



e s c o l a superior de
enfermagem
de coimbra

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

ESTIGMA DOS ENFERMEIROS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AO DOENTE
COM HIV

Sandra Catarina Gomes Coelho Tejo

Coimbra, fevereiro 2022



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

ESTIGMA DOS ENFERMEIROS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AO DOENTE
COM HIV

Sandra Catarina Gomes Coelho Tejo

Orientador: Professor Doutor Amorim Gabriel Santos Rosa, Professor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Co-Orientador: Professor Doutor Luís Manuel de Jesus Loureiro, Professor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Coimbra, fevereiro 2022

“Triste época! É mais fácil desintegrar um átomo do que o preconceito.”

Albert Einstein

DEDICATÓRIA

Ao Zé e à Carolina...pelo apoio incondicional e por acreditarem em mim todos os dias ...esta vitória também é vossa...

AGRADECIMENTOS

Finalizada esta etapa importante para mim, não poderia deixar de expressar o enorme agradecimento a todos aqueles que me apoiaram neste percurso e contribuíram para a realização deste trabalho.

Ao meu orientador Professor Doutor Amorim Rosa, pela disponibilidade, dedicação, partilha, apoio e orientação ao longo deste percurso, nada fácil em tempos pandémicos e por outras razões que ele sabe.

À Ordem dos Enfermeiros, pelo apoio na divulgação do *link* dos questionários, que foi fundamental em tempos pandémicos.

A todos os que participaram no painel de peritos, por disponibilizarem algum tempo das vossas vidas muito ocupadas para me ajudarem, terão para sempre o meu reconhecimento pelo vosso profissionalismo e conhecimento.

À Cristiana, por toda a paciência, disponibilidade, motivação, apoio e amizade que sempre me dá. Sem ti não teria conseguido.

Aos meus colaboradores Hélder e Mariana que entraram neste percurso comigo e com os quais partilhei dúvidas, receios e alegrias. Para mim serão sempre os melhores.

A todos os enfermeiros, colaboradores e amigos que contribuíram para a realização deste trabalho com a sua participação, apoio e palavras de incentivo. Sem vocês, não teria sido possível.

E por fim, à minha Maria do Céu e à restante família que está perto e à que está longe, obrigado por serem meus e por estarem sempre lá quando preciso.

MUITO OBRIGADO a todos, terão para sempre a minha gratidão.

RESUMO

Introdução: O estigma e a discriminação relacionados com o HIV continuam a impedir as pessoas de aceder precocemente aos cuidados de saúde. Os profissionais de saúde, no seu quotidiano, estão constantemente expostos a eventos causadores de vulnerabilidades como a ansiedade, o medo, a tensão, o stress, entre tantos outros. É crucial, por isso, que os enfermeiros que prestam cuidados diariamente a doente com HIV compreendam a extensão e as dimensões do estigma, não só em termos da melhoria da relação terapêutica e dos cuidados prestados, mas também em termos da saúde mental e bem-estar destes doentes e deles próprios.

Objetivos: Este estudo teve como objetivos (1) aprofundar conhecimentos sobre o estigma, a ansiedade e medo dos enfermeiros; (2) estudar o estigma dos enfermeiros que prestam cuidados a doentes com HIV; e (3) analisar a influência do estigma na ansiedade e no medo dos enfermeiros na prestação de cuidados ao doente com HIV.

Metodologia: Neste estudo participaram 233 enfermeiros que prestam cuidados diários a doentes com HIV. A avaliação do estigma nesta população tornou necessária a realização de um estudo metodológico de tradução e adaptação transcultural do instrumento de avaliação HPASS para português europeu. Foi realizada análise fatorial para verificar a validade do instrumento e, para verificar a sua fidelidade, foi realizada a análise de consistência interna. Posteriormente foi realizado um estudo quantitativo, descritivo correlacional para determinar a influência do estigma na ansiedade e no medo dos enfermeiros que prestam diariamente cuidados a doentes com HIV. Na análise inferencial optámos pelo *Teste t Student* para grupos independentes e a análise de variância *ANOVA* para comparar três ou mais grupos independentes.

Resultados: O instrumento final que designámos como EscAvE-HIV (Escala de Avaliação de Estigma para com doentes com HIV) é composto por três subescalas, 'Estereótipo', 'Preconceito' e 'Discriminação', que apresentam índices de fiabilidade aceitáveis, e uma estrutura fatorial que é consistente com os pressupostos teóricos do estigma descritos na literatura. Nos resultados obtidos não existe correlação estatisticamente significativa entre o nível de ansiedade e o nível de medo ($r = 0,785$ e $p = 0,000$), nem entre a média do *score* do estigma e nível de ansiedade ($r = 0,163$ e $p = 0,275$), nem entre a média do *score* do estigma e nível de medo ($r = 0,082$ e $p = 0,607$).

Conclusões: Os achados mais relevantes deste estudo são que: (i) Apesar de prevalecerem nos enfermeiros que prestam cuidados diários aos doentes com HIV estereótipos e preconceitos, estes não se manifestam através de comportamentos e atitudes discriminatórias nos cuidados prestados; (ii) A ansiedade e o medo estão intimamente relacionados, mas não são influenciados pelo estigma na prestação diária de cuidados a doentes com HIV. Neste estudo ainda verificámos que a versão portuguesa da HPASS, denominada de EscAvE- HIV, demonstra ser um instrumento útil para avaliar o estigma dos enfermeiros que prestem diariamente cuidados a doentes com HIV.

Palavras-Chave: Enfermagem; Estigma; HIV/AIDS; Medo; Ansiedade

ABSTRACT

Introduction: HIV-related stigma and discrimination continue to prevent people from accessing health care early. Health professionals, in their daily lives, are constantly exposed to events that cause vulnerability such as anxiety, fear, tension, stress among many others. Therefore, it is crucial that nurses who provide daily care to HIV patients understand the extent and dimensions of stigma, not only in terms of improving the therapeutic relationship and care provided, but also in terms of mental health and well-being of these patients and themselves.

Objectives: This study aimed to (1) deepen knowledge about nurses' stigma, anxiety and fear; (2) study the stigma of nurses who provide care to patients with HIV; and (3) to analyze the influence of stigma on nurses' anxiety and fear in providing care to HIV patients.

Methodology: 233 nurses who provide daily care to HIV patients participated in this study. The assessment of stigma in this population made it necessary to carry out a methodological study of translation and cross-cultural adaptation of the HPASS assessment instrument into European Portuguese. Factor analysis was performed to verify the validity of the instrument and to verify its fidelity, the analysis of internal consistency was performed. Subsequently, a quantitative, descriptive correlational study was carried out to determine or identify the influence of stigma on anxiety and fear of nurses who provide daily care to HIV patients. In the inferential analysis, we used Pearson's Correlation coefficient and chose the *Student's t test* for independent groups and ANOVA analysis of variance to compare three or more independent groups.

Results: The final instrument that we designated as EscAvE-HIV (Stigma Assessment Scale for HIV Patients) is composed of three subscales 'Stereotype', 'Prejudice' and 'Discrimination' that present acceptable reliability indices, and a factorial structure that is consistent with the theoretical assumptions of stigma described in the literature. In the results obtained, there is no statistically significant correlation between the level of anxiety and the level of fear ($r = 0.785$ and $p = 0.000$), nor between the average stigma score and anxiety level ($r = 0.163$ and $p = 0.275$), nor between the mean stigma score and fear level ($r = 0.082$ and $p = 0.607$).

Conclusions: The most relevant findings of this study are that: (i) Although stereotypes and prejudices prevail in nurses who provide daily care to HIV patients, they are not

manifested through discriminatory behaviors and attitudes in the care provided; (ii) Anxiety and fear are closely related but not influenced by stigma in the daily care of HIV patients. In this study, we also verified that the portuguese version of the HPASS called EscAvE-HIV proves to be a useful instrument to assess the stigma of nurses who provide daily care to HIV patients.

Keywords: Nursing; Stigma; HIV/AIDS; Fear; Anxiety

ABREVIATURAS E SIGLAS

α - Alfa de Cronbach

$\bar{x}$ - Média

% - Percentagem

p – Probabilidade de significância

ACP - Análise de Componentes Principais

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

APA - *American Psychiatric Association*

BTS - Teste de Esfericidade de Bartlett

CIPE - Classificação Internacional para a Prática Enfermagem

DP – Desvio-Padrão

EscAvE-HIV – Escala de Avaliação de Estigma para com Doentes com Vírus da Imunodeficiência Humana

EMC – Enfermagem Médica e Cirúrgica

ESIP – Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESPC – Enfermagem de Saúde Pública e Comunitária

ER – Enfermagem de Reabilitação

H – Hipótese de Investigação

H² - Comunalidade

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HPASS – *Health Professional AIDS/HIV Stigma Scale*

KMO - Kaiser-Meyer-Olkin

LS - Literacia em saúde

N – Frequência Absoluta

NANDA – *North American Nursing Diagnosis Association*

OE - Ordem dos enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

RV12 – Síntese das Retroversões

RV1 / RV2 – Retroversão da HPASS de forma independente

Sig. – Nível de significância

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

T-12 – Versão Única da HPASS em Língua Portuguesa

T1 / T2 – Tradução da HPASS para Língua e Cultura Portuguesa

UICISA-E - Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

UNAIDS – *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*

X² – Qui-quadrado

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição dos enfermeiros da amostra relativa à idade e tempo de serviço	49
Tabela 2. Estatísticas-resumo das variáveis de caracterização demográfica dos participantes	50
Tabela 3. Teste Kaiser-Meyer-Olkin e Teste Esfericidade de Bartlett da EscAvE-HIV	62
Tabela 4. Matriz de componentes extraídos a partir da ACP	64
Tabela 5. Correlações entre as dimensões da EscAvE-HIV	65
Tabela 6. Estatísticas de homogeneidade dos itens e consistência interna das dimensões	66
Tabela 7. Estatísticas-resumo relativas aos três fatores da EscAvE-HIV	67
Tabela 8. Estatística-resumo da EscAvE-HIV e resultados da aplicação dos testes t e F	78
Tabela 9. Estatísticas-resumo e resultados do <i>Teste t</i> para grupos independentes	79

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Esquema das etapas de validação e adaptação cultural da EscAvE-HIV	56
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Escala de valores do coeficiente Alfa de Cronbach 59

Quadro 2. Escala de valores do teste de Kaiser-Meyer-Olkin 61

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	27
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	29
1. Literacia em saúde	31
2. Estigma da doença	32
2.1. Estigma na prestação de cuidados ao doente com HIV	36
2.1.1. Ansiedade e medo na prestação de cuidados ao doente com HIV	37
3. Avaliação do estigma dos enfermeiros nos cuidados ao doente com HIV	39
3.1. Escala de Estigma dos Profissionais de Saúde	41
4. Teoria das Transições: Contributos	42
PARTE II – PERCURSO METODOLÓGICO E EMPÍRICO	45
1. Metodologia	47
1.1. Procedimentos éticos	47
1.2. População e amostra	48
1.2.1. Caraterização da amostra	49
1.3. Instrumento de medida	51
1.4. Análise estatística	52
ESTUDO I – VALIDAÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL DA EscAvE-HIV	53
1. Tipo de estudo	55
2. Objetivos	55

3. Questão de investigação	55
4. Processo de validação do instrumento	55
4.1. Tradução e adaptação	56
4.2. Etapa 1 e 2 – Tradução e síntese	57
4.3. Etapa 3 – <i>Back translation</i> e síntese	57
4.4. Etapa 4 – Painel de peritos	57
4.5. Etapa 5 – Pré-teste	58
4.6. Etapa 6 – Propriedades psicométricas da EscAvE-HIV: Validade e Fiabilidade	59
4.6.1. Análise de Fidelidade	65
6. Discussão dos resultados e conclusões	67
ESTUDO II – A INFLUÊNCIA DO ESTIGMA NA ANSIEDADE E NO MEDO DOS ENFERMEIROS QUE PRESTAM CUIDADOS A DOENTES COM HIV	73
1. Tipo de estudo	75
2. Objetivos	75
3. Hipóteses de Investigação.....	75
4. Procedimento de análise de dados	76
5. Apresentação dos resultados	76
6. Discussão dos resultados	79
7. Limitações e sugestões	84
CONCLUSÃO	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
APÊNDICES	

APÊNDICE I – Termo de consentimento informado de participação no estudo.

APÊNDICE II – Instrumento de colheita de dados sociodemográficos.

APÊNDICE III – Escala de Avaliação Estigma para com o Doente com HIV (EscAvE-HIV).

ANEXOS

ANEXO I – Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ANEXO II – Autorização da autora da HPASS

ANEXO III – Escala original HPASS - versão canadiana

ANEXO IV – Códigos de Instrução da HPASS - versão canadiana

ANEXO V – Parecer da Ordem dos Enfermeiros para divulgação do *link*

ANEXO VI – Versão portuguesa final do Instrumento HPASS

INTRODUÇÃO

O estigma e a discriminação atuais contra as pessoas que vivem com Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) foram reconhecidos como os principais impedimentos para controlar a epidemia do HIV (Srithanaviboonchai et al., 2017).

Apesar do progresso global no tratamento da infecção HIV, na melhoria dos cuidados de saúde prestados a pessoas com diagnóstico HIV e na educação realizada na comunidade, o estigma e a discriminação relacionados com o HIV continuam a impedir as pessoas de aceder ao teste, ao tratamento e aos cuidados de saúde (Kinsler et al., 2007).

O estigma pode dissuadir as pessoas que vivem com HIV de ativamente procurarem atendimento médico e a sua saúde pode deteriorar-se, ainda mais, por causa da discriminação e do preconceito dos profissionais de saúde (Famoroti et al., 2013).

Além da assistência em saúde, os profissionais de saúde exercem uma ação importante na promoção de mudanças no conhecimento, atitudes e práticas relacionadas com a construção social da realidade e consequente controlo da epidemia (Camillo et al., 2013). Neste sentido, as ações positivas dos profissionais de saúde podem reduzir o estigma e constituir uma base sólida para tornar as relações do cuidar mais produtivas e efetivas (Feyissa et al., 2012).

Segundo Oliveira e Cunha (2014, p. 80) “(...) na área da saúde, o profissional deve estar em boas condições físicas e emocionais, para que possa desempenhar um serviço de qualidade”.

O desenvolvimento de perturbação de ansiedade em determinados grupos de profissionais de saúde, nomeadamente nos enfermeiros que estão expostos constantemente a eventos causadores de stress, são favorecidos por situações de vulnerabilidade como sofrimento, medo, conflitos, tensões, disputa pelo poder, ansiedade, stress, convivência com a morte, longas jornadas de trabalho, entre tantos outros fatores inerentes ao quotidiano desses profissionais (Braga et al, 2010).

Face a esta realidade, a presente investigação surge no âmbito do ciclo de estudos conducentes ao grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, e

também na importância cada vez maior do conhecimento acerca do estigma nos cuidados de saúde prestados a doentes com HIV.

Os objetivos deste estudo são aprofundar conhecimentos sobre o estigma, a ansiedade e medo dos enfermeiros; estudar o estigma dos enfermeiros que prestam cuidados a doentes com HIV; e analisar a influência do estigma na ansiedade e no medo dos enfermeiros na prestação de cuidados ao doente com HIV.

Desta forma, realizou-se previamente um estudo metodológico de tradução e adaptação cultural para português europeu do instrumento de avaliação do estigma *Health Professional AIDS/HIV Stigma Scale* ([HPASS], Estudo I), cujos objetivos foram: (i) traduzir e adaptar culturalmente para português europeu a HPASS; (ii) avaliar as suas propriedades psicométricas.

O Estudo II é de natureza quantitativa e de nível descritivo correlacional. Teve como população-alvo todos os enfermeiros que prestam diariamente cuidados a doentes com HIV e que acederam ao *link* para participar no estudo através do preenchimento do questionário constituído pelos dados sociodemográficos e pela Escala de Avaliação de Estigma para com Doentes com HIV (EscAvE-HIV).

O estudo tem como ponto de partida a questão: qual a influência do estigma na ansiedade e medo dos enfermeiros que prestam cuidados diariamente a doentes com HIV?

Estruturalmente, o presente trabalho segue as normas apresentadas no Guia de Elaboração de Trabalhos da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (2016). Após a introdução, está dividido em duas partes, o enquadramento teórico e o percurso metodológico e empírico, onde estão apresentados os dois estudos realizados: o Estudo I – Validação e Adaptação Cultural da EscAvE-HIV; e o Estudo II – A influência do Estigma na Ansiedade e Medo dos Enfermeiros que Prestam Cuidados Diariamente a Doentes com HIV, seguido das respetivas Análises e Discussão dos Resultados, Conclusão e Referências Bibliográficas que seguem as normas da American Psychological Association (APA).

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Literacia em saúde

A Literacia em Saúde (LS) é uma conceção relativamente recente, que tem vindo a assumir cada vez mais importância e destaque nos cuidados de saúde. Foi definida pela primeira vez pela Organização Mundial de Saúde ([OMS], 1998, p.10) como sendo o “conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para acederem à compreensão e ao uso da informação de forma a promover e manter uma boa saúde”.

Recentemente, reconhecendo a importância da literacia para a eficácia e eficiência dos serviços de saúde, assim como o papel que desempenha na promoção da saúde e na prevenção da doença, a Direção-Geral de Saúde (2019, p. 3) define LS como “o grau em que os indivíduos têm a capacidade de obter, processar e entender as informações básicas de saúde para utilizarem os serviços e tomarem decisões adequadas de saúde”.

A LS, para além de ser um direito dos cidadãos, tem também um forte impacto económico. Existe uma forte evidência que níveis inadequados de LS podem ter implicações significativas na gestão dos recursos e gastos em saúde, assim como na saúde individual e coletiva da população. De acordo com a Entidade Reguladora da Saúde (2017), na sociedade, os níveis de LS têm impacto nos custos da saúde, isto é, a níveis mais elevados de LS corresponde uma utilização mais adequada dos serviços de saúde, trazendo benefícios na gestão de recursos e nos ganhos em saúde para a população.

Segundo Pedro et al. (2016), uma baixa LS está associada a um baixo conhecimento, o que leva a uma desvalorização dos serviços de prevenção e rastreio, implicando piores condições gerais de saúde. Estas condições poderão aumentar a prevalência e gravidade de algumas doenças e a probabilidade de hospitalização, com períodos mais longos de internamento e necessidade de mais exames de diagnóstico. As condições anteriormente mencionadas influenciam a compreensão dos serviços de prestação de cuidados.

A autonomia e responsabilidade em relação à saúde das pessoas e da comunidade advém de dotar as mesmas de competências fundamentadas no conhecimento, que permita a tomada de decisões em saúde e consequentemente a obtenção de serviços adequados às suas necessidades, por parte do sistema de saúde (Pedro et al., 2016).

2. Estigma da doença

O estigma é uma barreira bem documentada na literatura que interfere na procura de cuidados de saúde, no envolvimento e na adesão aos tratamentos em várias condições de saúde em todo o mundo.

O estigma relacionado com a doença assenta no estigma de viver com uma condição de saúde específica. A propósito desta temática, Munõz e Miguel (2020) referem que:

As doenças tornam-se estigmatizadas devido a características negativas, como a natureza ou fonte negativa da condição, o tipo de pessoas que a adquirem, o medo e os conceitos errados que a envolvem, o tipo de tratamento necessário, o prognóstico, qualquer anomalia física ou mental negativa resultante a partir dele, e assim por diante. (Munõz & Miguel, 2020, p. 46)

Nyblade et al. (2019) e Stangl et al. (2019) estabelecem um conjunto de condições de saúde de natureza mais estigmatizante, nomeadamente as doenças mentais, cancro e infeção HIV.

