



Universidade de Brasília  
Instituto de Psicologia  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social,  
do Trabalho e das Organizações (PPG-PSTO)

Dissertação de Mestrado

**Os Indetectáveis:  
Saúde Mental, Identidade Social e Microagressões em Pessoas que Vivem com HIV**

Lucas Sousa Silveira

Orientador: Prof. Dr. Tiago Jessé Souza de Lima  
Coorientadora: Profa. Dra. Tátilla Rayane de Sampaio Brito

Brasília - DF  
Março de 2026



Universidade de Brasília  
Instituto de Psicologia  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social,  
do Trabalho e das Organizações (PPG-PSTO)

**Os Indetectáveis:  
Saúde Mental, Identidade Social e Microagressões em Pessoas que Vivem com HIV**

Lucas Sousa Silveira

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações.

Orientador: Prof. Dr. Tiago Jessé Souza de Lima

Coorientadora: Profa. Dra. Tátilla Rayane de Sampaio Brito

Brasília - DF

Março de 2026

Dissertação de mestrado defendida diante e avaliada pela banca examinadora constituída por:

---

Prof. Dr. Tiago Jessé Souza de Lima (Presidente)

Instituto de Psicologia  
Universidade de Brasília

---

Profa. Dra. Mary Sandra Carlotto (Membro Interno)

Departamento de Psicologia Social e do Trabalho  
Universidade de Brasília

---

Profa. Dra. Cláudia Cristina Fukuda (Membro Externo)

Programa de Graduação e Pós-graduação em Psicologia  
Universidade Católica de Brasília

---

Profa. Dra. Josemberg Moura Andrade (Membro Suplente)

Instituto de Psicologia  
Universidade de Brasília

---

Profa. Dra. Luciana Maria Maia Viana (Membro Suplente Externo)

Programa de Pós-Graduação em Psicologia  
Universidade de Fortaleza

## Agradecimentos

Inicialmente, dedico esse trabalho à minha família. Sem vocês eu não teria chegado aqui. À minha mãe, Anisley Oliveira, seu amor me trouxe a força que eu precisava para existir e me ensinou que nenhuma diferença é maior que o afeto. Ao meu pai, Luiz Carlos, obrigado por ser o maior expectador e investidor do meu futuro. À minha irmã, Ana Luiza, obrigado por ser minha fiel escudeira. Vocês são minha maior riqueza. A linguagem não é capaz de nomear a intensidade do amor que sinto por vocês.

Às minhas melhores amigas, Manuela Silvestre e Lorryne Negreiros, agradeço por todo o apoio, incentivo e validação em minha trajetória pessoal, profissional e acadêmica. À Larissa Mayra, minha irmã do coração, e a todos(as) amigos(as) e colegas, vocês são uma parte que deixa tudo mais alegre em minha vida. Amo vocês.

Ao meu amigo Bruno Ponte e às minhas amigas Lorena Rodrigues, Luísa Keiko e France Ananias, obrigado por tornarem esse caminhar tão mais leve e feliz. Vocês estiveram presentes do início ao fim, sempre disponíveis e solidários para me ajudar. Eu vou levar cada gargalhada no meu coração, porque se tem algo que fizemos nesses anos de UnB, foi rir. Amo vocês.

Agradeço, de uma forma muito especial, à minha médica infectologista, Dr<sup>a</sup> Sônia Geraldine, o acolhimento e a atenção da senhora me fortalecem cada vez que entro e deixo o seu consultório. Obrigado por além do cuidado médico, cuidar de mim com afeto.

Agradeço ao meu orientador, Tiago Lima, e coorientadora, Tátilla Brito, que desde o início acreditaram no meu projeto e me auxiliaram na realização de um dos meus maiores sonhos. À minha primeira orientadora, Cláudia Fukuda, obrigado por me introduzir no mundo da pesquisa [IC] e por participar da minha banca de defesa. Seus ensinamentos me fizeram o pesquisador que sou hoje. Agradeço à professora Mary

Sandra que contribuiu significativamente ao participar da minha banca. Aos colegas do LPMS, vocês são brilhantes. Obrigado por todos os feedbacks na construção do meu trabalho.

Ao meu amigo, Filipe Velarde, obrigado. Você é um exemplo de força e humildade. Você foi meu primeiro amigo que vive com HIV e eu te agradeço por ter acreditado tanto em mim. Agradeço à RNAJHA, RNP+, MNCP+, GTP+, Instituto Multiverso e Rede Mundial pelo imenso esforço na divulgação do meu trabalho. Espero que se sintam contemplados. Também, à CAPES pela bolsa concedida. Sem todos esses apoios, nada disso seria possível.

Obrigado, principalmente, a todas as pessoas que vivem com HIV que responderam este estudo. Vocês existem: *“Se antes nos escondíamos para morrer, hoje nos mostramos para viver”*.

Agora, escrevo por mim e com o coração aberto. Quando o diagnóstico de HIV+ me alcançou, em um período da pandemia de Covid-19 que ainda ressoava, disseram-me: *“Sua vida continuará, jovem. Você vai viver tudo o que sonhou”*. Em 2025, foram cinco anos dessa vida que se desdobra e se reinventa. Não porto o HIV, eu vivo com ele — em meu sangue, em minha existência, como parte *que se fez* essencial na minha história.

Viver com HIV traz desafios, mas a vida insiste, se reinventa e continua. Com HIV, a vida muda de forma, mas não perde seu movimento, seus afetos e nem seu valor. O estigma, é como uma presença invisível que tenta me silenciar e apagar. Ele pulsa, insidioso, tentando suprimir os espaços que conquisto para mim mesmo. O medo vem e vai, mas não tenho escolha. Minha necessidade de viver é mais forte do que qualquer sombra. A vida, com seus contornos e detalhes, é uma urgência que não posso negar.

Cada um de nós, ao viver com o HIV, está também vivendo com a complexidade do mundo que nos cerca, com as tensões do julgamento e da aceitação, com o silêncio e a fala, com o medo e a coragem, com a vida e a sua falta. Mas no fim somos todos seres humanos em busca de viver uma vida com dignidade e satisfação.

Que possamos nos fazer, enquanto pessoas que vivem com HIV, *detectáveis ao outro, ao mundo, e, sobretudo, a nós mesmos.*

Embora muitos ativistas recomendem grafar as siglas *hiv* e *aids* em minúsculo, na política de diminuir o protagonismo do vírus e da doença frente à vida das pessoas [respeito muito isso], neste trabalho, optei por utilizá-las em maiúsculo. Tenho a inclinação em encarar [e destacar] essas siglas juntamente com tudo o que elas carregam. Também optei por não utilizar as siglas “PVHIV” ou “PVHA”, recomendadas para se referir a pessoas que vivem com HIV. Entendo que, antes de introduzirmos novas terminologias, é fundamental educar as pessoas para que utilizem corretamente a forma completa e respeitosa de se referir a quem vive com HIV. Somente após essa consolidação, considero mais adequado incorporar outras nomenclaturas.

Por fim, agradeço humildemente à Deus e à espiritualidade. Nada em nossa vida acontece por acaso. Entre angústias e alegrias há muito espaço onde pode-se transitar e dar sentido à própria existência. *Porque a vida é feita de SIM.*

**SIM**

Não há por que esquecê-la, embora sua chegada seja iminente.

Cata-se a Vida a cada dia.

Ela é a cada dia. É.

Não me sacrifico. Inquieto-me.

Sorrio como empalideci na tarde em que soube de supetão da sua chegada iminente.

Às vezes, me deito de costas para o teto do quarto.

Braços estendidos transbordam a largura da cama.

Abrem o corpo em cruz.

Aguardo a iminência.

Como se ela acontecesse já. Já.

Observo-me, sou eu não sendo eu.

Tenho sido sem ter sido.

Tento ser sem ter sido.

Não somos todos?

Tudo saber e nada conhecer.

Em céu de brigadeiro

o avião do corpo se desgovernou num átimo de segundo.

Felicidade.

Pergunto à Vida se ainda faz sentido lhe emprestar sentido.

Responde-me que *sim*.

— Silvano Santiago, 2017

**VÍRUS/VERSO**

Eles não sabem que eu carrego o vírus como um sorriso ou um revólver.

Eles não sabem que esse sorriso me carrega.

Eles não sabem que isso

foi a melhor coisa que já me aconteceu.

Quando a vida termina, ela enfim pode começar.

Eles não sabem que estão mortos, mas eu estou vivo.

A vida se pega por contágio, mas é um tipo muito raro de vírus.

— Renato Rezende, 2018

## Sumário

Agradecimentos .....	4
Lista de Tabelas .....	10
Lista de Figuras .....	11
Lista de Abreviações .....	12
Resumo .....	13
Abstract.....	14
Capítulo 1 – Introdução Geral da Dissertação.....	15
A Teia Social do Sofrimento Psíquico em Pessoas que Vivem com HIV.....	19
A Saúde Mental de Pessoas que Vivem com HIV: Paradigmas e Desafios Atuais	23
A Teoria das Microagressões .....	25
A Identidade Social de Pessoas que Vivem com HIV .....	28
Teoria do Estresse de Minorias.....	28
Estigma Internalizado .....	30
Teoria da Identidade Social .....	32
Interseccionalidade .....	35
Objetivos, Hipóteses e Visão Geral da Dissertação .....	37
Capítulo 2 – Escala de Microagressões Relacionadas ao HIV: Construção e Evidências de Validade e Precisão.....	40
Método .....	47
Construção dos itens da EM-HIV .....	47
Evidências de Validade de Construto e Precisão .....	51
Participantes .....	51
Instrumentos .....	52
Procedimentos .....	54
Análise de Dados .....	54
Resultados .....	55
Discussão .....	61
Considerações Finais.....	65
Capítulo 3 – Microagressões e Saúde Mental de Pessoas que Vivem com HIV: O Papel da Identidade Social e do Estigma Internalizado.....	67
Método .....	75
Participantes .....	75
Instrumentos .....	75
Procedimentos e Aspectos Éticos .....	78
Análise de Dados .....	78

Resultados .....	80
Discussão .....	83
Limitações e Direções futuras .....	86
Considerações Finais.....	88
Capítulo 4 – Discussão Geral e Direções Futuras .....	89
Implicações Teóricas.....	91
Implicações Práticas.....	96
Limitações e direções futuras.....	99
Considerações finais.....	100
Referências .....	102
Apêndices e Anexos .....	129
Apêndice A – Tabelas Suplementares.....	129
Apêndice B – Instrumento de Coleta de Dados .....	132
Apêndice C – Análise de Juízes e Semântica.....	138
Apêndice D – Adaptação Transcultural IA-RSS .....	141
Apêndice E – Convite de Pesquisa.....	142
Anexo I – Parecer de Aprovação CEP-FM.....	143
Anexo II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	147

### **Lista de Tabelas**

Tabela 1	Resultados da análise paralela da EM-HIV
Tabela 2	Estrutura e cargas fatoriais dos itens da EM-HIV
Tabela 3	Matriz de correlação entre os fatores da EM-HIV
Tabela 4	Correlação da frequência de microagressões com variáveis relacionadas
Tabela 5	Efeitos diretos, indiretos e totais das microagressões sobre as variáveis dependentes
Tabela 6	Efeitos condicionados das microagressões em função da identidade social

## **Lista de Figuras**

Figura 1      Representação simplificada do modelo proposto

### **Lista de Abreviações**

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
I = I	Indetectável é igual a Intransmissível
MS	Ministério da Saúde
PEP	Profilaxia Pós-exposição
PrEP	Profilaxia Pré-exposição
TARV	Terapia Antiretroviral
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

## Resumo

Na quinta década da epidemia de HIV, torna-se urgente fortalecer respostas voltadas à mudança social desse cenário. Embora os avanços biomédicos tenham tornado o HIV uma condição crônica e manejável, o estigma e a discriminação ainda persistem como desafios relevantes. Nesse contexto, microagressões constituem formas sutis de estigmatização que afetam o cotidiano de pessoas que vivem com HIV, impactando sua saúde mental e bem-estar subjetivo. Esses fatores estão associados a maior risco de adoecimento psicológico em comparação à população geral. Esta dissertação, composta por dois estudos, teve como objetivo geral avaliar o efeito das microagressões sobre a saúde mental de pessoas que vivem com HIV, investigando se essa relação é mediada pelo estigma internalizado e moderada pela identidade social. O Estudo 1 buscou construir e validar a Escala de Microagressões Relacionadas ao HIV (EM-HIV), que apresentou evidências adequadas de validade, precisão, validade convergente e discriminante. O Estudo 2 testou um modelo explicativo que apresentou índices de ajuste aceitáveis, indicando que as microagressões afetam negativamente a saúde mental e o bem-estar subjetivo de pessoas que vivem com HIV. Os resultados mostraram que essa relação é mediada pelo estigma internalizado, o qual intensifica os impactos negativos sobre a saúde mental e o bem-estar subjetivo, ao passo que a identidade social está associada a efeitos menores. O padrão dos efeitos condicionais sugere, portanto, um papel protetivo da identidade social frente aos impactos das microagressões. Diante desses achados, destaca-se a importância de incorporar, nas estratégias de cuidado e nas políticas de saúde, a compreensão dos mecanismos psicossociais presentes na vida de pessoas que vivem com HIV, de modo a promover saúde e bem-estar.

*Palavras-chave:* HIV; Saúde Mental; Identidade Social; Estigma Internalizado; Microagressões.

### **Abstract**

In the fifth decade of the HIV epidemic, it has become urgent to strengthen responses aimed at social change in this context. Although biomedical advances have made HIV a chronic and manageable condition, stigma and discrimination still persist as significant challenges. In this context, microaggressions constitute subtle forms of stigmatization that affect the daily lives of people living with HIV, impacting their mental health and subjective well-being. These factors are associated with a higher risk of psychological distress compared to the general population. This dissertation, composed of two studies, had the general objective of evaluating the effect of microaggressions on the mental health of people living with HIV, investigating whether this relationship is mediated by internalized stigma and moderated by social identity. Study 1 aimed to develop and validate the HIV-Related Microaggressions Scale (HIV-MS), which showed adequate evidence of validity, reliability, convergent validity, and discriminant validity. Study 2 tested an explanatory model that presented acceptable fit indices, indicating that microaggressions negatively affect the mental health and subjective well-being of people living with HIV. The results showed that this relationship is mediated by internalized stigma, which intensifies the negative impacts on mental health and subjective well-being, while social identity is associated with smaller effects. The pattern of conditional effects therefore suggests a protective role of social identity in relation to the impacts of microaggressions. Considering these findings, the importance of incorporating an understanding of the psychosocial mechanisms present in the lives of people living with HIV into care strategies and health policies is highlighted, in order to promote health and well-being.

*Keywords:* HIV; Mental Health; Social Identity; Internalized Stigma; Microaggressions.

## Capítulo 1 – Introdução Geral da Dissertação

A saúde mental constitui um dos mais complexos e urgentes desafios da saúde pública contemporânea, afetando milhares de pessoas em todo o mundo e incidindo de maneira acentuada sobre populações vulneráveis e historicamente atravessadas por desigualdades estruturais e estigmas sociais, a exemplo das pessoas que vivem com o Vírus da Imunodeficiência Humana (*Human Immunodeficiency Virus*, HIV) (Lattanner et al., 2025; Opia & Matthew, 2025). Evidências consistentes apontam que o diagnóstico de HIV exerce forte impacto sobre a saúde mental e bem-estar das pessoas diagnosticadas, de modo que, quando comparadas à população geral, essas pessoas apresentam maior propensão ao desenvolvimento de transtornos mentais, ao isolamento social, ao uso abusivo de substâncias e à ideação suicida (Catalan et al., 2011; Hu et al., 2025; Remien et al., 2019).

Apesar dos expressivos avanços biomédicos no manejo do HIV e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*, AIDS), o estigma social permanece como um fator de risco relevante entre pessoas que vivem com HIV. Esse estigma produz efeitos multifacetados, atravessando diferentes dimensões da vida dessas pessoas, incluindo as relações interpessoais e afetivas, contextos de trabalho e estudo, processos de construção da autoestima e da identidade, além do acesso, uso e experiência nos serviços de saúde e nas políticas públicas (Silva et al., 2024). Nesse contexto, as pessoas que vivem com HIV constituem um grupo social que, há quase cinco décadas, continua exposto aos efeitos persistentes da estigmatização e da discriminação. Isso ocorre porque nenhum dispositivo social ou institucional foi capaz de erradicar o estigma social do HIV, o que mantém esse grupo

em elevados níveis de vulnerabilidade social e o expõe a impactos significativos sobre sua saúde mental e bem-estar (Haas et al., 2023; Oliveira et al., 2024).

Diante desse cenário, a produção de respostas e de transformações sociais no campo do HIV e da AIDS exige a adoção de abordagens mais complexas e integradas, orientadas ao desenvolvimento de estudos e tecnologias que articulem os múltiplos aspectos biopsicossociais que estão presentes no cotidiano das pessoas que vivem com HIV (Dantas et al., 2024; Dhir et al., 2025). Nessa perspectiva, a Psicologia Social destaca-se como um campo interdisciplinar proeminente no campo da saúde, ao enfatizar o papel de fatores psicossociais na compreensão dinâmica e contextualizada dos processos de saúde e doença (Roso, 2020; Scarcelli et al., 2023).

Do ponto de vista da Psicologia Social, as experiências de estigmatização vivenciadas por pessoas que vivem com HIV podem ser compreendidas como estressores sociais que operam no nível das relações cotidianas e perturbam o psicofisiológico, a satisfação com a vida e a qualidade de vida (Lam et al., 2019). As teorias do Estresse de Minoria (Meyer, 1995), Estigma Social (Goffman, 1963) e da Identidade Social (1974) destacam que a exposição frequente a eventos de desvalorização, rejeição ou invalidação social dirigidas ao grupo de pertença podem resultar em efeitos negativos à saúde mental e bem-estar dos indivíduos que fazem parte desse grupo (Paveltchuk & Borsa, 2020). Nesse sentido, formas cotidianas e sutis de preconceito e estigmatização de grupos sociais minoritários, a exemplo das microagressões, tem recebido uma crescente atenção na literatura por seu potencial de produzir sofrimento psicológico nos membros desses grupos (Martins et al., 2025).

As microagressões podem ser entendidas como expressões, comentários ou atitudes sutis, ambíguas e frequentemente naturalizadas, que comunicam desvalorização

ou inferiorização de grupos socialmente estigmatizados (Sue, 2010). Elas se diferem das formas explícitas de discriminações, ou macroagressões, em relação ao seu caráter indireto e latente que pode dificultar o seu reconhecimento e enfrentamento (Sue, 2010). Ademais, manifestam-se como padrões sociais e comportamentais nas interações intergrupais que reforçam hierarquias que privilegiam grupos dominantes, não se configurando como eventos isolados, meramente individuais ou não intencionais (Williams, 2021). A exposição frequente a microagressões pode atuar como um estressor social com potencial para impactar negativamente os estados emocionais e o funcionamento psicológico dos indivíduos (Torino et al., 2018). Evidências acumuladas na literatura demonstram esse efeito negativo, sobretudo, em pessoas negras e minorias sexuais (Eaton et al., 2020). No entanto, as evidências empíricas ainda são escassas quando se consideram especificamente as microagressões diretamente relacionadas ao HIV (Norcini & Turan, 2024; Sayiner et al., 2025). Ademais, mesmo dentre os estudos sobre microagressões existentes no contexto do HIV, grande parte concentra-se nos marcadores raciais e de minorias sexuais, examinando, por exemplo, os efeitos de microagressões raciais sobre a saúde mental de pessoas negras que vivem com HIV (Dale et al., 2023; Dale & Safren, 2019; Sharma & Dale, 2023). Diante dessa lacuna, coloca-se a seguinte pergunta de pesquisa: em que medida as microagressões relacionadas ao HIV influenciam a saúde mental e o bem-estar de pessoas que vivem com HIV?

No contexto brasileiro, a literatura em Psicologia Social sobre o HIV e AIDS é predominantemente composta por estudos qualitativos voltados à compreensão social do fenômeno e das representações sociais do vírus (Acuna et al., 2022). Em contrapartida, no âmbito de uma abordagem interdisciplinar entre os campos social e da saúde, identificam-se investigações consistentes que adotam perspectivas mais diretas e

restritas, centradas na análise de associações entre estigma, sintomatologias, fatores de proteção e adesão ao tratamento (Laguna et al., 2023).

No cenário internacional, os estudos sobre o estigma e a discriminação relacionados ao HIV são amplos e consolidados, contando com uma diversidade de instrumentos psicométricos desenvolvidos para mensurar esses dois fenômenos e evidenciando sua relação com variáveis biopsicossociais no contexto do HIV, a exemplo do funcionamento psicológico, adesão ao tratamento e suporte social (Zhang et al., 2024). Contudo, essas medidas concentram-se principalmente em experiências percebidas de discriminação, bem como na antecipação e na internalização do estigma, o que as torna menos sensíveis à identificação de eventos sutis, recorrentes e de difícil reconhecimento no cotidiano, como é o caso das microagressões.

Ademais, não foram identificados estudos no contexto brasileiro que investiguem as microagressões relacionadas ao HIV, assim como se observa uma escassez de pesquisas empíricas internacionais dedicadas a essa temática. Soma-se a isso a limitação no exame de variáveis mediadoras e moderadoras, especialmente de natureza psicossocial, capazes de elucidar os mecanismos e as condições que influenciam na saúde das pessoas que vivem com HIV. Diante desse panorama, a literatura tem apontado para a necessidade de adoção de modelos explicativos mais integrados, que permitam avançar na explicação dos processos envolvidos na vida dessa população (Carvalho & Scorsolini-Comin, 2025; El-Krab et al., 2025).

Com o intuito de preencher essas lacunas, a presente dissertação propõe um modelo explicativo do efeito das microagressões relacionadas ao HIV sobre a saúde mental e bem-estar subjetivo de pessoas que vivem com HIV, considerando o papel mediador do estigma internalizado e o papel moderador da identidade social nessas

relações. Parte-se do pressuposto de que as microagressões relacionadas ao HIV contribuem para a internalização de crenças negativas sobre si (estigma internalizado), as quais, por sua vez, afetam a saúde mental e o bem-estar (David et al., 2019). Além disso, pressupõe-se que a identidade social pode atuar como um fator condicionante desse processo, potencialmente intensificando ou atenuando os efeitos das microagressões e do estigma internalizado (Nadal et al., 2015). Ao articular esses elementos, essa dissertação oferece uma contribuição teórica e empírica ao avançar na compreensão dos mecanismos psicossociais por meio dos quais as microagressões relacionadas ao HIV influenciam a saúde mental e o bem-estar de pessoas que vivem com HIV.

### **A Teia Social do Sofrimento Psíquico em Pessoas que Vivem com HIV**

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é o estágio mais avançado da infecção causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que compromete as células de defesa do organismo e enfraquece o sistema imunológico, tornando-o vulnerável a infecções oportunistas e outras doenças. No entanto, com o tratamento adequado, o HIV pode ser controlado e suprimido, evitando a progressão da infecção para a AIDS e permitindo que a pessoa preserve sua saúde (Ministério da Saúde, MS, 2016). Portanto, nem todas as pessoas que vivem com HIV desenvolvem a AIDS.

O início da AIDS foi datado na década de 1980, marcando um período de intensa mobilização global, onde buscavam-se respostas para a epidemia de uma doença desconhecida e com um alto potencial letal (Cezar & Draganov, 2015). Sob isso, depreende-se que uma epidemia não se manifesta apenas como um fenômeno epidemiológico, mas também como um evento social, capaz de motivar respostas e significados sociais. Cada sociedade, a partir de seu contexto socio-histórico-cultural,

define e interpreta o que é uma epidemia. Desse modo, é diante desse cenário, onde não existiam políticas e dispositivos para lidar com o HIV, que a AIDS precisou ser inventada (Calazans et al., 2023).

Essa invenção da AIDS nasce inicialmente em um dispositivo racializador, moralista e higienista que instaurou como perigosos os anteriormente chamados “grupos de risco” (Butturi, 2019), conhecidos como “5H”: haitianos, hemofílicos, homossexuais, heroinômanos (pessoas usuárias de heroína) e *hookers* (profissionais do sexo). De forma mais acentuada, historicamente difundiu-se a ideia de que a AIDS era uma “doença” exclusiva de homossexuais, sendo intitulada como o “Câncer Gay” ou “Peste Gay”. Esse entendimento foi inclusive endossado pela comunidade médica, que chegou a nomear a condição como *Gay Related Immune Deficiency* (Daniel & Parker, 1991).

Durante sua primeira década, a AIDS foi fortemente associada como um castigo e até mesmo a uma condenação divina por comportamentos “desviantes” de pessoas cujos modos de viver fugiam das normas impostas pela moral cis-hétero-branca-patriarcal (Branco & Ferreira, 2025). O dispositivo da AIDS produziu indivíduos com identidades marcadas: os “aidéticos” (Junior, 2016). A partir de 1987, a categoria “aidético” passou a prevalecer como forma de designar qualquer pessoa infectada pelo HIV, consolidando uma identidade única e estigmatizada. Assim, a figura do “aidético” tornou-se uma identidade social genérica, porém carregada de violência simbólica, reforçando estigmas associados aos antigos “grupos de risco” e à ideia de promiscuidade (Valle, 2002).

Neste ponto, destaca-se que tanto na linguagem social quanto na literatura científica e em legislações específicas, ainda são utilizadas expressões incorretas e que remontam a identidades estigmatizadas como “portador de HIV”, “soropositivo”,

“doentes de AIDS” e “aidético”. Com o objetivo de reconhecer o protagonismo das pessoas que vivem com HIV em suas próprias trajetórias, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), responsável por liderar e coordenar a resposta global à epidemia, recomenda o uso da expressão “pessoa vivendo com HIV”. Essa forma de referência busca promover a humanização e enfatizar que o HIV é apenas uma condição entre outras que compõem a vida dessas pessoas (UNAIDS, 2017).

Atualmente mais de um milhão de pessoas vivem com HIV no Brasil, número que continua crescendo de forma progressiva, atingindo sobretudo as populações-chave (MS, 2024). Aqui, cabe explicitar que a realidade dessas pessoas não está ligada apenas ao seu quadro médico, mas a uma série de sistemas sociais, biopolíticas e necropolíticas que tendem à estigmatização, discriminação e violência contra o HIV (Cazeiro et al., 2021; Sales, 2022).

Em vista disso, somente após mais de três décadas de HIV no mundo é que foi sancionada a Lei Brasileira nº 12.984, de 2 de junho de 2014, que tipifica como crime a discriminação contra pessoas que vivem com HIV e doenças relacionadas ao HIV, constituindo um marco importante para a justiça e o combate às opressões direcionadas a esse grupo (Cezar & Draganov, 2015). Contudo, mais de onze anos subsequentes da promulgação dessa lei, estudos continuam a apontar a persistência e o aumento da discriminação e do estigma contra pessoas que vivem com HIV em diversos contextos. (Silva & Silva, 2011; Silva et al., 2024).

Em vista disso, Parker e Aggleton (2021) argumentam que essa persistência e aumento da discriminação e estigmatização ligadas ao HIV e à AIDS resultam de um processo social dinâmico, intimamente ligado a relações de poder e dominação, reprodução da desigualdade e exclusão social. Nesse sentido, os autores estruturam a

estigmatização das pessoas que vivem com HIV como um ciclo contextual que envolve: (a) a história do HIV e da AIDS; (b) estigma e discriminação como processos sociais; (c) fontes de estigma e discriminação; (d) formas de estigma e discriminação; e (e) contextos de estigma e discriminação. Esses fatores atuam de maneira interdependente, retroalimentando-se e sustentando continuamente o processo de estigmatização das pessoas que vivem com HIV.

Paralelamente, a mídia tem se constituído como um espaço ambíguo no tratamento das questões relacionadas ao HIV e à AIDS. Por um lado, as redes sociais ampliam a circulação de informações qualificadas, relatos de experiências e conteúdos político-educativos; por outro, favorecem a reprodução de estigmas, preconceitos e representações sociais negativas associadas ao HIV (Joaquim et al., 2024). Assim, diante do aumento da hostilidade no contexto social e, conseqüentemente, nas Tecnologias da Informação e Comunicação, observa-se o enfraquecimento das normas sociais que inibem a expressão do preconceito e a discriminação contra grupos minoritários (Lattanner et al., 2021; Miller et al., 2011).

A redução da força dessas normas sociais antipreconceito, potencializada por fatores como o anonimato nas interações digitais, a polarização afetiva e a legitimação pública de discursos discriminatórios, diminui a capacidade coletiva de identificar e coibir manifestações de estigma (Lattanner et al., 2021). Como consequência, práticas discriminatórias tendem a assumir formas mais sutis e difusas, dificultando seu reconhecimento tanto por parte da sociedade quanto das próprias pessoas que vivem com HIV (Eaton et al., 2020). Essa fragilidade normativa, associada às múltiplas ambiguidades e tensões que atravessam o cotidiano desse grupo, contribui para a persistência e a naturalização de experiências de violência simbólica e exclusão social (Cortopassi et al., 2024).

Dessa forma, as experiências de discriminação e estigmatização, somadas a fatores individuais, fisiológicos e sociais, contribuem para o aumento da vulnerabilidade da saúde mental das pessoas que vivem com HIV, que tendem a apresentar, de maneira mais acentuada, transtornos mentais comuns e outros distúrbios psicológicos quando comparadas à população geral (Remien et al, 2019). Assim, o quadro de saúde mental representa um aspecto relevante para a promoção qualidade de vida e do bem-estar dessa população, demandando uma abordagem transversal que integre dimensões biopsicossociais (Senn et al., 2021).

### **A Saúde Mental de Pessoas que Vivem com HIV: Paradigmas e Desafios Atuais**

Para compreender os desafios atuais da saúde mental de pessoas vivendo com HIV, é necessário, primeiro, considerar aspectos centrais da trajetória histórica da epidemia. Seguindo essa linha, observa-se que nas duas primeiras décadas da epidemia, o foco maior era nos aspectos biomédicos em função da falta de tratamentos eficazes e da alta mortalidade da AIDS. Nessa época, o HIV era visto como uma “sentença de morte” (Sontag, 2007).

Posteriormente, com os avanços da Terapia Antiretroviral (TARV) e das estratégias de prevenção ao HIV como a PrEP (Profilaxia Pré-Exposição) e a PEP (Profilaxia Pós-Exposição), ao longo dos últimos anos, as taxas de mortalidade por AIDS tem reduzido significativamente no Brasil (MS, 2024). Diante disso, o foco atual da epidemia está incidindo com maior destaque nas questões sociais, políticas e econômicas, revelando um cenário desigual e preocupante (UNAIDS, 2024).

Apesar dos avanços significativos ao longo da história da epidemia, o estigma permanece como um fator presente e impactante na saúde mental de pessoas que vivem com HIV. Transtornos como ansiedade, depressão e estresse continuam sendo

frequentes, em níveis semelhantes aos observados nas primeiras décadas da epidemia (Rzeszutek et al., 2021). Essas condições se manifestam por meio de sintomas como insônia, alterações no apetite, sensação de desgaste físico, irritabilidade, oscilações de humor, baixa autoeficácia, mal-estar generalizado e entre outras (Melo et al., 2019). Nesse contexto, o diagnóstico de HIV ainda é vivenciado como um evento potencialmente traumático na trajetória de vida de quem o recebe (Tang et al., 2020).

