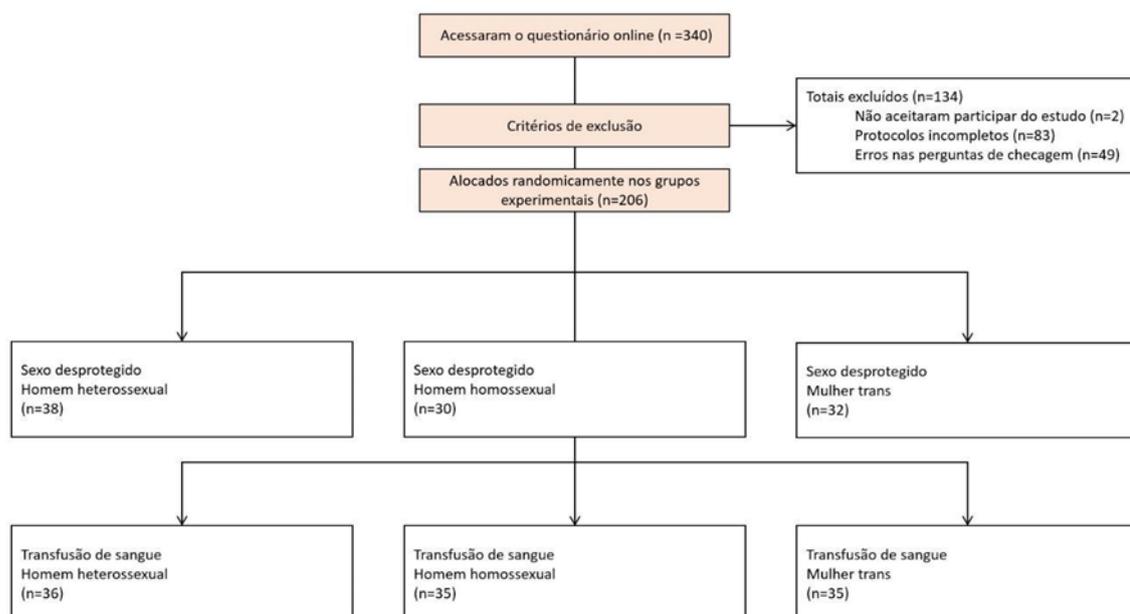
Os participantes foram estudantes de graduação dos cursos de Medicina, Enfermagem e Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e profissionais da saúde do município de Porto Alegre. No caso dos estudantes, a Pró-Reitoria de Graduação da UFRGS, através das suas coordenadorias de curso, disparou e-mails para os estudantes convidando-os para participar. O mesmo foi feito pelas Gerências Distritais da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, aos servidores da área da saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRGS e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (CEP SMSPA). Todos os participantes responderam Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Ao consentir em participar da pesquisa, o participante foi randomicamente alocado em um dos seis cenários experimentais. Após ler a vinheta, os participantes responderam duas perguntas de checagem (para ver se compreenderam a vinheta): “qual

orientação sexual e identidade de gênero da pessoa da cena?” e “como a pessoa da cena se infectou com HIV?”. Participantes que não responderam corretamente essas perguntas foram excluídos da amostra final.

O estudo teve um total de 340 pessoas que acessaram o questionário na plataforma qualtrics e, portanto, eram elegíveis para amostra final. No entanto, duas pessoas foram excluídas por não terem consentido ao estudo (n=2), outras oitenta e três por terem deixado protocolos incompletos (n=83) e quarenta e nove pessoas foram excluídas por não terem respondido corretamente às perguntas de checagem (n=49). Depois de aplicados os critérios de exclusão, a amostra final do estudo chegou a 206 casos (n=206).

Os 206 foram alocados nos seis cenários conforme a Figura 1:



Após a leitura da vinheta e a resposta da pergunta de checagem, os participantes responderam aos instrumentos. Foram utilizadas medidas sociodemográficas, uma escala de atribuições de culpa, responsabilidade e controle, outra escala de reações emocionais (raiva/simpatia) e uma escala de intenção de ajudar.

Medidas

Sociodemográficas. Os participantes responderam a perguntas sociodemográficas sobre: gênero, idade, orientação sexual, profissão e religiosidade. Os dados sociodemográficos do estudo estão demonstrados na Tabela 1.

Tabela 1.

Características sociodemográficas da amostra.

	n	%
<i>Profissional ou Estudante*</i>		
Profissional da área	31	15
Estudante de graduação	182	88,35
<i>Gênero</i>		
Mulher	180	87,38
Homem	26	12,62
<i>Orientação sexual</i>		
Heterossexual	140	67,96
Homossexual	18	8,74
Bissexual	40	19,42
Não sabe	3	1,46
Outra	5	2,43
<i>Religião</i>		
Possui religião	95	46,12
Não possui religião	111	53,88

*Múltiplas respostas

Atribuição de controle, culpa e responsabilidade. A escala que mediu as atribuições que os participantes fizeram em relação à vinheta possuía um total de 13 itens (e.g. “A pessoa da cena é responsável pelo seu adoecimento”; Mantler et al., 2003), respondidos por meio de uma escala Likert de cinco pontos. As respostas podiam variar entre “concordo totalmente” e “discordo totalmente”. Os itens avaliam o quanto o participante atribuiu à pessoa da cena responsabilidade para o adoecimento, possibilidade de controle, e culpabilização pelo adoecimento. O estudo de Seacat et al. (2007) avaliou a consistência de cada uma das subescalas e encontrou alfas aceitáveis: responsabilidade, $\alpha=0,91$; controle, $\alpha=0,88$; e culpa, $\alpha=0,84$.