Os processos de estigmatização diferem consoante as condições de saúde. Segundo Mojtabai (2010), o processo de estigmatização para com as pessoas com doença mental apoia-se na noção de que são perigosas, imprevisíveis, responsáveis pela sua doença, preguiçosas ou dignas de pena. Por sua vez a Joint United Nations Programme on HIV/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida ([AIDS], UNAIDS) considera que o processo de estigmatização associada à pessoa com HIV apoia-se em muitos fatores, entre eles: a falta de conhecimento sobre a doença, as ideias erradas sobre a transmissão do HIV, a falta de acesso ao tratamento, a ausência de cura para a doença, os preconceitos e os receios relacionados com questões socialmente sensíveis, nomeadamente a sexualidade, a morbilidade, a mortalidade e uso de drogas (UNAIDS, 2018).

Para Corrigan (2004), a forma de compreender o processo de estigmatização da sociedade para com a doença mental assenta em algumas dimensões interrelacionadas. Moreira e outros (2010) atribuem-lhes uma sequência de graduação de acontecimento das mesmas, começando nos indícios, seguidos do estereótipo e do preconceito, que têm bases conceptuais, culminando na discriminação, que se baseia no comportamento. Ambos os autores consideram a importância destas dimensões na abordagem explicativa do processo de estigmatização.

Os indícios são descritos por Corrigan (2004) como sendo indicadores manifestos que podem assinalar a presença de doença, entre eles o comportamento bizarro ou desviante, sendo influenciados pelos nossos valores e pelas nossas reações emocionais. Um dos indícios que se considera ter maior responsabilidade no processo de estigma é a rotulagem, porque está sempre associada a uma construção dependente do “outro” ou a determinado comportamento deste (Corrigan, 2004).

Na sequência do anterior surgem os estereótipos, que são crenças negativas generalizadas do público a um determinado grupo social, havendo categorização de informação acerca desse mesmo grupo. Corrigan e Watson (2002) consideram que as pessoas rapidamente geram impressões e expectativas de indivíduos que pertencem a um grupo estereotipado. Os estereótipos podem ser negativos ou positivos, sendo que quando é negativo, denomina-se estigma (Corrigan, 2004).

Por sua vez, os preconceitos apresentam uma componente avaliativa face aos estereótipos. Estes abrangem respostas cognitivas e afetivas negativas como a raiva, o medo, a ansiedade ou a tristeza e que estão associadas ao estereótipo, ou seja, ocorre quando alguém dirige um estereótipo negativo sobre determinado grupo (Corrigan & Wassel, 2008; Corrigan & Watson, 2002). Consequentemente, o preconceito pode levar a um comportamento ativo de exclusão ou evitamento, que se designa discriminação. Esta resulta do preconceito, quando as pessoas acreditam e concordam com um estereótipo negativo.

A discriminação pode ser instigada pelos indivíduos, pelas famílias, pelas comunidades ou mesmo por culturas ou nações na sua globalidade. De facto, as perceções do público e os consequentes comportamentos discriminatórios diminuem as oportunidades de vida das pessoas estigmatizadas, nomeadamente no que diz respeito às suas dificuldades na obtenção de emprego, habitação e cuidados de saúde (Corrigan, 2004; Corrigan & Wassel, 2008; Corrigan & Watson, 2002).

Existem dois tipos identificados de estigma em relação ao processo saúde-doença: o estigma público e o autoestigma, sendo que estes têm uma influência significativa nos processos de estigmatização (Brohan et al., 2011; Corrigan & Wassel, 2008).

O estigma público, de acordo com Corrigan & Wassel (2008), refere-se à reação negativa, depreciativa e discriminativa da população em geral relativamente às pessoas com doença mental. As opiniões do público em geral em relação às causas, tratamentos e consequências psicossociais da doença mental influenciam a sua prevenção, deteção, prognóstico e potencial de recuperação. Também é consensual que as famílias, os

profissionais de saúde e os meios de comunicação social têm um papel fundamental em todo este processo.

O autoestigma ou estigma internalizado, segundo Brohan et al. (2011), é considerado um processo de transformação, no qual a pessoa com doença mental perde a sua identidade deixando de desempenhar os seus papéis parentais, laborais e sociais, passando a adotar uma visão passiva, autoestigmatizante e de autodesvalorização.

Segundo McFarlane (2004), quando a pessoa com doença mental percebe o estigma público no seu contexto sociocultural e antecipa comportamentos de desprezo e rejeição, internaliza muito mais rapidamente essa estigmatização recorrendo a processos de afastamento e isolamento social, vendo progressivamente diminuída a sua rede social e de apoio.

O autoestigma é, assim, considerado um dos principais obstáculos à integração da pessoa na sua comunidade e ao seu processo de recuperação, limitando assim as oportunidades na sua vida (Knight et al., 2006; Senra-Rivera et al., 2008).

Este processo de estigmatização pode então ser explicativo não só para a condição de saúde relacionada com a doença mental, mas também para outras, nomeadamente para a infeção HIV. O estigma está na raiz de ações discriminatórias e pode dizer-se que, por sua vez, a discriminação é a promulgação do estigma, uma vez que o encoraja e reforça (UNAIDS, 2018).

Na perspetiva de Stangl e colaboradores (2019), de forma a interromper o processo de estigmatização e mitigação das consequências prejudiciais do estigma associado às condições de saúde é fundamental um quadro teórico que dê resposta às diferentes dimensões deste processo. Neste sentido Stang et al. (2019) desenvolveram o “*The Health Stigma and Discrimination Framework*”, como referencial e cuja aplicação não tem em conta apenas uma condição de saúde isolada, mas abrange uma variedade de condições de saúde, entre elas a doença mental, o cancro e a infeção HIV.

Os mesmos autores referem que o processo de estigmatização, segundo este referencial, pode ser dividido em domínios constituintes, incluindo fatores motivadores e facilitadores, “marcação” do estigma e manifestações do estigma, influenciando os resultados entre as populações mais afetadas, bem como organizações e instituições, que, em última instância, apresentam grande impacto na saúde e na sociedade. Nesta estrutura, foi necessário incorporar outros estigmas que se cruzam com o estigma relacionado com a saúde e que frequentemente ocorrem em simultâneo, estando os

primeiros relacionados com a orientação sexual, o género, a raça, a ocupação e a pobreza.

Stangl et al. (2019) reforçam que este reconhecimento do cruzamento de estigmas deve ser considerado porque as manifestações do estigma e os resultados de saúde podem ser influenciados por uma série de circunstâncias estigmatizantes que influenciam a compreensão do impacto total do estigma.

O estigma relacionado com o HIV, de acordo com os mesmos autores, é causado por vários fatores, incluindo o medo da infeção, onde as pessoas com diagnóstico HIV podem ser percebidas como uma ameaça devido à natureza infecciosa da doença; preocupações com a produtividade e longevidade, uma vez que a pessoa com diagnóstico HIV pode ser encarada com pouca perspetiva para o emprego, para as amizades e para os relacionamentos românticos; e por último, a aplicação de normas sociais, uma vez que o risco de transmissão do HIV está relacionado com uma variedade de comportamentos socialmente estigmatizados, sendo exemplo as relações sexuais entre pessoas do mesmo sexo, o uso de drogas injetáveis e o trabalho sexual. As pessoas com diagnóstico HIV são desvalorizadas devido às associações percebidas com esses comportamentos.

Os resultados do estigma do HIV, para estas pessoas, incluem o envolvimento em comportamentos de maior risco, menor taxa de testagem de HIV, pior procura e retenção nos cuidados de saúde e pior início e adesão à terapêutica antirretroviral. Os resultados também são influenciados pelas manifestações de estigma nas organizações e instituições, nomeadamente nas leis e políticas, na disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde, na prática de aplicação da lei e na proteção social das pessoas com HIV (Logie et al., 2018).

Stangl et al. (2019) consideram que as respostas ao estigma e discriminação devem ser a nível nacional e ter em conta todas as manifestações de estigma nos vários níveis e com múltiplos intervenientes, como as pessoas que vivem com HIV, as populações-chave, as famílias, os membros da comunidade, os profissionais da saúde, os empregadores, os agentes da lei e os decisores políticos.

O processo de estigmatização da doença tem maior efeito sobre o doente com HIV e sobre o tipo de cuidados que lhe são prestados, por isso, torna-se urgente desenvolver estratégias de lidar com o estigma e seus impactos na saúde destes doentes. Estas estratégias incluem o apoio social, a educação, as estratégias de autoeficácia e resiliência e, por fim, a defesa social e individual do doente com HIV. A abordagem

necessária para estas estratégias terá que ter em conta todas as dimensões cognitivas, afetivas e comportamentais que incorporam o estigma, não descorando o impacto a nível individual, comunitário e social, criando respostas sociais multidimensionais e dando soluções eficazes aos vários níveis do estigma relacionado com o HIV (Chambers et al., 2015).

2.1. Estigma na prestação de cuidados ao doente com HIV

A epidemia do HIV fez aumentar a procura de cuidados de saúde em todo o mundo. De acordo com Marshall et al. (2005), este aumento da procura dos serviços de saúde afeta o trabalho dos profissionais de saúde que prestam cuidados a doentes com HIV, aumentando o stress físico e emocional, que pode levar ao esgotamento. Manter o desempenho ideal dos profissionais de saúde torna-se uma tarefa urgente para atender às crescentes necessidades destes doentes e também na batalha contra a propagação da doença.

Os profissionais dos serviços de saúde, nomeadamente os enfermeiros, desempenham um papel importante nesta batalha, através do rastreio, da prestação de cuidados e do tratamento das pessoas com diagnóstico HIV. Compreender a extensão e as dimensões do estigma dos profissionais de saúde que cuidam de pessoas com HIV é crucial, não só em termos da relação terapêutica (profissional de saúde-doente), mas também da saúde mental e bem-estar dos doentes e dos próprios profissionais de saúde (Li et al., 2007a).

Os profissionais de saúde devem demonstrar empatia, reconhecendo a condição vulnerável da pessoa com diagnóstico HIV, para um atendimento cada vez mais humanizado. Devem, por isso, existir guias de orientação sobre: a patologia, medidas de proteção universais e acesso aos cuidados de saúde, de forma a contribuir para o alívio da discriminação e dos julgamentos desnecessários (Camillo et al., 2013).

Assim, é de extrema importância a aposta na formação e capacitação dos serviços de saúde que realizam atendimento a pessoas com HIV (Navarro et al., 2011).

A evidência mostra que o estabelecimento de modelos de prestação de serviços centrados nas pessoas, apoio legal e políticas estruturadas implementadas com mecanismos de monitorização e fiscalização, treino e sensibilização dos profissionais de saúde podem promover a inclusão e aumentar o acesso aos serviços de saúde. Todos os prestadores de cuidados de saúde têm o dever de cuidar do doente com HIV

e têm, também, o dever legal e obrigação moral de prestar cuidados que assegurem a prevenção da ocorrência de dano no outro (UNAIDS, 2018).

Para Garbin et al. (2009), a percepção do doente com HIV face ao atendimento realizado pelos profissionais de saúde evidencia maior número de queixas, em aspetos relacionados com a informação, o medo, o preconceito, a discriminação e a exposição a vulnerabilidades presentes, quer por parte do profissional, quer por parte do próprio doente.

De acordo com Chambers et al. (2015), o estigma continua a ser um dos maiores desafios na resposta social às pessoas com HIV, devido às percepções e julgamentos que continuam a persistir em torno da doença. Apesar de todos os avanços na proliferação da educação relacionada com HIV, no tratamento da doença e na evolução dos cuidados prestados aos doentes no combate da doença, ainda existe muito trabalho a desenvolver no combate ao estigma associado à infeção pelo HIV em termos sociais.

2.1.1.1. Ansiedade e medo na prestação de cuidados ao doente com HIV

Segundo Oliveira e Cunha (2014, p. 80), se os profissionais de saúde “(...) não estiverem bem poderão prejudicar-se, bem como prejudicar aqueles que estão sob os seus cuidados”. É imprescindível que estes profissionais estejam bem em termos de saúde física e mental, porque estão a lidar não só com pessoas doentes, vulneráveis e mais sensíveis emocionalmente, mas também com as suas famílias, que procuram atenção e conforto quanto às inseguranças em relação ao futuro. Esta situação pode gerar medo, ansiedade e depressão, não só no doente e família, mas também no próprio profissional.

Estes profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, podem desenvolver processos de estigma e atitudes discriminatórias baseadas em estereótipos e preconceitos exacerbados pela falta de conhecimento, medo e ansiedade gerados pela necessidade de prestação de cuidados a doentes com HIV. Segundo Bergamasco et al. (2004), o medo, na maior parte das vezes, está relacionado com valores culturais como a morte e a doença, com a separação de pessoas significativas e com situações de vida potencialmente ameaçadoras.

De acordo com Garcia et al. (2020), na definição dos diagnósticos para a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o medo é definido como sendo uma emoção negativa em que se sente ameaça, perigo ou perturbação, devido a causas conhecidas ou desconhecidas, que pode ser acompanhada de uma resposta fisiológica

do tipo lutar ou fugir, enquanto que a ansiedade é definida como sendo também uma emoção negativa em que existem sentimentos de ameaça, perigo ou angústia.

Herdman e Kamitsuru (2020), na definição de diagnósticos de enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association-1* (NANDA-1), caracterizam o medo como uma resposta emocional a uma ameaça iminente real ou percebida, enquanto que ansiedade é a antecipação da ameaça futura que causa um sentimento de apreensão e permite que o indivíduo tome medidas para lidar com a ameaça. Claro está que estes dois estados se podem sobrepôr e provocam perturbações que interferem com o bem-estar físico e mental da pessoa.

Oliveira e Cunha (2014) referem que os profissionais da área de saúde apresentam elevados níveis de ansiedade e depressão, com atenção dispersa, desmotivados e com baixa realização pessoal devido ao elevado grau de stress nas suas atividades. Estes autores referem também que os profissionais de saúde tendem a diminuir a sua capacidade de produção, realizando atividades com menor precisão, aumentando o absentismo, ficando doentes com maior frequência e apresentando-se a trabalhar cada vez mais tensos e cansados. Além destas situações de vulnerabilidade, o trabalho exige constantemente capacidades acrescidas na prestação de cuidados ao doente com HIV, tais como: pensamento acelerado, agilidade, capacidade de liderança, resolução de situações problemáticas, pressão do tempo, entre outras.

Alguns equívocos dos profissionais de saúde sobre a transmissão do HIV e o medo de contrair a infeção através do contacto diário com doentes com HIV levam a que estes tomem ações desnecessárias, muitas vezes estigmatizantes (Chambers et al., 2005).

Os mesmos autores referem que é de extrema importância garantir informação aos profissionais de saúde sobre a epidemiologia básica do HIV e a eficácia das precauções universais utilizadas na prestação de cuidados, contribuindo, assim, para a diminuição da ansiedade e do medo dos mesmos. Os profissionais de saúde devem compreender que o risco ocupacional de infeção pelo HIV é semelhante em relação a outras doenças infecciosas tanto ou mais transmissíveis, encontradas em ambientes de cuidados de saúde.

Da mesma forma, os autores supracitados mencionam que, para manter a qualidade dos cuidados prestados nas instituições de saúde é importante o bem-estar, não só físico, mas também mental dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, para dar resposta às exigências dos cuidados a estes doentes.

Porém, quando o profissional de saúde não se sente capaz de desempenhar o seu papel de acordo com estas capacidades, pode desencadear ansiedade e sofrimento no trabalho (Carvalho et al., 2016). Esta situação favorece, muitas vezes, o aparecimento de sentimentos de insatisfação, desmotivação e diminuição da produtividade no trabalho, além de outras manifestações como diminuição do estado de alerta e concentração, consideradas imprescindíveis para o desempenho das suas funções (Miquelim et al., 2004).

3. Avaliação do estigma dos enfermeiros nos cuidados ao doente com HIV

No setor da Saúde, o estigma é cada vez mais uma preocupação das instituições, uma vez que se pode considerar particularmente nocivo, contribuindo para a diminuição da qualidade dos cuidados prestados e, conseqüentemente, para os ganhos em saúde por parte dos utilizadores. Embora a maioria dos estudos na área do estigma tenham uma abordagem pela perspetiva do utilizador dos cuidados de saúde, existe uma crescente preocupação recente com a perspetiva dos profissionais de saúde, onde os enfermeiros possuem um papel relevante, nomeadamente os que prestam cuidados a doentes com HIV (Li et al., 2007b).

De acordo com os mesmos autores, os enfermeiros, como profissionais de saúde e membros da comunidade em geral, podem ter uma visão estigmatizante para com os doentes com HIV da mesma forma que a sociedade em geral.

Numa revisão sistemática realizada por Chambers et al. (2015), que abordou a relação do estigma do HIV com a saúde, foram identificadas três estratégias para controlo do estigma nas práticas de cuidados. As estratégias encontradas foram: a gestão de riscos, onde as estratégias para mitigar os riscos percebidos à saúde foram institucionalizadas na prestação de cuidados; a gestão do medo, onde a prestação de cuidados tinha por origem o medo do profissional de exposição ao HIV; e a gestão moral, onde a prestação de cuidados deriva de perceções e de julgamento dos profissionais de saúde para com as pessoas com HIV e das formas de transmissão da doença.

Em suma, algumas das práticas de cuidados de saúde estavam alicerçadas em estratégias de prevenção, enquanto outras pareciam moldadas pela perceção pessoal que os profissionais de saúde tinham em relação ao doente com HIV ou à doença (Chambers et al., 2015).

Um estudo realizado por Li et al. (2007a) sobre a estigmatização como consequência do cuidar de doentes com HIV na China, cuja representatividade dos enfermeiros foi de

42%, fornece a evidência de que o acesso a medidas de precaução universais, como utilização de luvas; a experiência profissional e o treino relacionado com a prestação de cuidados a doentes HIV; e a cobertura de seguro de saúde aos profissionais de saúde, interferem na qualidade da prestação de cuidados, na sensação de confiança e proteção do profissional de saúde no seu trabalho diário. Assim, estes autores concluem que um bom apoio institucional promove o bem-estar mental do profissional de saúde, previne a ansiedade e o esgotamento, tal como minimiza as ausências prolongadas nas equipas de trabalho.

Um estudo mais recente, realizado por Vorasane et al. (2017), é o primeiro a relatar a estigmatização relacionada com o doente com HIV entre profissionais de saúde na República Democrática do Laos. Este estudo, cuja representatividade dos enfermeiros foi de 50,3%, sugeriu que níveis mais baixos de conhecimento sobre HIV foram associados a níveis mais elevados de atitudes estigmatizantes em relação aos doentes com HIV. Estas atitudes estigmatizantes incluíram a discriminação no trabalho, o medo do contágio e o preconceito da doença, sendo menos prováveis quando existe por parte dos enfermeiros e médicos, longa experiência na prestação de cuidados e tratamento a doentes com HIV.

Este estudo conclui, também, que lidar com o estigma do HIV em profissionais de saúde requer uma abordagem holística, que crie um ambiente propício para a implementação consistente de precauções universais, que tenha em conta o conhecimento e o medo dos profissionais de saúde e que aborde aspetos sociais e emocionais, aspetos esses que moldam as atitudes e práticas estigmatizantes, aumentam a satisfação e predisposição para a prestação de cuidados a doentes com HIV (Vorasane et al., 2017).

Estes achados são consistentes com outros estudos, realizados em outros países, nomeadamente na Índia (Machowska et al., 2010), Nigéria (Ezedinachi et al., 2002), Zâmbia (Ehiri et al., 2019; Krishnaratne et al., 2020) e África do Sul (Famoroti et al., 2013), que concluíram que níveis mais elevados de conhecimento acerca do HIV pelos profissionais de saúde foram associados à redução de atitudes estigmatizantes para com doentes com HIV. Enquanto que pontuações mais elevadas nos níveis de estigma estão associadas a baixo conhecimento sobre a transmissão do HIV e a práticas discriminatórias que se concentram em atitudes estigmatizantes em relação aos doentes com HIV.

