

UNAIDS 2020

REFERÊNCIA

Evidências para eliminar estigma e discriminação relacionados ao HIV

Orientação para os países implementarem programas efetivos para eliminar estigma e discriminação relacionados ao HIV em seis contextos.

Sumário

2	Sumário executivo
7	Introdução
10	Como os principais programas de direitos humanos do UNAIDS e os seis contextos se articulam
12	Como estigma e discriminação são prejudiciais
14	Como funciona o processo de estigmatização no contexto de HIV
17	Utilizando o Arcabouço de Estigma e Discriminação em Saúde
17	Projetando intervenções
20	Enfrentando estigma e discriminação relacionados ao HIV em seis contextos
20	Base para recomendações em cada contexto
21	Contextos de comunidade
21	Exemplos de intervenção e recomendações
24	Contextos de local de trabalho
25	Exemplos de intervenção de recomendações
29	Contextos de educação
31	Exemplos de intervenção e recomendações
34	Contextos de assistência à saúde
35	Exemplos de intervenção de recomendações
38	Contextos jurídicos
40	Exemplos de intervenção e recomendações
44	Contextos de emergência
46	Exemplos de intervenção de recomendações

49	Considerações relevantes entre os contextos
49	Leis e políticas
49	Proteção e serviços sociais
50	Desigualdades sociais e econômicas
50	Desigualdade de gênero e normas de gênero desiguais
51	Normas sociais e culturais
51	Violência sexual e violência baseada em gênero
51	Comunicação e mídia
52	Monitoramento e avaliação do progresso para eliminar todas as formas de estigma e discriminação relacionados ao HIV
52	Exemplo 1
53	Exemplo 2
54	Práticas recomendadas de monitoramento e avaliação
55	Conclusão
58	Referências
68	Anexo 1 Intervenções para reduzir estigma e discriminação relacionados ao HIV em contextos de comunidade
72	Anexo 2 Intervenções para reduzir estigma e discriminação relacionados ao HIV em contextos de local de trabalho
73	Anexo 3 Intervenções para reduzir estigma e discriminação relacionados ao HIV em contextos de educação
75	Anexo 4 Intervenções para reduzir estigma e discriminação relacionados ao HIV em contextos de assistência à saúde
78	Anexo 5 Intervenções para reduzir estigma e discriminação relacionados ao HIV em contextos de justiça

Sumário executivo

Em dezembro de 2017, foi criada a Parceria Global de Ação para Eliminar Todas as Formas de Estigma e Discriminação Relacionados ao HIV (Parceria Global) para inspirar os países a tomarem medidas que visam a remover barreiras críticas aos serviços de HIV. A Parceria Global, coorganizada por chefes de agências da Rede Global de Pessoas Vivendo com HIV (GNP+), do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), da Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e o Empoderamento das Mulheres (ONU Mulheres) e do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e com liderança e apoio técnico da delegação de organizações não governamentais da Junta de Coordenação do Programa do UNAIDS, “cria uma oportunidade para utilizar o poder conjunto de governos, da sociedade civil, de doadores bilaterais e multilaterais, do mundo acadêmico e das Nações Unidas para tornar estigma e discriminação relacionados ao HIV um fato do passado” (1).

Este relatório apresenta análises das evidências mais recentes sobre o que funciona na redução de estigma e discriminação relacionados ao HIV por meio de programas-chave para minimizar estigma e discriminação e para aumentar o acesso à justiça nos seis contextos de foco da Parceria Global (2). O relatório inclui orientações aos governos nacionais e às principais partes interessadas sobre (a) como estigma e discriminação são prejudiciais; (b) como o processo de estigmatização opera e como podemos pará-lo; (c) princípios fundamentais dos esforços para reduzir estigma e discriminação; (d) uma visão geral das abordagens comuns de intervenção; (e) recomendações fundamentadas nas evidências mais recentes para reduzir estigma e discriminação relacionados ao HIV nos seis contextos; e (f) uma visão geral das considerações para monitorar o sucesso das intervenções programáticas recomendadas para cada contexto. Os seis contextos são:

- comunidade;
- local de trabalho;
- educação;
- assistência à saúde;
- justiça;
- emergência.