Reações emocionais. Também desenvolvido por Mantler et al. (2003), a escala sobre reações emocionais possui oito itens. Desses, quatro correspondem a quanto o participante sente raiva da pessoa da cena (e.g. “Eu sinto raiva da pessoa da cena”) e outros quatro a quanto sentem de simpatia (e. g. “Eu sinto compaixão pela pessoa da cena”). Sendo respondidos por meio de escala Likert de 5 pontos. As respostas podiam variar entre “concordo totalmente” e “discordo totalmente”. Esta escala possui consistência interna aceitável, $\alpha=0,71$ (Seacat et al., 2007)

Intenção de ajudar. A intenção de ajudar o/a usuário/a foi avaliada por uma escala desenvolvida por Dooley (1995) que contém 10 itens (e.g. “Ajudaria a pessoa da cena a caminhar”, “Iria à farmácia pegar uma receita para a pessoa da cena”) que avaliam especificamente a intenção de ajudar pessoas vivendo com HIV ou AIDS (PVHA) por meio de uma escala Likert de cinco pontos. As respostas podiam variar entre “concordo totalmente” e “discordo totalmente”. A escala possui consistência interna de $\alpha=0,88$ (Seacat et al., 2007).

Análise dos dados

Para alcançar o primeiro objetivo específico foi realizada uma correlação linear para identificar a relação entre as atribuições de causalidade (culpa, controle e responsabilidade), as reações emocionais (raiva e simpatia) e a intenção de ajudar. Posteriormente, para alcançar o segundo objetivo específico, foram realizadas ANOVAs para comparar as variáveis entre os diferentes grupos identitários (homem homossexual, mulher trans, homem heterossexual) para os distintos cenários de infecção (sexo desprotegido e transfusão de sangue).

Resultados

A Tabela 2 traz os resultados da correlação entre as atribuições de causalidade (controle, culpa e responsabilidade), intenção de ajudar e reações emocionais (raiva,

simpatia). Percebe-se que houve correlação significativa entre as atribuições de: culpa e controle, responsabilidade e controle, responsabilidade e culpa, intenção de ajudar e controle, raiva e controle, raiva e culpa, raiva e responsabilidade, simpatia e controle, simpatia e culpa, simpatia e responsabilidade e simpatia e intenção de ajudar. Não foi encontrada relação significativa entre as variáveis intenção de ajudar e culpa, intenção de ajudar e responsabilidade, raiva e intenção de ajudar e entre simpatia e raiva.

Tabela 2.

Correlação entre atribuições de causalidade, intenção de ajudar e reações emocionais.

Medida	1	2	3	4	5	6
1. Controle	-					
2. Culpa	0,81*	-				
3. Responsabilidade	0,88*	0,82*	-			
4. Intenção de ajudar	0,002	-0,09	-0,06	-		
5. Raiva	0,23*	0,29*	0,19*	0,05	-	
6. Simpatia	-0,35*	-0,42*	-0,37*	-0,19*	-0,11	-

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Os resultados das ANOVAs são apresentados nas tabelas 3 e 4. No cenário sangue, perceber-se que houve uma diferença estatisticamente significativa apenas na variável responsabilidade.

Tabela 3.

ANOVA comparando atribuições de causalidade, intenção de ajudar e reações emocionais para os grupos heterossexual, homossexual e transexual no cenário sangue.

	Heterossexual		Homossexual		Transexual		F
	M	SD	M	SD	M	SD	
Controle	18,16	2,70	17,97	3,09	18,61	2,38	0,50
Culpa	19,16	1,79	18,71	2,12	19,70	1,11	2,82
Responsabilidade	19,27	1,48	17,80	2,93	19,35	1,51	6,12*
Intenção de ajudar	14,44	7,51	15,22	7,56	12,85	4,11	1,14
Raiva	17,50	2,64	17,14	2,64	17,23	2,78	0,16
Simpatia	5,27	1,75	5,82	2,3	4,85	1,95	2,03

* $p < 0,01$ ** $p < 0,05$

Tabela 4.

ANOVA comparando atribuições de causalidade, intenção de ajudar e reações emocionais para os grupos heterossexual, homossexual e transexual no cenário sexo.

	Heterossexual		Homossexual		Transexual		F
	M	SD	M	SD	M	SD	

Controle	6,34	2,31	8,26	2,87	8,87	3,50	7,38*
Culpa	10,81	3,08	13,80	3,49	13,48	4,28	7,19*
Responsabilidade	8,31	2,57	10,40	3,22	10,12	3,80	4,37**
Intenção de ajudar	14,63	7,53	13,50	6,74	14,00	6,59	0,22
Raiva	15,81	3,44	16,73	3,18	16,63	3,19	0,82
Simpatia	7,50	2,65	5,96	2,14	6,33	2,28	3,90**

* $p < 0,01$ ** $p < 0,05$

Em razão do resultado dessa ANOVA, foram realizados testes post-hoc Tuckey HSD para a variável responsabilidade no cenário sangue; o grupo Homossexual ($M=17,80$, $SD=2,93$) se diferenciou significativamente do Heterossexual ($M=19,27$, $SD=1,48$; $p < 0,01$) e do Transsexual ($M=19,35$, $SD=1,51$; $p < 0,01$).