Por outro lado, o bem-estar subjetivo (BES) é um construto amplamente aplicado nos estudos em saúde mental, sendo referenciado como uma dimensão positiva e fundamental desse campo (Matamá et al., 2017). O BES é definido como a avaliação que as pessoas fazem sobre sua própria vida e suas experiências emocionais, ou seja, é um conceito abrangente que engloba três formas de avaliação: afetos positivos e negativos e a satisfação com a vida (Diener et al. 2017). Essas dimensões do BES são separáveis e apresentam associações distintas com diferentes variáveis, podendo ser compreendidas em diversos campos de pesquisa e áreas (Diener et al. 2017).

Diferentes condições de saúde e aspectos do funcionamento físico e psicológico exercem influência significativa sobre o bem-estar subjetivo (BES). Limitações no funcionamento cognitivo e físico, a presença de transtornos mentais e condições crônicas específicas, como o HIV, afetam negativamente o BES, sobretudo em razão dos impactos que produzem no cotidiano das pessoas (Das et al., 2020). Em relação ao HIV, Reis e colaboradoras (2013) demonstram que há uma associação significativa entre a adesão ao tratamento e os afetos positivos, destacando a importância de compreender o bem-estar subjetivo como uma dimensão positiva da saúde de pessoas que vivem com o vírus.

Desse modo, depreende-se que a epidemia tem se desdobrado em um paradigma ao qual este trabalho pretende colaborar em sua compreensão. Do ponto de vista biomédico, o HIV pode ser tratado como uma condição de fácil controle, na maioria dos casos, uma vez que os avanços da TARV permitem que pessoas vivendo com o vírus tenham a mesma expectativa de vida que pessoas que não (Miranda, 2025). No entanto, no campo social, o HIV não é visto dessa maneira. As pessoas vivendo com HIV ainda têm as suas vidas marcadas pelo estigma, o que afeta significativamente a sua saúde mental e bem-estar subjetivo.

Apesar dos muitos avanços no prognóstico clínico e mudanças lentas no cenário societal, uma coisa é certa: a AIDS dos anos 80 não é a mesma dos tempos atuais (Cazeiro & Leite, 2025). Silenciosamente, a resposta ao HIV no mundo permanece ameaçada diante dos desmontes ideológicos, políticos e financeiros, o que reforça a urgência para o enfrentamento e combate à discriminação e ao preconceito (UNAIDS, 2025a).

Portanto, o HIV se configura como um dispositivo complexo e interseccional, que abrange tanto aspectos da saúde quanto questões sociais, produzindo impactos significativos na saúde mental das pessoas que vivem com HIV, especialmente por meio de experiências no dia a dia de estigmatização e discriminação sutis. É nesse cenário, marcado pelo deslocamento do preconceito para formas cada vez mais indiretas, que emergem concepções teóricas voltadas a compreender expressões sutis de discriminação e seus impactos no cotidiano, entre elas as microagressões.

### **A Teoria das Microagressões**

Inicialmente concebida no contexto racial, o termo microagressões foi inaugurado na década de 70, nos Estados Unidos, ao expressar “mecanismos ofensivos”

que permeavam as relações interpessoais entre pessoas negras e brancas (Pierce et al., 1978). Essas atitudes ofensivas, ainda que muitas das vezes não intencionais, estão relacionadas a sentimentos de superioridade de seus autores em relação a um (ou mais) grupo de pessoas (Pierce et al., 1978). Anos após, Sue e colaboradores (2007), reintroduziram as microagressões como expressões verbais, comportamentais ou ambientais, intencionais ou não, que comunicam hostilidade e desprezo a uma pessoa ou grupo. Essas atitudes também se manifestam de maneira sutil, por meio de olhares e gestos, frequentemente reproduzidas de forma automática no cotidiano e, por isso, muitas vezes interpretadas como inofensivas e inocentes (Sue et al., 2007).

Nesse sentido, identificar microagressões é um processo complexo, pois envolve diversos fatores, como as diferentes formas de interpretação entre quem as pratica e quem as sofre, o grau de consciência dos agressores sobre o caráter discriminatório de suas atitudes, a tendência de minimizar ou relativizar essas situações mesmo quando reconhecidas, além do desconforto e da insegurança que fazem as vítimas hesitarem sobre como reagir (Sue, 2010; Sue et al., 2007). Diante dessa complexidade, Sue e colaboradores (2007) desenvolveram uma taxonomia de microagressões que permite sistematizá-las em três formas: microassaltos, microinsultos e microinvalidações.

Os microassaltos são formas evidentes de discriminação, correspondendo a ações verbais ou não verbais direcionadas a uma pessoa ou grupo. Já os microinsultos são declarações ou comportamentos ofensivos e insensíveis que diminuem a vítima com base em sua identidade. São mensagens sutis e disfarçadas de insultos, podendo ser emitidas sem que os autores tenham consciência de seu significado. Por último, as microinvalidações decorrem de comunicações que excluem, negam ou minimizam a realidade de pessoas ou grupos (Sue et al., 2007).

Por outro lado, embora apresentem algumas semelhanças com os crimes de ódio e com as macroagressões, as microagressões diferem tanto em natureza quantitativa quanto qualitativa. Enquanto os crimes de ódio e as macroagressões exigem respostas de ordem jurídica e legal, as microagressões, por serem em grande parte sutis e/ou não intencionais, demandam principalmente ações de caráter educativo (Torino et al., 2018a). Contudo, mesmo quando não há a intenção do ato discriminatório, o sentido atribuído às microagressões é de natureza depreciativa e gera efeitos negativos nas vítimas (Platt & Lenzen, 2013). A exemplo disso, estudos indicam que as microagressões estão associadas com baixos níveis de autoestima, prevalência de sintomas depressivos e afetos negativos, e até mesmo com o uso excessivo de álcool (Nadal et al., 2016).

As microagressões são perpetuadas de forma contínua e com uma natureza cumulativa, impactando diretamente a saúde mental e bem-estar de grupos minoritários em diferentes contextos (Torino et al., 2018a). Dessa forma, as microagressões tem sido estudadas em diversos campos e disciplinas para descrever formas de opressões sutis contra grupos historicamente estigmatizados e marginalizados como pessoas negras, mulheres, pessoas LGBTQ+, pessoas com deficiência, movimentos étnicos e religiosos, imigrantes e outros grupos minoritários (Nadal, 2018).

Acerca das microagressões relacionadas ao HIV, a literatura ainda é escassa e pouco se sabe das percepções das pessoas que vivem com HIV sobre as microagressões e sobre como essas são perpetuadas por pessoas que não vivem com o vírus (Berman et al., 2021; Eaton et al., 2020). Pesquisas indicam que a experiência de microagressões relacionadas ao HIV está associada com maiores níveis de sintomas depressivos, baixa autoeficácia e níveis menores de supressão viral (Reid & Dale, 2023; Eaton et al., 2020). Ainda, a perpetuação das microagressões relacionadas ao HIV estão interligadas

com estereótipos e preconceitos sobre o vírus, nível de escolaridade, idade, teorias da conspiração e desconfianças em relação à medicina (Berman et al., 2021).

Ainda, as microagressões relacionadas ao HIV podem intensificar mecanismos de ordem intrapessoal, como a identidade e o estigma internalizado, e de ordem interpessoais, como a diminuição do sentimento de pertencimento social e a dificuldade em se ter uma avaliação social positiva (Sayiner et al., 2025). Diante disso, observa-se que as experiências de microagressões afetam diretamente pessoas com identidades sociais estigmatizadas, em termos práticos, pertencentes a grupos minoritários (Skinta & Torres-Harding, 2022).

### **A Identidade Social de Pessoas que Vivem com HIV**

A Teoria das Microagressões articula-se com a Teoria do Estresse de Minorias (Meyer, 1995) e com a perspectiva da Interseccionalidade (Crenshaw, 1989, 2002), em razão do caráter persistente, cotidiano e interseccional que caracteriza as experiências de microagressões (Nadal et al., 2015; Fine et al., 2018). Ademais, essa teoria também dialoga com a Teoria da Identidade Social (Tajfel, 1974), uma vez que a maneira como o indivíduo se percebe em relação à sua identidade social (ou grupal) pode influenciar a forma como interpreta e reage às microagressões, podendo inclusive levar à internalização de atributos e crenças negativas em sua identidade (Nadal et al., 2021).

#### ***Teoria do Estresse de Minorias***

Essa vulnerabilidade social a qual as pessoas que vivem com HIV estão submetidas tem impactos significativos sobre a sua saúde mental e bem-estar, o que pode ser explicado pela Teoria do Estresse de Minoria. Inicialmente, a noção de estresse de minoria se dá a partir de estudos que identificaram um tipo específico de estresse

psicossocial vivenciado por mulheres lésbicas, decorrente das opressões associadas à sua condição de minoria social (Brooks, 1981).

Posteriormente, Meyer (1995) formulou a Teoria do Estresse de Minoria, propondo que grupos minoritários vivenciam, de forma contínua, um tipo de estresse decorrente da estigmatização e discriminação. Esse estresse crônico, produzido por experiências externas e internalizadas de exclusão, impacta diretamente o bem-estar psicológico e a saúde dessas populações. Cabe ressaltar que a maior parte dos estudos iniciais sobre a Teoria do Estresse de Minoria concentraram-se nos estressores vivenciados por pessoas LGBTQ+ (Meyer, 1995, 2013). Sendo assim, entende-se por estressores os eventos ou condições que ensejam adversidades ou mudanças na vida das pessoas, mobilizando processos de adaptação e ajustamento. Porém, quando o estresse sobrepõe as capacidades de enfrentamento do indivíduo, tanto a saúde mental quanto física pode ser ameaçada (Meyer, 2013).

Não obstante, o diagnóstico positivo para o HIV é, em geral, uma situação que provoca muitas mudanças e instabilidade, onde muitas pessoas desenvolvem transtornos mentais comuns após a descoberta (Laguna, 2023). Estudos já apontam que a além do estresse decorrente do status de minoria sexual, as pessoas que vivem com HIV apresentam um sofrimento maior ocasionado pelo estigma do vírus (Storholm et al., 2013). Entretanto, embora pessoas que vivem com HIV sejam frequentemente incluídas em estudos sobre estresse de minoria, especialmente no contexto LGB, ainda há poucas evidências, no modelo proposto por Meyer, acerca dos efeitos específicos do estigma relacionado ao HIV (Rendina et al., 2017).

Entre os diversos fatores ambientais capazes de gerar estresse, destacam-se os estressores sociais, compreendidos como situações e elementos do ambiente social que

impactam negativamente a saúde mental (Meyer, 2013). Nessa perspectiva, Meyer (2013) define quatro estressores de minoria, que se distribuem em um contínuo que vai dos estressores distais, representados por eventos de discriminação, até os estressores proximais, relacionados ao estigma percebido, ocultação da identidade e à internalização do estigma.

### ***Estigma Internalizado***

Goffman (1963) compreende o estigma como um fenômeno sócio-histórico profundamente depreciativo, que nas relações sociais não apenas permite desvalorizar alguém, mas também reforça a ideia de “anormalidade” e diferenciação de outros, a partir da atribuição de uma marca negativa. Para o autor, o estigma social é definido como um atributo indesejável ou depreciativo aos olhos da sociedade que leva pessoas e grupos à marginalização e exclusão social. Essa condição resulta no sofrimento em pessoas estigmatizadas em suas interações sociais, levando-as a antecipar rejeição, julgamentos e atitudes negativas dos outros. Desse modo, as experiências de estigmatização impactam diretamente a identidade de pessoas e grupos (Goffman, 1963).

Apesar dessa base teórica ser utilizada majoritariamente nos estudos sobre o HIV e AIDS, a concepção de estigma proposta por Goffman tem sido usada de forma excessivamente individualizada, que passou a tratar o estigma como um atributo fixo das pessoas e não como um processo social (Parker & Aggleton, 2003, 2021). Essa abordagem individualista do estigma tende a se fragilizar frente aos fatores polissêmicos que perpassam a vida de pessoas que vivem com HIV, onde diversos fatores operam de forma mútua transformando diferenças em desigualdades (Parker & Aggleton, 2003, 2021).

Todavia, apesar das lacunas teóricas-metodológicas acerca do estigma social, a internalização do estigma é prevalente na população que vive com HIV (Pantelic et al., 2019). Embora existam diferentes definições de estigma internalizado, neste trabalho o conceito é abordado com base na Teoria do Estigma Social de Goffman (1963). Nessa perspectiva, o estigma internalizado surge quando a pessoa estigmatizada tende a absorver atributos desvalorizados e narrativas culturais que o identificam como parte de um grupo considerado desviante, incorporando essa percepção negativa e assumindo uma “identidade deteriorada” (Goffman, 1963).

No contexto do HIV, estudos demonstram que o estigma internalizado é mais experienciado nos primeiros anos após o diagnóstico, levando a sentimentos de desesperança, fragilidades na autoestima e *coping* evitativo (Earnshaw et al., 2018). Além disso, o estigma internalizado atua como um preditor na saúde mental e adesão ao tratamento de pessoas que vivem com HIV, estando associado com maiores níveis de sintomas depressivos e baixos níveis de motivação para seguir com o tratamento regular (Christopoulos et al., 2020).

Com o objetivo de conceitualizar de quais formas o estigma impacta a saúde e o cotidiano das pessoas que vivem com HIV, Earnshaw e Chaudoir (2009) propuseram o modelo “*HIV Stigma Framework*”. Nesse modelo, as autoras argumentam que as pessoas que vivem com HIV reconhecem que seu status sorológico é socialmente construído como um atributo negativo e associado a narrativas desvalorizadas. Essa percepção se manifesta por meio de três mecanismos do estigma: (a) o estigma vivenciado, relacionado à crença de ter sofrido preconceito e discriminação; (b) o estigma antecipado, caracterizado pela expectativa de sofrer tais experiências; e (c) o estigma internalizado, que consiste no endossamento, por parte do próprio indivíduo,

das características depreciativas socialmente atribuídas ao HIV em sua identidade (Earnshaw & Chaudoir 2009).

Os mecanismos do estigma operam por meio de vetores que estão presentes nas dinâmicas interpessoais e intergrupais, os quais favorecem a vivência do estigma. Entre esses vetores destacam-se o preconceito, a discriminação, os estereótipos e as crenças negativas direcionados ao grupo social de pessoas que vivem com HIV (Eaton et al., 2018). Assim, o estigma internalizado pode surgir quando as pessoas que vivem com HIV validam as crenças estigmatizantes de grupos majoritários (Katz et al., 2013). Diante disso, depreende-se que as experiências de estigmatização impactam o processo de construção da identidade social das pessoas que vivem com HIV, que é construída e orientada pelas dinâmicas interpessoais e intergrupais.

### ***Teoria da Identidade Social***

A categorização é um processo complexo por meio do qual as pessoas atribuem rótulos verbais a objetos, ideias ou fenômenos do mundo físico, mental ou social. Parte-se do pressuposto de que os elementos que compõem uma categoria compartilham características semelhantes entre si e se diferenciam dos elementos de outras categorias (Pereira & Dantas, 2023). A função principal da categorização é reduzir a complexidade da realidade, ajudando a simplificar e organizar a grande quantidade de estímulos e informações aos quais estamos constantemente expostos (Pereira & Dantas, 2023).

Nesse contexto, Tajfel (1974) explica que os indivíduos tendem a categorizar a si mesmos e aos outros em grupos sociais, o que permite dar ordem ao ambiente social e criar um sistema de orientação no qual cada pessoa ocupa um lugar definido. Esses grupos se sustentam por dois critérios: um interno, relacionado ao senso de pertença compartilhado entre seus membros, e outro externo, referente ao reconhecimento desse

grupo e de seus integrantes pelos demais (Tajfel, 1982). Tajfel (1974, 1982) também ressalta que os grupos sociais não possuem valor ou importância intrínsecos; mas são avaliados de forma comparativa, em relação a outros grupos. Desse modo, as concepções sobre os grupos, sejam elas positivas ou negativas, são relacionais, ou seja, adquirem significado e valor apenas em comparação com outros grupos.

A Teoria da Identidade Social (Tajfel, 1974) explica que a dinâmica intergrupala é um elemento central para compreender como as pessoas constroem sua identidade social e se relacionam umas com as outras. Nessa teoria, o endogrupo representa o conjunto de indivíduos com os quais a pessoa se identifica, compartilhando valores, crenças e características comuns. Já o exogrupo inclui aqueles que não pertencem a esse mesmo grupo e que, por isso, são percebidos como “diferentes” ou “desviantes”. Essa distinção é fundamental para a formação da identidade social, pois as pessoas tendem a comparar o seu grupo com os demais para reforçar uma visão positiva de si mesmas (Tajfel, 1974, 1982).

A busca por uma identidade social positiva influencia de maneira significativa o comportamento intergrupala, que se refere às interações entre pessoas de diferentes grupos a partir de sua identificação com o grupo de pertença (Tajfel, 1982). Dependendo do contexto, os indivíduos podem agir com base em suas características pessoais ou em função das características e valores do grupo ao qual pertencem. Quando essas características grupais ganham destaque e passam a orientar a forma de agir, pensar e perceber os outros, o comportamento é definido como intergrupala (Tajfel, 1982). Assim, os indivíduos tendem a valorizar positivamente os grupos aos quais pertencem, os endogrupos, porque parte de sua autoimagem e de seu autoconceito está diretamente relacionada ao sentimento de pertencimento a esses grupos sociais. Essa

conexão, juntamente com o significado emocional que ela carrega, é o que Tajfel (1974) define como identidade social.

Pode-se compreender que devido à forte carga simbólica associada ao HIV, a identidade social dessas pessoas tende a ser construída sob o peso de atributos negativos impostos socialmente, levando-as à estigmatização e internalização do estigma, afetando o sentimento de pertencimento e o autoconceito (Carvalho & Souza, 2024). Por outro lado, quando pessoas que vivem com HIV podem se reconhecer como parte de um grupo que compartilha a experiência de viver com o vírus, essa identidade pode se tornar positiva e fortalecedora, levando-as a desenvolver estratégias coletivas de apoio e resiliência (Cajado & Monteiro, 2018; Chan & Mak, 2021; Santos et al., 2024). Nesses casos, a identidade social atua como um fator de empoderamento, possibilitando reconstruir o sentimento de pertencimento e reduzir os impactos do estigma na saúde mental e no bem-estar (Chan & Mak, 2021).

Entretanto, em razão de seu caráter assintomático (não-visível) quando adequadamente tratado e de uma rotina terapêutica cada vez mais simplificada, pode-se inferir que o HIV se configura como uma “*concealable stigmatized identity*”, isto é, uma identidade estigmatizada passível de ocultação (Chenneville et al., 2024). Pessoas com identidades estigmatizadas ocultáveis tendem a apresentar elevada preocupação com a rejeição social, associada ao sofrimento psicológico, uma vez que, embora a ocultação possa reduzir a rejeição social imediata, ela dificulta a formação de vínculos com membros do próprio grupo, o que prejudica a saúde mental (Cortopassi et al., 2024). Portanto, a ocultação da identidade praticada pelos membros de um grupo contribui para o processo de despertencimento, agravando o desafio de viver com uma identidade estigmatizada ocultável e piorando os desfechos na saúde mental (Cortopassi et al., 2024).

Diante dessa complexidade, observa-se que, embora a identidade social possa exercer efeitos positivos sobre a saúde mental e o bem-estar, o processo de identificação com grupos fortemente estigmatizados, como o de pessoas que vivem com HIV, é significativamente difícil e complexo, especialmente quando se consideram as diferentes formas de operacionalização do estigma e da identidade social (Fuster-Ruizdeapodaca et al., 2014). Ademais, o significado atribuído à identidade social varia amplamente entre os diferentes grupos sociais, em função do tipo de estigma envolvido, uma vez que cada grupo constrói e atribui sentidos distintos, positivos ou negativos, às suas características e narrativas (Fuster-Ruizdeapodaca et al., 2014).

Nesse sentido, essa dinâmica torna-se ainda mais complexa quando observada sob a ótica da interseccionalidade, que considera as múltiplas dimensões da identidade social (como gênero, raça, classe, sexualidade, entre outras) e suas interações nos contextos de poder e desigualdade (Crenshaw, 1989). No âmbito do HIV, a intersecção com outras identidades pode contribuir para em situações de estereotipação do grupo e sobreposição de opressões.

### ***Interseccionalidade***

A perspectiva da interseccionalidade propõe que os sistemas de subordinação operam de forma articulada e interdependente, produzindo desigualdades que se reforçam mutuamente (Crenshaw, 1989, 2002). Assim, o conceito evidencia que a sobreposição desses sistemas (como gênero, classe, raça, etnia, sexualidade e outros) gera opressões interligadas e complexas, que incidem com maior intensidade sobre grupos historicamente marginalizados (Crenshaw, 1989, 2002).

A interseccionalidade se tornou uma categoria indispensável no pensamento intelectual contemporâneo, sendo um pressuposto de forte potencial crítico e

transformador. Como conceito, constitui-se como um importante marco teórico e empírico nas ciências sociais (i Escoda et al., 2016). No cenário brasileiro, a interseccionalidade surge como um novo paradigma de interpretação social e política, configurando-se como uma inovação conceitual que possibilita uma compreensão mais ampla e integrada das múltiplas dimensões do sofrimento social (Rios et al., 2018).

A perspectiva interseccional vem sendo cada vez mais incorporada nos estudos do campo da saúde. No contexto do HIV, os estudos epidemiológicos demonstram como as referências de raça, gênero, sexualidade, idade, territorialidade e outras, podem explicar uma maior vulnerabilidade de exposição ao vírus (Barroso et al., 2024; Santos et al., 2018; Spadacio et al., 2024). Além disso, a literatura aponta para uma crescente tendência em adotar a interseccionalidade como uma lente teórico-analítica para compreender os impactos do estigma interseccional, ou seja, o cruzamento de múltiplos estigmas, na vida de pessoas que vivem com HIV (Karver et al., 2022).

A exemplo disso, estudos indicam que mulheres negras que vivem com HIV apresentam prejuízos significativos no bem-estar em decorrência do racismo, sexismo e estigma do HIV (Scott et al., 2025). Outros demonstram que homens gays e bissexuais experienciam múltiplos estigmas decorrentes de seu status HIV+ e de suas sexualidades (Pamoso et al., 2025). Ademais, fatores étnicos, culturais e religiosos também contribuem para a vivência do estigma interseccional nesse contexto (Dada et al., 2014). Em geral, há um consenso na literatura de que o estigma relacionado ao HIV opera de forma mútua e reforçada com outros estigmas relacionados a identidades sociais marginalizadas (Pantelic et al., 2019).

Portanto, a experiência do estigma entre pessoas vivendo com HIV não é homogênea, sendo influenciada pela interação entre múltiplas identidades sociais, de

modo que indivíduos que possuem mais identidades estigmatizadas podem vivenciar níveis mais elevados de estigma, com impactos diferenciados sobre a saúde mental (Storholm et al. 2013).

### **Objetivos, Hipóteses e Visão Geral da Dissertação**

Face ao exposto, essa dissertação tem por objetivo geral avaliar o efeito das microagressões sobre a saúde mental e bem-estar subjetivo de pessoas que vivem com HIV e se esses efeitos são mediados pelo estigma internalizado e moderados pela identidade social.

Especificamente, essa dissertação objetiva: (a) Construir e reunir evidências de validade e precisão da Escala de Microagressões Relacionadas ao HIV; (b) Avaliar o efeito das microagressões na saúde mental de pessoas que vivem com HIV; (c) Avaliar o efeito das microagressões no bem-estar subjetivo de pessoas que vivem com HIV; (d) Testar se o estigma internalizado funcionará como mediador dos efeitos das microagressões na saúde mental e no bem-estar subjetivo; (e) Avaliar se a identidade social exerce um papel moderador no efeito das microagressões na saúde mental e no bem-estar subjetivo; e (f) Avaliar se a identidade social exerce um papel moderador no efeito das microagressões no estigma internalizado.

Desse modo, as hipóteses propostas neste trabalho são:

Hipótese 1. As microagressões estarão associadas negativamente aos indicadores de ajustamento psicológico, apresentando efeito negativo sobre a saúde mental (H1a) e sobre o bem-estar subjetivo (BES; H1b), de modo que maiores níveis de microagressões estarão relacionados a pior saúde mental e menores níveis de BES.

Hipótese 2. As microagressões estarão positivamente associadas ao estigma internalizado (H2a), de forma que maior frequência de microagressões vivenciadas estará relacionada a níveis mais elevados de estigma internalizado.

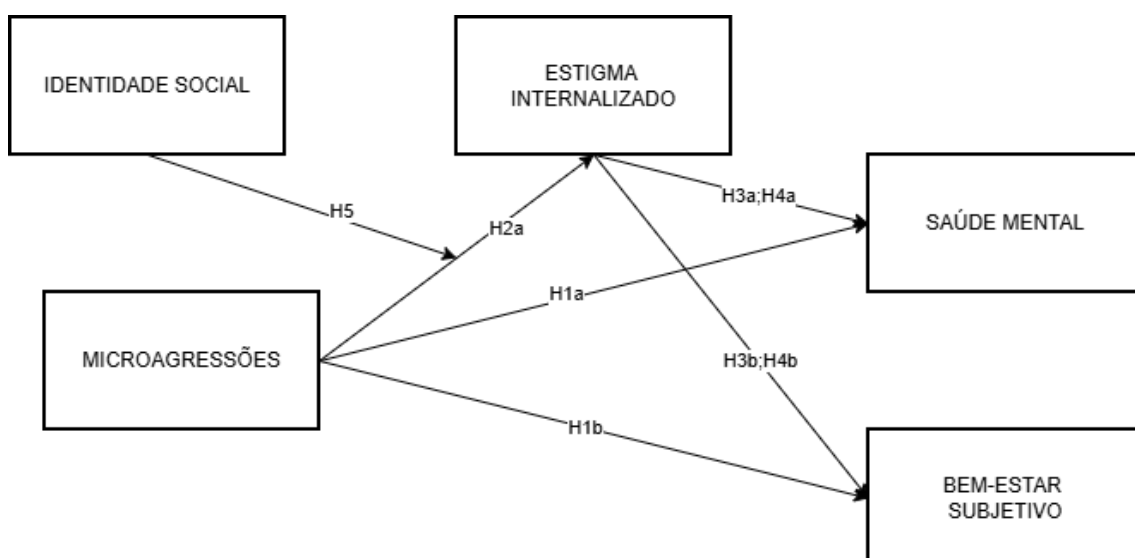
Hipótese 3. O estigma internalizado estará negativamente associado aos desfechos psicológicos, apresentando efeito negativo sobre a saúde mental (H3a) e sobre o BES (H3b).

Hipótese 4. O estigma internalizado mediará a relação entre microagressões e os desfechos psicológicos, de modo que as microagressões estarão associadas a pior saúde mental (H4a) e menor BES (H4b) indiretamente por meio do aumento do estigma internalizado.

Hipótese 5. A identidade social moderará a relação entre microagressões e estigma internalizado, de modo que níveis mais elevados de identidade social atenuarão a associação positiva entre microagressões e estigma internalizado.

### Figura 1

*Representação simplificada do modelo proposto.*



Para alcançar os objetivos descritos, essa dissertação está estruturada em quatro capítulos. O Capítulo 1 (o presente capítulo) apresentou uma introdução da dissertação, com uma breve revisão teórica, seus objetivos e hipóteses. O Capítulo 2 apresenta o Manuscrito 1, intitulado “Construção e Evidências de Validade e Precisão da Escala de Microagressões Relacionadas ao HIV”, no qual é descrito o estudo de construção e de obtenção de evidências de validade e precisão do instrumento. O Capítulo 3 corresponde ao Manuscrito 2, “Microagressões e Saúde Mental de Pessoas que Vivem com HIV: O Papel da Identidade Social e do Estigma Internalizado”, no qual foram testados o modelo explicativo e as relações entre as variáveis do trabalho. Por fim, no Capítulo 4, discuto as implicações, direções futuras e conclusões que podem ser compiladas a partir dos resultados dos estudos descritos.

## Capítulo 2 – Escala de Microagressões Relacionadas ao HIV:

### Construção e Evidências de Validade e Precisão<sup>1</sup>

**Resumo:** Microagressões são formas sutis de discriminação e estigmatização que afetam a vida cotidiana das pessoas que vivem com HIV. Este estudo teve como objetivo descrever o processo de desenvolvimento da Escala de Microagressões Relacionadas ao HIV (EM-HIV) e apresentar evidências de sua validade e confiabilidade no contexto brasileiro. Participaram 163 pessoas que vivem com HIV, que responderam à EM-HIV, bem como a medidas de saúde, bem-estar e estigma, além de um questionário sociodemográfico e clínico-médico. Os resultados indicaram uma estrutura composta por 32 itens distribuídos em três fatores, os quais explicaram 47,6% da variância total. A escala apresentou excelentes índices de confiabilidade ( $\alpha = 0,95$ ;  $\omega = 0,96$ ). A Escala de Microagressões Relacionadas ao HIV demonstrou ser uma medida adequada para avaliar microagressões relacionadas ao HIV no contexto brasileiro e pode subsidiar intervenções voltadas à redução do estigma e à promoção do bem-estar de pessoas que vivem com HIV.

**Palavras-chave:** HIV; Microagressões; Estigma; Desenvolvimento de Escala; Saúde Mental.

**Abstract:** Microaggressions are subtle forms of discrimination and stigmatization that affect the daily lives of people living with HIV. This study aimed to describe the development process of the HIV-Related Microaggressions Scale (HIV-MS) and to present evidence of its validity and reliability in the Brazilian context. A total of 163 people living with HIV participated, completing the HIV-MS, as well as measures of health, well-being, and stigma, in addition to a sociodemographic and clinical-medical questionnaire. The results indicated a structure composed of 32 items distributed across three factors, which explained 47.6% of the total variance. The scale showed excellent reliability indices ( $\alpha = 0.95$ ;  $\omega = 0.96$ ). The HIV-Related Microaggressions Scale has proven to be an appropriate measure for assessing HIV-related microaggressions in the Brazilian context and may support interventions aimed at reducing stigma and promoting the well-being of people living with HIV.

---

<sup>1</sup> Este artigo foi submetido, em 25 de fevereiro de 2026, à avaliação da revista *Trends in Psychology*.

**Keywords:** HIV Microaggressions; Stigma; Scale Development; Mental Health.

## Introdução

No mundo, aproximadamente 87% das pessoas que vivem com HIV conhecem seu status sorológico. Dessas, 89% estão em terapia antirretroviral e, entre elas, 94% alcançaram a supressão viral, tornando sua carga viral indetectável e intransmissível. O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS, 2024), aponta que esses números refletem um cenário otimista e demonstram que o país está no caminho para atingir a meta 95-95-95, estabelecida pelos Estados-membros das Nações Unidas em 2021, que visa eliminar a AIDS como ameaça à saúde pública até 2030. Apesar de grandes progressos mundiais na resposta ao HIV, os avanços se dão de forma desigual quando adotamos um olhar sistêmico para a epidemia. Fatores como estigma, discriminação, desigualdades de gênero e violações de direitos humanos ainda persistem, impactando diretamente os contextos de prevenção, tratamento e manejo do HIV (UNAIDS, 2025a).