O foco nos contextos visa a apoiar os países a desenvolverem respostas abrangentes para eliminar estigma e discriminação relacionados ao HIV, articulando como estigma e discriminação operam em cada contexto, quem é afetado e o que pode ser feito para lidar com estigma e discriminação com base nas evidências disponíveis e nas práticas recomendadas.

As intervenções recomendadas em cada contexto foram extraídas das evidências mais recentes sobre intervenções e programas bem-sucedidos para reduzir estigma e discriminação relacionados ao HIV ou de evidências sobre o impacto de mudanças nas leis e nas políticas relativas à epidemia de HIV. Para todos os contextos, particularmente aqueles em que não havia a base de evidências ou havia base menos robusta (local de trabalho, justiça, emergência), a contribuição relacionada às práticas recomendadas foi

fornecida por especialistas técnicos que trabalham nesses contextos. Os destaques de recomendações específicas dos contextos são os seguintes.

Na comunidade:

- aumentar o aconselhamento no âmbito individual para mitigar estigma internalizado;
- engajar famílias e lares em atividades de redução de estigma e discriminação relacionados ao HIV e às populações-chave;
- implementar serviços e programas para pessoas vivendo com HIV e para essas populações-chave com o objetivo de proteger a saúde e o bem-estar desses grupos;
- engajar lideranças da comunidade e implementar programas e estratégias para alterar as normas comunitárias que promovem estigma e discriminação.

No local trabalho:

- oferecer à força de trabalho treinamento sobre seus direitos no local de trabalho e sobre ferramentas e serviços de reparação;
- implementar e fazer cumprir políticas de local de trabalho que promovam um ambiente saudável e livre estigma e discriminação relacionados ao HIV e a populações-chave; apoiar o desenvolvimento e a implementação dessas políticas aplicáveis em todo o setor formal;
- educar as comunidades no local de trabalho sobre HIV, comorbidades e alfabetização jurídica para promover normas sociais positivas relacionadas ao HIV.

Na educação:

- assegurar que adolescentes tenham acesso a serviços de HIV adequados a jovens e a uma educação sexual abrangente;
- propiciar a educadores e educadoras treinamento e apoio institucional necessários para atender às necessidades psicológicas de estudantes vivendo com HIV, e que sejam membros das populações-chave, e para facilitar um ambiente educacional livre de estigma e discriminação relacionados ao HIV e a populações-chave;
- envolver as famílias e a comunidade em geral em atividades de redução de estigma e discriminação;
- desenvolver e fazer cumprir políticas que atendam às necessidades de jovens vivendo com HIV ou que se identifiquem como membros das populações-chave; por exemplo, criar uma política de tolerância zero em todo o setor de educação com relação a estigma e discriminação relacionados ao HIV ou rever as restrições etárias relacionadas ao teste de HIV e a serviços relacionados ao HIV.

Na assistência à saúde:

- integrar técnicas e técnicos jurídicos aos estabelecimentos de saúde para oferecer orientação e conscientização, no local, às populações que estão sendo deixadas para trás — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, privadas de liberdade, migrantes e refugiados, bem como mulheres e meninas, especialmente adolescentes e jovens adultas — sobre seus

direitos e sobre os padrões de qualidade no acesso a serviços e assistência à saúde sem discriminação;

- instituir treinamento antes de iniciar o serviço e quando em serviço sobre HIV, direitos humanos, populações-chave, redução de estigma, não discriminação, sensibilização sobre gênero e ética médica para todo o pessoal dos estabelecimentos de saúde. Avaliar regularmente o conhecimento, as atitudes e as práticas do pessoal de saúde em relação às populações que estão “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, especialmente adolescentes e jovens adultas — para apoiar a administração do estabelecimento de saúde na identificação e na resolução de quaisquer problemas;
- assegurar que suprimentos de prevenção geral e que profilaxia pós-exposição sejam sempre estocados para diminuir o medo de profissionais de saúde relacionado à exposição ocupacional ao HIV, o que, por sua vez, reduzirá o comportamento de esquívamento voltado a pessoas vivendo com HIV.