Por fim, no cenário sexo desprotegido, todas as variáveis tiveram diferenças estatisticamente significativa com exceção da raiva e da intenção de ajudar. Testes post-hoc Tuckey HSD indicaram diferenças significativas entre o grupo Heterossexual e o Homossexual para controle ($M=6,24$, $SD=2,31$; $M=8,26$, $SD=2,87$; $p < 0,05$), culpa ($M=10,81$, $SD=3,08$; $M=13,80$, $SD=3,49$; $p < 0,01$), responsabilidade ($M=8,31$, $SD=2,57$; $M=10,40$, $SD=3,22$; $p < 0,05$) e simpatia ($M=7,50$, $SD=2,65$; $M=5,96$, $SD=2,14$; $p < 0,05$); e entre o grupo Heterossexual e o Transsexual para controle ($M=6,34$, $SD=2,31$; $M=8,87$, $SD=3,50$; $p < 0,001$), culpa ($M=10,81$, $SD=3,08$; $M=13,48$, $SD=4,28$; $p < 0,01$) e responsabilidade ($M=8,31$, $SD=2,57$; $M=10,12$, $SD=3,80$; $p < 0,05$).

Discussão

Conforme já apontado em alguns estudos internacionais (Seacat et al., 2007; Cobb & De Chabert, 2002), foi possível perceber, uma relação significativa, direta e forte entre as atribuições de culpa, controle e responsabilidade. Por exemplo, o estudo experimental de Cobb e De Chabert (2002), era semelhante ao presente estudo, porém com vinheta única, onde variava somente o gênero da pessoa da cena. Na vinheta, foi apresentado aos participantes uma situação em que uma pessoa chegava ao serviço de saúde para assistir

uma aula sobre HIV/AIDS e fazer o teste de HIV, após ordem judicial. Era descrito ainda que essa pessoa havia se engajado em uma série de comportamentos que poderiam tê-la exposta à infecção. Por fim, era relatado que a pessoa havia solicitado ajuda a um profissional de saúde para encontrar moradia, tratar o seu uso de drogas e reduzir os seus comportamentos de risco para infecção. Diante desse cenário, os participantes do estudo apresentaram índices elevados de atribuição de culpa e responsabilidade, bem como elevado índice de raiva e menores intenções de ajudar, todas as variáveis tiveram correlação significativa.

Outro resultado importante a se destacar foi a relação significativa entre todas as atribuições e as reações emocionais de raiva e simpatia, de forma semelhante ao que indicou o estudo de Dooley (1995). Esse autor utilizou cinco cenários experimentais onde um homem descobria estar com AIDS. As formas de infecção eram: infecção por transfusão de sangue (1), infecção por sexo desprotegido numa relação heterossexual (2), infecção por sexo desprotegido com parceiro homossexual (3), uso de drogas injetáveis (4) ou nenhuma causa indicada (5). Após a leitura da vinheta, os participantes responderam questionários semelhantes aos utilizados no presente estudo. A autora relatou que a atribuição de controle foi menor no cenário sangue, resultado que também encontramos. A resposta emocional de raiva no estudo de Dooley (1995) foi significativamente maior nos cenários de infecção por sexo desprotegido (hetero ou homossexual), no cenário de infecção por uso de drogas injetáveis e no cenário sem causa específica. O cenário de infecção via transfusão de sangue recebeu menores índices de raiva e maior índices de simpatia.

Os resultados do presente estudo diferem dos resultados de Dooley (1995) no que diz respeito ao tipo de parceiro sexual, posto que as nossas análises indicaram que houve maior atribuição de culpa, responsabilidade e controle ao homem homossexual e à mulher

trans. No entanto, o resultado tem um aspecto similar. Dooley (1995) não encontrou mudanças significativas na intenção de ajudar, da forma como Seacat et al. (2007) encontrou. Mesmo com a resposta emocional de raiva elevada, a amostra analisada por Dooley (1995) não teve a intenção de ajudar afetada por isso. O presente estudo achou resultado semelhante, posto que intenção de ajudar não teve resultado significativo em nenhum dos cenários.

Ademais, vale ressaltar que as diferenças encontradas na forma como as pessoas atribuem controle, culpa e responsabilidade foram significativas apenas no cenário de sexo. No cenário sangue não se pode dizer que existe essa relação. O mesmo pode ser dito sobre a reação emocional de simpatia. Em suma, no cenário onde há infecção por meio de sexo desprotegido, as pessoas atribuem mais culpa, responsabilidade e controle à mulher trans e ao homem homossexual, ao mesmo tempo que desenvolvem mais simpatia pela pessoa heterossexual. No entanto, os resultados apresentados nesse artigo diferem de Seacat et al. (2007), que encontrou mudanças significativas na raiva e na intenção de ajudar. Esse resultado indica que apesar dos profissionais da saúde terem um viés de atribuição mais negativo em relação à população LGBT, procuram ajudar a todos da mesma forma.