3.1. Escala de Estigma dos Profissionais de Saúde

A utilização dos serviços de saúde pelos doentes com HIV em muito é afetada, principalmente em relação à prevenção e tratamento, devido ao estigma relacionado com os cuidados prestados. Algumas escalas de estigma de HIV/SIDA foram desenvolvidas nalguns países para avaliar as atitudes e comportamentos da população geral em relação às pessoas que vivem com HIV, no entanto muito poucas escalas foram desenvolvidas para avaliar o estigma relacionado com o HIV para os profissionais de saúde.

Stringer e outros (2016), com base no questionário *“Measuring HIV Stigma and Discrimination among Health Facility Staff”* (Nyblade et al., 2013) desenvolveu a *“HIV Stigma and Discrimination Scale”*, cujo processo de colheita de dados resultou numa amostra final de 651 profissionais de saúde no Alabama e Mississippi, para examinar níveis, variação e preditores de estigma relacionado com o HIV entre profissionais de saúde, nesses estados. Foram utilizados três modelos de regressão linear múltipla para análise multivariada, predizendo o estigma relacionado com o HIV. O primeiro modelo incluiu variáveis de nível individual, o segundo modelo adicionou variáveis relacionadas com a clínica e o terceiro modelo adicionou variáveis relacionadas com o nível das políticas. Os próximos parágrafos debruçam-se sobre as subescalas que constituem a *“HIV Stigma and Discrimination Scale”* (Stringer et al., 2016):

- A subescala *“Stigmatizing Attitudes Towards PLWH”* inclui seis afirmações pontuadas numa escala tipo Likert de quatro pontos (0 = concordo totalmente; 1 = concordo; 2 = discordo; 3 = discordo totalmente), onde as pontuações mais altas indicam maiores níveis de estigma. Na análise multivariada, esses itens foram somados para criar uma escala contínua que apresentava coeficiente de Alfa de Cronbach (α) = 0,818; com uma média ($\bar{x}$) de $4,76 \pm 2,94$.
- A subescala “vergonha antecipada” apresenta também duas perguntas para medir a mesma condição relacionada com o HIV, foram então somados os valores para criar uma pontuação composta de “vergonha antecipada” (0 = não para ambas as perguntas; 1 = sim para uma pergunta; 2 = sim para ambas as perguntas) com uma boa confiabilidade para um $\alpha = 0,798$.
- Por fim, a subescala “fator das políticas”, que inclui o conhecimento das políticas para proteger os doentes com HIV da discriminação e a perceção de que essas

políticas são aplicadas (sim ou não/não sei), assim como o treino relacionado com a prestação de cuidados a doentes com HIV.

Este avanço na medição do estigma entre os profissionais de saúde, realizado por Stringer e colaboradores (2016), forneceu uma ferramenta importante para a avaliação do estigma relacionado com o HIV entre os profissionais de saúde. Esta é de extrema importância para melhor compreender esse fenómeno, de forma a que os resultados de saúde não sejam afetados, desenvolvendo intervenções com o objetivo de melhorar a prestação de cuidados aos doentes com HIV e utilização dos serviços de saúde por parte dos mesmos.

4. Teoria das Transições: Contributos

A utilização da teoria de médio alcance das transições de Meleis tem acrescentado uma importante dimensão na identificação da Enfermagem enquanto disciplina e no desenvolvimento da prática de cuidados prestados. A aplicação desta teoria na descrição das necessidades em cuidados de enfermagem facilita a identificação de padrões, de propriedades, de respostas, de contextos, de significados e de resultados, com a finalidade de planear e implementar cuidados de enfermagem efetivos (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

Para Meleis (2010, p. 25)., o conceito de transição implica “uma mudança significativa na condição de saúde, através da alteração de processos, papéis ou estados, como resultado de estímulos e de novos conhecimentos, o que poderá ter como consequência a mudança de comportamentos e uma outra definição de si no contexto social”.

Existem quatro tipos de transições centrais para a prática de Enfermagem, que são vividas individualmente pelos doentes e pelas famílias: as desenvolvimentais, que estão associadas a mudanças do ciclo vital; as situacionais, que se encontram relacionadas com acontecimentos que originam mudança de papéis; as de saúde/doença que contemplam as mudanças do estado de saúde; e as organizacionais, que estão relacionadas com mudanças na estrutura e dinâmica da organização (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

Meleis (2010) salienta ainda que para compreender o processo de transição é necessário compreender os efeitos e significados das mudanças que o mesmo envolve. Nesta linha de pensamento, na vivência desta transição saúde/doença pela pessoa com HIV, sobressai o diagnóstico de doença incurável, o estigma associado à doença, uma terapêutica crónica e acompanhamento em consulta até ao final da vida.

Após o controlo da fase aguda da infeção por HIV, a pessoa ainda tem que se adaptar à situação de doença crónica, o que acrescenta diariamente vulnerabilidades pelo impacto na sua vida pessoal, pela necessidade constante de mobilizar recursos para adesão ao regime terapêutico antirretroviral e para a possibilidade do aparecimento de doenças associadas ao HIV. Todas estas etapas têm pontos críticos e vulnerabilidades com necessidades individuais de atenção e de assistência diferentes, para as quais os enfermeiros têm que estar despertos (Machado, 2012).

Os enfermeiros que prestam cuidados a pessoas, que estão a vivenciar uma transição, antecipam, acompanham ou completam essa transição, mas também são pessoas a viver as suas próprias transições, estando a sua perceção relacionada com o significado que atribuem à transição e como a experienciam.

Segundo Kralik e Van Loon (2010), os significados são construídos a partir do conhecimento que se vai adquirindo, podendo ser influenciados pelas crenças das pessoas que os atribuem. As crenças, por outro lado, são resultado da educação, da cultura, do ambiente, das experiências da própria pessoa e dos outros considerados como referência. Neste processo de construção das crenças, a falta de conhecimento pode levar a estereótipos que, por sua vez, levam a preconceitos e estigmas, que podem conduzir a discriminação. A ignorância aliada a falsas crenças e baseada em generalizações distorcidas, para com determinado grupo, pode gerar ações e atitudes discriminatórias. Todos os profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, podem desenvolver processos estigmatizantes de forma não intencional (Munõz & Miguel, 2020).

É fundamental então, que os profissionais de saúde que cuidam de pessoas com HIV conheçam e compreendam os processos transicionais, assim como as respostas das pessoas com HIV a esses processos, de forma a antecipar e intervir de modo isento de estigma. Segundo Schaurich e Crossetti (2010), o conhecimento apoiado na utilização das teorias de Enfermagem, que definem os papéis do enfermeiro, podem proporcionar-lhe bem-estar físico e mental com redução da ansiedade e do medo e também uma melhor adequação das suas intervenções à realidade da pessoa, aumentando assim a qualidade do desempenho profissional.

PARTE II – PERCURSO METODOLÓGICO E EMPÍRICO

1. Metodologia

A metodologia da investigação, de acordo com Fortin (2009, p.19), “pressupõe ao mesmo tempo um processo racional e um conjunto de técnicas ou de meios que permitem realizar a investigação”.

A metodologia quantitativa é baseada na observação de factos, de acontecimentos e de fenómenos objetivos, da qual faz parte um processo sistemático de colheita de dados observáveis e mensuráveis. Este processo apela à dedução, às regras da lógica e de medida (Fortin, 2009).

Para desenvolver este processo, é necessário um plano que permita responder às questões ou verificar hipóteses e que defina mecanismos de controlo, tendo por objeto minimizar os riscos de erro e que permita ao investigador chegar a uma só explicação plausível, no termo da sua investigação (Burns & Grove, 2003).

1.1. Procedimentos éticos

“A responsabilidade do investigador a respeito da proteção dos direitos da pessoa é primordial em ética e sempre que os inconvenientes da investigação superem os benefícios temos um problema ético” (Fortin, 2009, p.180).

De forma a cumprir os procedimentos éticos, o projeto de investigação foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E), da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, conforme o parecer nº P611/09 - 2019 (**ANEXO I**).

A autorização à autora da escala, Dr.^a Anne Wagner, foi solicitada, para poder ser realizada tradução e adaptação cultural para português europeu. O contacto realizado por e-mail, tendo a autora respondido favoravelmente (**ANEXO II**), enviando a escala original (**ANEXO III**) e os códigos de instrução das dimensões da escala (**ANEXO IV**). O projeto de investigação foi submetido também ao parecer ético da Ordem dos Enfermeiros (OE), de forma a ser solicitada autorização para poder ser divulgado o *link* de acesso ao questionário pelos contactos dos enfermeiros inscritos. O contacto foi realizado via e-mail, tendo sido respondido favoravelmente (**ANEXO V**).

A concordância dos Enfermeiros em participarem livremente do estudo foi registada no menu inicial do questionário eletrónico, na plataforma ‘*Google Forms*’, onde foi disponibilizada informação clara e precisa acerca:

- dos objetivos do estudo;
- da liberdade para decidir participar ou não sem qualquer prejuízo pessoal;
- da garantia de confidencialidade e anonimato das respostas (**APÊNDICE I**).

No final do estudo, os resultados serão publicados conforme compromisso com a OE e os participantes poderão ter acesso aos resultados da investigação quando solicitados.

1.2. População e amostra

A população “consiste num conjunto de indivíduos ou de objetos que possuem características semelhantes, as quais foram definidas por critérios de inclusão, tendo em vista um determinado estudo” (Fortin, 2009, p.55).

A população deste estudo são todos os enfermeiros que prestam diariamente cuidados a doentes com HIV e que fazem parte da lista de contactos da OE.

Entende-se por “amostra uma fração da população-alvo sobre a qual incide o processo investigativo” (Fortin, 2009, p.56).

A amostra deste estudo é do tipo não probabilístico que, segundo Fortin (2009, p.314), “consiste em tomar uma amostra na qual se encontrem características conhecidas na população”. A amostragem não probabilística não dá a todos os elementos da população a mesma possibilidade de ser escolhido para formar a amostra, no entanto, “se o objetivo é explorar relações entre certas variáveis, uma amostra não probabilística pode ser suficiente” (Fortin, 2009, p.326).

A amostra neste estudo é constituída por 233 enfermeiros que prestam cuidados diariamente a doentes com HIV e que acederam ao *link* do questionário para participar no estudo, no período de 02 de julho de 2021 a 31 de setembro 2021.

Pelo facto deste estudo implicar a validação transcultural de um instrumento de medida, em relação ao tamanho da amostra o objetivo da análise é encontrar fatores subjacentes num grupo de variáveis tornando-se fundamental que a amostra seja suficientemente grande, de forma a garantir que numa segunda análise se mantêm os mesmos fatores (Pestana & Gageiro, 2014). De acordo com os mesmos autores, deve existir um número

mínimo de cinco indivíduos por cada item do instrumento. Assim, este fator foi tido em conta na seleção e dimensão da amostra utilizada.

1.2.1. Caraterização da amostra

A idade média dos participantes é de $37,66 \pm 8,75$ anos, com uma amplitude de variação de 38 anos, mínimo - 22 anos; máximo - 60 anos. A média do tempo de exercício profissional é de $14,26 \pm 8,69$ anos de exercício profissional, com amplitude de variação de 37 anos, mínimo - 0 anos; máximo - 37 anos (**Tabela 1**).

Tabela 1. Distribuição dos enfermeiros da amostra relativa à idade e tempo de serviço

Variável	N	Amplitude	Mínimo	Máximo	$\bar{x}$	DP
Tempo de Serviço	233	37	0	37	14,26	8,69
Idade	233	38,0	22,0	60,0	37,66	8,75

Na **Tabela 2** apresentam-se os restantes dados de caracterização demográfica dos participantes. A amostra é maioritariamente constituída por enfermeiros do sexo feminino (86,3%), correspondendo a 201 indivíduos, sendo os restantes 13,7% do sexo masculino (32 indivíduos).

No que concerne às habilitações académicas, verificou-se que 177 enfermeiros (76,0%) são licenciados; 48 (20,6%) possuem Mestrado e 6 (2,5%) são Doutores. Os restantes 2 enfermeiros (0,9%) têm o Bacharelato.

Em relação à distribuição da amostra de acordo com categoria profissional, constatou-se que 148 indivíduos (63,5%) são enfermeiros, 82 indivíduos (35,2%) são enfermeiros especialistas e 3 indivíduos (1,3%) incluem-se na categoria 'outros', correspondendo ao exercício de funções de gestão.

Dos enfermeiros especialistas (N=82), 26 (31,7%) são especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (ESMP), 19 (23,2%) são especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), 15 (18,3%) têm a especialidade de Enfermagem de Saúde Pública e Comunitária (ESPC), 12 (14,6%) são especialistas em Enfermagem de Reabilitação (ER), 5 (6,1%) são especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO) e, por fim, 5 (6,1%) têm a especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (ESIP).

A grande maioria dos enfermeiros, 74,7% (174 indivíduos), encontra-se a exercer funções em entidades públicas de cuidados hospitalares. Dos restantes, 11,2% (26

indivíduos) exercem funções nos cuidados de saúde primários, 8,1% (19 indivíduos) em entidades público-privadas e 6,0% (14 indivíduos) em entidades privadas.

No total da amostra, 99,1% (231 indivíduos) encontra-se a exercer funções de Enfermagem em Portugal e apenas 0,9% (2 indivíduos) se encontram a exercer no estrangeiro.

Na distribuição por regiões de saúde, os enfermeiros mais representados com 35,2% (82 indivíduos) são os de Lisboa e Vale do Tejo, seguidos pelos da região Centro com 27,0% (63 indivíduos) e da região Norte com 22,3% (52 indivíduos). A proporção de enfermeiros da região do Alentejo é de 6,0% (14 indivíduos) e a do Algarve é de 3,9% (9 indivíduos). Nas Regiões Autónomas, a maior representatividade foi dos Açores com 3,0% (7 indivíduos), seguida pela Madeira com 1,7% (4 indivíduos). Aos 2 enfermeiros a exercer funções no estrangeiro não se aplica a região de saúde a que pertencem.

Tabela 2. Estatísticas-resumo das variáveis de caracterização demográfica dos participantes (N=233)

Variável		N	%
Sexo	Feminino	201	86,3
	Masculino	32	13,7
Habilitações Académicas	Bacharelato	2	0,9
	Licenciatura	117	76,0
	Mestrado	48	20,6
	Doutoramento	6	2,5
Categoria Profissional	Enfermeiro	148	63,5
	Enfermeiro Especialista	82	35,2
	Outro	3	1,3
Especialidade	EMC	19	23,2
	ER	12	14,6
	ESIP	5	6,1
	ESMO	5	6,1
	ESMP	26	31,7
	ESPC	15	18,3
Entidade	Privada	14	6,0
	Pública: Cuidados de Saúde Primários	26	11,2
	Pública: Cuidados Hospitalares	174	74,7
	Público-Privada	19	8,1
Exerce em Portugal	Não	2	0,9
	Sim	231	99,1
Região de Saúde	Estrangeiro	2	0,9
	Alentejo	14	6,0
	Algarve	9	3,9
	Centro	63	27,0
	Lisboa e Vale do Tejo	82	35,2
	Norte	52	22,3
	Região Autónoma da Madeira	4	1,7
	Região Autónoma dos Açores	7	3,0

Em suma, a amostra é constituída por enfermeiros predominantemente do sexo feminino com uma idade média de 37,66 anos, a exercer funções em média há 14,26 anos e que, maioritariamente, têm habilitações académicas ao nível da licenciatura em Enfermagem. A maioria dos participantes tem a categoria profissional de enfermeiro e, dos enfermeiros especialistas a especialidade mais representada é a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. A maioria dos enfermeiros da amostra está vinculado a entidades públicas de cuidados hospitalares que pertencem à região de Lisboa e Vale do Tejo.

1.3. Instrumento de medida

“A escolha ou a elaboração de instrumentos de medida é a finalização do processo de operacionalização. Para medir as variáveis é essencial dispor de escalas de medida fiáveis. Por isso, é de grande importância ter em conta a fidelidade e a validade do instrumento” (Fortin, 2009, p.255).

Para a realização da colheita de dados utilizou-se um questionário organizado em duas partes distintas. A primeira visa a caracterização sociodemográfica dos participantes e integra questões relativas à idade, sexo, escolaridade, tempo de serviço, serviço onde exerce funções e categoria profissional. Para além disso, integra ainda duas questões acerca da ansiedade e medo na prestação de cuidados a doentes com HIV (**APÊNDICE II**).

A segunda parte é composta pela escala HPASS, previamente traduzida para português europeu e que será alvo de um processo de adaptação cultural e validação a realizar na primeira parte deste estudo a que designaremos de EscAvE-HIV (**APÊNDICE III**).

A HPASS trata-se de uma escala desenvolvida por Wagner et al. (2014) para profissionais de saúde que prestam cuidados a doentes com HIV no Canadá. O estudo original englobou uma amostra total de 224 estudantes, sendo 101 estudantes de Enfermagem e 123 de Medicina. Os resultados obtidos pelos estudantes de Enfermagem nas várias dimensões da escala e nos *scores* finais foram muito idênticos aos obtidos pelos estudantes de Medicina.

A HPASS, na sua versão original, é constituída por 30 itens pontuados numa escala do tipo Likert com 6 opções de resposta que variam entre 1 “discordo completamente” e 6 “concordo completamente”, sendo que os valores finais oscilam entre os 30 pontos, que corresponde ao estigma mínimo, e os 180 pontos, que corresponde ao estigma máximo.

Os itens agrupam-se em três dimensões teóricas: “discriminação contra doentes HIV”; “estereótipo sobre doentes HIV”; e “preconceito para com doentes HIV”. As dimensões correspondem a três subescalas obtidas através da Análise Fatorial Exploratória e confirmadas numa Análise Fatorial Confirmatória. A subescala “discriminação contra doentes HIV” é composta por 6 itens; a subescala “estereótipo sobre doentes HIV” integra 11 itens; e a subescala “preconceito para com doentes HIV” integra os restantes 13 itens.

O instrumento evidencia excelentes propriedades psicométricas, sobretudo ao nível da consistência interna. Na escala total de 30 itens os autores obtiveram um coeficiente Alfa de Cronbach = 0,940, enquanto para as três subescalas, os valores obtidos foram de $\alpha = 0,913$ para a subescala “Preconceito”; $\alpha = 0,871$ para a subescala “Estereótipos”; e $\alpha = 0,917$ para a subescala “Discriminação”.

1.4. Análise estatística

Os dados obtidos foram analisados através do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 24.

A estatística descritiva foi efetuada com recurso a medidas de tendência central e de dispersão. No que se refere, à estatística inferencial utilizou-se o *Teste t Student* para comparação de médias entre duas amostras independentes e a análise de variância (ANOVA) para comparar três ou mais grupos independentes. Utilizou-se um nível de significância de 0,05.

Na validação da EscAvE-HIV (Estudo I) foi testada a validade de construto através da Análise fatorial em Componentes Principais (ACP) com rotação ortogonal *varimax*, tendo como objetivo encontrar uma solução fatorial coerente com a conceção teórica subjacente, bem como uma análise de fidelidade (consistência interna), através do cálculo do coeficiente Alfa de Cronbach. A descrição dos processos de análise estatística serão abordados de forma mais aprofundada na metodologia específica dos dois estudos.

ESTUDO I – VALIDAÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL DA EscAve-HIV

1. Tipo de estudo

Este estudo consiste na adaptação e validação para a população portuguesa da HPASS, que designámos por EscAvE-HIV.

Trata-se de um estudo do tipo metodológico que, segundo Fortin (2009, p. 256), “visa estabelecer e verificar a fidelidade e a validade dos novos instrumentos de medida, permitindo aos investigadores utilizá-los com toda a confiança”.