Na justiça:

- implementar programas para capacitar as populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, especialmente adolescentes e jovens adultas — com alfabetização jurídica e com acesso a serviços de reparação;
- eliminar leis que criminalizam o uso ou o porte de drogas para consumo próprio, todos os aspectos do trabalho sexual, orientação sexual, identidade de gênero e exposição, não revelação e transmissão do HIV;
- informar e sensibilizar regularmente as pessoas responsáveis de deveres sobre os aspectos jurídicos, de saúde e de direitos humanos relacionados ao HIV, sobre as leis nacionais relevantes e sobre as implicações no concernente à aplicação da lei, a investigações e a processos judiciais;
- revisar regularmente leis, regulamentos e políticas atuais relacionados ao HIV e compará-las aos compromissos globais; abordar leis e políticas que são discriminatórias para membros das populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, especialmente adolescentes e jovens adultas — como parte da resposta nacional ao HIV.

Em emergência:

- implementar programas e serviços para reduzir estigma internalizado e para apoiar as populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, especialmente adolescentes e jovens adultas — em situações de conflito e de crise por meio da disponibilização de acesso seguro a cuidados e a tratamento;
- reforçar a capacidade do pessoal de saúde da comunidade pela disponibilização de vínculos apropriados entre as comunidades e os sistemas formais de saúde em contextos de emergência;
- implementar programas para prevenir, abordar, monitorar e relatar violência contra as populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, especialmente adolescentes e jovens adultas — em contextos de emergência;

- incluir provisões para as populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, especialmente adolescentes e jovens adultas — nos planos nacionais de emergência.

Para todos os contextos:

- capacitar as redes locais de populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, especialmente adolescentes e jovens adultas — a monitorar o impacto de leis e políticas sobre os serviços de HIV, a advogar mudanças necessárias e a engajar no desenvolvimento de programas e políticas;
- monitorar o estigma, a discriminação e as violações de direitos vivenciados pelas populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, especialmente adolescentes e jovens adultas;
- propiciar treinamento antes do início do serviço e quando em serviço às pessoas responsáveis e às lideranças comunitárias sobre HIV, direitos humanos, populações-chave, redução de estigma, não discriminação, sensibilização sobre gênero e ética para o trabalho com as populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, especialmente adolescentes e jovens adultas.

Introdução

Mundialmente, estamos ganhando impulso. Progredimos tremendamente na expansão do acesso ao tratamento salvador de HIV, e as infecções novas estão diminuindo. Ainda assim, estigma e discriminação relacionados ao HIV configuram um obstáculo aos nossos objetivos. Atingir as metas *Fast-Track* do UNAIDS de 90–90–90 (90% das pessoas vivendo com HIV sabem seu sorológico 90% das pessoas que sabem que vivem com HIV têm acesso ao tratamento; 90% das pessoas sob tratamento têm cargas virais suprimidas) e reduzir novas infecções por HIV para menos de 500.000 por ano permanecerão fora do nosso alcance caso esses obstáculos persistam (3). Estigma e discriminação impedem os serviços de HIV em cada etapa, limitando acesso e aceitação dos serviços de prevenção, envolvimento nos cuidados e adesão à terapia antirretroviral (4). Com a expansão das ferramentas de prevenção do HIV e do acesso a medicamentos antirretrovirais, perguntamo-nos como é possível que estigma e discriminação possam ser um obstáculo. Há três motivos.

Em primeiro lugar, o estigma é persistente e insidioso. Um estigma é uma diferença que é distinguida e rotulada (5), o que então permite uma série de ações discriminatórias que, em última instância, negam às pessoas a aceitação social completa, reduzindo suas chances na vida (6) e alimentando desigualdades sociais. Em segundo lugar, o estigma é interseccional. (7). No contexto de HIV, frequentemente a “diferença” não é apenas se uma pessoa está vivendo com HIV, mas também onde ela mora, quanto dinheiro ela tem, de que cor é, de que gênero é, com quem escolhe fazer sexo e de que forma o faz, se usa drogas, se está presa, se é imigrante, refugiada, pessoal de saúde, educadora ou profissional do sexo. Há uma sobreposição das identidades sociais estigmatizadas, levando a formas múltiplas e convergentes de estigma que agravam os efeitos negativos do estigma sobre a saúde e o bem-estar (8, 9). O estigma relacionado ao HIV é definido pelo UNAIDS como crenças, sentimentos e atitudes negativas voltadas às pessoas vivendo com HIV, aos grupos associados a pessoas vivendo com HIV (por exemplo, famílias das pessoas vivendo com HIV) e a outras populações-chave com risco maior de infecção pelo HIV, como pessoas que injetam drogas, profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens e pessoas transgênero.