No entanto, esse viés cognitivo e atribucional é perigoso no contexto da saúde pois pode implicar em discriminação, mesmo que seja em expressões sutis. Por mais que a intenção de ajudar dos profissionais não tenha sido significativamente afetada, o viés dos profissionais de atribuírem mais culpa, controle e responsabilidade aos indivíduos trans e gays pode fazer com que as pessoas sintam que estão em ambiente de estigma e preconceito nos serviços de saúde. Ademais, é possível que discursos carregados de preconceito e estigma sejam internalizados por aqueles que estão no serviço. Essa tendência foi encontrada em um estudo qualitativo realizado por Hamman, Pizzinato,

Weber e Rocha (2017), que identificou nas falas dos usuários de um serviço de HIV/AIDS a presença de asserções com a presença de preconceito. Uma delas veio diretamente de um participante gay, que fez uma associação direta entre o fato de ser gay e engajar-se em sexo desprotegido.

A vivência do estigma relacionado ao HIV/AIDS é, segundo a literatura, algo que a aumenta a chance de desenvolvimento de uma série de desfechos negativos em saúde, incluindo: depressão, aumento do estresse emocional, ansiedade, menor índice de qualidade de vida, piores desfechos de saúde física, menos apoio social e maior índice de sexo desprotegido (Rueda et al., 2015). O preconceito, segundo Meyer (1995) pode levar à uma expectativa de discriminação, que pode fazer com que homens homossexuais e mulheres trans, pensando na amostra desse estudo, procurem menos os serviços de saúde. Ainda, existe evidência de que esse ambiente de estigma e de preconceito também possui impacto na adesão ao tratamento em pacientes que vivem com HIV (Katz et al., 2013).

Portanto, os dados nos fazem concluir que os profissionais de saúde (já formados) e os estudantes de graduação dos cursos da área possivelmente não estão sendo treinados adequadamente sobre as questões de gênero e sexualidade, posto que apresentam um viés negativo de atribuição para pacientes não-heterossexuais. Há de se afirmar, ainda, a possibilidade de não terem conhecimento sobre HIV/AIDS e sobre as possíveis consequências negativas que a vivência do estigma e do preconceito representam.

Por fim, ressalta-se que esse estudo possui limitações. Os profissionais da saúde e os estudantes de graduação que fizeram parte da amostra eram apenas dos cursos de Medicina, Enfermagem, Odontologia, Psicologia e Educação Física, sendo que a maioria eram de Enfermagem ou Psicologia. São necessários estudos com amostras maiores, que contenham profissionais de todas as áreas, incluindo Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Nutrição e outras áreas da saúde que a nossa amostra não contempla. Ademais, a amostra

era composta majoritariamente por mulheres (87,38%). No entanto, pode-se dizer que existe uma forte realidade de feminização das profissões da saúde (Matos, Toassi, & De Oliveira, 2013).

Considerações finais

Os resultados apontaram a existência de uma relação entre as atribuições de causalidade e as reações emocionais, mas sem afetar diretamente a intenção de ajudar. Apesar disso, tais atribuições e reações acabam impactando o acesso a cuidados de saúde de gays e trans devido a processos sutis de exclusão e discriminação. Além disso, no cenário sexo, ocorreram maiores atribuições de controle, culpa e responsabilidade para o homem homossexual e para a mulher trans, indicando que há um viés negativo de atribuição para indivíduos gays e trans.

Levando em consideração os dados que foram apresentados nesse estudo, conclui-se que ainda há muito que se avançar em termos de superação de preconceito e estigma relacionado ao HIV/AIDS no Brasil. A maior atribuição de culpa, controle e responsabilidade aos homens homossexuais e às mulheres trans também indica que estamos longe de alcançar pacificação dos preconceitos contra diversidade sexual e de gênero. Ademais, a presença de preconceito que foi detectada nesse estudo foi entre profissionais da saúde, um segmento específico da população. Possivelmente, se estudos como esse fossem ampliados para a população geral, talvez os dados fossem ainda mais alarmantes.

Portanto, para que possa ocorrer a superação dos preconceitos relacionados à orientação sexual e à identidade de gênero, bem como a eliminação do estigma relacionado ao HIV/AIDS, sugere-se que os cursos de graduação das áreas da saúde incluam em seus currículos a temática de HIV/AIDS, bem como a temática de diversidade sexual e de gênero. Ainda, são necessárias políticas públicas e ações de Estado que

possam reduzir o estigma e o preconceito, para que possamos ter uma melhora nesse cenário.

