

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Andréia Alves de Sena Silva

Discriminação percebida por pessoas que vivem com HIV/Aids: comparação com não-infectados e efeitos sobre desfechos de saúde

Rio de Janeiro

2022

Andréia Alves de Sena Silva

Discriminação percebida por pessoas que vivem com HIV/Aids: comparação com não-infectados e efeitos sobre desfechos de saúde

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências. Área de concentração: Métodos Quantitativos em Epidemiologia.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Guilherme Fonseca Pacheco.

Coorientadora: Prof.^a Dra. Dóra Chor.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Perceived discrimination by people living with HIV/AIDS: a comparison with non-infected people and effects on health outcomes.

S586d Silva, Andreia Alves de Sena.
Discriminação percebida por pessoas que vivem com HIV/Aids: comparação com não-infectados e efeitos sobre desfechos de saúde / Andreia Alves de Sena Silva. -- 2022.
105 f. : il.

Orientador: Antonio Guilherme Fonseca Pacheco.
Coorientadora: Dóra Chor.
Tese (Doutorado em Epidemiologia em Saúde Pública), Rio de Janeiro, 2022.
Bibliografia: f. 84-99.

1. Discriminação Social. 2. HIV. 3. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. 4. Política de Saúde. 5. Epidemiologia. I. Título.

CDD 614.5993

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Glauce de Oliveira Pereira - CRB-7-5642
Biblioteca de Saúde Pública

Andréia Alves de Sena Silva

Discriminação percebida por pessoas que vivem com HIV/Aids: comparação com não-infectados e efeitos sobre desfechos de saúde

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências. Área de concentração: Métodos Quantitativos em Epidemiologia.

Aprovada em: 19 de janeiro de 2022.

Banca Examinadora

Prof. Dra. Patrícia Miranda Mendes
Universidade Federal do Pará

Prof. Dra. Rosilane de Lima Brito Magalhães
Universidade Federal do Piauí

Prof. Dra. Rosane Härter Griep
Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Oswaldo Cruz

Prof. Dra. Paula Mendes Luz
Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas

Prof. Dr. Antonio Guilherme Fonseca Pacheco (Orientador)
Fundação Oswaldo Cruz - Programa de Computação Científica

Rio de Janeiro

2022

Aos meus pais, Sena e Raimundinha, por todo apoio, exemplo e amor.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus, meu Senhor, pela vida e oportunidade de estudar, pela força nos momentos difíceis e por permitir que tudo acontecesse;

À minha família, por acreditar em mim, me apoiar, me dar suporte e me incentivar em todos os momentos;

Ao meu orientador, professor Antonio Guilherme Pacheco pela paciência em me orientar, tirar dúvidas e por dar sempre as melhores sugestões que esta tese poderia ter;

À minha coorientadora, professora Dóra Chor pelas contribuições e sensibilidade nas palavras;

À banca de avaliação, pelas valiosas contribuições;

Aos colegas que conheci no Rio de Janeiro, Adelzon e Rodrigo, por tirarem minhas dúvidas quando necessitava;

Ao Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas e aos responsáveis pelo ELSA-Brasil pela parceria na realização desse estudo;

Aos colegas de minha turma de doutorado pelas conversas amigas, trocas e compartilhamento de sentimentos;

Aos meus colegas de trabalho na Fundação Municipal de Saúde de Teresina, por entenderem minhas ausências e preocupações, além do apoio quando mais necessitei de tempo;

Ao meu esposo, Deco, pelo incentivo, carinho e amor;

“Tudo posso naquele que me fortalece”.

(BÍBLIA, 2002).

RESUMO

As Pessoas que Vivem com HIV (PVHIV) convivem com a ocorrência de discriminação historicamente, tais episódios têm sido associados a piores resultados de saúde física e mental. O objetivo do estudo foi investigar a associação da discriminação percebida por PVHIV com desfechos de saúde, comparando tais experiências com população não acometida pela infecção. Trata-se de uma pesquisa epidemiológica que utilizou grupos populacionais distintos: uma amostra de 649 PVHIV acompanhadas pelo Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI) e participantes do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil) sem HIV, composto por 15.105 servidores públicos. Foram realizadas medidas descritivas gerais, regressões logísticas simples, múltiplas, comparações entre os grupos por meio do cálculo de escores de propensão e análise de sobrevivência, todas realizadas em ambiente R. O estudo obteve aprovação em comitê de ética em pesquisa com o número de parecer 5.038.275. Verificou-se maior chance de se perceber discriminado no grupo de PVHIV quando comparado ao grupo ELSA- Brasil (OR=1,10; IC 95% 1,08-1,12). Observou-se que 48,6% das PVHIV relataram ter sofrido algum tipo de discriminação, com destaque para o domínio locais públicos (22,3%). Dentre os infectados, as variáveis sexo, idade e valor de células CD4 apresentaram associação com a percepção de discriminação, de forma que ser do sexo masculino aumentava a chance de ter sido discriminado (OR = 1,79; IC95% = 1,40-2,15). Também foi observado que a chance de ter sido discriminado diminuía 2% a cada ano (OR = 0,98; IC95% = 0,96-0,99). Dentre as razões que os participantes referiram ter passado pelo ato discriminatório, houve destaque para fatores econômicos (30,2%), aparência física (25,80%), ter doença ou deficiência (23,25%) e orientação sexual (22,9%). Na investigação do efeito da discriminação percebida em desfechos de saúde e progressão da doença nas PVHIV, com tempo médio de acompanhamento de 6,9 anos (intervalo interquartil [IQR] 6,8-7,8), houve a ocorrência de 38 óbitos (5,8%), de 410 (63,4%) de indivíduos com falha viral ao longo do tempo, e de 11,14% de manifestações relacionadas ao HIV (n=72). A discriminação foi apresentada como fator de risco para ocorrência de falha viral e óbito, porém sem significância estatística. Para fins de redução da discriminação relacionada às PVHIV, é indispensável que as políticas públicas voltadas ao enfrentamento sejam fortalecidas e implementadas em todos os níveis de atenção a saúde e setores da sociedade.

Palavras-chave: discriminação; HIV; síndrome de imunodeficiência adquirida; política de saúde; epidemiologia.

ABSTRACT

People Living with HIV (PLHIV) have historically lived with the occurrence of discrimination, such episodes have been associated with worse physical and mental health outcomes. The objective of the study was to investigate the association of perceived discrimination by PLHIV with health outcomes, comparing such experiences with a population not affected by the infection. This is epidemiological research that used different population groups: a sample of 649 PLHIV monitored by the Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI) and participants of the Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil) without HIV, composed of 15,105 civil servants public. General descriptive measurements, simple and multiple logistic regressions, comparisons between groups by calculating propensity scores and survival analysis were carried out, all carried out in an R environment. The study was approved by the research ethics committee with the opinion number 5,038,275. There was a greater chance of perceiving discrimination in the PLHIV group when compared to the ELSA-Brasil group (OR=1.10; 95% CI 1.08-1.12). It was observed that 48.6% of PLHIV reported having suffered some type of discrimination, with emphasis on public places (22.3%). Among those infected, the variables sex, age and CD4 cell count were associated with the perception of discrimination, so that being male increased the chance of having been discriminated against (OR = 1.79; CI95% = 1.40- 2.15). It was also observed that the chance of having been discriminated against decreased by 2% each year (OR = 0.98; 95%CI = 0.96-0.99). Among the reasons that the participants reported having gone through the discriminatory act, there was emphasis on economic factors (30.2%), physical appearance (25.80%), having an illness or disability (23.25%) and sexual orientation (22.9%). In the investigation of the effect of perceived discrimination on health outcomes and disease progression in PLHIV, with a mean follow-up time of 6.9 years (interquartile range [IQR] 6.8-7.8), there were 38 deaths (5.8%), 410 (63.4%) of individuals with viral failure over time, and 11.14% of HIV-related manifestations (n=72). Discrimination was presented as a risk factor for the occurrence of viral failure and death, but without statistical significance. In order to reduce discrimination related to PLHIV, it is essential that public policies aimed at coping with it be strengthened and implemented at all levels of health care and sectors of society.

Keywords: discrimination; HIV; acquired immunodeficiency syndrome; health policy; epidemiology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Modelo que ilustra os caminhos pelos quais a discriminação percebida influencia os resultados de saúde.....	26
Figura 2	Arcabouço de estigma e discriminação em saúde utilizado pela Parceria Global - UNAIDS.....	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Aids	Síndrome da imunodeficiência Adquirida
CV	Carga Viral
ESP	Estudo Pró-Saúde
ELSA-Brasil	Estudo longitudinal de saúde do adulto
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
INI	Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas
IST	Infecções sexualmente transmissíveis
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCDT	Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas
PVHIV	Pessoas que vivem com HIV
SINAN	Sistema de informação sobre agravos de notificação
SUS	Sistema único de saúde
TARV	Terapia antirretroviral
UNAIDS	Programa conjunto das nações unidas sobre HIV/Aids

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1	EPIDEMIOLOGIA DA INFECÇÃO HIV/AIDS.....	16
2.2	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E DE DIREITOS PARA HIV/AIDS NO BRASIL.....	18
2.3	DISCRIMINAÇÃO E O HIV.....	23
2.3.1	Marco conceitual	23
2.3.2	Discriminação percebida relacionada ao HIV e seus efeitos sobre a saúde	24
2.4	DISCRIMINAÇÃO MEDIDA PELA <i>LIFETIME MAJOR EVENTS SCALE</i> E SUA UTILIZAÇÃO EM PVHIV.....	29
2.5	RESULTADOS DE SAÚDE AVALIADOS NOS ESTUDOS DE DISCRIMINAÇÃO EM PVHIV.....	31
2.6	ANÁLISE DE SOBREVIDA EM PVHIV.....	32
3	JUSTIFICATIVA	34
4	OBJETIVOS	35
4.1	OBJETIVO GERAL.....	35
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	35
5	HIPÓTESES DO ESTUDO	36
6	MATERIAIS E MÉTODOS	37
6.1	TIPO DE ESTUDO.....	37
6.2	POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	37
6.3	PROCEDIMENTOS DE COLETA.....	38
6.4	VARIÁVEL DE INTERESSE.....	39
6.5	ANÁLISES DO ESTUDO.....	40
6.5.1	Análise dos objetivos específicos 01 e 02	40
6.5.2	Análise do objetivo específico 03	43
6.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	45
7	RESULTADOS	46
7.1	RESULTADOS DOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS 1 E 2 SOB A FORMA DE ARTIGO.....	47
7.2	RESULTADOS DO OBJETIVO ESPECÍFICO 3 SOB A FORMA DE	

	ARTIGO.....	64
8	DISCUSSÃO.....	79
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
	REFERÊNCIAS.....	84
	APÊNDICE A – GRÁFICO PARA ANÁLISE DE BALANCEAMENTO (MÉTODO GBM).....	100
	APÊNDICE B - CURVAS DE KAPLAN-MEIER SEGUNDO DESFECHOS.....	101
	ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITE DE ETICA EM PESQUISA.....	103

1 INTRODUÇÃO

Desde o início da epidemia do vírus da imunodeficiência humana (HIV), estima-se que 79,3 milhões de pessoas contraíram o vírus em todo o mundo. Estima-se que atualmente, 38,4 milhões de pessoas vivem com o vírus e pelo menos 1,5 milhões de novas infecções foram detectadas em 2021 (UNAIDS, 2022). É importante destacar que a mortalidade por causas relacionadas à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) vem diminuindo e que se tem observado um aumento na sobrevivência das pessoas que vivem com HIV (UNAIDS, 2019a) em diversos países e também no Brasil. No mundo, em 2021, 650 mil pessoas morreram por doenças relacionadas à Aids (UNAIDS, 2022).

Em números absolutos, no Brasil, de 1980 a junho de 2022, 1.088.536 casos de Aids já foram detectados, sendo observada diminuição na taxa de detecção de Aids entre 2011 a 2021 em 26,5% (BRASIL, 2022).

No Estado do Rio de Janeiro, entre 2009 e 2019 observou-se um declínio de 33,6% na taxa de detecção de Aids. Em 2019, a terceira maior taxa de mortalidade do país foi registrada no Estado (7,1 óbitos/100.000 habitantes) (BRASIL, 2020). Em 2021, a taxa de mortalidade situou-se acima do coeficiente nacional (4,2 óbitos/100.000 habitantes). Entre 2007 e 2020, já foram notificados 4.249 casos de HIV nos sistemas de informação oficiais do Ministério da Saúde na região (BRASIL, 2022).

As Pessoas que Vivem com HIV (PVHIV), historicamente, convivem com a discriminação desde a época da descoberta do vírus (PARKER; AGGLETON, 2001) até os dias atuais (ANDERSSON et al., 2019), e levam consigo um estigma que afeta de maneira significativa sua qualidade de vida, trazendo efeitos deletérios na saúde física e mental, impactando negativamente o cotidiano dessas pessoas (RUEDA et al., 2016).

A discriminação consiste em um tratamento diferenciado/injusto em função de alguma característica que o indivíduo apresente (PARKER; AGGLETON, 2001). Por tratar-se de uma ação comportamental de manifestação negativa ou de tratamento injusto (BASTOS; FAERSTEIN, 2012), ao ser medida, aborda as experiências acerca do(s) episódio(s) discriminatório(s), comumente chamada de discriminação direta/percebida, e indica necessariamente aquilo que é relatado (percebido) pelos indivíduos (PASCOE; SMART RICHMAN, 2009). Neste campo do conhecimento, a maioria dos estudos envolvem percepções baseadas no autorrelato dos eventos vivenciados (WILLIAMS; NEIGHBORS; JACKSON, 2003) (PASCOE; SMART RICHMAN, 2009) (BOCCOLINI et al., 2016).

O início dos casos de HIV em grupos populacionais específicos (gays, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo) contribuiu para reforçar a discriminação das PVHIV desde a sua descoberta, principalmente pelos modos de transmissão estarem associados a comportamentos percebidos por alguns como controláveis (práticas sexuais e compartilhamento de agulhas). Desse modo, esses grupos eram responsabilizados por terem adquirido a doença (HEREK; CAPITANIO, 1999). Além disso, a infecção pelo HIV por muito tempo foi lembrada pela sua relação direta com a morte (GARCIA; KOYAMA, 2008).

A relação entre discriminação e desfechos de saúde tem sido alvo de estudos em diversos países (RUEDA et al., 2016). A metanálise de Pascoe e Smart Richman (2009) identificou que níveis aumentados de discriminação percebida estão associados a piores resultados de saúde (mental, física, resposta ao estresse e comportamentos de saúde).

Nesse sentido, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS) em 2017, divulgou relatório dando atenção à problemática, expondo a persistência da discriminação às PVHIV, criando a Parceria Global de Ação para Eliminar Todas as Formas de Estigma e Discriminação Relacionados ao HIV (Parceria Global). De acordo com o relatório, a discriminação tem se apresentado a esse público também por meio de barreiras no acesso aos serviços de saúde quanto à prevenção, testagem e tratamento (UNAIDS, 2017b).

A meta atual é de eliminar a discriminação em todo o mundo, considerando que ainda são altas as proporções de adultos que vivem com HIV que continuam a sofrer com atitudes discriminatórias (UNAIDS, 2020). A Parceria Global orienta os governos a traçarem intervenções nos contextos comunidade; local de trabalho; educação; assistência à saúde; justiça; e emergência, com base nas evidências produzidas e nas práticas bem-sucedidas realizadas por programas nacionais de controle de diversas nações (UNAIDS, 2020b).

Nos serviços de saúde, por exemplo, a discriminação tem sido relatada entre as PVHIV sob a forma de negligência, quebra de sigilo, baixo apoio emocional ao diagnóstico por parte dos profissionais, tratamento diferenciado e medo de sofrer discriminação nos ambientes de saúde (STUTTERHEIM et al., 2014; FEYISSA et al., 2019), o que contribui para a manutenção de impactos negativos na saúde entre os infectados. Por exemplo, na Etiópia, o medo de discriminação foi uma das principais razões para o atraso do diagnóstico do HIV (ASSEN et al., 2016). Em Singapura, em estudo realizado com população masculina sob risco de contrair HIV, a discriminação foi uma barreira comum entre os participantes para não buscar os testes diagnósticos (LIM et al., 2016).

Na África Subsaariana, um estudo identificou que dentre as barreiras mais citadas

pelos pacientes para a adesão à terapia antirretroviral (TARV) está a discriminação associada à infecção (CROOME et al., 2017). Em países da mesma região, outro levantamento identificou que a TARV trouxe um aumento do valor social percebido pelas PVHIV, aumentando a expectativa de vida e diminuindo atitudes discriminatórias (TSAI; BANGSBERG; WEISER, 2013).

No Canadá, a discriminação relacionada ao HIV em uma coorte de mulheres que viviam com HIV, apresentou efeito direto na escala de qualidade de vida (mental e física) relacionada à saúde, diminuindo-a (LOGIE et al., 2018). Levantamento em pacientes de uma clínica de HIV no sudeste dos EUA verificou que a discriminação relacionada ao HIV esteve associada a um maior estresse percebido relacionado a eventos de discriminação, o que por sua vez, resultou em maior severidade do uso de álcool (CROCKETT et al., 2019). Em outro estudo realizado nos EUA, 29% das PVHIV recrutadas em 11 hospitais indicaram ter experimentado algum tipo de discriminação em ambientes de cuidados de saúde. Destas, 20% atribuíram a discriminação ao seu status de HIV (BRINCKS et al., 2019).

Quadro semelhante foi observado com relação à discriminação percebida em PVHIV no Brasil, apesar da escassez de dados. Por exemplo, em Salvador, identificou-se que 24,1% dos participantes de um estudo realizado com homens que fazem sexo com homens (HSH) HIV positivo, acompanhados por serviço especializado, declararam sofrer discriminação pelo seu status de HIV pelo menos uma vez na vida (MACCARTHY, 2014). Estudo realizado em São Paulo demonstrou a dificuldade citada por PVHIV com seguimento clínico e participação em grupos de adesão pela mesma razão (JESUS et al., 2017).

Assim, entende-se que a discriminação relacionada ao HIV afeta não apenas a capacidade dos indivíduos infectados de aceitar e de viver bem com o diagnóstico de HIV, mas também pode afetar negativamente a trajetória da pandemia de HIV. Vale ressaltar que, nas últimas décadas, o Brasil tem se destacado internacionalmente pelas políticas implementadas no enfrentamento à epidemia de HIV/Aids (FONSECA; BASTOS, 2018), fato que indiretamente contribui para o avanço da luta contra o estigma e a discriminação sofridos pelas PVHIV (MONTEIRO; VILELLA, 2013). A distribuição pioneira de tratamento gratuito para toda a população de PVHIV, assim como a periodicidade do acompanhamento clínico definido pelo sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 1996), a infecção muda de uma condição fatal, para doença crônica considerando os avanços da TARV.

No Brasil, a atenção à saúde para PVHIV preconiza um cuidado contínuo passando pelos momentos de diagnóstico oportuno; vinculação a um serviço de saúde; retenção no

seguimento por meio do acompanhamento clínico regular e realização de exames periódicos; início da TARV e sua promoção para uma boa adesão ao tratamento; supressão da carga viral do HIV (CV-HIV) e possibilidades de uma qualidade de vida comparável à das pessoas que não vivem com o HIV (BRASIL, 2018b). O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) brasileiro mais recente para manejo da infecção pelo HIV em adultos (BRASIL, 2018b, p. 34), considera como adesão suficiente “a tomada de medicamentos com uma frequência de, pelo menos, 80% para alcançar a supressão viral (CV - HIV inferior a 50 cópias/ml) e sua manutenção”.

Considerando que a experiência de discriminação é um fator estressante e que pode afetar amplamente a saúde, independente da razão que a ocasione (PASCOE; SMART RICHMAN, 2009), e que, como mostram alguns dos estudos citados, pode influenciar resultados de saúde nas PVHIV, por meio deste estudo propõe-se caracterizar e investigar a associação entre a discriminação percebida por PVHIV com desfechos de saúde e morbimortalidade de uma coorte de pacientes, comparando tais experiências com população não acometida pela infecção.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 EPIDEMIOLOGIA DA INFECÇÃO HIV/AIDS

Descoberta em 1981, em populações de homens homossexuais jovens nos Estados Unidos, que apresentavam pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* e sarcoma de Kaposi com comprometimento do sistema imunológico (GALLO; MONTAGNIER, 1987), a Aids e a infecção pelo HIV continuam a ser um grande problema de saúde pública, pois pelo menos 38,4 milhões de pessoas viviam com o vírus em 2021 em todo o mundo (WHO, 2022). Apesar da ocorrência de 1,5 milhões de casos novos em 2020, tem-se observado uma redução de 52% na descoberta de novas infecções desde o pico de 1997 (3 milhões), assim como a diminuição de mortes relacionadas à doença. Mesmo valor foi estimado de casos novos para o ano de 2021 (UNAIDS, 2021a; 2022a).

Encontrado inicialmente em humanos, o HIV possui dois subtipos, o HIV-1, identificado logo após o reconhecimento da doença, sendo o de ocorrência mais comum ao redor do mundo; e o HIV-2, identificado em 1985 na África, com ocorrência predominante da África Ocidental. Acredita-se que a capacidade elevada de evolução do HIV-1 em mamíferos tenha ajudado a originar a pandemia (SHARP; HAHN, 2011) presente até hoje.

Os dados sobre a infecção em nível global revelam diversas tendências entre os continentes. O continente mais afetado é o Africano, contribuindo para a manutenção de novos casos em nível global (UNAIDS, 2018), apesar do acesso às terapias antirretrovirais que tem aumentado nos últimos anos alcançando, em 2017, 76% das PVHIV na África Oriental e Meridional (UNAIDS, 2017b).

Ao todo, desde 2010, houve queda de cerca de 31% nas descobertas de novas infecções no mundo (UNAIDS, 2021a). Em contrapartida, o número de casos novos por ano tem aumentado na Europa Oriental e Ásia Central (aumento de 29%), Oriente Médio e Norte da África (aumento de 10%) e América Latina (aumento de 7%) (UNAIDS, 2019a). Na América Latina, em especial, existem tendências variadas com reduções importantes de novas infecções por HIV em El Salvador (redução de 48%) e Colômbia (redução de 22%) desde 2010, enquanto no Chile (aumento de 34%) e no Brasil (aumento de 21%) houve incremento nos casos novos (UNAIDS, 2019a).

O HIV infecta principalmente o sistema imunológico, em especial os linfócitos T CD4 (células CD4), que diminuem no sangue periférico, reprimindo gradativamente os

mecanismos de defesa do hospedeiro e levando a infecções oportunistas (BRENCHLEY et al., 200). Sem o tratamento, a diminuição de células CD4 mantém-se por anos até o surgimento da Aids no paciente, sendo este o último estágio da infecção (HOFFMANN; ROCKSTROH, 2015).

Identificada no Brasil pela primeira vez em 1982, a infecção pelo HIV apresentou importantes mudanças em seu perfil epidemiológico: de 1982 a 1986, caracterizava-se pela transmissão homo/bissexual masculino, de escolaridade elevada; de 1987 a 1991, pela transmissão sanguínea e em usuários de drogas injetáveis, dando início a um processo de pauperização e interiorização da epidemia; a partir de 1992, um grande aumento de casos por exposição heterossexual tem sido observado desde 2006 (BRASIL, 2006; BRASIL, 2022). A razão de sexos tem variado de acordo com a faixa-etária. Para as faixas de 20 a 29 anos, as taxas de detecção dos homens já foram quase quatro vezes maiores do que as taxas das mulheres (BRASIL, 2020). Atualmente, a razão foi de 25 homens para cada dez mulheres (BRASIL, 2022).

De 2010 a 2020, segundo o Ministério da Saúde, a maior parte dos casos de HIV concentrou-se na faixa etária de adultos jovens de 20 a 34 anos, com escolaridade predominante do ensino médio, apesar do alto número de escolaridade ignorada; raça/cor com pequena predominância entre negros com 50,7%, sendo as proporções estratificadas 10,7% e 40,0%, respectivamente para pretos e pardos. Quanto à exposição, observam-se diferenças entre os sexos: no masculino, o predomínio é entre os homossexuais ou bissexuais (51,6%), seguido dos heterossexuais e de usuários de drogas injetáveis; no feminino, a grande maioria (86,6%), é de exposição heterossexual (BRASIL, 2020).

O foco das instituições governamentais e não-governamentais, nos últimos anos, que contribuem no combate à doença é buscar o fim da epidemia. Progressos importantes foram atingidos, desde 2007 até hoje, na prevenção da infecção, em especial com a combinação de diversas medidas, como por exemplo o tratamento precoce e a profilaxia pré-exposição. Porém, há necessidade de maior número de intervenções baseadas em evidências, visto que nenhuma abordagem isolada é capaz de impactar o controle da epidemia (FORD et al., 2018).

Em 2014, na 20ª Conferência Internacional de Aids em Melbourne na Austrália, foi lançada a meta 90-90-90, em que até 2020: 90% de todas as PVHIV saberiam que estão infectadas; 90% de todas as pessoas com infecção pelo HIV receberiam terapia antirretroviral ininterruptamente; 90% de todas as pessoas recebendo TARV teriam supressão viral. Um grande marco desse compromisso internacional foi ter alcançado em 2016 em todo o mundo,

pela primeira vez, o patamar de mais da metade de todas as PVHIV estarem em tratamento (UNAIDS, 2017c).

Para atingir tais metas, o Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais brasileiro tem adotado como instrumento epidemiológico norteador para tomada de decisão, as cascatas de cuidado, um modelo americano de cuidado subdividido em etapas que monitoram a quantidade estimada de PVHIV e proporção dessas diagnosticadas; vinculação a algum serviço de saúde e retenção nesses serviços; PVHIV em tratamento e com supressão viral (CV inferior a 1.000 cópias/mL) (DHHS, 2013; BRASIL, 2018c).

Mundialmente, em 2020, 84% das pessoas vivendo com HIV conheciam seu status de HIV; entre essas, 73% estavam acessando o tratamento; e dessas, 66% possuíam carga viral indetectável (UNAIDS,2020). Tal monitoramento no Brasil, revela que de 2012 a 2017, houve melhora em todos os indicadores da cascata de cuidado, e consequentemente das metas 90-90-90 propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS): aumento de 22% de PVHIV diagnosticadas, sendo de 84% em 2017; aumento de 18% de PVHIV em uso de TARV, sendo 75% em 2017; e aumento em 7% das pessoas em TARV há pelo menos seis meses que alcançaram a supressão viral, sendo de 92% em 2017 (BRASIL, 2018c).

Os resultados tidos como positivos foram atribuídos ao pioneirismo do país em adotar formalmente tais metas, com o incremento do acompanhamento dos sistemas de informação e monitoramento clínico do HIV que já eram estabelecidos. No Estado do Rio de Janeiro, 88% de PVHIV estão vinculadas a um serviço de saúde e em retenção; destas, 70% estavam em TARV, e das que estavam em TARV, 66% atingiram a supressão de carga viral (BRASIL, 2018c).

É importante ressaltar que atualmente cerca de 62% das novas infecções em todo o mundo ocorrem nas populações-chave e suas parcerias sexuais. A chance de contrair HIV é 26 vezes maior entre homens gays e outros homens que fazem sexo com homens; 29 vezes maior entre pessoas que usam drogas injetáveis; 30 vezes maior para profissionais do sexo; e 13 vezes maior para pessoas trans (UNAIDS, 2022b).

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E DE DIREITOS PARA HIV/AIDS NO BRASIL

A obra de Barros (2018) categorizou em quatro momentos históricos a política nacional de controle da Aids. De 1982 a 1984, período marcado pela ausência de uma política

específica por parte do governo federal; de 1985 a 1989, com o surgimento de uma política nacional com ações voltadas para vigilância e educação em saúde; de 1990 a 1996, marcada pela consolidação da política nacional por meio da distribuição de medicamentos e acordos de financiamento internacionais; e de 1997 a 2001, apogeu da política com redução de indicadores de morbimortalidade por meio da sustentabilidade das ações existentes.

Em 2017, houve o processo de construção de Agenda Estratégica no Ministério da Saúde voltado às populações-chave (trabalhadoras do sexo, pessoas privadas de liberdade, pessoas que usam álcool e outras drogas, pessoas trans, gays e outros homens que fazem sexo com homens), em parceria com a sociedade civil e instituições de ensino e pesquisa, com foco na prevenção combinada. Vale ressaltar, que um dos eixos de trabalho é o enfrentamento ao estigma e discriminação. Tal agenda possui cronograma de implementação até o ano de 2021 (BRASIL, 2018d). Pode-se afirmar que na atualidade, a política brasileira de enfrentamento à epidemia tem dado continuidade às ações planejadas. Em seguida, alguns marcos da trajetória política nacional serão destacados.

Sendo palco da descoberta dos primeiros casos, as políticas para HIV/Aids tiveram início no Estado de São Paulo, com a criação do Programa de Aids da Secretaria de Estado da Saúde em 1983, em resposta às demandas da população de homens que faziam sexo com homens, preocupados com o possível crescimento da infecção. O referido programa, em consonância com os princípios da reforma sanitária, serviu de inspiração para outros Estados e para o próprio governo federal na formulação das ações de controle, suscitando a criação do Programa Nacional de Aids (GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009).

O ponto de partida para a instituição do programa nacional de controle da Aids foi no ano de 1985, por meio da portaria nº 236 de 2 de maio, em que o Ministério da Saúde atribuiu inicialmente à Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária a coordenação das ações de prevenção e vigilância (BRASIL, 1985). Um ano depois (1986), é criado o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids e a síndrome passa a compor também a lista nacional de doenças de notificação compulsória (BRASIL, 2013).