Discriminação, conforme definida sob as leis internacionais de direitos humanos, é qualquer distinção, exclusão ou restrição baseada indireta ou diretamente em motivos proibidos sob as leis internacionais, que tenha o efeito ou a intenção de anular o reconhecimento, o gozo ou o exercício, em igualdade de condições, de uma pessoa de todos os direitos humanos e das liberdades fundamentais, nos âmbitos político, econômico, social, cultural, civil ou qualquer outro.¹ A discriminação relacionada ao HIV é, portanto, qualquer distinção, exclusão ou restrição (às vezes, referida como atos ou omissões) baseada indireta ou diretamente no estado sorológico real ou percebido de uma pessoa. A discriminação no contexto de HIV também inclui atos e omissões

¹ Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas, comentário geral n.º 20: não discriminação em direitos econômicos, sociais e culturais. Artigo 2, Parágrafo 2 do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, 2 de julho de 2009, E/C.12/GC/20 (<https://www.refworld.org/docid/4a60961f2.html>).

dirigidos a outras populações-chave e grupos com risco elevado de contração de HIV. A discriminação pode ser institucionalizada por meio de leis, políticas e práticas atuais que enfocam negativamente as pessoas vivendo com HIV e os grupos marginalizados, inclusive as populações criminalizadas.

Em terceiro lugar, estigma e discriminação são formas de poder e de controle possibilitadas por “forças sociais, culturais, políticas e econômicas mais amplas que estruturam o estigma” (7). Eles não são apenas algo que uma pessoa impõe à outra. Como tal, nossa resposta deve ser multifacetada. Além de trabalhar com indivíduos, famílias e comunidades, também devemos trabalhar com organizações e instituições. Devemos nos esforçar para mudar leis e políticas prejudiciais e para criar sistemas judiciais favoráveis.

Quadro 1

Estigma e discriminação podem levar a violações dos nossos direitos humanos básicos

O estigma, em situações em que possibilita a discriminação, pode levar a violações do nosso direito humano de viver uma vida sem discriminação, conforme consagrado na Declaração Universal dos Direitos Humanos e em outros tratados internacionais e regionais de direitos humanos.

O Artigo 2 afirma que todo ser humano pode reivindicar seus direitos, independentemente de raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política ou outra, origem nacional ou social, propriedade, nascimento ou outra condição.

Embora o lançamento de uma resposta global para eliminar todas as formas de estigma e discriminação relacionados ao HIV possa parecer assustador, temos uma base sólida para fazê-lo. Há arcabouços políticos e compromissos para apoiar uma resposta ampla a estigma e discriminação, inclusive (a) a meta *Fast-Track* do UNAIDS para eliminar estigma e discriminação relacionados ao HIV até 2020 (3); (b) os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 5, 10 e 16 para reduzir desigualdade de gênero, reduzir desigualdade dentro e entre os países e promover sociedades justas, pacíficas e inclusivas; e (c) a Estratégia do UNAIDS 2016-2021 e a Declaração Política de 2016 das Nações Unidas sobre o Fim da AIDS, que incluem como meta a eliminação de estigma e discriminação relacionados ao HIV.

Os países se comprometeram a financiar o fim da AIDS, inclusive a fazer investimento no Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária (Fundo Global). Em 2017, o Fundo Global lançou a iniciativa Rompendo Barreiras, que inclui USD 45 milhões em fundos catalíticos para 20 países² para apoio intensivo com o objetivo de aumentar a quantidade de respostas abrangentes para remover barreiras relacionadas aos direitos humanos, aos serviços de HIV, à tuberculose e à malária. As intervenções recomendadas para a expansão fundamentam-se nos sete principais programas de direitos humanos do UNAIDS para reduzir estigma e discriminação e para aumentar o acesso à justiça nas respostas nacionais ao HIV (veja a Tabela 1) (2).

2 Benin, Botswana, Camarões, Costa do Marfim, República Democrática do Congo, Gana, Honduras, Indonésia, Jamaica, Quênia, Quirguistão, Moçambique, Nepal, Filipinas, Senegal, Serra Leoa, África do Sul, Tunísia, Uganda, Ucrânia.

Tabela 1.

Exemplos de intervenções pelos principais programas de direitos humanos do UNAIDS.