2. Objetivos

Um objetivo, segundo Fortin (2009, pp.175), é definido como um “enunciado que explicita as variáveis-chave e a população-alvo e que contém um verbo, dando uma orientação à investigação. A sua formulação deve atender ao estado de conhecimento no domínio em estudo”. Deste modo, definimos como objetivos deste estudo:

- Traduzir e adaptar culturalmente a versão portuguesa da HPASS (EscAvE-HIV) em enfermeiros que prestam diariamente cuidados a doentes HIV;
- Determinar as características psicométricas (validade e fiabilidade) da EscAvE-HIV.

3. Questão de investigação

“Uma questão de investigação tem em vista desenvolver o conhecimento que existe e é sempre uma pergunta explícita respeitante a um tema de estudo que se deseja examinar” (Fortin, 2009, p.74). Assim, para este estudo a questão de investigação é: “Em que medida a EscAvE-HIV apresenta boas propriedades psicométricas (validade e fiabilidade), para avaliação do estigma nos enfermeiros que prestam diariamente cuidados a doentes com HIV?”.

4. Processo de validação do instrumento

A adaptação transcultural incluiu a análise dos problemas de tradução de idioma e adaptação cultural no processo de preparação de um instrumento de avaliação, para uso noutra cultura (Beaton et al., 2007). De acordo com Bowling (2014), as propriedades

psicométricas de um instrumento devem ser reavaliadas em cada cultura na qual o instrumento seja aplicado.

Este estudo de validação e adaptação transcultural seguiu as recomendações de Beaton et al. (2007) e foi desenvolvido em seis etapas: Tradução; Síntese; Retroversão e Síntese; Painel de Peritos; Pré-Teste e Análise das Propriedades Psicométricas (validade e fiabilidade).

4.1. Tradução e adaptação

A tradução de um instrumento de medida da língua original para outra língua “é um processo complexo que comporta várias etapas” e, relacionado propriamente com a tradução de escalas, “deve permitir a comparação dos conceitos entre os respondentes de diferentes culturas” (Fortin, 2009, p.399). De seguida faremos uma descrição sumária de todo o processo, seguindo o esquema apresentado na **Figura 1**.

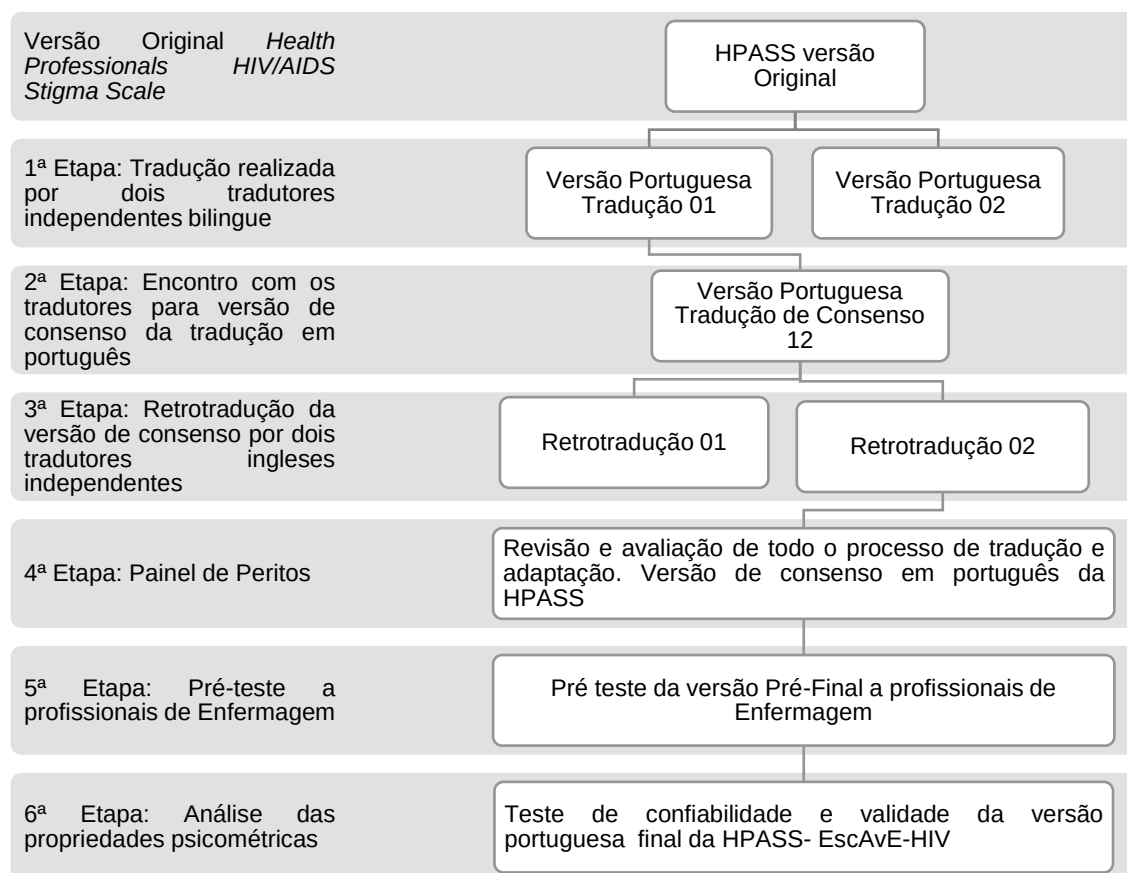


Figura 1. Esquema das etapas de validação e adaptação cultural da EscAvE-HIV

4.2. Etapa 1 e 2 – Tradução e síntese

Nestas etapas, para a obtenção da equivalência conceitual e linguística, que corresponde à tradução do instrumento na língua original para português, foram convidadas duas pessoas para participar em cada uma dessas etapas. A seleção teve em conta a língua nativa, sendo que, apesar de ambos terem como língua materna o português, possuem domínio da língua inglesa. A colaboração destes no processo consistiu na produção individual de uma tradução, a partir do instrumento original, para a língua e cultura portuguesa (T1 e T2), não existindo contacto dos tradutores entre si durante este processo.

Na elaboração da síntese das traduções, tendo por base o instrumento HPASS, T1 e T2, resultou uma versão única na língua portuguesa (T-12). Neste processo participaram os tradutores e o investigador que produziram a versão T-12. Esta etapa foi concluída com o consenso dos três participantes.

4.3. Etapa 3 – *Back translation* e síntese

A produção da retroversão foi realizada por outros dois tradutores, ambos tendo como língua materna a língua inglesa, mas com conhecimento da língua e cultura portuguesas. A partir da versão T-12 do instrumento, ambos procederam à retroversão de forma independente (RV1 e RV2). O investigador principal realizou a síntese das retroversões (RV12), tendo por base o instrumento HPASS.

Os tradutores, à semelhança da primeira etapa, apesar de possuírem conhecimento da existência um do outro, desconheciam a respetiva identidade, impossibilitando a troca de ideias e conhecimentos.

4.4. Etapa 4 – Painel de peritos

Os objetivos para esta etapa são: comparar os itens da síntese de traduções (T-12) e a síntese de retroversões (RV12) com o instrumento original, avaliando as equivalências conceitual e linguística; analisar a redação dos itens da síntese de traduções (T-12) e a síntese de retroversões (RV12) no que concerne à sintaxe das frases, clareza e facilidade de leitura; analisar a capacidade dos itens da versão portuguesa para serem representativos do fenómeno em estudo (validade de conteúdo).

Em ambas as etapas, as traduções foram analisadas por um painel de juízes, constituído por quatro pessoas: três professores da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (dois investigadores da área da Saúde Mental e Psiquiátrica, com vasta experiência na investigação da LS e do estigma, um investigador da área da Enfermagem com vasta experiência em linguística e LS, e um enfermeiro especialista em ESMP, em funções no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, com vasta experiência na área de infeciologia).

O resultado do consenso dos peritos originou a versão do instrumento utilizado no pré-teste (**ANEXO VI**).

4.5. Etapa 5 – Pré-teste

Nesta etapa foi realizado o pré-teste do instrumento, com recurso a uma amostra constituída por 15 enfermeiros, 7 dos quais sem contacto profissional regular com doentes com HIV (46,66%) e 8 (53,33%) que trabalham diariamente com estes doentes, sendo a média do tempo de serviço nesta área de prestação de cuidados de 23,12 anos. As idades dos participantes variaram entre os 26 e 57 anos. Nenhum dos participantes tinha como objeto da sua atividade profissional a investigação ou desenvolvimento de instrumentos de investigação.

No pré-teste, além da caracterização dos participantes, é importante verificar a compreensibilidade dos itens para os membros da população à qual o instrumento se destina. Foi utilizada uma escala de 5 pontos (quanto maior a pontuação, melhor a avaliação) para avaliar a compreensão do conteúdo dos diferentes itens, a clareza da redação, a adequação à amostra e, ainda, a escala de respostas e o seu preenchimento. Definiu-se que, para cada item analisado, a obtenção de uma pontuação média igual ou superior a 4 pontos traduziria consenso relativamente à compreensão, clareza e adequação dos itens. Os resultados obtidos pelas médias dos *scores* em cada critério variaram entre os 4,33 e os 4,66 pontos, permitindo assumir o consenso.

Os comentários obtidos no pré-teste derivaram principalmente das questões éticas e legais do exercício da profissão, sobre as quais não se estava a fazer avaliação. No entanto, relativamente ao item 3 da escala, “Considero que, para a segurança de outros doentes, tenho o direito de recusar prestar cuidados a doentes com HIV+”, existiu uma dúvida acerca da questão estar na segurança dos outros doentes ou no receio de prestar cuidados a doentes com HIV, mas, após análise, ficou esclarecida.

4.6. Etapa 6 – Propriedades psicométricas da EscAvE-HIV: Validade e Fiabilidade

A etapa seguinte do processo de adaptação transcultural de um instrumento de medida é proceder à avaliação das suas propriedades psicométricas, para verificar se as características originais do instrumento foram mantidas (Oliveira et al., 2018).

Uma avaliação psicométrica adequada dos instrumentos de avaliação assume uma grande importância, sendo que a validade e a fiabilidade dos mesmos são critérios de boa qualidade (Bowling, 2014).

Segundo Polit e Beck (2019), a fiabilidade de um instrumento é a capacidade do mesmo medir fielmente um fenómeno, livre de erro de medição e sendo os resultados reproduzidos de forma consistente no tempo e no espaço. O grau de fiabilidade é avaliado sob a forma de um coeficiente de correlação (r), que pode variar numa escala de 0, em que existe uma ausência de correlação, e 1, cuja correlação é perfeita. Assim, quanto mais próximo estiver de 1, menos erros irá gerar e maior será a consistência da escala (Bowling, 2014; Gray et al., 2016).

O método mais utilizado para avaliação da consistência interna é o coeficiente Alfa de Cronbach, obtido através da variância dos itens individuais e da variância da soma dos itens de cada participante, tendo como objetivo investigar as possíveis relações existentes entre os itens (Almeida, 2017).

Para demonstrar que os itens estão suficientemente correlacionados, são considerados satisfatórios valores superiores a 0,70 (Almeida, 2017; Bowling, 2014; Gray et al., 2016). Uma consistência interna baixa pode significar que os itens medem diferentes atributos ou que as respostas dos participantes são inconsistentes (Bowling, 2014; Gray et al., 2016). Os valores de referência que Almeida (2017) propõe para a escala do coeficiente Alfa de Cronbach são os apresentados no **Quadro 1** e serviram de base para o estudo.

Quadro 1. Escala de valores do coeficiente Alfa de Cronbach

Valores de α	Interpretação
< 0,60	Inadmissível
0,60 - 0,70	Fraca
0,70 - 0,8	Razoável
0,8 - 0,90	Boa
> 0,90	Muito boa

O teste do coeficiente Alfa de Cronbach é indicado para instrumentos de medida que adotam as escalas de tipo Likert ou de múltipla escolha, cujas categorias apresentam uma ordem crescente ou decrescente de valores (Almeida, 2017; Gray et al., 2016).

A validade define o grau em que o conteúdo do instrumento reflete adequadamente o constructo a ser medido (Bowling, 2014; Gray et al., 2016). No que diz respeito à validade, esta contém três propriedades de medida: validade de conteúdo, validade de critério e validade de constructo (Gray et al., 2016; Polit & Beck, 2019).

A validade de conteúdo avalia a coerência entre o que se quer medir e o instrumento de medida escolhido (Hair et al., 2014). O procedimento mais utilizado para a avaliação é o recurso a um parecer de juízes, que classificam os itens da escala para a relevância do constructo, comentando a necessidade dos itens (Hair et al., 2014; Polit & Beck, 2019). Neste estudo, a análise da validade de conteúdo foi realizada na Etapa 4, através da análise por painel de peritos.

A validade de critério é a relação da capacidade de um instrumento em medir elementos relacionados com um instrumento ou critério considerado essencial (Polit & Beck, 2019; Souza et al., 2017).

A validade de constructo pretende testar se o instrumento consegue representar adequadamente o constructo teórico que pretende medir (Hair et al., 2014; Polit & Beck, 2019). Para o estudo da validade de constructo, procedemos à realização de ACP, seguidas de rotação ortogonal *varimax*.

A realização de ACP é uma técnica estatística de análise exploratória multivariada, que transforma um conjunto de variáveis correlacionadas num conjunto menor de variáveis não correlacionadas, as componentes principais. Estas resultam de combinações lineares das variáveis originais, contribuindo para a redução da complexidade dos dados (Almeida, 2017).

Na análise fatorial realizada foi identificado o número mínimo de fatores ou dimensões responsáveis pela variação nos itens da escala, assim como a percentagem de variância que cada um desses fatores consegue explicar com base nos valores próprios ou *eigenvalues* e na estrutura teórica do constructo. Apenas fatores com *eigenvalue* > 1 são retidos e devem explicar pelo menos 50% da variância total das variáveis originais (Almeida, 2017).

A escolha das soluções fatoriais finais, para além dos critérios anteriores, também teve por base os seguintes critérios:

- Diferencial de *loadings* $\geq 0,20$ com os restantes fatores
- Correlação item com o fator $\geq 0,5$
- Coeficientes de comunalidade (h^2) superiores a 0,40
- Concordância entre a estrutura teórica subjacente ao instrumento e a solução encontrada

Previamente à análise, é necessário que se verifique a adequação dos dados para análise fatorial, através do cálculo do teste de Esfericidade de Bartlett (BTS) e da medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). O BTS permite verificar a adequação da aplicação da análise fatorial, indicando a presença de relações não nulas entre as variáveis. Este testa a hipótese nula de que a matriz de correlação é similar a uma matriz identidade, ou seja, os elementos da diagonal principal têm valor igual a 1 e os demais elementos da matriz são aproximadamente 0 (Damásio, 2012). Valores de BTS com níveis de significância $p < 0,05$ indicam que a análise fatorial pode ser usada (Almeida, 2017).

O teste de KMO, ou medida de adequação da amostra, é um teste estatístico que sugere que a proporção de variância dos itens pode ser explicada por uma variável latente. É um indicador confiável, na medida em que testa a consistência global dos dados, permitindo identificar se o modelo de análise fatorial está a ser utilizado adequadamente. O KMO compara as correlações simples com as correlações parciais observadas entre as variáveis e deverá apresentar valores acima de 0,5, porque valores inferiores são considerados inaceitáveis (Almeida, 2017). A escala dos valores do teste de KMO recomendada por Almeida (2017) está representada no **Quadro 2**.

Quadro 2. Escala de valores do teste de Kaiser-Meyer-Olkin

Valores de KMO	Recomendação para a ACP
0,9 - 1,0	Excelente
0,8 - 0,9	Boa
0,7 - 0,8	Média
0,6 - 0,7	Medíocre
0,5 - 0,6	Mau mas aceitável
<0,5	Inaceitável

Em relação à análise fatorial exploratória, observaram-se os pré-requisitos para a sua realização. Conforme se observa na **Tabela 3**, a medida de adequação amostral KMO é de 0,688, valor superior ao mínimo proposto por Pallant (2020), que é de 0,60. O resultado do BTS indica que os dados são adequados para a realização da análise fatorial (Qui-quadrado [χ^2] = 1590,942; p = 0,000).

Tabela 3 – Resultados do teste Kaiser-Meyer-Olkin e Teste Esfericidade de Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação amostral		0,688
Teste de esfericidade de Bartlett	χ^2	1590,942
	Grau da Liberdade	435
	Significância (Sig.)	0,000

Partindo da versão inicial da EscAve- HIV, através da análise fatorial exploratória em componentes principais, foram realizadas várias extrações até determinar a sua estrutura interna final. Considerando que o estigma é um constructo que integra três dimensões (estereótipo, preconceito e discriminação) traduzidas na análise fatorial exploratória e confirmatória, realizadas na versão original da escala HPASS, para que existisse concordância entre os fatores da EscAve-HIV e as dimensões do constructo, bem como para facilitar a realização de estudos comparativos internacionais, as extrações realizadas forma forçadas a três fatores. Foram realizadas extrações sucessivas e, a cada extração de fatores, foi efetuada uma nova análise fatorial até que todos os itens satisfizessem os critérios previamente definidos.

Da primeira extração realizada a partir da escala inicial com 30 itens, emergiu uma solução com *eigenvalues* compreendidos entre 1,873 e 4,271, explicando 31,03% da variância. Foram eliminados 13 itens (4, 5, 8, 11, 13, 15, 17, 20, 21, 23, 26 e 30) por apresentarem valores de correlação (*factor loadings*) inferiores a 0,50. Além disso, os itens 4, 8, 11, 13, 17, 23 e 30 apresentavam também cargas fatoriais de magnitudes semelhantes, com diferenciais de *loading* inferiores a 0,2 em mais do que um fator, não discriminando em nenhum. Após esta extração, foram mantidos 17 itens.

A segunda extração foi realizada com os 17 itens restantes, resultando numa solução com três fatores, com *eigenvalues* compreendidos entre 1,681 e 3,071, explicando 43,20% da variância. Nesta solução, todos os itens satisfaziam os critérios previamente definidos. Assim, avançou-se para a análise de fidelidade através do cálculo do

coeficiente Alfa de Cronbach, resultando num valor fraco (0,694). No entanto, verificou-se que o item 14 prejudicava a consistência interna da escala, pelo que foi eliminado.

Foi realizada nova extração com os 16 itens restantes, resultando numa solução com *eigenvalues* compreendidos entre 1,670 e 3,070, explicando 44,26% da variância. Com esta solução, a consistência interna da escala melhorou, traduzindo-se num valor de Alfa de Cronbach de 0,701. Contudo, a análise do alfa de Cronbach, se o item for excluído, permitiu verificar que a eliminação do item 24 melhoraria a consistência interna, permitindo alcançar um valor de 0,707, pelo que se decidiu pela sua eliminação.

Realizou-se nova extração e verificou-se que o item 9 passou a ter *factor loadings* inferiores a 0,5 com as três dimensões, pelo que foi também eliminado.

Assim, a escala final é composta por 14 itens, organizados em torno de três dimensões que, em conjunto, explicam 47,26% da variância total. Apesar de a existência de valores de h^2 superiores a 0,40 ter sido definida como critério para a retenção de itens, optámos pela manutenção de alguns itens com valores ligeiramente inferiores, porque a sua eliminação iria comprometer seriamente a consistência interna da escala e das suas dimensões, que passariam a apresentar valores inaceitáveis (<0,60).

Na **Tabela 4**, para além dos valores próprios (*eigenvalues*) da percentagem de variância explicada e de h^2 , podemos observar as 14 variáveis retidas e as medidas de discriminação de cada uma, nas três dimensões do modelo final.