Nesse contexto, dados do *People Living with HIV Stigma Index 2.0*, uma pesquisa internacional conduzida por países membros do UNAIDS em parceria com instituições globais, indicam que 23,6% das pessoas que vivem com HIV no mundo já vivenciaram algum tipo de discriminação ao longo da vida, 24,9% sofreram discriminação em serviços de saúde e 37,6% relatam estigma internalizado (*Global Network of People Living with HIV*, 2023). Esses números evidenciam que os impactos psicossociais relacionados ao HIV são significativos na vida de quem vive com o vírus. Pessoas que vivem com HIV encontram-se em situação de vulnerabilidade e frequentemente desenvolvem quadros de depressão e ansiedade que, associados ao

estigma social, resultam em importantes prejuízos na qualidade de vida (Dave, 2024). Além disso, as atitudes e percepções sociais sobre o HIV e a AIDS ainda permanecem marcadas por vieses discriminatórios (Alckmin-Carvalho et al., 2023). Embora mudanças sociais, normativas e legais tenham contribuído para a redução de manifestações abertas de preconceito, observa-se que o estigma não desapareceu, mas passou a se expressar por formas socialmente mais aceitáveis e menos explícitas.

Percebe-se que as formas explícitas de discriminação têm diminuído devido ao fortalecimento das normas sociais e legais que condenam comportamentos abertamente discriminatórios (Martins et al., 2025). Contudo, formas mais sutis de discriminação e estigmatização, chamadas de microagressões, têm se tornado mais recorrentes por não confrontarem diretamente tais normas (Lattanner et al., 2021). As microagressões são ofensas sutis e comuns no dia a dia, sejam elas verbais, comportamentais ou ambientais, expressas de formas intencionais ou não, que comunicam hostilidade, desprezo ou insultos a uma pessoa em função da sua pertença a um ou mais grupos sociais (Sue et al., 2007). Essas ocorrências perpetuam continuamente um cenário de marginalização e discriminação a grupos minoritários (Sue, 2010; Sue et al., 2007). Os danos das microagressões são potencializados por sua natureza recorrente, pela ambiguidade que dificulta seu reconhecimento e pelos desafios associados ao seu enfrentamento. A identificação dessas experiências é complexa, pois envolve discrepâncias interpretativas entre quem pratica e quem sofre a ação, diferentes níveis de consciência sobre o caráter discriminatório desses comportamentos e a frequente tendência a minimizar ou invalidar esses comportamentos como discriminatórios. (Sue, 2010).

A teoria dimensiona as microagressões em três dimensões principais (Sue et al., 2007). Os microassaltos correspondem a formas mais explícitas de discriminação, manifestadas por ações verbais ou não verbais direcionadas a indivíduos ou grupos. Os

microinsultos envolvem comentários ou comportamentos ofensivos e insensíveis que desqualificam a pessoa com base em sua identidade, geralmente de maneira sutil e, por vezes, sem que quem os pratica reconheça seu caráter discriminatório. Já as microinvalidações dizem respeito a comunicações que ignoram, negam ou minimizam as experiências e a realidade social de determinados grupos (Sue et al., 2007). Com o desenvolvimento da teoria ao longo do tempo, essa taxonomia foi revisada e ampliada, passando a considerar que as microagressões podem ocorrer tanto no nível pessoal e interpessoal quanto no nível ambiental, evidenciando como elementos estruturais e contextuais da sociedade também contribuem para a reprodução dessas atitudes (Torino et al., 2018b).

A literatura sobre microagressões tem se expandido significativamente nas últimas décadas, evidenciando impactos consistentes na vida de diferentes grupos minoritários, sobretudo em relação a marcadores sociais como raça, gênero e sexualidade (Nadal, 2018). Dentre esses impactos, estudos indicam que a exposição cumulativa a microagressões está associada a prejuízos na saúde mental, como sintomas depressivos, ansiedade e estresse; na saúde comportamental, incluindo uso abusivo de álcool e transtornos alimentares; e em fatores psicológicos, como autoestima e visão de mundo, além de consequências negativas para a saúde física e para a percepção geral de saúde (Torino et al., 2018a).

Apesar desse avanço, a produção científica permanece concentrada principalmente em microagressões raciais e relacionadas à identidade de gênero e orientação sexual, frequentemente abordadas em perspectivas interseccionais. No caso das pessoas que vivem com HIV, os estudos disponíveis tendem a investigar as experiências de discriminação articuladas a outros marcadores sociais, como raça, orientação sexual, identidade de gênero ou uso de substâncias, privilegiando análises de

estigma interseccional (Dale et al., 2023; Dale & Safren, 2019; Norcini & Turan, 2024; Sayiner et al, 2025; Sharma & Dale, 2023). Embora essa abordagem seja fundamental para compreender a sobreposição de vulnerabilidades sociais, ela dificulta a identificação dos efeitos específicos das microagressões diretamente associadas ao HIV. Assim, as manifestações cotidianas sutis do estigma relacionado ao HIV permanecem relativamente pouco delimitadas conceitual e empiricamente, limitando a compreensão dos mecanismos psicossociais próprios desse tipo de experiência discriminatória.

Ademais, a maioria dos estudos sobre a discriminação e suas consequências na vida de pessoas que vivem com HIV têm se concentrado nas experiências flagrantes e explícitas de discriminação (Eaton et al., 2020). Earnshaw e colaboradores (2022) destacam que o processo de estigmatização de pessoas que vivem com HIV se transforma ao longo do tempo, acompanhando mudanças sociais e históricas. Nesse contexto, as microagressões emergem como uma forma contemporânea de expressão do estigma, onde mesmo com a redução do estigma estrutural e das macroagressões, elas tendem a se tornar uma das principais manifestações de discriminação em cenários de mudança social.

Nesse contexto, torna-se fundamental dispor de um instrumento que avalie diretamente as microagressões associadas ao HIV, permitindo distinguir seus efeitos específicos daqueles decorrentes de outras formas interseccionais de estigma. A partir de uma pesquisa de grupos focais com homens negros vivendo com HIV nos Estados Unidos, Eaton e colaboradores (2020) propuseram uma medida para avaliar a frequência de experiências estigmatizantes relacionadas ao HIV decorrente das microagressões vivenciadas por este grupo: a *HIV Microaggression Scale*. Essa medida compreende um total de 14 itens distintos, organizados em três fatores que representam dimensões das experiências vividas por homens negros que vivem com HIV. O primeiro fator, *Direct*

*Microaggressions*, abrange o tratamento negativo para com pessoas vivendo com HIV. O segundo fator, *Self-protection from Microaggressions*, engloba a evitação de circunstâncias em que se presume que experiências estigmatizantes ocorrem. Já o terceiro fator, *Indirect Microaggressions*, refletem o tratamento negativo para com todas as pessoas vivendo com HIV. Tanto o estudo original quanto investigações subsequentes, embora muito escassas, forneceram evidências de confiabilidade da HIV *Microaggression Scale* e demonstraram associações significativas com medidas de estigma, sintomas psicológicos e fatores psicossociais (Eaton et. al., 2020; Sayiner et al., 2025; Wright et al., 2022).

Apesar de suas qualidades psicométricas, a HIV *Microaggression Scale* apresenta limitações expressivos a serem observados. Inicialmente, a escala foi construída a partir de uma amostra muito específica, homens negros que vivem com HIV, sendo replicada em poucos estudos com maior diversidade amostral (Berman et al., 2021; Liu et al., 2025). A medida possui apenas 14 itens para avaliar um construto complexo e pouco estudado no contexto do HIV, o que pode reduzir sua sensibilidade a variações interseccionais e transversais.

Além disso, a estrutura fatorial da HIV *Microaggression Scale* apresenta limitações psicométricas relevantes. Um de seus três fatores é composto por apenas dois itens, o que pode comprometer a estabilidade das estimativas fatoriais, a precisão da mensuração e a adequada representação do construto latente (Brown, 2015). Ademais, alguns itens apresentam baixa validade de conteúdo. Por exemplo, o item 5 “*You felt that other health conditions (such as breast cancer or heart disease) received more public support than HIV*” (Você sente que outras condições de saúde, como câncer de mama ou doenças cardíacas, recebem mais apoio público do que o HIV) foi alocado no fator que avalia tratamento negativo direcionado individualmente a pessoas vivendo

com HIV. Contudo, esse item parece refletir percepções acerca do contexto sociocultural e da visibilidade pública da doença, aproximando-se mais de avaliações do clima social ou do estigma estrutural do que de experiências interpessoais diretas de microagressão. Tal desalinhamento entre definição teórica do construto e conteúdo do item pode reduzir a validade de construto da medida, ao introduzir indicadores que não representam adequadamente o domínio conceitual das microagressões (Clark & Watson, 2019).

Outro ponto relevante é que essa medida não contempla itens que aludem a paradigmas atuais em relação ao HIV, como o caso da evidência de que pessoas com supressão e carga viral indetectável não transmitem o vírus por via sexual (I=I) (Rodger et al., 2019). Esse cenário revela uma perspectiva ambivalente: por um lado, oferece maiores possibilidades de qualidade de vida para quem vive com HIV; por outro, ainda carrega o sofrimento causado pela desinformação e pelo estigma social associados ao HIV, onde muitas pessoas soronegativas ainda negam essa evidência (Nogueira et al., 2025).

Embora a *HIV Microaggressions Scale* (Eaton et al., 2020) tenha sido incorporada em estudos empíricos recentes, sua utilização ainda permanece limitada e concentrada em poucos contextos socioculturais, predominantemente norte-americanos (Liu et al., 2025; Wiginton et al., 2024; Kalichman et al., 2022; Kalichman et al., 2020; Wright et al., 2022), com escassas aplicações internacionais (Sayiner et al., 2025). De modo geral, as pesquisas que empregaram o instrumento reportam índices adequados de confiabilidade interna; contudo, essas investigações utilizaram a escala principalmente como variável operacional em modelos explicativos, e não com o propósito de examinar sistematicamente suas propriedades psicométricas. Como resultado, permanecem lacunas importantes quanto à estabilidade da estrutura fatorial, à adequação do número

de itens por dimensão e às evidências de validade convergente e discriminante, especialmente diante da proximidade conceitual entre a medida e outras escalas de estigma relacionadas ao HIV (McCallaghan & Steyn, 2025).

Diante dessas limitações, torna-se evidente a necessidade de desenvolver uma medida especificamente voltada à mensuração das microagressões relacionadas ao HIV, capaz de oferecer maior alinhamento teórico ao construto, adequação psicométrica e sensibilidade ao cultural. A construção da escala foi orientada pela taxonomia teórica das microagressões proposta por Sue et al. (2007), que distingue microassaltos, microinsultos e microinvalidações, bem como por desenvolvimentos posteriores que ampliam essa classificação para níveis interpessoais e ambientais (Torino et al., 2018). Essa base teórica fundamentou a elaboração inicial dos itens, buscando captar diferentes formas de manifestação das microagressões no contexto específico do HIV. Assim, este trabalho tem como objetivo apresentar o processo de construção e a obtenção de evidências de validade e precisão da Escala de Microagressões Relacionadas ao HIV (EM-HIV) no contexto brasileiro.

## **Método**

### **Construção dos itens da EM-HIV**

Para a elaboração do instrumento, foi realizado um levantamento da literatura sobre formas de discriminação e preconceito direcionadas a pessoas que vivem com HIV e de medidas já publicadas para mensurar microagressões. A partir dessa revisão, foram selecionadas quatro escalas destinadas à avaliação de microagressões em grupos minoritários, independentemente de estarem validadas para o contexto brasileiro: a *HIV Microaggression Scale* (Eaton et al., 2020), a *Sexual Orientation Microaggressions Scale (SOMS)* e a *Gender Identity Microaggressions Scale (GIMS)*, propostas por Nadal

(2019), e a *Racial Microaggressions Scale (RMAS)*, desenvolvida por Torres-Harding e colaboradores (2012). O levantamento desses instrumentos resultou em uma extensa lista de itens que mensuram diferentes formas de microagressões. Todos esses itens foram avaliados quanto à relevância e à adequação ao contexto do HIV e, após esse processo, foram selecionados, adaptados e contextualizados para essa realidade.

Como exemplo, o item *“I have been told I was overreacting when I confronted someone about their heterosexist behaviors/ slights. I have been told I was overreacting when I confronted someone about their heterosexist behaviors/ slights.”* (“Disseram-me que eu estava exagerando quando confrontei alguém sobre seus comportamentos ou atitudes heterossexistas”), da SOMS (Nadal, 2019), após adaptação para o contexto do HIV, resultou no item: “Já me disseram que eu estava exagerando ao achar que sofri discriminação por viver com HIV”. Da mesma forma, o item *“A loved one (e.g., friend or family) has called me by the wrong personal pronoun”* (“Uma pessoa próxima, como amigo(a) ou familiar, me chamou pelo pronome pessoal errado”), da GIMS (Nadal, 2019), deu origem ao item: “Já ouvi pessoas usarem o termo ‘soropositivos’ para se referir às pessoas que vivem com HIV”.

Ademais, o item *“Someone’s body language showed you that they were bothered because of your HIV status”* (“A linguagem corporal de alguém demonstrou incômodo por causa do seu status sorológico para HIV”), da *HIV Microaggression Scale*, subsidiou a formulação do item: “Já expressaram incômodo quando contei que vivo com HIV”. Por fim, na RMAS (Torres-Harding et al., 2012), o item *“Others assume that I will behave aggressively because of my race”* (“Outras pessoas assumem que eu vou me comportar de forma agressiva por causa da minha raça”) contribuiu para a construção do item: “Já assumiram que, por eu viver com HIV, eu sou uma pessoa triste”. Todos os itens selecionados passaram por esse processo.

A lista final, composta por itens elaborados, extraídos e contextualizados a partir da literatura e das medidas mencionadas, e devidamente adaptada ao contexto do HIV, passou a conter 30 itens. Esses itens foram organizados em quatro dimensões, destinadas a mensurar diferentes formas de microagressões, sendo elas: (1) Microassaltos que são formas evidentes de discriminação em que os atores se comportam deliberadamente de maneira discriminatória, mesmo que sem a intenção de ofender alguém, ou pensam que suas ações não são notadas como preconceituosas); (2) Microinsultos que são declarações ou comportamentos nos quais os indivíduos comunicam, de forma não intencional ou inconsciente, mensagens discriminatórias a membros de grupos-alvo); (3) Microinvalidações que são afirmações verbais que negam ou minimizam as vivências dos membros de grupos minoritários (Sue et al., 2007); e, adicionalmente, (4) Microagressões Ambientais que refletem aspectos estruturais, culturais e contextuais de uma sociedade que perpetuam discriminação e exclusão, mesmo que não sejam necessariamente visíveis ou intencionalmente maliciosos (Torino et al., 2018b).

Essa lista de itens foi submetida à avaliação de seis juízes especialistas, sendo dois doutores e três doutoras, com idades entre 30 e 55 anos ( $M = 37,6$ ;  $DP = 10,06$ ). Todos possuíam experiência em psicometria, construção e validação de instrumentos, além de expertise na área de Psicologia Social, atuando em temáticas relacionadas a preconceito, discriminação, identidade, grupos minoritários e mudança social. A avaliação contemplou evidências de validade de conteúdo, considerando a adequação dos itens às dimensões teóricas do instrumento. Após essa etapa, os juízes especialistas avaliaram aspectos relacionados à clareza, pertinência e representatividade teórica. Essa etapa contribuiu para a evidências de Validade Semântica (VS), com ajustes de redação realizados a partir das sugestões apresentadas, visando garantir maior precisão e

adequação linguística. Para a avaliação da VS, foi utilizada uma escala tipo Likert de 5 pontos, variando de 1 (Não contempla) a 5 (Contempla fortemente).

Na última página do instrumento de avaliação, foi disponibilizado um espaço para que os juízes registrassem comentários qualitativos sobre a escala, os itens e as dimensões, permitindo a identificação de sugestões de ajustes conceituais, semânticos e de redação considerados pertinentes.

Para verificar a validade de conteúdo pelos juízes especialistas, foi calculado o Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC; Hernández-Nieto, 2002) em três etapas. Inicialmente, foi calculado o CVC por juízes para avaliar a concordância entre os pares. Posteriormente, o CVCi por item e o CVC geral da escala. Para esta análise utilizamos o programa *JASP (Version 0.18.3)*. A etapa seguinte consistiu na análise dos comentários e sugestões apresentados pelos seis juízes especialistas. Esse processo possibilitou identificar inconsistências, aprimorar a clareza e a relevância dos itens e, quando necessário, promover ajustes na redação e no conteúdo da EM-HIV.

Adotou-se o valor de  $CVC \geq 0,80$  como critério mínimo para validade de conteúdo, padrão que foi satisfatoriamente alcançado em todos os parâmetros com a EM-HIV. Nesse sentido, nenhum item foi excluído do instrumento por CVCi insuficiente. Ademais, o CVC por juízes também obteve bons parâmetros, demonstrando alta concordância entre os especialistas ( $CVC \geq 0,82$ ). O CVC total da EM-HIV foi de 0,95.

Quanto à análise qualitativa do instrumento feito por cada especialista, os comentários se concentraram em sugestões de reescrita padronizada dos itens para a primeira pessoa, por exemplo “Já me disseram”, “Já ouvi” e “Eu percebo”. Ademais, indicações de melhoria na sensibilidade de alguns itens específicos como por exemplo

“Eu percebo que, em filmes, a maioria dos personagens que vivem com HIV são interpretados por homens gays” para “Eu percebo que em filmes, (...) são interpretados por pessoas LGBT+”.

Outro aspecto destacado de forma recorrente pelos especialistas foi a dificuldade em diferenciar, de maneira conceitual, as dimensões de microinsultos e microassaltos, o que indicava a possibilidade de que essas dimensões não apresentassem distinções psicométricas consistentes. Diante desse cenário, optou-se por adotar a estratégia de desenvolver 11 novos itens, distribuídos entre essas duas dimensões, com o objetivo de refinar sua delimitação conceitual e fortalecer as suas mensurações. Assim, a versão piloto da Escala de Microagressões do HIV (EM-HIV) passou a conter 41 itens, organizados nas quatro dimensões de microagressões.

## **Evidências de Validade de Construto e Precisão**

### ***Participantes***

Contou-se com a participação de 163 pessoas vivendo com HIV, com idades variando de 18 a 69 anos ( $M = 38,50$ ;  $DP = 11,55$ ) e, em sua maioria, pardas (43,5%), homens cisgêneros (72,3%), gays (68,1%) e solteiros (66,2%). Quanto a escolaridade, 50,3% dos participantes afirmaram possuir ensino superior completo, 19,6% ensino superior incompleto, 22% ensino médio completo e o restante da amostra indicou escolaridade inferior ao ensino médio. Em relação ao perfil clínico, todos estão em tratamento antirretroviral, com carga viral indetectável (83,4%) e avaliam sua adesão ao tratamento como muito boa (78,5%). Ainda, a maioria mantém o diagnóstico aberto apenas para familiares e amigos próximos (36,2%); e apenas para amigos próximos (25,1%). O ano de diagnóstico variou entre 1989 e 2025 ( $M = 2016$ ;  $DP = 8,56$ ). A

amostra foi de conveniência, onde os participantes, ao serem convidados, concordaram em participar do estudo e responderam ao instrumento.

### ***Instrumentos***

*Escala de Microagressões Relacionadas ao HIV (EM-HIV)*. Foi utilizada a medida construída na etapa anterior. Conforme já descrito, o instrumento é composto por 41 itens em sua versão inicial, organizados em quatro dimensões. Os itens são respondidos em duas escalas do tipo Likert: uma referente à frequência das situações vivenciadas no último ano, variando de 0 (Nunca) a 5 (Muito frequentemente), e outra relativa ao grau de estresse gerado por tais situações, variando de 0 (Nada estressante) a 5 (Extremamente estressante).

*Questionário de Saúde Geral (QSG-12)*. Essa medida foi elaborada por Goldberg e Williams (1988) e adaptada para o contexto brasileiro por Borges e Argolo (2002). O instrumento contém 12 itens ( $\alpha = 0,92$ ;  $\omega = 0,92$ ), positivos e negativos, destinados à avaliação de sintomas psicológicos. A escala apresentou excelentes índices de ajuste (RMSEA = 0,08; IC 90% [0,07; 0,10]; CFI = 0,93; TLI = 0,92). As respostas são registradas em uma escala de quatro pontos, que varia de 1 (Absolutamente não) a 4 (Muito mais que de costume), com inversão dos itens formulados negativamente.

*Escala de Satisfação com a Vida (ESV)*. A ESV, desenvolvida por Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985) e adaptada para o Brasil por Gouveia et al. (2005), foi utilizada para avaliar o componente cognitivo do bem-estar subjetivo. O instrumento é composto por cinco itens ( $\alpha = 0,86$ ;  $\omega = 0,87$ ), como “Na maioria dos aspectos, minha vida é próxima ao meu ideal”, respondidos em uma escala que varia de 1 (Discordo totalmente) a 7 (Concordo totalmente).

*Escala de Afetos Positivos e Negativos.* Essa escala foi originalmente desenvolvida por Diener e Emmons (1984) com a finalidade de mensurar a frequência de estados afetivos experimentados pelos indivíduos. A versão inicial é composta por nove adjetivos representativos de afetos, sendo quatro positivos (feliz, alegre, satisfeito e divertido) e cinco negativos (deprimido, preocupado, frustrado, raivoso e infeliz). Posteriormente, Chaves (2003) incluiu o adjetivo “otimista” para ampliar a avaliação dos afetos positivos. O instrumento apresentou bons índices de consistência interna tanto para o fator de afetos positivos ( $\alpha = 0,88$ ;  $\omega = 0,88$ ) quanto para o de afetos negativos ( $\alpha = 0,85$ ;  $\omega = 0,82$ ). Os participantes indicam o quanto vivenciaram cada afeto nos últimos dias em uma escala de sete pontos, que varia de 1 (Nada) a 7 (Extremamente).

As medidas que compõem a avaliação do Bem-estar Subjetivo, Escala de Afetos Positivos e Negativos e Escala de Satisfação com a Vida, quando analisadas de forma conjunta, apresentaram excelentes índices de ajuste (RMSEA = 0,07; IC 90% [0,06; 0,09]; CFI = 0,94; TLI = 0,93), além de elevada consistência interna ( $\alpha = 0,93$ ;  $\omega = 0,93$ )

*Escala de Estigma Internalizado.* Foi utilizada a *Internalized AIDS-Related Stigma Scale (IA-RSS)*, proposta por Kalichman et al. (2009), de forma adaptada para o contexto brasileiro. O instrumento possui estrutura unifatorial composta por seis itens ( $\alpha = 0,77$ ;  $\omega = 0,79$ ), cujas respostas são apresentadas de forma dicotômica, sendo 1 para “concordo” e 0 para “discordo”. Os índices de ajuste obtidos foram considerados limítrofes (RMSEA = 0,15; IC 90% [0,13; 0,19]; CFI = 0,87; TLI = 0,79).

*Questionário clínico-médico e sociodemográfico.* Informações sobre a condição clínica relacionada ao HIV, tais como o ano do diagnóstico, a carga viral, a adesão ao

tratamento antirretroviral e a revelação do status sorológico. Ademais, contou com perguntas abordando idade, gênero, orientação sexual, escolaridade, estado civil, posicionamento político e classe socioeconômica.

### ***Procedimentos***

A aplicação do questionário se deu em formato online. O link de acesso ao instrumento foi divulgado por meio de redes sociais (Instagram, WhatsApp e Facebook), com o apoio de ONG's, instituições, grupos e páginas que abrangiam a temática do HIV, sendo a coleta realizada por meio da plataforma SurveyMonkey. Ao acessar o link, os participantes eram inicialmente apresentados ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, somente após concordarem com sua participação, eram direcionados para responder o questionário. O projeto obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília, aprovada com o parecer nº 7.801.171 (CAAE: 89879525.1.0000.5558).

### ***Análise de Dados***

Embora o instrumento contenha duas subescalas, uma que mensura a frequência e outra que avalia o estresse associado às microagressões, para condução das análises de validação foi utilizada apenas a subescala de frequência, com o objetivo de identificar inicialmente como esses eventos são percebidos, para, em um segundo momento, analisá-los em relação ao nível de estresse que provocam. A referência de apenas uma das subescalas contribui para maior coerência nos resultados das análises fatoriais, pois cada uma representa um tipo distinto de mensuração. Como consequência, a fatorabilidade dos itens pode variar entre elas, de modo que a estrutura fatorial pode apresentar itens com saturação na subescala de frequência que não se repetem na subescala de estresse.

Foram realizadas análises fatoriais exploratórias (AFE), com o objetivo de avaliar a estrutura fatorial da EM-HIV utilizando o software JASP (*Version 0.95.2*). A análise foi implementada utilizando uma matriz de correlação de Pearson e método de extração *Principal Axis Factoring* (PAF). Para avaliar a adequação da amostra para a AFE, utilizou-se o índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett. A decisão sobre a retenção de fatores foi realizada por meio da técnica da análise paralela e a rotação utilizada foi a oblíqua *Promax* (Hendrickson & White, 1964). A adequação do modelo foi avaliada por meio dos índices de ajuste *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA), *Comparative Fit Index* (CFI) e *Tucker-Lewis Index* (TLI), observando que valores de RMSEA devem ser menores que 0,08 e valores de CFI e TLI devem ser acima de 0,90 ou 0,95 (Brown, 2006). Além disso, para verificar a consistência interna do instrumento, foi adotado o coeficiente Alfa de Cronbach e Ômega de McDonald (Pasquali, 2012). Por fim, foram realizadas análises de correlação de Pearson através do programa R Studio (*Version 4.5.2*).

## Resultados

O resultado significativo do teste de esfericidade de Bartlett,  $\chi^2(820) = 5441,5$ ,  $p < 0,001$ , e o valor de 0,91 do teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) atestaram a interpretabilidade da matriz de correlação, sugerindo a possibilidade de prosseguir com a análise fatorial exploratória (AFE). Tendo como base teórica, estimava-se uma estrutura de quatro fatores para a EM-HIV, cuja variância total explicada foi de 49,9% e índices de ajustes adequados, RMSEA = 0,06 IC 90% [0,06; 0,07], CFI = 0,86 e TLI = 0,82. A estrutura apresentou uma distribuição muito desproporcional dos itens, onde um dos quatro fatores saturou apenas três itens. Ainda, foi feita uma AFE com uma estrutura de três fatores, solução que explicou 47,6% da variância e apresentou índices de ajustes adequados, RMSEA = 0,07 IC 90% [0,06; 0,07], CFI = 0,84 e TLI = 0,81. Já

no modelo derivado empiricamente, a análise paralela recomendou a retenção de dois fatores (Tabela 1). A solução com dois fatores explicou 45,1% da variância e apresentou índices de ajustes insatisfatórios, RMSEA = 0,07 IC 90% [0,07; 0,08], CFI = 0,81 e TLI = 0,78.

**Tabela 1**

*Resultados da Análise Paralela da EM-HIV.*

Fatores	Percentual de variância explicada dos dados reais	Percentual de variância explicada dos dados aleatórios
1*	16,231	1,956
2*	3,272	1,865
3	1,481	1,749
4	1,423	1,683

*Nota.* \*Fatores a serem retidos.

Após a análise dos três modelos apresentados acima, uma nova AFE foi feita, agora fixando em três fatores como estrutura final e adotando o critério de corte de itens que apresentassem saturação superior a 0,40. Dessa forma, foram descartados seis itens por saturação inferior: “Já assumiram que, por eu viver com HIV, eu sou usuário de drogas”, “Já ouvi pessoas dizendo “Estou limpo(a)” quando o assunto era HIV”, “Já ouvi as pessoas usarem o termo “aidéticos” para se referir às pessoas que vivem com HIV”, “Eu percebo que outras questões de saúde recebem mais suporte do governo do que o HIV”, “Já me disseram que, por eu viver com HIV, eu teria AIDS” e “Já desistiram de se relacionar comigo quando contei que vivo com HIV”.

Ademais, os itens “Já me disseram que, mesmo sendo indetectável, eu não deveria me envolver em relacionamentos” (F1 = 0,41; F3 = 0,60), “Já me disseram que eu não deveria fazer sexo por viver com HIV” (F1 = 0,41; F3 = 0,45) e “Já me disseram

que, mesmo sendo indetectável, eu ainda represento um risco para as pessoas” (F1 = 0,46; F3 = 0,40) apresentaram cargas fatoriais cruzadas, sendo, também, descartados.

A EM-HIV, em sua versão de três fatores, apresentou variância total explicada de 49,3% e índices de ajustes adequados, RMSEA = 0,07 IC 90% [0,06; 0,08], CFI = 0,84 e TLI = 0,87. A nova estrutura fatorial passou a ser composta por 32 itens e pode ser conferida na tabela 2.

**Tabela 2**

*Estrutura e Cargas Fatoriais dos Itens da EM-HIV.*

Item	Fator 1	Fator 2	Fator 3
1. Já me disseram ou insinuaram que meu status de HIV+ é resultado de algo que eu fiz de “errado” no meu passado.	<b>0,89</b>	0,13	-0,22
2. Já assumiram que, por eu viver com HIV, eu tive muitos parceiros sexuais.	<b>0,79</b>	0,10	-0,13
3. Já me disseram que eu estava exagerando ao achar que sofri discriminação por viver com HIV.	<b>0,77</b>	-0,18	0,13
4. Já me disseram que eu falo demais sobre discriminação contra pessoas com HIV.	<b>0,71</b>	0,12	-0,00
5. Já me disseram, “é assim mesmo” quando expressei frustração sobre discriminação por viver com HIV.	<b>0,69</b>	0,10	0,08
6. Já me disseram que viver com HIV hoje em dia é fácil, então eu não deveria reclamar.	<b>0,61</b>	0,01	-0,05
7. Já me disseram que eu não parecia alguém que vive com HIV.	<b>0,60</b>	0,00	0,05
8. Já assumiram que, por eu viver com HIV, eu já tive outras infecções sexualmente transmissíveis.	<b>0,59</b>	-0,00	0,18
9. Já assumiram que, por eu viver com HIV, eu sou uma pessoa triste.	<b>0,58</b>	0,02	0,13
10. Já assumiram que, por eu viver com HIV, eu não sou saudável.	<b>0,56</b>	-0,04	0,26
11. Já ouvi que não é necessário ter tratamentos especiais para alguém que vive com HIV, pois a infecção não muda nada.	<b>0,48</b>	0,04	0,13

12. Já expressaram incômodo quando contei que vivo com HIV.	<b>0,46</b>	-0,13	0,30
13. Já ouvi pessoas dizerem que hoje em dia não é preciso falar sobre HIV.	<b>0,44</b>	0,28	-0,00
14. Já recebi conselhos para não revelar que vivo com HIV.	<b>0,40</b>	0,37	-0,07
15. Eu percebo que as pessoas que vivem com HIV costumam ser representadas de forma negativa nas mídias.	-0,15	<b>0,86</b>	0,09
16. Eu percebo que em debates públicos raramente se fala sobre as pessoas que vivem com HIV.	0,09	<b>0,73</b>	-0,27
17. Eu percebo que as pessoas que vivem com HIV têm pouca representatividade na sociedade.	-0,01	<b>0,72</b>	-0,01
18. Eu percebo que pessoas com HIV têm que esconder sua condição a qualquer custo para não serem julgadas.	-0,13	<b>0,72</b>	0,03
19. Eu percebo que geralmente a mídia exclui pessoas que vivem com HIV.	-0,14	<b>0,67</b>	0,06
20. Já ouvi as pessoas usarem o termo “soropositivos” para se referir às pessoas que vivem com HIV.	0,02	<b>0,65</b>	-0,20
21. Já ouvi, de forma negativa, que a vida de quem tem HIV nunca mais será a mesma.	0,09	<b>0,60</b>	0,20
22. Já ouvi comentários de que as pessoas que vivem com HIV são um gasto desnecessário para o governo.	0,17	<b>0,51</b>	0,09
23. Já ouvi que pessoas que vivem com HIV sempre têm que tomar muitos medicamentos e com efeitos colaterais.	0,07	<b>0,50</b>	0,21
24. Já ouvi piadas ou comentários sobre HIV de pessoas que não sabiam da minha condição.	-0,00	<b>0,50</b>	0,16
25. Já ouvi que o HIV afeta apenas pessoas que não se cuidam.	0,26	<b>0,47</b>	0,04
26. Eu percebo que, em filmes, a maioria dos personagens que vivem com HIV são interpretados por pessoas LGBTQ+.	-0,00	<b>0,40</b>	0,03
27. Já ouvi que pessoas com HIV devem se preocupar em evitar o contato com outras pessoas.	-0,08	0,06	<b>0,82</b>
28. Já me disseram que não dá para confiar quando eu afirmo que indetectável significa intransmissível (I=I).	0,24	-0,10	<b>0,68</b>

29. Já me disseram que, mesmo sendo indetectável, as pessoas ainda podem se infectar se tiverem contato comigo.	0,02	-0,07	<b>0,65</b>
30. Já ouvi que quem vive com HIV nunca vai poder ter uma vida sexual normal.	-0,01	0,30	<b>0,63</b>
31. Já ouvi que é raro alguém com HIV viver uma vida plena e feliz.	0,10	0,28	<b>0,48</b>
32. Já me disseram que eu deveria me relacionar apenas com pessoas que vivem com HIV.	0,24	-0,14	<b>0,47</b>
% variância	39,2	7,1	3,0
Total de itens	14	12	6
Alpha de Cronbach	0,92	0,89	0,86
Ômega de McDonald	0,92	0,90	0,86

Os itens apresentaram cargas fatoriais adequadas, variando de 0,40 (item 26) a 0,89 (item 1). A consistência interna total da EM-HIV foi excelente ( $\alpha = 0,95$ ;  $\omega = 0,96$ ).