Os anos seguintes foram marcados por descobertas importantes acerca da doença como o tratamento, formas de transmissão e métodos diagnósticos, além do investimento em campanhas de informação em massa sobre medidas preventivas, pelos Serviços de Saúde. Nesse percurso, merece destaque o financiamento por parte do Banco Mundial, em 1993, para as políticas públicas em torno do HIV/Aids, fundamentais para a expansão das intervenções frente à epidemia, por meio da execução de projetos que envolvessem também os setores não-

governamentais (VILLARINHO et al., 2013) (MONTEIRO; VILLELA, 2009).

Outra medida importante foi a promulgação da lei federal nº 9.313/1996, que dispôs, pioneiramente, sobre a distribuição gratuita de toda medicação necessária para o tratamento das PVHIV e doentes de Aids pelos serviços do Sistema Único de Saúde. Essa medida ocasionou a diminuição da incidência da infecção no país e queda das taxas de mortalidade (DOURADO et al., 2006), e foi resultado das lutas da sociedade civil organizada na ampliação da garantia dos direitos individuais e coletivos no combate ao problema (GALVÃO, 2002).

Em termos históricos, em 1999, pela primeira vez, a Política Nacional de DST/Aids classificou a epidemia em três fases, sob a perspectiva do amadurecimento das ações estratégicas e reconceitualização da epidemia por conta de sua expansão social: a) uma fase inicial, restrita a focar nas PVHIV, em especial homens que fazem sexo com homens, sob o conceito de “grupos de risco”; uma segunda fase, com ampliação do olhar sobre a exposição ao vírus, sob o conceito "comportamento de risco"; e uma terceira fase, de crescimento da suscetibilidade à infecção, crescimento dos casos entre heterossexuais, mulheres e em populações do interior, sob o conceito de "vulnerabilidade" (BRASIL, 1999). O reconhecimento dessas transformações foi essencial para que as políticas nacionais atingissem bons resultados por meio da manutenção periódica da revisão de seus PCDT ao logo do tempo.

De acordo com a última estimativa realizada pelo sistema de avaliação de qualidade organizacional dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), que prestam assistência ambulatorial as PVHIV com o questionário Qualiaids, em 2015 existiam 1.024 serviços cadastrados no Ministério da Saúde, entre eles serviços exclusivos de IST/Aids, ambulatórios de especialidades, hospitais e unidades básicas de saúde (UBS). A partir desses serviços a cascata de cuidados é disparada, com a distribuição de medicamentos e realização dos exames específicos para o seguimento clínico (LOCH et al., 2018).

A referida avaliação apontou que, em 2015, 80% dos serviços que participaram do levantamento (n=419) mantinham o suprimento sem falhas para os medicamentos que compunham a TARV recomendada, assim como a disponibilidade de dois ou mais exames de contagem de células CD4 (97,1%) e carga viral por paciente/ano (94,8%). Entretanto, observou-se insuficiência de profissionais médicos na rede local, dificuldades com vagas para a internação hospitalar e aumento da demanda de pacientes para os demais profissionais da equipe multidisciplinar (LOCH et al., 2018).

O sistema passou por uma nova coleta de dados com aplicação do questionário junto aos municípios para avaliação dos serviços em 2017. Dados preliminares apontam que novos serviços foram cadastrados, com expansão majoritária no Estado do Rio de Janeiro. No geral, a maioria dos novos serviços estão inseridos na atenção primária à saúde (QUALIAIDS, 2020).

De acordo com o compromisso internacional de eliminar a epidemia, a atual resposta brasileira está estruturada nos pilares de incorporação de novas tecnologias, evidência científica e diálogo intersetorial, por meio das cascatas de cuidado. O paradigma da estratégia de Prevenção Combinada, abrange a TARV para todas as PVHIV; o tratamento das IST e hepatites virais; imunização para as hepatites virais; redução de danos para pessoas que usam drogas injetáveis; distribuição de insumos de prevenção; testagem regular para o HIV, outras IST e hepatites virais; profilaxias pós-exposição e pré-exposição para o HIV (UNAIDS, 2018b).

Mais recentemente, o PCDT para manejo da infecção pelo HIV em adultos trouxe atualizações quanto ao tratamento a fim de melhorar a tolerabilidade à medicação, testagens sorológicas para medição de carga viral e manejo da infecção pelo vírus HIV-2 (BRASIL, 2018b).

Paralelamente aos acontecimentos no campo das políticas públicas de saúde, também existiram conquistas de direitos fundamentais das PVHIV. Já em 1989, foi lançada em Porto Alegre a Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids, com apoio do governo, profissionais e sociedade civil. Entre os itens declarados estão que nenhum portador do vírus será submetido a isolamento ou qualquer tipo de discriminação e que ninguém tem o direito de restringir a liberdade ou os direitos das pessoas pelo único motivo de serem portadoras do HIV/Aids, qualquer que seja sua raça, nacionalidade, religião, sexo ou orientação sexual. Além disso, o documento também trata sobre o direito a tratamento, diagnóstico, informação pessoal sobre a condição de saúde, questões trabalhistas e de sigilo sobre revelação do diagnóstico (BRASIL, 1989).

Após esta publicação, diversas leis estaduais foram instituídas com foco em proibir a discriminação contra PVHIV. No Rio de Janeiro, por exemplo, a Lei Estadual 3.559, de 15 de maio de 2001, estabeleceu penalidades aos estabelecimentos que discriminem portadores do HIV, sintomáticos ou assintomáticos.

É garantido às PVHIV o direito de manter sigilo sobre a sua condição sorológica no ambiente de trabalho, pois de acordo com a Consolidação das Leis Trabalhistas, durante

avaliação médica deve-se focar na verificação da capacidade laborativa do trabalhador, sem referência a sua condição sorológica. Também estão garantidos benefícios de auxílio-doença e de concessões pela previdência social (UNAIDS, 2017d).

A fim de criminalizar os atos discriminatórios, em 2014, é promulgada a lei nº 12.984 que define como crime condutas discriminatórias contra o portador do HIV e doentes de Aids, em razão da sua condição de portador ou de doente. Em caso de violação, deve-se entrar com ação criminal (BRASIL, 2014).

Em 2018, foi publicada uma Declaração de Consenso de Especialistas para abordar o uso da ciência do HIV pelo sistema de justiça criminal, em que foi recomendada cautela e avaliação cuidadosa das evidências científicas em processos penais envolvendo as PVHIV, entendendo o quão fundamental isto é para a redução da discriminação e diminuição de injustiças (BARRÉ-SINOUSSE et al., 2018).

Em março de 2019, a UNAIDS lançou, no dia primeiro, o Dia Mundial de Zero Discriminação, para celebrar o direito de todas as pessoas viverem com dignidade independente de suas escolhas e condições de vida, destacando a urgência de combater a manutenção de leis discriminatórias, entre elas as que diferenciam tratamentos a PVHIV (UNAIDS, 2019b).

A Declaração política sobre o HIV e a Aids publicada em 2016, em meio às metas de acelerar a luta contra a epidemia até 2030, reafirma os prejuízos ocasionados pela discriminação sofrida pela PVHIV, indicando que a discriminação e estigma podem dificultar as tentativas de eliminação da Aids, propondo uma meta ambiciosa de eliminar a discriminação e o estigma relacionados ao HIV até 2020 (UN, 2016). Essa meta foi prejudicada por conta da pandemia ocasionada pela COVID-19 (UNAIDS, 2020).

A Declaração de Paris foi atualizada em abril de 2021 para ficar alinhada com a nova Estratégia Global para HIV/AIDS do UNAIDS. O foco da estratégia está na resposta às desigualdades que, potencializadas pelo estigma e discriminação, dificultam ou impedem que as pessoas mais vulneráveis tenham acesso aos sistemas de informação, prevenção e tratamento do HIV e Aids. A nova Estratégia Global para Aids 2021–2026 pretende reduzir as desigualdades que impulsionam a epidemia e colocar as pessoas no centro para, assim, acabar com a Aids como ameaça à saúde pública até 2030 (UNAIDS, 2021b).

2.3 DISCRIMINAÇÃO E O HIV

2.3.1 Marco conceitual

Na área de saúde pública, as experiências discriminatórias, independentemente do motivo que as ocasionou, são tidas como fator estressor para suas vítimas, dando razão às associações existentes entre os comportamentos deletérios em saúde e os episódios discriminatórios (BASTOS; FAERSTEIN, 2012). Atitudes discriminatórias relacionadas ao HIV ocorrem em diversas regiões do mundo e persistem na sociedade, sendo citadas como barreiras tanto para a prevenção como para a adesão aos cuidados preconizados pelos serviços de saúde, o que tem gerado preocupação nos órgãos internacionais que combatem a epidemia (UNAIDS, 2017b).

Comumente, os estudos que abordam a discriminação nas PVHIV o fazem relacionando-a com o estigma, utilizando inicialmente o conceito enunciado na obra clássica de Goffman (1988) que o define como “um atributo que é profundamente depreciativo”, desacreditando, assim, quem o possui, por constituir um “desvio” do que vem a ser aceito socialmente. Quanto à discriminação, é observada a ausência de referenciais que abordem uma tradição teórica, sendo sua definição tida como se fosse óbvia, com base na sua utilização comum: tratar injustamente, conforme comentam Parker e Aggleton (2003).

A obra de Raxach e colaboradores (2009) inter-relaciona os conceitos de estigma e discriminação, atribuindo à discriminação a definição de estigma efetivado, indicando o grande impacto desta efetivação nos desfechos de saúde e qualidade de vida das PVHIV. É percebido também que diversos estudos misturam os conceitos que permeiam o universo da discriminação e do estigma, incluindo também os termos preconceito e estereótipo (EARNSHAW; CHAUDOIR, 2009), apesar de apresentarem, teoricamente, definições diferentes.

A discriminação está relacionada a um comportamento observável de tratamento desigual em razão das características de um certo grupo; o preconceito define-se por uma atitude de predispor-se positiva ou negativamente em relação a um grupo social definido; e o estereótipo refere-se às crenças sobre as características que modelam a forma de pensar sobre determinados grupos, simplificando a essência daquele grupo (DOVIDIO et al., 2010). Com isso, percebe-se que enquanto o preconceito e o estereótipo permeiam o campo do pensamento e das ideias, a discriminação fundamenta-se no campo das ações (BASTOS;

FAERSTEIN, 2012).

Como são processos separados, eles podem ser experimentados em graus variados e podem afetar diferentes tipos de resultados na saúde das PVHIV, tendo em vista que representam respostas psicológicas distintas (PARKER; AGGLETON, 2001) (EARNSHAW; CHAUDOIR, 2009).

2.3.2 Discriminação percebida relacionada ao HIV e seus efeitos sobre a saúde

Para a UNAIDS (2003), a discriminação relacionada ao HIV é o tratamento injusto recebido por um indivíduo por conta de seu status de HIV real ou percebido, que pode ocorrer nos mais diversos níveis: político, econômico, social, psicológico e institucional. Segundo a literatura, esta discriminação constitui-se como uma das formas de manifestação do estigma, ou seja, uma materialização em forma de ação comportamental injusta perante o atributo “ter HIV/Aids”.

A discriminação relacionada ao HIV pode ser definida também como qualquer distinção, exclusão ou restrição que tenha como motivo direto ou indireto no estado sorológico real ou percebido de uma pessoa, incluindo também atos voltados às populações-chave para a infecção (UNAIDS, 2020b).

Medir a discriminação ao longo do tempo tem sido alvo de parte dos estudos de saúde pública, com destaque para os instrumentos e escalas que tratam de discriminação racial, com forte contribuição norte-americana nessa produção. Os indicadores de discriminação buscam elucidar aspectos que possam interferir diretamente na saúde, como avaliação do tempo de exposição à discriminação em relação a um desfecho; os contextos de vida mais afetados; intensidade e frequência dos atos discriminatórios; e por fim, quais indivíduos dos grupos são mais afetados (BASTOS; FAERSTEIN, 2012).

Quanto aos contextos de vida mais afetados pela discriminação relacionada ao HIV/Aids, Parker e Aggleton (2001) citam que são: famílias e comunidades locais; escolas e outras instituições de ensino; local de trabalho; sistemas de saúde; movimentos migratórios; e no contexto dos programas de prevenção e controle da infecção. De maneira similar e nesse sentido, com base em experiências exitosas e em resultados de pesquisas científicas, é que a Parceria Global foca no combate à discriminação relacionada ao HIV em seis contextos que devem ser alvo na implementação de intervenções programáticas: comunidade, local de trabalho, educação, assistência à saúde, justiça e emergência (UNAIDS, 2020b)

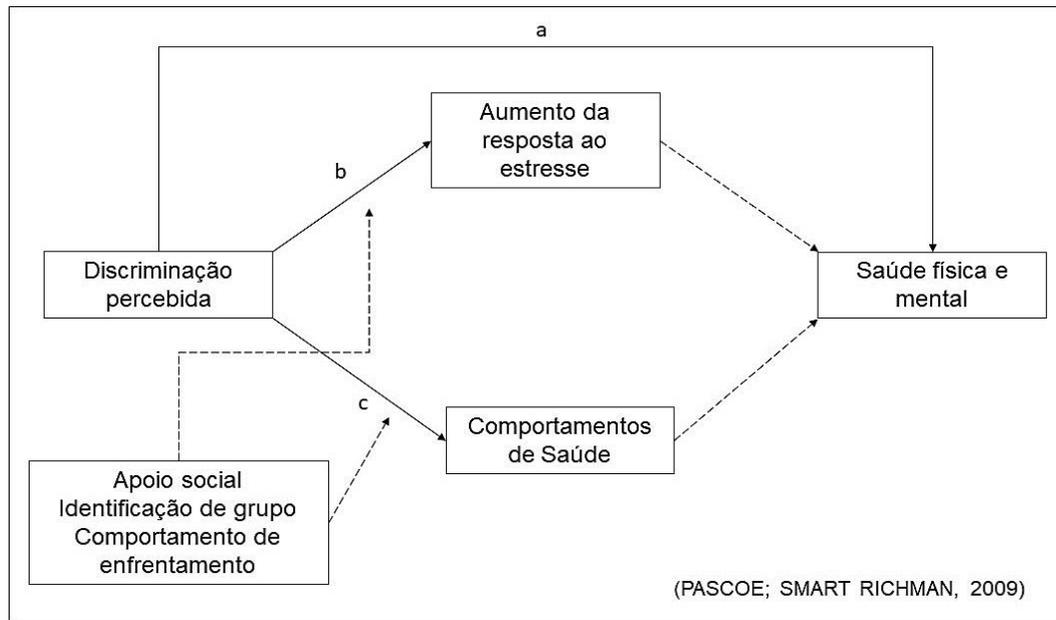
De um modo geral, observando que a discriminação percebida, ou seja, aquela reportada pelos indivíduos, tem sido estudada no que diz respeito ao seu impacto sobre vários efeitos na saúde, Pascoe e Smart Richman (2009), realizaram uma meta-análise abrangente, identificando que dentre os estudos (n=134), 91% mediram a discriminação percebida através de autorrelato de percepções de discriminação ocorridas no passado e que a escala de tratamento injusta mais utilizada foi a de D.R. Williams e colaboradores publicada em 1997 - Everyday Discrimination Scale. Embora esta escala tenha sido elaborada com o objetivo de capturar pequenos atos de discriminação que ocorriam no cotidiano e que poderiam ser vivenciados por qualquer indivíduo, ela é predominantemente utilizada para a avaliação da discriminação racial (FREITAS et al., 2015).

Pascoe e Smart Richman (2009) ainda construíram um modelo que indica os possíveis caminhos e mediadores pelos quais a experiência de discriminação pode afetar a saúde: primeiro, as percepções de discriminação podem ter um efeito direto sobre a saúde (a); segundo, esse efeito pode ser mediado por respostas de estresse a um evento discriminatório (b), em que caso um indivíduo perceba a discriminação regularmente, essas respostas ao estresse devem ser ativadas com maior frequência, levando a um estado emocional negativo consistente; e/ou pelos comportamentos de saúde (c), que tanto podem ser de risco ou de enfrentamento quando a discriminação é experimentada (Figura 01).

O modelo também leva em consideração a possível influência, nesses caminhos, da existência de apoio social na relação percepção-discriminação-saúde, da identificação de grupo (importância ou a centralidade de um grupo para o autoconceito de alguém); e do comportamento de enfrentamento (passivo ou ativo) de cada indivíduo/grupo (Figura 1). Sendo todos esses fatores considerados amortecedores do impacto negativo da discriminação na saúde (PASCOE; SMART RICHMAN, 2009).

Os pontos tracejados indicam caminhos hipotetizados pelos autores e por outros estudos, enquanto os sólidos indicam os que foram analisados (Figura 1).

Figura 1: Modelo que ilustra os caminhos pelos quais a discriminação percebida influencia os resultados de saúde.



Fonte: PASCOE, E. A.; SMART RICHMAN, L. **Perceived discrimination and health**: a meta-analytic review. *Psychol Bull*, v. 135, n. 4, p. 531-54, 2009. <https://doi.org/10.1037/a0016059>

Seguindo o mesmo raciocínio, os resultados do estudo de Fazeli e colaboradores (2017) demonstraram que quandoas PVHIV experimentam discriminação na vida cotidiana, elas tendem a relatar níveis mais altos de estigma, e conseqüentemente, ter prejuízos em seus cuidados de saúde. Indicaram também a importância do apoio social na diminuição do impacto ocasionado pela discriminação.

Acredita-se que a percepção de um tratamento injusto pode representar um risco para saúde ou para alteração comportamental em diversos contextos de vida, por isso é importante compreender em que medida, situações e frequência os episódios discriminatórios ocorrem na sociedade, e neste caso, na população que vive com o HI/Aids.

As metanálises de Katz et al. (2013) e Rueda et al. (2016) mostram que em diversos estudos, a discriminação relacionada ao HIV esteve associada a desfechos na condução clínica da infecção, levando à baixa adesão à TARV e a prejuízos no acesso aos serviços de saúde, considerada uma das principais barreiras à adesão aos cuidados e tratamentos de uma maneira geral.

Pesquisa realizada em população adulta de PVHIV em Nova York, definiu as atitudes discriminatórias percebidas como “estigma promulgado”. Na avaliação sobre a relação entre a discriminação em função do HIV com desfechos de saúde comportamentais, físicos e de bem-estar afetivos, foi observada associação significativa desta com resultados de saúde física e

bem-estar. Por exemplo, a cada aumento de um ponto no escore de discriminação, os participantes apresentaram quatro vezes mais chance de ter baixa contagem de células CD4 (< 200 células/mm³) (OR= 4,43 IC95% 1,21–16,19) (EARNSHAW et al., 2013).

Na República Dominicana, entre as mulheres trabalhadoras do sexo que viviam com HIV, ter sofrido discriminação esteve significativamente associado com a interrupção do tratamento (ZULLIGER et al., 2015). Na China, um estudo transversal comparou uma população de PVHIV com outra sem HIV quanto às expectativas sobre o sistema de saúde e verificou que PVHIV possuíam expectativas mais baixas do sistema de saúde, mesmo após o ajuste por fatores socioeconômicos, além de serem ainda mais oprimidas por seu próprio status de HIV (LI et al., 2016).

Na Austrália, alguns estudos revelaram que a maior parte das PVHIV já haviam sido discriminadas por várias fontes, incluindo os prestadores de cuidados de saúde e que tais experiências resultaram em uma série de consequências negativas nos comportamentos de busca aos cuidados de saúde, resultando em redução da saúde física e psicológica, isolamento social e qualidade de vida (MEY et al., 2017).

Em cinco macrorregiões brasileiras, foi verificado que o cuidado pediátrico encontra dificuldades na adesão à TARV sendo a discriminação um dos principais obstáculos (CRUZ et al., 2016).

Apesar dos diversos estudos, é reconhecido que ainda não é possível explicitar os reais mecanismos, sejam eles biológicos ou psicossociais, que expliquem a influência da experiência de ter sofrido discriminação nos resultados de saúde relacionados ao HIV, considerando suas diferentes dimensões (SWEENEY; VANABLE, 2016) (TURAN et al., 2017).

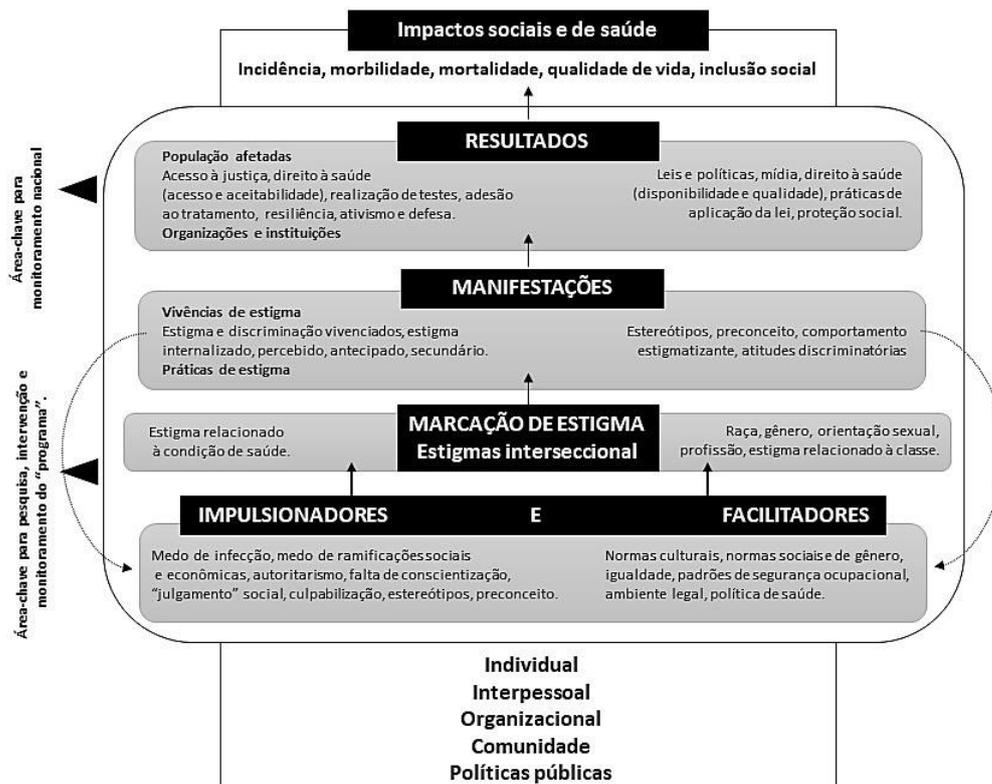
A pesquisa de Braksmajer e colaboradores (2018), apesar de analisar o efeito da discriminação nos resultados de saúde em homens heterossexuais negros que viviam com HIV, não explicitou a mediação de outras formas de discriminação em suas análises, reconhecendo a ausência desses aspectos na literatura. O estudo identificou associação positiva significativa entre experiências de múltiplos eventos de discriminação ao longo da vida com o número de sintomas de HIV vivenciados no último mês, com mediação da ansiedade. Entre os sintomas de HIV relatados pelos pesquisados estava a qualidade de vida, gravidade da doença avaliada pelo médico, contagem de células CD4 e carga viral (BRAKSMAJER et al., 2018).

Com o objetivo de ampliar a compreensão dos efeitos da experiência de

discriminação, Stangl e colaboradores (2019) elaboraram um quadro amplo, sem focar em nenhuma condição de saúde específica, como o HIV por exemplo, e sim abordando todas as formas gerais de discriminação que possam estar relacionados com a saúde. A estrutura reconhece o cruzamento de diferentes tipos de discriminação (sexual, social, gênero, racial), condição necessária para se compreender o impacto total do problema nos indivíduos e na sociedade. O modelo também destaca que apesar dos resultados da discriminação serem principalmente negativos, os positivos são possíveis, como o fomento para formação de grupos de apoio e promoção de resiliência e resistência política das populações marginalizadas, com formulação de leis e iniciativas de proteção social (STANG et al., 2019).

Tal modelo foi utilizado e adaptado pela Parceria Global (UNAIDS, 2020b) a fim de ilustrar a complexidade da problemática sendo chamado de Arcabouço de Estigma e Discriminação em Saúde, indicando os impulsionadores e facilitadores, as áreas que devem ser trabalhadas e monitoradas, assim como o alvo das intervenções (Figura 2).

Figura 2: Arcabouço de estigma e discriminação em saúde utilizado pela Parceria Global - UNAIDS.



Fonte: STANGL A. L. et al. The Health Stigma and Discrimination Framework: a global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC Med*, v. 17, n. 1, p. 17-31, 2019. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1271-3>

2.4 DISCRIMINAÇÃO MEDIDA PELA *LIFETIME MAJOR EVENTS SCALE* E SUA UTILIZAÇÃO EM PVHIV

A *Lifetime Major Events Scale* (Escala de eventos principais ao longo da vida, em tradução livre), utilizada para capturar experiências de discriminação ao longo da vida, foi desenvolvida por Williams e colaboradores (2008), e é a ampliação de um dos instrumentos de medida de discriminação mais utilizados na literatura epidemiológica (PARADIES et al., 2015) – a *Everyday Discrimination Scale* (escala de discriminação diária, em tradução livre) desenvolvida pelos mesmos autores (WILLIAMS et al., 1997), a fim de avaliar a discriminação racial crônica (em curso).

Na *Lifetime Major Events Scale*, a discriminação é abordada em seu contexto mais geral – de injustiça – ao longo da vida, em diversos ambientes como o trabalho, residência, locais públicos entre outros. Em cada um dos ambientes, são apresentados diversos motivos para o tratamento injusto como nível socioeconômico, raça, orientação sexual, entre outros (WILLIAMS et al., 2008).

Considera-se que tanto a escala *Lifetime Major Events Scale* como a escala *Everyday Discrimination Scale* são adequadas para medir a cronicidade de eventos discriminatórios, captando o autorrelato de experiências discriminatórias rotineiras e sutis no cotidiano social das pessoas (MICHAELS et al., 2019).

Desde a publicação, tais instrumentos, seja na versão original, adaptada ou ampliada, têm sido amplamente utilizados, em diversos países, para estudos que buscam relacionar os efeitos da discriminação percebida sobre a saúde mental e desfechos de saúde (PASCOE; SMART RICHMAN, 2009) (PARADIES et al., 2015) (BERENBON, 2018).

No Brasil, a *Lifetime Major Events Scale*, em uma versão adaptada, foi utilizada no questionário da primeira onda de coleta de dados do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil), uma coorte em andamento que busca investigar a ocorrência das doenças cardiovasculares e diabetes em funcionários públicos de seis instituições de ensino e pesquisa localizados em capitais brasileiras (AQUINO et al., 2012). A escala de medida da discriminação foi inserida no bloco de fatores psicossociais, no final da entrevista, dada a sensibilidade do assunto (CHOR et al., 2013).

Assim, o questionário foi construído com perguntas em cinco blocos, todos iniciando com a mesma frase: “Alguma vez na vida você se sentiu injustiçado, devido à discriminação...”, em seguida eram apresentadas as situações/locais do ocorrido: se no local

de trabalho; se em assuntos referentes à moradia; se pela polícia; se no atendimento em locais públicos; e se na escola ou faculdade. Além disso, em cada local, era também questionado o motivo pelo qual o participante acreditava ter sofrido a discriminação, com as opções: cor ou raça; ser homem ou mulher; religião; doença ou incapacidade; orientação sexual; função, instrução ou condição socioeconômica; atividade política; idade; aparência física; e outros. Os participantes poderiam marcar mais de um bloco e vários motivos em cada bloco do questionário (MENDES et al., 2018).

Na adaptação, para a seleção dos domínios e motivações das experiências de discriminação foram considerados alguns aspectos da realidade social brasileira (BASTOS; FAERSTEIN, 2012). Levou-se em consideração a alta confiabilidade da escala estimada por meio do coeficiente kappa de 0,85 (IC 95% 0,72-0,98) em estudo de confiabilidade teste-reteste (n = 92, 2 semanas de intervalo), realizado na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FAERSTEIN et al., 2014). Além disso apresentou boas propriedades psicométricas em estudo anterior (HARNOIS et al., 2019).

Vale destacar que existem duas abordagens de codificação das respostas. Na primeira, mais comum, as respostas são codificadas em uma escala Likert que vai de “nunca” a “quase todos os dias”, gerando um escore (codificação baseada na frequência). A segunda, também rotineira, compreende a utilização das respostas de maneira dicotomizada (codificação baseada na situação) (MICHAELS et al., 2019).

Essa última, que será utilizada por este estudo, aglutina todas as respostas dos que experimentam discriminação em uma única categoria, trazendo prejuízos à avaliação da cronicidade do evento, já que une respostas como "menos de uma vez por ano" e "quase todos os dias" não fornecendo avaliações sobre o quão repetidas vezes o evento acontece, mas sem interferir na medição da exposição em si, conforme mostra estudo de Michaels et.al (2019), demonstrando que as diferentes codificações da escala mantiveram alta consistência interna na estrutura de dados, não comprometendo a integridade dessa escala previamente validada.

Como citado, os instrumentos *Everyday Discrimination Scale* e *Lifetime Major Events Scale* construídos por Williams et al. (1997) e Williams et al. (2008), respectivamente, podem ser utilizados para medir múltiplas formas de discriminação, apesar da predominância de sua utilização em estudos sobre temas relacionados à raça, o que não invalida a presença dessas escalas em levantamentos que objetivam associar os efeitos da discriminação, seja ela racial ou por outros motivos – inclusive o de ter HIV, com resultados de saúde mental e física relacionados ao HIV.

O fato de não ser comum encontrar na literatura a utilização da *Lifetime Major Events Scale* com a PVHIV é devido à existência de inúmeros instrumentos validados que medem especificamente a discriminação e o estigma nessa população (NYBLADE, 2006; STEIN; LI, 2008; VISSER et al. 2008; RUTLEDGE et al., 2011; WAGNER et al., 2014). Ainda assim, encontram-se estudos que a utilizaram, seja na sua forma original ou reduzida, e até mesmo parcial, medindo a discriminação apenas por um motivo específico.