Principais programas de direitos humanos do UNAIDS	Exemplos de intervenção
<p>1: reduzir estigma e discriminação</p>	<p>Aumentar a conscientização sobre o estigma e suas consequências prejudiciais por meio de campanhas na mídia (por exemplo, rádio, televisão, edutainment), estratégias de contato (por exemplo, interações positivas entre as pessoas vivendo com HIV e o público em geral ou as pessoas responsáveis) e de engajamento com lideranças religiosas e comunitárias.</p> <p>Inclusão de não discriminação como parte de políticas institucionais e de local de trabalho.</p> <p>Medição do estigma relacionado ao HIV por meio do Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV.</p> <p>Mobilização e apoio entre pares desenvolvidos para e por pessoas vivendo com HIV com o objetivo de promover saúde, bem-estar e direitos humanos.</p>
<p>2: aumentar acesso a serviços jurídicos relacionados ao HIV</p>	<p>Informações e encaminhamentos jurídicos.</p> <p>Aconselhamento e representação jurídicos.</p> <p>Formas alternativas ou comunitárias de resolução de litígio.</p> <p>Engajar lideranças religiosas e tradicionais e sistemas jurídicos tradicionais (por exemplo, tribunais de vilas) com o objetivo de resolver disputas e de mudar normas tradicionais prejudiciais.</p> <p>Litígio estratégico.</p>
<p>3: monitorar e reformar leis, políticas e regulamentos</p>	<p>Revisão das leis e práticas de aplicação de lei para identificar se elas impactam a resposta ao HIV de forma positiva ou negativa.</p> <p>Avaliação do acesso à justiça para pessoas vivendo com HIV ou vulneráveis ao HIV.</p> <p>Ativismo e <i>lobbying</i> para reformar leis.</p> <p>Envolvimento de parlamentares, ministros, ministras e lideranças religiosas e tradicionais.</p> <p>Promoção de promulgação e implementação de leis, de regulamentos e de diretrizes que proíbem a discriminação e que apoiam o acesso à prevenção, ao tratamento, aos cuidados e ao suporte ao HIV.</p>
<p>4: aprimorar alfabetização jurídica</p>	<p>Campanhas de conscientização que disponibilizem informações sobre direitos e leis relacionados ao HIV por meio da mídia (por exemplo, televisão, rádio, mídia impressa, internet).</p> <p>Mobilização e educação da comunidade.</p> <p>Procura e envolvimento de pares.</p> <p>Linhas diretas (atendimento por telefone).</p>
<p>5: sensibilizar parlamentares e pessoas responsáveis pela aplicação da lei</p>	<p>Sensibilização da polícia no que concerne ao HIV e as como o HIV é e não é transmitido.</p> <p>Importância de tentar se comunicar com as populações em risco e de ter acesso a elas, e de lidar adequadamente com os casos de violência doméstica e sexual no contexto do HIV.</p> <p>Consequências negativas de atividade ilegal da polícia com relação à resposta ao HIV e à justiça nas respostas ao HIV.</p> <p>Sessões de sensibilização para parlamentares, funcionários e funcionárias dos ministérios da Justiça e dos Assuntos Internos, juízes, procuradores, advogados e líderes tradicionais e religiosos sobre os aspectos jurídicos, de saúde e de direitos humanos relacionados ao HIV e sobre as leis nacionais relevantes e as implicações no concernente à aplicação da lei, às investigações e aos processos judiciais.</p> <p>HIV no programa de local de trabalho para parlamentares e pessoas responsáveis pela aplicação da lei.</p>
<p>6: treinar profissionais de saúde em direitos humanos e em ética médica relacionados ao HIV</p>	<p>Treinamento em direitos humanos e em ética dado a profissionais de saúde, administradores e reguladores, bem como a profissionais de saúde em treinamento em escolas de medicina e enfermagem.</p>
<p>7: reduzir discriminação contra mulheres no contexto de HIV</p>	<p>Fortalecimento do ambiente jurídico e de políticas para assegurar que as leis protejam mulheres e meninas da desigualdade de gênero e da violência.</p> <p>Esforços para reformar a lei da família e as leis de violência doméstica, bem como a aplicação da lei, caso estas não sejam capazes de proteger a mulher ou caso criem barreiras aos serviços de HIV.</p> <p>Esforços para reformar leis de propriedade, herança e custódia de modo a assegurar direitos iguais para mulheres, crianças e cuidadores afetadas pelo HIV.</p> <p>Programas de educação sexual e de preparação para a vida adequados à faixa etária do público-alvo, que também buscam reduzir a desigualdade de gênero e a violência baseada em gênero.</p> <p>Programas para reduzir normas de gênero prejudiciais que colocam mulheres, meninas, homens e meninos em risco de infecção por HIV, incluindo o desenvolvimento das capacidades de grupos da sociedade civil que trabalham pelos direitos das mulheres e pela igualdade de gênero.</p> <p>Programas para aumentar o acesso à educação e às oportunidades de elevação de poder econômico para mulheres vivendo com HIV ou vulneráveis à infecção por HIV.</p> <p>Serviços de saúde integrados com um sistema de encaminhamento eficiente, inclusive cuidados para sobreviventes de estupro e a disponibilidade de profilaxia pós-exposição.</p>