A análise semântica dos itens de cada fator permitiu nomeá-los como:

Fator 1 - Microagressões Diretas: agrupa itens que representam o tratamento negativo direcionado a pessoa que vive com HIV, de forma direta e individual. Fator 2 - Microagressões Indiretas: reúne itens que estão relacionados ao tratamento negativo direcionado indiretamente às pessoas que vivem com HIV, ou seja, ao grupo social.

Fator 3 - Microagressões Higienistas: abrange itens que minam ou limitam o contato e relação de pessoas que vivem com HIV com outras pessoas.

Foram realizadas análises de correlação entre os fatores da estrutura da EM-HIV. Todas as correlações são positivas e variando de 0,59 a 0,74, na subescala de frequência e de 0,77 a 0,85 na subescala de estresse, indicando associações moderadas a altas entre os construtos. O maior coeficiente de correlação foi entre o fator Microagressões Diretas e o fator Microagressões Higienistas, já as demais correlações também demonstram associações aceitáveis. Aparentemente, a vivência do estresse tende a ser

percebida de forma mais global, enquanto a frequência pode ser mais diferenciada entre tipos de microagressão. Esses resultados podem ser visualizados na tabela 3.

**Tabela 3**

*Matriz de correlações entre os fatores da EM-HIV.*

Fatores	Frequência					Estresse				
	MD	MI	MH	M	DP	MD	MI	MH	M	DP
Microagressões Diretas	—			1,93	1,29	—			1,90	1,37
Microagressões Indiretas	<b>0,65</b>	—		3,31	1,06	<b>0,80</b>	—		2,79	1,43
Microagressões Higienistas	<b>0,74</b>	<b>0,59</b>	—	1,70	1,27	<b>0,85</b>	<b>0,77</b>	—	1,98	1,49

*Nota.* Correlações de Pearson entre os fatores. MD = Microagressões Diretas; MI = Microagressões Indiretas; MH = Microagressões Higienistas.

A correlação de Pearson indicou associação positiva forte ( $r = 0,777$ ;  $p < 0,001$ ), entre os escores totais das subescalas de Frequência ( $M = 2,30$ ;  $DP = 1,05$ ) e Estresse ( $M = 2,20$ ;  $DP = 1,30$ ), sugerindo que maiores frequências de microagressões estão associados a maiores níveis de estresse.

Por fim, análises de correlação com outras variáveis indicaram que a maior frequência de microagressões esteve significativamente associada a maiores níveis de afetos negativos (H1), estigma internalizado (H2) e abertura do diagnóstico (H3); e menores níveis de satisfação com a vida (H4), afetos positivos (H5), bem-estar subjetivo (H6) e adesão ao tratamento (H8). Trata-se de correlações fracas, com exceção referente aos afetos negativos, que pode ser considerada moderada ( $r = 0,30$ ). Não houve associação significativa, entretanto, entre microagressões e saúde geral, sendo a única hipótese não corroborada (H7). Os demais coeficientes de correlação podem ser observados na Tabela 4.

**Tabela 4***Correlação da frequência de microagressões com variáveis relacionadas.*

Variáveis	Escala de Microagressões Relacionadas ao HIV
Bem-estar subjetivo	<b>-0,29*</b>
Afetos positivos	<b>-0,20*</b>
Afetos negativos	<b>0,30*</b>
Satisfação com a vida	<b>-0,26*</b>
Saúde geral	<b>-0,07</b>
Medida de estigma	
Estigma internalizado	<b>-0,20*</b>
Adesão ao tratamento	<b>-0,20*</b>
Abertura do diagnóstico	<b>0,28*</b>

*Nota.* \* = significativo a nível  $p < 0,01$ .

### Discussão

O presente estudo teve como objetivo construir e reunir evidências de validade de construto e consistência interna para a Escala de Microagressões Relacionadas ao HIV (EM-HIV). A literatura internacional já conta com uma série de escalas validadas e replicadas que mensuram diferentes tipos de microagressões (Torres-Harding et al., 2012; Nadal, 2018), esses instrumentos forneceram uma lista de itens que foram extraídos e contextualizados para o campo do HIV. Além disso, a literatura já conta com uma escala internacional de 14 itens que mensura microagressões nesse contexto (Eaton et al., 2020).

Após a elaboração e adaptação dos itens e sua categorização nas dimensões de microagressões, uma amostra inicial foi avaliada por juízes especialistas, que confirmaram a adequação conceitual e a clareza dos itens, fornecendo evidências de validade de conteúdo. A versão inicial da escala, composta por 41 itens distribuídos em quatro fatores, foi submetida a análises fatoriais exploratórias e testes de confiabilidade

para investigar evidências de validade baseadas na estrutura interna. Considerando modelos teóricos e empíricos, definiu-se a versão final da Escala de Microagressões Relacionadas ao HIV (EM-HIV) com 32 itens organizados em três fatores: Microagressões Diretas, Microagressões Indiretas e Microagressões Higienistas, apresentando índices de precisão adequados e consistentes com os parâmetros psicométricos recomendados na literatura (Valentini & Damásio, 2016).

Apesar de ser inicialmente elaborada como um instrumento que se baseia essencialmente na taxonomia de microagressões (Sue et al., 2007), dificilmente os instrumentos que mensuram esse construto se ajustam nessa estrutura fatorial. Tem-se instrumentos que podem variar de estruturas unidimensionais, como a versão brasileira da Escala Microagressões Raciais de Gênero (Martins et al., 2025), a seis fatores, como a versão brasileira da *Racial and Ethnic Microaggressions Scale* (Nunes et al., 2025). Encontra-se, no cenário internacional, outras medidas como a *Sexual Orientation Microaggressions Scale* (SOMS) e *Gender Identity Microaggressions Scale* (GIMS) que apresentam cinco fatores em suas composições (Nadal, 2019). Isso aparentemente demonstra que os grupos sociais tendem a organizar e perceber as vivências de microagressões de formas diferentes.

Além disso, embora os itens da escala possam teoricamente abranger diferentes aspectos da discriminação direcionada às pessoas que vivem com HIV (como insultos, invalidações, invisibilização, estereótipos, desinformação etc.), essas experiências são aparentemente percebidas de forma direta e indireta pelos participantes. Esse resultado pode refletir especificidades do contexto do HIV, no qual as experiências de microagressões podem se manifestar de forma diferenciada entre categorias teóricas tradicionais. Assim, esse padrão pode refletir uma vivência ambivalente marcada pela

sobreposição e simultaneidade dos efeitos do estigma associados ao acobertamento (ou não) do HIV. Sabe-se que a abertura do diagnóstico ainda é um ponto expressivo de dificuldade na realidade de pessoas que vivem com HIV (UNAIDS, 2025b). Dessa forma, pessoas que vivem com HIV podem experimentar situações de discriminação mesmo sem revelar seu status sorológico. Ou seja, a discriminação pode ocorrer de forma indireta, uma vez que o próprio diagnóstico de HIV+ já está fortemente associado ao estigma social (Gomes et al., 2021).

Por outro lado, os itens que compõem os fatores Microagressões Diretas e Microagressões Indiretas pareceram se diferir conforme sua construção frasal. No primeiro caso, observa-se o uso de expressões como “já me disseram” e “já assumiram”, que indicam situações explícitas, direcionadas e intencionais, voltadas à pessoa que vive com HIV. No segundo caso, predominam afirmativas como “eu percebo” e “já ouvi”, que remetem a experiências mais difusas e ambientais, não dirigidas a um indivíduo específico, mas ao grupo social de pessoas vivendo com HIV. Corroborando com isso, estudos internacionais mostram que a forma de redação dos itens de uma escala pode alterar sua estrutura interna, influenciando correlações e a sua fatoração. Esse fenômeno, chamado “*Item Wording Effects*”, pode gerar dimensões artificiais em uma escala pela maneira como os itens foram escritos (Bulut, 2021).

Ainda, o fator que mais se diferiu dos outros foi nomeado como Microagressões Higienistas, isso pois reuniu itens que expressam situações ocasionadas pela evitação do contato e relação com o outro. O HIV ainda é marcado por um estigma fortemente atrelado a visões higienistas, sobretudo porque uma das principais formas de exposição ao vírus é pelo contato sexual. Assim, embora as práticas sexuais sejam um ponto relevante quando se fala sobre infecções sexualmente transmissíveis, observa-se que

esse cenário é decomposto pelo estigma social que associa o HIV à promiscuidade e ao descuido (Silva & Pimentel, 2023). Desse modo, mesmo com um extenso número de evidências que indicam que carga viral indetectável é intransmissível, muitas pessoas ainda optam em negar essa realidade e evitam se relacionar com pessoas que vivem com HIV por não quererem “correr o risco” de serem infectadas (Nogueira et al., 2025). Isso influencia diretamente a maneira como as pessoas que vivem com HIV são percebidas e se relacionam com o outro.

A validade de construto foi avaliada por meio da correlação entre os índices de microagressões e escores derivados de medidas de saúde geral, bem-estar subjetivo, afetos positivos e negativos, satisfação com a vida, abertura do diagnóstico, adesão ao tratamento e estigma internalizado. Essa análise fundamenta-se no Modelo do Estresse de Minoria, segundo o qual as disparidades em saúde mental e bem-estar observadas entre grupos minoritários e grupos dominantes podem ser explicadas pela exposição a estressores específicos associados a processos de discriminação (Meyer, 1995). Nesse modelo, estressores distais, como as microagressões, tendem a se articular com estressores proximais, a exemplo do estigma internalizado, uma vez que a vivência recorrente de discriminações sutis pode favorecer a incorporação de crenças negativas sobre si e sobre o grupo ao qual o indivíduo pertence, neste caso, pessoas vivendo com HIV (Meyer, 2013).

Adicionalmente, o grau de abertura do diagnóstico, entendido como o nível em que a pessoa compartilha com familiares, amigos e conhecidos a condição de viver com HIV, pode estar relacionado à experiência de microagressões. Indivíduos que revelam mais amplamente seu diagnóstico tendem a se expor com maior frequência a contextos nos quais podem vivenciar microagressões ou outras formas de discriminação

(Chenneville et al., 2024). De modo semelhante, a adesão à terapia antirretroviral também se relaciona à frequência dessas experiências, considerando que episódios de estigma e discriminação têm sido empiricamente associados a menores níveis de adesão ao tratamento (Rintamaki et al., 2019).

Diante disso, os resultados obtidos sustentaram a validade convergente e de critério da EM-HIV, evidenciadas por correlações positivas e estatisticamente significativas com medidas de estigma internalizado, afetos negativos e abertura do diagnóstico. Além disso, a escala apresentou evidências de validade discriminante, uma vez que construtos teoricamente distintos, como afetos positivos, bem-estar subjetivo, satisfação com a vida e adesão ao tratamento, também se associaram de maneira significativa à frequência de microagressões.

### **Considerações Finais**

Embora os resultados forneçam evidências favoráveis de validade de construto e precisão da Escala de Microagressões Relacionadas ao HIV, algumas limitações podem ser observadas. Inicialmente, destaca-se o tamanho reduzido da amostra e sua pouca representatividade quanto à diversidade de gênero e sexualidade, uma vez que a maioria dos participantes se identificava como homens cisgêneros e gays. Embora esse grupo seja reconhecido como população-chave para o HIV (Ministério da Saúde, 2025), essa composição limita a generalização dos resultados. Outro aspecto que reforça essa limitação é o recorte de escolaridade, marcado por uma alta proporção de respondentes com ensino superior completo ou incompleto. Esse fator pode influenciar os achados, especialmente quando se consideram pessoas com menor nível de escolaridade ou inseridas em contextos socioculturais menos expostos a discursos críticos sobre

discriminação (Sue, 2010). Além disso, a amostra foi obtida por conveniência, o que pode introduzir vieses de seleção.

Estudos futuros devem buscar a replicação das análises em amostras mais diversificadas quanto ao gênero, escolaridade, idade, classe social e territorial. Além disso, destaca-se a importância de examinar as relações da EM-HIV com outras variáveis essenciais nesse contexto, tais como suporte social, estratégias de enfrentamento, autoestima e sintomas psicológicos (Melchior et al. 2007; Barros et al., 2024; Wendt & Costa, 2025), com vistas a reunir evidências adicionais de validade convergente, discriminante e preditiva.

Em síntese, o presente estudo alcançou seu objetivo ao construir e reunir evidências de validade e precisão para a Escala de Microagressões Relacionadas ao HIV no contexto brasileiro. A escala demonstrou adequação psicométrica e oferece uma ferramenta válida para avaliar experiências de estigmatização e discriminação vividas por pessoas vivendo com HIV no Brasil. Sua aplicação pode subsidiar ações de pesquisa, intervenção e formulação de políticas públicas mais sensíveis às desigualdades interseccionais no contexto brasileiro.

### **Capítulo 3 – Microagressões e Saúde Mental de Pessoas que Vivem com HIV:**

#### **O Papel da Identidade Social e do Estigma Internalizado**

**Resumo:** A saúde mental e o bem-estar de pessoas que vivem com HIV são fundamentais para a adesão ao tratamento e a qualidade de vida. Contudo, microagressões relacionadas ao HIV, enquanto formas sutis e cotidianas de estigmatização, atuam como estressores persistentes com impactos psicológicos significativos. Somado a isso, níveis elevados de estigma internalizado podem intensificar tais efeitos, agravando desfechos em saúde mental. Este estudo teve como objetivo testar empiricamente um modelo de estresse de minoria moderado, no qual as microagressões relacionadas ao HIV foram operacionalizadas como estressores distais, o estigma internalizado como mecanismo proximal mediador e a identidade social como variável moderadora desse processo. Participaram 193 pessoas que vivem com HIV, que responderam a um questionário online. Foram realizadas análises de mediação e moderação com base em modelagem estrutural. Os resultados indicaram que as microagressões se associam diretamente a piores níveis bem-estar e, indiretamente, a desfechos negativos em saúde mental por meio do estigma internalizado. Esse efeito indireto foi moderado pela identidade social. Os achados evidenciam a relevância dos mecanismos psicossociais na experiência de pessoas que vivem com HIV.

**Palavras-chave:** HIV; Microagressões; Saúde Mental; Identidade Social; Estigma Internalizado.

**Abstract:** The mental health and well-being of people living with HIV are fundamental to treatment adherence and quality of life. However, HIV-related microaggressions, as subtle and everyday forms of stigmatization, function as persistent stressors with significant psychological impacts. In addition, high levels of internalized stigma may intensify these effects, worsening mental health outcomes. This study aimed to empirically test a moderated minority stress model in which HIV-related microaggressions were operationalized as distal stressors, internalized stigma as a proximal mediating mechanism, and social identity as a moderating variable in this process. A total of 193 people living with HIV completed an online questionnaire. Mediation and moderation analyses were conducted using structural equation modeling. The results indicated that microaggressions were directly associated with lower levels of well-being and indirectly associated with negative mental health outcomes through

internalized stigma. This indirect effect was moderated by social identity. The findings highlight the relevance of psychosocial mechanisms in shaping the experiences of people living with HIV.

**Keywords:** HIV; Microaggressions; Mental Health; Social Identity; Internalized Stigma.

## Introdução

A Estratégia Global para a AIDS 2026–2031 estabelece um caminho decisivo para fortalecer a resposta mundial ao HIV ao reconhecer que o enfrentamento da epidemia exige não apenas avanços biomédicos, mas também a transformação das condições sociais que sustentam desigualdades em saúde. Entre suas metas centrais destacam-se a ampliação do acesso à terapia antirretroviral e a eliminação do estigma e da discriminação, especialmente nos serviços de saúde (UNAIDS, 2025c). Esse direcionamento reflete o crescente consenso científico de que tratar o HIV exclusivamente como uma infecção é insuficiente, sendo necessário compreender os processos psicossociais que estruturam a experiência de viver com o vírus (Costa et al., 2021).

Estudos têm demonstrado de forma consistente que o estigma e a discriminação permanecem entre os principais fatores associados à menor adesão ao tratamento, pior qualidade de vida e maior sofrimento psicológico entre pessoas que vivem com HIV (Barros et al., 2024; Mugo et al., 2023; Oppenheimer et al., 2025). A dinâmica de saúde mental em grupos minoritários resulta da interação dinâmica entre fatores biológicos, psicológicos e sociais, sendo particularmente vulnerável à exposição contínua a experiências de exclusão social, desigualdade e discriminação (Martins et al., 2020). Assim, compreender a saúde mental das pessoas vivendo com HIV implica analisar como processos sociais de estigmatização se tornam incorporados à experiência subjetiva dos indivíduos. Nesse sentido, os efeitos da discriminação sobre o ajustamento

psicológico não são necessariamente diretos, mas frequentemente mediados por processos psicológicos proximais que traduzem experiências sociais em consequências subjetivas, como a internalização do estigma e ameaças identitárias.

As experiências de discriminação constituem elemento central na dinâmica do estigma relacionado ao HIV, afetando diretamente a identidade pessoal e social dos indivíduos (Earnshaw et al., 2015). Desde a formulação clássica de Goffman (1963), o estigma é compreendido como um processo social que transforma determinados atributos em marcas de desvalorização, levando indivíduos a internalizar avaliações sociais negativas. A internalização do estigma ocorre quando pessoas que vivem com HIV passam a incorporar crenças e narrativas socialmente difundidas acerca do vírus em seu autoconceito (Smith et al., 2008). Evidências recentes indicam que o estigma internalizado representa um mecanismo psicológico proximal particularmente relevante para explicar prejuízos em saúde mental e bem-estar nessa população (Van der Kooij et al., 2023), convergindo com a literatura do estresse de minoria, segundo a qual eventos discriminatórios operam como estressores distais cujo impacto depende da forma como são interpretados, incorporados ou resistidos pelos indivíduos.

A Teoria da Identidade Social (Tajfel, 1979) oferece um referencial importante para compreender esses processos. Segundo essa abordagem, parte significativa do autoconceito deriva das pertenças grupais e da valorização social associada a esses grupos. Indivíduos buscam manter uma identidade social positiva por meio do pertencimento a coletividades valorizadas; contudo, quando a identidade grupal é socialmente estigmatizada, surgem tensões identitárias capazes de afetar autoestima, pertencimento e bem-estar psicológico. Pesquisas recentes indicam que a identificação grupal pode constituir um recurso psicossocial relevante para promoção de saúde, fortalecendo redes de apoio e significado coletivo (Wakefield et al., 2019). Esses

achados sugerem que a identidade social não atua apenas como fator de risco ou proteção de forma direta, mas pode funcionar como um mecanismo regulador dos efeitos do estigma, influenciando as experiências discriminatórias serão ou não internalizadas. Assim, a identidade social pode operar como um recurso psicossocial capaz de amortecer processos de internalização do estigma decorrentes da discriminação cotidiana.

Historicamente, os estudos sobre discriminação em saúde concentraram-se em manifestações explícitas de preconceito, frequentemente denominadas macroagressões (Berman et al., 2021). Contudo, pesquisas contemporâneas indicam que a discriminação moderna ocorre predominantemente por meio de formas sutis, ambíguas e cotidianas de exclusão social. Nesse contexto emergem as microagressões, definidas como ofensas breves e comuns do cotidiano, verbais, comportamentais ou ambientais, que comunicam hostilidade ou invalidação dirigida a indivíduos em função de suas pertencas sociais (Sue et al., 2007; Sue, 2010). Tais experiências frequentemente permanecem invisibilizadas ou socialmente minimizadas, produzindo efeitos psicológicos adicionais decorrentes da dificuldade de reconhecimento e enfrentamento dessas situações. Por essa razão, as microagressões são frequentemente podem ser compreendidas como estressores crônicos de baixa intensidade, cujo impacto psicológico emerge de sua repetição e da necessidade constante de interpretação social, tornando particularmente relevantes os processos identitários envolvidos em sua assimilação psicológica.

A literatura contemporânea tem demonstrado que microagressões constituem estressores psicossociais particularmente relevantes por sua frequência, ambiguidade e caráter cumulativo. Estudos mostram que experiências diárias de discriminação sutil podem exercer impacto mais persistente sobre o bem-estar do que formas abertas de preconceito (Adedeji et al., 2023). Revisões sistemáticas indicam associações robustas

entre microagressões e sintomas depressivos, ansiedade, sofrimento psicológico e ideação suicida em diferentes populações marginalizadas (DeSon & Andover, 2024). Evidências convergentes foram observadas em populações LGBTQI, nas quais a exposição recorrente a microagressões se associa a maior risco de depressão, ansiedade e abuso de substâncias (Marchi et al., 2024), bem como em estudos epidemiológicos com pessoas trans, nos quais níveis mais elevados de microagressões predizem pior saúde mental e maior risco de autoagressão (Wright et al., 2025).

A perspectiva da interseccionalidade tem destacado que indivíduos pertencentes a múltiplos grupos socialmente marginalizados experimentam níveis mais elevados de microagressões e maior vulnerabilidade à deterioração da saúde mental (Williams et al., 2023). De fato, grande parte da literatura empírica que investiga microagressões envolvendo pessoas que vivem com HIV tem sido desenvolvida a partir de enquadramentos interseccionais, nos quais a sorologia é analisada em articulação com outros marcadores sociais, como raça, gênero e sexualidade, mais do que como fonte específica de discriminação cotidiana. Estudos conduzidos com mulheres negras vivendo com HIV demonstram que microagressões racializadas e de gênero estão associadas a sintomas depressivos, trauma psicológico e pior funcionamento psicossocial (Dale et al., 2023), enquanto análises de rede evidenciam que racismo, sexismo, estigma relacionado ao HIV e adversidades socioeconômicas operam como sistemas interdependentes que explicam desfechos clínicos e psicológicos nessa população (Sharma & Dale, 2023).

Evidências adicionais indicam que microagressões interseccionais influenciam comportamentos de saúde e adesão ao tratamento por meio de mecanismos psicológicos intermediários, como auto-silenciamento e estratégias de enfrentamento desadaptativas (Shahid & Dale, 2023), bem como processos mais amplos de estresse de minoria

associados a conflitos identitários e exclusão social (Garcia, 2024; Sarno et al., 2022). Embora esses achados reforcem a relevância da abordagem interseccional, eles também indicam que o HIV frequentemente aparece como uma dimensão adicional da experiência de opressão, revelando uma lacuna na investigação dos efeitos específicos das microagressões diretamente relacionadas à sorologia. Essa lacuna sugere a necessidade de investigar não apenas a exposição às microagressões, mas os mecanismos psicológicos por meio dos quais tais experiências se convertem em sofrimento psicológico, particularmente quando relacionadas à própria condição sorológica.

Nesse contexto, compreender os impactos psicossociais das microagressões relacionadas ao HIV requer considerar o papel central da identidade social. A literatura demonstra que a identificação grupal pode promover suporte social, pertencimento e autoeficácia coletiva, contribuindo para melhores indicadores de saúde mental (Cruwys et al., 2014; Greenaway et al., 2015; Sani et al., 2012). Contudo, diferentemente de identidades estigmatizadas visíveis, o HIV frequentemente constitui uma identidade estigmatizada ocultável, cuja expressão depende de decisões contínuas de revelação ou ocultamento (*concealment*). Pesquisas sobre identidades ocultáveis mostram que indivíduos precisam gerir estrategicamente informações identitárias em interações sociais, equilibrando a redução do risco de discriminação com os custos psicológicos associados ao *concealment*, incluindo vigilância social constante, antecipação de rejeição e restrições ao suporte social disponível (Quinn, 2017). Assim, as microagressões relacionadas ao HIV podem operar simultaneamente como eventos interpessoais e como ameaças identitárias, ativando processos cognitivos e emocionais ligados ao gerenciamento do estigma. Nesse contexto, a identidade social pode desempenhar papel ambivalente: enquanto o *concealment* reduz a exposição direta ao

preconceito, a identificação positiva com o grupo pode oferecer recursos simbólicos e sociais capazes de proteger o *self* contra a internalização do estigma.

À luz do modelo de estresse de minoria, experiências discriminatórias constituem estressores sociais distais que influenciam a saúde mental por meio de mecanismos proximais, como estigma internalizado, expectativa de rejeição e autoavaliações negativas (Meyer, 2003). Microagressões representam formas particularmente insidiosas desses estressores, pois sua ambiguidade exige interpretações subjetivas contínuas e aumenta o desgaste psicológico cumulativo (Lui & Quezada, 2019). Nesse processo, a identidade social desempenha papel fundamental ao moderar a tradução das experiências discriminatórias em sofrimento psicológico. Evidências indicam que vínculos grupais e afetos endogrupais podem amortecer os efeitos das microagressões ao favorecer estratégias coletivas de enfrentamento e validação social (Kalb et al., 2020). Entretanto, identidades mais centrais também podem ampliar a sensibilidade à discriminação e intensificar a percepção de ameaças ao *self* social (Hu et al., 2025). Dessa forma, a identidade social pode simultaneamente funcionar como recurso protetivo e como amplificador das consequências emocionais das microagressões.

Tomados em conjunto, esses achados sugerem que os efeitos das microagressões relacionadas ao HIV não são uniformes, mas dependem dos processos identitários por meio dos quais tais experiências são interpretadas e internalizadas. Assim, propõe-se que os efeitos das microagressões relacionadas ao HIV na saúde mental e bem-estar subjetivo ocorram predominantemente de forma indireta, via estigma internalizado, sendo condicionados pelos processos identitários que definem se tais experiências serão assimiladas ou psicologicamente amortecidas.

Diante desse contexto, o presente estudo busca investigar de que maneira experiências cotidianas de microagressões relacionadas ao HIV se associam à saúde mental de pessoas que vivem com HIV, considerando os processos psicossociais por meio dos quais tais experiências produzem seus efeitos. Especificamente, parte-se da proposição de que microagressões constituem estressores sociais distais que impactam o bem-estar psicológico principalmente por meio da internalização do estigma associado à sorologia. Ao mesmo tempo, assume-se que a identidade social não atua apenas como variável individual adicional, mas como condição contextual capaz de alterar a forma como essas experiências são interpretadas e psicologicamente processadas.

Assim, o presente estudo testa empiricamente um modelo de estresse de minoria moderado, no qual as microagressões relacionadas ao HIV são concebidas como estressores distais, o estigma internalizado como mecanismo proximal mediador e a identidade social como moderadora desse processo. O modelo proposto integra a literatura sobre estresse de minoria, identidade social e microagressões ao propor um modelo explicativo no qual a identidade social atua como mecanismo de *buffering* identitário, modulando a internalização do estigma.

Especificamente, hipotetiza-se que as microagressões estarão associadas negativamente aos indicadores de ajustamento psicológico, apresentando efeito negativo sobre a saúde mental (H1a) e sobre o bem-estar subjetivo (BES; H1b), de modo que maiores níveis de microagressões estarão relacionados a pior saúde mental e menores níveis de BES. Ademais, espera-se que as microagressões estejam positivamente associadas ao estigma internalizado (H2), de forma que maior frequência de microagressões vivenciadas esteja relacionada a níveis mais elevados de estigma internalizado. Por sua vez, o estigma internalizado estará negativamente associado aos desfechos psicológicos, apresentando efeito negativo sobre a saúde mental (H3a) e

sobre o BES (H3b). Consequentemente, propõe-se que o estigma internalizado mediará a relação entre microagressões e os desfechos psicológicos, de modo que as microagressões estarão associadas a pior saúde mental (H4a) e menor BES (H4b) indiretamente por meio do aumento do estigma internalizado. Por fim, hipotetiza-se que a identidade social moderará a relação entre microagressões e estigma internalizado (H5), de modo que níveis mais elevados de identidade social atenuarão a associação positiva entre microagressões e estigma internalizado.

## **Método**

### **Participantes**

Participaram do estudo 193 pessoas vivendo com HIV com idades entre 18 e 81 anos ( $M = 38,97$ ;  $DP = 12,26$ ). A amostra foi majoritariamente composta por indivíduos pardos (45,6%), homens cisgêneros (67,3%), gays (64,7%), solteiros (64,7%), classe média (28,5%) e de orientação política de esquerda (48,6%). Quanto à escolaridade, 46,3% relataram ter ensino superior completo, 19,6% superior incompleto, 21,7% ensino médio completo e os demais níveis inferiores ao ensino médio. No perfil clínico, o ano de diagnóstico variou entre 1984 e 2025 ( $M = 2016$ ;  $DP = 9,00$ ). Destes todos estavam em terapia antirretroviral, a maioria com carga viral indetectável (81,8%) e relatando adesão ao tratamento considerada muito boa (77,7%). A maioria dos participantes reportou que abriram o diagnóstico apenas para familiares e amigos próximos (33,6%). As Tabelas Suplementares 1 e 2 descrevem as características da amostra de forma detalhada.

### **Instrumentos**

Inicialmente, o instrumento incluiu questões sociodemográficas abordando idade, gênero, orientação sexual, escolaridade, estado civil, posicionamento político e

classe socioeconômica. Também contemplou perguntas relacionadas ao quadro clínico do HIV, como ano do diagnóstico, carga viral, adesão ao tratamento e revelação do diagnóstico. Além disso, para analisar as variáveis pertinentes ao estudo, foram utilizadas as seguintes medidas:

*Microagressões.* Utilizamos a Escala de Microagressões Relacionadas ao HIV (EM-HIV; Apresentada no capítulo anterior). Essa medida possui 32 itens ( $\alpha = 0,95$ ;  $\omega = 0,95$ ) distribuídos em três fatores: (1) Microagressões Diretas ( $\alpha = 0,92$ ;  $\omega = 0,92$ ), que reúne microagressões dirigidas diretamente à pessoa que vive com HIV; (2) Microagressões Indiretas ( $\alpha = 0,89$ ;  $\omega = 0,90$ ), que engloba microagressões voltadas ao grupo social dessas pessoas; e o (3) Microagressões Higienistas ( $\alpha = 0,86$ ;  $\omega = 0,86$ ), que contempla microagressões que minam ou dificultam o contato e as relações com outras pessoas. Os itens são respondidos em duas subescalas tipo Likert, uma sobre a frequência das situações vivenciadas no último ano (de 0 – Nunca a 5 – Muito frequentemente) e outra sobre o nível de estresse causado por essas situações (de 0 – Nada estressante a 5 – Extremamente estressante).