Por exemplo, pesquisa realizada na região sudoeste da China buscou descrever a gravidade das alterações cognitivas da discriminação percebida em PVHIV a partir dos 45 anos de idade, utilizando a *Lifetime Major Events Scale* (ZHU et al., 2019). Verificou-se que entre os participantes, 45,4% relataram perceber discriminação pelo menos uma vez no último ano, com um escore que variou de 10 a 40. Desse modo, por meio de modelos lineares múltiplos, observou-se que um maior nível de discriminação percebida esteve associado significativamente a um menor nível de capacidade cognitiva autorreferida. O estudo também avaliou a relação entre a contagem de células CD4 e a capacidade cognitiva de PVHIV que perceberam discriminação, não sendo encontrada nenhuma associação (ZHU et al., 2019).

2.5 RESULTADOS DE SAÚDE AVALIADOS NOS ESTUDOS DE DISCRIMINAÇÃO EM PVHIV

Em PVHIV, a contagem de células CD4 e carga viral são monitorados rotineiramente, pois os resultados desses testes laboratoriais são necessários para a verificação do estado imunológico e virológico dos pacientes, indicando risco para a progressão da infecção para Aids. Além disso, também são imprescindíveis na orientação das tomadas de decisão sobre o início ou mudanças de terapias antirretrovirais, aliado ao quadro clínico (EUA, 2019). A realização desses exames permanece como a mais forte evidência de progressão clínica da infecção pelo HIV (TURK et al., 2018).

De acordo com o PCDT brasileiro, a recomendação para a realização da contagem de células CD4 e carga viral possui importância na avaliação clínica inicial do paciente, assim como no monitoramento de resposta ao tratamento, por meio de realização periódica, em que a periodicidade varia de acordo com a situação clínica apresentada. Em pacientes em uso de TARV, o foco é a medição da carga viral, exame padrão-ouro para o monitoramento da eficácia da terapêutica empregada, auxiliando na detecção de problemas na adesão e falha virológica (dois exames consecutivos de CV-HIV detectáveis) (BRASIL, 2018a).

Pesquisa realizada na Argentina com coorte de pacientes com infecção aguda por HIV, analisando a importância dos biomarcadores para a identificação de eventos precoces na história natural da doença, reforçaram a evidência de que a contagem de células CD4 é capaz de prever progressão rápida, sendo importante no monitoramento da infecção, apesar da tendência de minimizar seu uso em indivíduos com supressão de carga viral (TURK et al., 2018).

Diante da importância desses exames no seguimento terapêutico, é que nos modelos estruturais que buscam avaliar o efeito da discriminação em relação ao HIV (EARNSHAW; CHAUDOIR, 2009) (TURAN et al., 2017) eles têm sido os indicadores de desfechos de saúde.

A mesma estratégia foi utilizada por Bogart e colaboradores (2013), ao examinar a relação da discriminação e infecção pelo HIV em HSH de Los Angeles. Os autores avaliaram o efeito da discriminação sobre a contagem de células CD4 utilizando o ponto de corte de 200 células/mm³, considerando que o resultado de exame com valor inferior pode ser indicativo de Aids. Assim, nas análises, dicotomizaram as variáveis em “menor e igual” ou “maior que 200 células/mm³”. Também foi avaliada a carga viral do HIV, com o ponto de corte de 50 cópias/ml, dicotomizando-a em CV detectável, para os que possuísem resultado igual ou maior, e indetectável, para os que possuísem valor menor que o de referência. Os achados foram que os participantes negros que experimentaram maior discriminação racial foram menos propensos a ter uma alta contagem de células CD4 e uma carga viral indetectável.

Em contrapartida, estudo realizado com mulheres afro-americanas com HIV de Chicago, para também verificar o efeito da discriminação, utilizou ponto de corte maior de contagem para células CD4 (350 células/mm³), valor considerado pelos autores ser indicativo de doença pelo HIV. A análise da CV seguiu a mesma codificação citada anteriormente. Foi observado que em níveis mais altos de discriminação racial e de gênero percebida, mulheres com alta consciência crítica (mulheres ativas politicamente, que lutam por seus direitos e da sociedade) possuíam maior probabilidade de ter uma contagem de células CD4 acima de 350 células/mm³ (KELSO et. al., 2014).

2.6 ANÁLISE DE SOBREVIDA EM PVHIV

A análise de sobrevida, conhecida também como análise de sobrevivência, é um método estatístico utilizado quando o tempo até o desfecho é o objeto de interesse: o tempo

até a ocorrência de um evento (exemplo: tempo até complicação de uma doença; tempo até ocorrência de óbito) ou o risco de ocorrência de um evento por unidade de tempo (CARVALHO et al., 2011).

A utilização desse tipo de análise em pesquisas com PVHIV não é recente, sendo relatada a frequência do interesse existente em estudar o tempo entre a infecção de um indivíduo e a transmissão do vírus aos seus parceiros sexuais (LEE; GO, 1997), o tempo de progressão da infecção (SARKAR; CHOWDHURY; DASGUPTA, 2017), ou aumento do risco para doenças cardiovasculares (MESQUITA et al., 2019), sendo o método adequado e confiável. Além disso, as conclusões das análises de sobrevida realizadas com PVHIV têm demonstrado a importância fundamental da TARV no controle da gravidade da infecção e na mudança acentuada nas causas de hospitalizações e mortes entre os indivíduos infectados pelo HIV (MESQUITA et al., 2019). Assim, com o aumento da sobrevida das PVHIV, aumenta também a probabilidade da ocorrência de outras doenças, além daquelas relacionadas à síndrome (GRINSZTEJN et al., 2013).

Pesquisa realizada no Brasil, analisando as taxas de mortalidade disponíveis de 2006 a 2015 em bancos de dados alimentados pela área de vigilância epidemiológica do país, mostrou que o risco de morrer caiu 69% após os primeiros seis meses de TARV, com queda da razão de risco após três anos de tratamento. Além disso, a maior contagem de células CD4 no início da terapia medicamentosa reduziu o risco de morte em 94%. Observaram-se também diferenças regionais, em que as pessoas que viviam nas regiões Norte, Nordeste e Sul apresentaram taxas de mortalidade significativamente mais altas do que na região Sudeste, refletindo as diferenças existentes no acesso aos cuidados de saúde, já que grande parte dos serviços especializados estão no Sudeste, que historicamente possui a maior carga da doença (MANGAL et al., 2019).

Apesar da diversidade dos fatores abordados pela literatura que podem interferir na sobrevida de pessoas com HIV, poucos são os estudos que abordam a relação da discriminação com agravamento da doença. Como exemplo, Dray-Spira e colaboradores (2008), estimaram o risco de perda de emprego com o relato de ter experimentado discriminação relacionado ao HIV no ambiente de trabalho, na França.

3 JUSTIFICATIVA

Como visto, diversos estudos citam a relação existente entre discriminação e resultados de saúde nas PVHIV que acarreta prejuízos no combate à doença, assim como na efetivação das medidas preventivas. As políticas, de modo geral, reconhecem a existência dessas atitudes, e assim buscam cada vez mais a diminuição da discriminação associada ao HIV nos ambientes de cuidado.

Órgãos internacionais reconhecem que esta população ao ter história de discriminação tende a atrasar a procura por cuidados médicos, em comparação a indivíduos que não se percebem vítimas de discriminação e que possuem piora em seus resultados de saúde. Comparadas à população que não possui HIV, as PVHIV continuam a ser tratadas sob um olhar diferente, em especial por serem associadas a grupos já estigmatizados, o que por sua vez acentua a vulnerabilidade e mantém o ciclo vicioso da discriminação pelo fato de ter HIV/Aids.

Sweileh (2018), em sua análise bibliométrica da literatura sobre o tema, concluiu que apesar do aumento de produção nos últimos dez anos, o número de publicações é insignificante em relação ao tamanho do problema e ao número de pessoas infectadas em todo mundo. Em 2012, Monteiro, Villela e Knauth destacam a baixa produção científica que aprofunde a temática em questão no Brasil, cenário mantido até a atualidade. Além disso, observou-se também que na literatura nacional a abordagem do tema por meio de métodos que explorem com mais profundidade os efeitos da discriminação nos resultados de saúde da PVHIV com modelagens estatísticas ainda são escassos, assim como abordagem de associação entre discriminação percebida com desfechos de saúde em PVHIV, comparando-a com populações não acometidas pela infecção, analisando seus efeitos sobre a morbimortalidade.

Ademais, considerando os contextos de discriminação já conhecidos e relacionados pela UNAIDS como fundamentais no combate à problemática, faz-se necessário o reconhecimento destes na população brasileira. Resultados advindos de tais análises poderão evidenciar os segmentos que devem ser mais trabalhados no combate à discriminação nessa população dando embasamento aos órgãos que operacionalizam e desenvolvem ações das políticas de HIV/Aids.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Investigar a associação da discriminação percebida por PVHIV com desfechos de saúde, comparando tais experiências com população não acometida pela infecção.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

4.2.1 Verificar se estar vivendo com HIV apresenta associação com discriminação percebida por meio da comparação da ocorrência de discriminação percebida pelas PVHIV com as de grupos não acometidos pelo HIV;

4.2.2 Analisar a ocorrência de discriminação percebida em PVHIV e caracterizar tais experiências discriminatórias quanto ao local, motivo e tempo de ocorrência; e investigar a associação entre a percepção de discriminação e covariáveis de interesse;

4.2.3 Investigar a associação entre as experiências de discriminação percebida pelas PVHIV com desfechos clínicos específicos do HIV (supressão de carga viral do HIV) e sobre a progressão da doença e mortalidade.

5 HIPÓTESES DO ESTUDO

Existem diferenças significativas entre a discriminação percebida por PVHIV e por populações não acometidas pela infecção;

Existem fatores associados à percepção de discriminação em PVHIV; e

Existe associação entre a discriminação percebida pelas PVHIV e a quantidade ou severidade de desfechos de saúde específicos do HIV assim como sobre a mortalidade pelo HIV.

6 MATERIAIS E MÉTODOS

Apesar dessa seção ser descrita nos artigos que serão apresentados a seguir na seção de Resultados, ela foi mantida no corpo do trabalho para uma explanação mais detalhada dos procedimentos que foram executados.

6.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico com dois componentes: um seccional e outro de coorte prospectiva.

O componente seccional corresponde aos primeiro e segundo objetivos específicos, em que houve a comparação entre grupos e caracterização da discriminação percebida em PVHIV. Já a abordagem prospectiva responde ao terceiro objetivo específico, em que foram observados desfechos de saúde apenas em PVHIV ao longo do tempo.

6.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

O estudo utilizou grupos populacionais distintos: uma amostra de indivíduos acompanhados pelo Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI) e participantes do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil) (PACHECO et al., 2016; PACHECO et al., 2015; SCHMIDT et al., 2015).

A coorte do INI é composta atualmente por mais de 3.000 pacientes acompanhados ativamente (mais de 5.000 no total). Dentre os pacientes ativos em 2011, 649 foram sorteados para passarem pelos mesmos procedimentos do estudo ELSA-Brasil. Além disso, todos os pacientes da coorte têm dados clínicos atualizados regularmente, resultantes de consultas médicas, exames laboratoriais e registros de terapêutica farmacológica (PACHECO et al., 2016). O instituto atende pacientes com HIV no Rio de Janeiro desde 1986 (GRINSZTEJN et al., 2009).

Já o grupo dos participantes do ELSA-Brasil é composto por 15.105 servidores públicos de seis instituições de ensino e pesquisa das regiões Nordeste, Sudeste e Sul do Brasil, de ambos os sexos, e com idades entre 35 e 74 anos, com o objetivo de estudar desfechos de doenças cardiovasculares e seus fatores de risco (SCHMIDT et al., 2015).

Ressalta-se que os participantes do ELSA-Brasil foram utilizados para fins de

comparação, como grupo controle.

6.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA

As informações oriundas do componente seccional do estudo do grupo de pacientes com HIV foram coletadas entre janeiro de 2011 e janeiro de 2012 (PACHECO et al., 2016), enquanto as dos participantes do estudo ELSA-Brasil foram coletadas de agosto de 2008 a dezembro de 2010 (primeira onda do estudo). O status de HIV não era conhecido pelo grupo ELSA-Brasil (PACHECO et al., 2016). O desconhecimento do status de HIV pelos participantes do ELSA-Brasil não traz grande impacto ao estudo, considerando a provável baixa prevalência da infecção no público participante do estudo ELSA-Brasil, tendo como base a estimativa da prevalência da infecção na população geral do país.

Os participantes dos dois grupos foram submetidos aos procedimentos de coleta do estudo ELSA-Brasil. Neste estudo, os dados foram produzidos por meio de entrevistas, medidas, exames e armazenamento de material biológico, com utilização de questionários. A coleta iniciava-se com a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), seguido da primeira parte da entrevista. Em seguida, as orientações sobre a realização das medidas e exames eram fornecidas e os participantes encaminhados a agendar visita nos Centros de Investigação para prosseguimento da coleta (AQUINO et al., 2013).

Os dados para realização do estudo foram coletados por meio de três bancos de dados: sistema de dados do ELSA-Brasil, bancos de dados do INI e do INI-ELSA (correspondente aos dados das PVHIV sorteadas a passarem pelos mesmos procedimentos do ELSA-Brasil).

Os dados do grupo controle, sociodemográficos e de percepção de discriminação, foram obtidos por meio do acesso ao sistema de dados do ELSA-Brasil, que gerencia as informações obtidas pelos centros de investigação (DUNCAN et al., 2013). As informações das PVHIV sobre carga viral do HIV, quantidade de células CD4, ocorrência de óbito e de manifestações relacionadas ao HIV, foram obtidas no banco de dados do INI, que são rotineiramente alimentados com dados dos prontuários dos pacientes acompanhados pelo instituto. E as informações correspondentes à discriminação desse grupo, por meio do banco do INI-ELSA (PACHECO et al., 2015).

6.4 VARIÁVEL DE INTERESSE

O questionário utilizado pelo ELSA-Brasil incluiu diversos temas, entre eles fatores psicossociais, abordando neste item experiência de discriminação (CHOR et al., 2013).

A discriminação percebida ao longo da vida foi determinada com base em uma versão modificada da *Lifetime Major Events Scale*, medida que reúne a ocorrência de tratamento injusto em cinco domínios: (1) o local de trabalho, como ser demitido ou não recomendado para promoção; (2) dificuldade em alugar imóvel ou morar dentro de Comunidade; (3) acusação injusta, busca ou agressão pela polícia; (4) receber um serviço pior em um local público, como um banco, loja, hospital ou escritório de governo; e (5) ser (injustamente) desencorajado dentro da escola ou faculdade (WILLIAMS et al., 2008; MENDES et al., 2018).

Para tanto, uma pergunta padrão foi utilizado para cada domínio: “*você já foi injustamente tratado, devido à discriminação*”. Para cada situação, os participantes foram perguntados se tinham experimentado discriminação, sendo as respostas organizadas em uma escala ordinal. As respostas disponíveis são “não”, “sim, uma vez”, “sim, mais de uma vez” ou “não sabe responder/não quer responder”. Os participantes foram então de uma pontuação de 0, se não experimentaram discriminação; 1, se relatassem experimentar uma dessas formas de discriminação apenas uma vez; e uma pontuação de 2, se tivessem experimentado qualquer uma dessas formas de discriminação em mais de uma ocasião (BURGARD et al., 2017).

Em seguida, foram então questionados sobre a razão pela qual acreditavam ter sofrido o ato discriminatório na última vez, se pela sua cor ou raça; por ser homem ou mulher; por sua religião ou culto; pela existência de doença ou deficiência física; por sua orientação ou preferência sexual; pela sua condição econômica, instrução ou função; por sua atividade política; por sua idade; por sua aparência física; e por outro motivo, especificando-o. O participante poderia escolher mais de um motivo. Por fim, pergunta-se sobre o tempo de ocorrência do último episódio (se há menos de 1 mês; entre 1 e 12 meses atrás e se há mais de 12 meses atrás) (BURGARD et al., 2017).

Ao final, as respostas afirmativas poderiam ser somadas para criar um escore total de discriminação ou serem utilizadas de forma dicotomizada quanto à ocorrência ou não de discriminação percebida. Para este estudo, a variável, então, será dicotomizada em: “Percebeu-se discriminado” (sim ou não), sendo que as respostas “sim, uma vez” e “sim, mais de uma vez”, serão consideradas juntas na opção “sim”. Ora ela será variável de exposição,

ora será variável de desfecho, a depender do objetivo proposto.

6.5 ANÁLISES DO ESTUDO

Este tópico foi subdividido por objetivos específicos, de acordo com a organização dos artigos produzidos pela pesquisa, a fim de melhor explicar os procedimentos de análise aplicados. Todas as análises foram realizadas no ambiente R, versão 4.1.22 (R core team, 2021).

6.5.1 Análise dos objetivos específicos 01 e 02

Nesses objetivos, foram utilizadas a população de PVHIV acompanhada pelo INI e os participantes do estudo ELSA-Brasil. Para efeitos de comparação, as variáveis comuns a esses grupos foram usadas, por meio de questionário padronizado (SCHMIDT et al., 2015).

Assim, ao estudar a comparação entre as populações e analisar se o HIV é um fator que pode influenciar a percepção de discriminação, a variável de exposição foi:

- O *status* de ter ou não HIV, comparando o grupo de PVHA com o grupo controle.

A variável desfecho foi:

- Ter percebido ou não discriminação total (sim ou não).

A variável discriminação total foi criada somando-se a ocorrência de discriminação percebida em qualquer domínio (e.g. local de trabalho ou escola), conforme os motivos elencados no item 6.4, para identificação da frequência das PVHIV que se sentiram discriminadas.

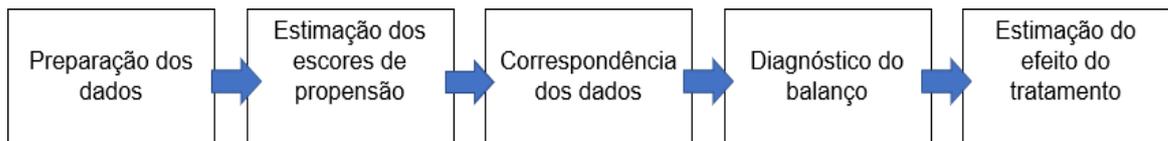
Foram descritas e analisadas variáveis sociodemográficas e de percepção de discriminação, dentre elas: sexo, idade, escolaridade, raça/cor, renda, percepção de discriminação total, motivo pelo qual acreditavam ter sofrido discriminação e tempo de ocorrência do último episódio.

Na análise descritiva geral, foram observadas as medianas com intervalo interquartil (IQR) para variáveis contínuas e distribuição de frequências para as variáveis categóricas. As diferenças quanto à percepção de discriminação foram analisadas para as variáveis contínuas foram pelos testes de Kruskal-Wallis e qui-quadrado ou exato de Fisher, conforme apropriado, para as variáveis categóricas.

Para garantir a comparabilidade entre os grupos, escores de propensão foram

calculados a fim de que a distribuição das características seja similar entre eles, fazendo com que as associações sejam atribuídas unicamente à intervenção ou ao tratamento, como em um estudo randomizado. Os escores calculados possuem a propriedade de equilíbrio para que a distribuição das características para os casos de tratamento sejam as mesmas que para os casos de controle.

Os passos gerais para realização do cálculo e utilização dos escores de propensão foram são:



Dentre as diversas abordagens existentes para estimar os escores de propensão e assim alcançar equilíbrio e comparações entre os grupos, utilizamos um modelo de regressão generalizado não-paramétrico (GBM, do inglês *Generalized Boosted Modeling*) (MCCAFFREY; RIDGEWAY; MORRAI, 2004), por meio do pacote “twang” que contém funções para estimar modelos de escores de propensão ajustados pelas estatísticas de balanço para medir o efeito do tratamento estimado e de interesse (RIDGEWAY et al., 2016). As variáveis consideradas para o cálculo desses escores foram todas as sociodemográficas citadas, exceto a de discriminação total.

Assim, considerou-se que o grupo de pessoas infectadas pelo HIV correspondia ao grupo de tratamento e o ELSA-Brasil ao de controle, assumindo-se um efeito médio de tratamento, para comparar a diferença de percepção de discriminação entre esses grupos. As variáveis sociodemográficas citadas foram então usadas para o cálculo dos escores de propensão e pesos. Foi utilizada, na abordagem referida, as estimativas e o efeito de tratamento médio (ATE, do inglês *average treatment effect*), que é o efeito em todos os indivíduos (tratados e controles), equivalente ao IPTW (*inverse probability of treatment weighting*), quando usado como um fator de ponderação.

Após estimação dos escores, realizou-se a avaliação do balanceamento, observando se os valores das diferenças médias padronizadas (SMD, do inglês, *standardized mean differences*) eram inferiores a 0,20 para cada variável inclusa no equilíbrio. Valores menores que 0,20 são considerados pequenos e, portanto, recomendados nessa avaliação (MCCAFFREY et al., 2013). Além disso, foram utilizadas análises gráficas a fim de determinar se as características ponderadas efetivamente equilibraram os dados entre os

grupos controles e tratamento (APENDICE E). Com isso, criou-se uma base de dados correspondente para a realização da análise.

Após verificação do equilíbrio, os pesos foram calculados e salvos na base de dados original para serem aplicados em um modelo de regressão logística ponderada para estimar a possível associação entre o status de HIV e discriminação total. Os pesos são calculados a partir dos escores de propensão por meio da função 'get.weights()' em que os pesos nas estimativas do ATE são $1/p$ para os casos de tratamento e $1/(1-p)$ para os casos controle.

Os modelos para verificar essa associação foram rodados sem e com ponderação, e as variáveis utilizadas foram escolhidas por meio da utilização do pacote “glmulti” que fornece de forma automatizada os melhores modelos a partir de uma lista de variáveis explicativas, utilizando os Critérios de Informação de Akaike (AIC) como referência. O método pode ser utilizado de forma exaustiva, ou implementado com um algoritmo genético, para acelerar o tempo computacional, quando necessário (CALCAGNO; MAZANCOURT, 2010). Estimou-se a partir disso, os valores de *odds ratios* e de seus intervalos de confiança 95%.

Após a verificação do status do HIV ser um fator ou não que possa influenciar na percepção de discriminação total, realizaram-se análises apenas com a população do INI-ELSA.

Foram feitas análises descritivas gerais das experiências discriminatórias sofridas pelas PVHIV, quanto às características sociodemográficas, circunstâncias do episódio, baseadas nos domínios do questionário, razão ou motivo que acreditam ter sofrido a discriminação e tempo de ocorrência do último episódio em questão, conforme descrito no item 6.4.

Na busca de fatores que possam estar associados à percepção de discriminação total nessa população, foram estimados modelos de regressão logística. Para tanto, as variáveis de exposição foram as características socioeconômicas (sexo, identidade de gênero, idade, escolaridade, raça/cor, renda) e relacionadas ao HIV (carga viral e células CD4).

Inicialmente, foram ajustados modelos de regressão logística simples, dos quais calculou-se *odds ratios* (ORs) não-ajustadas. Para verificar a significância dos coeficientes estimados para o modelo foi utilizado o teste da razão de verossimilhança. O modelo múltiplo final foi escolhido utilizando um procedimento automático de escolha de melhor modelo, conforme descrito acima ((CALCAGNO; MAZANCOURT, 2010). Desse modelo final, ORs ajustadas foram calculadas.

Além disso, analisou-se separadamente a ocorrência de discriminação nas PVHIV em

cada domínio. Observou-se também com mais profundidade a razão pela qual acreditavam ter sofrido o ato discriminatório – “pela existência de doença ou deficiência física”, que pode indicar especificamente a discriminação relacionada ao fato de ter HIV.

Na interpretação de todos os testes foi considerado significativo estatisticamente aqueles que possuem valor de $p < 0,05$.

6.5.2 Análise do objetivo específico 03

Na análise deste objetivo, foi utilizado apenas o grupo das PVHIV acompanhadas pelo INI, sendo este o componente longitudinal da pesquisa.

A fim de investigar o efeito da discriminação percebida nos desfechos de saúde das PVHIV e progressão da doença, foram utilizadas a medição de carga viral, a ocorrência de manifestações relacionadas ao HIV e a ocorrência de óbitos no grupo, analisando o tempo até a ocorrência desses eventos por meio da análise de sobrevivência.

O Ministério da Saúde utiliza a falha virológica como o principal parâmetro para a caracterização de falha terapêutica (BRASIL, 2013). De acordo com o PCDT, as PVHIV em uso de TARV e com seguimento clínico adequado devem possuir carga viral indetectável (< 50 cópias/ml) (BRASIL, 2018b).

A definição de falha virológica deste estudo obedeceu aos pontos de corte conforme as recomendações descritas de carga viral detectável (sim = carga viral > 50 cópias/ml; não = carga viral < 50 cópias/ml). Assim, foi considerada falha se o indivíduo possuir CV detectável. Nesta coorte, a carga viral do HIV e a contagem de células CD4+ foram mensuradas a cada 4-6 meses como parte do atendimento regular dos pacientes no INI.

Caso a infecção progrida, a Aids, além de levar a uma baixa contagem de células CD4 e elevada CV, pode levar à ocorrência de diversas manifestações decorrentes da imunodeficiência, como por exemplo pneumocistose, neurotoxoplasmose, tuberculose pulmonar atípica ou disseminada, meningite criptocócica, sarcoma de Kaposi (SK), linfoma não Hodgkin, entre outros (BRASIL, 2018b).

Assim, na estimação dos modelos as variáveis desfechos foram:

- Tempo até a ocorrência de falha virológica (sim ou não);
- Tempo até a ocorrência de progressão da doença (manifestação relacionada ao HIV – sim ou não ou óbito – sim ou não), o que ocorresse primeiro.

As variáveis de exposição foram:

- Ter se percebido ou não discriminado (conforme descrita no item anterior);
- Características sociodemográficas (para ajuste dos modelos).

O período observado teve início no ano de 2011, momento da coleta de dados dos pacientes do INI segundo os procedimentos do ELSA, até dezembro de 2019. A censura ocorreu em caso de abandono de acompanhamento dos participantes na coorte (um ano sem informação do participante) ou no término da observação (31/12/2019), caso os eventos de interesse não fossem observados até então.

Ressalta-se que na estimação dos modelos para falha virológica, desconsideraram-se aqueles participantes que já estavam em falha na linha de base do estudo; além disso, os valores incluídos de células CD4 e CV na estimação dos modelos foram os da linha de base também. Nas medições de cálculo do tempo, sempre foi considerada a primeira ocorrência dos eventos de interesse.

A análise descritiva geral seguiu o mesmo método utilizado nos objetivos anteriores consistindo em mediana com intervalo interquartil (IQR) para variáveis contínuas e distribuição de frequências para as variáveis categóricas. As diferenças nas características entre as PVHIV em quem ocorreram os eventos foram avaliadas pelo teste de Mann-Whitney e teste t para variáveis contínuas e pelo teste chi- quadrado para variáveis categóricas.

Foram observadas as curvas de sobrevivência e as estatísticas de resumo (mediana do tempo de sobrevivência) sendo estimadas pelo método de Kaplan-Meier (KM). Testes de log-rank foram calculados para comparar as curvas de sobrevivência. Modelos semi-paramétricos de Cox foram utilizados para estimar *hazard ratios* (HR) para a ocorrência dos desfechos descritos acima, com seus respectivos intervalos de confiança (IC) 95% (CARVALHO et al., 2011).

Na seleção das variáveis, que compuseram o modelo de Cox final para cada desfecho estudado, utilizou-se a implementação de método exaustivo na escolha, utilizando o AIC como critério para comparar o melhor modelo obtido.

Para avaliar a adequação da proporcionalidade e modelos de Cox foi utilizada uma função já implementada no R (*cox.zph*) que testa interações com tempo. Um valor p menor que 0,05 indicará uma violação da pressuposição de proporcionalidade. Na interpretação de todos os testes foi considerado significativo estatisticamente aqueles que possuem valor de $p < 0,05$.

6.6 ASPECTOS ÉTICOS

Para acesso e utilização dos bancos de dados citados, o projeto solicitou autorização da coordenação do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto – ELSA- Brasil (APÊNDICE A), assim como do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (APÊNDICE B), garantindo por meio do Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados, não se tendo acesso a dados nominais dos participantes.

O estudo também foi submetido à apreciação ética pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública antes de sua realização, respeitando todas prerrogativas para pesquisas realizadas com seres humanos conforme dispõe a Resolução do conselho nacional de saúde 466/2012, com parecer de aprovação de número 5.038.275.

Vale dizer que toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados, e que nesta eles são mínimos. Os riscos existentes são a possível divulgação dos dados, para tanto os pesquisadores comprometem-se a utilizar os dados apenas para fins científicos.

Esta pesquisa tem como benefício trazer maior conhecimento sobre o tema em questão, dando subsídios para as políticas de enfrentamento do HIV/Aids, tendo em vista a necessidade de novas abordagens auxiliem no combate ao estigma e discriminação contra a PVHIV.

7 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados sob a forma de artigo.

O primeiro artigo tem como objetivo verificar se estar vivendo com HIV apresenta associação com discriminação percebida por meio da comparação entre a ocorrência de discriminação percebida pelas PVHIV e pela população não acometida pelo HIV; e analisar a ocorrência de discriminação percebida em PVHIV e caracterizar tais experiências discriminatórias, investigando associação com covariáveis de interesse.

O segundo artigo tem como objetivo investigar a associação entre as experiências de discriminação percebida pelas PVHIV desfechos clínicos específicos do HIV (falha virológica) e progressão da doença (manifestações relacionadas ao HIV e mortalidade).