Referências

- Allport, G. (1954). *The nature of prejudice*. Reading: Addison-Wesley.
- Baral, S. D., Poteat, T., Stromdahl, S., Wirtz, A. L., Guadamuz, T. E., & Beyrer, C. (2013). Worldwide burden of HIV in transgender women: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Infectious Diseases*, *13*(3), 214–222. doi:10.1016/S1473-3099(12)70315-8
- Bockting, W., Robinson, B., Benner, A., & Scheltema, K. (2004). Patient satisfaction with transgender health services. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *30*(4), 277–294. doi:10.1080/00926230490422467
- Costa, A. B. (2015). *Vulnerabilidade para o HIV em mulheres trans: O papel da psicologia e o acesso à saúde*. (Tese de Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Recuperado de <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/140827>
- Costa, A. B., Almeida, W. D., Bandeira, D. R., & Nardi, H. C. (2016). Validation study of the Revised Version of the Scale of Prejudice Against Sexual and Gender Diversity in Brazil. *Journal of Homosexuality*, *63*(11), 1446–1463. doi:10.1080/00918369.2016.1222829
- Costa, A. B., Bandeira, D. R., & Nardi, H. C. (2015). Avaliação do preconceito contra diversidade sexual e de gênero: Construção de um instrumento. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, *32*(2), 163–172. doi:10.1590/0103-166X2015000200002
- Costa, A. B., da Rosa Filho, H. T., Pase, P. F., Fontanari, A. M. V., Catelan, R. F., Mueller, A., ... Koller, S. H. (2016). Healthcare Needs of and Access Barriers for

- Brazilian Transgender and Gender Diverse People. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 20(1), 115–123. doi:10.1007/s10903-016-0527-7
- Costa, A. B., Fontanari, A. M. V., Jacinto, M. M., da Silva, D. C., Lorencetti, E. K., da Rosa Filho, H. T., . . . Lobato, M. I. R. (2015). Population-based HIV prevalence and associated factors in male-to-female transsexuals from Southern Brazil. *Archives of Sexual Behavior*, 44(2), 521–524. doi:10.1007/s10508-014-0386-z
- Costa, A. B., Fontanari, A. M. V., Catelan, R. F., Schwarz, K., Stucky, J. L., da Rosa Filho, H. T., Pase, P. F., Gagliotti, D. A. M., Saadeh, A., Lobato, M. I. R., Nardi, H. C., Koller, S. H. (2018). HIV-Related Healthcare Needs and Access Barriers for Brazilian Transgender and Gender Diverse People. *AIDS and Behavior*, 22(8), 2534–2542. doi:10.1007/s10461-017-2021-1.
- Dela Coleta, J. A., & Dela Coleta, M. F. (2006). *Atribuição de causalidade: Teoria, pesquisa e aplicações*. Taubaté: Cabral Livraria e Editora Universitária.
- Hamman, C., Pizzinato, A., Weber, J. L. A., & Rocha, K. B. (2017). Narrativas sobre risco e culpa entre usuários e usuárias de um serviço especializado em infecções por HIV: implicações para o cuidado em saúde sexual. *Saúde e Sociedade*, 26(3), 651–663. doi:10.1590/s0104-12902017170669
- Heider, F. (1970). *The psychology of interpersonal relations*. New York: Wiley.
- Mantler, J., Schellenberg, E. G., & Page, J. S. (2003). Attributions for serious illness: Are controllability, responsibility and blame different constructs? *Canadian Journal of Behavioural Science*, 35(2), 142–152. doi:10.1037/h0087196
- Matos, I. B., Toassi, R. F. C., & de Oliveira, M. C. (2013). Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: tendências e implicações. *Athenea digital*, 13(2), 239–244.

- McDonnell, J. R. (1993). Judgments of personal responsibility for HIV infection: An attributional analysis. *Social Work, 38*(4), 403–410. doi:10.1093/sw/38.4.403
- Melo, L. N. (2006). *Perfil de comportamento de risco para HIV/DST em homens que fazem sexo com homens (HSH) a partir do uso da técnica de amostragem Time Space Sampling (TSS)*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Recuperado de <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/26124>
- Ministério da Saúde. (2015). *Boletim Epidemiológico AIDS - DST*. Brasília: Autor.
- Ministério da Saúde. (2018). *Boletim Epidemiológico HIV/AIDS*. Brasília: Autor.
- Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior, 36*(1), 38–56. <https://doi.org/10.2307/2137286>
- Nasser, R., Singhal, S., & Abouchedid, K. (2005). Causal attributions for poverty among Indian youth. *Current Research in Social Psychology, 11*(1), 1–13.
- Poteat, T., Wirtz, A., Radix, A., Borquez, A., Silva-Santisteban, A., . . . Deutsch, M. (2015). HIV risk and preventive interventions in transgender women sex workers. *The Lancet, 385*(9964), 274–286. doi:10.1016/s0140-6736(14)60833-3
- Rueda, S., Mitra, S., Chen, S., Gogolishvili, D., Globerman, J., Chambers, L., . . . Rourke, S. B. (2016). Examining the associations between HIV-related stigma and health outcomes in people living with HIV/AIDS: A series of meta-analyses. *BMJ Open, 6*(7), e011453. doi:10.1136/bmjopen-2016-011453
- Safer, J. D., Coleman, E., Feldman, J., Garofalo, R., Hembree, W., Radix, A., & Sevelius, J. (2016). Barriers to health care for transgender individuals. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity, 23*(2), 168–171. doi:10.1097/MED.0000000000000227

- Seacat, J. D., Hirschman, R., & Mickelson, K. D. (2007). Attributions of HIV onset controllability, emotional reactions, and helping intentions: Implicit effects of victim sexual orientation. *Journal of Applied Social Psychology, 37*(7), 1442–1461. doi:10.1111/j.1559-1816.2007.00220.x
- Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (2012). *Boletim Epidemiológico*. Porto Alegre: Autor. Recuperado de http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu_doc/boletim_48_mai_2012-versao_final.pdf
- Socias, M., Marshall, B., Arístegui, I., Romero, M., Cahn, P., Kerr, T., & Sued, O. (2014). Factors associated with healthcare avoidance among transgender women in Argentina. *International Journal for Equity in Health, 13*(1), 1–8. doi:10.1186/s12939-014-0081-7
- Weiner, B. (1995). *Judgments of responsibility*. New York: Guilford Press.