Tabela 4. Matriz de componentes extraídos a partir da ACP

Itens	Dimensões/fatores			h ²
	Estereótipo	Preconceito	Discriminação	
1. Acredito que a maioria dos doentes HIV+ adquiriu o vírus através de comportamentos de risco	,603	,023	-,134	,381
2. Penso que os doentes HIV+ se envolveram em comportamentos de risco apesar de conhecerem esses riscos	,673	,039	-,290	,539
10. Os doentes HIV+ tendem a ter vários parceiros sexuais	,586	,019	,045	,346
16. Penso que muitos doentes HIV+ têm provavelmente problemas de abuso de substâncias	,581	,057	-,201	,381
19. Os doentes HIV+ devem assumir a responsabilidade por se terem contagiado	,582	-,045	,133	,358
27. Os doentes que contraíram HIV pelo uso de drogas injetáveis são mais culpados do que os doentes que contraíram HIV por transfusão sanguínea	,625	,233	,237	,501
29. Os doentes que contraíram HIV através do contacto sexual são mais culpados do que os doentes que contraíram HIV por transfusão sanguínea	,623	,159	,320	,516
12. Prefiro não ter contacto físico com doentes HIV+	-,047	,784	,007	,616
18. Preferia consultar um doente HIV negativo do que um doente HIV+ com preocupações não relacionadas com a doença	,226	,563	,103	,378
22. Os doentes HIV+ causam-me desconforto	,072	,806	-,087	,663
25. Preocupa-me que as precauções universais não sejam suficientes para me proteger dos doentes HIV+	,007	,569	,227	,376
3. Considero que, para a segurança de outros doentes, tenho o direito de recusar prestar cuidados a doentes com HIV+	-,069	-,084	,778	,617
6. Os doentes HIV+ representam uma ameaça à saúde de outros doentes	,062	,207	,635	,449
7. Considero que tenho o direito de recusar tratar doentes HIV+ se outros elementos da equipa estiverem preocupados com a segurança	-,008	,090	,696	,493
Valores próprios (<i>Eingvalues</i>)	2,976	2,077	1,563	
% Variância Explicada	21,258	14,839	11,162	
% Variância Acumulada	21,258	36,097	47,259	

O primeiro fator, designado por “Estereótipo”, é composto pelos itens 1, 2, 10, 16, 19, 27 e 29 e explica 21,258% da variância. O segundo fator, designado por “Preconceito”,

integra os itens 12, 18, 22 e 25 e explica 14,839% da variância. Finalmente, o terceiro fator, “Discriminação”, integra os itens 3, 6 e 7, explicando 11,162% da variância.

Na análise das correlações entre as dimensões da EscAvE-HIV foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson. O coeficiente entre os componentes foi calculado usando os scores totais das três dimensões.

Na **Tabela 5** podem ser observados os valores obtidos, que nos mostram a existência de correlações positivas e estatisticamente significativas entre as dimensões “Preconceito” e “Discriminação” ($r = 0,188$; $p = 0,004$) e entre as dimensões “Preconceito” e “Estereótipo” ($r = 0,184$; $p = 0,005$). A correlação entre as dimensões “Discriminação” e “Estereótipo” apresenta o valor mais baixo ($r = 0,039$ $p = 0,550$), sugerindo que não existe correlação significativa entre as duas dimensões, sendo esta uma das razões que poderão justificar os valores moderados ao nível da consistência interna da escala.

Tabela 5. Correlações entre as dimensões da EscAvE-HIV

		Preconceito	Discriminação	Estereótipo
Preconceito	Correlação de Pearson	1		
	Sig. (bilateral)			
Discriminação	Correlação de Pearson	,188**	1	
	Sig. (bilateral)	,004		
Estereótipo	Correlação de Pearson	,184**	,039	1
	Sig. (bilateral)	,005	,550	

**A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral)

4.6.1. Análise de Fidelidade

Na **Tabela 6** podem ser observados os itens que constituem as três dimensões, os coeficientes Alfa de Cronbach se o item for excluído, a correlação item-total corrigido e, ainda, a média e o desvio-padrão das pontuações obtidas em cada item.

A maioria dos itens apresenta correlações moderadas com o *score* total das dimensões, de um modo geral, com valores superiores a 0,30, que variam entre 0,346 (o valor mais baixo) e 0,497 (o valor mais alto), verificando-se que a exclusão de qualquer um dos 14

itens analisados não contribuiria significativamente para a melhoria da consistência interna da escala.

No entanto considerou-se pertinente analisar a consistência interna para cada uma das dimensões em separado. Os resultados dos valores de Alfa de Cronbach de cada dimensão mantiveram-se razoáveis, na dimensão “Estereótipo” ($\alpha = 0,727$); na dimensão “Preconceito” ($\alpha = 0,649$) e na dimensão “Discriminação” ($\alpha = 0,605$).

Tabela 6. Estatísticas de homogeneidade dos itens e consistência interna das dimensões

Dimensões	Item	$\bar{x}$	DP	Correlação item total corrigida	α se o item for excluído	α da dimensão
Estereótipo	1	4,09	1,074	,412	,702	,727
	2	3,51	1,025	,476	,686	
	10	2,91	,852	,402	,704	
	16	3,18	1,029	,407	,702	
	19	3,18	1,035	,396	,705	
	27	3,53	1,215	,487	,683	
	29	3,19	1,002	,497	,681	
Preconceito	12	2,86	,838	,478	,545	,649
	18	2,80	,799	,379	,615	
	22	2,86	,803	,520	,517	
	25	2,87	,811	,346	,637	
Discriminação	3	2,73	,580	,502	,388	,605
	6	2,74	,675	,361	,590	
	7	2,70	,628	,390	,539	

Escala total: $\alpha = 0,704$

Na **Tabela 7** podemos observar as estatísticas descritivas das três dimensões através do cálculo do mínimo, máximo, média e desvio-padrão da pontuação total, contribuindo para uma melhor caracterização de cada dimensão como indicador de estigma. Nos resultados, a dimensão “Estereótipo” é a que apresenta a média mais elevada

(23,575±4,466), a dimensão “Preconceito” apresenta uma média de 11,373±2,317, enquanto a dimensão “Discriminação” apresenta a média mais baixa (8,133±1,498).

Tabela 7. Estatísticas-resumo relativas aos três fatores da EscAvE-HIV

Score total	Mínimo	Máximo	$\bar{x}$	DP
Preconceito	4,00	19,00	11,3734	2,318
Discriminação	3,00	11,00	8,1330	1,498
Estereótipo	14,00	38,00	23,5751	4,467

A versão portuguesa da HPASS, denominada de EscAvE- HIV, com as dimensões aqui indicadas, demonstra propriedades psicométricas adequadas, sendo um instrumento útil para avaliar o estigma dos enfermeiros em Portugal, em qualquer contexto onde se prestem diariamente cuidados de Enfermagem a doentes com HIV.

6. Discussão dos resultados e conclusões

O presente estudo resulta da inexistência, em Portugal, de instrumentos de medida que nos permitam estudar o fenómeno do estigma dos enfermeiros, na prestação de cuidados a doentes com HIV. Daí a necessidade de traduzir e validar, para a população portuguesa, um instrumento capaz de o fazer, para podermos realizar o Estudo II.

O instrumento que consideramos mais adequado para estudar o fenómeno do estigma foi a escala HPASS de Wagner e colaboradores (2014), por ter sido construída para avaliar o estigma dos profissionais de saúde que prestam cuidados a doentes com HIV. Procederemos, por este motivo, à análise dos resultados obtidos e confronto com os dados da investigação realizada por Wagner e outros investigadores.

No que concerne ao seu processo de validação e adaptação cultural para a versão portuguesa, optámos pelas orientações recomendadas por Beaton e colaboradores (2007).

O processo consistiu em várias etapas: etapa 1 – tradução (produção das versões t1 et2); etapa 2 – síntese das duas traduções (produção da versão t12); etapa 3 – retroversão (produção das versões rv1 e rv2) e síntese das duas retroversões (produção da versão rv12); etapa 4 – revisão pelo painel de peritos; etapa 5 – pré-teste e com o final na etapa 6 – análise das propriedades psicométricas.

Contudo, importa destacar que esta abordagem é apenas uma entre várias que estão disponíveis na literatura sobre adaptação de instrumentos de medida em saúde, nas diferentes culturas.

Na validação e adaptação da HPASS versão chinesa, realizada por Xie et al. (2019), os autores optaram por seguir as recomendações de Sousa et al. (2011), cujo processo se desenvolve em quatro etapas, iniciando com a tradução e retrotradução, seguida da revisão do conteúdo, depois a confiabilidade teste-reteste e, por fim, validade de constructo. Este processo é em muito similar às seis etapas recomendadas por Beaton et al. (2007) que utilizámos no nosso estudo, apesar de não termos analisado a estabilidade temporal do instrumento por falta de tempo disponível para o fazer, considerando o carácter académico do estudo.

Durante a revisão realizada pelo painel de peritos, o item 17: “Considero que tenho o direito de recusar prestar cuidados a doentes HIV+ se eu estiver preocupado com questões legais” foi discutido, relativamente à sua aplicabilidade, no contexto de prestação de cuidados em Portugal. Contudo, após pesquisa e de acordo com Regulamento n.º 344/2017 do Diário da República, que apesar de assegurar o direito à objecção de consciência do enfermeiro proporcionando-lhe recusar à prática do ato da sua profissão, quando tal entrar em conflito com a sua consciência moral, religiosa ou humanitária ou contradiga o que está disposto no Código Deontológico, o exercício deste direito, não o isenta do dever de que o seu comportamento não prejudique os direitos das outras pessoas. Logo, este item é incompatível com o Código Deontológico da profissão de Enfermagem (OE, 2015).

No que diz respeito à amostra, neste estudo foi apenas constituída por enfermeiros que prestam cuidados diariamente a doentes com HIV, muito similar à amostra considerada por Xie e colaboradores (2019) na China que, para além dos enfermeiros, também consideraram os médicos e outros técnicos, enquanto que a utilizada por Wagner et al. (2014), no Canadá, foi constituída apenas por estudantes de Enfermagem e de Medicina.

Após análise fatorial foram confirmados os três fatores correspondentes às dimensões “Preconceito”, “Estereótipo” e “Discriminação”, com todos os itens a relacionarem-se consistentemente nesses fatores, o que demonstra que a escala é compreendida da mesma forma nos três países e que a sua estrutura está de acordo com as diferentes culturas.

Os resultados obtidos na análise da EscAvE-HIV, apesar das diferenças de linguagem, das diferenças culturais e de uma quantidade de outras limitações que podem interferir nas respostas com este tipo de aplicação de questionários, diferem muito pouco dos resultados encontrados por Xie et al. (2019).

Assim, na tentativa de melhorar as propriedades psicométricas e a interpretabilidade da escala, foram excluídos 16 itens e retidos 14 que explicam 47,259% da variância total, enquanto a escala original, com os 30 itens, explicava apenas 31,036%, situação semelhante à encontrada por Xie et al. (2019), que apresentaram uma escala final composta por 16 itens, para uma variância total 59,61%.

Apesar da variância total da EscAvE-HIV se manter ligeiramente abaixo dos 50,0% recomendados pela literatura, optamos pela permanência dos três fatores, justificados pela consonância com os pressupostos teóricos existentes na literatura.

A consistência interna avaliada pelo coeficiente Alfa de Cronbach da EscAvE-HIV apresenta um $\alpha = 0,704$, valor razoável de acordo com as recomendações de Almeida (2017), mas muito inferior ao coeficiente Alfa de Cronbach da HPASS versão canadiana ($\alpha = 0,940$). No entanto, o coeficiente Alfa de Cronbach da HPASS versão chinesa apresentou um $\alpha = 0,88$, também inferior à versão canadiana, mas ligeiramente superior ao da EscAvE-HIV.

Uma das justificações poderá ser o fato de terem sido extraídos 16 itens, uma vez que a consistência interna de uma escala está relacionada com o número de indicadores empíricos necessários para “medir” o constructo e as suas dimensões. Os coeficientes Alfa de Cronbach das dimensões da EscAvE-HIV, “Preconceito”, “Estereótipo” e “Discriminação”, foram respetivamente de 0,727, 0,649 e 0,605. À semelhança das versões canadiana e chinesa, obtiveram-se também alguns valores mais baixos em algumas dimensões. No entanto, apesar de esse facto acontecer com o “Preconceito” e a “Discriminação”, não se verifica o mesmo com a dimensão “Estereótipo”, que apresenta o valor mais elevado, inclusivamente superior ao valor total da escala.

Na análise das correlações entre as dimensões, à semelhança dos achados no estudo de Wagner no Canadá, existe uma correlação estatisticamente significativa entre o “Preconceito” e a “Discriminação”, o que leva a concluir que os enfermeiros que apresentam mais “Preconceito” têm maior probabilidade de “Discriminação” para com os doentes com HIV na prestação de cuidados.

A versão original não menciona a existência de correlação entre as dimensões “Estereótipo” e “Preconceito”, mas no nosso estudo verificou-se a existência de uma

correlação positiva e estatisticamente significativa entre as duas dimensões, o que permite concluir que quanto maior o “Estereótipo” maior é o “Preconceito”.

A dimensão “Estereótipo”, na sua caracterização, inclui sete questões que abordam principalmente as crenças por parte dos enfermeiros acerca da forma como foi adquirida a infeção pelo doente, associada em alguns casos a comportamentos de risco, nomeadamente sexuais e de utilização de drogas ilícitas. Outra crença é a responsabilização do doente pelos comportamentos de risco que levaram à infeção por HIV, muitas vezes considerados imorais e ilegais.

Num estudo realizado por Li et al. (2007b), em que foi avaliado o estigma relacionado com o HIV em instituições de saúde na China, os autores concluíram que os profissionais de saúde têm a mesma visão estigmatizante contra o doente com HIV que a sociedade em geral. As crenças em relação à infeção e os comportamentos de risco que levaram à infeção, considerados como parte de alguns grupos socialmente marginalizados, nomeadamente os homens que fazem sexo com homens, os utilizadores de drogas injetáveis e os profissionais do sexo, influenciam as atitudes dos profissionais de saúde e afetam a perceção dos doentes com HIV em relação aos cuidados de saúde, independentemente da via de transmissão da doença.

Estudos realizados na América Central (Foreman et al., 2003) e na África do Sul (Famoroti et al., 2013) revelaram que os doentes com HIV expressaram preocupações de que os profissionais de saúde tenham atitudes de julgamento e acreditem que a doença foi autoinfligida. Os mesmos estudos sugerem que os julgamentos acerca da moral, as crenças socialmente conservadoras e o nível de educação dos profissionais de saúde podem ser os fundamentos para as atitudes discriminatórias em relação aos doentes com HIV em instituições de saúde.

A dimensão “Preconceito” apresenta, na sua caracterização, quatro questões referentes à preocupação, ao medo e ao desconforto em relação à saúde dos enfermeiros e restante equipa multidisciplinar que prestam cuidados a doentes com HIV. Vários estudos (Nyblade et al., 2009; Nyblade et al., 2019; Stangl et al., 2019) apontam para que a atitude dos profissionais de saúde em relação aos doentes com HIV seja fundamental para o rastreio precoce da doença, adesão ao tratamento e controlo da doença. Estando estes resultados alinhados com as metas traçadas pela OMS (2021) para alcançar “90-90-90”, cujo objetivo é diagnosticar, até 2030, 90,0% das pessoas que estão infetadas com HIV, fornecer terapêutica antirretroviral a 90,0% das pessoas diagnosticadas e alcançar a supressão viral (cargas víricas indetetáveis) em 90,0% das pessoas tratadas e, desta forma, controlar a epidemia a nível mundial.

Na caracterização da dimensão “Discriminação” incluem-se três itens, que refletem as atitudes e comportamentos dos enfermeiros na prestação de cuidados em relação aos doentes com HIV e a preocupação com a segurança dos outros doentes sem HIV, tal como dos outros membros da equipa multidisciplinar. Um estudo realizado por Doka et al. (2017) sugere que, entre os profissionais de saúde, os enfermeiros são os que prestam cuidados mais diferenciados, com uma taxa de prevalência de estigma relacionado com HIV inferior aos outros profissionais de saúde, sendo este dado explicado pelo facto de os enfermeiros constituírem o pessoal de primeira linha que entra em contacto com os doentes com HIV.

Em suma, as pequenas diferenças que existem em relação aos estudos realizados no Canadá por Wagner et al. (2014) e na China por Xie et al. (2019) podem ser explicadas por três motivos: primeiro, pela dimensão da amostra; segundo, por ter sido utilizada uma amostra de outros profissionais de saúde, além dos enfermeiros; e, por último, pelo fato dos profissionais de saúde prestarem cuidados em departamentos de doenças infecciosas e departamentos de outras especialidades não infecciosas.

Podemos concluir que a metodologia adotada e os dados obtidos através da amostra são aceitáveis para a finalidade do presente estudo e que as etapas metodológicas foram efetuadas com rigor, baseadas e sustentadas na melhor evidência científica. Consideramos que se atingiram os objetivos propostos para este estudo.

ESTUDO II – A INFLUÊNCIA DO ESTIGMA NA ANSIEDADE E NO MEDO DOS
ENFERMEIROS QUE PRESTAM CUIDADOS A DOENTES COM HIV

1. Tipo de estudo

Neste estudo, que se realiza após a validação do instrumento de avaliação do estigma (EscAvE-HIV), pretende-se aprofundar conhecimentos acerca deste fenómeno, através da compreensão da influência do mesmo na ansiedade e no medo dos enfermeiros que prestam cuidados diários a doentes com HIV.

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa que, de acordo com Fortin (2009, p.41), “supõe uma medida das variáveis no âmbito de um desenho bem estruturado” e é também um estudo correlacional, uma vez que tem por objetivo “explorar relações entre um conjunto de conceitos, a fim de determinar os que estão associados”. Este tipo de desenho é utilizado quando os “conceitos ou as variáveis já foram descritos, e posteriormente relacionados com outros conceitos ou com outras variáveis” (Fortin, 2009, p. 221).

2. Objetivos

O objetivo define, de forma clara, o que um investigador pretende realizar no seu estudo (Fortin, 2009). Assim, este estudo tem como objetivo verificar a influência do estigma na ansiedade e medo dos enfermeiros que prestam cuidados diários a doentes com HIV.

3. Hipóteses de investigação

Uma hipótese de investigação (H) é um “enunciado que antecipa relações entre variáveis e que necessita de uma verificação empírica, esta deve ser sempre de clareza expressa, verificável, plausível e fundamentada numa proposição teórica” (Fortin, 2009, p.165).

As hipóteses consideradas para este estudo são:

H1: Existe associação entre o nível de estigma dos enfermeiros e a ansiedade na prestação de cuidados diários ao doente com HIV.

H2: Existe associação entre o nível de estigma dos enfermeiros e o medo na prestação de cuidados diários ao doente com HIV.

4. Procedimento de análise de dados

No presente estudo, para apresentação dos dados relativos ao estigma, foram utilizadas medidas de frequência absoluta (N), medidas de tendência central ($\bar{x}$) e medidas de dispersão (mínimo, máximo e DP).

Na análise inferencial, para verificar a existência de diferenças ao nível do estigma em função das variáveis de caracterização da amostra, foram utilizados os Testes *t* para Grupos Independentes e o teste ANOVA. Para dar resposta às hipóteses formuladas para este estudo, recorreu-se ao *Teste t* para Grupos Independentes.

Os dados relativos às variáveis dependentes (ansiedade e medo) foram recolhidos através de duas questões de resposta dicotómica: “Quando presta cuidados a doentes com HIV, sente ansiedade?” e “Quando presta cuidados a doentes com HIV, sente medo?”, com opções de resposta sim/não. Aos enfermeiros que referiram sentir ansiedade e/ou medo, foi solicitado que pontuassem a sua intensidade numa escala de 1 a 5 pontos, obtendo-se, para a ansiedade, um valor médio de $3,13 \pm 0,824$ pontos e, para o medo, de $3,14 \pm 0,783$ pontos. A variável independente é constituída pelos *scores* do estigma, obtidos através da escala EscAvE-HIV.