7.1 RESULTADOS DOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS 1 E 2 SOB A FORMA DE ARTIGO

TÍTULO: Análise da discriminação percebida por pessoas que vivem com HIV e comparação com população não acometida no Rio de Janeiro: Estudo INI/ELSA- Brasil.

RESUMO: Um dos impactos de viver com o HIV é enfrentar experiências discriminatórias que, por sua vez, constituem obstáculos no controle da doença, sendo associada a piores resultados de saúde, à ampliação da resposta fisiológica ao estresse e à alteração nos comportamentos de saúde. O objetivo deste estudo foi verificar se viver com o HIV está associado à maior percepção de discriminação comparando com grupo não infectado e caracterizar a ocorrência de discriminação percebida em PVHIV, investigando a associação com covariáveis. Trata-se de um estudo transversal realizado com amostra de indivíduos acompanhados pelo Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI) (n= 649) e do Estudo ELSA-Brasil (Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto) (n=15.105) submetidos aos mesmos procedimentos de coleta de dados do ELSA-Brasil. A discriminação percebida ao longo da vida foi avaliada pela *Lifetime Major Events Scale*. Para garantir a comparabilidade entre os grupos, escores de propensão foram calculados e utilizados em modelos ponderados. Foram incluídas 15.754 pessoas, sendo que a discriminação percebida foi medida em 99,7% e 99,5% dos participantes dos grupos ELSA-Brasil e PVHIV, respectivamente. Os resultados mostram maiores chances de se perceber discriminado no grupo de PVHIV quando comparados ao grupo ELSA-Brasil (OR=1,10; IC 95% 1,10-1,12). Observou-se que quase metade dos participantes relataram ter sofrido algum tipo de discriminação (48,6%). As variáveis associadas à percepção de discriminação foram sexo masculino (OR = 1,79; IC95% = 1,40-2,15) e idade (OR = 0,98; IC95% = 0,96-0,99). O domínio em que os participantes se perceberam mais discriminados foi o de locais públicos (22,3%), sendo variados os motivos elencados como causa da experiência discriminatória. Com base nesses resultados, é indispensável que as políticas públicas de enfrentamento à discriminação relacionada ao HIV sejam fortalecidas.

PALAVRAS-CHAVE: Discriminação; HIV; Aids.

INTRODUÇÃO:

A pandemia de HIV/Aids continua a ser um grande problema de Saúde Pública. Pelo menos 38,4 milhões de pessoas viviam com o vírus em 2021 em todo o mundo, com queda no número de novos diagnósticos, assim como de mortes relacionadas à doença (UNAIDS, 2022). No Brasil, em números absolutos, de 1980 a junho de 2020, 1.011.617 casos de Aids já foram detectados, sendo observada diminuição na taxa de detecção de Aids entre 2012 e 2019 em 18,7% (BRASIL, 2020).

Um dos impactos de viver com a infecção é enfrentar experiências discriminatórias que, por sua vez, constituem obstáculos no controle da doença, trazendo prejuízos importantes na qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV (PVHIV) (JESUS et al., 2017; RUEDA

et al., 2016). A ocorrência de discriminação relacionada ao HIV tem sido associada a piores resultados de saúde, seja mental ou física; à ampliação da resposta fisiológica ao estresse e à alteração nos comportamentos de saúde (PASCOE; SMART RICHMAN, 2009).

Diante da persistência da discriminação contra PVHIV em diversas regiões do mundo, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS) divulgou, em 2017, relatório dando atenção à problemática, sendo ainda observados tratamentos injustos em vários setores da sociedade, até mesmo nos serviços de saúde (UNAIDS, 2017). Nestes, por exemplo, a discriminação relacionada ao HIV tem sido relatada sob a forma de negligência, quebra de sigilo, baixo suporte de apoio pós- diagnóstico, tratamento diferenciado e medo internalizado de vir a sofrer discriminação em contextos de cuidado à saúde (STUTTERHEIM et al., 2014; FEYISSA et al., 2019).

Apesar do reconhecimento de órgãos internacionais sobre a problemática (UNAIDS, 2017), o número de produções científicas sobre o tema ainda é insuficiente (SWEILEH, 2018), em especial no contexto brasileiro (MONTEIRO, VILLELA; KNAUTH, 2012), e assim se faz importante o conhecimento sobre de que formas e contextos a PVHIV tem sido discriminada, para melhor compreensão e enfrentamento da epidemia de HIV/Aids.

Este artigo objetivou verificar se o HIV é um fator associado à percepção de discriminação; e identificar a ocorrência de discriminação percebida em PVHIV participantes de uma coorte brasileira, além de caracterizar tais experiências discriminatórias quanto ao contexto, tipo e tempo de ocorrência do último episódio, e investigar a associação com covariáveis de interesse.

MÉTODO:

Trata-se de um estudo transversal realizado com dois grupos populacionais. Uma amostra de indivíduos acompanhados pelo Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI) (n= 649), e outra composta pelos participantes da primeira onda do ELSA-Brasil (Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto) (n=15.105). Todos os participantes foram submetidos aos mesmos procedimentos de coleta de dados do ELSA-Brasil (PACHECO et al., 2016; PACHECO et al., 2015; SCHMIDT et al., 2015).

As informações do grupo de pacientes com HIV foram coletadas entre janeiro de 2011 e janeiro de 2012, enquanto as dos participantes do estudo ELSA-Brasil foram coletadas de agosto de 2008 a dezembro de 2010 (primeira onda do estudo). O status de HIV não era conhecido pelo grupo ELSA-Brasil (PACHECO et al., 2016).

A discriminação percebida ao longo da vida foi avaliada com base em uma versão modificada da *Lifetime Major Events Scale*, medida que reúne a ocorrência de tratamento injusto em cinco domínios: (1) o local de trabalho, como ser demitido ou não recomendado para promoção; (2) dificuldade em alugar imóvel ou morar dentro da Comunidade; (3) acusação injusta, busca ou agressão pela polícia; (4) receber um serviço pior em um local público, como um banco, loja, hospital ou governo escritório; e (5) ser (injustamente) desencorajado dentro da escola ou faculdade (WILLIANS et al., 2008; MENDES et al., 2018). Os participantes foram questionados se haviam experimentado discriminação em cada domínio, e, caso sim, quanto à frequência, motivos pelos quais acreditavam ter sofrido o ato discriminatório e tempo de ocorrência do último evento (BURGARD et al., 2017).

Para identificação da frequência das PVHIV que se sentiram discriminadas foi criada uma variável de discriminação total, somando-se a discriminação sofrida em qualquer domínio (e.g. local de trabalho, escola). Além disso, foram utilizadas variáveis socioeconômicas, como sexo, identidade de gênero/prática sexual, idade, escolaridade, raça/cor, renda, estado de saúde e relacionadas ao HIV (carga viral e contagens de células CD4). Na variável raça/cor houve a junção das categorias preto e pardo para composição da raça negra, devido o número de observações reduzido na cor preta.

Na análise descritiva geral, foram observadas as medianas com intervalo interquartil (IQR) para variáveis contínuas e distribuição de frequências para as variáveis categóricas. As diferenças quanto à percepção de discriminação foram analisadas para as variáveis contínuas foram pelos testes de Kruskal-Wallis e qui-quadrado ou exato de Fisher, conforme apropriado.

Ao estudar se o status de HIV é um fator que pode influenciar a percepção de discriminação, foi realizada a comparação entre as populações por meio do cálculo de escores de propensão a fim de que a distribuição das características fosse similar entre os grupos. Foi utilizado um modelo de regressão generalizado não-paramétrico para o seu cálculo (GBM, *Generalized Boosted Modeling*) (MCCAFFREY; RIDGEWAY; MORRAI, 2004).

Assim, considerou-se que o grupo de pessoas infectadas pelo HIV correspondia ao grupo de tratamento e o grupo do ELSA-Brasil, controle, assumindo-se um efeito médio de tratamento. As variáveis sociodemográficas citadas foram então usadas para o cálculo dos escores de propensão e respectivos pesos. Após estimação dos escores, realizou-se a avaliação do balanceamento observando se os valores das diferenças médias padronizadas (SMD) foram inferiores a 0,20 para cada variável (MCCAFFREY et al., 2013).

Após verificação do equilíbrio, os pesos foram calculados e aplicados em um modelo de regressão logística ponderada. As variáveis utilizadas foram escolhidas por meio da implementação de um algoritmo genético, utilizando o Critério de Informação de Akaike (AIC) (CALCAGNO, 2010). Estimou-se a partir disso, os valores de odds ratios e de seus intervalos de confiança 95%.

Depois, foram feitas análises descritivas gerais das experiências discriminatórias sofridas apenas pelas PVHIV, quanto às características sociodemográficas e da discriminação sofrida, conforme itens da escala.

Na identificação de fatores associados à discriminação, foram ajustados modelos de regressão logística simples e múltipla. O melhor modelo múltiplo foi escolhido utilizando um procedimento automático, pelo mesmo método descrito acima (CALCAGNO; MAZANCOURT, 2010). Desse modelo final, ORs ajustadas foram calculadas.

Além disso, analisou-se separadamente a ocorrência de discriminação nas PVHIV em cada domínio, observando com mais profundidade a razão pela qual acreditavam ter sofrido o ato discriminatório pela existência de doença, que poderia indicar especificamente a discriminação relacionada ao fato de ter HIV.

A interpretação de todos os testes foi considerada significativa estatisticamente aqueles que possuem valor de $p < 0,05$. Todas as análises foram realizadas com no ambiente R, versão 4.1.22 (R core team, 2021).

RESULTADOS:

Foram incluídos neste estudo 15.754 pessoas, sendo que a discriminação percebida foi medida em 15.066 e 646 participantes dos grupos ELSA-Brasil e INI-ELSA, respectivamente. No geral, 45,6%, 57,9% dos indivíduos eram do sexo masculino ($p < 0,001$); com idade média (IIQ) de 51 (45-58) e 43,6(36,0-50,8) anos ($p < 0,001$); e com percepção de discriminação total de 37,7% e 48,6% para os grupos ELSA-Brasil e INI-ELSA, respectivamente ($p < 0,001$) (Tabela 01).

Em relação às características do grupo das PVHIV, apresentavam maior proporção de anos de estudo (< 9 anos), em sua maioria eram brancos e com baixa renda (Tabela 01).

Tabela 01: Características gerais dos participantes segundo o grupo.

Variáveis	Grupos*		p valor**
	ELSA	HIV	
Total	15105	649	
Discriminação total			< 0.001
Não	9390 (62.3)	332 (51.4)	
Sim	5676 (37.7)	314 (48.6)	
Sexo			< 0.001
Masculino	6887 (45.6)	376 (57.9)	
Feminino	8218 (54.4)	273 (42.1)	
Idade (IIQ)	51 (45,58)	43.6 (36,50.8)	< 0.001
Escolaridade			< 0.001
1o grau	1922 (12.7)	310 (47.8)	
2o grau	13183 (87.3)	339 (52.2)	
Raça			< 0.001
Negra	6599 (44,2)	149 (23,0)	
Branca	7791 (52.2)	261 (40.2)	
Amarela	374 (2.5)	213 (32.8)	
Indígena	157 (1.1)	15 (2.3)	
Não sei	0 (0)	11 (1.7)	
Renda (IIQ)	1347.1 (725.4,2279.8)	414.5 (207.2,1036.2)	< 0.001

*As colunas fornecem números (%) e IIQ (intervalo interquartilico) quando aplicável;

** Testes Kruskal-Wallis e χ^2

A PVHIV apresentou uma chance 56% maior de ter percebido discriminação do que a população ELSA (OR=1,56, IC=1,34-1,83). Após o balanceamento, a chance ainda foi significativamente maior, porém com menor força (OR=1,10, IC=1,10-1,12). Ao ajustar para as covariáveis, para controlar possível confundimento residual, os valores praticamente não se alteraram (OR=1,09, IC=1,08-1,11).

A Tabela 2 descreve a caracterização sociodemográfica das PVHIV acompanhadas pela coorte do INI, segundo a percepção de discriminação. Observou-se que quase metade dos participantes do estudo relataram ter sofrido algum tipo de discriminação (48,6%), sendo que entre os homens a maioria (56,5%) reportou discriminação, enquanto no sexo feminino, 37,6% o fez, observando-se diferença significativa da percepção entre os sexos ($p < 0,001$).

A maior percepção de discriminação foi reportada por quem possuía a identidade de gênero mulher trans e prática sexual HSH, respectivamente. A idade mediana entre os que perceberam discriminação foi de 42,7 anos (IQR 35,8;48,8), também com diferença significativa em relação aos que não se perceberam discriminados ($p = 0,005$). Grande parte

dos participantes apresentavam níveis baixos de escolaridade e de renda, e consideraram seu estado de saúde como muito bom ou bom. Verificou-se menor mediana da contagem de células CD4 entre os que relataram ter sofrido discriminação 508 IIQ (365,5;707) com diferença significativa em relação os que não relataram ($p=0,004$). Valores similares foram observados quanto à CV.

Quanto aos domínios em que os participantes se perceberam discriminados, houve destaque para os locais públicos (22,3%), abordagem da polícia (19,9%) e no ambiente de trabalho (18,8%). Das PVHIV que perceberam discriminação, 27,5% relatou ter sofrido em apenas um dos domínios, sendo que mais de 20% dos participantes relataram ter sofrido discriminação em mais de um domínio. Quanto ao tempo, independentemente do domínio, a maior parte dos participantes (70,6%) indicou ter passado pela experiência há mais de 12 meses. Os domínios em que a discriminação foi reportada mais recentemente foram os de assunto de moradia (16,6%) e o de locais públicos (14,7%). Dentre os motivos que as PVHIV referiram ter passado pelo ato discriminatório, houve destaque para os fatores econômicos (30,2%), aparência física (25,80%), ter doença ou deficiência (23,25%) e orientação sexual (22,9%).

Tabela 2: Caracterização sociodemográfica e laboratorial dos participantes do estudo do INI, segundo a percepção de discriminação (n=646).

Variáveis	Discriminação total (qualquer)*		p valor
	Não n (%)	Sim n (%)	
Total	332 (51,4)	314 (48,6)	
Sexo			< 0,001
Feminino	169 (62,4)	102 (37,6)	
Masculino	162 (43,5)	210 (56,5)	
Identidade de Gênero/ Prática sexual			<0,001
Mulher(cis)	169(62,4)	102(37,6)	
Mulher (trans)	2 (20,0)	8(80,0)	
Homem (cis)	56(48,3)	60(51,7)	
HSH	91(41,7)	127(58,3)	
Ignorado	13 (46,4)	15 (53,6)	
Idade mediana(IIQ)	44,7 (36,1;53,4)	42,7 (35,8;48,8)	0,004
Escolaridade			0,071
1º grau	170 (55,2)	138 (44,8)	
2º grau a mais	161 (48,1)	174 (51,9)	
Raça/Cor			0,05
Branca	132 (50,8)	128 (49,2)	
Negra	72 (48,3)	77 (51,7)	

Amarela	119 (57,2)	89 (42,8)	
Indígena	3 (20,0)	12 (80,0)	
Não sabe	5 (45,5)	6 (54,5)	
Renda mediana(IIQ)	414,5 (207.2,967.2)	414,5 (207.2,1139.9)	0,141
Estado de saúde			0,561
Muito bom	80 (55,2)	65 (44,8)	
Bom	173 (51,8)	161 (48,2)	
Regular	63 (47,7)	69 (52,3)	
Ruim	11 (42,3)	15 (57,7)	
Muito ruim	4 (66,7)	2 (33,3)	
CD4 mediana(IIQ)	581 (392.2,761.8)	508 (365.5,707)	0,014
CV indetectável			0,424
Não	77 (48,4)	82 (51,6)	
Sim	218 (52,2)	200 (47,8)	

Nos modelos de regressão logística simples, sexo, identidade de gênero (mulher trans, homem cis e HSH), idade, raça, renda, número de filhos, estado de saúde e valor de células CD4 apresentaram associações estatisticamente significativas com o relato de discriminação. No modelo final, mantiveram-se associadas as variáveis sexo e idade. A Tabela 3 apresenta os resultados, sendo observado que ser do sexo masculino aumenta a chance de ter sido discriminado (OR = 1,79; IC95% = 1,23-2,59). Também é observado que a chance de ter sido discriminado diminui 2% a cada ano (OR = 0,98; IC95% = 0,96-0,99).

Tabela 03: Associação ajustada e não ajustada entre fatores sociodemográficos e percepção de discriminação (n=646).

Variável	Categorias	OR (Não ajustada IC - 95%)	P- valor	OR (Ajustada* IC -95%)	P- valor
Sexo	(Ref: Masculino Feminino)	2,15 (1,56-2,96)	<0,01	1,79 (1,23-2,59)	<0,01
Identidade de gênero/ Prática sexual	Mulher trans Homem cis (Ref: HSH mulher cis) Ignorado	6,62(1,38-31,82) 1,77(1,14-2,75) 2,31(1,61-3,33) 1,91(0,87-4,18)	0,02 0,01 <0,01 0,10		
Idade		0,97 (0,96-0,99)	<0,01	0,98 (0,96-0,99)	0,02
Escolaridade	1º grau (Ref: 2º grau)	0,75 (0,55-1,02)	0,07		
Raça/Cor	Negra (Ref: Branca) Amarela Indígena Não sabe	1,10 (0,73-1,65) 0,77 (0,53-1,1) 4,12 (1,13-14,96) 1,23 (0,36-4,15)	0,63 0,16 0,03 0,73		

Renda Mensal		1,00 (1,00-1,00)		1,00 (1,00-1,00)	0,19
Estado de saúde	de	Bom	1,14 (0,77-1,69)	0,49	
		Regular	1,34 (0,84-2,16)	0,21	
(Ref: bom)	Muito	Ruim	1,67 (0,72-3,90)	0,22	
		Muito ruim	0,61 (0,11-3,46)	0,58	
Cv indetectável		Não	1,16 (0,81-1,67)	0,42	1,02 (0,68-1,52) 0,90
(Ref: Sim)					
Cd4			0,99 (0,99-1,00)	0,01	1,00(0,99-1,00) 0,22

*Ajustada por sexo, idade, renda mensal, CV (carga viral), CD4 (células CD4).

DISCUSSÃO:

Os resultados do presente estudo apontam que a chance de se perceber discriminado vivendo com o HIV é 10% maior do que na população ELSA. Com isso, compreendemos que a despeito da mudança do panorama, no que concerne aos aspectos biopsicossociais de pessoas vivendo com o HIV, como melhora na expectativa de vida, tratamentos mais modernos, além de novas tecnologias em saúde, ter o diagnóstico de HIV ainda representa uma barreira em ambientes interpessoais, comunitários e de saúde (WOODGATE et al., 2017).

Viver com o HIV gera estresse mental e induz por si só a sofrimento psicológico em que o julgamento social e a discriminação são expressos devido a epidemia da infecção ter como grupos de risco aqueles com comportamentos específicos, como usuários de drogas e profissionais do sexo (NCITAKALO et al., 2021; THAPA et al. 2018). Ademais, estudos mostram que as PVHIV sentem vergonha e medo da discriminação (LI et al., 2007) o que explica também a chance maior de percepção encontrada em nossos resultados.

Além disso, dentre as PVHIV quase metade relatou ter sofrido algum tipo de discriminação (48,6%). Resultados semelhantes foram encontrados em outros países mostrando ser um problema persistente em diversos continentes. Por exemplo, na França, 40% das PVHIV também relataram esse “tratamento injusto” (MARSICANO et al., 2014); outro estudo conduzido nos EUA, identificou que 48% dos participantes relataram, pelo menos uma vez, algum evento de discriminação relacionado ao HIV no último ano (CROCKETT et al., 2019); e do mesmo modo, na China, 45,4% dos participantes com HIV relataram perceber discriminação também no mesmo período de tempo (ZHU et al., 2019). Na Indonésia, pesquisa realizada com mais de 15.000 pessoas mostrou que 78,87% dos entrevistados tiveram algum comportamento discriminatório contra as PVHS (NURSALAM

et al., 2021).

Entre as diferenças observadas ao se comparar as variáveis sociodemográficas das PVHIV segundo a discriminação, os homens apresentaram maior chance de se perceberem discriminados do que as mulheres (OR=1,79), embora entre aqueles que reportaram “por motivo de doença e/ou deficiência”, não tenha sido observada diferença entre os sexos. Tal resultado não é consistente com estudo realizado na Etiópia em que maiores escores ou prevalência de discriminação e estigma relacionado ao HIV estão associados ao sexo feminino [OR=1,51 (1,02-2,23)] (LIFSON et al., 2012). Na China, da mesma forma, verificou-se que entre as mulheres com HIV a percepção de autodiscriminação, definida como redução de avaliação de valor próprio da pessoa que vive com HIV) é de 80,5%, superior à dos homens significativamente (74,9%; p=0,007), manifestando-se sob a forma de sentimento de culpa, vergonha e inferioridade (JU et al., 2016).

Apesar de existirem justificativas para discriminação maior de mulheres em alguns locais por conta de estereótipos sexistas (UN, 2015; PELTZER; PENGPID, 2019), alguns motivos para a divergência do resultado deste estudo quanto ao efeito do sexo podem ser atribuídos às diferenças existentes entre as sociedades quanto à área pesquisada, à variação cultural e ao nível educacional dos participantes (CHEKOLE; TAREKEGN, 2012).

Quanto à identidade de gênero e práticas sexuais, a literatura corrobora este estudo ao apontar que mulheres trans e HSH experimentam uma percepção e níveis mais elevados de discriminação relacionados ao HIV quando comparado com outros grupos sociais, já que a discriminação das minorias sexuais e de gênero são importantes fatores estruturais históricos da epidemia de HIV em todo o mundo (DA SILVA, 2020), compondo em especial as populações-chave de gays e outros HSH. A literatura ressalta, ainda, que ao comparar mulheres transgênero e HSH, verifica-se que elas vivenciam mais estigma e discriminação (STAHLMAN et al., 2016), mais eventos psicossociais estressores, revelando a existência de discriminação mesmo dentro da comunidade LGBT (INFANTE et al., 2009).

As experiências anteriores de discriminação e de maus-tratos a esta população repercute no acesso a serviços de testagem e aconselhamento de HIV (GIBSON et al., 2016; WOODFORD et al., 2016), falta de acesso às informações de prevenção (RHODES et al., 2015), falta de confidencialidade dos resultados dos testes de HIV em serviços públicos de saúde (GIBSON et al., 2016) e pouco acesso ao preservativo (KAPLAN et al., 2015). Pesquisa realizada nos EUA apontou que os estigmas internalizados e discriminação, não somente aqueles relacionados ao HIV, afetam o autocuidado entre HSH que usam substâncias

(BATCHELDER, 2021).

Na Holanda, os HSH migrantes tinham mais dificuldades em acessar cuidados de saúde e em ter acesso aos serviços de testagem para o HIV (BIL et al., 2019). Apesar disso, estudo transversal realizado em 12 cidades brasileiras com HSH mostrou que ter sofrido discriminação devido à orientação sexual apresentou associação a um alto nível de conhecimento sobre HIV/Aids, indicando que reconhecer a discriminação auxilia no reconhecimento adicional de direitos perante sua orientação sexual (GUIMARÃES et al., 2019).

O presente estudo mostrou que a chance de percepção de discriminação diminui com o aumento da idade (OR = 0,98; IC95% = 0,96-0,99). Pesquisa realizada na África do Sul com mais de 10 mil PVHIV acima dos 15 anos encontrou resultado semelhante ao observar que idade mais jovem esteve associada à percepção de discriminação, possivelmente pelo fato de que, com o passar dos anos, o diagnóstico de HIV torna-se mais aceitável e o indivíduo com mais maturidade lide melhor com as situações de discriminação (PELTZER; PENGPID, 2019). No Canadá, outro estudo também expôs que adultos com 55 anos ou mais relataram menos experiências de discriminação do que adultos com menos de 40 anos, independentemente do gênero, orientação sexual e renda (EMLET et al., 2014). Outra pesquisa, ao analisar a relação da autoestima com discriminação em PVHIV, verificou ainda que o efeito da discriminação relacionada ao HIV sobre a autoestima se torna menos significativo à medida que as PVHIV envelhecem (ADIMORA et al., 2019).

A mediana de idade das PVHIV participantes do estudo que se perceberam discriminadas foi menor (43,6; IC95%=36,0-50,8) quando comparada à população geral. Além do que já foi exposto sobre a maior tolerabilidade em se deparar com situações de discriminação com tempo, tem-se observado também o crescimento do número de casos entre a população adulta jovem, em especial adolescentes, constituindo desafio aos serviços de saúde que devem estar adaptados às necessidades e preferências dos jovens, oferecendo uma combinação integrada de serviços com ações preventivas para evitar a transmissão do HIV, apoio no diagnóstico da doença e no combate à discriminação relacionada ao HIV existente ainda na sociedade (BEKKER et al., 2018).

Com o crescimento do número de casos entre a população adulta jovem, em especial adolescentes, além da necessária adaptação dos serviços de saúde para oferecer uma combinação integrada de serviços com ações preventivas para evitar a transmissão do HIV, apoio no diagnóstico da doença, é fundamental também que medidas de combate à

discriminação relacionada ao HIV sejam também implementadas e direcionadas a essa população.

O domínio em que mais houve relato de discriminação no presente estudo foi o de serviços em locais públicos (22,3%), estando incluídos os serviços de saúde, o que traz preocupação pelo fato de se esperar que em tais locais exista cuidado, atenção igualitária e adequada às necessidades da PVHIV. Pesquisa realizada nos EUA mostrou resultado semelhante em que 29% das PVHIV entrevistadas indicaram ter experimentado algum tipo de discriminação em ambiente de cuidados de saúde (BRINCKS et al., 2019).

A discriminação originada nos serviços de saúde tem sido considerada uma das principais barreiras ao diagnóstico precoce e tratamento oportuno para o HIV (GROSSMAN; STANGL, 2013; UNAIDS, 2017). Ademais, além da prejuízos no autocuidado por parte das PVHIV por conta da discriminação sofrida, entre trabalhadores de saúde ainda persiste um alto nível de estigma relacionado ao HIV (SHAH et al., 2020).

Outro domínio de destaque em nossos resultados foi o ambiente de trabalho (18,8%), apesar da existência de legislações no país que estabelecem como crime tal situação (BRASIL, 2014). Estudo realizado na França, mostrou que vários contextos foram citados também dentre as experiências de discriminação, como ao se candidatar a um emprego, no ambiente de trabalho e no convívio familiar. Nesse mesmo estudo, o status de HIV foi a principal razão percebida para discriminação relatada pelos participantes (MARSICANO et al., 2014). Nos EUA, entre pacientes com HIV de onze hospitais, a condição de estar vivendo com o HIV também foi o motivo da discriminação com maior prevalência, seguido do uso de drogas, raça, orientação sexual e gênero (BRINKS et al., 2019).

Trata-se de uma análise inédita no contexto brasileiro, considerando a escala empregada e o tamanho populacional pesquisado, além de caracterizar as experiências discriminatórias de uma coorte de PVHIV, identificando variáveis associadas a tal exposição, o que permite ampliar a compreensão sobre quais aspectos e cenários a discriminação tem se mantido e perpetuado entre as PVHIV. Entretanto, apresenta limitações, tendo em vista que apesar do instrumento utilizado para medir a discriminação tenha sido uma adaptação da *Lifetime Major Events Scale*, amplamente usado em outros países, deve-se considerar que essa escala não é específica para a população de PVHIV, pois trata de experiências de discriminação gerais, fato que pode trazer vieses aos resultados encontrados, já que não há no instrumento perguntas ou escalas específicas sobre a discriminação relacionada ao HIV.

Apesar desse fato, não acreditamos que isso invalide os resultados apresentados já que

essa escala tem sido utilizada por outros estudos em PVHIV para o mesmo fim. Desse modo, sugere-se que mais pesquisas sejam realizadas utilizando diferentes escalas que possam medir a discriminação em PVHIV, a fim de elucidar outras questões relacionadas ao problema e como meio de melhorar o monitoramento e progresso contra a discriminação relacionada ao HIV.

CONCLUSÃO:

O status de HIV apresenta efeito na percepção de discriminação, aumentando as chances de se perceber discriminado quando comparado à população não infectada. Além disso, observou-se que as PVHIV relatam discriminação em diversos contextos do cotidiano. Portanto, é indispensável que as políticas públicas relacionadas ao enfrentamento da discriminação relacionada ao HIV sejam implementadas e fortalecidas, em especial nos serviços de saúde, com abordagens preventivas e antecipadas ao diagnóstico por meio de sensibilizações com informações sobre a temática. Além disso, os resultados desta pesquisa ajudam a informar pacientes, familiares, profissionais de saúde e comunidade geral sobre aspectos práticos da percepção de discriminação, ajudando a reduzir os efeitos desta sob a infecção por meio de apoio social e planejamento de ações voltadas ao problema.

REFERÊNCIAS

- ADIMORA, D. E. et al. Stigmatization and discrimination as predictors of self-esteem of people living with HIV and AIDS in Nigeria. **Afr Health Sci.**, v. 19, n. 4, p. 3160- 3171, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.4314/ahs.v19i4.39>
- BATCHELDER, A. W. et al. Intersecting internalized stigmas and HIV self-care among men who have sex with men and who use substances. **Soc Sci Med.**, v. 275, n. 1, p. 1-12, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113824>
- BEKKER, L. G. et al. Advancing global health and strengthening the HIV response in the era of the Sustainable Development Goals: the International AIDS Society— Lancet Commission. **Lancet.**, v. 392, n. 1, p. 312-58, 2018. . Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31070-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31070-5)
- BIL, J. P. et al. Disparities in access to and use of HIV-related health services in the Netherlands by migrant status and sexual orientation: a cross-sectional study among people recently diagnosed with HIV infection. **BMC Infect Dis**, v. 19, n. 1, p. 906- 916, 2019. . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12879-019-4477-2>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 12.984, de 2 de junho de 2014. Define o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de aids. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 jun. 2016. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/112984.htm. Acesso em: 20 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **HIV/Aids | 2020**. Boletim Epidemiológico. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/media/pdf/2020/dezembro/01/boletim-hiv_aids-2020-internet.pdf. Acesso em: 20 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **HIV/Aids | 2022**. Boletim Epidemiológico. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2022/hiv-aids/boletim_epidemiologico_hiv_aids_-2022.pdf/view. Acesso em: 28 nov 2022.