ANEXO 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “ATRIBUIÇÃO DE CONTROLE, RESPONSABILIDADE E CULPA PELA INFECÇÃO POR HIV: REAÇÕES EMOCIONAIS, INTENÇÃO DE AJUDAR E EFEITO DA ORIENTAÇÃO SEXUAL E IDENTIDADE DE GÊNERO”, coordenada pelo pesquisador Prof. Dr. Angelo Brandelli Costa, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS e pelo pesquisador Prof. Dr. Henrique Caetano Nardi do Programa de Pós Graduação em Psicologia Social e Institucional da UFRGS, que tem por objetivo a avaliação do acesso a saúde de homens que fazem sexo com outros homens (HSHs) e mulheres trans que vivem com HIV/AIDS a partir do modelo das atribuições e, de que forma, a discriminação no contexto da saúde impacta no padrão de acesso aos cuidados relativos ao HIV/Aids nestes usuários. Para tanto é necessário que você preencha os questionários, com duração aproximada de 30 minutos.

A participação nesse estudo é voluntária, e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo. Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo(a), assim como dados que permitam identificar seu local de trabalho. O maior desconforto para você será o tempo para responder o instrumento. O benefício será o de contribuir para o desenvolvimento de um estudo científico.

Eu fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informações a respeito da pesquisa e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participação se assim eu o desejar. Quaisquer dúvidas relativas a esta pesquisa poderão ser esclarecidas pelos pesquisadores responsáveis Henrique Caetano Nardi ou Angelo Brandelli Costa , fone (51) (984054408), ou pela entidade responsável, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS, localizado na Rua Ramiro Barcelos, 2600 , Porto Alegre – RS, Cep 90035-003, Fone: (51)3308- 5698. Email: cep-psico@ufrgs.br.

Estou de acordo e concordo em participar da pesquisa

Não estou de acordo e não concordo em participar da pesquisa

ANEXO 2 – Instrumento sociodemográfico

Q2.1 Você é profissional de saúde ou estudante de graduação da área da saúde?

- Profissional de saúde (1)
- Estudante de graduação da área da saúde (2)
- Nem profissional, nem estudante da área da saúde (3)

Q2.2 Qual sua idade?

Exibir esta pergunta:

Se você é profissional de saúde ou estudante de graduação da área da saúde? Profissional de saúde está selecionado

Q2.3 Qual a sua profissão?

Exibir esta pergunta:

Se você é profissional de saúde ou estudante de graduação da área da saúde? Estudante de graduação da área da saúde está selecionado

Q2.4 Qual o seu semestre?

Exibir esta pergunta:

Se você é profissional de saúde ou estudante de graduação da área da saúde? Estudante de graduação da área da saúde está selecionado

Q2.5 Qual seu curso?

Exibir esta pergunta:

Se você é profissional de saúde ou estudante de graduação da área da saúde? Estudante de graduação da área da saúde não está selecionado

Q2.11 Neste momento, qual etapa do processo escolar você COMPLETOU?

- Nenhuma (1)
- Ensino Fundamental (1º grau) (2)
- Ensino Médio (2º grau) (3)
- Ensino Superior (Faculdade) (4)
- Pós-Graduação (5)

Exibir esta pergunta:

Se você é profissional de saúde ou estudante de graduação da área da saúde? Profissional de saúde está selecionado

Q2.6 Qual o âmbito da sua de atuação?

- Atenção Primária à Saúde (1)
- Serviços de Pronto Atendimento (2)
- Atenção Especializada (3)

Exibir esta pergunta:

Se você é profissional de saúde ou estudante de graduação da área da saúde? Profissional de saúde está selecionado

Q2.7 Quais suas áreas de atuação principais?

- Assistência (1)
- Gestão (2)
- Educação (3)
- Outra (4) _____

Q2.8 Ao nascer você foi registrado como...

- Mulher (1)
- Homem (2)

Q2.9 Qual das alternativas a seguir descreve melhor sua atual identidade de gênero?

- Mulher (1)
- Mulher Transexual (2)
- Homem (3)
- Homem Transexual (4)
- Travesti (5)
- Outro, por favor especificar: (6) _____

Q2.10 Qual sua orientação sexual?

- Heterossexual (1)
- Homossexual (2)
- Bissexual (3)

- Não sei (4)
 Outro, por favor especificar: (5) _____

Q2.12 Você possui religião?

- Sim (1)
 Não (Nenhuma ou Ateísmo) (2)

Exibir esta pergunta:

Se você possui religião? Sim está selecionado

Q2.13 Pertence a qual religião?