*Estigma Internalizado.* Adaptamos a *Internalized AIDS-Related Stigma Scale* (IA-RSS; Kalichman et al., 2009), para o contexto brasileiro. Após o processo de adaptação transcultural, a medida foi titulada como “Escala de Estigma Internalizado Relacionado ao HIV”. Essa medida apresenta uma estrutura unidimensional composta de seis itens ( $\alpha = 0,77$ ;  $\omega = 0,79$ ), onde as respostas são dadas de forma dicotômica: concordo (1) ou discordo (0).

*Identidade Social.* Para a mensuração da identidade social, utilizamos a Escala Multidimensional de Identificação Grupal (MGIS; Leach et al., 2008; adaptado por Souza et al., 2019), essa escala busca medir a identificação de um indivíduo com seu

grupo de pertença. Nesse sentido, essa escala foi aplicada como medida de identificação com o grupo HIV+. A escala contém 14 itens ( $\alpha = 0,74$ ;  $\omega = 0,71$ ) distribuídos em cinco fatores. Para este estudo, utilizamos apenas dois fatores desse instrumento, sendo eles: Centralidade, que engloba itens sobre o autoconceito em relação à identificação no endogrupo (por exemplo, "Ser uma pessoa que vive com HIV é uma parte importante de como eu me defino"), e Satisfação, que apresenta itens sobre a satisfação quanto ao pertencimento do endogrupo (por exemplo, "Eu sou feliz por ser uma pessoa que vive com HIV"). Os itens são respondidos por meio de uma escala de sete pontos que varia de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente).

*Saúde Mental.* Para avaliar a saúde mental utilizamos o Questionário de Saúde Geral (QSG-12; Goldberg & Williams, 1988; adaptado por Borges & Argolo, 2002). É composto de 12 itens ( $\alpha = 0,92$ ;  $\omega = 0,92$ ), negativos e positivos, que avaliam os sintomas descritos. As respostas são dadas em uma escala de 4 pontos: (1) absolutamente não até (4) muito mais que de costume; sendo os itens invertidos quando negativos. Adicionalmente, a saúde mental foi avaliada a partir de uma perspectiva positiva, por meio do construto de Bem-estar Subjetivo (Diener, 1984), o qual abrange as três dimensões, operacionalizadas por duas medidas, descritas a seguir.

*Bem-estar Subjetivo.* Para avaliar o Bem-Estar Subjetivo, foram empregadas duas medidas. A primeira é a Escala de Afetos Positivos e Negativos (Diener & Emmons, 1984; adaptada por Chaves, 2003) com o objetivo de medir o nível de estados afetivos vivenciados. Composta por 10 itens que representam afetos, sendo cinco positivos (feliz, alegre, satisfeito, divertido e otimista) e cinco negativos (deprimido, preocupado, frustrado, raivoso e infeliz). A escala apresenta bons índices de consistência interna, tanto para o fator de afetos positivos ( $\alpha = 0,88$ ;  $\omega = 0,88$ ) quanto para o fator de afetos negativos ( $\alpha = 0,85$ ;  $\omega = 0,82$ ). O instrumento verifica o quanto cada um desses

afetos foi experimentado nos últimos dias, utilizando uma escala de resposta de sete pontos, que varia de 1 (Nada) a 7 (Extremamente). A Escala de Satisfação com a Vida (ESV; Diener et al., 1985; adaptada por Gouveia et al., 2005), é composta por cinco itens ( $\alpha = 0,86$ ;  $\omega = 0,87$ ), como “Na maioria dos aspectos, minha vida é próxima ao meu ideal”. As respostas são dadas em uma escala de 1 (Discordo totalmente) a 7 (Concordo totalmente). Foi computado um escore único para o Bem-Estar Subjetivo a partir das medidas de afetos positivos, negativos e satisfação com a vida, que apresentou ótima consistência interna ( $\alpha = 0,93$ ;  $\omega = 0,93$ ).

### **Procedimentos e Aspectos Éticos**

A pesquisa foi conduzida em conformidade com as normas éticas estabelecidas pelas Resoluções 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que orientam estudos envolvendo seres humanos. O projeto obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília, aprovada com o parecer nº 7.801.171 (CAAE: 89879525.1.0000.5558), e todos os procedimentos foram planejados para garantir a privacidade, o anonimato e a autonomia dos participantes, os quais consentiram por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados foi realizada de forma on-line pela plataforma *SurveyMonkey*. O link de acesso ao instrumento foi divulgado em redes sociais (Instagram, WhatsApp e Facebook), com o apoio de ONG's, instituições, grupos e páginas dedicadas à temática do HIV. Ao acessar o link, os participantes eram primeiramente apresentados ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, somente após concordarem em participar, eram direcionados para o preenchimento do questionário.

### **Análise de Dados**

Os dados foram analisados por meio do software R (*Version 4.5.2*), utilizando-se principalmente o pacote *lavaan* (Rosseel, 2012). Para testar as hipóteses do estudo, foi estimado um modelo de equações estruturais (*Structural Equation Modeling – SEM*). A SEM foi utilizada por permitir a estimativa simultânea de variáveis latentes, o controle do erro de medição e efeitos indiretos condicionais dentro de um único modelo integrado. A mediação foi examinada a partir da estimação dos caminhos estruturais e do cálculo dos efeitos indiretos, enquanto a moderação foi testada por meio da inclusão de termos de interação latente entre microagressões e identidade social. A mediação moderada foi avaliada por meio da estimação de efeitos indiretos condicionais em diferentes níveis da identidade social ( $-1$  desvio-padrão, média e  $+1$  desvio-padrão), bem como pelo cálculo do Índice de Mediação Moderada (IMM; Hayes, 2015).

O modelo foi estimado pelo método de *Maximum Likelihood Robust* (MLR), com erros-padrão e estatística do qui-quadrado robustos, e com tratamento de dados ausentes via *Full Information Maximum Likelihood* (FIML), procedimento que permite a utilização de toda a informação disponível e produz estimativas consistentes sob o pressuposto de dados ausentes ao acaso (Enders, 2010). O ajuste global do modelo foi avaliado com base em múltiplos índices de qualidade de ajuste, incluindo o qui-quadrado ( $\chi^2$ ), o *Comparative Fit Index* (CFI), o *Tucker–Lewis Index* (TLI), o *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) e o *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR). Foram adotados os seguintes critérios de ajuste: CFI e TLI  $\geq 0,90$  (adequado) e  $\geq 0,95$  (excelente), RMSEA  $\leq 0,08$  (adequado) e  $\leq 0,06$  (excelente) (Hu & Bentler, 1999).

Dados, códigos de sintaxe e materiais estão disponíveis online via Open Science Framework (OSF) em: <https://osf.io/m8t2j/>.

## Resultados

O modelo de mediação moderada apresentou ajuste global aceitável, com teste de qui-quadrado não significativo,  $\chi^2(2) = 5,359$ ,  $p = 0,069$ . Os índices de ajuste indicaram valores de CFI = 0,966 e TLI = 0,793. O RMSEA foi 0,099, IC 90% [0,000; 0,205], e o SRMR = 0,029. Os índices robustos foram semelhantes (CFI = 0,966; TLI = 0,793; RMSEA = 0,099), sugerindo estabilidade das estimativas.

Inicialmente, foram examinados os efeitos diretos das microagressões relacionadas ao HIV sobre os desfechos psicológicos. Observou-se que as microagressões apresentaram efeito negativo significativo sobre o bem-estar subjetivo ( $b = -0,277$ ; EP = 0,083;  $p = 0,001$ ), indicando que maiores níveis de microagressões estão associados a menores níveis de BES, corroborando a Hipótese 1b. Por outro lado, não foi observado efeito direto significativo das microagressões sobre a saúde mental ( $b = -0,006$ ; EP = 0,020;  $p = 0,761$ ), não corroborando a Hipótese 1a.

Considerando que o modelo teórico propõe que os efeitos das microagressões sobre os desfechos psicológicos ocorrem por meio de processos psicossociais intermediários, foram examinadas as associações envolvendo o estigma internalizado. As microagressões apresentaram associação positiva e significativa com o estigma internalizado ( $b = 0,074$ ; EP = 0,018;  $p < 0,001$ ), indicando que maior frequência de microagressões vivenciadas está associada a níveis mais elevados de estigma internalizado, corroborando a Hipótese 2. Por sua vez, o estigma internalizado associou-se negativamente à saúde mental ( $b = -0,170$ ; EP = 0,069;  $p = 0,014$ ) e o bem-estar subjetivo ( $b = -1,116$ ; EP = 0,276;  $p < 0,001$ ), indicando que níveis mais elevados de estigma internalizado estão relacionados a pior saúde mental e menor BES, corroborando as Hipóteses 3a e 3b.

A análise dos efeitos indiretos indicou que as microagressões influenciaram significativamente a saúde mental,  $b = -0,013$ , IC 95% [-0,023; -0,002], e o bem-estar subjetivo,  $b = -0,082$ ; IC 95% [-0,140; -0,025], por meio do estigma internalizado, corroborando as Hipóteses 4a e 4b. Esses efeitos podem ser mais bem visualizados na Tabela 5. Observa-se que, no caso da saúde mental, a mediação ocorreu mesmo na ausência de efeito direto significativo, indicando que o impacto das microagressões sobre esse desfecho ocorre predominantemente de forma indireta, via estigma internalizado.

**Tabela 5**

*Efeitos diretos, indiretos e totais das microagressões sobre saúde mental e bem-estar subjetivo.*

Desfecho	Efeito	$\beta$	EP	$b$	$p$	IC 95%
Saúde Mental	Direto	-0,026	0,020	-0,006	0,761	[-0,046; 0,034]
	Indireto	—	0,006	-0,013	0,025	[-0,023; -0,002]
	Total	—	0,020	-0,019	0,340	[-0,057; 0,020]
Bem-estar Subjetivo	Direto	-0,251	0,083	-0,277	< 0,001	[-0,439; -0,114]
	Indireto	—	0,029	-0,082	0,005	[-0,140; -0,025]
	Total	—	0,079	-0,359	< 0,001	[-0,514; -0,204]

*Nota.* Nível médio de identidade social nos efeitos indiretos.

Em seguida, examinou-se o papel da identidade social como variável moderadora. A identidade social apresentou associação negativa significativa com o estigma internalizado ( $b = -0,086$ ; EP = 0,016;  $p < 0,001$ ), sugerindo que níveis mais elevados de identidade social estão associados a menor internalização do estigma. Além disso, a interação entre microagressões e identidade social foi significativa na predição do estigma internalizado ( $b = -0,034$ ; EP = 0,011;  $p = 0,002$ ), indicando que a identidade social atenua a associação positiva entre microagressões e estigma internalizado, corroborando a Hipótese 5.

A análise dos efeitos indiretos condicionais demonstrou que as microagressões influenciaram a saúde mental e o bem-estar subjetivo por meio do estigma internalizado em função dos níveis de identidade social. Em níveis baixos de identidade social, os efeitos indiretos foram significativos para a saúde mental ( $b = -0,019$ ; EP = 0,008;  $p = 0,020$ ) e para o bem-estar subjetivo ( $b = -0,126$ ; EP = 0,043;  $p = 0,003$ ). Em níveis médios, os efeitos também foram significativos na saúde mental ( $b = -0,013$ ; EP = 0,006;  $p = 0,025$ ) e no bem-estar subjetivo ( $b = -0,082$ ; EP = 0,029;  $p = 0,005$ ). Em níveis elevados de identidade social, os efeitos indiretos não foram significativos nem na saúde mental ( $b = -0,006$ ; EP = 0,004;  $p = 0,147$ ) nem no bem-estar subjetivo ( $b = -0,038$ ; EP = 0,024;  $p = 0,114$ ).

Os índices de mediação moderada foram significativos para a saúde mental (IMM = 0,006; EP = 0,003;  $p = 0,043$ ) e para o bem-estar subjetivo (IMM = 0,038; EP = 0,016;  $p = 0,018$ ), indicando que o efeito indireto das microagressões via estigma internalizado varia em função da identidade social. Observa-se redução progressiva desses efeitos à medida que a identidade social aumenta, sugerindo papel protetivo desse construto. Os efeitos supracitados estão descritos na Tabela 6.

**Tabela 6**

*Efeitos condicionais das microagressões em função da identidade social.*

Desfecho	Nível de IDS	Efeito	$b$	EP	$p$	IC 95%
Saúde Mental (QSG-12)	Baixo (-1 DP)	Indireto	-0,019	0,008	0,020	[-0.035; -0.003]
	Médio	Indireto	-0,013	0,006	0,025	[-0.023; -0.002]
	Alto (+1 DP)	Indireto	-0,006	0,004	0,147	[-0.014; 0.002]
	Baixo (-1 DP)	Total	-0,025	0,020	0,201	[-0.064; 0.014]
	Médio	Total	-0,019	0,020	0,340	[-0.057; 0.020]
	Alto (+1 DP)	Total	-0,012	0,020	0,545	[-0.051; 0.027]
Bem-estar Subjetivo	Baixo (-1 DP)	Indireto	-0,126	0,043	0,003	[-0.209; -0.042]
	Médio	Indireto	-0,082	0,029	0,005	[-0.140; -0.025]

(BES)	Alto (+1 DP)	Indireto	-0,038	0,024	0,114	[-0.086; 0.009]
	Baixo (-1 DP)	Total	-0,402	0,081	<0,001	[-0.561; -0.244]
	Médio	Total	-0,359	0,079	<0,001	[-0.514; -0.204]
	Alto (+1 DP)	Total	-0,315	0,081	<0,001	[-0.475; -0.156]

*Nota.* IDS = Identidade Social.

### Discussão

O presente estudo teve como objetivo avaliar o efeito das microagressões sobre a saúde mental de pessoas que vivem com HIV, examinando o papel mediador do estigma internalizado e o papel moderador da identidade social, à luz de um modelo de estresse de minoria moderado. De modo geral, os resultados oferecem suporte substancial às hipóteses propostas, indicando que as microagressões se associam negativamente à saúde mental e bem-estar subjetivo e que esse impacto ocorre predominantemente por meio da internalização do estigma, sendo condicionado pelos níveis de identidade social.

As microagressões configuram-se como formas sutis de estigmatização e discriminação que impactam negativamente a saúde mental e o bem-estar, além de intensificarem o estresse fisiológico em pessoas que vivem com HIV (Earnshaw et al., 2020). No presente estudo, observou-se que maiores níveis de microagressões estiveram associados diretamente a menores níveis de bem-estar subjetivo, embora o efeito direto sobre saúde mental não tenha sido significativo. Esse padrão sugere que o impacto das microagressões pode se manifestar de forma diferenciada entre indicadores de ajustamento psicológico, sendo mais imediatamente capturado por medidas de bem-estar subjetivo. Esses achados corroboram evidências recentes que investigam a relação entre microagressões e saúde mental nessa população (Eaton et al., 2020; Wright et al., 2022), ao mesmo tempo em que indicam que parte do impacto sobre a saúde mental ocorre predominantemente por vias indiretas.

Nesse sentido, a internalização do estigma mostrou-se um mecanismo explicativo central. Considerando que 37,6% das pessoas que vivem com HIV no mundo relatam experiências de estigma internalizado (*Global Network of People Living with HIV*, 2023), os resultados indicam que a piora da saúde mental e do bem-estar subjetivo ocorre, em grande medida, quando experiências de microagressão são traduzidas em crenças negativas sobre o *self*. Esse achado é consistente com o HIV Stigma Framework (Earnshaw & Chaudoir, 2009) e com evidências empíricas recentes que identificam a internalização como mediadora entre microagressões e sintomas depressivos (Sayiner et al., 2025). Ainda que caracterizadas pela sutileza, as microagressões funcionam como estressores crônicos de baixa intensidade que, quando reiterados, favorecem a incorporação de narrativas desvalorizadoras ao autoconceito (Torino et al., 2018b).

Adicionalmente, a ausência de efeito direto significativo das microagressões sobre saúde mental, acompanhada de efeito indireto significativo via estigma internalizado, é consistente com o padrão denominado *indirect-only mediation* (Zhao et al., 2010). Esse padrão indica que o impacto do preditor sobre o desfecho ocorre predominantemente por meio do mediador, e não de forma direta. Em termos conceituais, esse resultado sugere que as microagressões relacionadas ao HIV não se traduzem automaticamente em pior saúde mental, mas produzem efeitos adversos quando são incorporadas ao autoconceito por meio da internalização do estigma. Do ponto de vista metodológico, tal configuração não invalida a mediação; ao contrário, é considerada evidência de um processo mediacional mais preciso e teoricamente informativo (Hayes, 2018). Assim, a ausência de efeito direto reforça a centralidade do estigma internalizado como mecanismo proximal no processo de adoecimento psicológico.

Quanto ao papel da identidade social, os resultados oferecem suporte direto à hipótese de que ela atua como condição do processo psicossocial que conecta microagressões à saúde mental. Embora a identidade social não tenha moderado diretamente a associação entre microagressões e os desfechos, ela moderou significativamente o efeito das microagressões e estigma internalizado, reduzindo o efeito das experiências discriminatórias na internalização do estigma. Conseqüentemente, os efeitos indiretos das microagressões sobre saúde mental e bem-estar subjetivo variaram em função dos níveis de identidade social, sendo significativos apenas em níveis baixos e médios e não significativos em níveis elevados de identificação com pessoas que vivem com HIV. Esse padrão é teoricamente consistente com o modelo de estresse de minoria, segundo os quais recursos identitários alteram o ponto em que estressores sociais são convertidos em estigma (Stangl et al., 2019), e com o *Rejection-Identification Model* (Branscombe et al., 1999), que propõe que a identificação grupal pode proteger o *self* ao reduzir a internalização do preconceito.

Esses achados contribuem para a literatura ao indicar que a proteção identitária não opera necessariamente por meio da redução direta do impacto emocional das microagressões, mas principalmente pela interrupção do processo de autoestigmatização. No contexto do HIV, essa dinâmica é particularmente relevante, dado que se trata frequentemente de uma identidade estigmatizada ocultável, cuja gestão envolve decisões contínuas de revelação ou *concealment* (Chenneville et al., 2024; Quinn & Earnshaw, 2013). Embora o *concealment* possa reduzir a exposição direta à discriminação, ele também pode intensificar a vigilância e a antecipação da rejeição, tornando ainda mais importante a presença de formas positivas de identificação grupal. Ademais, a associação negativa entre identidade social e estigma internalizado reforça que diferentes dimensões da identificação exercem funções psicológicas específicas

(Chan & Mak, 2020; Fuster-Ruizdeapodaca et al., 2014), sugerindo que aspectos como satisfação e afeto positivo em relação ao grupo podem ser particularmente protetivos.

De modo geral, os resultados sugerem que, entre pessoas que vivem com HIV, a identidade social não apenas se associa a melhores indicadores de ajustamento, mas atua no ponto crítico do processo de estigmatização (a internalização), funcionando como mecanismo de *buffering*. Ademais, em identidades ocultáveis, esse mecanismo de *buffering* pode ocorrer menos na redução imediata do impacto emocional da discriminação e mais na forma como essa experiência é interpretada e incorporada ao *self*. Assim, os resultados indicam que a identidade social relacionada ao HIV pode funcionar como recurso de ressignificação identitária, diminuindo a probabilidade de que experiências de microagressão sejam traduzidas em autoavaliações negativas duradouras.

### **Limitações e Direções futuras**

Algumas limitações devem ser consideradas na interpretação dos resultados. O delineamento transversal impede inferências causais e não permite examinar a temporalidade entre microagressões, internalização do estigma e ajustamento psicológico. Modelos longitudinais ou estudos com medidas repetidas poderiam esclarecer se a exposição contínua a microagressões produz efeitos cumulativos sobre a autoestigmatização e se a identidade social mantém seu papel protetivo ao longo do tempo. Além disso, a utilização de medidas autorrelatadas pode introduzir vieses de desejabilidade social ou variância comum do método, especialmente em constructos sensíveis como estigma e identidade.

Outro aspecto relevante refere-se à composição da amostra, predominantemente formada por homens cisgêneros e indivíduos que se identificam como gays. Embora esse

perfil reflita parcialmente a epidemiologia contemporânea do HIV no Brasil, tal configuração limita a generalização dos achados para mulheres, pessoas trans, indivíduos heterossexuais e outros grupos que vivem com HIV e cujas experiências de estigmatização podem assumir dinâmicas distintas. A literatura indica que gênero, orientação sexual e outras posições sociais estruturam de maneira diferenciada a exposição às microagressões, a internalização do estigma e os recursos identitários disponíveis (Dale et al., 2023; Williams et al., 2023). Assim, os resultados devem ser interpretados como mais representativos de homens cisgêneros gays vivendo com HIV, sendo necessárias investigações futuras com amostras mais heterogêneas para examinar se o modelo de mediação moderada se mantém em outros subgrupos.

Investigações futuras poderiam testar modelos interseccionais, examinando se o mecanismo de *buffering* identitário opera de maneira semelhante em diferentes subgrupos. Adicionalmente, embora a identidade social tenha sido mensurada com base em duas dimensões, pesquisas indicam que centralidade, solidariedade e satisfação grupal podem exercer funções psicológicas distintas (Fuster-Ruizdeapodaca et al., 2014; Chan & Mak, 2020). Estudos futuros poderiam explorar de forma multidimensional como diferentes componentes da identidade contribuem para a redução da internalização do estigma.

Adicionalmente, embora o modelo tenha apresentado CFI adequado e SRMR baixo, o índice TLI situou-se abaixo dos pontos de corte convencionalmente recomendados. Esse padrão deve ser interpretado com cautela, uma vez que modelos com interações latentes estimadas via *Maximum Likelihood Robust* tendem a apresentar redução artificial em índices incrementais de ajuste, especialmente o TLI, devido ao aumento da complexidade estrutural e à natureza não linear dos termos de interação (Maslowsky et al., 2015). O TLI, em particular, penaliza fortemente modelos com maior

complexidade relativa e graus de liberdade reduzidos, podendo subestimar o ajuste em contextos de mediação moderada com interações latentes. Considerando que os demais indicadores apontaram ajuste aceitável, que os parâmetros estruturais foram consistentes com as hipóteses teóricas e que os efeitos condicionais apresentaram padrão coerente e estável, optou-se por interpretar o modelo de forma integrada, conforme recomendações metodológicas para esse tipo de especificação (Little et al., 2006).

### **Considerações Finais**

Em síntese, os achados deste estudo sugerem que os efeitos das microagressões relacionadas ao HIV sobre o ajustamento psicológico não são lineares nem uniformes, mas dependem de processos psicossociais que definem como tais experiências são incorporadas ao *self*. Ao evidenciar que a internalização do estigma constitui o principal mecanismo explicativo e que a identidade social pode atenuar esse processo, os resultados indicam que o sofrimento associado às microagressões emerge sobretudo quando estas são transformadas em autoavaliações negativas duradouras. Assim, mais do que documentar os prejuízos decorrentes da discriminação cotidiana, o presente estudo contribui ao demonstrar que recursos identitários podem alterar o curso desse processo, destacando a relevância de intervenções que fortaleçam formas positivas de pertencimento e ressignificação coletiva da experiência de viver com HIV.

## Capítulo 4 – Discussão Geral e Direções Futuras

Retomando o modelo estrutural que norteia esta dissertação, apresentado na Figura 1, o objetivo geral do estudo foi avaliar o efeito das microagressões sobre a saúde mental de pessoas que vivem com HIV, bem como verificar se esse efeito é mediado pelo estigma internalizado e moderado pela identidade social. Ademais, tivemos por objetivo construir e reunir evidências de validade e precisão da Escala de Microagressões Relacionadas ao HIV.

O Capítulo 2 apresentou o primeiro estudo empírico dessa dissertação, que estabeleceu as bases empíricas para a investigação do fenômeno ao demonstrar que as microagressões relacionadas ao HIV podem ser operacionalizadas de forma psicometricamente consistente no contexto brasileiro. Isso é teoricamente relevante porque reforça a ideia de que microagressões não são apenas impressões pessoais, mas padrões recorrentes de interação, muitas vezes ambíguos, que comunicam desvalorização, suspeição, moralização ou invalidação do pertencimento social do alvo, especialmente em contextos nos quais normas sociais antipreconceito tornam a discriminação aberta menos aceitável (Sue et al., 2007; Sue, 2010; Torino et al., 2018b). Nesse sentido, no segundo capítulo foi descrito detalhadamente o processo de construção e validação da Escala de Microagressões Relacionadas ao HIV (EM-HIV) no contexto brasileiro. A versão final da escala foi composta por 32 itens distribuídos em três fatores, apresentando índices de ajuste adequados, excelente consistência interna, cargas fatoriais elevadas e evidências satisfatórias de validade convergente, discriminante e critério em relação a outros construtos.

Com base nesse instrumento, os resultados indicaram que uma maior frequência de microagressões esteve significativamente associada a menores níveis de bem-estar

subjetivo. Por outro lado, não foi observada associação significativa entre microagressões e saúde mental. Adicionalmente, a EM-HIV apresentou associações significativas com medidas de estigma internalizado e afetos negativos, construtos amplamente reconhecidos como fatores relevantes no impacto sobre a saúde mental de pessoas que vivem com HIV.

O segundo estudo, apresentado no Capítulo 3, demonstrou que maiores níveis de microagressões relacionadas ao HIV estiveram associados diretamente a menores níveis de bem-estar subjetivo (corroborando a hipótese H1b). Em contraste, o efeito direto das microagressões sobre saúde mental não se mostrou significativo quando considerado conjuntamente com o estigma internalizado (o que não confirmou a hipótese H1a). Observou-se ainda que as microagressões estiveram positivamente associadas ao estigma internalizado (H2a), e que este, por sua vez, se associou negativamente tanto à saúde mental quanto ao bem-estar subjetivo (H3a e H3b). Além disso, os resultados indicaram efeitos indiretos significativos das microagressões sobre ambos os desfechos psicológicos por meio do aumento do estigma internalizado, corroborando as hipóteses de mediação propostas (H4a e H4b). Esse padrão de resultados reforça a centralidade da internalização do estigma como mecanismo proximal por meio do qual experiências de discriminação se traduzem em prejuízos ao ajustamento psicológico (Earnshaw & Chaudoir, 2009; Sayiner et al., 2025), além de convergir com evidências recentes que indicam que o impacto das microagressões relacionadas ao HIV sobre a saúde mental e o bem-estar tende a ocorrer predominantemente por vias indiretas (Eaton et al., 2020; Wright et al., 2022).

No que se refere ao papel da identidade social, os resultados também foram consistentes com a Hipótese 5. Especificamente, a identidade social moderou a associação entre microagressões e estigma internalizado, de modo que níveis mais

elevados de identificação com pessoas que vivem com HIV reduziram a intensidade com que experiências de microagressão era internalizadas. Consequentemente, os efeitos indiretos das microagressões sobre saúde mental e bem-estar subjetivo variaram em função dos níveis de identidade social, sendo observados principalmente em níveis baixos e médios de identificação e não se mostrando significativos em níveis elevados. Esse padrão sugere que a identidade social pode atuar como um recurso psicossocial capaz de atenuar o processo de internalização do estigma associado às experiências de discriminação (Cruwys et al., 2014; Greenaway et al., 2015; Stangl et al., 2019). No contexto do HIV, em que a identidade frequentemente é ocultável, esse efeito pode refletir a capacidade de uma identificação social positiva de reduzir a probabilidade de que experiências de microagressão sejam interpretadas como evidência de desvalor pessoal, diminuindo assim a internalização do estigma (Chan & Mak, 2020; Chenneville et al., 2024).

### **Implicações Teóricas**

A presente dissertação oferece um conjunto de contribuições teóricas para a compreensão das microagressões relacionadas ao HIV e de seus efeitos psicossociais. Em primeiro lugar, amplia a literatura sobre microagressões ao direcionar a investigação para um grupo social ainda pouco explorado nesse campo de estudos, o de pessoas que vivem com HIV. Em segundo lugar, avança na mensuração desse fenômeno ao desenvolver e reunir evidências psicométricas para um instrumento específico, a Escala de Microagressões Relacionadas ao HIV (EM-HIV). Em terceiro lugar, ao testar um modelo explicativo que integra microagressões, estigma internalizado e ajustamento psicológico, esta dissertação contribui para elucidar os mecanismos pelos quais experiências de discriminação cotidiana podem se traduzir em prejuízos à saúde mental e ao bem-estar subjetivo. Por fim, ao incorporar a identidade social como variável

moderadora desse processo, o estudo amplia o diálogo entre as literaturas sobre estigma, microagressões e identidade social, evidenciando o papel potencialmente protetivo da identidade social na atenuação dos efeitos psicossociais da estigmatização relacionada ao HIV.

No contexto brasileiro, a literatura sobre microagressões ainda é incipiente, concentrando-se principalmente nos campos racial, de gênero e do trabalho. Em contraste, no cenário internacional, as pesquisas sobre o tema têm conquistado espaço significativo, demonstrando a ocorrência de microagressões em diversos grupos sociais e ambientes (Nunes et al., 2025). Conforme discutido nos Capítulos 1 e 2, apesar dos avanços no campo, as microagressões relacionadas ao HIV permanecem pouco investigadas, havendo ainda um conhecimento limitado sobre esse fenômeno. Portanto, uma primeira contribuição diz respeito ao avanço na literatura sobre microagressões ao deslocar o foco para um grupo minoritário frequentemente invisibilizado nesse campo de estudo, o de pessoas que vivem com HIV. Outro avanço teórico está em demonstrar que microagressões relacionadas ao HIV não precisam produzir efeitos diretos uniformes sobre todos os desfechos para serem psicologicamente relevantes. O padrão observado de associação direta com bem-estar e associação predominantemente indireta com saúde mental sustenta a ideia de que microagressões podem atuar como gatilhos que alteram processos proximais, e não apenas como eventos que produzem sofrimento imediato.

Essa dissertação avança ainda ao construir uma medida específica, que ajuda a superar um gap recorrente: a dependência de instrumentos não específicos ou adaptados de outros marcadores sociais, que podem não capturar conteúdos próprios das microagressões relacionadas ao HIV. Na literatura identifica-se a existência de apenas um instrumento, desenvolvido por Eaton e colaboradoras (2020), que se propõe a

mensurar especificamente as microagressões relacionadas ao HIV, mas que apresenta diversas limitações, apresentadas no Capítulo 2. Diante desse cenário, com base no estudo apresentado no Capítulo 2, foi desenvolvido um instrumento específico para a mensuração de microagressões no contexto do HIV: a Escala de Microagressões Relacionadas ao HIV (EM-HIV). Ao oferecer uma medida psicometricamente mais robusta e teoricamente ancorada, a EM-HIV contribui para o avanço da investigação empírica sobre experiências sutis de estigmatização relacionadas ao HIV, permitindo captar de forma mais precisa interações cotidianas que frequentemente permanecem invisibilizadas em instrumentos mais gerais de discriminação.