BRINCKS, A. M. et al. Physician Mistrust, Medical System Mistrust, and Perceived Discrimination: Associations with HIV Care Engagement and Viral Load. **AIDS Behav.**, v. 23, n. 10, p. 2859-2869, 2019. . Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02464-1>

BURGARD, S. et al . Differential reporting of discriminatory experiences in Brazil and the United States. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, supl. 1, p. 1-12, 2017. . Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00110516>

CALCAGNO, V.; MAZANCOURT, C. glmulti: An R Package for Easy Automated Model Selection with (Generalized) Linear Models. **J Stati Software**, v. 34, n. 12, p 1-29, 2010. . Disponível em: <https://doi.org/10.18637/jss.v034.i12>

CHAN, R. C. H.; OPERARIO, D.; MAK, W. W. S. Effects of HIV-Related Discrimination on Psychosocial Syndemics and Sexual Risk Behavior among People Living with HIV. **Int J Environ Res Public Health**, v. 17, n.6, 1924, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17061924>.

CHEKOLE, Y. A.; TAREKEGN, D. HIV-related perceived stigma and associated factors among patients with HIV, Dilla, Ethiopia: A cross-sectional study. **Ann Med Surg.**, v. 71, n. 1, p. 1-12, 2021. . Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2021.102921>

CROCKETT, K. B. et al. Experiences of HIV-related discrimination and consequences for internalised stigma, depression and alcohol use. **Psychol Health**, v. 34, n. 7, p. 796-810, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/08870446.2019.1572143>

EMLET, C. et al. The impact of HIV-related stigma on older and younger adults living with HIV disease: Does age matter? **AIDS Care**, v. 27, n. 4, p. 520-528, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09540121.2014.978734>

FEYISSA, G. T. et al. Reducing HIV-related stigma and discrimination in healthcare settings: A systematic review of quantitative evidence. **PloS one**, v. 14, n. 1, p. 1-10, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211298>

GIBSON, B. A. et al. Gender identity, healthcare access, and risk reduction among Malaysia's mak nyah community. **Glob Public Health.**, v. 11, n. 1, p. 1010-25, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/17441692.2015.1134614>

- GROSSMAN, C. I.; STANGL, A. L. Global action to reduce HIV stigma and discrimination. Editorial: Global action to reduce HIV stigma and discrimination. **J Int AIDS Soc.**, v. 16, suppl 2, p. 1-10, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7448/IAS.16.3.18881>
- GUIMARÃES, M. D. C. et al. Conhecimento sobre HIV/aids entre HSH no Brasil: um desafio para as políticas públicas. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 22, supl. 1, p. 1-15, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190005.supl.1>
- IKEDA, D. J. et al. A quality improvement approach to the reduction of HIV-related stigma and discrimination in healthcare settings. **BMJ global health**, v. 4, n. 3, p. 1- 9, 2019. h. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001587>
- INFANTE, C.; SOSA-RUBI, S. G.; CUADRA, S. M. Sex work in Mexico: vulnerability of male, transvesti, transgender and transsexual sex workers. **Cult Health Sex.**, v. 11, n. 2, p. 125-37, 2009. . Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13691050802431314>
- JESUS, G. J. et al. Dificuldades do viver com HIV/Aids: entraves na qualidade de vida. **Acta Paul Enferm.**, v. 30, n. 3, p. 301-307, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700046>
- JU, L. H. et al. Features and influencing factors of self-discrimination among HIV/aids patients according to sex. **Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi.**, v. 50, n. 10, p. 863- 868, 2016. . Disponível em: <https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.0253-9624.2016.10.006>
- KAPLAN, R. L. et al. Forms of safety and their impact on health: an exploration of HIV/AIDS-related risk and resilience among trans women in Lebanon. **Health Care Women Int.**, v. 36, n. 1, p. 917-35, 2015. . Disponível em: <https://doi.org/10.1080/07399332.2014.896012>
- LIFSON, A. R. et al. HIV/AIDS stigma-associated attitudes in a rural Ethiopian community: characteristics, correlation with HIV knowledge and other factors, and implications for community intervention. **BMC Int Health Hum Rights.**, v.12, n. 6, p. 6-15, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-698X-12-6>
- LOGIE, C. H. et al. 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. **Prev Med**, v. 107, p. 36-44, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.12.018>
- LOUTFY, M. R. et al. Gender and ethnicity differences in HIV-related stigma experienced by people living with HIV in Ontario, Canada. **PLoS one**, v. 7, n. 12, p. 1- 10, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0048168>
- MARSICANO, E. et al. Multiple discriminations experienced by people living with HIV in France: results from the ANRS-Vespa2 study. **AIDS care**, v. 26, n. sup1, p. 97- 106, 2014.. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/09540121.2014.907385>
- MCCAFFREY, D. F.; RIDGEWAY, G.; MORRAL, A. R. Propensity score estimation with boosted regression for evaluating causal effects in observational studies. **Psychol Methods**, v. 9, n. 4, p. 403-25, 2004. . Disponível em: <https://doi.org/10.1037/1082-989X.9.4.403>

MCCAFFREY, D.F. et al. A tutorial on propensity score estimation for multiple treatments using generalized boosted models. **Statistics in medicine**, v. 32, n. 19, p. 3388-3414, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23508673/>

MENDES, P. M. et al. Association between perceived racial discrimination and hypertension: findings from the ELSA-Brasil study. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 1-12, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00050317>.

MONTEIRO, S.; VILLELA, W. V.; KNAUTH, D. Discrimination, stigma, and AIDS: a review of academic literature produced in Brazil (2005-2010). **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 1, p. 170-176, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000100018>

NURSALAM, N. et al. Determinants of the Discriminatory Behavior Experienced by People Living with HIV in Indonesia: A Cross-sectional Study of the Demographic Health Survey. **The Open Aids J**, v. 15, n. 1, p. 1-9., 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.2174/1874613602115010001>

PACHECO, A. G. et al. HIV infection is not associated with carotid intima-media thickness in Brazil: a cross-sectional analysis from the INI/ELSA-Brasil study. **PLoS One**, v. 11, n. 7, p. 1-10, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158999>

PACHECO, A. G. et al. Traditional risk factors are more relevant than HIV-specific ones for carotid intima-media thickness (cIMT) in a Brazilian cohort of HIV-infected patients. **PLoS one**, v. 10, n. 2, p. 1-12, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0117461>

PARKER, R.; AGGLETTON, P. **Estigma, discriminação e AIDS**. Rio de Janeiro: Cidadania e Direitos, 2001. Disponível em: http://www.abiaids.org.br/_img/media/colecao%20cidadania%20direito.pdf. Acesso em: 18 out. 2018.

PASCOE, E. A.; SMART RICHMAN, L. Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. **Psychol Bull**, v. 135, n. 4, p. 531-54, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/a0016059>

PELTZER, K.; PENGPID, S. Prevalence And Associated Factors Of Enacted, Internalized And Anticipated Stigma Among People Living With HIV In South Africa: Results Of The First National Survey. **HIV AIDS (Auckl)**, v. 11, n. 1, p. 275-285, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/HIV.S229285>

RHODES, S. D. et al. The ecology of sexual health of sexual minorities in Guatemala City. **Health Promot Int.**, v. 30, n. 1, p. 832-42, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapro/dau013>

RUEDA, S. et al. Examining the associations between HIV-related stigma and health outcomes in people living with HIV/AIDS: a series of meta-analyses. **BMJ Open**, v. 6, n. 7, p. 1-12, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011453>.

SCHMIDT, M.I. et al. Cohort profile: longitudinal study of adult health (ELSA-Brasil). **Int J Epidemiol**, v. 44, n. 1, p. 68-75. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ije/dyu027>

- SHAH, S. et al. Knowledge, Attitudes and Practices Related to HIV Stigma and Discrimination Among Healthcare Workers in Oman. **Sultan Qaboos Univ Med J.**, v. 20, n. 1, p. 29-36, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.18295/squmj.2020.20.01.005>
- SILVA, C. E. da et al. Stigma and Web-Based Sex Seeking Among Men Who Have Sex With Men and Transgender Women in Tijuana, Mexico: Cross-Sectional Study. **JMIR Public Health Surveill.**, v. 6, n. 1, p. 1-12, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2196/14803>
- STAHLMAN, S. et al. Characterizing the HIV risks and potential pathways to HIV infection among transgender women in Cote d'Ivoire, Togo and Burkina Faso. **J Int AIDS Soc.**, v. 19, suppl 2. P. 1-10, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.7448/IAS.19.3.20774>
- STUTTERHEIM, S. E. et al. Patient and provider perspectives on HIV and HIV- related stigma in Dutch health care settings. **AIDS Patient Care STDS.**, v. 28, n. 12, p. 652-65, 2014. . Disponível em: <https://doi.org/10.1089/apc.2014.0226>
- SWEILEH, W.M. Bibliometric analysis of literature in AIDS-related stigma and discrimination. **Transl Behav Med**, v. 9, n. 4, p. 617-628, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/tbm/iby072>
- THAPA, S. et al. Stigma reduction in relation to HIV test uptake in low- and middle- income countries: a realist review. **BMC Public Health**, v. 18, n.1, p. 1277, nov 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6156-4>.
- UN WOMEN PROGRAMME. **Supporting Gender Equality in the Context of HIV and AIDS (2009–2013)**. Disponível em: <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2015/4/championing-gender-equality-in-the-hiv-response-the-experiences-of-five-programme-countries#view>. Acesso em: 10 out. 2020.
- UNAIDS. **Seizing the moment — Tackling entrenched inequalities to end epidemics. Genebra: UNAIDS**, 2021. Disponível em: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/global-aids-report>. Acesso em: 10 out. 2021.
- UNAIDS. **Report of the UNAIDS Multistakeholder Consultation on next Global AIDS Strategy**. Genebra: UNAIDS, 2020. Disponível em: https://www.unaids.org/en/Global_AIDS_strategy. Acesso em: 10 out. 2020.
- UNAIDS. **UNAIDS warns that HIV-related stigma and discrimination is preventing people from accessing HIV services**. Genebra: UNAIDS, 2017. Disponível em: https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2017/october/20171002_confronting-discrimination. Acesso em: 10 out. 2020.
- WILLIAMS, D. R. et al. Perceived discrimination, race and health in South Africa. **Soc Sci Med.**, v. 67, n. 3, p. 441-52, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.021>
- WOODFORD, M. R. et al. Barriers and facilitators to voluntary HIV testing uptake among communities at high risk of HIV exposure in Chennai, India. **Glob Public Health.**, v. 11, n. 1, p. 363-79, 2016. . Disponível em: <https://doi.org/10.1080/17441692.2015.1057757>

WOODGATE, R. L. et al. "People try and label me as someone I'm not": The social ecology of Indigenous people living with HIV, stigma, and discrimination in Manitoba, Canada. **Soc Sci Med**, v. 194, n. 1, p. 17-24, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.10.002>

XIAO, C. X. et al. Investigation on perceived discrimination and its influencing factors among people living with HIV/AIDS. **Chongqing Medicine.**, v. 1, n. 36, p. 2189- 2192, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.3969/j.issn.1671-8348.2018.16.019>

ZHU, Z. et al. Perceived discrimination and cognitive function in middle-aged and older adults living with HIV in China. **AIDS care**, p. 1-8, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09540121.2019.1601674>

7.2 RESULTADOS DO OBJETIVO ESPECÍFICO 3 SOB A FORMA DE ARTIGO

TÍTULO: Associação entre as experiências de discriminação percebida pelas PVHIV com mortalidade e desfechos clínicos específicos do HIV

RESUMO: A discriminação relacionada ao HIV é comum e generalizada em todo o mundo e traz danos ao acompanhamento das pessoas que vivem com HIV (PVHIV) com piora em resultados sociais e de saúde. Apesar de não ser uma condição clínica, a discriminação traz efeitos que interferem no seguimento e continuidade do cuidado às PVHIV. O objetivo deste estudo foi investigar a associação entre as experiências de discriminação percebida por PVHIV com falha virológica e progressão da doença (manifestações relacionadas ao HIV e mortalidade). Trata-se de um estudo com abordagem prospectiva em que foram observados desfechos de saúde ao longo do tempo. Utilizou-se como grupo populacional uma amostra de indivíduos acompanhados pelo Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI) submetidos aos procedimentos de coleta do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil) (n=649). A discriminação percebida ao longo da vida foi avaliada pela *Lifetime Major Events Scale*. Modelos semi-paramétricos de Cox foram utilizados para estimar hazard ratios (HR) para a ocorrência de falha virológica, óbito ou manifestação relacionada. Durante todo o período de acompanhamento houve a ocorrência de 38 óbitos (5,8%), de 410 (63,4%) indivíduos com falha viral ao longo do tempo e de 72 (11,1%) de manifestações relacionadas. A análise de regressão multivariada de Cox para falha viral incluiu a percepção de discriminação como fator de risco (HR: 1,11; IC 95% 0,86-1,44), assim como para o óbito isoladamente (HR: 1,76; IC 95% 0,91-3,41), porém sem significância estatística. O estudo reforça a necessidade de aprofundar o conhecimento acerca da discriminação relacionada ao HIV e seus efeitos sobre resultados de saúde nas PVHIV.

PALAVRAS-CHAVE: HIV; Aids; Discriminação; Resultados de Saúde.

INTRODUÇÃO:

A pandemia de HIV/AIDS continua sendo um problema mundial de saúde pública, possuindo mais de 38,4 milhões de infectados, tendo sido responsável por 650.000 óbitos no mundo em 2021, sendo 10.565 óbitos por causa básica Aids no Brasil em 2019, apesar de uma tendência a diminuição da mortalidade nos últimos anos (UNAIDS, 2022, BRASIL, 2020). Em 2021, a pandemia completou 40 anos em meio a avanços científicos e tecnológicos, sendo marcada também por ser uma infecção predominante em populações vulneráveis e marginalizadas, em que a discriminação continua a ser um obstáculo persistente nos mecanismos de controle (BAYER, 2021).

A discriminação relacionada ao HIV, ação que resulta em tratamento injusto e desigual devido à condição real ou de risco ao HIV de um indivíduo, é comum e generalizada em todo o mundo e traz danos ao acompanhamento das pessoas que vivem com HIV (PVHIV) com piora em resultados psicológicos, sociais e de saúde (UNAIDS, 2015; DATTA, 2016). Apesar dos avanços obtidos no manejo e tratamento clínico do HIV, a carga psicossocial de viver com

a infecção perdura (BILSEN et al., 2020).

Estudos mostram que a discriminação relacionada ao HIV esteve associada a desfechos na condução clínica dos pacientes, levando à baixa adesão à TARV e a prejuízos no acesso aos serviços de saúde (KATZ et al., 2013; RUEDA et al., 2016). Outras pesquisas evidenciaram em PVHIV a relação da discriminação com desfechos de saúde comportamentais, físicos e de bem-estar afetivos (EARNSHAW et al., 2013), assim como associação entre experiências de múltiplos eventos de discriminação ao longo da vida com o número de sintomas de HIV vivenciados, gravidade da doença, contagem de células CD4 e carga viral (CV) (BRAKSMAJER et al., 2018). Em Los Angeles, maiores experiências de discriminação relacionadas ao status sorológico para HIV foram também significativamente relacionadas ao relato de mais sintomas de Aids (BOGART et al., 2013).

Apesar de não ser uma condição clínica, a discriminação traz efeitos que interferem no seguimento e continuidade do cuidado às PVHIV, sendo inclusive barreira de acesso aos serviços de saúde e tratamento (CROOME et al., 2017). Nesse sentido, o objetivo deste estudo é investigar a associação entre as experiências de discriminação percebida por PVHIV com desfechos clínicos específicos do HIV (falha virológica) e progressão da doença (manifestações relacionadas ao HIV e mortalidade).

MÉTODO:

Trata-se de um estudo com abordagem prospectiva realizado com uma amostra de indivíduos acompanhados pelo Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI) (n=649), selecionados aleatoriamente para se submeterem aos mesmos procedimentos da linha de base do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA- Brasil) (n=649) (PACHECO et al., 2016; PACHECO et al., 2015; SCHMIDT et al., 2015).

Para investigar o efeito da discriminação percebida com desfechos de saúde das PVHIV e progressão da doença, foram analisados os tempos até a (1) falha virológica e (2) a ocorrência de manifestações relacionadas ao HIV ou óbito, o que ocorresse primeiro. A definição de falha virológica obedeceu aos pontos de corte conforme as recomendações de carga viral detectável (sim = carga viral > 50 cópias/ml; não = carga viral < 50 cópias/ml). Assim, foi considerada falha se o indivíduo possuísse CV detectável.

O período observado teve início em janeiro de 2011 até dezembro de 2019. A censura ocorreu em caso de abandono de acompanhamento dos participantes na coorte (um ano sem informação do participante depois da última informação disponível) ou no término da

observação (31/12/2019), caso os eventos de interesse não fossem observados até então. Ressalta-se que a última revisão de busca ativa de óbitos em sistema de informação sobre mortalidade (SIM) disponível para consulta em bancos de dados foi em 2019, razão pela qual a data de censura foi estabelecida. Os dados foram produzidos por meio de entrevistas, medidas, exames e armazenamento de material biológico, com utilização de questionários melhor detalhados em estudos anteriores (AQUINO et al., 2013; PACHECO et al., 2016).

As informações sobre carga viral do HIV, quantidade de células CD4, ocorrência de óbito e de manifestações relacionadas ao HIV, foram obtidas em bancos de dados da coorte do INI, que são rotineiramente atualizados e alimentados com dados dos prontuários dos pacientes acompanhados pelo instituto (PACHECO et al., 2015). Os dados sociodemográficos e de percepção de discriminação foram obtidos por meio do acesso ao sistema de dados do INI-ELSA.

A discriminação percebida ao longo da vida foi determinada com base em uma versão modificada da *Lifetime Major Events Scale*, medida que reúne a ocorrência de tratamento injusto em cinco domínios: (1) o local de trabalho, como ser demitido ou não recomendado para promoção; (2) dificuldade em alugar imóvel ou morar dentro de Comunidade; (3) acusação injusta, busca ou agressão pela polícia; (4) receber um serviço pior em um local público, como um banco, loja, hospital ou escritório de governo; e (5) ser (injustamente) desencorajado dentro da escola ou faculdade (WILLIAMS et al., 2008; MENDES et al., 2018).

Para identificação da frequência das PVHIV que se sentiram discriminadas foi criada uma variável de discriminação total, somando-se a discriminação sofrida em qualquer domínio (e.g. local de trabalho, escola). Além disso, foram utilizadas variáveis socioeconômicas, como sexo, identidade de gênero, idade, escolaridade, raça/cor, renda, estado de saúde e relacionadas ao HIV (carga viral e células CD4).

A análise descritiva geral consistiu na estimação da mediana com intervalo interquartil (IIR) ou média com desvio-padrão para variáveis contínuas e distribuição de frequências para as variáveis categóricas. As diferenças nas características entre as PVHIV em quem ocorreram os eventos foram avaliadas pelo teste de Mann-Whitney e teste t para variáveis contínuas e pelo teste chi-quadrado para variáveis categóricas.

Foram observadas as curvas de sobrevivência e as medianas do tempo de sobrevivência sendo estimadas pelo método de Kaplan-Meier (KM). Modelos semi-paramétricos de Cox foram utilizados para estimar *hazard ratios* (HR) com seus respectivos

intervalos de confiança (IC) 95% (CARVALHO et al., 2011).

Na seleção das variáveis, que compuseram o modelo de Cox final para cada desfecho estudado, utilizou-se a implementação de método exaustivo na escolha na escolha, utilizando o AIC como critério para comparar o melhor modelo obtido ((CALCAGNO; MAZANCOURT, 2010). Nos modelos para falha virológica, desconsideraram-se aqueles participantes que já estavam em falha viral na linha de base do estudo. A proporcionalidade dos modelos de Cox foi testada de acordo com métodos adequados para tal (CARVALHO et al., 2011).

Na interpretação de todos os testes foi considerado significativo estatisticamente aqueles que possuem valor de $p < 0,05$. Todas as análises foram realizadas no ambiente R, versão 4.1.22 (R core team, 2021).

RESULTADOS:

Um total de 646 pacientes foram incluídos no estudo, sendo a maioria do sexo masculino (57,6%), com idade mediana de 43,5 anos, em sua maioria da raça/cor branca (40,2%), de baixa renda (média de R\$ 805,23) e 51,8% com mais de 9 anos de estudo.

Durante todo o período de acompanhamento, a mediana de 6,9 anos, (intervalo interquartil ([IQR] 6,8-7,8), houve 38 óbitos (5,8%) e 410 (63,4%) indivíduos com falha viral. Quanto ao tempo até a falha viral, a mediana foi de 975 dias (IC95% =814-1279 dias). Além disso, no mesmo período ocorreram manifestações relacionadas ao HIV em 72 (11,14%) participantes, com tempo mediano de 3.088 dias (8,4 anos).

A tabela 01 mostra as principais características sociodemográficas e laboratoriais dos participantes do estudo segundo a progressão da doença, em que não se observou diferença significativa quanto às variáveis demográficas. Dentre os que se perceberam discriminados, a frequência de ocorrência de óbito ou de manifestações relacionadas foi de 17,9%. Observaram-se diferenças quanto aos valores de carga viral e de células CD4, em que maiores valores de carga viral e menores de CD4 nas PVHIV ocorreram naqueles que apresentaram progressão da doença.

Tabela 01: Caracterização geral segundo a progressão da doença (ocorrência de óbito e aparecimento de manifestações relacionadas).

Variáveis	Progressão da doença*		Total	p valor**
	Não n (%)	Sim n (%)		
Total	541 (83,75)	105 (16,25)	646	
Discriminação total				0,28
Não	282 (85,20)	49 (14,80)	331	
Sim	256(82,10)	56 (17,90)	312	
Sexo				0,32
Feminino	224 (82,10)	49 (17,90)	273	
Masculino	317 (85,00)	56 (15,00)	373	
Identidade de Gênero				0,38
Mulher(cis)	224(82,10)	49 (17,90)	273	
Mulher (trans)	7 (70,00)	3 (30,00)	10	
Homem (cis)	103(88,00)	14 (12,00)	117	
HSH	182(83,5)	36 (16,5)	218	
Ignorado	25 (89,3)	3 (10,70)	28	
Idade média(DP)	44,4 (10,4)	43,1 (10,7)	43,5	0,81
Escolaridade				0,58
1º grau	257 (82,9)	53(17,1)	310	
2º grau a mais	284(84,5)	52 (15,5)	336	
Raça/Cor				0,50
Branca	216(82,80)	45 (17,20)	261	
Negra	131(87,90)	18 (12,10)	149	
Amarela	174 (82,90)	36 (17,10)	210	
Indígena	12 (80,00)	2 (20,00)	15	
Não sabe	8 (72,70)	3 (27,3)	11	
Renda mediana(IIQ)	414,5 (207,2,1036,2)	414,5 (207,2,1019,0)		0,92
CD4 base	563	499		0,01
mediana(IIQ)	(375,00;752,00)	(316,0;673,0)		
CV base mediana(IIQ)	49 (49,0,51,0)	49(49,0,6216,0)		<0,01
CV detectável				0,46
Não	201 (85,20)	35 (14,80)	236	
Sim	340 (82,90)	70 (17,10)	410	

*As colunas fornecem números (%), DP (desvio-padrão) e IIQ (intervalo interquartilico), quando aplicável. CV: carga viral; CD4: células CD4.

** Testes Kruskal-Wallis, teste t e χ^2

A análise de regressão multivariada de Cox para falha viral incluiu no melhor modelo a percepção de discriminação como uma variável que confere risco (HR: 1,11; IC 95% 0,86-1,44), porém sem significância estatística. Ter mais anos de estudo representou fator de proteção (HR:0,67 IC95% 0,51-0,88) (Tabela 02).

Quanto à progressão da doença não houve associações na estimação univariada, entretanto na análise multivariada, o avançar da idade mostrou-se como fator de proteção

(HR:0,97; IC 95% 0,95;0,99) (Tabela 03).

Nos modelos de Cox para a ocorrência de óbito isoladamente, a percepção de discriminação representou fator de risco, sem significância estatística (HR: 1,76; IC 95% 0,91-3,41) e cada ano adicional de idade foi associado a uma taxa 6% maior de óbito (HR:1,06 IC95% 1,02-1,09). Nesta análise, o aumento do número a cada 100 células CD4 foi estimado como fator de proteção (HR: 0,84; IC 95% 0,74-0,95).

Tabela 02: Razões de *hazard* (HR) associados a falha viral na população do estudo.

Variável	Categorias	HR (Não ajustada IC - 95%)	P- valor	HR (Ajustada IC -95%)	p- valor
Discriminação total (Ref: Não)	Sim	1,07(0,88-1,30)	0,47	1,11(0,86-1,44)	0,40
Sexo (Ref: Feminino)	Masculino	0,87(0,72-1,06)	0,18		
Identidade de gênero (Ref: mulher cis)	Mulher trans	0,89(0,36-2,17)	0,80		
	Homem cis	0,80(0,60-1,05)	0,11		
	HSH	0,90(0,72-1,12)	0,37		
	Ignorado	1,01(0,63-1,62)	0,96		
Idade		0,98(0,97-0,99)	<0,01	0,99(0,98-1,01)	0,88
Escolaridade (Ref: 1º grau)	2º grau	0,69(0,57-0,84)	<0,01	0,67(0,51-0,88)	<0,01
Raça/Cor (Ref: Branca)	Negra	1,04(0,82-1,35)	0,07		
	Amarela	0,91(0,72-1,15)	0,43		
	Indígena	0,96(0,51-1,82)	0,91		
	Não sabe	1,51(0,77-2,94)	0,23		
Renda Mensal		0,99(0,99-1,00)	0,25	1,00(0,99-1,00)	0,67
CD4 (a cada 100 células)		0,99(0,99-0,99)	<0,01	0,97(0,92-1,01)	0,18
Manifestação relacionada	Sim	1,42(1,06-1,90)	0,02	0,92(0,57-1,49)	0,75

*Ajustada por idade, escolaridade, renda mensal, CD4 (células CD4), manifestação relacionada.

Tabela 03: Razões de *hazard* (HR) associados à progressão da doença (combinação de óbito e manifestação relacionada).

Variável	Categorias	HR (Não ajustada IC - 95%)	P- valor	HR (Ajustada* IC -95%)	p- valor
Discriminação total (Ref: Não)	Sim	1,19(0,80-1,77)	0,37		
Sexo (Ref: Feminino)	Masculino	1,17(0,79-1,72)	0,42		

Identidade de gênero (Ref: mulher cis)	Mulher trans	1,69(0,52-5,52)	0,38	
	Homem cis	1,19(0,65-2,17)	0,55	
	HSH	1,16(0,75-1,78)	0,50	
	Ignorado	0,92(0,28-2,99)	0,89	
Idade		0,98(0,97-1,00)	0,09	0,97(0,95-0,99) 0,03
Escolaridade (Ref: 1º grau)	2º grau	1,05(0,71-1,55)	0,77	
Raça/Cor (Ref: Branca)	Negra	1,10(0,63-1,92)	0,73	
	Amarela	0,87(0,56-1,35)	0,54	
	Indígena	0,42(0,13-1,39)	0,15	
	Não sabe	8,72(2,58-29,47)	<0,01	
Renda Mensal		1,00(0,99-1,00)	0,96	1,00(0,99-1,00) 0,83
Cv detectável (Ref: Não)	Sim	0,83(0,55-1,26)	0,39	
CD4 (a cada 100 células)		1,00(0,94-1,07)	0,89	0,66(0,41-1,04) 0,07

*Ajustada por idade, renda mensal, CD4 (células CD4).

DISCUSSÃO:

A percepção de discriminação ocorreu em 48,3% dos participantes o que indica ser um problema ainda presente em nossa realidade, sendo fator de risco nos modelos explicativos de Cox com probabilidade 11% maior para ocorrência de falha viral e 76% maior para ocorrência de óbito em quem se percebeu discriminado.

No Reino Unido, inquérito realizado com 4.422 PVHIV obteve resultado semelhante quanto à frequência de percepção em que dois em cada cinco participantes (40,3%) endossaram pelo menos um item de percepção de estigma ou discriminação. Esse mesmo estudo, mostrou que as PVHIV em contexto de discriminação, ou seja, o de ter sido tratado de forma diferente de outros pacientes, tiveram necessidades de saúde social, mental e física não atendidas, todas as quais afetavam resultados de tratamento do HIV e qualidade de vida, sugerindo que tal discriminação pode de fato sustentar essas necessidades, ou pelo menos agravá-las (WIGINTONA et al., 2021).

Nessa mesma perspectiva, estudo realizado com mulheres afro-americanas que viviam com HIV mostrou que aquelas que tiveram mais experiências de discriminação e que relataram que a discriminação tornava a vida mais difícil tiveram uma maior prevalência significativa em faltar a uma consulta de acompanhamento da infecção (CRESSMAN et al., 2020). O comportamento de busca por cuidados de saúde insatisfatório possui impacto negativo na saúde geral e no bem-estar das PVHIV que sofrem com episódios de discriminação, conforme estudo realizado em Marrocos (MOUSSA et al., 2021). Isso traz

consequências negativas, resultando em baixa adesão a terapêutica recomendada como visto na Austrália, na República Dominicana e no Brasil (MEY et al., 2017) (ZULLIGER et al., 2015) (CRUZ et al., 2016).