Os testes foram realizados considerando um erro tipo I de 5%.

5. Apresentação dos resultados

Na **Tabela 8** podemos verificar que os resultados do Teste *t* para Amostras Independentes demonstram que o sexo feminino obteve em média *scores* de estigma mais baixos ($\bar{x} = 42,910 \pm 5,878$) do que sexo masculino ($\bar{x} = 44,156 \pm 4,919$). No entanto, revela não existir diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos ($t_{(231)} = 1.136$; $p = 0,257$).

Para verificar a existência de diferenças nas médias do *score* do estigma em relação às quatro categorias das habilitações académicas dos enfermeiros, foi utilizado o teste ANOVA. Os resultados permitiram verificar que os *scores* médios são mais elevados nos enfermeiros que possuem bacharelato ($\bar{x} = 47,500 \pm 7,788$) e mais baixos nos que possuem licenciatura ($\bar{x} = 42,909 \pm 5,564$), sendo que as diferenças observadas não são estatisticamente significativas ($F = 0,753$; $p = 0,472$).

Observamos ainda que, em relação à categoria profissional dos enfermeiros, o grupo dos “outros” que integra os enfermeiros atualmente a exercer funções de gestão, foi o que apresentou a média do *score* do estigma mais elevada ($\bar{x} = 46,666 \pm 7,767$) e a

categoria profissional de enfermeiro a que apresentou média mais baixa ($\bar{x} = 42,871 \pm 5,853$). No entanto, a diferença observada não tem significado estatístico ($F = 1,376$; $p = 0,251$).

Verificou-se, em relação aos enfermeiros especialistas, que a especialidade cuja média dos *scores* do estigma foi mais alta foi a de ESPC ($\bar{x} = 45,533 \pm 5,705$) e a mais baixa a de ESMO ($\bar{x} = 39,600 \pm 6,387$). Os resultados do teste ANOVA mostram que as diferenças observadas nos *scores* do estigma, entre os enfermeiros das várias especialidades, não tem significado estatístico ($F = 0,993$; $p = 0,428$).

No que respeita à entidade onde os enfermeiros trabalham, verifica-se que os enfermeiros que trabalham em entidades privadas são os que apresentam médias do *score* do estigma mais elevadas ($\bar{x} = 44,785 \pm 4,022$). Em sentido contrário, os enfermeiros a exercer funções em entidades público-privadas são os que apresentam médias de estigma mais baixas ($\bar{x} = 42,368 \pm 5,974$). Também no que diz respeito a esta variável, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas ($F = 0,513$; $p = 0,673$).

Finalmente, também não se verificaram diferenças com significado estatístico entre os níveis de estigma dos enfermeiros que exercem funções em Portugal e no estrangeiro ($t_{(231)} = 0,759$; $p = 0,449$), nem em função das diferentes regiões de saúde onde os enfermeiros trabalham ($F = 1,072$; $p = 0,380$).

Tabela 8. Estatísticas-resumo da EscAvE-HIV e resultados da aplicação dos testes *t* e *F*

Variáveis		N	$\bar{X}$	DP	<i>t</i> / <i>F</i>	<i>p</i>
Sexo	Masculino	32	44,156	4,919	1,136 ^t	.257
	Feminino	201	42,910	5,878		
Habilitações Académicas	Bacharelato	2	47,500	7,778	0,753 ^f	.472
	Licenciatura	177	42,909	5,640		
	Mestrado	48	43,041	5,989		
	Doutoramento	6	47,000	6,693		
Categoria Profissional	Enfermeiro	148	42,871	5,893	1,376 ^f	.251
	Especialista	82	43,329	5,475		
	Outro	3	46,666	7,767		
Especialidade	ESMP	26	43,000	4,681	0,993 ^f	.428
	EMC	19	43,157	6,954		
	ESPC	15	45,533	5,705		
	ER	12	42,916	4,033		
	ESPI	5	43,800	3,962		
	ESMO	5	39,600	6,387		
Entidade	Privada	14	44,785	4,022	0,513 ^f	.673
	Pública: CS Primários	26	42,884	4,950		
	Pública: CS Hospitalares	174	43,051	5,980		
	Público-Privada	19	42,368	5,974		
Exerce em Portugal	Não	2	40,000	2,828	0,759 ^t	.449
	Sim	231	43,108	5,777		
Região de saúde	Alentejo	14	43,928	5,810	1,072 ^f	.380
	Algarve	9	42,555	7,617		
	Centro	63	43,174	5,746		
	Lisboa e Vale do Tejo	82	43,073	5,575		
	Norte	52	43,730	5,145		
	RA Madeira	5	41,400	8,473		
	RA Açores	6	37,833	8,471		

Para testar as H1 e H2 utilizou-se o Teste *t* para Amostras Independentes. Os resultados apresentados na **Tabela 9** permitem verificar que a média do *score* do estigma dos enfermeiros que sentem ansiedade quando prestam cuidados a doentes com HIV é mais alta ($\bar{x} = 44,234 \pm 6,750$) do que a dos enfermeiros que não sentem ansiedade quando prestam cuidados a doentes com HIV ($\bar{x} = 42,790 \pm 5,467$). No entanto, a diferença

observada não tem significado estatístico ($t_{(231)} = 1,358$; $p = 0,179$). Desta forma, a análise dos dados amostrais não permite corroborar a hipótese de que existe associação entre o nível de estigma dos enfermeiros e a ansiedade na prestação de cuidados diários ao doente com HIV, para um erro tipo I de 5%.

No que diz respeito ao medo, verifica-se que os scores do estigma são mais elevados nos enfermeiros que sentem medo quando prestam cuidados a doentes com HIV ($\bar{x} = 44,214 \pm 6,751$) relativamente àqueles que referem não sentir medo ($\bar{x} = 42,832 \pm 5,511$). Também neste caso, as diferenças observadas entre os dois grupos não são estatisticamente significativas ($t_{(231)} = 1,239$; $p = 0,221$), não permitindo corroborar a hipótese de que existe associação entre o nível de estigma dos enfermeiros e o medo que sentem na prestação de cuidados diários ao doente com HIV, para um erro tipo I de 5%.

Tabela 9. Estatísticas-resumo e resultados do teste t para grupos independentes

		N	$\bar{x}$	DP	t	p
Ansiedade	Sim	47	44,234	6,750	1,358	.179
	Não	186	42,790	5,467		
Medo	Sim	42	44,214	6,751	1,239	.221
	Não	191	42,832	5,511		

6. Discussão dos resultados

O presente estudo resulta não só de um interesse particular sobre o fenómeno do estigma na prestação diária de cuidados a doentes com HIV, como também pela inexistência, em Portugal, de estudos acerca desta temática. Assim, o principal objetivo deste estudo é verificar a influência do estigma na ansiedade e medo dos enfermeiros que prestam cuidados diários a doentes com HIV.

Os dados analisados resultam de uma amostra de enfermeiros que prestam cuidados diariamente a doentes com HIV, obtida através da aplicação do questionário descrito anteriormente, cuja primeira parte continha questões para caracterização sociodemográfica dos participantes, e a segunda parte era composta pela escala EscAvE-HIV, acedida pelos participantes através de um *link* disponibilizado pela OE. A amostra, apesar de não ser probabilística nem representativa, integra enfermeiros das

diversas zonas de Portugal continental e das Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores.

Sublinhamos que os dados devem ser analisados tendo em conta as características sociodemográficas dos participantes. A amostra é constituída por 233 enfermeiros, predominantemente do sexo feminino, com uma idade média de 37,66 anos, a exercer funções, em média, há 14,26 anos e que apresentam, na maioria, como habilitações académicas, a licenciatura em Enfermagem. Estes dados estão de acordo com o relatório estatístico da OE (2021), que refere existirem 80379 enfermeiros inscritos, dos quais 66209 são do sexo feminino e 14170 do sexo masculino, cujas habilitações académicas mais prevalentes são a licenciatura, com 62172 enfermeiros, e a faixa etária mais representada é a dos 36 aos 40 anos de idade, com 14803 enfermeiros.

A categoria profissional mais representada é a de enfermeiro, sendo que, no que respeita aos enfermeiros especialistas, a especialidade com maior percentagem de participantes é a de ESMP. Dados da OE (2021) corroboram esta informação, uma vez que a categoria profissional mais representada é a dos enfermeiros, com 58296. No entanto, a especialidade mais representada é ER, com 4877 enfermeiros. Consideramos, como justificação dos achados, que possivelmente os enfermeiros de ESMP estarão mais sensibilizados para a problemática do estigma.

A maioria dos enfermeiros da amostra tem vínculo a entidades públicas de cuidados hospitalares que pertencem à região Lisboa e Vale do Tejo. Também estes dados são compatíveis com o relatório da OE (2021), que refere existirem 38415 enfermeiros em cuidados hospitalares, sendo a região sul a que apresenta mais representatividade, com 31770 enfermeiros.

Após a análise dos dados, este estudo mostrou que as diferenças das médias dos scores de estigma relativamente ao sexo, habilitações literárias, categoria profissional, tipo de especialidade, entidade onde exerce, país onde exerce e região de saúde a que pertence, não foram estatisticamente significativas ($p > 0,05$).

Os resultados obtidos corroboram os achados de Famoroti et al. (2013), cuja pesquisa mostrou que não havia associação entre as atitudes estigmatizantes e o nível de educação, categoria profissional e género. Concluiu, também, que a maioria dos profissionais de saúde que participaram no estudo tinha uma atitude tolerante e solidária com os doentes com HIV e que acreditavam que estes não deveriam ter vergonha de si mesmos.

Num estudo recentemente realizado por Machowska et al. (2020), os autores confirmaram que as atitudes estigmatizantes são generalizadas entre profissionais e estudantes de saúde, sendo os níveis de estigma maiores em estudantes e menores em profissionais de saúde, onde estão incluídos os enfermeiros. Esse mesmo estudo concluiu que a experiência profissional na prestação de cuidados a doentes com HIV é um preditor de atitudes mais positivas e menos estigmatizantes, talvez justificado pelo conhecimento mais completo e adequado acerca da doença e também relativamente à maior experiência de trabalho com estes doentes.

Galal et al. (2022), no decorrer da sua investigação, concluíram que a maioria dos profissionais de saúde relatou algumas práticas discriminatórias no atendimento ao doente com HIV, sendo que os enfermeiros apresentavam maior probabilidade de práticas discriminatórias, sendo estes resultados contrários aos encontrados por Doka et al. (2017). Estes últimos consideram que existem diferentes níveis de estigmatização e discriminação encontrados entre médicos e enfermeiros que prestam cuidados a doentes com HIV, sendo que enquanto os médicos mostraram mais atitudes de estigmatização, os enfermeiros foram mais propensos a prestar cuidados diferenciados aos doentes com HIV.

Num estudo realizado por Stein e Li (2008) concluíram que, para que os doentes com HIV recebam os melhores cuidados, os profissionais de saúde precisam de ser capazes de separar os seus preconceitos pessoais e sentimentos de estigmatização das suas atitudes e comportamentos profissionais. Nesse mesmo estudo ainda reconheceram que a identificação das várias manifestações do estigma do HIV pode ajudar os profissionais de saúde a identificar a forma como este pode afetar a vida dos seus doentes. Esta atitude poderá servir de ajuda no desenvolvimento de intervenções mais focadas e significativas, se se conseguir explorar com mais detalhes a fonte de cada dimensão identificada do estigma.

Nesse sentido, tanto Nyblade e colaboradores (2019) quanto Stangl et al. (2019) enfatizam a natureza estigmatizante de várias condições de saúde, nomeadamente a doença mental e a infeção com HIV, e afirmam haver necessidade de elaboração de projetos, nos serviços de saúde, que abordem a discriminação e o estigma, principalmente nessas condições de saúde, de forma a interromper esses processos estigmatizantes e discriminatórios, minimizando os prejuízos para os doentes.

O estigma nos serviços de saúde, de acordo com Muñoz e Miguel (2020), pode ser uma resposta às situações que envolvem ameaças sentidas pelos profissionais de saúde em relação à sua própria integridade física, devido ao medo de contágio e de violência.

Estas percepções de ameaças são os principais fatores relacionados com o medo que podem levar ao evitamento e afastamento de contato com o doente com HIV.

De acordo com o estudo realizado por Anderson et al. (2003), a redução da ansiedade e stress dos profissionais de saúde pode acontecer através do treino e conhecimento sobre o HIV e, também, se estes compreenderem melhor o nível de riscos associados ao atendimento de doentes com HIV.

Da mesma forma, Mahendra et al. (2007), num estudo realizado na Índia, concluíram que os profissionais de saúde com mais conhecimento sobre HIV apresentavam menos preconceito para com doentes e que os médicos revelavam menos atitudes preconceituosas quando comparados com os enfermeiros. Nesse estudo também relataram que 68% dos profissionais de saúde apresentavam atitudes de crítica, pois acreditavam que o HIV se transmitia devido a comportamentos imorais, como promiscuidade, casos extraconjugais e abuso de drogas.

De acordo com Wu et al. (2002), a educação sobre o HIV pode ser um componente de intervenção necessário para manter um estado psicológico saudável entre os profissionais de saúde e aumentar a sua produtividade.

Numa revisão sistemática da literatura realizada por Santos et al. (2019), nos vários estudos analisados, a maioria afirma que os enfermeiros possuem maior nível de stress comparados com os outros profissionais de saúde, devido à função dupla que exercem e à sobrecarga de trabalho a que normalmente estão sujeitos.

A dupla função que os enfermeiros desenvolvem passa pelas funções de gestão e pelas funções de prestação direta de cuidados. Estas consistem em realizar a coordenação das equipas, as atividades de supervisão, as funções de gestão emanadas pela administração e, ainda, a prestação direta de cuidados.

De acordo com Santos et al. (2019), todas estas atividades que derivam das funções dos enfermeiros podem desencadear ansiedade, insatisfação e stress, gerando, muitas das vezes, ausências e aumentando o absentismo nos serviços de saúde.

No estudo realizado por Miquelin et al. (2004), os autores referem que o convívio diário com doentes com HIV acarreta aos profissionais de saúde muito desgaste. Nestes, identifica alguns sentimentos como a insegurança, a ansiedade, a discriminação e também o medo de serem infetados, tendo como consequência a diminuição da qualidade do atendimento e o aumento da insatisfação dos cuidados prestados aos doentes com HIV.

Daí a importância da saúde física e mental destes profissionais, pois ao estarem capazes de identificar as manifestações de ansiedade e de medo, tal como ao aprenderem a detetar quais são os mecanismos que desencadeiam as atitudes discriminatórias e os processos de estigma relacionado com a prestação de cuidados aos doentes com HIV, poderão estar capacitados para utilizar mecanismos para interromper estes processos.

Os achados deste estudo que devem ser realçados são, por um lado, o facto de que apesar de existirem algumas dimensões do estigma, nomeadamente estereótipo e preconceito, que prevalecem entre os enfermeiros que prestam cuidados diários aos doentes com HIV, o estigma não se manifesta na dimensão da discriminação através do comportamento e das atitudes discriminatórias, por parte destes profissionais de saúde nos cuidados prestados. Por outro lado, também se verificou que a ansiedade e o medo não são influenciados pelo estigma sentido, ou seja, os enfermeiros que prestam cuidados diários a doentes com HIV sentem ansiedade e medo, mas estes não são influenciados pelos níveis de estigma.

Logo, consideramos que a avaliação sistematizada do estigma nas instituições de saúde poderia ser uma forma para se poder intervir nessa situação, nomeadamente nas dimensões da discriminação, preconceito e estereótipo, contribuindo para a destigmatização dos cuidados aos doentes com HIV e para a igualdade de cuidados recebidos por estes doentes.

O papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria nos serviços de saúde é essencial para a identificação das dimensões do estigma, mas também para a prevenção e deteção de sinais e sintomas de ansiedade e medo relacionado com o estigma na prestação de cuidados a doentes com HIV. Colaborando, assim, para a sinalização destes profissionais e intervindo precocemente na melhoria da sua saúde, contribuindo consequentemente para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e para o aumento da satisfação dos doentes com HIV.

Os gestores das instituições de saúde também precisam de estar atentos à problemática do estigma para com os doentes com HIV, promovendo programas de formação adequada com oportunidades educacionais, não só para os enfermeiros que prestam cuidados diários a doentes com HIV, mas também para todos os profissionais de saúde, contribuindo para reduzir as preocupações, a ansiedade e o medo desnecessário no cuidar, promovendo a destigmatização dos cuidados nas instituições de saúde.

Consideramos que seria importante que, nas instituições de saúde a nível nacional, se realizasse uma revisão das políticas de intervenções de redução do estigma e da discriminação relacionados com os cuidados prestados aos doentes com HIV. A implementação, nessas instituições, de programas de intervenção para a redução da ansiedade e do medo dos profissionais de saúde que prestam cuidados diários ao doente com HIV seria relevante para a melhoria da saúde física e mental dos mesmos, contribuindo desta forma a sua satisfação profissional.

7. Limitações e sugestões

Os resultados do presente estudo indicam que a EscAvE-HIV é uma escala válida e confiável para ser utilizada na língua portuguesa. No entanto, existem algumas limitações a serem consideradas. O estudo foi realizado com uma amostra composta unicamente por enfermeiros que prestam cuidados diários a doentes com HIV e, embora essa fosse a população-alvo do estudo, recomenda-se a aplicação da escala EscAvE-HIV a todos os enfermeiros e a outras categorias de profissionais de saúde, pois os cuidados de saúde prestados a doentes com HIV envolvem o trabalho de uma equipa multidisciplinar.

Apesar dessas limitações, a validação da HPASS para a língua portuguesa, que deu origem à EscAvE-HIV com comprovada validade e confiabilidade, representa um contributo para o avanço no conhecimento, ficando disponível uma escala confiável para o uso em outros estudos. Em última análise, este estudo pode servir para futuras pesquisas que possam avaliar o estigma em todos os profissionais de saúde que prestem cuidados a doentes com HIV.

Na prática, o facto de se conhecerem as dimensões do estigma sobre as quais se pode intervir, poderá contribuir para a construção de programas de promoção da literacia em saúde (educação) acerca da doença, de forma a colmatar esses *déficits* não só nos enfermeiros, mas em todos os profissionais de saúde.

Além disso, sugerimos que as instituições de saúde apostem em programas de treino específicos para o controlo da ansiedade para todos os enfermeiros e restantes profissionais de saúde, de forma a contribuir para o aumento do seu bem-estar físico e mental, que garantam a quebra do paradigma atual de cuidados de saúde, proporcionando uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde a todos os doentes com HIV.

CONCLUSÃO

O estigma relacionado ao HIV pode afetar negativamente a saúde, a qualidade de vida, o apoio social e o bem-estar das pessoas que vivem com o HIV.

O estigma associado à prestação de cuidados de saúde ao doente com HIV pode influenciar a detecção precoce da doença, o início do tratamento e a qualidade dos cuidados prestados.

Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros que prestam cuidados diários a estes doentes e famílias, podem beneficiar de uma melhor compreensão dos aspetos do estigma relacionado com HIV, pois este poderá influenciar as suas avaliações, intervenções e planos de tratamento.

A associação entre o estigma relacionado com o HIV e a saúde física tem implicações potenciais para o tratamento, cuidados prestados e apoio para estas pessoas nos diferentes estádios da infecção pelo HIV.