A EM-HIV configura-se como uma medida mais robusta, tanto do ponto de vista teórico quanto psicométrico, quando comparada ao de Eaton et al. (2020). Ademais, embora a maioria das escalas destinadas à mensuração de microagressões derive da taxonomia original proposta por Sue e colaboradores (2007), essa classificação foi posteriormente revisada por Torino e colaboradores (2018), com a participação de Sue, ampliando e aprofundando a conceituação das diferentes formas pelas quais as microagressões são praticadas e experienciadas. A EM-HIV demonstra alinhamento com a perspectiva atual ao incorporar, em sua estrutura, itens que contemplam tanto o contexto interpessoal quanto o ambiental das microagressões, o que permite captar não apenas interações diretas entre indivíduos, mas também formas mais difusas e estruturais de comunicação de desvalorização e estigmatização presentes no ambiente social.

O Capítulo 3 amplia a compreensão desse fenômeno ao articulá-lo com outros construtos, tendo como objetivo examinar os efeitos das microagressões sobre a saúde mental de pessoas que vivem com HIV. À semelhança do que tem sido amplamente observado em diferentes grupos sociais (Nadal, 2018), as microagressões relacionadas

ao HIV apresentaram impacto negativo sobre a saúde mental e o bem-estar subjetivo desse grupo. Esse efeito foi parcialmente explicado pela mediação do estigma internalizado, o qual, conforme destacado por Earnshaw e Chaudoir (2009), constitui um importante preditor negativo desses desfechos. Esses resultados corroboram que o estigma relacionado ao HIV atua como um processo psicossocial no qual experiências interpessoais de discriminação podem se traduzir em processos intrapessoais de estigmatização, afetando a saúde mental e a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV (Costa et al., 2021; Barros et al., 2024; Mugo et al., 2023; Oppermeier et al., 2025). Dessa forma, parte dos efeitos das microagressões ocorre porque essas experiências favorecem a internalização de crenças negativas sobre si, constituindo um mecanismo central na relação entre discriminação cotidiana e sofrimento psicológico.

Ademais, a identidade social destaca-se, juntamente com as microagressões, como uma variável inovadora neste estudo. Assim, o interesse em compreender a identidade social de indivíduos pertencentes a diferentes grupos tem se ampliado nas últimas décadas. Jetten e colaboradores (2017) reforçam o potencial promissor em adotar a identidade social nos estudo sobre a saúde e bem-estar de grupos marginalizados. A abordagem da identidade social aplicada à saúde, também denominada “cura social”, sustenta que os grupos sociais podem ser internalizados no autoconceito e que essa identificação exerce influência significativa sobre a saúde (Cruwys et al., 2025). As identidades sociais podem funcionar como recursos psicossociais capazes de ampliar suporte social, promover sentido de pertencimento e favorecer melhores indicadores de saúde e bem-estar (Cruwys et al., 2014; Greenaway et al., 2015; Sani et al., 2012).

Dessa forma, tornou-se necessário examinar como as pessoas que vivem com HIV percebem sua própria identidade social e se, de fato, essa identidade atua como

um fator protetivo da saúde mental, a exemplo do que ocorre em outros grupos sociais. O HIV, por se configurar como uma condição crônica e ainda sem cura, amplamente permeada por narrativas e estereótipos negativos, tende a fragilizar o sentimento de pertencimento das pessoas que vivem com HIV em relação ao próprio grupo (Carvalho & Souza, 2021). Para mais, a possibilidade de ocultação do diagnóstico pode corroborar nessa fragilidade de vinculação. Essa característica torna a dinâmica identitária no contexto do HIV particularmente complexa, uma vez que a possibilidade de ocultamento pode reduzir a exposição direta ao preconceito, mas também intensificar estados de vigilância e antecipação de rejeição, levando a prejuízos para a saúde mental (Chenneville et al., 2024; Quinn & Earnshaw, 2013).

Esses elementos suscitaram o questionamento acerca de como, sendo o HIV um marcador socialmente estigmatizado e considerando que os indivíduos tendem a buscar pertencimento em grupos socialmente valorizados, as pessoas que vivem com HIV constroem sua identificação grupal: se atribuem uma identificação positiva ao próprio grupo ou se, ao contrário, tendem a rejeitá-lo. À vista disso, o estudo evidenciou que pessoas que vivem com HIV com níveis mais elevados de identidade social, isto é, maior identificação grupal, apresentam menos desfechos negativos em saúde mental. Além disso, os resultados indicam que a identidade social pode atuar como um fator protetivo ao reduzir a probabilidade de que experiências de discriminação cotidiana sejam internalizadas como avaliações negativas do *self*, funcionando como um mecanismo de amortecimento do processo de autoestigmatização.

De modo geral, os resultados do modelo explicativo testado corroboram as previsões das teorias que fundamentaram esta dissertação: a Teoria das Microagressões (Sue et al., 2007), a Teoria do Estresse de Minorias (Meyer, 1995), a Teoria da Identidade Social (Tajfel, 1974) e a Teoria do Estigma Social (Goffman, 1963). Em

conjunto, essas abordagens teóricas investigam grupos sociais com o objetivo de compreender a produção e a manutenção das desigualdades na sociedade. Elas evidenciam como processos de discriminação e estigmatização contribuem para a categorização e a hierarquização social entre grupos dominantes e minoritários. Nesse sentido, os resultados sugerem que o sofrimento psicológico, especialmente entre grupos minoritários, para além de fatores individuais, é socialmente produzido. Esses achados reforçam a necessidade de compreender o estigma relacionado ao HIV não apenas como uma experiência individual, mas como um processo social que se expressa em interações cotidianas, estruturas institucionais e dinâmicas identitárias que influenciam diretamente o bem-estar e a saúde mental das pessoas que vivem com HIV.

### **Implicações Práticas**

O Brasil tem se destacado, há mais de quatro décadas, como referência mundial na resposta ao HIV e à AIDS, período no qual importantes direitos foram conquistados. No entanto, nos últimos anos, observa-se uma luta constante pela manutenção e valorização do Sistema Único de Saúde (SUS) e das políticas públicas voltadas ao HIV e à AIDS, cenário intensificado pelo estigma e pela discriminação, que impactam de forma significativa o tratamento, a prevenção e a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV (Ribeiro & Marques, 2024).

O desenvolvimento de uma medida de microagressões no contexto do HIV representa uma inovação importante na área, ao oferecer um instrumento capaz de mensurar o fenômeno de forma mais adequada e possibilitar sua investigação em diferentes variáveis e contextos. Nesse processo, a psicometria contribui como um recurso importante para iniciativas de mudança social. Quando fundamentados em teorias críticas e orientados pelo compromisso com a equidade, os métodos

quantitativos se consolidam como uma abordagem metodológica consistente e significativa para a ciência (Peixoto et al., 2025).

Estudos recentes indicam que as microagressões também se manifestam nos serviços de saúde, sendo frequentemente reproduzidas por profissionais que, em posições de autoridade e poder, acabam por marginalizar pessoas pertencentes a grupos socialmente minoritários (Cruz et al., 2019). No campo da saúde, essas experiências afetam diretamente a busca, o acesso e a adesão aos serviços de cuidado (Fu et al., 2025). Diante desse cenário, pessoas que vivem com HIV e que vivenciaram estigma relacionado à condição apresentam 21% menos probabilidade de acessar serviços de saúde e assistência social e 32% menos probabilidade de aderir ao tratamento, quando comparadas àquelas que não experienciaram estigma (Treloar et al., 2022).

Diferentemente das macroagressões, as microagressões demandam estratégias específicas de enfrentamento, sobretudo por meio de ações educativas e de sensibilização (Torino et al., 2018a). Assim, os resultados apresentados fornecem subsídios para o desenvolvimento, em diferentes contextos, de programas, treinamentos, cursos e outros dispositivos formativos voltados ao fortalecimento da capacidade de perceber, identificar, prevenir e intervir diante de episódios de microagressões relacionadas ao HIV.

Outro resultado relevante diz respeito ao estigma internalizado. Embora esse mecanismo seja compreendido como um fator intrapessoal, ele não pode ser dissociado de eventos estigmatizantes e discriminatórios, como as microagressões. Para além dos fatores ambientais, a desigualdade social é, em parte, sustentada pela internalização psicológica desses processos (Josh et al., 2004). Nesse sentido, intervenções em níveis clínico e psicossocial podem atentar-se à internalização do estigma relacionado ao HIV,

visando à promoção da saúde mental e, de forma simbólica, ao enfraquecimento dos processos psicológicos que contribuem para a legitimação da desigualdade social.

Adicionalmente, os efeitos observados da identidade social convergem com a Teoria da Identidade Social, proposta por Tajfel (1979), segundo a qual a identificação com o grupo pode promover saúde, bem-estar e proteção psicológica. Na prática, esses achados sustentam o desenvolvimento de intervenções coletivas, como grupos de apoio, redes comunitárias, movimentos sociais e estratégias de engajamento político, voltadas ao fortalecimento de identidades sociais positivas.

A efetividade das políticas públicas do HIV depende de respostas intersetoriais e interseccionais, da redução das desigualdades sociais, do estigma e da discriminação (Melo et al., 2025). Além disso, sustenta-se, inicialmente, as microagressões como um problema relevante para a saúde pública, e não apenas como experiências isoladas. Espera-se que os achados decorrentes deste trabalho possam subsidiar tanto para a formulação de novas políticas sociais quanto na avaliação e aprimoramento das políticas públicas do HIV e AIDS.

Por fim, o trabalho contribui para a valorização das ciências humanas, em especial a psicologia social, como disciplinas capazes de produzir respostas mais eficazes nesse campo. Enfrentar o HIV de forma eficaz implica promover mudanças sociais estruturais, capazes de reorganizar normas e práticas sociais, bem como criar sistemas sociais menos estigmatizados e mais promotores de saúde (Leclerc-Madlala, 2011). Assim, a mudança social deixa de ser apenas o pano de fundo da epidemia e passa a constituir um eixo central da resposta, condição indispensável para a produção de efeitos duradouros na prevenção, no cuidado e na qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV (Leclerc-Madlala, 2011).

## **Limitações e direções futuras**

Apesar das contribuições, os estudos desenvolvidos apresentam limitações que impactam na contextualização e alcance dos resultados obtidos.

Primeiro, o delineamento transversal do Estudo 2 limita inferências causais e impede examinar efeitos de causalidade entre microagressões, estigma internalizado e desfechos psicológicos. Modelos longitudinais podem ser empregados para testar a hipótese de efeitos cumulativos das microagressões, bem como a possibilidade de relações recíprocas, por exemplo, pior saúde mental aumentando sensibilidade a microagressões percebidas. A composição amostral dos estudos foi bastante homogênea, com predominância de homens cis e participantes gays. Embora isso possa refletir parcialmente a forma como foi feito o recrutamento dos participantes, limita a generalização para mulheres, pessoas trans e outros subgrupos de pessoas que vivem com HIV. Além disso, evidencia a necessidade de examinar o modelo sob perspectivas interseccionais, considerando que experiências de estigma e microagressões podem se intensificar ou assumir conteúdos distintos quando o HIV se articula, por exemplo, a orientação sexual ou gênero.

Em relação a mensuração, outra limitação diz respeito ao uso de medidas de autorrelato, o que pode elevar variância comum do método e viés de desejabilidade social, especialmente em temas sensíveis como estigma e identidade. Embora o Estudo 1 forneça evidências robustas iniciais, investigações adicionais são importantes para consolidar a EM-HIV, incluindo invariância de medida entre subgrupos e avaliação longitudinal de estabilidade da medida. Além disso, no Estudo 2 a identidade social foi mensurada com base em duas dimensões, apesar de haver evidências de que a identificação é multidimensional e que diferentes dimensões têm funções distintas

(Fuster Ruizdeapodaca et al., 2014). Estudos futuros devem adotar medidas mais completas de identidade social, testando quais componentes da identidade são mais protetivos na redução da internalização do estigma.

Em relação as análises dos dados, a presença de interação latente pode ter impactado diretamente nos índices incrementais de ajuste, como TLI, em razão da complexidade e não linearidade do termo de interação (Marsh et al., 2004; Maslowsky et al., 2015). Isso reforça a necessidade de interpretar o ajuste de forma integrada aos demais índices (CFI, RMSEA) e de realizar estratégias analíticas complementares, como modelos com diferentes parametrizações ou abordagens de moderação em contextos longitudinais.

Por fim, um ponto substantivo a ser aprofundado em estudos futuros envolve o papel do ocultamento e da gestão identitária cotidiana. A literatura sobre identidades ocultáveis sugere que ocultamento pode ser protetivo em contextos específicos, mas custoso em termos de vigilância e antecipação de rejeição (Chenneville et al., 2024). Investigações futuras podem testar se o ocultamento altera o efeito das microagressões no estigma internalizado, ou se opera como moderador adicional, influenciando o modo como microagressões são percebidas e interpretadas.

### **Considerações finais**

Desde seu início da epidemia, na década de 80, o HIV infectou cerca de 91,4 milhões de pessoas no mundo, sendo que 44,1 milhões já morreram de doenças relacionadas à AIDS. Em 2024, 40,8 milhões de pessoas viviam com HIV no mundo, estando 77% acessando terapia antirretroviral (UNAIDS, 2025d). No Brasil, já foram registrados 1.679.622 de casos de infecção pelo HIV, com a média de 35 mil novos casos de AIDS nos últimos cinco anos (Ministério da Saúde, 2025). A literatura

reconhece que a resposta ao HIV no Brasil alcançou avanços significativos. Contudo, persistem fatores com elevado potencial de fragilizar esse cenário, como o estigma e a discriminação, uma vez que nenhuma política pública ou social foi, até o momento, capaz de erradicá-los (Melo et al., 2025).

Esta dissertação alcançou os seus objetivos propostos e, apesar de suas limitações, demonstra e reforça a importância de reconhecer, compreender e aplicar os mecanismos psicossociais que atravessam a vida de pessoas que vivem com HIV, uma vez que apenas tratar a condição não é suficiente para a promoção da saúde mental do bem-estar. À medida que o HIV e a AIDS alcançam sua quinta década, torna-se urgente adotar novas estratégias voltadas à promoção da mudança social, nas quais abordagens individuais, biomédicas, culturais e sociais, de caráter interdisciplinar e interseccional, orientem de forma integrada as ações futuras nesse contexto.

## Referências

- Acuna, J. T., Sant'Ana, M. F., Rocha, I. M., & Lanfranchi, A. C. (2022). Psicologia social e HIV/AIDS: um estudo de revisão: Brazilian Scientific Production. *Revista Brasileira Multidisciplinar*, 25(2), 175-188. <https://doi.org/10.25061/2527-2675/ReBraM/2022.v25i2.1372>
- Adedeji, A., Olonisakin, T. T., Metzner, F., Buchcik, J., Tsabedze, W., Boehnke, K., & Idemudia, E. S. (2023). Interpreting microaggression as a determinant of wellbeing. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 10(5), 2470–2481. <https://doi.org/10.1007/s40615-022-01426-z>
- Barros, F. S., Moreno, A. L. P., Pereira, B. S., & Seidl, E. M. F. (2024). Estigma e adesão ao tratamento em mulheres que vivem com HIV: revisão de literatura. *Revista Da Sociedade Brasileira De Psicologia Hospitalar*, 27, e007. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.v27.540>
- Barroso, M. T., Pinho, A. D. A., & Monteiro, S. (2024). Contribuições do conceito de vulnerabilidade para os estudos sobre HIV/aids e mulheres: uma revisão de escopo da literatura nacional (Brasil). *Cadernos Saúde Coletiva*, 32(1), e32010164. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202432010164>
- Berman, M., Eaton, L. A., Watson, R. J., Maksut, J. L., Rucinski, K. B., & Earnshaw, V. A. (2021). Perpetuated HIV Microaggressions: A Novel Scale to Measure Subtle Discrimination Against People Living With HIV. *AIDS education and prevention: official publication of the International Society for AIDS Education*, 33(1), 1–15. <https://doi.org/10.1521/aeap.2021.33.1.1>
- Borges, L. O. & Argolo, J. C. T. (2002). Adaptação e validação de uma escala de bem-estar psicológico para uso em estudos ocupacionais. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment*, 1(1), 17-27.

- Branco, R. D. P. C., & Ferreira, R. (2025). “Seja indetectável”: a palavra de ordem da indetectabilidade no ativismo digital do HIV/AIDS. *Trabalhos em Linguística Aplicada*, 64, e025021. <https://doi.org/10.1590/01031813v6420258677419>
- Branscombe, N. R., Schmitt, M. T., & Harvey, R. D. (1999). Perceiving pervasive discrimination among African Americans: Implications for group identification and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(1), 135–149. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.1.135>
- Brooks, V. R. (1981). *Minority stress and lesbian women*. Lexington Books.
- Bulut, H. C. (2021). Item wording effects in psychological measures: Do early literacy skills matter? *Journal of Measurement and Evaluation in Education and Psychology*, 12(3), 239-253. <https://doi.org/10.21031/epod.944067>
- Butturi, A. (2019). O hiv, o ciborgue, o tecnobiodiscursivo. *Trabalhos em Linguística Aplicada*, 58(2), 637-657. <https://doi.org/10.1590/0103181386555542019582>
- Cajado, L. C. D. S., & Monteiro, S. (2018). Movimento social de mulheres com HIV/AIDS: uma experiência entre cidadãs “positivas” do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(10), 3223-3232. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.13992018>
- Calazans, G. J., Parker, R., & Terto Junior, V. (2023). Refazendo a prevenção ao HIV na 5ª década da epidemia: lições da história social da Aids. *Saúde em Debate*, 46, 207-222. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E715>
- Carvalho, P. P., & Scorsolini-Comin, F. (2025). Fatores associados à saúde mental de pessoas vivendo com HIV [Factors associated with the mental health of people living with HIV]. *Revista de Psicologia*, 43(2), 990–1024. <https://doi.org/10.18800/psico.202502.013>

- Carvalho, R. A., & de Souza, D. C. (2021). A autoestima da pessoa que vive com HIV – uma revisão integrativa da literatura. *Cadernos de Gênero e Tecnologia*, 14(43), 278-299. <http://dx.doi.org/10.3895/cgt.v14n43.12078>
- Catalan, J., Harding, R., Sibley, E., Clucas, C., Croome, N., & Sherr, L. (2011). HIV infection and mental health: Suicidal behaviour – Systematic review. *Psychology, Health & Medicine*, 16(5), 588–611. <https://doi.org/10.1080/13548506.2011.582125>
- Cazeiro, F. & Leite, J. F. (2025). “Viver com HIV: sentidos e vivências para o cuidado em saúde. *Revista Psicologia Política*, 25, e23448. <https://doi.org/10.5935/2175-1390.v25e23448>
- Cazeiro, F., Silva, G. S. N. D., & Souza, E. M. F. D. (2021). Necropolítica no campo do HIV: algumas reflexões a partir do estigma da Aids. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 5361-5370. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.00672020>
- Cezar, V. M. & Draganov, P. B. (2015). A história e as políticas públicas do HIV no Brasil sob uma visão bioética. *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*, 18(3), 151-156.
- Chan, R.C.H. & Mak, W.W.S. (2021). Protective and Compensatory Effects of Group Identification on the Mental Health of People Living with HIV. *Arch Sex Behav* 50, 1677–1687. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01823-7>
- Chenneville, T., Kosyluk, K., Gabbidon, K., Franke, M., Serpas, D., & Galea, J. T. (2024). Positive, Open, Proud: an adapted disclosure-based intervention to reduce HIV stigma. *Frontiers in global women's health*, 5, 1469465. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2024.1469465>
- Christopoulos, K. A., Neilands, T. B., Dilworth, S., Lisha, N., Saucedo, J., Mugavero, M. J., Crane, H. M., Fredericksen, R. J., Mathews, W. C., Moore, R. D., Mayer, K. H., Napravnik, S., & Johnson, M. O. (2020). Internalized HIV stigma predicts

subsequent viremia in US HIV patients through depressive symptoms and antiretroviral therapy adherence. *AIDS (London, England)*, 34(11), 1665–1671.

<https://doi.org/10.1097/QAD.00000000000025951>

Cortopassi, A. C., Quinn, D. M., & Nicolas, G. (2024). The identity group as a source of social influence for individuals with concealable stigmatized identities. *Plos one*, 19(9), e0309687. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0309687>

Costa, L.F., Medeiros, R. J., Paungartner, L. M., Luft, T. D., Santos, A. P., Paiva, T. S., & Fernandes, M. T. C. (2021). Fatores psicossociais envolvidos na adesão ao tratamento do HIV/AIDS em adultos: revisão integrativa da literatura. *Saúde Coletiva (Barueri)*, 11(61), 4990–5005.

<https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i61p4990-5005>

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrines, feminist theory, and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 8(140), 139-167.

Crenshaw, K. (2002). Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista estudos feministas*, 10, 171-188.

<https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100011>

Cruwys, T., Haslam, S. A., Dingle, G. A., Haslam, C., & Jetten, J. (2014). Depression and Social Identity: An Integrative Review. *Personality and social psychology review: an official journal of the Society for Personality and Social Psychology, Inc*, 18(3), 215–238. <https://doi.org/10.1177/1088868314523839>

Cruwys, T., Haslam, S. A., Steffens, N. K., Haslam, C., & Reicher, S. D. (2025). Nothing is so impactful as good theory: Evidence for the impact of the social identity approach to health on policy and practice. *Social science & medicine (1982)*, 379, 118164.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.118164>

- Cruz, D., Rodriguez, Y., & Mastropaolo, C. (2019). Perceived microaggressions in health care: A measurement study. *PloS one*, *14*(2), e0211620. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211620>
- Dada, D., Abu-Ba'are, G. R., Turner, D., Mashoud, I. W., Owusu-Dampare, F., Apreku, A., Ni, Z., Djiadeu, P., Aidoo-Frimpong, G., Zigah, E. Y., Nyhan, K., Nyblade, L., & Nelson, L. E. (2024). Scoping review of HIV-related intersectional stigma among sexual and gender minorities in sub-Saharan Africa. *BMJ open*, *14*(2), e078794. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-078794>
- Dale, S. K., & Safren, S. A. (2019). Gendered racial microaggressions predict posttraumatic stress disorder symptoms and cognitions among Black women living with HIV. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*, *11*(7), 685–694. <https://doi.org/10.1037/tra0000467>
- Dale, S. K., Nelson, C. M., Wright, I. A., Etienne, K., Lazarus, K., Gardner, N., Bolden, R., Adejo, L., Patrick, J., Wallen, C., Liu, J., Ironson, G., Alcaide, M. L., Safren, S., & Feaster, D. (2023). Structural equation model of intersectional microaggressions, discrimination, resilience, and mental health among black women with hiv. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, *42*(5), 299–313. <https://doi.org/10.1037/hea0001275>
- Daniel, H. & Parker, R. (1991). *AIDS: a terceira epidemia*. Iglu.
- Dantas, M. M., Gomes, E. S. S., de Jesus, M. L., & da Silva, L. A. V. (2024). Tecnologias relacionais e atuação psicológica em HIV/Aids: contribuições da psicologia socioconstrucionista. *Revista Psicologia, Diversidade E Saúde*, *13*, e5450. <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.2024.e5450>
- Das, K. V., Jones-Harrell, C., Fan, Y., Ramaswami, A., Orlove, B., & Botchwey, N. (2020). Understanding subjective well-being: perspectives from psychology and

public health. *Public health reviews*, 41(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s40985-020-00142-5>

David, E. J. R., Petalio, J., & Crouch, M. C. (2019). Microaggressions and internalized oppression: Intrapersonal, interpersonal, and institutional impacts of “internalized microaggressions”. In G. C. Torino, D. P. Rivera, C. M. Capodilupo, K. L. Nadal & D. W. Sue, *Microaggression theory: Influence and implications* (3-16). John Wiley & Sons.

DeSon, J. J. & Andover, M. S. (2024). *Microaggressions Toward Sexual and Gender Minority Emerging Adults: An Updated Systematic Review of Psychological Correlates and Outcomes and the Role of Intersectionality*. *LGBT Health*, 11(4), 249–268. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2023.0032>

Dhir, A. M., Singh, A., Solomon, S., & Farley, J. E. (2025). Interventions for stigma reduction in HIV treatment and prevention designed to enhance antiretroviral uptake and adherence: A systematic review. *PLOS global public health*, 5(5), e0004604. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0004604>

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological bulletin*, 95(3), 542.

Diener, E., Heintzelman, S. J., Kushlev, K., Tay, L., Wirtz, D., Lutes, L. D., & Oishi, S. (2017). Findings all psychologists should know from the new science on subjective well-being. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, 58(2), 87–104. <https://doi.org/10.1037/cap0000063>

Earnshaw, V. A., & Chaudoir, S. R. (2009). From conceptualizing to measuring HIV stigma: a review of HIV stigma mechanism measures. *AIDS and behavior*, 13(6), 1160–1177. <https://doi.org/10.1007/s10461-009-9593-31>

Earnshaw, V. A., Bogart, L. M., Laurenceau, J. P., Chan, B. T., Maughan-Brown, B. G., Dietrich, J. J., Courtney, I., Tshabalala, G., Orrell, C., Gray, G. E., Bangsberg, D. R.,

- & Katz, I. T. (2018). Internalized HIV stigma, ART initiation and HIV-1 RNA suppression in South Africa: exploring avoidant coping as a longitudinal mediator. *Journal of the International AIDS Society*, 21(10), e25198. <https://doi.org/10.1002/jia2.25198>
- Earnshaw, V. A., Smith, L. R., Chaudoir, S. R., Amico, K. R., & Copenhaver, M. M. (2013). HIV stigma mechanisms and well-being among PLWH: a test of the HIV stigma framework. *AIDS and Behavior*, 17, 1785-1795. <https://doi.org/10.1007/s10461-013-0437-9>
- Earnshaw, V. A., Watson, R. J., Eaton, L. A., Brousseau, N. M., Laurenceau, J. P., & Fox, A. B. (2022). Integrating time into stigma and health research. *Nature reviews psychology*, 1(4), 236–247. <https://doi.org/10.1038/s44159-022-00034-2>
- Earnshaw, V.A., Lang, S.M., Lippitt, M. *et al.* (2015). HIV Stigma and Physical Health Symptoms: Do Social Support, Adaptive Coping, and/or Identity Centrality Act as Resilience Resources?. *Aids and Behav* 19, 41–49. <https://doi.org/10.1007/s10461-014-0758-3>
- Eaton, L. A., Earnshaw, V. A., Maksut, J. L., Thorson, K. R., Watson, R. J., & Bauermeister, J. A. (2018). Experiences of stigma and health care engagement among Black MSM newly diagnosed with HIV/STI. *Journal of behavioral medicine*, 41(4), 458–466. <https://doi.org/10.1007/s10865-018-9922-y>
- Eaton, L.A., Allen, A., Maksut, J.L. *et al.* HIV microaggressions: a novel measure of stigma-related experiences among people living with HIV. *J Behav Med* 43, 34–43 (2020). <https://doi.org/10.1007/s10865-019-00064-x>
- El-Krab, R., Kalichman, M.O., Eaton, L.A. *et al.* Diminished social support as an explanatory mechanism in the relationship between stigma and engagement HIV

care. *J Behav Med* 48, 995–1004 (2025). <https://doi.org/10.1007/s10865-025-00604-8>

Enders, C. K. (2010). *Applied missing data analysis*. New York: Guilford Press.

Fu, R., Varghese, J., Duroseau, N. H., Duncan, A., & Leff, S. S. (2025). A Systematic Review of Microaggression-Focused Interventions and Training Programs in Healthcare. *Trauma, Violence, & Abuse*, 27(1), 106-119. <https://doi.org/10.1177/15248380241306349>

Fuster-Ruizdeapodaca, M. J., Molero, F., Holgado, F. P., & Mayordomo, S. (2014). Enacted and internalized stigma and quality of life among people with HIV: the role of group identity. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 23(7), 1967–1975. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0653-4>

Garcia, M. (2024). Intersectional microaggressions and implications for health inequities and HIV among Latino/x sexual minority males in Puerto Rico. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*. <https://doi.org/10.1007/s40615-023-01900-2>

Global Network of People Living with HIV. (2023). *People Living with HIV Stigma Index 2.0. Hear Us Out: Community Measuring HIV-Related Stigma and Discrimination Acknowledgements*. <https://development.stigmaindex.org/wp-content/uploads/2023/11/PLHIV-Stigma-Index-Global-Report-2023-3.pdf>

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Touchstone.

Goldberg, D. P. & Williams, P. A. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. Windsor: NFER-Nelson.

Gomes, M. P., Barbosa, D., Gomes, A. M. T., Silva, G., Souza, F. A., & Silva, A. L. B. (2021). A vivência do preconceito após a revelação da soropositividade para o HIV. *Revista Rede de Cuidados Em Saúde*, 15(1).