Também em concordância ao encontrado em nossos resultados, na Geórgia, pesquisa identificou que 48% dos participantes relatou ter sofrido pelo menos um evento de discriminação relacionada ao HIV no último ano. Tais eventos foram associados a níveis elevados de estresse psicológico que pode se traduzir em consequências de estresse fisiológico e piora de resultados de saúde, além de efeitos no aumento de sintomas depressivos e consumo de álcool (CROCKETT et al., 2019). Na China, identificou-se que as PVHIV recém-diagnosticadas possuem diversos estressores, sendo o principal deles a discriminação sofrida derivada da revelação do diagnóstico (HUANG et al., 2020).

Com relação à piora nos resultados de saúde, uma revisão sistemática apontou que o estigma/discriminação relacionado ao HIV pode comprometer a adesão a cuidados de saúde ao minar o apoio social e o enfrentamento adaptativo. Além disso, a percepção de discriminação diminui a adesão ao tratamento por meio de processos psicossociais, pois as PVHIV podem adotar estratégias para ocultar seu estado, levando a atrasos no início ou interrupções do tratamento (KATZ et al., 2013). Estudo feito com PVHIV americanas identificou a existência de efeitos de experiências percebidas de discriminação sobre os sintomas do HIV (EARNSHAW et al., 2015).

Em meio a essa discussão, observa-se que a relação entre discriminação e resultados de saúde tem sido estudada de forma direta, como em nosso estudo, ou indiretamente, pois ainda é reconhecida a escassez de pesquisas que consigam explicitar os reais mecanismos, sejam eles biológicos ou psicossociais, que expliquem a influência da experiência de ter sofrido discriminação nos resultados de saúde relacionados ao HIV, considerando suas diferentes dimensões individuais, interpessoais e estruturais (SWEENEY; VANABLE, 2016; TURAN et al., 2017; CROCKETT et al., 2019).

Levantamento com homens heterossexuais negros dos EUA, que viviam com HIV, identificou associação positiva significativa entre experiências de múltiplos eventos de discriminação ao longo da vida com o número de sintomas somáticos do HIV vivenciados no último mês como, por exemplo, febre, calafrio ou suor, sensação de tontura ou vertigem, dor, problemas com sexo, entre outros. Destacou-se, também, que a relação entre a percepção de discriminação e a sintomatologia do HIV aumenta, tanto direta quanto indiretamente, quando mediada pela ansiedade, (BRAKSMAJER et al., 2018), assim como encontrado em nossos

achados (HR: 1,11; IC 95% 0,86- 1,44) quanto aos riscos maiores para ocorrência de falha viral.

O mesmo estudo identificou que o apoio social, em contrapartida, possui um efeito protetor na relação entre a discriminação e sintomatologia relacionada ao HIV (BRAKSMAJER et al., 2018). Em nossos resultados, o efeito protetor à ocorrência de falha viral foi possuir escolaridade mais elevada (HR:0,67 IC95% 0,51-0,88), resultado esperado já que, pessoas com baixo ou nenhum nível de escolaridade têm probabilidade de ter ideias erradas sobre o HIV (LETAMO, 2019), além de que quanto mais conhecimento dispensado à infecção maiores são as chances de adesão ao cuidado e tratamento indicado (PULERWITZ et al., 2010; JACOBI et al., 2020).

A percepção de discriminação pode levar a um comportamento no qual muitas pessoas que vivem com HIV/Aids omitem sua condição sorológica adotando uma “vida em duplicidade”, enfrentando situações constrangedoras como ausência de esclarecimento sobre sua condição sorológica em consultas médicas, disfarçar ou simular situações para poder tomar os medicamentos e enfrentar o medo de ser identificado como HIV positivo, situações que afetam a maneira como os pacientes conduzem sua condição clínica (NDAYALA; NGIGE, 2020).

Durante o período de acompanhamento deste estudo, 63,4% dos participantes apresentaram falha viral. Estudo realizado na Etiópia identificou como um dos fatores de risco a baixa contagem de células CD4, assim como neste estudo em que um maior número de células CD4 foi fator protetor (HR: 0,97 IC95% 0,92-1,01), além da baixa adesão a TARV e duração do tratamento (NEGA et al., 2020). Outro estudo realizado em coorte africana atribui aos efeitos do estigma, dentre eles a discriminação, contagens mais baixas de células CD4 e atraso no início de tratamento entre os mais jovens (BAHEMANA et al., 2020).

Em uma análise multivariada realizada na Califórnia com negros e latinos HIV positivo, verificou que os participantes negros que experimentaram maior discriminação racial eram menos propensos a ter uma contagem de células CD4 alta e uma carga viral indetectável; e eram mais propensos a visitar o departamento de emergência. Os três tipos de discriminação combinados (raça / etnia, orientação sexual e sorologia para HIV) previram maiores sintomas de Aids. Entre os latinos, os três tipos combinados de discriminação previram maior gravidade dos efeitos colaterais dos medicamentos e sintomas de Aids (BOGART et al., 2013). Esses achados chamam a atenção para uma relação mais ampla e complexa da discriminação, considerando o possível efeito dos outros tipos de discriminação

que co-ocorrem entre as pessoas com HIV.

Quanto à análise para ocorrência de óbito, a percepção de discriminação também representou risco (HR: 1,76; IC 95% 0,91-3,41), embora sem significância estatística. Esse fato não foi comparado a outros estudos pela ausência de análises que estabelecessem essa relação de forma direta. No entanto, já elucidamos os prejuízos causados pela discriminação na sintomatologia e condução clínica do HIV o que indiretamente pode se relacionar a uma pior progressão da doença.

Qualitativamente, alguns estudos ao investigar os impactos negativos da discriminação sobre a saúde das PVHIV associam o medo da divulgação do status sorológico ao bem-estar geral, sendo a discriminação o fator mais prejudicial no alcance de bons resultados de saúde (RUFFELL, 2017; ZIERSCH et al., 2021; AMELI et al., 2021).

De maneira geral, nossos resultados mostram alta sobrevivência na coorte estudada, tendência que tem sido observada ao longo dos anos desde a introdução da terapia antirretroviral, além do aumento da mortalidade por causas não relacionadas ao HIV (TARV) (WEBER et al., 2012; WING et al., 2016; WONG et al., 2018). Assim como ocorreu em nosso estudo, geralmente, os fatores que mais contribuem para diferenças de morbimortalidade das PVHIV estão relacionados aos valores de carga viral e de células CD4, em que quanto maior for a carga viral e menor for a contagem de células CD4, maiores são as ocorrências de óbito e de manifestações relacionadas ao HIV (WING et al., 2016; YAGHOUBI et al., 2017).

Modelo teórico proposto por Safarnejad e Izazola-Licea (2017) mostra que o compromisso com medidas antidiscriminação possui efeito indireto positivo sobre o resultado na cobertura de cuidado e adesão ao tratamento das PVHIV e assim consequentemente em melhores resultados de saúde. Tal fato é observado em diversas regiões do mundo (UNAIDS, 2021). Combater a discriminação relacionada ao HIV pode ter impacto inclusive na redução da incidência de HIV, conforme modelagem matemática realizada no Quênia (LEVY et al., 2021).

Entretanto, a falta de evidências globais sobre intervenções eficazes contra o estigma do HIV nas mais diversas regiões geográficas e entre várias populações-chave deixa clara a gravidade do tema em questão (ANDERSSON et al., 2020). Embora existam relatos de que a discriminação contra as PVHIV provavelmente tenha reduzido nos últimos anos, o estigma residual ainda está presente especialmente para grupos marginalizados na sociedade (HEDGE et al., 2021).

A pesquisa apresenta como limitação o fato de que a população estudada corresponde a um grupo de PVHIV acompanhado regularmente em instituição de saúde reconhecida no âmbito nacional, com acesso a exames, condutas e terapêuticas de qualidade, não representando talvez a realidade total desse segmento populacional no país. Entretanto, é provável que representem aqueles que vivem em grandes centros urbanos no Brasil. Outro fator limitante foi a falta de poder nas associações identificadas que pode ter sido ocasionada pelo número reduzido de desfechos durante o tempo analisado, porém, apesar da não significância estatística, nossos achados estão de acordo com a literatura internacional que identifica e reconhece a relação entre a discriminação e resultados de saúde entre as PVHIV. A confiabilidade do estudo foi garantida pela padronização existente nas medidas de coleta e processamento dos dados por equipe treinada.

Os resultados aqui obtidos reforçam a necessidade de aprofundar o conhecimento acerca da problemática, devido à complexidade da exposição à discriminação e seus efeitos, assim como dos múltiplos fatores que podem mediar as possíveis associações. Por ser um determinante de saúde não proximal e de difícil abordagem, são escassos os estudos que busquem estabelecer a relação da discriminação com aspectos clínicos. Desse modo, de forma inédita nossos resultados buscam somar com a literatura disponível e contribuir no entendimento da problemática no contexto brasileiro.

CONCLUSÃO:

A percepção de discriminação aumentou o risco de ocorrência de falha viral e óbito ao longo do tempo, apesar da não significância estatística. A escassez de estudos que abordem essa relação de forma direta, somado aos nossos achados, reforçam que a percepção de discriminação em PVHIV e seus efeitos nos resultados clínicos de saúde e progressão da doença, merece mais estudos e aprofundamento teórico para melhor compreensão das implicações ocasionadas pela problemática no enfrentamento da epidemia de HIV/Aids.

REFERÊNCIAS

AMELI, V. et al. 'You just prefer to die early!': how socioecological context impedes treatment for people living with HIV in Iran. **BMJ global health**, v.6, n.11, e006088. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006088>

ANDERSSON, G. Z. ET.AL. Stigma reduction interventions in people living with HIV to improve health-related quality of life. **The lancet**. HIV, 7(2), e129–e140. 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(19\)30343-1](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(19)30343-1)

AQUINO, E. M. L. et al. Recrutamento de participantes no Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, supl. 2, p. 10-18, June 2013 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000800010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 abr 2019.

BAHEMANA, E. “Impact of age on CD4 recovery and viral suppression over time among adults living with HIV who initiated antiretroviral therapy in the African Cohort Study.” **AIDS research and therapy** vol. 17,1 66. 12 Nov. 2020. Disponível em: doi:10.1186/s12981-020-00323-x

BAYER, R. et. al. Marking the 40th Anniversary of the AIDS Epidemic — American Physicians Look Back. September 30, 2021; **N Engl J Med** 2021; 385:1251-1253.DOI:10.1056/NEJMp2106933

BOGART, L. M. et al. Perceived discrimination and physical health among HIV- positive Black and Latino men who have sex with men. **AIDS Behav.**, v. 17, n. 4, p. 1431-41, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10461-012-0397-5>

BRAKSMAJER, A. et al. Effects of Discrimination on HIV-Related Symptoms in Heterosexual Men of Color. **American Journal of Men’s Health**, v. 12, n. 6, p. 1855–1863. 2018. Disponível em:<https://doi.org/10.1177/1557988318797790>.

CARVALHO, M. S. et al. **Análise de sobrevivência: teoria e aplicações em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

CRESSMAN, A. E. et al. The Relationship Between Discrimination and Missed HIV Care Appointments Among Women Living with HIV. **AIDS and behavior**. 2020; 24(1), 151–164. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02522-8>

CROCKETT, K. B. et al. Experiences of HIV-related discrimination and consequences for internalised stigma, depression and alcohol use. **Psychology & Health**, p. 1–15. Disponível em: doi:10.1080/08870446.2019.1572143. Acesso em 20 jun 2019.

CROOME, N. et al. Patient-reported barriers and facilitators to antiretroviral adherence in sub-Saharan Africa. **AIDS**, v. 24, n. 31, p. 995-1007. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000001416>. Acesso em: 15 jul 2018.

CRUZ, M. et al. Children and adolescents with perinatal HIV-1 infection: factors associated with adherence to treatment in the Brazilian context. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 13, n. 6, p. 615, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4924072/>. Acesso em: 26 fev 2019.

DATTA, S. et al. “Perceived HIV Related Stigma among Patients Attending ART Center of a Tertiary Care Center in Rural West Bengal, India.” **Journal of clinical and diagnostic research** : JCDR vol. 10,10 (2016): VC09-VC12. doi:10.7860/JCDR/2016/21366.8669

DASKALOPOULOU, M. et al. Non-Disclosure of HIV Status and Associations with Psychological Factors, ART Non-Adherence, and Viral Load Non-Suppression Among People Living with HIV in the UK. **AIDS and Behavior**, V. 21, P. 21:184-195. 2017. doi: 10.1007/s10461-016-1541-4.

EARNSHAW, V. A. et al. HIV stigma mechanisms and well-being among PLWH: a test of the HIV stigma framework. **AIDS Behav**, v. 17, n. 5, p. 1785-1795, 2013.
Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10461-013-0437-9>. Acesso em: 1 maio 2019.

EARNSHAW, V. A. et al. HIV stigma and physical health symptoms: do social support, adaptive coping, and/or identity centrality act as resilience resources?. **AIDS and behavior**, v. 9, n.1 , p. 41–49. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10461-014-0758-3>

HEDGE, B. et al. HIV-related stigma in the UK then and now: to what extent are we on track to eliminate stigma? A qualitative investigation. **BMC public health**, v.21, n.1, 1022. 2021.
<https://doi.org/10.1186/s12889-021-11000-7>

HUANG, Y. et al. (2020). HIV-Related Stress Experienced by Newly Diagnosed People Living with HIV in China: A 1-Year Longitudinal Study. **International journal of environmental research and public health**, 17(8), 2681. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17082681>

JACOBI, C.A. et.al. “My friend with HIV remains a friend”: HIV/AIDS stigma reduction through education in secondary schools—a pilot project in Buea, Cameroon. **Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care**, 19 (2020), pp. 1-7, [10.1177/2325958219900713](https://doi.org/10.1177/2325958219900713)

KATZ, I. T. et al. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. **Journal of the International AIDS Society**, v. 16, p. 18640, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3833107/>. Acesso em 15 out 2018.

LETAMO, G. et al. Misconceptions about HIV transmission among adolescents: Levels, trends and correlates from the Botswana AIDS impact surveys, 2001-2013: A short report. **AIDS Care**, 31 (1) (2019), pp. 48-52, [10.1080/09540121.2018.1488030](https://doi.org/10.1080/09540121.2018.1488030)

LEVY, B. et al. Modeling the Effect of HIV/AIDS Stigma on HIV Infection Dynamics in Kenya. **Bulletin of mathematical biology**, v. 83, n. 5. 2021. <https://doi.org/10.1007/s11538-021-00891-7>

MENDES, P. M. et al . Association between perceived racial discrimination and hypertension: findings from the ELSA-Brasil study. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 34, n. 2, e00050317, 2018 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000205019&lng=en&nrm=iso

MEY, A. et al. Motivations and barriers to treatment uptake and adherence among people living with HIV in Australia: a mixed-methods systematic review. **AIDS Behav**, v. 21, n. 2, p. 352-385, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27826734>. Acesso em: 10 jan 2019.

NEGA, J. et al. “Antiretroviral treatment failure and associated factors among HIV patients on first-line antiretroviral treatment in Sekota, northeast Ethiopia.” **AIDS research and therapy** vol. 17,1 39. 10 Jul. 2020, [doi:10.1186/s12981-020-00294-z](https://doi.org/10.1186/s12981-020-00294-z)

NDAYALA ,P.; NGIGE, L. Influence of Social Cultural Factors on HIV Seropositivity Disclosure to Sexual Partners in Kenya. **East African Journal of Health and Science**,v. 2, n.1, p: 62-74. 2020. Disponível em: doi:<https://doi.org/10.37284/eajhs.2.1.224>

NCITAKALO, N. et al. Factors associated with external HIV-related stigma and psychological distress among people living with HIV in South Africa. **SSM - Population Health**, v. 14, 100809. June 2021. Disponível em:<https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100809>

PACHECO, A. G. et al. HIV infection is not associated with carotid intima-media thickness in Brazil: a cross-sectional analysis from the INI/ELSA-Brasil study. **PLoS One**, v. 11, n. 7, p. e0158999. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158999>. Acesso em 10 jun 2018.

PACHECO, A. G. et al. Traditional risk factors are more relevant than HIV-specific ones for carotid intima-media thickness (cIMT) in a Brazilian cohort of HIV-infected patients. **PloS one**, v. 10, n.2, e0117461.2015.

PULERWITZ, A.L. et al. Reducing HIV-related stigma: Lessons learned from horizons research and programs. **Public Health Reports**, v.125, n.2, p. 272- 281, 2010. Disponível em: [10.1177/003335491012500218](https://doi.org/10.1177/003335491012500218)

RUEDA, S. et al. Examining the associations between HIV-related stigma and health outcomes in people living with HIV/AIDS: a series of meta-analyses. **BMJ Open**. 2016; Jul 13;6(7):e011453. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27412106>. Acesso em: 15 out 2018.

RUFFELL, S. Stigma kills! The psychological effects of emotional abuse and discrimination towards a patient with HIV in Uganda. **BMJ case reports**, 2017, bcr2016218024. <https://doi.org/10.1136/bcr-2016-218024>

SAFARNEJAD, A.; IZAZOLA-LICEA, J.A. Direct and indirect effects of enablers on HIV testing, initiation and retention in antiretroviral treatment and AIDS related mortality. **PLoS One**, v.12, n.2, e0172569. 2017. doi: [10.1371/journal.pone.0172569](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172569).

SCHMIDT, M.I. et al. Cohort profile: longitudinal study of adult health (ELSA-Brasil). **Int J Epidemiol**, v. 44, n. 1, p. 68-75. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24585730>. Acesso em 10 jun 2018.

SWEENEY, S. M.; VANABLE, P. A. The association of HIV-related stigma to HIV medication adherence: a systematic review and synthesis of the literature. **AIDS Behav**, v. 20, n. 1, p. 29-50, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26303196>. Acesso em: 08 mar 2019.

TURAN, B. et al. Framing mechanisms linking HIV-related stigma, adherence to treatment, and health outcomes. **AJPH**, v. 107, n. 6, p. 863-869, 2017b. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28426316>. Acesso em: 02 fev 2019.

UNAIDS. **IN DANGER**: UNAIDS Global AIDS Update 2022. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2022a. Disponível em:

<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2022/in-danger-global-aids-update> . Acesso em 30 nov 2022.

UNAIDS. **On the Fast-Track to end AIDS by 2030**. Focus on location and population. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); Geneva, Switzerland: 2015. Available at: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/WAD2015_report_en_part01.pdf.

WEBER, R. et al. Decreasing mortality and changing patterns of causes of death in the Swiss HIV Cohort Study. **Swiss HIV Cohort Study (SHCS)**. First published: 24 September 2012 . <https://doi.org/10.1111/j.1468-1293.2012.01051.x>

WILLIAMS, D. R. et al. Perceived discrimination, race and health in South Africa. **Social science & medicine**, v. 67, n. 3, p. 441-452, 2008. Disponível em: [10.1016/j.socscimed.2008.03.021](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.021). Acesso em: 5 maio 2019.

WING, E. J. HIV and aging. The Miriam Hospital, Brown University, 164 Summit Avenue, Providence, RI 02906, USA. **REVIEW| VOLUME 53, P61-68, DECEMBER 01, 2016**. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2016.10.004> **International Journal of Infectious Diseases**.

WIGINTONA, J.M. et al. Brief report: HIV-related healthcare stigma/discrimination and unmet needs among persons living with HIV in England and Wales **Preventive Medicine Reports**, volume 24, December 2021, 101580 <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2021.101580>

WONG,C. et al. North American AIDS Cohort Collaboration on Research and Design (NA-ACCORD) (2018). Multimorbidade entre pessoas que vivem com o vírus da imunodeficiência humana nos Estados Unidos. **Doenças infecciosas clínicas: uma publicação oficial da Infectious Diseases Society of America** , v. 66, n 8 1230– 1238. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/cid/cix998>

YAGHOOBI, H. et al. Life expectancy and years of life lost in HIV patients under the care of BandarAbbas Behavioral Disorders Counseling Center. **Nepal journal of epidemiology**, v.7, n.4, p. 702–712. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.3126/nje.v7i4.20627>

ZIERSCH, A. et al. "It is not an acceptable disease": A qualitative study of HIV- related stigma and discrimination and impacts on health and wellbeing for people from ethnically diverse backgrounds in Australia. **BMC public health**, v. 21, n. 1, 779. 2021. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10679-y>

ZULLIGER, Rose et al. High drop-off along the HIV care continuum and ART interruption among female sex workers in the Dominican Republic. **J Acquir Immune Defic Syndr**, v. 69, n. 2, p. 216-222, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25714246>. Acesso em: 08 mar 2019.

8 DISCUSSÃO

Foi observado com os resultados alcançados pelo nosso estudo que a discriminação é um fator associado a maior percepção de discriminação em PVHIV comparada a não infectados, assim como é uma covariável de risco para a ocorrência de desfechos de saúde relacionados aos HIV, tais como falha viral e ocorrência de óbito. Além disso, sendo uma característica observável em quase 50% da PVHIV estudada, a discriminação foi percebida em diversos domínios do cotidiano dos participantes.

Vimos ao longo desse trabalho que a discriminação relacionada ao HIV impacta amplamente na vida das PVHIV ao ponto de influenciar negativamente na qualidade de vida, trazer efeitos psicossociais (LOGIE et al., 2018), além de interferirem nos cuidados de saúde que são ofertados, levando até mesmo a um desinteresse no manejo da infecção (ADIMORA et al., 2019). A discriminação percebida comumente existe em PVHIV e é influenciada por muitos fatores sociais e psicológicos (XIAO et al., 2018) que podem alimentar baixa estima sobre sua própria identidade (CHAN, 2020).

A frequência encontrada de percepção de discriminação em nosso estudo (48,6%) foi similar à de diversas regiões do mundo (MARSICANO et al., 2014; CROCKETT et al., 2019; ZHU et al., 2019; NURSALAM et al., 2021; WIGINTON et al., 2021), indicando ser um problema presente e persistente, apesar das medidas que têm sido adotadas ao seu enfrentamento.

Além disso, observou-se que o HIV, por si só, eleva a chance de percepção de discriminação (OR=1,10; IC95% 1,10-1,12), quando comparamos a percepção entre populações acometidas e não acometidas pela infecção, mostrando que o diagnóstico de HIV ainda assusta, gera medo e insegurança, configurando-se como barreira em ambientes interpessoais, comunitários e de saúde (WOODGATE et al., 2017).

Outro fato de destaque foi observar que assim como mostrou a literatura, em nossos achados a chance de percepção de discriminação diminui com o avançar da idade (OR = 0,98; IC95% = 0,96-0,99) devido a maior tolerabilidade em se deparar com situações de discriminação com tempo, em que o diagnóstico vai se tornando mais aceitável (EMLET et al., 2014; PELTZER; PENGPID, 2019; ADIMORA et al., 2019).

Parker e Aggleton (2001) mostram que dentre os contextos mais afetados pela discriminação relacionada ao HIV/Aids estão aqueles identificados por nosso estudo, como locais públicos (22,3%) e ambientes de trabalho (18,8%), acrescentando o familiar, os

sistemas de saúde, e, inclusive, os próprios locais de aplicação dos programas de prevenção e controle da infecção.

A ocorrência de discriminação em tais contextos, preocupa pelo fato de neles estarem inclusos ambientes em que se esperaria atitudes de cuidado, atenção igualitária e adequada às necessidades da PVHIV. A discriminação originada nos serviços de saúde tem sido uma das principais barreiras ao diagnóstico precoce e tratamento oportuno para o HIV (GROSSMAN; STANGL, 2013).

O impacto de viver com o HIV e gerenciar relações interpessoais ainda se caracteriza um dos maiores desafios em lidar com a infecção na atualidade, principalmente pelo sentimento de rejeição social por meio da internalização do estigma e percepção de discriminação (DASKALOPOULOU et al., 2017) tão citados no escopo deste trabalho. Em uma comunidade de Washington, o estigma/discriminação relacionada ao HIV foi o principal influenciador dos comportamentos perante a testagem de HIV, e que por ser uma infecção fortemente estigmatizada, era um tema raramente discutido, sendo visto ainda como uma sentença de morte e punição religiosa (DANIEL et al., 2021).

Conjectura-se que a sensação ser discriminado pode desencorajar a busca pelo cuidado contínuo junto ao serviço de saúde e a manutenção dos cuidados para alcançar uma carga viral indetectável. O medo da discriminação pode trazer repercussões nas interfaces biopsicossocial e física das PVHIV (OLIVEIRA et al, 2021).

Nesse sentido, identificamos que a discriminação impactou nos desfechos de saúde da população estudada, conferindo maior risco para ocorrência de falha viral (HR: 1,11; IC 95% 0,86-1,44) e óbito (HR: 1,76; IC 95% 0,91-3,41).

O efeito da discriminação com sintomas relacionados ao HIV e piora clínica também foi citado por outras pesquisas (KATZ et al., 2013; EARNSHAW et al., 2015; (BRAKSMAJER et al., 2018), apesar de reconhecermos a escassez daquelas que consigam explicitar os reais mecanismos que expliquem a influência da experiência de ter sofrido discriminação nos resultados de saúde relacionados ao HIV (SWEENEY; VANABLE, 2016; TURAN et al., 2017; CROCKETT et al., 2019) e que tragam o efeito direto da discriminação sobre a progressão da doença.

Estudo atual afirma que além de serem poucas as evidências a respeito da relação da discriminação relacionada ao HIV com desfechos clínicos em PVHIV, compreender com mais profundidade tal relação é importante e imprescindível ao projetar intervenções futuras (ARMOON et al., 2021).

Por ser um problema generalizado, faz-se necessário que governo, instituições não governamentais e comunidades criem programas que envolvam o contato das pessoas com as PVHIV e difundam mais informações sobre a infecção, estando nesse quesito a alfabetização/educação um item fundamental na batalha contra a discriminação relacionada ao HIV (KONTOMANOLIS et al., 2017). Estudo realizado com estudantes de odontologia indicou que aqueles que possuíam maior conhecimento sobre o HIV tinham 4% menos probabilidade de sentir discriminação, embora tal resultado não tenha sido estatisticamente significativo (ALSHOUIBI; ALAQIL, 2019). Vimos que na população estudada, ter mais anos de estudo foi fator de proteção para ocorrência de falha viral (HR:0,67 IC95% 0,51-0,88).

Medida promissora para minimizar barreiras relacionadas à discriminação, envolve a desmitificação sobre os conceitos da infecção pelo HIV, no intuito de ampliar o conhecimento acerca da doença, sendo assim menores as chances de que ações discriminatórias ocorram e maiores as chances de adesão ao cuidado e tratamento indicado (PULERWITZ et al., 2010; JACOBI et al., 2020).

Políticas internacionais têm sido traçadas para combater a discriminação relacionada ao HIV com mais ênfase a partir de 2017 por meio da publicação de um relatório extenso pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids que expôs a persistência do problema e os efeitos deletérios ocasionados nas PVHIV (UNAIDS, 2017). A meta atual da estratégia global de combate à Aids até 2030 é reafirmar a busca pela eliminação da discriminação (UNAIDS, 2020).

Conclusão de uma revisão de evidências mostrou que nenhum país progrediu suficientemente em eliminar a discriminação e em criar um ambiente com leis e ações punitivas para tal. O documento ainda afirma que a discriminação ajuda a impulsionar a epidemia de HIV fortalecendo a vulnerabilidade ao HIV, gerando barreiras no acesso a serviços essenciais de saúde e expondo as PVHIV a danos sociais e físicos (UNAIDS, 2020). Como exemplo, no Sudeste Asiático, foi lançada uma rede de aprendizagem e melhoria de qualidade para redução da discriminação e estigma no programa de controle ao HIV nos serviços de saúde, propondo intervenções e a implementação de atividades antidiscriminação (IKEDA et al., 2019).

Faz-se necessário que casos de discriminação relacionados ao HIV sejam denunciados, documentados e que sejam conduzidos com amparo legal; e que mais campanhas antidiscriminação sejam realizadas em busca de apoio e adesão da sociedade como um todo

(UNAIDS, 2020).

Em complemento a toda essa discussão, a metanálise de Rzeszutek et al. (2021) afirma que apesar das manifestações do estigma do HIV/Aids por meio da ocorrência de discriminação tenham mudado nos níveis individual e social ao longo dos 40 anos de pandemia, seu efeito geral sobre o bem estar das PVHIV é o mesmo que na época da descoberta do vírus, mostrando que embora progressos na terapêutica e tratamento do HIV tenham ocorrido, o status sorológico positivo ainda é um fator traumatizante.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os principais resultados a serem pontuados deste estudo são:

- Pessoas que vivem com HIV possuem maior chance de se perceberem discriminadas quando comparadas a população não acometida pela infecção.
- A discriminação é um problema persistente nesse segmento populacional, pois quase metade dos participantes referiu ter sofrido algum tipo de discriminação.
- Ser homem aumentou 1,79 a chance de se sentir discriminado.
- Os contextos mais comuns para a ocorrência de episódios de discriminação percebida pela população do estudo foram locais públicos, abordagem da polícia e no ambiente de trabalho.
- A percepção de discriminação foi associada como uma variável que aumenta o risco de ocorrência falha viral e óbito, apesar da não significância estatística.

É importante considerar que os resultados elucidam um recorte populacional de PVHIV acompanhadas regularmente em instituição de saúde que é referência no país e em uma cidade que convive com a infecção de HIV/Aids a mais tempo que muitas outras de regiões menos desenvolvidas no Brasil. Mesmo com tais condições, a discriminação foi percebida por quase metade dos pacientes, mostrando o quão grande é o problema e o quão carecemos de estudos que tratem mais sobre o assunto.