- Católica (1)
 Espírita ou Kardecista (2)
 Afro-brasileira (Candomblé, Umbanda, Batuque ou outra) (3)
 Pentecostal (Assembleia de Deus, Igreja Universal do Reino de Deus, Congregação Cristã no Brasil, Igreja do Evangelho Quadrangular ou outra) (4)
 Protestante (Adventista, Anglicana, Batista, Luterana, Presbiteriana, Metodista ou outra) (5)
 Asiática-oriental (Budista, Hinduísta, Hare Krishina ou outra) (6)
 Judaica (7)
 Muçulmana (8)
 Mórmon (Igreja de Jesus Cristo dos Últimos Dias) (9)
 Pagãs ou Neo-pagãs (Xamanismo, Bruxaria, Wicca ou outra) (10)
 Acredito em deus ou semelhante, mas não tenho uma religião (11)
 Outra, por favor especificar: (12) _____

Exibir esta pergunta:

Se você possui religião? Sim está selecionado

Q2.14 Qual a sua participação religiosa atual?

- Muito praticante (1)
 Pouco praticante (2)
 Nada praticante (3)

Exibir esta pergunta:

Se você possui religião? Sim está selecionado

Q2.15 Você diria que suas crenças e valores religiosos influenciam na sua vida profissional?

() Sim, de que forma? (1) _____

() Não (2)

ANEXO 3 – Instrumento de checagem

Q4.1 Qual é a orientação sexual/identidade de gênero do protagonista da cena que você acabou de ler?

- Homem heterossexual (1)
- Homem homossexual (2)
- Mulher transexual (3)
- Homem transexual (4)
- Não sei (5)

Q4.2 Como o protagonista da cena que você acabou de ler se infectou pelo HIV?

- Transfusão de Sangue (1)
- Sexo sem preservativo (2)
- Transmissão de mãe para filho (3)
- Não sei (4)

ANEXO 4 – Instrumento sobre emoções

Q5.1 Tendo em vista a cena apresentada anteriormente, responda as perguntas abaixo sobre o seu sentimento:

1 = concordo totalmente / 2 = concordo parcialmente / 3 = nem concordo nem discordo / 4 = discordo parcialmente / 5 = discordo totalmente

Eu não me sinto irritada/o com a pessoa da cena (1)	1	2	3	4	5
Eu sinto raiva da pessoa da cena (2)	1	2	3	4	5
Eu não fico ressentida/o pela pessoa da cena (3)	1	2	3	4	5
Eu me sinto aborrecida/o com a pessoa da cena (4)	1	2	3	4	5
Eu sinto compaixão pela pessoa da cena (5)	1	2	3	4	5
Eu não tenho afeição pela pessoa da cena (6)	1	2	3	4	5
Eu sinto pena da pessoa da cena (7)	1	2	3	4	5
Eu não me importo com a pessoa da cena (8)	1	2	3	4	5

ANEXO 5 – Instrumento sobre atribuições

Q5.2 Tendo em vista a cena apresentada anteriormente, responda as perguntas abaixo:

1 = concordo totalmente / 2 = concordo parcialmente / 3 = nem concordo nem discordo / 4 = discordo parcialmente / 5 = discordo totalmente

A pessoa da cena não deveria se sentir culpada por estar doente (1)	1	2	3	4	5
Foi algo que a pessoa da cena fez que causou a doença (2)	1	2	3	4	5
A pessoa da cena não poderia ter impedido seu adoecimento (3)	1	2	3	4	5
A pessoa da cena não tinha controle sobre a causa do adoecimento (4)	1	2	3	4	5
A pessoa da cena é responsável pelo seu adoecimento (5)	1	2	3	4	5
O adoecimento da pessoa da cena não é resultado de sua própria negligência (6)	1	2	3	4	5
A pessoa da cena não deveria ser responsabilizada pelo seu adoecimento (7)	1	2	3	4	5
A pessoa da cena é culpada por seu adoecimento (8)	1	2	3	4	5
É por sua própria culpa que a pessoa da cena está doente (9)	1	2	3	4	5
A pessoa da cena não merece o que aconteceu com ela (10)	1	2	3	4	5
A pessoa da cena não deveria se sentir culpada por estar doente (11)	1	2	3	4	5
A pessoa da cena é responsável pelo seu adoecimento (12)	1	2	3	4	5
O adoecimento da pessoa da cena estava sobre seu controle pessoal (13)	1	2	3	4	5

ANEXO 6 – Instrumento sobre intenção de ajudar

Q5.3 Tendo em vista a cena apresentada anteriormente, responda as perguntas abaixo sobre o quanto você estaria disposto de realizar cada uma das as ações descritas.

1 = concordo totalmente / 2 = concordo parcialmente / 3 = nem concordo nem discordo / 4 = discordo parcialmente / 5 = discordo totalmente					
Ajudaria a pessoa da cena a caminhar (1)	1	2	3	4	5
Iria à farmácia pegar uma receita para a pessoa da cena (2)	1	2	3	4	5
Ligaria para o serviço de atendimento ao HIV/AIDS para obter informações para a pessoa da cena (3)	1	2	3	4	5
Traria comida para a pessoa da cena (4)	1	2	3	4	5
Acompanharia a pessoa da cena a um serviço de saúde (5)	1	2	3	4	5
Ajudaria a pessoa da cena a lavar suas roupas (6)	1	2	3	4	5
Acompanharia a pessoa da cena a um grupo de apoio para pessoas com HIV/AIDS (7)	1	2	3	4	5
Ajudaria a dar refeições ou na alimentação da pessoa da cena (8)	1	2	3	4	5
Ajudaria a pessoa da cena a trocar suas roupas de cama (9)	1	2	3	4	5
Não ajudaria a pessoa da cena (10)	1	2	3	4	5

ANEXO 7 – Parecer da comissão científica



SIPESQ

Sistema de Pesquisas da PUCRS

Código SIPESQ: 7787

Porto Alegre, 22 de dezembro de 2016.