Saber que apesar de não existir associação entre o estigma, ansiedade e medo dos enfermeiros que prestam cuidados diários a doentes com HIV, não invalida a necessidade de estar atento a esta problemática e ajudar a melhorar as condições de trabalho destes profissionais de saúde, que serão necessárias para dar resposta às necessidades constantes de cuidados destes doentes.

Neste sentido, é essencial que tanto os profissionais de saúde como os doentes com HIV apresentem bons níveis de literacia em saúde, capacitando, desta forma, os profissionais de saúde a identificarem estratégias destigmatizantes na prestação de cuidados e empoderando os doentes com HIV a lidar com alguns comportamentos e atitudes discriminatórias que poderão ocorrer nos contextos de saúde. No entanto, esperamos que, apesar de termos determinado que o estigma não influencia a ansiedade e o medo na prestação de cuidados ao doente com HIV, o contributo desta investigação seja encarado na perspetiva da melhoria das condições de trabalho dos enfermeiros, nomeadamente na educação e formação na área do HIV e na manutenção da saúde mental, aumentando desta forma a satisfação destes profissionais e a sua produtividade nas instituições de saúde.

Assim, o enfermeiro especialista em ESMP assume um papel essencial nesta área de intervenção, orientado pelo seu regulamento de competências específicas e pelas

diretrizes nacionais e internacionais da literacia em saúde, devendo fazer uso de estratégias capazes de captar o interesse dos enfermeiros para esta problemática do estigma.

Com a realização desta Dissertação, entendemos que a investigação realizada neste trabalho é relevante para o contexto do estigma nos enfermeiros que prestam cuidados de saúde a doentes com HIV, oferecendo contributos significativos, não só para investigações futuras, como também para a prática de enfermagem e para a saúde física e mental dos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, S. (2017). *Estatística aplicada à investigação em ciências da saúde: um guia com o SPSS*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Anderson, A. F., Qingsi, Z., Guanglin, W., Zhijun, L., & Wei, L. (2003). Human immunodeficiency virus knowledge and attitudes among hospital-based healthcare professionals in Guangxi Zhuang Autonomous Region, People's Republic of China. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 24 (2), 128-131.
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M. B. (2007). Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures. *Institute for Work & Health*, 1(1), 1-45.
- Bergamasco, E. C., Rossi, L. A., de Carvalho, E. C., & Dalri, M. C. B. (2004). Diagnósticos de medo e ansiedade: validação de conteúdo para o paciente queimado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(2), 170-177.
- Bowling, A. (2014). *Research methods in health: investigating health and health services*. Nova Iorque, Estados Unidos da América: McGraw Hill Education.
- Braga, L. C. D., Carvalho, L. R. D., & Binder, M. C. P. (2010). Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(1), 1585-1596.
- Brohan, E., Gauci, D., Sartorius, N., & Thornicroft, G. (2011). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: The GAMIAN–Europe study. *Journal of Affective Disorders*, 129(1), 56-63.
- Burns, N. & Grove, S.K. (2003). *Understanding Nursing Research*. Filadélfia, Pensilvânia: Saunders.
- Camillo, S. D. O., Maiorino, F. T., & Chaves, L. C. (2013). Nursing teaching on HIV/AIDS in the perspective of citizenship. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 34(3), 117-123.

- Carvalho, D. B., Araújo, T. M., & Bernardes, K. O. (2016). Transtornos mentais comuns em trabalhadores da Atenção Básica à Saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 41, 1-13.
- Chambers, L. A., Rueda, S., Baker, D. N., Wilson, M. G., Deutsch, R., Raeifar, E., & Rourke, S. B. (2015). Stigma, HIV and health: a qualitative synthesis. *BioMed Central Public Health*, 15(1), 1-17.
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16.
- Corrigan, P. & Wassel, A. (2008). Understanding and influencing the stigma of mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 46(1), 42- 48.
- Damásio, B. F. (2012). Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment*, 11(2), 213-228.
- Direcção-Geral da Saúde. (2019). Manual de boas práticas: Literacia em Saúde: Capacitação dos profissionais de saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx>
- Doka, P. J. S., Danjin, M., & Dongs, I. S. (2017). HIV/AIDS-related stigma and discrimination among health-care providers in a tertiary health facility. *Journal of Medical Sciences*, 37(2), 44.
- Ehiri, J. E., Alaofè, H. S., Yesufu, V., Balogun, M., Iwelunmor, J., Kram, N. A., Lott, B. E., & Abosedo, O. (2019). AIDS-related stigmatisation in the healthcare setting: a study of primary healthcare centres that provide services for prevention of mother-to-child transmission of HIV in Lagos, Nigeria. *BMJ open*, 9(5), e026322. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026322>
- Entidade Reguladora da Saúde (2017). *Literacia em direitos dos utentes de cuidados de saúde*. <https://www.ers.pt/pt/comunicacao/noticias/lista-de-noticias/literacia-em-direitos-dos-utentes-de-cuidados-de-saude/>

- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (2016) *Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos*. Coimbra, Portugal: Autor.
- Ezedinachi, E. N. U., Ross, M. W., Meremiku, M., Essien, E. J., Edem, C. B., Ekure, E., & Ita, O. (2002). The impact of an intervention to change health workers' HIV/AIDS attitudes and knowledge in Nigeria: a controlled trial. *Public health*, 116(2), 106-112.
- Famoroti, T. O., Fernandes, L., & Chima, S. C. (2013). Stigmatization of people living with HIV/AIDS by healthcare workers at a tertiary hospital in KwaZulu-Natal, South Africa: a cross-sectional descriptive study. *BioMed Central Medical Ethics*, 14(1).
- Feyissa, G. T., Abebe, L., Girma, E., & Woldie, M. (2012). Stigma and discrimination against people living with HIV by healthcare providers, Southwest Ethiopia. *BioMed Central Public Health*, 12(1), 522. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-522>.
- Foreman, M., Lyra, P., & Breinbauer, C. (2003). Comprensión y respuesta al estigma ya la discriminación por el VIH/sida en el sector salud. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Stigma_report_english.pdf
- Fortin, M. F. (2009). *O Processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Galal, Y. S., Khairy, W. A., Mohamed, R., Esmat, G., Negm, M., Alaty, W., Saeed, M. A., Fouad, R., Elzahaby, A. A., Zaky, S., Sakr, M. A., & Cordie, A. (2022). HIV-related stigma and discrimination by healthcare workers in Egypt. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, trab188. Advance online publication. <https://doi.org/10.1093/trstmh/trab188>
- Garbin, C. A. S., Martins, R. J., Garbin, A. J. I., Lima, D. C. D., & Prieto, A. K. C. (2009). Percepção de paciente HIV-positivo de um centro de referência em relação a tratamento de saúde. *DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 21, 107-10.
- Garcia, T. R., Cubas, M. R., Galvão, M. C. B., & Nóbrega, M. M. L. (2020). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE (R): Versão 2019/2020*. Porto Alegre, Brasil: Artmed Editora.
- Gray, J. R., Grove, S. K., & Sutherland, S. (2016). *Burns and grove's: the practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. Amsterdão, Holanda: Elsevier Health Sciences.

- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2014). Pearson new international edition. *Multivariate data analysis*. Londres, Reino Unido: Pearson Education Limited Harlow.
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2020). *Suplemento ao Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação 2018-2020: Novidades que Você Precisa Conhecer*. Porto Alegre, Brasil: Artmed Editora.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2018). *Confronting discrimination: overcoming HIV-related stigma and discrimination in health-care settings and beyond*. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/confronting-discrimination_en.pdf
- Kinsler, J. J., Wong, M. D., Sayles, J. N., Davis, C., & Cunningham, W. E. (2007). The effect of perceived stigma from a health care provider on access to care among a low-income HIV-positive population. *AIDS patient care and STDs*, 21(8), 584-592. <https://doi.org/10.1089/apc.2006.0202>.
- Knight, M.T.D., Wykes, T., & Hayward, P. (2006). Group Treatment of Perceived Stigma and Self-Esteem in Schizophrenia: A Waiting List Trial of Efficacy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34, 305-318.
- Kralik, D., & Loon, A. (2010). Processos de transição e doenças crônicas. *Traduzindo a pesquisa sobre doenças crônicas em prática*, 17-36.
- Krishnaratne, S., Bond, V., Stangl, A., Pliakas, T., Mathema, H., Liljeston, P., & HPTN 071 (PopART) Study Team. (2020). Stigma and judgment toward people living with HIV and key population groups among three cadres of health workers in South Africa and Zambia: analysis of data from the HPTN 071 (PopART) trial. *AIDS patient care and STDs*, 34(1), 38-50.
- Li, L., Lin, C., Wu, Z., Wu, S., Rotheram-Borus, M. J., Detels, R., & Jia, M. (2007a). Stigmatization and shame: consequences of caring for HIV/AIDS patients in China. *AIDS care*, 19(2), 258-263. <https://doi.org/10.1080/09540120600828473>.
- Li, L., Wu, Z., Wu, S., Zhaoc, Y., Jia, M., & Yan, Z. (2007b). HIV-related stigma in health care settings: a survey of service providers in China. *AIDS patient care and STDs*, 21(10), 753-762.

- Logie, C. H., Wang, Y., Lacombe-Duncan, A., Wagner, A. C., Kaida, A., Conway, & Loutfy, M. R. (2018). HIV-related stigma, racial discrimination, and gender discrimination: Pathways to physical and mental health-related quality of life among a national cohort of women living with HIV. *Preventive medicine*, 107, 36-44.
- McFarlane, W. R. (2004). *Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders*. Guilford Press.
- Machado, S. (2012). Existential dimensions of surviving HIV: The experience of gay long-term survivors. *Journal of Humanistic Psychology*, 52(1), 6-29.
- Machowska, A., Bamboria, B. L., Bercan, C., & Sharma, M. (2020). Impact of 'HIV-related stigma-reduction workshops' on knowledge and attitude of healthcare providers and students in Central India: a pre-test and post-test intervention study. *British Medical Journal Open*, 10(4), e033612.
- Mahendra, V. S., Gilborn, L., Bharat, S., Mudoi, R. J., Gupta, I., Georna B., & Pulerwitz, J. (2007). Understanding and measuring AIDS-related stigma in health care settings: A developing country perspective. *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 4(2), 616-625.
- Marshall, W. L., Ward, T., Mann, R. E., Moulden, H., Fernandez, Y. M., Serran, G., & Marshall, L. E. (2005). Working positively with sexual offenders: Maximizing the effectiveness of treatment. *Journal of interpersonal violence*, 20(9), 1096-1114.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*, 23(1), 12-28.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer publishing company.
- Muñoz, R.L., & Miguel L. D. (2020). *Estigma e discriminação sociais como fardo oculto no processo saúde-doença*. João Pessoa, Brasil: Editora UFPB.
- Miquelim, J. D., Carvalho, C. B., Gir, E., & Pelá, N. T. (2004). Estresse nos profissionais de enfermagem que atuam em uma unidade de pacientes portadores de HIV-AIDS. *DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 16(3), 24-31.

- Mojtabai, R. (2010). Mental illness stigma and willingness to seek mental health care in the European Union. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45(7), 705-712.
- Moreira, V., Meneses, A. M., Andrade, D. B., & Araújo, M. C. (2010). *Fenomenologia do estigma em HIV/AIDS: coestigma*. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272010000100007&lng=pt&tlng=pt.
- Navarro, A. M. A., Bezerra, V. P., Oliveira, D. A., Moreira, M. A. S. P., Alves, M. D. S. C. F., & Gurgel, S. N. (2011). Representações sociais do HIV/AIDS: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, 3, 92-99.
- Nyblade, L., Jain, A., Benkirane, M., Li, L., Lohiniva, A. L., McLean, R., & Thomas, W. (2013). A brief, standardized tool for measuring HIV-related stigma among health facility staff: results of field testing in China, Dominica, Egypt, Kenya, Puerto Rico and St. Christopher & Nevis. *Journal of the International AIDS Society*, 16, 18718.
- Nyblade, L., Stangl, A., Weiss, E., & Ashburn, K. (2009). Combating HIV stigma in health care settings: what works?.: <https://doi.org/10.1186/1758-2652-12-15>
- Nyblade, L., Stockton, M. A., Giger, K., Bond, V., Ekstrand, M. L., Mcnaan, R., & Wouters, E. (2019). Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1256-2>
- Oliveira, R. J., & Cunha, T. (2014). Estresse do profissional de saúde no ambiente de trabalho: causas e consequências. *Caderno saúde e desenvolvimento*, 4(3), 78-93.
- Oliveira, F. D., Kuznier, T. P., Souza, C. C. D., & Chianca, T. C. M. (2018). Aspectos teóricos e metodológicos para adaptação cultural e validação de instrumentos em enfermagem. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180004900016>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Regulamento n.º 344*. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/344-2017-107571559>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Anuário Estatístico de 2021*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>

- Organização Mundial de Saúde. (1998). *Health promotion glossary*. <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
- Organização Mundial da Saúde. (2021). *Diretrizes consolidadas sobre prevenção, testagem, tratamento, prestação de serviços e monitoramento do HIV: recomendações para uma abordagem de saúde pública*. Organização Mundial da Saúde. <http://apps.who.int/iris>
- Pallant, J. (2020). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using IBM SPSS*. Londres, Reino Unido: Routledge.
- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista portuguesa de saúde pública*, 34(3), 259-275.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais. A Complementaridade do SPSS*. <https://doi.org/10.13140/2.1.2491.7284>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2019). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. Porto Alegre, Brasil: Artmed Editora.
- Santos, É. K. M., Durães, R. F., Guedes, M. D. S., Rocha, M. F. O., Rocha, F. C., Torres, J. D. Ì., & Barbosa, H. A. (2019). O estresse nos profissionais de saúde: uma revisão de literatura. *HU Revista*, 203-211.
- Schaurich, D., & Crossetti, M. D. G. O. (2010). Produccion de conocimiento sobre teorías de enfermería: analisis de periodicos del area, 1998-2007. *Escola Anna Nery*, 14(1), 182-188.
- Senra-Rivera, C., Arriba-Rossetto, A. D., & Seoane-Pesqueira, G. (2008). The role of experience on acceptance vs. rejection of Schizophreniaith schizophrenia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(1), 73-83.
- Sousa, V. D., & Rojjanasrirat, W. (2011). Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *Journal of evaluation in clinical practice*, 17(2), 268-274.

- Souza, A. C. D., Alexandre, N. M. C., & Guirardello, E. D. B. (2017). Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiologia e serviços de saúde*, 26, 649-659.
- Srithanaviboonchai, K., Stockton, M., Pudpong, N., Chariyalertsak, S., Prakongsai, P., Chariyalertsak, C., & Nyblade, L. (2017). Building the evidence base for stigma and discrimination-reduction programming in Thailand: development of tools to measure healthcare stigma and discrimination. *BioMed Central Public Health*, 17(1), 245.
- Stangl, A. L., Earnshaw, V. A., Logie, C. H., van Brakel, W., C Simbayi, L., Barré, I., & Dovidio, J. F. (2019). The Health Stigma and Discrimination Framework: a global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BioMed Central Medicine*, 17(1), 1-13.
- Stein, J. A., & Li, L. (2008). Measuring HIV-related stigma among Chinese service providers: confirmatory factor analysis of a multidimensional scale. *AIDS and Behavior*, 12(5), 789-795.
- Stringer, KL, Turan, B., McCormick, L., Durojaiye, M., Nyblade, L., Kempf, MC, & Turan, JM (2016). Estigma relacionado ao HIV entre os profissionais de saúde no sul profundo. *AIDS and Behavior*, 20(1), 115-125.
- Vorasane, S., Jimba, M., Kikuchi, K., Yasuoka, J., Nanishi, K., Durham, J., & Sychanaun, V. (2017). An investigation of stigmatizing attitudes towards people living with HIV/AIDS by doctors and nurses in Vientiane, Lao PDR. *BioMed Central Health Services Research*, 17(1), 1-13.
- Wagner, A. C., Hart, T. A., McShane, K. E., Margolese, S., & Girard, T. A. (2014). Health care provider attitudes and beliefs about people living with HIV: Initial validation of the health care provider HIV/AIDS Stigma Scale (HPASS). *AIDS and Behavior*, 18(12), 2397-2408. <https://doi.org/10.1007/s10461-014-0834-8>
- Wu, Z., Detels, R., Ji, G., Xu, C., Rou, K., Ding, H., & Li, V. (2002). Diffusion of HIV/AIDS knowledge, positive attitudes, and behaviors through training of health professionals in China. <https://doi.org/10.1521/aeap.14.6.379.24074>
- Xie, H., Yu, H., Watson, R., Wen, J., Xiao, L., Yan, M., & Chen, Y. (2019). Cross-Cultural Validation of the Health Care Provider HIV/AIDS Stigma Scale (HPASS) in China. <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2312-1>

APÊNDICES

APÊNDICE I – Termo de consentimento informado de participação no estudo.

Caro/a participante,

Convidamo-lo/a a colaborar num estudo que estamos a efetuar no âmbito o VIII Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Esta investigação, orientada pelo Professor Doutor Amorim Gabriel Santos Rosa e pelo Professor Doutor Luís Manuel de Jesus Loureiro, tem como objetivo avaliar o estigma dos enfermeiros que prestam cuidados a doentes com HIV em meio hospitalar e verificar a sua relação com os níveis de ansiedade e medo, bem como a sua influência nos cuidados prestados.

Agradecemos desde já a sua participação e os seus contributos que são fundamentais para a realização do estudo, mas também para a saúde mental e para a melhoria das condições de trabalho dos enfermeiros, e da qualidade dos cuidados prestados aos doentes com HIV. Os benefícios obtidos relacionam-se com a promoção da Literacia em Saúde Mental e combate ao Estigma.

Salienta-se o carácter anónimo e voluntário da sua participação. Os dados obtidos através do preenchimento do questionário são confidenciais e apenas serão tratados estatisticamente, de forma agregada, para fins de investigação.

O questionário é de autorresposta e o seu preenchimento demora cerca de 10 minutos.

Não existem respostas certas ou erradas, apenas a sua opinião. Deve responder da forma mais sincera e espontânea possível.

Por favor, certifique-se que responde a todas as questões, e da forma indicada nas instruções, caso contrário, a sua participação no estudo será invalidada.

Uma vez concluído o estudo, a equipa de investigação disponibilizar-se-á para partilhar os resultados, mantendo o anonimato, se assim forem solicitados através dos contactos descritos abaixo.

Estamos ao dispor para o esclarecimento de eventuais dúvidas, através dos emails:

Enfermeira Sandra Tejo: sandra.sandratejo@gmail.com

Professor Amorim Rosa: amorim@esenfc.pt

Professor Luís Loureiro: luisloureiro@esenfc.pt

Muito obrigada,
Sandra Catarina Gomes Coelho Tejo

Estigma dos Enfermeiros na prestação de cuidados ao doente com HIV em meio hospitalar



sandra.sandratejo@gmail.com (não partilhado)

[Mudar de conta](#)



*Obrigatório

Termo de consentimento informado

Declaro que estou de acordo em participar no estudo sobre o estigma dos enfermeiros na prestação de cuidados ao doente com HIV em meio hospitalar.

Foi-me fornecida uma explicação integral da natureza e objetivos do estudo e concedida a possibilidade de colocar questões e esclarecer todos os aspetos que me pareceram pertinentes.

Sei que devo responder da forma mais sincera e espontânea possível, e que não existem respostas certas ou erradas.

Sei que sou livre de abandonar o estudo, se for esse o meu desejo.

Foi-me garantido que os dados recolhidos serão exclusivamente utilizados para efeitos de investigação e concordo em que sejam analisados pelos investigadores envolvidos no estudo, sob a autoridade delegada pelo investigador principal.

Escolha uma das seguintes respostas *



Aceito participar no estudo



Não aceito participar no estudo

APÊNDICE II – Instrumento de colheita de dados sociodemográficos.