É de conhecimento geral que os efeitos da discriminação trazem prejuízos no avanço do combate à epidemia de HIV/Aids, interferindo no alcance das metas globais para acabar com a Aids em 2030. A meta é chegar ao nível de discriminação zero. Para tanto, muito há de ser feito, em especial nos próprios serviços de saúde que devem ser ambientes de cuidado e não de perpetuação de iniquidades. A doença avança em especial nas populações mais vulneráveis, marginalizadas e que possuem uma sobrecarga de discriminação pela doença em si e pelos comportamentos de risco a que foram expostas ao adoecimento.

A ampliação da discussão sobre a temática nos serviços de saúde, grupos de apoio, nas mídias sociais e canais de comunicação, nos setores de gestão pública, nas instituições de ensino e pesquisa, faz-se necessária para que seja devidamente combatida com base em evidências e em práticas que se traduzam em mudanças de comportamento populacional.

REFERÊNCIAS

- ADIMORA, D. E. et al. Stigmatization and discrimination as predictors of self-esteem of people living with HIV and AIDS in Nigeria. **Afr Health Sci.**, v. 19, n. 4, p. 3160- 3171, 2019. <https://doi.org/10.4314/ahs.v19i4.39>
- ALSHOUBI, E.; ALAQIL, F. HIV-Related Discrimination among Senior Dental Students in Jeddah. **J Int Soc Prev Community Dent**, v. 9, n. 3, p. 219-224. 2019 doi: 10.4103/jispcd.JISPCD_420_18.
- AMELI, V. et al. 'You just prefer to die early!': how socioecological context impedes treatment for people living with HIV in Iran. **BMJ global health**, v.6, n.11, e006088. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006088>
- ANDERSSON, G. Z. et al. Stigma reduction interventions in people living with HIV to improve health-related quality of life. **The Lancet HIV**, v. 19, 2019. [https://doi.org/10.1016/s2352-3018\(19\)30343-1](https://doi.org/10.1016/s2352-3018(19)30343-1)
- AQUINO, E. M. L. et al. Brazilian longitudinal study of adult health (ELSA-Brasil): objectives and design. **Am J Epidemiol**, v. 175, n. 4, p. 315-324, 2012. <https://doi.org/10.1093/aje/kwr294>
- AQUINO, E. M. L. et al. Recrutamento de participantes no Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, supl. 2, p. 10-18, 2013. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047003953>
- ARMOON, B. et al. Socio-demographic, clinical and service use determinants associated with HIV related stigma among people living with HIV/AIDS: a systematic review and meta-analysis. **BMC health services research**, v. 21, n. 1, 1004. 2021. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06980-6>
- ASSEN, A. et al. Late presentation for diagnosis of HIV infection among HIV positive patients in South Tigray Zone, Ethiopia. **BMC Public Health** , v. 16, 558, 2016. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3263-y>
- BARRÉ-SINOUSSE, F. et al. Expert consensus statement on the science of HIV in the context of criminal law. **J Int AIDS Soc.**, v. 21, n. 7, p. 1-10, 2018. <https://doi.org/10.1002/jia2.25161>
- BARROS, S. G. **Política nacional de Aids: a construção da resposta governamental à epidemia HIV/aids no Brasil**. Salvador: Edufba, 2018.
- BASTOS, J. L.; FAERSTEIN, E. **Discriminação e saúde: perspectivas e métodos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.
- BAHEMANA, E. “Impact of age on CD4 recovery and viral suppression over time among adults living with HIV who initiated antiretroviral therapy in the African Cohort Study.” **AIDS research and therapy** vol. 17,1 66. 12 Nov. 2020. Disponível em: doi:10.1186/s12981-020-00323-x
- BATCHELDER, A. W. et al. Intersecting internalized stigmas and HIV self-care among men

who have sex with men and who use substances. **Soc Sci Med.**, v. 275, n. 1, p. 1-12, 2021. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113824>

BAYER, R. et al. Marking the 40th Anniversary of the AIDS Epidemic — American Physicians Look Back. September 30, 2021; **N Engl J Med** 2021; 385:1251-1253. DOI:10.1056/NEJMp2106933

BEKKER, L. G. et al. Advancing global health and strengthening the HIV response in the era of the Sustainable Development Goals: the International AIDS Society— Lancet Commission. **Lancet.**, v. 392, n. 1, p. 312-58, 2018. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31070-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31070-5)

BERENBON, R. F. Using Rasch analysis to investigate the validity of the Everyday Discrimination Scale in a national sample. **J Health Psychol**, v. 25, n. 13, p. 1-12, 2018. <https://doi.org/10.1177/1359105318800788>

BÍBLIA. Bíblia de Jerusalém. São Paulo: Paulus, 2002.

BIL, J. P. et al. Disparities in access to and use of HIV-related health services in the Netherlands by migrant status and sexual orientation: a cross-sectional study among people recently diagnosed with HIV infection. **BMC Infect Dis**, v. 19, n. 1, p. 906- 916, 2019. <http://dx.doi.org/10.1186/s12879-019-4477-2>

BOCCOLINI, C. S. et al. Fatores associados à discriminação percebida nos serviços de saúde do Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 21, n. 2, p. 371-378, 2016. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.19412015>

BOGART, L. M. et al. Perceived discrimination and physical health among HIV- positive Black and Latino men who have sex with men. **AIDS Behav.**, v. 17, n. 4, p. 1431-41, 2013. <https://doi.org/10.1007/s10461-012-0397-5>

BRAKSMAJER, A. et al. Effects of Discrimination on HIV-Related Symptoms in Heterosexual Men of Color. **Amer J Men's Health**, v. 12, n. 6, p. 1855-1863, 2018. <https://doi.org/10.1177/1557988318797790>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração dos direitos fundamentais da pessoa portadora do vírus da Aids**. Brasília: MS, 1989. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/direitos-das-pvha>. Acesso em: 15 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **História da AIDS**. Brasília: MS, 2013. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/centrais-de-conteudos/historia-aids-linha-do-tempo#:~:text=Em%202013%2C%20o%20Minist%C3%A9rio%20da,era%20considerado%20caso%20de%20aids>. Acesso em: 12 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 12.984, de 2 de junho de 2014**. Define o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de aids. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 jun. 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/112984.htm. Acesso em: 12 out.

2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996**. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 nov. 1996. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19313.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%209.313%2C%20DE%2013,eu%20sanciono%20a%20seguinte%20Lei%3A&text=3%C2%B0%20Esta%20Lei%20entra%20em%20vigor%20na%20data%20de%20sua%20publica%C3%A7%C3%A3o. Acesso em: 12 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 236, de 2 de maio de 1985**. Cria o Programa de Controle da SIDA ou AIDS. Brasília: MS, 1985. Disponível em:

<http://www.aids.gov.br/es/node/51440>. Acesso em: 15 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. Coordenação nacional de DST e AIDS. **Política nacional de DST/AIDS: princípios, diretrizes e estratégias**. Brasília: MS, 1999. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_17.pdf. Acesso em: 12 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Prevenção e Controle das DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico – HIV/Aids**, v. 49, n. 53. Brasília: MS, 2018a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2018>. Acesso em: 12 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília: MS, 2018b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>. Acesso em: 12 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Relatório de monitoramento clínico do HIV**. Brasília: MS, 2018c. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/relatorio-de-monitoramento-clinico-do-hiv-2018>. Acesso em: 12 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Agenda Estratégica para Ampliação do Acesso e Cuidado Integral das Populações-Chave em HIV, Hepatites Virais e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: MS, 2018d. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/agenda-estrategica-para-ampliacao-do-acesso-e-cuidado-integral-das-populacoes-chaves-em-hiv>. Acesso em: 12 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Prevenção e Controle das DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico – HIV/Aids**, número especial, 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hiv-aids-2019>. Acesso em: 12 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **HIV/Aids | 2020**. Boletim Epidemiológico. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/media/pdf/2020/dezembro/01/boletim-hiv_aids-2020-internet.pdf. Acesso em: 20 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **HIV/Aids | 2022**. Boletim Epidemiológico. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2022/hiv-aids/boletim_epidemiologico_hiv_aids_-2022.pdf/view. Acesso em: 28 nov 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Série Manuais. **Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis. Brasília: MS, 2006**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_controle_das_dst.pdf. Acesso em: 12 out. 2018.

BRENCHLEY, J. M. et al. CD4+ T cell depletion during all stages of HIV disease occurs predominantly in the gastrointestinal tract. **J Exp Med.**, v. 200, n. 6, p. 749- 59, 2004. <https://doi.org/10.1084/jem.20040874>

BRINCKS, A. M. et al. Physician Mistrust, Medical System Mistrust, and Perceived Discrimination: Associations with HIV Care Engagement and Viral Load. **AIDS Behav**, v. 23, n. 10, p. 2859-2869, 2019. <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02464-1>

BURGARD, S. et al . Differential reporting of discriminatory experiences in Brazil and the United States. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, supl. 1, p. 1-12, 2017. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00110516>

CALCAGNO, V.; MAZANCOURT, C. de. glmulti: An R Package for Easy Automated Model Selection with (Generalized) Linear Models. **J Stati Software**, v. 34, n. 12, p 1-29, 2010. <https://doi.org/10.18637/jss.v034.i12>

CARVALHO, M. S. et al. **Análise de sobrevivência: teoria e aplicações em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

CHAN, R. C. H.; OPERARIO, D.; MAK, W. W. S. Effects of HIV-Related Discrimination on Psychosocial Syndemics and Sexual Risk Behavior among People Living with HIV. **Int J Environ Res Public Health**, v. 17, n.6, 1924, 2020. Acesso em: 10 out 2020. <https://doi.org/10.3390/ijerph17061924>.

CHEKOLE, Y. A.; TAREKEGN, D. HIV-related perceived stigma and associated factors among patients with HIV, Dilla, Ethiopia: A cross-sectional study. **Ann Med Surg.**, v. 71, n. 1, p. 1-12, 2021. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2021.102921>

CHOR, D. et al. Questionário do ELSA-Brasil: desafios na elaboração de instrumento multidimensional. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, supl. 2, p. 27-36, 2013. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047003835>

CRESSMAN, A. E. et al. The Relationship Between Discrimination and Missed HIV Care

Appointments Among Women Living with HIV. **AIDS and behavior**. 2020; 24(1), 151–164. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02522-8>

CROCKETT, K. B. et al. Experiences of HIV-related discrimination and consequences for internalised stigma, depression and alcohol use. **Psychol Health.**, v. 34, n. 7, p. 1–15. <https://doi.org/10.1080/08870446.2019.1572143>

CROOME, N. et al. Patient-reported barriers and facilitators to antiretroviral adherence in sub-Saharan Africa. **AIDS**, v. 24, n. 31, p. 995-1007, 2017. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000001416>

CRUZ, M. et al. Children and adolescents with perinatal HIV-1 infection: factors associated with adherence to treatment in the Brazilian context. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 13, n. 6, p. 615, 2016. <https://doi.org/10.3390/ijerph13060615>

DANIEL, N. A. et al. Harambee! 2.0: The Impact of HIV-Related and Intersectional Stigmas on HIV Testing Behaviors Among African Immigrant Communities in Seattle, Washington. **AIDS and behavior**, p. 1–16. 2021. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10461-021-03396-5>

DASKALOPOULOU, M. et al. Non-Disclosure of HIV Status and Associations with Psychological Factors, ART Non-Adherence, and Viral Load Non-Suppression Among People Living with HIV in the UK. **AIDS and Behavior**, v. 21, p. 21:184-195. 2017. doi: 10.1007/s10461-016-1541-4.

DHHS. United States Department of Health and Human Services. **The HIV/AIDS Continuum of Care**. Washington, DC: DHHS. 2013. <https://obamawhitehouse.archives.gov/the-press-office/2013/07/15/executive-order-hiv-care-continuum-initiative>

DATTA, S. et al. “Perceived HIV Related Stigma among Patients Attending ART Center of a Tertiary Care Center in Rural West Bengal, India.” **Journal of clinical and diagnostic research: JCDR**, v. 10,10 (2016): VC09-VC12. doi:10.7860/JCDR/2016/21366.8669

DOURADO, I. et al. Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti- retroviral. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, supl. 1, p. 9-17, 2006. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000800003>

DOVIDIO, J. F. et al. **The Sage Handbook of prejudice, stereotyping, and discrimination**. Londres: Sage, 2010.

DRAY-SPIRA, R. et al. Disease severity, self-reported experience of workplace discrimination and employment loss during the course of chronic HIV disease: differences according to gender and education. **Occup Environ Med**, v. 65, n. 2, p. 112-119, 2008. <https://doi.org/10.1136/oem.2007.034363>.

DUNCAN, B. B. et al. Gerência de Informação em Estudos Multicêntricos: o Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, supl. 2, p. 95-104, 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047003806>

EARNSHAW, V. A. et al. HIV stigma mechanisms and well-being among PLWH: a test of the HIV stigma framework. **AIDS Behav**, v. 17, n. 5, p. 1785-1795, 2013. <https://doi.org/10.1007/s10461-013-0437-9>

EARNSHAW, V. A.; CHAUDOIR, S. R. From conceptualizing to measuring HIV stigma: a review of HIV stigma mechanism measures. **AIDS Behav**, v. 13, n. 6, p. 1160, 2009. <https://doi.org/10.1007/s10461-009-9593-3>

EMLET, C. et al. The impact of HIV-related stigma on older and younger adults living with HIV disease: Does age matter? **AIDS Care**, v. 27, n. 4, p. 520-528, 2014. <https://doi.org/10.1080/09540121.2014.978734>

EUA. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. **Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents with HIV**. Department of Health and Human Services. 2019. Disponível em: <http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/AdultandAdolescentGL.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2019.

FAERSTEIN, E. et al. Race and perceived racism, education, and hypertension among Brazilian civil servants: the Pró-Saúde Study. **Rev Bras Epidemiol**, v. 17, p. 81-7, 2014. <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400060007>

FAZELI, P. L. et al. Moment-to-moment within-person associations between acts of discrimination and internalized stigma in people living with HIV: An experience sampling study. **Stigma health**, v. 2, n. 3, p. 216-228, 2017. <https://doi.org/10.1037/sah0000051>

FEYISSA, G. T. et al. Reducing HIV-related stigma and discrimination in healthcare settings: A systematic review of quantitative evidence. **PloS one**, v. 14, n. 1, p. 1-10, 2019. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211298>

FONSECA, E. M.; BASTOS, F. I. Evolution of HIV/AIDS response in Brazil: Policy innovations and challenges in the fourth decade of the epidemic. **Int J Health Plann Manage**, v. 33, n. 1, p. 238-250. 2018. <https://doi.org/10.1002/hpm.2452>

FORD, N. et al. The WHO public health approach to HIV treatment and care: looking back and looking ahead. **Lancet Infect Dis.**, v. 18, n. 3, p. e76-e86, 2018. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(17\)30482-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(17)30482-6)

FREITAS, D. F. et al. Adaptação da Escala de Discriminação Quotidiana para Jovens Portugueses. **Psicol. Reflex. Crit.**, v. 28, n. 4, p. 708-717, 2015. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201528408>

GALLO, R. C.; MONTAGNIER, L. The chronology of AIDS research. **Nature**, v. 326, p. 435-6, 1987. <https://doi.org/10.1038/326435a0>

GALVÃO, J. A política brasileira de distribuição e produção de medicamentos anti-retrovirais: privilégio ou um direito? **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 1, fev. p. 213-19, 2002. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000100022>

GARCIA, S.; KOYAMA, M. A. H. Estigma, discriminação e HIV/Aids no contexto

brasileiro, 1998 e 2005. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, supl. 1, p. 72-83, 2008.
<https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000800010>

GIBSON, B. A. et al. Gender identity, healthcare access, and risk reduction among Malaysia's mak nyah community. **Glob Public Health.**, v. 11, n. 1, p. 1010-25, 2016.
<https://doi.org/10.1080/17441692.2015.1134614>

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1988.

GRANGEIRO, A.; SILVA, L. L.; TEIXEIRA, P. R. Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. **Rev Panam Salud Publica**, v. 26, n. 1, p. 87-94, 2009. Disponível em:
<https://scielosp.org/pdf/rpsp/2009.v26n1/87-94/pt>. Acesso em: 15 set. 2018.

GRINSZTEJN, B. et al. Changing mortality profile among HIV-infected patients in Rio de Janeiro, Brazil: shifting from AIDS to non-AIDS related conditions in the HAART Era. **PloS one**, v. 8, n. 4, p. 1-12, 2013. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0059768>

GRINSZTEJN, B. G. J. et al. Early mortality and cause of deaths in patients using HAART in Brazil and the United States. **AIDS**, v. 23, n. 16, p. 2107-2114, 2009.
<https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e32832ec494>

GROSSMAN, C. I.; STANGL, A. L. Global action to reduce HIV stigma and discrimination. Editorial: Global action to reduce HIV stigma and discrimination. **J Int AIDS Soc.**, v. 16, suppl 2, p. 1-10, 2013. <http://dx.doi.org/10.7448/IAS.16.3.18881>

GUIMARÃES, M. D. C. et al . Conhecimento sobre HIV/aids entre HSH no Brasil: um desafio para as políticas públicas. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 22, supl. 1, p. 1-15, 2019.
<https://doi.org/10.1590/1980-549720190005.supl.1>

HARNOIS, C. E. et al. Measuring perceived mistreatment across diverse social groups: An evaluation of the Everyday Discrimination Scale. **Soc Sci Med.**, v. 232, n. 1, p. 298-306, 2019. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.05.011>

HEDGE, B. et al. HIV-related stigma in the UK then and now: to what extent are we on track to eliminate stigma? A qualitative investigation. **BMC public health**, v.21, n.1, 1022. 2021.
<https://doi.org/10.1186/s12889-021-11000-7>

HEREK, G. M.; CAPITANIO, J. P. AIDS stigma and sexual prejudice. **Am Behav Sci**, v. 42, n. 7, p. 1126-43, 1999. <https://doi.org/10.1177/0002764299042007006>

HOFFMANN, C.; ROCKSTROH, J. K. HIV 2015/16. **Germany**: hiv.book, 2015. Disponível em: <https://hivbook.files.wordpress.com/2016/04/hiv-2015-16-complete.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2020.

HUANG, Y. et al. (2020). HIV-Related Stress Experienced by Newly Diagnosed People Living with HIV in China: A 1-Year Longitudinal Study. **International journal of environmental research and public health**, 17(8), 2681. Disponível em:
<https://doi.org/10.3390/ijerph17082681>

IKEDA, D. J. et al. A quality improvement approach to the reduction of HIV-related stigma and discrimination in healthcare settings. **BMJ global health**, v. 4, n. 3, p. 1- 9, 2019. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001587>

INFANTE, C.; SOSA-RUBI, S. G.; CUADRA, S. M. Sex work in Mexico: vulnerability of male, travesti, transgender and transsexual sex workers. **Cult Health Sex.**, v. 11, n. 2, p. 125-37, 2009. <https://doi.org/10.1080/13691050802431314>

JACOBI, C.A. et.al. “My friend with HIV remains a friend”: HIV/AIDS stigma reduction through education in secondary schools—a pilot project in Buea, Cameroon. *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care*, v. 19, p. 1-7, 2020. <https://doi.org/10.1177/2325958219900713>

JESUS, G. J. et al. Dificuldades do viver com HIV/Aids: entraves na qualidade de vida. **Acta Paul Enferm.**, v. 30, n. 3, p. 301-307, 2017. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700046>

JU, L. H. et al. Features and influencing factors of self-discrimination among HIV/aids patients according to sex. **Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi.**, v. 50, n. 10, p. 863- 868, 2016. <https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.0253-9624.2016.10.006>

KAPLAN, R. L. et al. Forms of safety and their impact on health: an exploration of HIV/AIDS-related risk and resilience among trans women in Lebanon. **Health Care Women Int.**, v. 36, n. 1, p. 917-35, 2015. <https://doi.org/10.1080/07399332.2014.896012>

KATZ, I. T. et al. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. **J Int AIDS Soc.**, v. 16, n. 3, p. 1-12, 2013. <https://doi.org/10.7448/IAS.16.3.18640>

KELSO, G. A. et al. Critical consciousness, racial and gender discrimination, and HIV disease markers in African American women with HIV. **AIDS Behav** , v. 18, n. 7, p. 1237-1246, 2014. <https://doi.org/10.1007 / s10461-013-0621-y>

KONTOMANOLIS, E. et al. The social stigma of HIV-AIDS: society's role. **HIV/AIDS (Auckl)**, v. 9, p.111–118. 2017. <https://doi.org/10.2147/HIV.S129992>.

LEE, E. T.; GO, O. T. Survival analysis in public health research. **Annu Rev Public Health.**, v. 18, n. 1, p. 105-34, 1997. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.18.1.105>

LETAMO, G. et al. Misconceptions about HIV transmission among adolescents: Levels, trends and correlates from the Botswana AIDS impact surveys, 2001-2013: A short report. **AIDS Care**, 31 (1) (2019), pp. 48-52, [10.1080/09540121.2018.1488030](https://doi.org/10.1080/09540121.2018.1488030)

LEVY, B. et al. Modeling the Effect of HIV/AIDS Stigma on HIV Infection Dynamics in Kenya. **Bulletin of mathematical biology**, v. 83, n. 5. 2021. <https://doi.org/10.1007/s11538-021-00891-7>

LI, J. et al. Can socio-economic differences explain low expectation of health services among HIV patients compared to non-HIV counterparts? **BMC Public Health**, v. 16, n.1, p. 955,

2016. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3609-5>

LIFSON, A. R. et al. HIV/AIDS stigma-associated attitudes in a rural Ethiopian community: characteristics, correlation with HIV knowledge and other factors, and implications for community intervention. **BMC Int Health Hum Rights.**, v.12, n. 6, p. 6-15, 2012. <https://doi.org/10.1186/1472-698X-12-6>

LOCH, A. P. et al. Avaliação dos serviços ambulatoriais de assistência a pessoas vivendo com HIV no Sistema Único de Saúde: estudo comparativo 2007/2010. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 1-10, 2018. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00047217>

LOGIE, C. H. et al. 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. **Prev Med**, v. 107, p. 36-44, 2018. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.12.018>

LOUTFY, M. R. et al. Gender and ethnicity differences in HIV-related stigma experienced by people living with HIV in Ontario, Canada. **PLoS one**, v. 7, n. 12, p. 1- 10, 2012. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0048168>

MACCARTHY, S. et al. Making the invisible, visible: a cross-sectional study of late presentation to HIV/AIDS services among men who have sex with men from a large urban center of Brazil. **BMC public health.**, v. 14, n. 1313, p. 1-10, 2014. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1313>

MANGAL, T. D. et al. Determinants of survival of people living with HIV/AIDS on antiretroviral therapy in Brazil 2006–2015. **BMC infect dis**, v. 19, n. 1, p. 206, 2019. <https://doi.org/10.1186/s12879-019-3844-3>

MARSICANO, E. et al. Multiple discriminations experienced by people living with HIV in France: results from the ANRS-Vespa2 study. **AIDS care**, v. 26, n. sup1, p. 97- 106, 2014. <http://dx.doi.org/10.1080/09540121.2014.907385>

MCCAFFREY, D. F.; RIDGEWAY, G.; MORRAL, A. R. Propensity score estimation with boosted regression for evaluating causal effects in observational studies. **Psychol Methods**, v. 9, n. 4, p. 403-25, 2004. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.9.4.403>

MCCAFFREY, D.F. et al. A tutorial on propensity score estimation for multiple treatments using generalized boosted models. **Statistics in medicine**, v. 32, n. 19, p. 3388-3414, 2013. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23508673/>

MCCAFFREY, D. F.; RIDGEWAY, G.; MORRAL, A. R. Propensity score estimation with boosted regression for evaluating causal effects in observational studies. **Psychol Methods**, v. 9, n. 4, p. 403-25, 2004. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.9.4.403>

MENDES, P. M. et al. Association between perceived racial discrimination and hypertension: findings from the ELSA-Brasil study. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 1-12, 2018. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00050317>

MESQUITA, E. C. et al. Severe infection increases cardiovascular risk among HIV- infected

individuals. **BMC infect dis**, v. 19, n. 1, p. 319, 2019. <https://doi.org/10.1186/s12879-019-3894-6>

MEY, A. et al. Motivations and barriers to treatment uptake and adherence among people living with HIV in Australia: a mixed-methods systematic review. **AIDS Behav**, v. 21, n. 2, p. 352-385, 2017. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1598-0>

MICHAELS, E. et al. Coding the Everyday Discrimination Scale: implications for exposure assessment and associations with hypertension and depression among a cross section of mid-life African American women. **J Epidemiol Community Health**, v. 73, p. 577-584, 2019. <https://doi.org/10.1136/jech-2018-211230>

MONTEIRO, A. L.; VILLELA, W. V. A Criação do Programa Nacional de DST e Aids como Marco para a Inclusão da Idéia de Direitos Cidadãos na Agenda Governamental Brasileira. **Rev. psicol. polít.**, v. 9, n. 17, p. 25-45, 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2009000100003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 out. 2018.

MONTEIRO, S.; VILLELLA, W. **Estigma e saúde: uma relação vital em debate**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

MONTEIRO, S.; VILLELLA, W. V.; KNAUTH, D. Discrimination, stigma, and AIDS: a review of academic literature produced in Brazil (2005-2010). **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 1, p. 170-176, 2012. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000100018>

MOUSSA, A. B. et. al. Determinants and effects or consequences of internal HIV- related stigma among people living with HIV in Morocco. **BMC public health**, 21(1), 163. 2021. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10204-1>

NCITAKALO, N. et al. Factors associated with external HIV-related stigma and psychological distress among people living with HIV in South Africa. **SSM - Population Health**, v. 14, 100809. June 2021. Disponível m: <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100809>

NDAYALA ,P.; NGIGE, L. Influence of Social Cultural Factors on HIV Seropositivity Disclosure to Sexual Partners in Kenya. **East African Journal of Health and Science**, v. 2, n.1, p: 62-74. 2020. Disponível em: [doi:https://doi.org/10.37284/eajhs.2.1.224](https://doi.org/10.37284/eajhs.2.1.224)

NURSALAM, N. et al. Determinants of the Discriminatory Behavior Experienced by People Living with HIV in Indonesia: A Cross-sectional Study of the Demographic Health Survey. **The Open Aids J**, v. 15, n. 1, p. 1-9., 2021. <https://doi.org/10.2174/1874613602115010001>

NYBLADE, L. C. Measuring HIV stigma: Existing knowledge and gaps. **Psychol Health Med**, v. 11, n. 3, p. 335- 345, 2006. <https://doi.org/doi:10.1080/13548500600595178>

OLIVEIRA, L.B. et. al. Does Sexual and Emotional Behavior Differ Between Sexual Partners That Do Not Disclose HIV Status? **The Open Nursing Journal**, 2021, Volume 15 (Suppl-1, M15) 407-411.

PACHECO, A. G. et al. HIV infection is not associated with carotid intima-media thickness in brazil: a cross-sectional analysis from the INI/ELSA-Brasil study. **PLoS One**, v. 11, n. 7, p. 1-

10, 2016. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158999>

PACHECO, A. G. et al. Traditional risk factors are more relevant than HIV-specific ones for carotid intima-media thickness (cIMT) in a Brazilian cohort of HIV-infected patients. **PloS one**, v. 10, n. 2, p. 1-12, 2015. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0117461>

PARADIES, Y. et al. Racism as a determinant of health: a systematic review and meta-analysis. **PloS one**, v. 10, n. 9, p. 1-10, 2015. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138511>

PARKER, R.; AGGLETTON, P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. **Soc Sci Med.**, v. 57, n. 1, p. 13- 24, 2003. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00304-0](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00304-0)

PARKER, R.; AGGLETTON, P. **Estigma, discriminação e AIDS**. Rio de Janeiro: Cidadania e Direitos, 2001. Disponível em: http://www.abiaids.org.br/_img/media/colecao%20cidadania%20direito.pdf. Acesso em: 18 out. 2018.

PASCOE, E. A.; SMART RICHMAN, L. **Perceived discrimination and health**: a meta-analytic review. *Psychol Bull*, v. 135, n. 4, p. 531-54, 2009. <https://doi.org/10.1037/a0016059>

QUALIAIDS. Sistema de Avaliação Qualiaids. **Avaliação da qualidade dos serviços ambulatoriais do SUS que assistem adultos vivendo com HIV/aids no Brasil**. São Paulo: MS, 2020. Disponível em: <http://www.qualiaids.fm.usp.br/aplicacao.html>. Acesso em: 20 set. 2020.

RAXACH, J. C. et al. **Prevenção posithiva: estado da arte**. Rio de Janeiro: ABIA,. Coleção ABIA, 2009.

RHODES, S. D. et al. The ecology of sexual health of sexual minorities in Guatemala City. **Health Promot Int.**, v. 30, n. 1, p. 832-42, 2015. <https://doi.org/10.1093/heapro/dau013>

RUEDA, S. et al. Examining the associations between HIV-related stigma and health outcomes in people living with HIV/AIDS: a series of meta-analyses. **BMJ Open.**, v. 6, n. 7, p. 1-12, 2016. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011453>.