Prezado(a) Pesquisador(a),

A Comissão Científica da ESCOLA DE HUMANIDADES da PUCRS apreciou e aprovou o Projeto de Pesquisa "Atribuição de controle, responsabilidade e culpa pela infecção por HIV: reações emocionais, intenção de ajudar e efeito da orientação sexual e identidade de gênero.". Este projeto necessita da apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Toda a documentação anexa deve ser idêntica à documentação enviada ao CEP, juntamente com o Documento Unificado gerado pelo SIPESQ.

Atenciosamente,

Comissão Científica da ESCOLA DE HUMANIDADES

ANEXO 8 – Parecer consubstanciado do CEP

UFRGS - INSTITUTO DE
PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Atribuição de controle, responsabilidade e culpa pela infecção por HIV: reações emocionais, intenção de ajudar e efeito da orientação sexual e identidade de gênero.

Pesquisador: Henrique Caetano Nardi

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 61999816.9.1001.5334

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFRGS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.273.967

Apresentação do Projeto:

Trata-se de submissão de uma emenda a projeto aprovado anteriormente por este CEP. A emenda em apreço trata exclusivamente da submissão para o encaminhamento ao comitê de ética da prefeitura de Porto Alegre, sendo que o projeto de pesquisa permanece sem alterações. A seguir são copiados os dados da apreciação original. Considerando a necessidade de maiores estudos para a compreensão dos determinantes psicossociais da epidemia de HIV/Aids em populações vulneráveis no contexto da cidade de Porto Alegre, o projeto pretende compreender de que forma os profissionais de saúde manifestam o preconceito em relação a homens que fazem sexo com homens (HSHs) e mulheres trans vivendo com HIV/Aids a partir do modelo das atribuições, e entender de que forma a discriminação no contexto da saúde impacta no padrão de acesso aos cuidados relativos ao HIV/Aids em usuários/as HSHs e mulheres trans. O projeto compreende dois estudos com coleta de dados online.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos do estudo 1 são identificar mudanças na atribuição de controle, responsabilidade e culpa, reações emocionais (raiva/simpatia) e intenção de ajudar; usuários heterossexuais, homossexuais e mulheres trans infectados por HIV em cenários de baixa (transfusão de sangue) e alta (sexo sem o uso de preservativo)

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: 2.273.967

controlabilidade para a contaminação; identificar o papel do preconceito contra diversidade sexual e de gênero no processo de atribuição; e identificar o conhecimento dos profissionais de saúde e alunos de graduação a respeito de políticas e programas voltados para a população LGBT e a experiência prévia em cursos de formação na temática sexualidade e gênero. O estudo 2 tem como objetivos conhecer o padrão de uso e necessidades de usuários/as HSHs e mulheres trans de Porto Alegre em relação aos serviços relativos aos cuidados relacionados à infecção por HIV; identificar barreiras no acesso ocasionadas por experiências de preconceito contra diversidade sexual e de gênero em serviços relativos aos cuidados relacionados à infecção por HIV; e identificar a relação do preconceito experienciado com o padrão de uso serviços relativos aos cuidados relacionados à infecção por HIV.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os proponentes não identificam benefícios diretos da pesquisa aos participantes. São considerados riscos mínimos em função da natureza dos questionários e procedimentos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A emenda trata exclusivamente da submissão para o encaminhamento ao comitê de ética da prefeitura de Porto Alegre, sendo que o projeto permanece sem alterações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os TCLEs possuem as informações necessárias e são apresentados em formato adaptado à participação em pesquisas online.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O presente parecer é pela aprovação da emenda ao projeto.

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_946402 E1.pdf	30/08/2017 20:03:16		Aceito
Outros	questionario.docx	30/08/2017 12:31:08	GABRIEL IBARRA ZANELLA	Aceito
Folha de Rosto	folha.docx	30/08/2017 12:20:19	GABRIEL IBARRA ZANELLA	Aceito

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: 2.273.967

Outros	campesq.pdf	30/08/2017 12:10:59	GABRIEL IBARRA ZANELLA	Aceito
Outros	Termo_de_autorizacao.pdf	30/08/2017 11:52:14	GABRIEL IBARRA ZANELLA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Atribuicao.docx	30/08/2017 11:51:03	GABRIEL IBARRA ZANELLA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	30/08/2017 11:49:02	GABRIEL IBARRA ZANELLA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 14 de Setembro 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 9 – Descrição da equipe

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

ESCOLA DE HUMANIDADES

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Porto Alegre, 19 de outubro de 2017.

À

Comissão Científica

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS

Ao

Comitê de Ética em Pesquisa

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS

DESCRIÇÃO DA EQUIPE:

Ângelo Brandelli Costa	Orientador	http://lattes.cnpq.br/539271736454346 5
Fernando Martins de Azevedo	Mestrando	http://lattes.cnpq.br/486260343168678 4