- Greenaway, K. H., Haslam, S. A., Cruwys, T., Branscombe, N. R., Ysseldyk, R., & Heldreth, C. (2015). From “we” to “me”: Group identification enhances perceived personal control with consequences for health and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *109*(1), 53–74. <https://doi.org/10.1037/pspi0000019>
- Haas, A.D., Lienhard, R., Didden, C. *et al.* Mental Health, ART Adherence, and Viral Suppression Among Adolescents and Adults Living with HIV in South Africa: A Cohort Study. *AIDS Behav* *27*, 1849–1861 (2023). <https://doi.org/10.1007/s10461-022-03916-x>
- Hayes, A. F. (2015). *An index and test of linear moderated mediation*. *Multivariate Behavioral Research*, *50*(1), 1–22.
- Hayes, A. F. (2018). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis* (2nd ed.). Guilford Press.
- Hernández-Nieto, R. A. (2002). *Contributions to Statistical Analysis (pp. 119)*. Mérida: Universidad de Los Andes.
- Hu, F. H., Liu, P., Jia, Y. J., Ge, M. W., Shen, L. T., Xia, X. P., & Chen, H. L. (2025). Prevalence of mental health problems in people living with HIV: a systematic review and meta-analysis. *Psychology, Health & Medicine*, *30*(3), 397–413. <https://doi.org/10.1080/13548506.2024.2424998>
- i Escoda, M. R., Fassa, F., & Lépinard, É. (2016). *L'intersectionnalité: enjeux théoriques et politiques*. La Dispute.
- Joaquim, J. D. S., Sousa, A. R. D., Santos, J. L. G. D., Barbosa Filho, E. A., Sousa, A. F. L. D., & Baldin, G. L. (2024). Sorofobia relacionada ao HIV e à Aids: o que se debate nas redes sociais digitais no Brasil?. *Ciência & Saúde Coletiva*, *29*(5). <https://doi.org/10.1590/1413-81232024295.05032023>

- Jost, J. T., Banaji, M. R., & Nosek, B. A. (2004). A Decade of System Justification Theory: Accumulated Evidence of Conscious and Unconscious Bolstering of the Status Quo. *Political Psychology*, 25(6), 881–919. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9221.2004.00402.x>
- Junior, A. B. (2016). As formas de subjetividade e o dispositivo da aids no Brasil contemporâneo: disciplinas, biopolítica e phármakon. In I. C. Aquino, L. M. Crestani, L. F. F. Dias & M. S. Diedrich (Orgs.), *Língua, Literatura, cultura e identidade: entrelaçando conceitos* (59-78). UPF Editora.
- Kalichman, S. C., Simbayi, L. C., Cloete, A., Mthembu, P. P., Mkhonta, R. N., & Ginindza, T. (2009). Measuring AIDS stigmas in people living with HIV/AIDS: the Internalized AIDS-Related Stigma Scale. *AIDS care*, 21(1), 87–93. <https://doi.org/10.1080/09540120802032627>
- Kalichman, S., Banas, E., Kalichman, M., & Mathews, C. (2020). Stigmatisation of alcohol use among people receiving antiretroviral therapy for HIV infection, Cape Town, South Africa. *Global Public Health*, 15(7), 1040–1049. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1724314>
- Kalichman, S.C., Shkempi, B. & Eaton, L.A. A novel psychometric approach to assessing intersectional hiv stigma: the geometric intersectional stigma scales. *J Behav Med* 45, 804–811 (2022). <https://doi.org/10.1007/s10865-022-00331-4>
- Karver, T. S., Atkins, K., Fonner, V. A., Rodriguez-Diaz, C. E., Sweat, M. D., Taggart, T., ... & Kerrigan, D. (2022). HIV-related intersectional stigma and discrimination measurement: state of the science. *American journal of public health*, 112(S4), S420-S432. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2021.306639>
- Katz, I. T., Ryu, A. E., Onuegbu, A. G., Psaros, C., Weiser, S. D., Bangsberg, D. R., & Tsai, A. C. (2013). Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic

- review and meta-synthesis. *Journal of the International AIDS Society*, 16(3 Suppl 2), 18640. <https://doi.org/10.7448/IAS.16.3.186401>
- Laguna, G. G. D. C., Maciel, F. B. M., Gama, A. V., Silva, A. B. C., Cordeiro, M. G. L., Barros, M. H. D. S., & Prado, N. M. D. B. L. (2023). Atualizações acerca da saúde mental de pessoas que vivem com HIV: uma revisão integrativa. *Saúde Redes*, 9(3), 1-14.
- Lam, A., Mayo, N. E., Scott, S., Brouillette, M. J., & Fellows, L. K. (2019). HIV-Related Stigma Affects Cognition in Older Men Living With HIV. *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)*, 80(2), 198–204. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001898>
- Lattanner, M. R., Ford, J., Bo, N., Tu, W., Pachankis, J. E., Dodge, B., & Hatzenbuehler, M. L. (2021). A contextual approach to the psychological study of identity concealment: Examining direct, interactive, and indirect effects of structural stigma on concealment motivation across proximal and distal geographic levels. *Psychological Science*, 32(10), 1684-1696. <https://doi.org/10.1177/09567976211018624>
- Lattanner, M. R., McKetta, S., Pachankis, J. E., & Hatzenbuehler, M. L. (2025). State of the Science of Structural Stigma and LGBTQ+ Health: Meta-Analytic Evidence, Research Gaps, and Future Directions. *Annual review of public health*, 46(1), 213–231. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-071723-013336>
- Leclerc-Madlala, S. M. (2011). Relating Social Change to HIV Epidemiology. *Future Virology*, 6(7), 785–787. <https://doi.org/10.2217/fvl.11.58>
- Legate, N., Ryan, R. M., & Weinstein, N. (2011). Is Coming Out Always a “Good Thing”? Exploring the Relations of Autonomy Support, Outness, and Wellness for Lesbian,

- Gay, and Bisexual Individuals. *Social Psychological and Personality Science*, 3(2), 145-152. <https://doi.org/10.1177/1948550611411929>
- Lima, B. P. B., Souza, L. E. D. C., & Lima, T. J. S. D. (2025). Heteronormative system justification and wellbeing among sexual minorities in Brazil: The role of internalized homophobia and in-group identification. *Frontiers in Social Psychology*, 3, 1496949. <https://doi.org/10.3389/frsps.2025.1496949>
- Little, T. D., Bovaird, J. A., & Widaman, K. F. (2006). On the Merits of Orthogonalizing Powered and Product Terms: Implications for Modeling Interactions Among Latent Variables. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 13(4), 497–519. [https://doi.org/10.1207/s15328007sem1304\\_1](https://doi.org/10.1207/s15328007sem1304_1)
- Liu, J., Feaster, D.J., Shahid, N. *et al.* Testing for Measurement Invariance (MI): Do the Structures of Microaggression, Discrimination, and Resilience Among Black Women Living with HIV Remain the Same Across Time?. *J. Racial and Ethnic Health Disparities* 12, 2752–2770 (2025). <https://doi.org/10.1007/s40615-024-02087-w>
- Lui, P. P., & Quezada, L. (2019). Associations between microaggression and adjustment outcomes: A meta-analytic and narrative review. *Psychological Bulletin*, 145(1), 45–78. <https://doi.org/10.1037/bul0000172>
- Marchi, M., Travascio, A., Uberti, D., De Micheli, E., Quartaroli, F., Laquatra, G., Grenzi, P., Pingani, L., Ferrari, S., Fiorillo, A., Converti, M., Pinna, F., Amaddeo, F., Ventriglio, A., Mirandola, M., & Galeazzi, G. M. (2024). Microaggression toward LGBTIQ people and implications for mental health: A systematic review. *The International journal of social psychiatry*, 70(1), 23–35. <https://doi.org/10.1177/00207640231194478>
- Marsh, H. W., Wen, Z., & Hau, K.-T. (2004). Structural Equation Models of Latent Interactions: Evaluation of Alternative Estimation Strategies and Indicator

Construction. *Psychological Methods*, 9(3), 275–300. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.9.3.275>

Martins, T. V., Lima, A. C. S., Lima, T. J. S., Siquara, G. M., & Farias, M. G. (2025).

Adaptação e Evidências de Validade da Escala de Microagressões Raciais de Gênero.

*Avaliação Psicológica*, 24, nº especial 1, e25456, 1-11.

<http://doi.org/10.15689/ap.2025.24.e25456>

Martins, T. V., Lima, T. J. S. D., & Santos, W. S. (2020). O efeito das microagressões raciais de gênero na saúde mental de mulheres negras. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 2793-2802. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020257.29182018>

Maslowsky, J., Jager, J., & Hemken, D. (2015). Estimating and interpreting latent variable interactions: A tutorial for applying the latent moderated structural equations method. *International Journal of Behavioral Development*, 39(1), 87–96. <https://doi.org/10.1177/0165025414552301>

Matamá, J., Mendes, R., Pinho-Pereira, S., Nascimento, D., Campina, A., & Costa-Lobo, C. (2017). Bem-Estar Subjetivo: Uma Revisão Narrativa da Literatura. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, 05, 243-246. <https://doi.org/10.17979/reipe.2017.0.05.2664>

Mccallaghan, S., & Steyn, R. (2025). A Critical Analysis of Microaggression Measures and Recommendations for Future Research. Retrieved February 14, 2026, from [https://internationalbusinessconference.com/wp-content/uploads/2025/10/CP248\\_McCallaghan- Steyn-final-corrected.pdf](https://internationalbusinessconference.com/wp-content/uploads/2025/10/CP248_McCallaghan- Steyn-final-corrected.pdf)

Melchior, R., Nemes, M. I. B., Alencar, T. M. D., & Buchalla, C. M. (2007). Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. *Revista de saúde pública*, 41, 87-93. <https://www.scielo.org/pdf/rsp/2007.v41suppl2/87-93/pt>

- Melo, E., Antonini, M., Costa, C., Pontes, P., Cardoso, L., Gir, E., & Reis, R. (2019). Sintomas físicos e psicológicos do estresse em pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 22(1), 19-26. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0259>
- Melo, K. G. F., Ballaris, A. de L., Araújo, K. S., da Silva, A. E. P., Franco, S. M. C. de M., Ferreira, F. C. R., Aureliano, P. M. C., & Lovadini, V. de L. (2025). Efetividade das Políticas Públicas no Combate à Transmissão do HIV no Brasil. *ARACÊ*, 7(12), e10905. <https://doi.org/10.56238/arev7n12-092>
- 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>
- Meyer, I. H. (2013). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(S), 3–26. <https://doi.org/10.1037/2329-0382.1.s.3>
- Miller, C. T., Grover, K. W., Bunn, J. Y., & Solomon, S. E. (2011). Community norms about suppression of AIDS-related prejudice and perceptions of stigma by people with HIV or AIDS. *Psychological science*, 22(5), 579-583. <https://doi.org/10.1177/0956797611404898>
- Ministério da Saúde. (2016). HIV e aids. *Biblioteca Virtual em Saúde*. <https://bvsmms.saude.gov.br/hiv-e-aids/>
- Ministério da Saúde. (2025). *Boletim Epidemiológico de HIV e Aids*. [file:///C:/Users/silve/Downloads/boletim\\_HIV\\_aids\\_2025.pdf](file:///C:/Users/silve/Downloads/boletim_HIV_aids_2025.pdf)
- Miranda, J. A. S. (2025). A indetectabilidade do vírus HIV: uma análise crítica do discurso de uma campanha do governo federal brasileiro. *Discurso & Sociedad*, 19(2), 429-452. <https://doi.org/10.14198/dissoc.19.2.9>

- Mugo, C., Kohler, P., Kumar, M., Badia, J., Kibugi, J., Wamalwa, D. C., Kapogiannis, B., Agot, K., & John-Stewart, G. C. (2023). Effect of HIV stigma on depressive symptoms, treatment adherence, and viral suppression among youth with HIV. *AIDS (London, England)*, *37*(5), 813–821. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000003473>
- Nadal K. L. (2019). Measuring LGBTQ Microaggressions: The Sexual Orientation Microaggressions Scale (SOMS) and the Gender Identity Microaggressions Scale (GIMS). *Journal of homosexuality*, *66*(10), 1404–1414. <https://doi.org/10.1080/00918369.2018.1542206>
- Nadal K. L. (2019). Measuring LGBTQ Microaggressions: The Sexual Orientation Microaggressions Scale (SOMS) and the Gender Identity Microaggressions Scale (GIMS). *Journal of homosexuality*, *66*(10), 1404–1414. <https://doi.org/10.1080/00918369.2018.1542206>
- Nadal, K. L. (2018). A Decade of Microaggression Research and LGBTQ Communities: An Introduction to the Special Issue. *Journal of Homosexuality*, *66*(10), 1309-1316. <https://doi.org/10.1080/00918369.2018.1539582>
- Nadal, K. L., Davidoff, K. C., Davis, L. S., Wong, Y., Marshall, D., & McKenzie, V. (2015). A qualitative approach to intersectional microaggressions: Understanding influences of race, ethnicity, gender, sexuality, and religion. *Qualitative Psychology*, *2*(2), 147-163. <https://doi.org/10.1037/qup0000026>
- Nadal, K. L., Whitman, C. N., Davis, L. S., Erazo, T., & Davidoff, K. C. (2016). Microaggressions Toward Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, and Genderqueer People: A Review of the Literature. *The Journal of Sex Research*, *53*(4–5), 488–508. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1142495>

- Norcini Pala, A., & Turan, B. (2024). A Bayesian network analysis to examine the effects of HIV stigma processes on self-concept and depressive symptoms among persons living with HIV. *Journal of Personality*, 383, 69-77. <https://doi.org/10.1111/jopy.12930>
- Nunes, J. P. R., Andrade, A. L., & Moreira, P. L. (2025). Racial and Ethnic Microaggressions Scale: Adaptação e Evidências Psicométricas no Brasil. *Avaliação Psicológica*, 24, nº especial 1, e25366, 1-11. <http://doi.org/10.15689/ap.2025.24.e25366>
- Oliveira, R. A. de, Cardoso, T. M. P. B., Maciel, R. R. B. T., Araújo, M. de O., Paixão, G. P. do N., Rosa, N. S. F., Leal, J. A. L., Silva, A. B. B. F. da, Souza, J. N., & Souza, M. C. de. (2024). Intersectionality of gender, race, social vulnerability and barriers to healthcare access: a study on the lives of people with HIV/AIDS. *Revista De Gestão E Secretariado*, 15(3), e3559. <https://doi.org/10.7769/gesec.v15i3.3559>
- Opia, F.N., Matthew, K.A. (2025). Culturally Sensitive Interventions for Mental Health in Vulnerable Populations: Bridging Gaps in Care. *International Journal of Research Publication and Reviews*. <https://doi.org/10.55248/gengpi.6.0125.0507>
- Oppenheimer, E., Girardi, L. W., & Milaneze, G. C. K. (2025). Barreiras e facilitadores na adesão ao tratamento do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). *Research, Society and Development*, 14(11), e15141149807-e15141149807. <https://doi.org/10.33448/rsd-v14i11.49807>
- Paiva, P. C., & Scorsolini-Comin, F. (2025). Fatores associados à saúde mental de pessoas vivendo com HIV [Factors associated with the mental health of people living with HIV]. *Revista de Psicologia*, 43(2), 990–1024. <https://doi.org/10.18800/psico.202502.013>

- Pamoso, A. H. G., Scholz, B., & Ferolino, A. (2025). "Because of HIV, It Opened My Mind": Intersectional Stigma Experiences Among Filipino Gay and Bisexual Men Living With HIV. *Qualitative health research*, 35(9), 1037–1052. <https://doi.org/10.1177/10497323241280213>
- Pantelic, M., Sprague, L. & Stangl, A.L. (2019). It's not "all in your head": critical knowledge gaps on internalized HIV stigma and a call for integrating social and structural conceptualizations. *BMC Infect Dis* 19, 210. <https://doi.org/10.1186/s12879-019-3704-1>
- Parker, R. & Aggleton, P. (2003). HIV and Aids related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Socio Science & Medicine*, 57:13-24.
- Parker, R., & Aggleton, P. (2021). *Estigma, discriminação e AIDS [livro eletrônico] 2ª Ed.* Associação Brasileira Interdisciplinas de Aids – ABIA. <https://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2021/05/livro-digital-final-ESTIGMA-DISCRIMINA%C3%87%C3%83O-E-AIDS-pagina-espelhada-10052020.pdf>
- Paveltchuk, F. O., & Borsa, J. C. (2020). A teoria do estresse de minoria em lésbicas, gays e bissexuais. *Revista da SPAGESP*, 21(2), 41-54.
- Peixoto, E. M., Romano, A. R., Silva, M. P. P. D., & Campos, C. R. (2025). Métodos Quantitativos Críticos: Reflexões e Propostas para uma Psicologia Justa e Interseccional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 45(spe2), e298423. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003298423>
- Pereira, M. E. & Dantas, G. S. (2023). Cognição Social. In A. R. R. Torres, M. E. O. Lima, E. M. Techio & L. Camino (Orgs.) *Psicologia social: temas e teorias* (121-170). Edgard Blücher.

- Pierce, C. M., Carew, J. W., Pierce-Gonzalez, D., & Wills, D. (1978). An experiment in racism: TV commercials. In C. Pierce (Org.), *Television and education* (62-68). CA: Sage Publications.
- Platt, L. F., & Lenzen, A. L. (2013). Sexual Orientation Microaggressions and the Experience of Sexual Minorities. *Journal of Homosexuality*, *60*(7), 1011–1034. <https://doi.org/10.1080/00918369.2013.774878>
- Preacher, K.J. & Hayes, A.F. Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods* *40*, 879–891 (2008). <https://doi.org/10.3758/BRM.40.3.879>
- Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS no Brasil. (2 de outubro de 2017). *UNAIDS lança tradução em português do Guia de Terminologia sobre HIV e AIDS*. UNAIDS Brasil. <https://unaids.org.br/2017/10/unaids-lanca-traducao-em-portugues-do-guia-de-terminologia-sobre-hiv-e-aids/>
- Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS no Brasil. (2024). *A urgência do agora: A AIDS frente a uma encruzilhada*. <https://unaids.org.br/relatorios-e-publicacoes/>
- Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS no Brasil. (2025a). *AIDS, crise e o poder de transformar – Atualização Global sobre AIDS do UNAIDS 2025*. <https://unaids.org.br/relatorios-e-publicacoes/>
- Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS no Brasil. (2025b). *Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/AIDS BRASIL 2025*. <https://unaids.org.br/relatorios-e-publicacoes/>
- Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS no Brasil. (2025c). *Overcoming Disruption: Transforming the AIDS response*. <https://unaids.org.br/relatorios-e-publicacoes/>

Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS no Brasil. (2025d). *Estatísticas*.

UNAIDS Brasil. <https://unaids.org.br/estatisticas/>

Quinn, D. M. (2017). The impact of concealable stigmatized identities on psychological well-being. In B. G. Link & J. F. Dovidio (Eds.), *The Oxford handbook of stigma, discrimination, and health* (pp. 267–285). Oxford University Press.

Quinn, D. M., & Earnshaw, V. A. (2013). Concealable Stigmatized Identities and Psychological Well-Being. *Social and personality psychology compass*, 7(1), 40–51. <https://doi.org/10.1111/spc3.12005>

Reid, R., & Dale, S. K. (2023). Structural equation modeling of microaggressions, religious and racism-related coping, medication adherence, and viral load among Black women living with HIV. *Journal of behavioral medicine*, 46(5), 837–848. <https://doi.org/10.1007/s10865-023-00403-z>

Reis, A. C. R. da S., Guerra, M. N. P., & Lencastre, L. M. de F. Q. e. (2013). Treatment adherence and subjective well-being in HIV/AIDS infection. *AIDS Care*, 25(12), 1604–1611. <https://doi.org/10.1080/09540121.2013.793276>

Remien, R. H., Stirratt, M. J., Nguyen, N., Robbins, R. N., Pala, A. N., & Mellins, C. A. (2019). Mental health and HIV/AIDS: the need for an integrated response. *AIDS (London, England)*, 33(9), 1411–1420. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000002227>

Remien, R. H., Stirratt, M. J., Nguyen, N., Robbins, R. N., Pala, A. N., & Mellins, C. A. (2019). Mental health and HIV/AIDS: the need for an integrated response. *AIDS (London, England)*, 33(9), 1411–1420. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000002227>

Rendina, H. J., Gamarel, K. E., Pachankis, J. E., Ventuneac, A., Grov, C., & Parsons, J. T. (2017). Extending the Minority Stress Model to Incorporate HIV-Positive Gay and

- Bisexual Men's Experiences: a Longitudinal Examination of Mental Health and Sexual Risk Behavior. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 51(2), 147–158. <https://doi.org/10.1007/s12160-016-9822-8>
- Ribeiro, L. T., & Marques, M. B. (2024). (Bio)políticas públicas a pessoas que vivem com hiv/aids por uma ótica queer e desconstrucionista: desafios e iniquidades. *Saúde E Sociedade*, 33(3), e220885pt. <https://doi.org/10.1590/>
- Rintamaki, L., Kosenko, K., Hogan, T., Scott, A. M., Dobmeier, C., Tingué, E., & Peek, D. (2019). The Role of Stigma Management in HIV Treatment Adherence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(24), 5003. <https://doi.org/10.3390/ijerph16245003>
- Rios, F., Perez, O., & Ricoldi, A. (2018). Interseccionalidade nas mobilizações do Brasil contemporâneo. *Lutas Sociais*, 22(40), 36-51. <https://doi.org/10.23925/ls.v22i40.46648>
- Roso, A. (2020). *Crítica e Dialogicidade em Psicologia Social: Saúde, Minorias Sociais e Comunicação* (Vol. 1). Fundação de Apoio a Tecnologia e Ciencia-Editora UFSM.
- Rosseel, Y. (2012). “lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling.” *Journal of Statistical Software*, 48(2), 1–36. <https://doi.org/10.18637/jss.v048.i02>
- Rzesutek, M., Gruszczyńska, E., Pięta, M., & Malinowska, P. (2021). HIV/AIDS stigma and psychological well-being after 40 years of HIV/AIDS: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1990527>
- Sales, T. A. (2022). A Aids como Dispositivo: linhas, te(n)sões e educações entre vida, morte, saúde e doença. *Pro-Posições*, 33. <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2021-0073>

- Sani, F., Herrera, M., Wakefield, J. R., Boroch, O., & Gulyas, C. (2012). Comparing social contact and group identification as predictors of mental health. *The British journal of social psychology*, *51*(4), 781–790. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8309.2012.02101.x>
- Santos, K. A. R., Melo, L. D., Oliveira, A. M. M. D., & Limongi, J. E. (2018). Social welfare related to AIDS in Brazil: factors associated with social assistance and social security, 2004–2016. *Revista Panamericana de Salud Publica*, *42*. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.73>
- Santos, N. T., Ramos, C., de Almeida, M. F., & Leal, I. (2024). Group Intervention Program to Facilitate Post-Traumatic Growth and Reduce Stigma in HIV. *Healthcare*, *12*(9), 900. <https://doi.org/10.3390/healthcare12090900>
- Sarno, E. L., Swann, G., Hall, C. D. X., Newcomb, M. E. & Mustanski, B. (2022). Minority stress, identity conflict, and HIV-related outcomes among men who have sex with men, transgender women, and gender nonbinary people of color. *LGBT Health*, *9*(6), 411–417. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2021.0401>
- Sayiner, A. C. T., Turan, B., Nazlı, A., Özer, D., Abdollahpour Ranjbar, H., Nemli, S. A., Ghaffari, A. N., Mert Vahabi, M., Ayhan, N. M., Gokengin, D., & Norcini Pala, A. (2025). HIV-related microaggressions and depressive symptoms among people living with HIV: the mediating roles of internalised stigma and coping with shame. *Sexually transmitted infections*, *101*(6), 380–385. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2024-05635>
- Scarcelli, I. R., Rivera, M. F. de A., Valentim, A. C. M. de S. F., Lima, N. P., & Martins, A. A. (2023). Saúde coletiva e psicologia social da práxis: um caminho interdisciplinar como metaformação na pós-graduação. *Saúde Em Debate*, *46*(135)

out-dez), 1139–1150. Recuperado de  
<https://saudeemdebate.org.br/sed/article/view/6917>

Scott, J. C., Rocco, M., Kitchen, M., Solomon-Brimage, N. A., Chen, C. A., Latimer, J. M., Davies, G., Wheeler, J., Furton, L., Sprague Martinez, L., Rajabiun, S., Umrigar, A., & Walter, A. W. (2025). Intersectional HIV Stigma Among Black Women: Regional Differences and Implications From the Black Women First Initiative. *American journal of public health, 115*(S1), S75–S84.  
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2025.308037>

Senn, T. E., Greenwood, G. L., & Rao, V. R. (2021). Global mental health and HIV care: gaps and research priorities. *Journal of the International AIDS Society, 24* Suppl 2(Suppl 2), e25714. <https://doi.org/10.1002/jia2.25714>

Shahid, N. N. & Dale, S. K. (2023). Gendered racial microaggressions, self-silencing, substance use, and HIV outcomes among Black women living with HIV: A structural equation modeling approach. *AIDS and Behavior, 28*(4), 1276–1290.  
<https://doi.org/10.1007/s10461-023-04157-2>

Sharma, R., & Dale, S. K. (2023). Using Network Analysis to Assess the Effects of Trauma, Psychosocial, and Socioeconomic Factors on Health Outcomes Among Black Women Living with HIV. *AIDS and behavior, 27*(2), 400–415.  
<https://doi.org/10.1007/s10461-022-03774-7>

Silva, J. M. D., & Silva, C. R. D. C. (2011). HIV/Aids e violência: da opressão que cala à participação que acolhe e potencializa. *Saúde e Sociedade, 20*(3), 635-646.  
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000300010>

Silva, J. S., & Pimentel, I. I. (2023). Da Globalização de Infecções/Doenças ao Estigma: O HIV ao Sul do Equador. *Hygeia - Revista Brasileira De Geografia Médica E Da Saúde, 19*, e1922. <https://doi.org/10.14393/Hygeia1966815>

- Silva, L. P., Ely, I. G. B., Feijó, M., dos Santos Boeira, L., Pires, N. P. V., Colissi, J., & Costa, A. B. (2024). Estigma contra pessoas vivendo com HIV/AIDS: análise qualitativa do stigma index brasil. *Psicologia e Saúde em debate*, *10*(1), 924-940.
- Skinta, M., & Torres-Harding, S. (2022). Confronting microaggressions: Developing innovative strategies to challenge and prevent harm. *New Ideas in Psychology*, *65*, 100921. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2021.100921>
- Smith, R., Rossetto, K., & Peterson, B. L. (2008). A meta-analysis of disclosure of one's HIV-positive status, stigma and social support. *AIDS Care*, *20*(10), 1266–1275. <https://doi.org/10.1080/09540120801926977>
- Sontag, S. (2007). *Doença como metáfora/AIDS e suas metáforas*. Editora Companhia das Letras.
- Spadacio, C., Santos, L. A. D., Unsain, R. A. F., Sorrentino, I. D. S., & Couto, M. T. (2024). Nas intersecções: operacionalizando análise temática interseccional em prevenção ao HIV. *Revista de Saúde Pública*, *58*, 5s. <http://doi.org/10.11606/s1518-8787.2024058005728>
- Stangl, A.L., Earnshaw, V.A., Logie, C.H. *et al.* The Health Stigma and Discrimination Framework: a global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC Med* **17**, 31 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1271-3>
- Storholm, E. D., Halkitis, P. N., Kupprat, S. A., Hampton, M. C., Palamar, J. J., Brennan-Ing, M., & Karpiak, S. (2013). HIV-Related Stigma as a Mediator of the Relation Between Multiple-Minority Status and Mental Health Burden in an Aging HIV-Positive Population. *Journal of HIV/AIDS & Social Services*, *12*(1), 9–25. <https://doi.org/10.1080/15381501.2013.767557>

- Sue D. W. (2010). *Microaggressions in everyday life: Race, gender, and sexual orientation*. Hoboken.
- Sue, D. W., Capodilupo, C. M., Torino, G. C., Bucceri, J. M., Holder, A. M. B., Nadal, K. L., & Esquilin, M. (2007). Racial microaggressions in everyday life: Implications for clinical practice. *American Psychologist*, 62(4), 271–286. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.4.271>
- Tajfel, H. (1974). Social identity and intergroup behaviour. *Social Science Information*, 13(2), 65-93. <https://doi.org/10.1177/053901847401300204>
- Tajfel, H. (1979). Individuals and groups in social psychology. *British Journal of Social & Clinical Psychology*, 18(2), 183–190. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1979.tb00324.x>
- Tajfel, H. (1982). Social psychology of intergroup relations. *Annual Review of Psychology*, 33, 1–39. <https://doi.org/https://doi.org/10.1146/annurev.ps.33.020182.000245>
- Tang, C., Goldsamt, L., Meng, J., Xiao, X., Zhang, L., Williams, A. B., & Wang, H. (2020). Global estimate of the prevalence of post-traumatic stress disorder among adults living with HIV: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 10(4), e032435. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032435>
- Torino, G. C., Rivera, D. P., Capodilupo, C. M., Nadal, K. L., & Sue, D. W. (Eds.). (2018b). *Microaggression theory: Influence and implications*. John Wiley & Sons.
- Torino, G. C., Rivera, D. P., Capodilupo, C. M., Nadal, K. L., & Sue, D. W. (2018a). Everything You Wanted to Know About Microaggressions but Didn't Get a Chance to Ask. In G. C. Torino, D. P. Rivera, C. M. Capodilupo, K. L. Nadal & D. W. Sue, *Microaggression theory: Influence and implications* (3-16). John Wiley & Sons.

- Torres-Harding, S. R., Andrade, A. L., Jr., & Romero Diaz, C. E. (2012). The Racial Microaggressions Scale (RMAS): A new scale to measure experiences of racial microaggressions in people of color. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology, 18*(2), 153–164. <https://doi.org/10.1037/a0027658>
- Torres-Harding, S. R., Andrade, A. L., Jr., & Romero Diaz, C. E. (2012). The Racial Microaggressions Scale (RMAS): A new scale to measure experiences of racial microaggressions in people of color. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology, 18*(2), 153–164. <https://doi.org/10.1037/a0027658>
- Treloar, C., Cama, E., Lancaster, K. *et al.* A universal precautions approach to reducing stigma in health care: getting beyond HIV-specific stigma. *Harm Reduct J* 19, 74 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12954-022-00658-w>
- Valentini, F., & Damásio, B. F. (2016). Variância média extraída e confiabilidade composta: indicadores de precisão. *Psicologia: teoria e pesquisa, 32*, e322225.
- Valle, C. G. D. (2002). Identidades, doença e organização social: um estudo das "Pessoas Vivendo com HIV e AIDS". *Horizontes antropológicos, 8*, 179-210.
- Van der Kooij, Y. L., den Daas, C., Bos, A. E. R., Willems, R. A., & Stutterheim, S. E. (2023). Correlates of Internalized HIV Stigma: A Comprehensive Systematic Review. *AIDS education and prevention: official publication of the International Society for AIDS Education, 35*(2), 158–172. <https://doi.org/10.1521/aeap.2023.35.2.158>
- Vries, B. (2024). *Microaggressions in everyday life: Race, gender, and sexual orientation*. *South J Philos, 62*: 391-401. <https://doi.org/10.1111/sjp.12543>
- Wakefield, J. R. H., Bowe, M., Kellezi, B., McNamara, N., & Stevenson, C. (2019). When groups help and when groups harm: Origins, developments, and future directions of

- the “Social Cure” perspective of group dynamics. *Social and Personality Psychology Compass*, 13(3), e12440. <https://doi.org/10.1111/spc3.12440>
- Wendt, G. W., & Costa, A. B. (2025). Preditores de depressão, ansiedade e sofrimento psicológico em geral entre pessoas vivendo com HIV/aids: Análises do Índice de Estigma Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 41(10). <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN021925>
- Wiginton, J.M., Eaton, L.A., Earnshaw, V.A. *et al.* Socio-cognitive facilitators of ART-adherence among predominantly black sexual and gender minoritized persons living with HIV in Atlanta, Georgia: a latent profile analysis. *J Behav Med* 47, 1012–1027 (2024). <https://doi.org/10.1007/s10865-024-00510-5>
- Williams M. T. (2021). Microaggressions Are a Form of Aggression. *Behavior therapy*, 52(3), 709–719. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.09.001>
- Williams, R., Romm, K. F., LoParco, C. R., & Berg, C. J. (2023). Experiences of microaggressions, attributions, and impact among US young adults: An intersectional perspective regarding sexual/gender and racial/ethnic minorities. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s40615-023-01710-6>
- Wright, I. A., Reid, R., Shahid, N., Ponce, A., Nelson, C. M., Sanders, J., Gardner, N., Liu, J., Simmons, E., Phillips, A., Pan, Y., Alcaide, M. L., Rodriguez, A., Ironson, G., Feaster, D. J., Safren, S. A., & Dale, S. K. (2022). Neighborhood Characteristics, Intersectional Discrimination, Mental Health, and HIV Outcomes Among Black Women Living With HIV, Southeastern United States, 2019–2020. *American journal of public health*, 112(S4), S433–S443. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2021.306675>
- Zhang, Y., Yang, X., Chai, X. *et al.* Psychometric properties of stigma and discrimination measurement tools for persons living with HIV: a systematic review using the

COSMIN methodology. *Syst Rev* 13, 115 (2024). <https://doi.org/10.1186/s13643-024-02535-y>

Zhao, X., Lynch, J. G., & Chen, Q. (2010). Reconsidering Baron and Kenny: Myths and truths about mediation analysis. *Journal of Consumer Research*, 37, 197–206.