RUFFELL, S. Stigma kills! The psychological effects of emotional abuse and discrimination towards a patient with HIV in Uganda. **BMJ case reports**, 2017, bcr2016218024. <https://doi.org/10.1136/bcr-2016-218024>

RUTLEDGE, S. E. et al. Measuring stigma among health care and social service providers: the HIV/AIDS Provider Stigma Inventory. **Aids Patient Care Stds**, v. 25, n. 11, p. 673-82, 2011. <https://doi.org/10.1089/apc.2011.0008>

RZESZUTEK, M. et al. HIV/AIDS stigma and psychological well-being after 40 years of HIV/AIDS: a systematic review and meta-analysis. **European journal of psychotraumatology**, v. 12, n.1, 1990527. 2021. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1990527>

SAFARNEJAD, A.; IZAZOLA-LICEA, J.A. Direct and indirect effects of enablers on HIV

testing, initiation and retention in antiretroviral treatment and AIDS related mortality. **PLoS One**, v.12, n.2, e0172569. 2017. doi: 10.1371/journal.pone.0172569

SARKAR, K.; CHOWDHURY, R.; DASGUPTA, A. Analysis of Survival Data: Challenges and Algorithm-Based Model Selection. **J Clin Diagn Res.**, v. 11, n. 6, p. 14-20, 2017. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2017/21903.10019>

SCHMIDT, M. I. et al. Cohort profile: longitudinal study of adult health (ELSA-Brasil). **Int J Epidemiol**, v. 44, n. 1, p. 68-75. 2015. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu027>

SHAH, S. et al. Knowledge, Attitudes and Practices Related to HIV Stigma and Discrimination Among Healthcare Workers in Oman. **Sultan Qaboos Univ Med J.**, v. 20, n. 1, p. 29-36, 2020. <https://doi.org/10.18295/squmj.2020.20.01.005>

SHARP, P. M.; HAHN, B. H. Origins of HIV and the AIDS pandemic. **Cold Spring Harb Perspect Med.**, v. 1, n. 1, p. 1-10, 2011 <https://doi.org/10.1101/cshperspect.a006841>

SILVA, C. E. da et al. Stigma and Web-Based Sex Seeking Among Men Who Have Sex With Men and Transgender Women in Tijuana, Mexico: Cross-Sectional Study. **JMIR Public Health Surveill.**, v. 6, n. 1, p. 1-12, 2020. <http://dx.doi.org/10.2196/14803>

STAHLMAN, S. et al. Characterizing the HIV risks and potential pathways to HIV infection among transgender women in Cote d'Ivoire, Togo and Burkina Faso. **J Int AIDS Soc.**, v. 19, suppl 2. P. 1-10, 2016. <https://doi.org/10.7448/IAS.19.3.20774>

STANGL A.L. et al. The Health Stigma and Discrimination Framework: a global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. **BMC Med**, v. 17, n. 1, p. 17-31, 2019. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1271-3>

STEIN, J. A.; LI, L. Measuring HIV-related stigma among Chinese service providers: confirmatory factor analysis of a multidimensional scale. **AIDS Behav**, v. 12, n. 5, p. 789-95, 2008. <https://doi.org/10.1007/s10461-007-9339-z>

STUTTERHEIM, S. E. et al. Patient and provider perspectives on HIV and HIV-related stigma in Dutch health care settings. **AIDS Patient Care STDS.**, v. 28, n. 12, p. 652-65, 2014. <https://doi.org/10.1089/apc.2014.0226>

SWEENEY, S. M.; VANABLE, P. A. The association of HIV-related stigma to HIV medication adherence: a systematic review and synthesis of the literature. **AIDS Behav**, v. 20, n. 1, p. 29-50, 2016. <https://doi.org/10.1007/s10461-015-1164-1>

SWEILEH, W. M. Bibliometric analysis of literature in AIDS-related stigma and discrimination. **Transl Behav Med**, v. 9, n. 4, p. 617-628, 2018. <https://doi.org/10.1093/tbm/iby072>

TSAI, A. C.; BANGSBERG, D. R.; WEISER, S. D. Harnessing poverty alleviation to reduce the stigma of HIV in Sub-Saharan Africa. **PLoS Med.**, v. 10, p. 1-10, 2013. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001557>

TURAN, B. et al. Framing mechanisms linking HIV-related stigma, adherence to treatment, and health outcomes. **AJPH**, v. 107, n. 6, p. 863-869, 2017b. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.303744>

TURK, G. et al. Biomarkers of Progression after HIV Acute/Early Infection: Nothing Compares to CD4+ T-cell Count? **Viruses**, v. 10, n. 1, p. 34, 2018. <https://doi.org/10.3390/v10010034>

UN GENERAL ASSEMBLY. **Political Declaration on HIV and AIDS**: on the fast-track to accelerate the fight against HIV and to end the AIDS epidemic by 2030. Disponível em: www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/266. 2016 Acesso em: 01 jul. 2019.

UNAIDS. **AIDS epidemic update**. Geneva: UNAIDS, 2003. Disponível em: http://data.unaids.org/pub/report/2003/2003_epiupdate_en.pdf. Acesso em: 10 jan. 2019.

UNAIDS. **DATA TABLES**. Geneva: UNAIDS, 2017a. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/>. Acesso em: 07 fev. 2018.

UNAIDS. **Confronting discrimination**. Geneva: UNAIDS, 2017b. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/confronting-discrimination>. Acesso em: 07 fev. 2018.

UNAIDS. **UNAIDS warns that HIV-related stigma and discrimination is preventing people from accessing HIV services**. Geneva: UNAIDS, 2017c. Disponível em: https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2017/october/20171002_confronting-discrimination. Acesso em: 10 out. 2020.

UNAIDS. **Ending AIDS**: Progress towards the 90–90–90 targets. Geneva: UNAIDS, 2017c. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf. Acesso em: 14 mar. 2019.

UNAIDS. **Legislação brasileira e o HIV**. Geneva: UNAIDS, 2017d. Disponível em: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/06/2018_01_18_Legislacao_Br_HIV-1.pdf. Acesso em: 06 fev. 2019.

UNAIDS. **AIDSinfo/ Estimates**. Geneva: UNAIDS, 2018a. Disponível em: <http://aidsinfo.unaids.org/>. Acesso em: 18 out. 2018.

UNAIDS. **Prevenção combinada do HIV**. Geneva: UNAIDS, 2018b. Disponível em: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2018/11/preven%C3%A7%C3%A3o_combinada.pdf. Acesso em: 14 mar. 2019.

UNAIDS. **Relatório informativo – atualização global da aids 2019**. Estatísticas globais sobre HIV 2018. Geneva: UNAIDS, 2019a. Disponível em: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2019/07/2019_UNAIDS_GR2019_FactSheet_pt_final.pdf. Acesso em: 10 jan. 2019.

UNAIDS. **Dia Mundial de Zero Discriminação**. Geneva: UNAIDS, 2019b. Disponível em: https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2019/02/ZeroDiscrimina%C3%A7%C3%A3o2019_Brochura.pdf. Acesso em: 10 mar. 2019 .

UNAIDS. **AIDSinfo/ Estimates**. Geneva: UNAIDS, 2020a. Disponível em: <http://aidsinfo.unaids.org/>. Acesso em: 05 set. 2020

UNAIDS. **Evidence for eliminating HIV-related stigma and discrimination**. Genebra: UNAIDS, 2020b. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/eliminating-discrimination-guidance_en.pdf

UNAIDS. **Report of the UNAIDS Multistakeholder Consultation on next Global AIDS Strategy**. Genebra: UNAIDS, 2020c. Disponível em: https://www.unaids.org/en/Global_AIDS_strategy. Acesso em: 10 out. 2020.

UNAIDS. **AIDSinfo/ Estimates**. Geneva: UNAIDS, 2021a. Disponível em: <http://aidsinfo.unaids.org/>. Acesso em: 10 out. 2021.

UNAIDS. **Seizing the moment** — Tackling entrenched inequalities to end epidemics. Genebra: UNAIDS, 2021b. Disponível em: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/global-aids-report>. Acesso em: 10 out. 2021.

UNAIDS. **IN DANGER: UNAIDS Global AIDS Update 2022**. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2022a. Disponível em: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2022/in-danger-global-aids-update> . Acesso em 30 nov 2022.

UNAIDS. **Estratégia Global de AIDS 2021-2026 – Acabar com as Desigualdades**. Acabar com a AIDS. Sumário executivo. Geneva, UNAIDS, 2022b. Disponível em: <https://unaid.org.br/estrategia-global-para-aids/#:~:text=A%20Estrat%C3%A9gia%20Global%20para%20AIDS%202021%2D2026%20%2E2%80%93%20Acabar%20com%20as,para%20acabar%20com%20a%20AIDS>. Acesso em 30 nov 2022.

VILLARINHO, M. V. et al. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **Rev Bras Enferm**, v. 66, n. 2, p. 271-7, 2013. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000200018>

VISSER, M. J. et al. Development of parallel scales to measure HIV-related stigma. **AIDS Behav**, v. 12, n. 5, p. 759-771, 2008. <https://doi.org/10.1007/s10461-008-9363-7>

WAGNER, A.C. et al. Health care provider attitudes and beliefs about people living with HIV: initial validation of the Health Care Provider HIV/AIDS Stigma Scale (HPASS). **AIDS Behav**, v.18, n. 12, p. 2397-408, 2014. <https://doi.org/10.1007/s10461-014-0834-8>

WEBER, R. et al. Decreasing mortality and changing patterns of causes of death in the Swiss

HIV Cohort Study. **Swiss HIV Cohort Study (SHCS)**. First published: 24 September 2012 .
<https://doi.org/10.1111/j.1468-1293.2012.01051.x>

WHO, World Health Organization. HIV/AIDS. **Data and statistics**. 2021. Disponível em: <
<http://www.who.int/hiv/data/profiles/en/>>.

WIGINTONA, J.M. et al. Brief report: HIV-related healthcare stigma/discrimination and unmet needs among persons living with HIV in England and Wales **Preventive Medicine Reports**, volume 24, December 2021, 101580 <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2021.101580>

WILLIAMS, D. R. et al. Perceived discrimination, race and health in South Africa. **Soc Sci Med.**, v. 67, n. 3, p. 441-52, 2008. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.021>

WILLIAMS, D. R. et al. Racial differences in physical and mental health. **J Health Psychol.**, v. 2, n. 3, p. 335-51, 1997. <https://doi.org/10.1177/135910539700200305>

WILLIAMS, D. R.; NEIGHBORS, H. W.; JACSON, J. S. Racial/Ethnic Discrimination and Health: Findings From Community Studies. **Am J Public Health.**, v. 93, n. 1, p. 200-8, 2003. <https://doi.org/10.2105/ajph.93.2.200>

WING, E. J. HIV and aging. The Miriam Hospital, Brown University, 164 Summit Avenue, Providence, RI 02906, USA. **International Journal of Infectious Diseases**, v 53, p61-68, DECEMBER 01, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2016.10.004>

WONG,C. et al. North American AIDS Cohort Collaboration on Research and Design (NA-ACCORD) (2018). Multimorbidade entre pessoas que vivem com o vírus da imunodeficiência humana nos Estados Unidos. Doenças infecciosas clínicas: uma publicação oficial da **Infectious Diseases Society of America** , v. 66, n 8 1230– 1238. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/cid/cix998>

WOODFORD, M. R. et al. Barriers and facilitators to voluntary HIV testing uptake among communities at high risk of HIV exposure in Chennai, **India. Glob Public Health.**, v. 11, n. 1, p. 363-79, 2016. <https://doi.org/10.1080/17441692.2015.1057757>

WOODGATE, R. L. et al. “People try and label me as someone I’m not”: The social ecology of Indigenous people living with HIV, stigma, and discrimination in Manitoba, Canada. **Soc Sci Med**, v. 194, n. 1, p. 17-24, 2017. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.10.002>

YAGHOOBI, H. et al. Life expectancy and years of life lost in HIV patients under the care of BandarAbbas Behavioral Disorders Counseling Center. **Nepal journal of epidemiology**, v.7, n.4, p. 702–712. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.3126/nje.v7i4.20627>

XIAO, C. X. et al. Investigation on perceived discrimination and its influencing factors among people living with HIV/AIDS. **Chongqing Medicine.**, v. 1, n. 36, p. 2189- 2192, 2018. <https://doi.org/10.3969/j.issn.1671-8348.2018.16.019>

YAGHOOBI, H. et al. Life expectancy and years of life lost in HIV patients under the care of BandarAbbas Behavioral Disorders Counseling Center. **Nepal journal of epidemiology**, v.7, n.4, p. 702–712. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.3126/nje.v7i4.20627>

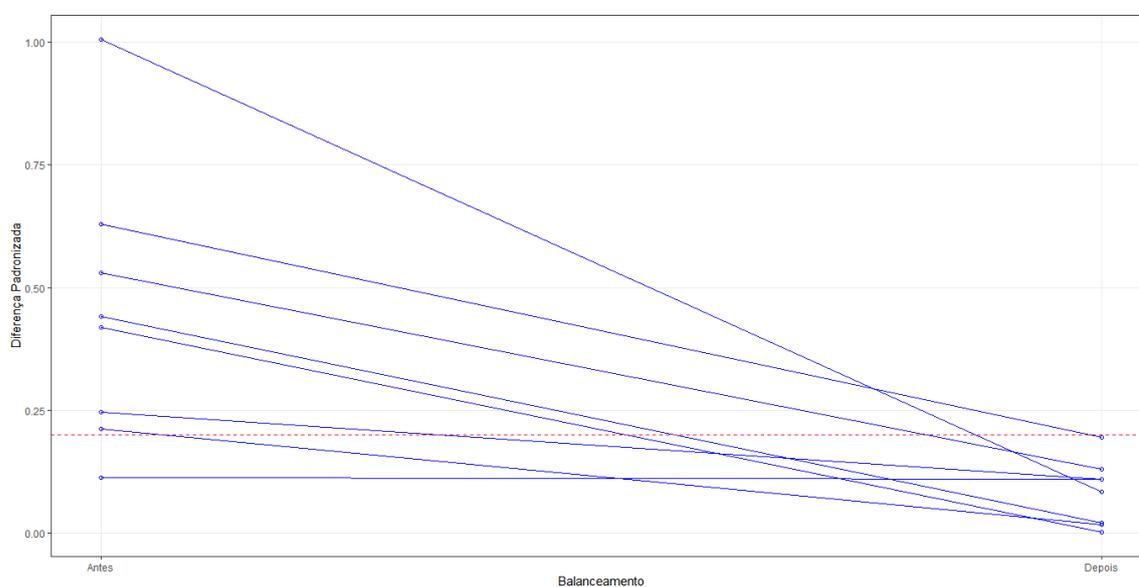
ZHU, Z. et al. Perceived discrimination and cognitive function in middle-aged and older adults living with HIV in China. **AIDS care**, p. 1-8, 2019.
<https://doi.org/10.1080/09540121.2019.1601674>

ZULLIGER, R. et al. High drop-off along the HIV care continuum and ART interruption among female sex workers in the Dominican Republic. **J Acquir Immune Defic Syndr.**, v. 69, n. 1, p. 216-22, 2015. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000000590>

ZIERSCH, A. et al. "It is not an acceptable disease": A qualitative study of HIV- related stigma and discrimination and impacts on health and wellbeing for people from ethnically diverse backgrounds in Australia. **BMC public health**, v. 21, n. 1, 779. 2021.
<https://doi.org/10.1186/s12889-021-10679-y>

APÊNDICE A – GRÁFICO PARA ANÁLISE DE BALANCEAMENTO (MÉTODO GBM)

Figura: Gráfico de balanceamento das variáveis para comparar população com HIV e participantes do ELSA-Brasil.

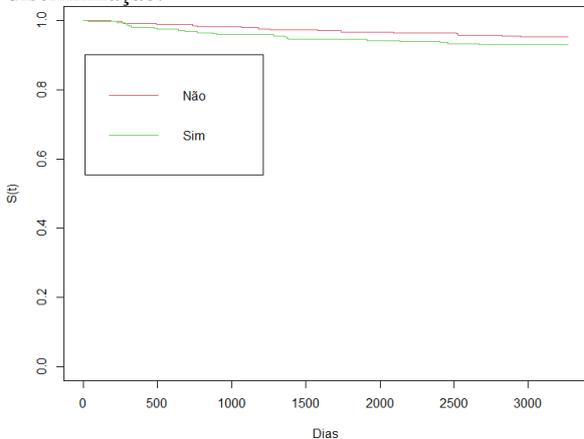


Fonte: Autoria própria.

A figura em questão mostra que todas as variáveis incluídas no balanceamento atingiram valores de diferenças médias padronizadas inferiores a 0,20, valor recomendado pela literatura para melhor correspondência entre os grupos comparados.

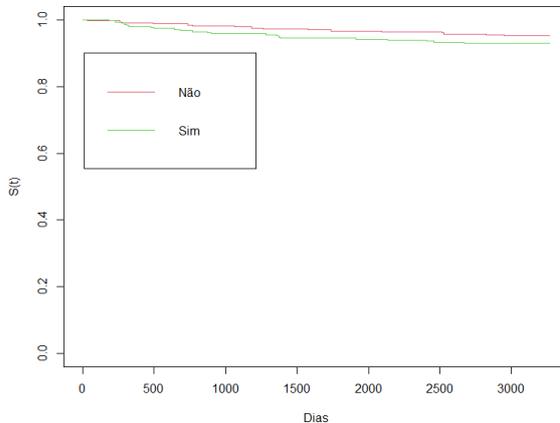
APÊNCICE B - CURVAS DE KAPLAN-MEIER SEGUNDO DESFECHOS

Figura 1a: Curva de sobrevivência, em dias, até a ocorrência de óbito estratificada pela percepção de discriminação.



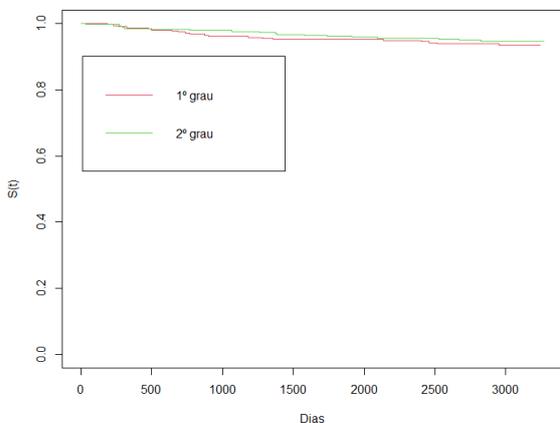
Teste de long-rank $p=0,2$

Figura 1b: Curva de sobrevivência, em dias, até a ocorrência de óbito estratificada pelo sexo.



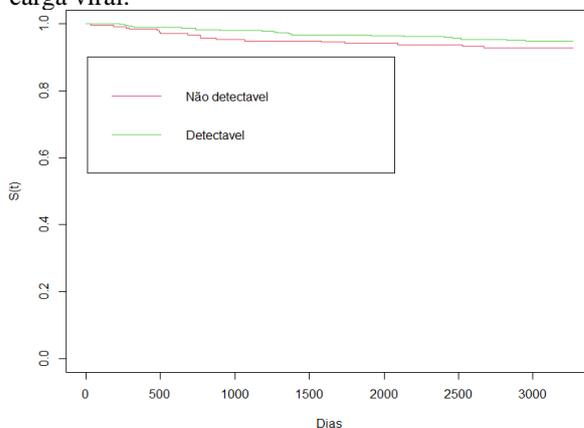
Teste de long-rank $p=0,2$

Figura 1c: Curva de sobrevivência, em dias, até a ocorrência de óbito estratificada pela escolaridade.



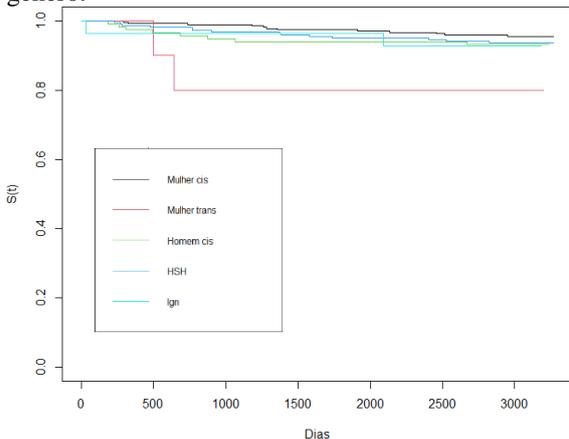
Teste de long-rank $p=0,5$

Figura 1d: Curva de sobrevivência, em dias, até a ocorrência de óbito estratificada pela detecção de carga viral.



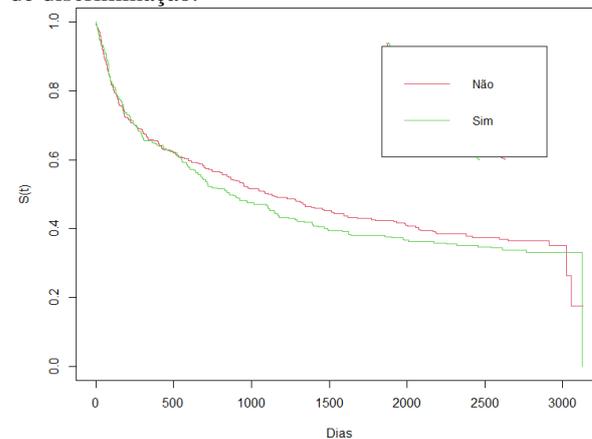
Teste de long-rank $p=0,3$

Figura 1e: Curva de sobrevivência, em dias, até a ocorrência de óbito estratificada pela identidade de gênero.



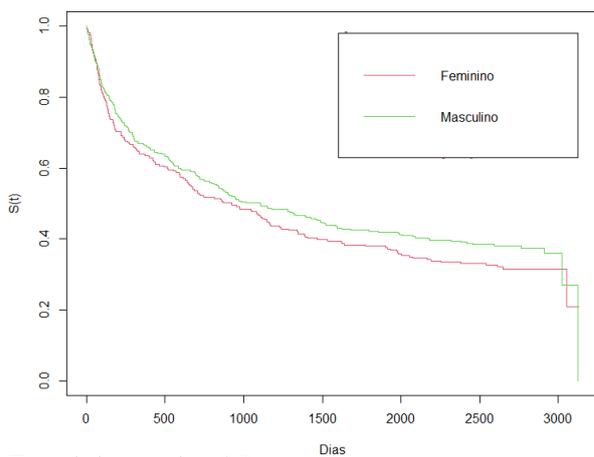
Teste de long-rank $p=0,2$

Figura 1f: Curva de sobrevivência, em dias, até a ocorrência de falha viral estratificada pela percepção de discriminação.



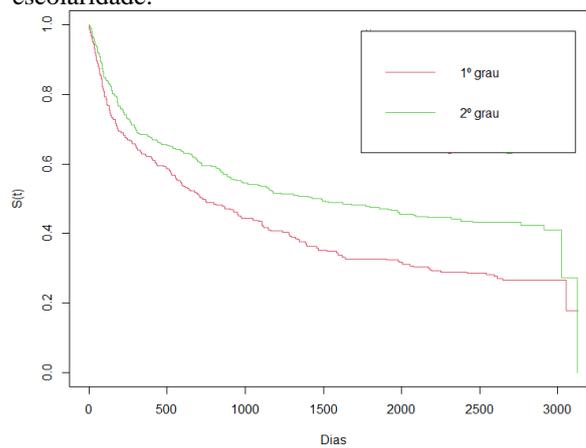
Teste de long-rank $p=0,5$

Figura 1g: Curva de sobrevivência, em dias, até a ocorrência de falha viral estratificada pelo sexo.



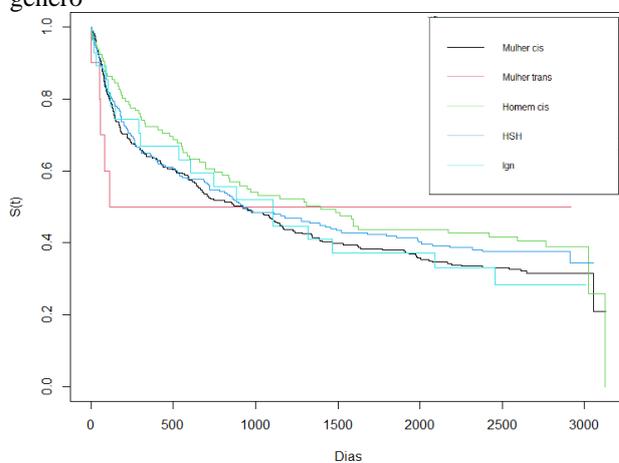
Teste de long-rank $p=0,2$

Figura 1h: Curva de sobrevivência, em dias, até a ocorrência de falha viral estratificada pela escolaridade.



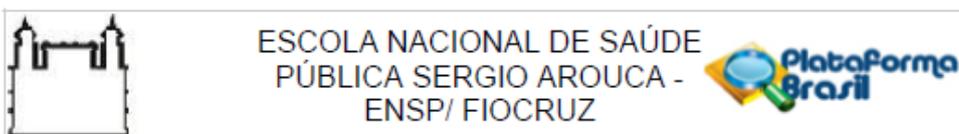
Teste de long-rank $p<0,01$

Figura 1i: Curva de sobrevivência, em dias, até a ocorrência de falha viral estratificada pela identidade de gênero.



Teste de long-rank $p=0,6$

ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITE DE ETICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DISCRIMINAÇÃO PERCEBIDA POR PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS: COMPARAÇÃO COM NÃO-INFECTADOS E EFEITOS SOBRE DESFECHOS DE

Pesquisador: Andréia Sena

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50920621.4.0000.5240

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.038.275

Apresentação do Projeto:

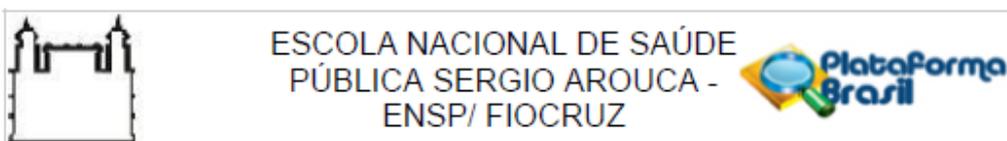
Este parecer se refere a análise de resposta às pendências, emitidas pelo CEP/ENSP no parecer número 938.072, em 01/09/2021.

O Projeto de Doutorado denominado DISCRIMINAÇÃO PERCEBIDA POR PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS: COMPARAÇÃO COM NÃOINFECTADOS E EFEITOS SOBRE DESFECHOS DE SAÚDE do Curso de Doutorado em Saúde, Ambiente e Sociedade vinculado ao Programa de Epidemiologia em Saúde Pública da FIOCRUZ, da pesquisadora Andréia Alves de Sena Silva, orientado por Prof. Dr. Antônio Guilherme Fonseca Pacheco e co-orientado por Prof. Dra. Dóra Chor, qualificado em 10/11/2020 com financiamento por Próprio.

Resumo:

As Pessoas que Vivem com HIV (PVHIV) convivem com a discriminação desde a época da descoberta do vírus, o que afeta de maneira significativa a qualidade de vida, trazendo efeitos deletérios na saúde física e mental, impactando negativamente o cotidiano dessas pessoas. Definida por ser um tratamento diferenciado/injusto em função de alguma característica que o indivíduo apresente, a discriminação e sua relação com a saúde tem sido alvo de diversas pesquisas, sendo associada a piores resultados de saúde (mental, física, resposta ao estresse e comportamentos de saúde). Nesse sentido, a discriminação é tida como problema a ser combatido

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2883 **Fax:** (21)2598-2883 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 5.038.275

modificações.

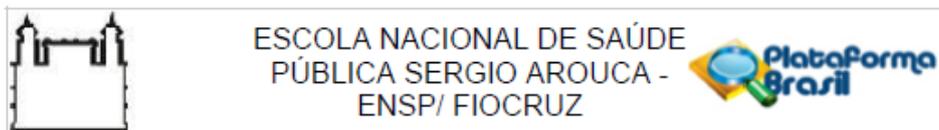
3* Justificar fundamentadamente, caso haja necessidade de interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

4* O Comitê de Ética em Pesquisa não analisa aspectos referentes a direitos de propriedade intelectual e ao uso de criações protegidas por esses direitos. Recomenda-se que qualquer consulta que envolva matéria de propriedade intelectual seja encaminhada diretamente pelo pesquisador ao Núcleo de Inovação Tecnológica da Unidade.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	AndreiaSena_FR.pdf	14/10/2021 18:07:04	Jennifer Braathen Salgueiro	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1806409.pdf	28/09/2021 22:57:52		Aceito
Outros	formulario_resp_pend_parecer_4953420.doc	28/09/2021 22:51:26	Andréia Sena	Aceito
Outros	termo_anuencia_elsa.pdf	28/09/2021 22:50:06	Andréia Sena	Aceito
Outros	termo_anuencia_ini.pdf	28/09/2021 22:49:50	Andréia Sena	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_completo_modificado.pdf	28/09/2021 22:47:58	Andréia Sena	Aceito
Outros	tcud_modificado.pdf	28/09/2021 22:45:29	Andréia Sena	Aceito
Orçamento	orcamento_modificado.pdf	28/09/2021 22:45:07	Andréia Sena	Aceito
Cronograma	cronograma_modificado.pdf	28/09/2021 22:44:54	Andréia Sena	Aceito
Outros	cartaencaminhamento.pdf	18/08/2021 11:10:43	Andréia Sena	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoandreia.pdf	10/08/2021 22:06:22	Andréia Sena	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	dispensatcle.pdf	09/08/2021 23:26:23	Andréia Sena	Aceito
Declaração de	termodecompromisso.pdf	09/08/2021	Andréia Sena	Aceito

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
 Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2598-2883 Fax: (21)2598-2883 E-mail: oep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 5.038.275

Pesquisadores	termodecompromisso.pdf	23:25:56	Andréia Sena	Aceito
---------------	------------------------	----------	--------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 14 de Outubro de 2021

Assinado por:
Jennifer Braathen Salgueiro
 (Coordenador(a))

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
 Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2598-2883 Fax: (21)2598-2883 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br