APRESENTAÇÃO

Prezado(a) colega(a), solicitamos a sua colaboração para participar no preenchimento de uma escala destinada a avaliar o estigma dos enfermeiros que prestam cuidados a doentes com HIV.

Este trabalho faz parte do projeto de investigação “**Estigma dos Enfermeiros que prestam cuidados aos doentes com HIV**”, inserido no Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria que estamos a realizar na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Na sua prática diária presta cuidados regularmente a doentes com HIV?

SIM

NÃO

Se Não

Agradeço desde já a sua participação mas não possui critérios para avançar.

Se SIM

Antes de apresentarmos a escala, gostaríamos de lhe solicitar o fornecimento de alguns dados:**Parte I – Dados Sociodemográficos**

1. Idade: _____Anos

2. Sexo

1-Feminino

2-Masculino

3.Habilitações Literárias/Académicas

1-Bacharelato

2-Licenciatura

3-Mestrado

4-Doutoramento

4.Categoria Profissional

1.Enfermeiro

2.Enfermeiro Especialista 2.1.Qual especialidade?.....

3.Outro?

5. Tempo de Serviço: _____Anos

6. Entidade onde presta cuidados

1-Pública

1.1-Cuidados de saúde primários

1.2-Cuidados hospitalares

2-Privada

3-Público/Privada

7. Atualmente exerce funções em Portugal

Não

SIM

7. Região de saúde a que pertence

1-Norte

2-Centro

3-Lisboa e Vale do Tejo

4-Alentejo

5-Algarve

6- Região Autónoma Madeira

7- Região Autónoma Açores

8. Quando presta cuidados a doentes HIV+ sente ansiedade?

NÃO

SIM

Se **SIM** pontue numa escala de 1 a 5 a Ansiedade que sente

Pontuação	1	2	3	4	5
------------------	----------	----------	----------	----------	----------

9.Quando presta cuidados a doentes HIV+ sente medo?

NÃO

SIM

Se **SIM** pontue numa escala de 1 a 5 a Ansiedade que sente

Pontuação	1	2	3	4	5
------------------	----------	----------	----------	----------	----------

APÊNDICE III – Escala de Avaliação Estigma para com o Doente com HIV (EscAvE-HIV).

Escala de Avaliação Estigma para com o doente com HIV (EscAvE-HIV)

Agradeço a sua colaboração e de seguida apresento a escala destinada a avaliar o estigma.

Em baixo encontra uma listagem de ideias sobre doentes com HIV+. Algumas podem ser verdadeiras para si, enquanto outras poderão não ser. As pessoas têm um conjunto amplo de ideias sobre os doentes HIV+ e nós estamos interessados nas suas ideias específicas. Por favor responda com honestidade. As suas respostas são completamente anónimas.

1	2	3	4	5	6
Discordo completamente	Discordo	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo	Concordo completamente

1. Acredito que a maioria dos doentes HIV+ adquiriu o vírus através de comportamentos de risco..	1	2	3	4	5	6
2. Penso que os doentes HIV+ se envolveram em comportamentos de risco apesar de conhecerem esses riscos..	1	2	3	4	5	6
3. Considero que, para a segurança de outros doentes, tenho o direito de recusar prestar cuidados a doentes com HIV+.	1	2	3	4	5	6
6. Os doentes HIV+ representam uma ameaça à saúde de outros doentes.	1	2	3	4	5	6
7. Considero que tenho o direito de recusar tratar doentes HIV+ se outros elementos da equipa estiverem preocupados com a segurança	1	2	3	4	5	6
10. Os doentes HIV+ tendem a ter vários parceiros sexuais.	1	2	3	4	5	6
12. Eu prefiro não ter contacto físico com doentes HIV+.	1	2	3	4	5	6
16. Penso que muitos doentes HIV+ têm provavelmente problemas de abuso de substâncias	1	2	3	4	5	6
18. Preferia consultar um doente HIV negativo do que um doente HIV+ com preocupações não relacionadas com a doença..	1	2	3	4	5	6
19. Os doentes HIV+ devem assumir a responsabilidade por se terem contagiado.	1	2	3	4	5	6
22. Os doentes HIV+ causam-me desconforto.	1	2	3	4	5	6
25. Preocupa-me que as precauções universais não sejam suficientes para me proteger dos doentes HIV+	1	2	3	4	5	6
27. Os doentes que contraíram HIV pelo uso de drogas injetáveis são mais culpados do que os doentes que contraíram HIV por transfusão sanguínea.	1	2	3	4	5	6
29. Os doentes que contraíram HIV através do contacto sexual são mais culpados do que os doentes que contraíram HIV por transfusão sanguínea	1	2	3	4	5	6

Muito obrigado pela participação!

ANEXOS

ANEXO I – Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)**
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC)**

Parecer Nº P611/09-2019

Título do Projecto: Estigma dos enfermeiros na prestação de cuidados ao doente com diagnóstico HIV em meio hospitalar.

Identificação das Proponentes

Nome(s): Sandra Catarina Gomes Coelho Tejo

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador Responsável/Orientador: Prof. Doutor Amorim Rosa

Relator: Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Parecer

Integrado em Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da ESENfC o estudo é justificado com o facto de o "... estigma e a discriminação contra as pessoas que vivem com HIV..." serem os "... principais impedimentos para controlar a epidemia do HIV". São objetivos gerais do estudo a tradução e validação transculturalmente para a população portuguesa da escala HPASS (*Health Care Provider HIV/AIDS Stigma Scale*); "verificar os componentes do estigma que influenciam a prestação de cuidados de enfermagem em meio hospitalar"; e "avaliar o estigma nos enfermeiros que prestam cuidados a doentes com diagnóstico de HIV em meio hospitalar" relacionando-o com diversas variáveis.

Os participantes são "enfermeiros que prestam ou prestaram cuidados aos doentes com diagnóstico HIV nos serviços de Urgência, Infeciosas e Cirurgias dos CHUC-HUC".

O instrumento de recolha de dados é constituído por duas partes: Caracterização sócio-demográfica (a que acrescem duas questões sobre ansiedade e medo aquando dos cuidados a doentes com HIV) e escala HPASS na versão em estudo para língua portuguesa.

O tratamento dos dados será efetuado pelos proponentes.

No documento submetido:

- Estão definidos os critérios de inclusão;
- São apresentados os instrumentos de recolha de dados (original e tradução para português);
- É apresentada autorização para tradução do instrumento original (HPASS);
- É apresentado pedido de autorização para recolha de dados ao Conselho de Administração dos CHUC;
- É garantida a participação livre, voluntária e informada dos participantes sendo apresentado termo de consentimento informado com texto explicativo sobre o projeto;
- São garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos não existindo recolha de qualquer dado que permita identificar os participantes na apresentação dos resultados;
- Não são identificados danos para os participantes.

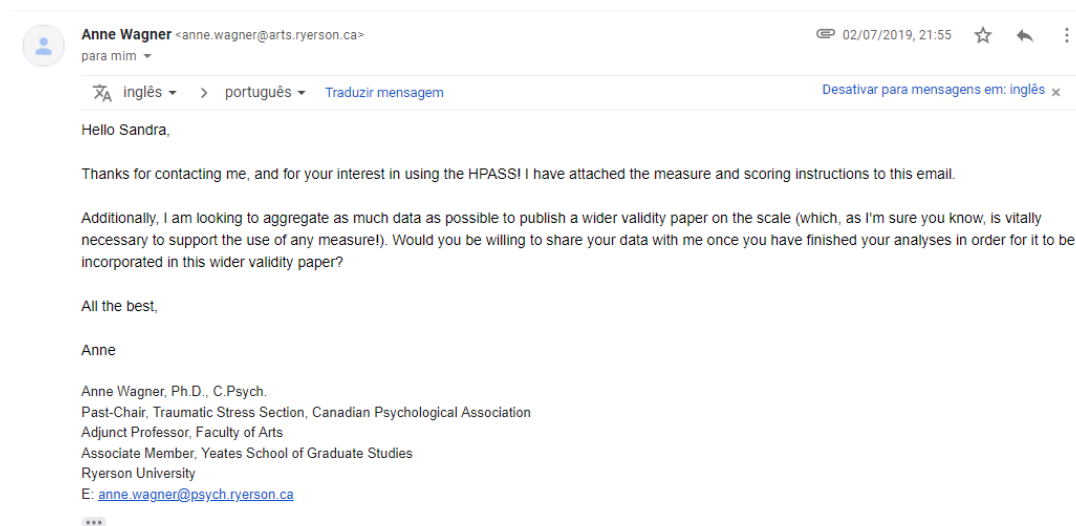
Pelo exposto o parecer da Comissão de Ética da UICISA: E é favorável ao estudo tal como apresentado. No entanto, o presente parecer não dispensa a autorização da instituição onde serão recolhidos os dados.

O relator:

Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Data: 09/10/2019 O Presidente da Comissão de Ética: *Maria Helena Botelho*

ANEXO II – Autorização da autora da HPASS



ANEXO III – Escala original HPASS - versão canadiana

The Healthcare Provider HIV/AIDS Stigma Scale (HPASS)

Autora: Dr Anne Wagner

Below is a list of ideas about HIV+ patients. Some of the ideas may be true for you, and some of them may not. People hold a wide range of ideas about HIV+ patients, and we are interested in your particular ideas. Please answer the questions honestly – your responses are completely anonymous.

1	2	3	4	5	6
Strongly Disagree	Disagree	Somewhat Disagree	Somewhat Agree	Agree	Strongly Agree

1 I believe most HIV+ patients acquired the virus through risky behaviour.	1	2	3	4	5	6
2. I think HIV+ patients have engaged in risky activities despite knowing these risks.	1	2	3	4	5	6
3. I believe I have the right to refuse to treat HIV+ patients for the safety of other patients.	1	2	3	4	5	6
4. I think people would not get HIV if they had sex with fewer people.	1	2	3	4	5	6
5. HIV+ patients present a threat to my health.	1	2	3	4	5	6
6. HIV+ patients present a threat to the health of other patients..	1	2	3	4	5	6
7. I believe I have the right to refuse to treat HIV+ patients if other staff members are concerned about safety.	1	2	3	4	5	6
8. I would avoid conducting certain procedures on HIV+ patients.	1	2	3	4	5	6
9. I think if people act responsibly they will not contract HIV.	1	2	3	4	5	6
10. HIV+ patients tend to have numerous sexual partners.	1	2	3	4	5	6
11. I believe I have the right to refuse to treat HIV+ patients if I feel uncomfortable.	1	2	3	4	5	6
12. I would rather not come into physical contact with HIV+ patients	1	2	3	4	5	6
13. I would want to wear two sets of gloves when examining HIV+ patients.	1	2	3	4	5	6

14. I believe I have the right to refuse to treat HIV+ patients to protect myself.	1	2	3	4	5	6
15. I would be comfortable working alongside another health care provider who has HIV.	1	2	3	4	5	6
16. I think many HIV+ patients likely have substance abuse problems.	1	2	3	4	5	6
17. I believe I have the right to refuse to treat HIV+ patients if I am concerned about legal liability.	1	2	3	4	5	6
18. I would rather see an HIV-negative patient than see an HIV+ patient with non-HIV-related concerns.	1	2	3	4	5	6
19. HIV+ patients should accept responsibility for acquiring the virus.	1	2	3	4	5	6
20. I worry about contracting HIV from HIV+ patients.	1	2	3	4	5	6
21. I often think HIV+ patients have caused their own health problems.	1	2	3	4	5	6
22. HIV+ patients make me uncomfortable.	1	2	3	4	5	6
23. I would be hesitant to send HIV+ patients to get blood work done due to my fear of others' safety.	1	2	3	4	5	6
24. It is a little scary to think I have touched HIV+ patients.	1	2	3	4	5	6
25. I worry that universal precautions are not good enough to protect me from HIV+ patients.	1	2	3	4	5	6
26. I would feel uncomfortable knowing one of my colleagues is HIV+.	1	2	3	4	5	6
27. HIV+ patients who have acquired HIV through injection drug use are more at fault for contracting HIV than HIV+ patients who have acquired HIV through a blood transfusion.	1	2	3	4	5	6
28. I tend to think that HIV+ patients do not share the same values as me..	1	2	3	4	5	6
29. HIV+ patients who have acquired HIV through sex are more at fault for contracting HIV than HIV+ patients who have acquired HIV through a blood transfusion.	1	2	3	4	5	6
30. It would be hard to react calmly if a patient tells me he or she is HIV+.	1	2	3	4	5	6

ANEXO IV – Códigos de instrução da HPASS - Versão canadiana

Coding Instructions for HPASS

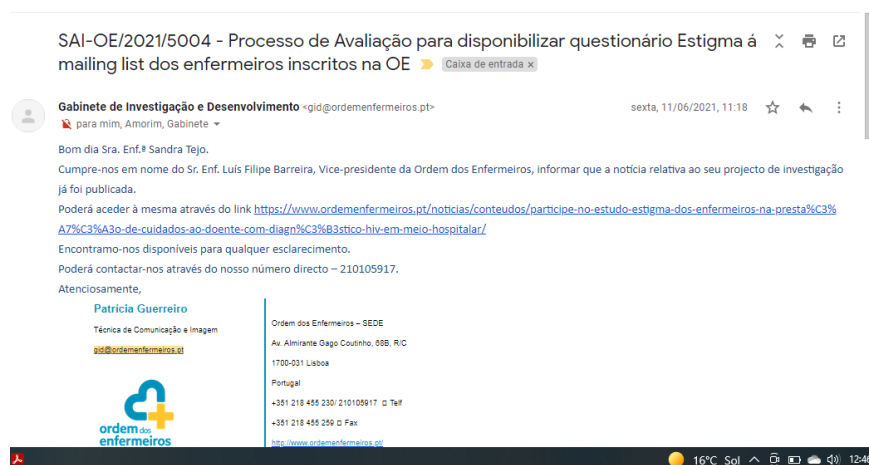
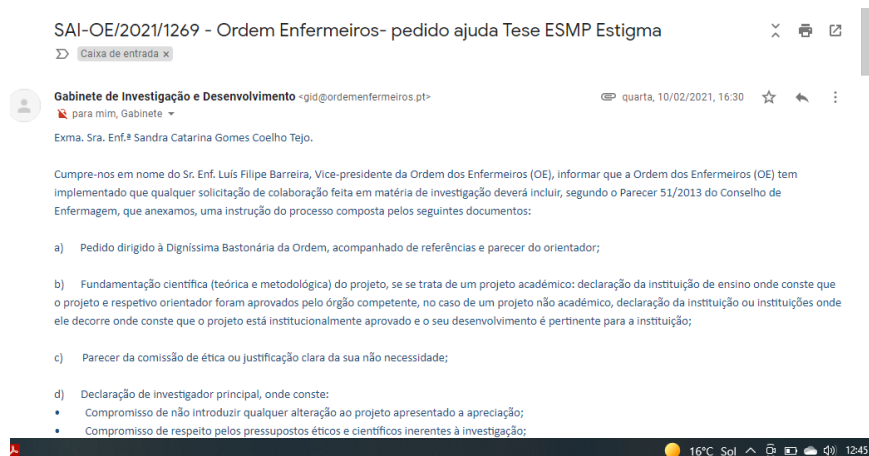
Total Score: All items, reverse code item 15

Stereotyping subscale: Sum items 1, 2, 4, 9, 10, 16, 19, 21, 27, 28, 29

Discrimination subscale: Sum items 3, 7, 8, 11, 14, 17

Prejudice subscale: Sum items 5, 6, 12, 13, 15 (reverse score), 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 30

ANEXO V – Parecer da Ordem dos Enfermeiros para divulgação do link



ANEXO VI – Versão portuguesa final do instrumento HPASS

The Healthcare Provider HIV/AIDS Stigma Scale (HPASS)

Autora: Dr Anne Wagner

Em baixo encontra uma listagem de ideias sobre doentes com HIV+. Algumas podem ser verdadeiras para si, enquanto outras poderão não ser. As pessoas têm um conjunto amplo de ideias sobre os doentes HIV+ e nós estamos interessados nas suas ideias específicas. Por favor responda com honestidade. As suas respostas são completamente anónimas.

1	2	3	4	5	6
Discordo completamente	Discordo	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo	Concordo completamente

1. Acredito que a maioria dos doentes HIV+ adquiriu o vírus através de comportamentos de risco..	1	2	3	4	5	6
2. Penso que os doentes HIV+ se envolveram em comportamentos de risco apesar de conhecerem esses riscos..	1	2	3	4	5	6
3. Considero que, para a segurança de outros doentes, tenho o direito de recusar prestar cuidados a doentes com HIV+.	1	2	3	4	5	6
4. Penso que as pessoas não contrairiam HIV se tivessem menos parceiros sexuais	1	2	3	4	5	6
5. Os doentes HIV+ representam uma ameaça à minha saúde	1	2	3	4	5	6
6. Os doentes HIV+ representam uma ameaça à saúde de outros doentes.	1	2	3	4	5	6
7. Considero que tenho o direito de recusar tratar doentes HIV+ se outros elementos da equipa estiverem preocupados com a segurança	1	2	3	4	5	6
8. Evitaria realizar alguns procedimentos a doentes HIV+.	1	2	3	4	5	6
9. Penso que se as pessoas agirem de forma responsável, não vão contrair HIV	1	2	3	4	5	6
10. Os doentes HIV+ tendem a ter vários parceiros sexuais.	1	2	3	4	5	6

11.Considero que tenho o direito de recusar prestar cuidados a doentes HIV+ se me sentir desconfortável	1	2	3	4	5	6
12.Eu prefiro não ter contacto físico com doentes HIV+.	1	2	3	4	5	6
13.Prefiro usar dois pares de luvas ao examinar doentes HIV+.	1	2	3	4	5	6
14.Considero que tenho o direito de recusar prestar cuidados a doentes HIV+ para me proteger	1	2	3	4	5	6
15.Sentir-me-ia confortável a trabalhar com outro profissional de saúde com HIV	1	2	3	4	5	6
16.Penso que muitos doentes HIV+ têm provavelmente problemas de abuso de substâncias	1	2	3	4	5	6
17.Considero que tenho o direito de recusar prestar cuidados a doentes HIV+ se estiver preocupado com questões legais.	1	2	3	4	5	6
18.Prefiria consultar um doente HIV negativo do que um doente HIV+ com preocupações não relacionadas com a doença..	1	2	3	4	5	6
19.Os doentes HIV+ devem assumir a responsabilidade por se terem contagiado.	1	2	3	4	5	6
20.Preocupo-me com a possibilidade de me contagiar com HIV de doentes HIV+.	1	2	3	4	5	6
21.Penso que os doentes HIV+ são responsáveis pelos seus próprios problemas de saúde	1	2	3	4	5	6
22.Os doentes HIV+ causam-me desconforto.	1	2	3	4	5	6
23.Hesito enviar doentes HIV+ para realizar colheitas de sangue com outros profissionais, devido à minha preocupação com a sua segurança	1	2	3	4	5	6
24.É um pouco assustador pensar que toquei em doentes HIV+	1	2	3	4	5	6
25.Preocupa-me que as precauções universais não sejam suficientes para me proteger dos doentes HIV+	1	2	3	4	5	6
26.Sentir-me-ia desconfortável se soubesse que um dos meus colaboradores tem HIV	1	2	3	4	5	6
27.Os doentes que contraíram HIV pelo uso de drogas injetáveis são mais culpados do que os doentes que contraíram HIV por transfusão sanguínea.	1	2	3	4	5	6
28.Tendo a pensar que os doentes HIV+ não partilham dos meus valores .	1	2	3	4	5	6
29.Os doentes que contraíram HIV através do contacto sexual são mais culpados do que os doentes que contraíram HIV por transfusão sanguínea	1	2	3	4	5	6
30.Será difícil reagir com calma se um doente me disser que tem HIV	1	2	3	4	5	6