## Apêndices e Anexos

### Apêndice A – Tabelas Suplementares

**Tabela S1**

*Estatísticas descritivas das variáveis demográficas.*

<b>Variável</b>	<b>Geral (N = 193)</b>
<b>Idade (variação)</b>	18 — 81
<b>Idade (M, DP)</b>	38,97 (M); 12,26 (DP)
<b>Gênero</b>	
Mulher Cisgênero	40 (20,7%)
Mulher Transgênero	4 (2,0%)
Homem Cisgênero	130 (67,3%)
Homem Transgênero	2 (1,0%)
Não-binária	3 (1,5%)
Não informado/Outros	14 (7,2%)
<b>Raça</b>	
Preta	27 (13,9%)
Parda	88 (45,6%)
Amarela	2 (1,0%)
Indígena	1 (0,5%)
Branca	74 (38,3%)
Outra	1 (0,5%)
<b>Orientação Sexual</b>	
Heterossexual	42 (20,1%)
Gay	125 (68%)
Bissexual	18 (9%)
Lésbica	0
Não informado/Outra	8 (4,1%)
<b>Escolaridade</b>	
Ens. Fund. Incompleto	5 (2,5%)
Ens. Fund. Completo	11 (5,7%)
Ens. Méd. Incompleto	7 (3,6%)
Ens. Méd. Completo	42 (21,7%)

Ens. Sup. Incompleto	38 (19,6%)
Ens. Sup. Completo	90 (46,6%)

---

**Estado Civil**

Casado(a)	28 (14,1%)
Solteiro(a)	125 (64,7%)
União Estável	26 (13,4%)
Divorciado(a)	6 (3,1%)
Viúvo(a)	8 (4,1%)

---

**Classe Socioeconômica**

Classe Muito Baixa	28 (14,5%)
Classe Baixa	23 (11,9%)
Classe Média Baixa	47 (24,3%)
Classe Média	55 (28,5%)
Classe Média Alta	24 (12,4%)
Classe Alta	8 (4,1%)
Classe Muito Alta	8 (4,1%)

---

**Posicionamento Político**

Extrema Esquerda	13 (6,8%)
Esquerda	93 (48,6%)
Centro Esquerda	34 (17,8%)
Centro	35 (18,3%)
Centro Direita	1 (0,5%)
Direita	13 (6,8%)
Extrema Direita	2 (1,0%)

---

**Tabela S2***Estatísticas descritivas das variáveis clínico-médicas.*

<b>Variável</b>	<b>Geral (N = 193)</b>
<b>Ano Diagnóstico (variação)</b>	1984 — 2025
<b>Ano Diagnóstico (M, DP, Mo)</b>	2016 (M); 9,00 (DP); 2024 (Mo)
<b>Em TARV</b>	191 (98,9%)
<b>Adesão ao Tratamento</b>	
Muito boa	150 (77,7%)
Boa	30 (15,5%)
Regular	12 (6,2%)
Ruim	1 (0,5%)
Muito ruim	0
<b>Carga Viral</b>	
Indetectável	158 (81,8%)
Baixa (<1000 cópias virais)	17 (8,8%)
Média ou Alta (>1000 cópias virais)	8 (4,1%)
Não soube informar	10 (5,1%)
<b>Abertura da Sorologia</b>	
“Não contou a ninguém”	31 (16,0%)
“Apenas para familiares”	30 (15,5%)
“Apenas para amigos próximos”	48 (24,8%)
“Apenas para familiares e amigos próximos”	65 (33,6%)
“Mantém a sorologia aberta”	19 (9,8%)

## Apêndice B – Instrumento de Coleta de Dados

### Questionário Sociodemográfico

1. Qual a sua idade: \_\_\_\_\_
  2. Qual a sua raça ou cor? ( ) amarela ( ) branca ( ) indígena ( ) parda ( ) preta ( ) Outra
  3. Você se identifica como: ( ) Homem Cisgênero ( ) Homem Transgênero ( ) Mulher Cisgênero ( ) Mulher Transgênero ( ) Não-binária ( ) Outro: \_\_\_\_\_ ( ) Prefiro não me identificar
  4. Qual a sua orientação sexual? ( ) Heterossexual ( ) Gay ( ) Bissexual ( ) Lésbica ( ) Outro: \_\_\_\_\_ ( ) Prefiro não responder
  5. Qual a sua escolaridade? ( ) Ensino Fundamental incompleto ( ) Ensino Fundamental completo ( ) Ensino Médio incompleto ( ) Ensino Médio completo ( ) Superior incompleto ( ) Superior completo
  6. Em comparação com as pessoas da sua cidade, indique a sua classe socioeconômica.
- |       |   |   |   |   |   |   |   |      |
|-------|---|---|---|---|---|---|---|------|
| Baixa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Alta |
|-------|---|---|---|---|---|---|---|------|
6. Em assuntos políticos, as pessoas falam de esquerda e direita. Na escala abaixo, marque o número que melhor representa seu posicionamento político.
- |                  |          |                 |        |                |         |                 |
|------------------|----------|-----------------|--------|----------------|---------|-----------------|
| 1                | 2        | 3               | 4      | 5              | 6       | 7               |
| Extrema Esquerda | Esquerda | Centro Esquerda | Centro | Centro Direita | Direita | Extrema Direita |
8. Qual a sua situação conjugal atual? ( ) casado(a) ( ) solteiro(a) ( ) união estável ( ) divorciado(a) ( ) viúvo(a)
  9. Se você está em um relacionamento, seu/sua companheiro(a) sabe do seu diagnóstico? ( ) Sim ( ) Não
  10. Qual a sorologia do(a) seu/sua parceiro(a) atual? ( ) HIV+ ( ) HIV – ( ) Não sei
  11. Sem contar com os profissionais de saúde, há outras pessoas que sabem que você vive com HIV? ( ) Nenhuma, não contei a ninguém ( ) Sim, apenas familiares ( ) Sim, apenas amigos próximos ( ) Sim, apenas familiares e amigos próximos ( ) Mantenho minha sorologia aberta

### ***Questionário Clínico-médico***

12. Em que ano você teve conhecimento do diagnóstico de HIV? \_\_\_\_\_ (apenas números)
13. Você está fazendo tratamento com medicamentos antirretrovirais nesse momento?  
 Sim  Não
14. Como você avalia o uso dos medicamentos antirretrovirais e a adesão ao tratamento?  Muito boa  Boa  Regular  Ruim  Muito ruim
15. Qual o resultado do seu último exame de carga-viral?  
 Indetectável (a menor carga viral possível)  
 Não estava indetectável, mas a carga viral era baixa (menos que 1000 cópias virais)  
 Não estava indetectável, mas a carga viral era média ou alta (maior que 1000 cópias virais)  
 Não me lembro/não sei informar

### ***Escala Multidimensional de Identificação com o Grupo (EMIG)***

*Instruções.* Pense nas pessoas que vivem com HIV na sociedade e responda as questões a seguir pensando nessa comunidade. Portanto, sua tarefa é ler as frases a seguir e avaliar o quanto você concorda com cada uma delas utilizando a escala de resposta abaixo:

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Discordo parcialmente (4) Não concordo nem discordo (5) Concordo parcialmente (6) Concordo (7) Concordo totalmente

1. Eu acho que as pessoas que vivem com HIV têm muito do que se orgulhar.
2. Muitas vezes eu paro para pensar no fato de que sou uma pessoa que vive com HIV.
3. É muito bom ser uma pessoa que vive com HIV.
4. Ser uma pessoa que vive com HIV é uma parte importante de como eu me defino.
5. Eu me sinto bem em ser uma pessoa que vive com HIV.
6. Ser uma pessoa que vive com HIV é uma parte importante de como eu me vejo.
7. Eu sou feliz por ser uma pessoa que vive com HIV.

### ***Escala de Estigma Internalizado Relacionado ao HIV (EEI-HIV)***

*Instruções.* Por favor, responda se você concorda ou discorda das seguintes afirmações. (CONCORDO) ou (DISCORDO)

1. É difícil contar para as pessoas que vivo com HIV.
2. Viver com HIV faz com que eu me sinta sujo(a).
3. Sinto culpa por viver com HIV.
4. Sinto vergonha de viver com HIV.
5. Às vezes me sinto sem valor por viver com HIV.

6. Eu escondo das outras pessoas que vivo com HIV.

***Escala de Afetos Positivos e Negativos (EAPN-10)***

*Instruções.* A seguir você encontrará uma lista com dez estados emocionais. Para cada um deles, pedimos-lhe que indique o quanto você o tem experimentado *ultimamente*. Faça isso escrevendo um número no espaço ao lado de cada emoção / adjetivo, segundo a escala de resposta abaixo, de acordo com a sua opinião. Por favor, seja o mais sincero e honesto possível nas suas respostas.

(1) Nada (2) Muito pouco (3) Pouco (4) Mais ou menos (5) Bastante (6) Muito (7) Extremamente

1. Feliz
2. Deprimido
3. Satisfeito
4. Frustrado
5. Raivoso
6. Divertido
7. Preocupado
8. Otimista
9. Infeliz
10. Alegre

***Escala de Satisfação com a Vida (ESV)***

*Instruções.* Abaixo você encontrará cinco afirmações com as quais pode ou não concordar. Usando a escala de resposta a seguir, que vai de 1 a 7, indique o quanto concorda ou discorda com cada uma; escreva um número no espaço ao lado da afirmação, segundo sua opinião. Por favor, seja o mais sincero e honesto possível nas suas respostas.

(1) Discordo totalmente (2) Discordo (3) Discordo ligeiramente (4) Nem concordo nem discordo (5) Concordo ligeiramente (6) Concordo (7) Concordo totalmente

1. Na maioria dos aspectos, minha vida é próxima ao meu ideal.
2. As condições da minha vida são excelentes.
3. Estou satisfeito (a) com minha vida.
4. Dentro do possível, tenho conseguido as coisas importantes que quero na vida.
5. Se pudesse viver uma segunda vez, não mudaria quase nada na minha vida.

***Questionário de Saúde Geral (QSG-12)***

*Instruções.* Gostaríamos de saber se você tem tido algumas dificuldades e como tem estado sua saúde nas últimas semanas. Por favor, responda a todas as perguntas simplesmente marcando as respostas que, em sua opinião, mais se aproximam ao que sente ou tem sentido. Lembre-se que queremos conhecer os problemas recentes e atuais, não os que ocorreram no passado. Ultimamente:

1. Você tem conseguido se concentrar bem naquilo que faz? (0) Melhor que o de costume (2) Menos que o de costume (1) Igual ao de costume (3) Muito menos que o de costume
2. Você tem perdido o sono frequentemente por causa das suas preocupações? (0) Não, de modo algum (2) Mais que o de costume (1) Não mais que o costume (3) Muito mais que o de costume
3. Você tem sentido que está desempenhando um papel útil na vida? (0) Mais útil que o costume (2) Menos útil que o de costume (1) Igual ao de costume (3) Muito menos útil que o de costume
4. Você tem se sentido capaz de tomar decisões? (0) Mais que o de costume (2) Menos que o de costume (1) Igual ao de costume (3) Muito menos que o de costume
5. Você tem se sentido constantemente esgotado e sob tensão? (0) Não, de modo algum (2) Mais que o de costume (1) Não mais que o de costume (3) Muito mais que o de costume
6. Tem tido a sensação de que não pode superar suas dificuldades? (0) Não, de modo algum (2) Mais que o de costume (1) Não mais que o de costume (3) Muito mais que o de costume
7. Você se sente razoavelmente feliz, considerando todas as circunstâncias? (0) Mais que o de costume (2) Menos que o de costume (1) Aproximadamente ao de costume (3) Muito menos que o de costume
8. Você tem realizado com satisfação suas atividades normais do dia-a-dia? (0) Mais que o de costume (2) Menos que o de costume (1) Igual ao de costume (3) Muito menos que o de costume
9. Você tem sido capaz de enfrentar seus problemas adequadamente? (0) Mais capaz que o de costume (2) Menos capaz que o de costume (1) Igual ao de costume (3) Muito menos capaz que o de costume
10. Você tem se sentido infeliz e deprimido? (0) Não, de modo algum (2) Mais que o de costume (1) Não mais que o de costume (3) Muito mais que o de costume
11. Você tem perdido a confiança em si mesmo? (0) Não, de modo algum (2) Mais que o de costume (1) Não mais que o de costume (3) Muito mais que o de costume
12. Você tem pensado que é uma pessoa inútil? (0) Não, de modo algum (2) Mais que o de costume (1) Não mais que o de costume (3) Muito mais que o de costume

### ***Escala de Microagressões Relacionadas ao HIV (Versão Piloto – 41 itens)***

*Instruções.* Os itens desta escala perguntam sobre sua vivência com o HIV. Você deve indicar com que frequência as situações ocorreram e o quão estressantes ou incômodas elas foram para você. Embora algumas perguntas sejam semelhantes, trate cada uma de forma independente. Tente não contar o número de vezes que você se sentiu de uma maneira particular. Responda de forma razoavelmente rápida, escolhendo a alternativa que melhor reflita uma estimativa razoável na sua percepção. É importante que você não deixe nenhum item em branco.

Para indicar a frequência das situações, utilize: (0) Nunca (1) Muito raramente (2) Raramente (3) Ocasionalmente (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente

Para indicar o quão estressantes ou incômodas elas foram, utilize: (0) Nada estressante, (1) Pouco estressante, (2) Estressante, (3) Muito estressante

1. Já me disseram que, mesmo sendo indetectável, as pessoas ainda podem se infectar se tiverem contato comigo.
2. Já assumiram que, por eu viver com HIV, eu sou usuário de drogas.
3. Já ouvi pessoas dizendo “Estou limpo(a)” quando o assunto era HIV.
4. Já me disseram que eu deveria me relacionar apenas com pessoas que vivem com HIV.
5. Já assumiram que, por eu viver com HIV, eu não sou saudável.
6. Já ouvi que pessoas com HIV devem se preocupar em evitar o contato com outras pessoas.
7. Eu percebo que, em filmes, a maioria dos personagens que vivem com HIV são interpretados por pessoas LGBTQ+.
8. Já me disseram que viver com HIV hoje em dia é fácil, então eu não deveria reclamar.
9. Já expressaram incômodo quando contei que vivo com HIV.
10. Já ouvi piadas ou comentários sobre HIV de pessoas que não sabiam da minha condição.
11. Já me disseram que, mesmo sendo indetectável, eu não deveria me envolver em relacionamentos.
12. Já ouvi que quem vive com HIV nunca vai poder ter uma vida sexual normal.
13. Já assumiram que, por eu viver com HIV, eu já tive outras infecções sexualmente transmissíveis.
14. Já me disseram que eu não deveria fazer sexo por viver com HIV.
15. Já me disseram que eu não parecia alguém que vive com HIV.
16. Já me disseram ou insinuaram que meu status de HIV é resultado de algo que eu fiz de “errado” no meu passado.
17. Já ouvi que o HIV afeta apenas pessoas que não se cuidam.
18. Eu percebo que outras questões de saúde recebem mais suporte do governo do que o HIV.
19. Já assumiram que, por eu viver com HIV, eu sou uma pessoa triste.
20. Já ouvi que pessoas que vivem com HIV sempre têm que tomar medicamentos pesados e com efeitos colaterais.
21. Eu percebo que geralmente a mídia exclui pessoas que vivem com HIV.

22. Já me disseram que eu falo demais sobre discriminação contra pessoas com HIV.
23. Já ouvi que é raro alguém com HIV viver uma vida plena e feliz.
24. Já me disseram que eu estava exagerando ao achar que fui tratado de forma injusta por viver com HIV.
25. Já assumiram que, por eu viver com HIV, eu tive muitos parceiros sexuais.
26. Já ouvi que não é necessário ter tratamentos especiais para alguém que vive com HIV, pois a infecção não muda nada.
27. Eu percebo que em debates públicos raramente se fala sobre as pessoas que vivem com HIV.
28. Já me disseram que, mesmo sendo indetectável, eu ainda represento um risco para as pessoas.
29. Já me disseram que eu devia ser uma pessoa triste por viver com HIV.
30. Já me disseram que eu não parecia alguém que vive com HIV.
31. Já me disseram que, por eu viver com HIV, eu teria AIDS.
32. Já me disseram que, mesmo sendo indetectável, eu não deveria me envolver em relacionamentos.
33. Já assumiram que, por eu viver com HIV, eu sou usuário de drogas.
34. Eu percebo que as pessoas que vivem com HIV têm pouca representatividade na sociedade.
35. Já ouvi, de forma negativa, que a vida de quem tem HIV nunca mais será a mesma.
36. Já ouvi que pessoas com HIV têm que esconder sua condição a qualquer custo para não serem julgadas.
37. Já assumiram que, por eu viver com HIV, eu sou saudável.
38. Já me disseram que eu estava exagerando ao achar que fui tratado de forma injusta por viver com HIV.
39. Já me disseram que eu falo demais sobre discriminação contra pessoas com HIV.
40. Eu percebo que as pessoas que vivem com HIV costumam ser representadas de forma negativa nas mídias.
41. Eu percebo que outras questões de saúde recebem mais suporte do governo do que o HIV.

## Apêndice C – Análise de Juízes e Semântica

**Microagressões:** são tidas como formas sutis de opressão, que podem ser intencionais ou não, elas podem ser configuradas como comentários hostis ou atitudes depreciativas direcionadas a indivíduos ou grupos (Sue et al., 2007).

Dimensões da Escala de Microagressões para Pessoas que Vivem com HIV

- 1) **Microassaltos:** são formas evidentes de discriminação em que os atores se comportam deliberadamente de maneira discriminatória, mesmo que sem a intenção de ofender alguém, ou pensam que suas ações não são notadas como preconceituosas.
- 2) **Microinsultos:** são declarações ou comportamentos nos quais os indivíduos comunicam, de forma não intencional ou inconsciente, mensagens discriminatórias a membros de grupos minoritários.
- 3) **Microinvalidações:** são afirmações verbais que negam ou minimizam as vivências dos membros de grupos minoritários.
- 4) **Microagressões Ambientais:** aspectos estruturais, culturais e contextuais de uma sociedade que perpetuam discriminação e exclusão, mesmo que não sejam necessariamente visíveis ou intencionalmente maliciosos.

Antes de iniciar sua análise, por favor, nos informe:

1. Sua idade:
2. Sua última formação acadêmica completa ou em andamento (doutorado ou pós-doutorado):
3. A área de sua última formação acadêmica:

-----

Terminologia:

1. Indetectável: A terapia antirretroviral (TARV), quando usada corretamente, pode reduzir a quantidade do HIV no sangue para níveis tão baixos que se tornam indetectáveis nos exames utilizados para contá-los. Permanecer no tratamento é importantíssimo para evitar a replicação do vírus e chegar à carga viral indetectável. Pesquisas demonstraram que alcançar e manter uma carga viral indetectável não só preserva a saúde da pessoa que vive com HIV, mas também evita a transmissão sexual do vírus. O conceito de “Indetectável = Intransmissível ou I=I” já é difundido pela OMS, Ministério da Saúde, UNAIDS, demais entidades de saúde e na ciência.

### *Avaliação de itens da EM-HIV*

**Análise do conteúdo:** Por favor, analise cuidadosamente cada um dos itens da primeira coluna e identifique a qual fator o item pertence, considere a definição dos fatores fornecidas acima. Na coluna “Análise do conteúdo (dimensões)” você deverá assinalar com um “X” no espaço da coluna referente ao fator de acordo com sua avaliação. Se você considerar que o item não pertence a nenhum fator deixe a coluna análise de conteúdo em branco, se considerar que o item pertence a mais de um fator, marque X nos fatores correspondentes.

**Análise da semântica:** Na coluna “Análise da semântica” avalie os itens quanto aos critérios de clareza do item (se o item é facilmente compreendido) e de relevância (o quanto você considera o item importante para a dimensão) utilizando a seguinte escala:

(1) não contempla (2) contempla pouco (3) contempla satisfatoriamente (4) contempla muito (5) contempla fortemente

Anote o número da escala correspondente a sua avaliação no espaço das colunas de clareza e relevância.

<p><b>1) <u>Microassaltos:</u></b> são formas evidentes de discriminação em que os atores se comportam deliberadamente de maneira discriminatória, mesmo que sem a intenção de ofender alguém, ou pensam que suas ações não são notadas como preconceituosas. <b>2) <u>Microinsultos:</u></b> são declarações ou comportamentos nos quais os indivíduos comunicam, de forma não intencional ou inconsciente, mensagens discriminatórias a membros de grupos minoritários. <b>3) <u>Microinvalidações:</u></b> são afirmações verbais que negam ou minimizam as vivências dos membros de grupos minoritários. <b>4) <u>Microagressões Ambientais:</u></b> aspectos estruturais, culturais e contextuais de uma sociedade que perpetuam discriminação e exclusão, mesmo que não sejam necessariamente visíveis ou intencionalmente maliciosos.</p>	Análise do Conteúdo				Análise da Semântica	
	Dimensões				Clareza	Relevância
Microassaltos	Microinsultos	Microinvalidações	Microagressões Ambientais			
<b>ITENS</b>						
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
...						
30.						

**Comentários e observações (caso deseje sugerir reformulações para algum item, indique abaixo):**

## Apêndice D – Adaptação Transcultural IA-RSS

### Antes de iniciar sua análise, por favor, nos informe:

1. Sua idade:
2. Sua última formação acadêmica completa ou em andamento (graduação, mestrado, doutorado etc):
3. A área de sua última formação acadêmica:
4. Nível de conhecimento da língua inglesa:

**Analise cuidadosamente o instrumento abaixo e realize a tradução do mesmo para a língua portuguesa, levando em consideração o título da escala, instruções, sentenças de resposta e itens. Ao final, você poderá, caso deseje, indicar comentários sobre o instrumento.**

### *Internalized AIDS-Related Stigma Scale (IA-RSS)*

Please answer whether you agree or disagree with the following statements.

(AGREE) or (DESAGREE)

1. It is difficult to tell people about my HIV infection
2. Being HIV positive makes me feel dirty
3. I feel guilty that I am HIV positive
4. I am ashamed that I am HIV positive
5. I sometimes feel worthless because I am HIV positive
6. I hide my HIV status from others

## Apêndice E – Convite de Pesquisa



**LPMS**  
Laboratório de Pesquisa  
em Mudanças Sociais

**UnB**



### Como é ser uma pessoa que vive com HIV no Brasil?

Participe da nossa pesquisa acessando  
o **QR Code** ou o **link na bio**.  
Para isso, é preciso ter mais de 18 anos,  
ser brasileiro(a) morando no Brasil e  
ser uma pessoa que vive com HIV.

**Pesquisa anônima e voluntária !**



## Anexo I – Parecer de Aprovação CEP-FM

FACULDADE DE MEDICINA DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -  
UNB



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Saúde Mental e Identidade de Pessoas que Vivem com HIV.

**Pesquisador:** LUCAS SOUSA SILVEIRA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 89879525.1.0000.5558

**Instituição Proponente:** EMPRESA BRASILEIRA DE SERVICOS HOSPITALARES - EBSERH

**Patrocinador Principal:** FUND COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 7.801.171

#### Apresentação do Projeto:

Título: Os Indetectáveis: Saúde Mental, Identidade e Microagressões em Pessoas que Vivem com HIV

Autor do Projeto:

Lucas Sousa Silveira, Mestrando do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações, Instituto de Psicologia, UnB.

Orientador: Tiago Jessé Souza de Lima

Coorientadora: Tátilla Rayane de Sampaio

Local: Hospital Unversitário de Brasília (HUB)


Tipo de Financiamento: CAPES

PROJETO CAAE No. 89879525.1.0000.5558

Trata-se de resposta às pendências apontadas pelo CEPFM parecer substanciado No. 7.740.392:

Pendência apontada pelo relator: Descrever protocolo de manejo terapêutico e acompanhamento em casos de participantes da pesquisa que apresentarem quadro clínico com sinais de sofrimento psíquico e ideação suicida.

**Endereço:** Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina  
**Bairro** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município** BRASÍLIA  
**Telefone** (61)3107-1915 **E-** cepfm@unb.br

FACULDADE DE MEDICINA DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -   
UNB

Continuação do Parecer: 7.801.171

Resposta Pendência nº 1. Protocolo de Manejo Terapêutico e Acompanhamento em Casos de Sofrimento Psíquico e Ideação Suicida.

Este protocolo tem por objetivo estabelecer diretrizes para o manejo e o encaminhamento adequado de participantes da pesquisa que apresentem sinais de sofrimento psíquico intenso ou ideação suicida. A pesquisa será conduzida com adultos vivendo com HIV, nas dependências do Hospital Universitário de Brasília (HUB).

Durante a coleta de dados e demais atividades relacionadas à pesquisa, o pesquisador manterá atenção constante à identificação de possíveis sinais de sofrimento emocional significativo, tais como tristeza profunda, desesperança, isolamento, relatos de pensamentos suicidas ou outras mobilizações subjetivas relevantes.

Na ocorrência de qualquer reação emocional adversa e intensa que indique sofrimento psíquico e/ou risco de suicídio, o pesquisador interromperá imediatamente a coleta de dados, a fim de priorizar o acolhimento do participante. O mesmo será conduzido a um ambiente reservado e adequado, onde será realizada escuta qualificada e oferecidas intervenções pontuais, com o objetivo de promover o encaminhamento ao serviço de saúde mental do HUB, unidade especializada e capacitada para lidar com tais demandas.

Todos os registros decorrentes desse processo serão realizados de forma sigilosa e segura, em conformidade com as normas éticas e legais vigentes. O pesquisador responsável supervisionará a aplicação deste protocolo, bem como o acompanhamento posterior dos casos identificados, respeitando sempre a disponibilidade e o consentimento dos participantes envolvidos.

**Objetivo da Pesquisa:**

Conforme submissão anterior.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Conforme submissão anterior.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Conforme submissão anterior.

**Endereço:** Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina  
**Bairro** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município** BRASÍLIA  
**Telefone** (61)3107-1915 **E-** cepfm@unb.br

FACULDADE DE MEDICINA DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -  
UNB



Continuação do Parecer: 7.801.171

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Conforme submissão anterior.

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências observadas.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Após apreciação na reunião dia 27/08/2025 do colegiado CEP/FM o projeto foi aprovado.OBS: De acordo com a Resolução CNS 466/12, nos inciso II.19 e II.20, cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP os relatórios parciais e final do seu projeto de pesquisa. Bem como a notificação de eventos adversos, de emendas ou modificações no protocolo para apreciação do CEP

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2445669.pdf	04/08/2025 09:02:10		Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	Carta_de_Respostas_as_Pendencias.pdf	04/08/2025 08:45:01	LUCAS SOUSA SILVEIRA	Aceito
Outros	RESUMO.docx	23/06/2025 15:32:55	LUCAS SOUSA SILVEIRA	Aceito
Outros	Carta_de_Encaminhamento.pdf	21/06/2025 15:17:31	LUCAS SOUSA SILVEIRA	Aceito
Orçamento	Planilha_oramentaria.pdf	13/06/2025 16:08:59	LUCAS SOUSA SILVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_COMPLETO.docx	13/06/2025 15:42:27	LUCAS SOUSA SILVEIRA	Aceito
Outros	TERMO_RESP_E_COMP.pdf	13/06/2025 15:41:37	LUCAS SOUSA SILVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEPFM.pdf	13/06/2025 15:41:19	LUCAS SOUSA SILVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Assinada.pdf	09/06/2025	LUCAS SOUSA	Aceito

**Endereço:** Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina  
**Bairro** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município** BRASÍLIA  
**Telefone** (61)3107-1915 **E-** cepfm@unb.br

FACULDADE DE MEDICINA DA  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA -  
UNB



Continuação do Parecer: 7.801.171

Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Assinada.pdf	10:12:59	SILVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_COMPLETO.pdf	07/06/2025 10:24:12	LUCAS SOUSA SILVEIRA	Aceito
Declaração do Patrocinador	DECLARACAO_CAPES.pdf	07/06/2025 10:22:07	LUCAS SOUSA SILVEIRA	Aceito
Outros	LATTES_LUCAS_SILVEIRA.pdf	07/06/2025 10:19:57	LUCAS SOUSA SILVEIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	07/06/2025 10:16:43	LUCAS SOUSA SILVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CARTA_ANUENCIA_HUB.pdf	07/06/2025 10:11:21	LUCAS SOUSA SILVEIRA	Aceito
Outros	LATTES_COORIENTADORA.pdf	14/05/2025 19:15:17	LUCAS SOUSA SILVEIRA	Aceito
Outros	LATTES_ORIENTADOR.pdf	14/05/2025 19:14:58	LUCAS SOUSA SILVEIRA	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_DE_COLETA_DE_DA DOS.pdf	14/05/2025 19:13:58	LUCAS SOUSA SILVEIRA	Aceito
Outros	CARTA_DE_REVISAO_ETICA.pdf	14/05/2025 19:12:13	LUCAS SOUSA SILVEIRA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASILIA, 28 de Agosto de 2025

Assinado por:  
Antônio Carlos Rodrigues da Cunha  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina  
**Bairro** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município** BRASILIA  
**Telefone** (61)3107-1915 **E-** cepfm@unb.br

## Anexo II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE*

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa “Saúde Mental e Identidade de Pessoas que Vivem com HIV” sob a responsabilidade do pesquisador Lucas Sousa Silveira. O projeto é uma pesquisa de mestrado vinculada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações (PPG-PSTO) da Universidade de Brasília (UnB).

O objetivo desta pesquisa é testar um modelo explicativo da saúde mental de pessoas que vivem com HIV, analisando o papel das microagressões, do estigma internalizado e da identidade social como preditores.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de um questionário que será entregue a você. Ele incluirá perguntas sobre sua vida cotidiana, saúde, sentimentos, tratamento e sobre o HIV. Você pode anotar suas respostas sozinho ou contar com a ajuda da pessoa que fará a entrevista, que estará ao seu lado para esclarecer suas dúvidas e verificar se o questionário foi respondido corretamente. Para participar é necessário: Ser maior de 18 anos, ser brasileiro morando no país e ser uma pessoa que vivem com HIV. São necessários, em média, 15 minutos para resposta. A participação consistirá apenas na resposta do questionário.

Sua participação na pesquisa pode implicar em riscos pois o questionário contém questões pessoais que podem ser desafiadoras de responder. Algumas delas podem tocar suas emoções, e não queremos que você se sinta assim. Além disso, pode haver riscos referentes à segurança digital. Você não é obrigado a responder todas as perguntas e pode interromper sua participação a qualquer momento. Estes riscos serão minimizados com as seguintes estratégias: Nós vamos proteger sua privacidade durante a pesquisa, além de que as informações serão armazenadas em ambiente protegido por senha, com acesso restrito exclusivamente ao pesquisador responsável. Seu nome e outros dados pessoais não serão divulgados. Suas informações médicas serão mantidas em sigilo. Os pesquisadores irão armazenar esses dados e utilizar os questionários e documentos apenas para fins de pesquisa. Após esse período, eles serão destruídos/excluídos. A pesquisa pode trazer oportunidade de refletir sobre sua vida de forma positiva e, assim, trazer sentimentos positivos, como o de pertencimento e acolhimento. Se o(a) senhor(a) aceitar participar, contribuirá para melhorar a vida de todas as pessoas que vivem com HIV. Usaremos as informações e resultados da pesquisa para combater o preconceito e a discriminação.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que o(a) senhor(a) tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, o(a) senhor(a) deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados no Projeto Com-vivência (HUB) e no Programa de Pós-graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações (PPG-PSTO/UnB) podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Lucas Sousa Silveira, no Instituto de Psicologia da UnB, no telefone (61) 98142-5394, disponível inclusive para ligação a cobrar e no e-mail [Silveira.lucasousa@gmail.com](mailto:Silveira.lucasousa@gmail.com)

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina (CEP/FM) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1918 ou do e-mail [cepfm@unb.br](mailto:cepfm@unb.br), horário de atendimento de 08:30hs às 12:30hs e de 14:30hs às 16:00hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FM está localizado na Faculdade de Saúde/Faculdade de Medicina no 2º andar do prédio, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

(INSERIR LOGOMARCA DA INSTITUIÇÃO e/ou  
CABEÇALHO INSTITUCIONAL – Faculdade e Departamento)

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o(a) Senhor(a).

---

Nome e assinatura do Participante de Pesquisa

---

Nome e assinatura do Pesquisador Responsável

Brasília, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.