A Parceria Global de Ação para Eliminar Todas as Formas de Estigma e Discriminação Relacionados ao HIV (Parceria Global), coorganizada por chefes de agências da Rede Global de Pessoas Vivendo com HIV (GNP+), do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), da Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e o Empoderamento das Mulheres (ONU Mulheres) e do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), e com liderança e apoio técnico da delegação de organização não governamental da Junta de Coordenação do Programa do UNAIDS, galvaniza este impulso. A Parceria Global “cria uma oportunidade para utilizar o poder conjunto de governos, da sociedade civil, de doadores bilaterais e multilaterais, do mundo acadêmico e das Nações Unidas para tornar estigma e discriminação relacionados ao HIV um fato do passado” (1).

Este documento de orientação analisa as evidências mais recentes sobre o que funciona na redução de estigma e discriminação relacionados ao HIV nos seis contextos de foco da Parceria Global. O relatório inclui orientações aos governos nacionais e às principais partes interessadas sobre (a) como estigma e discriminação são prejudiciais; (b) como o processo de estigmatização opera e como podemos pará-lo; (c) princípios fundamentais dos esforços para reduzir estigma e discriminação; (d) uma visão geral das abordagens comuns de intervenção; (e) recomendações fundamentadas nas evidências mais recentes para reduzir estigma e discriminação relacionados ao HIV nos seis contextos; e (f) uma visão geral das considerações para monitorar o sucesso das intervenções programáticas recomendadas para cada contexto. Os seis contextos são:

- comunidade;
- local de trabalho;
- educação;
- assistência à saúde;
- justiça;
- emergência.

O foco nos contextos visa a apoiar os países a desenvolverem respostas abrangentes a estigma e discriminação relacionados ao HIV, a outras barreiras aos direitos humanos relacionadas ao HIV, bem como a outros serviços de saúde, articulando como estigma e discriminação operam em cada contexto, quem é afetado e, informado pelas evidências disponíveis e práticas recomendadas, o que pode ser feito para lidar com estigma e discriminação.

Como os principais programas de direitos humanos do UNAIDS e os seis contextos se articulam

Os programas de direitos humanos do UNAIDS definem os sete principais programas em que intervenções são necessárias para reduzir estigma e discriminação e para aumentar o acesso à justiça de maneira geral. As intervenções são, no entanto, frequentemente desenvolvidas e testadas nos seis contextos listados acima, e as evidências acerca do que funciona são, muitas vezes, específica a esses contextos. As intervenções podem abordar um ou mais dos principais programas de direitos humanos (tipicamente mais de um), que combinados formam um pacote mutuamente forte.

A diretriz atualizada sobre intervenções para eliminar estigma e discriminação relacionados ao HIV fundamentou-se em uma análise de evidências acerca do que funciona e na contribuição de especialistas técnicos quando da ausência dessas evidências. Portanto, a nova diretriz recomendada pela Parceria Global é organizada pelos seis contextos. Alguns programas de direitos humanos precisam ser implementados em todos os contextos, ao passo que outros são somente relevantes para alguns contextos (veja a Tabela 2). É importante ressaltar que as recomendações de intervenções nos seis contextos de foco da Parceria Global não substituem os programas de direitos humanos do UNAIDS; em vez disso, as recomendações oferecem aos países um foco para orientar o desenvolvimento de intervenção, a implementação e o monitoramento.

Tabela 2.

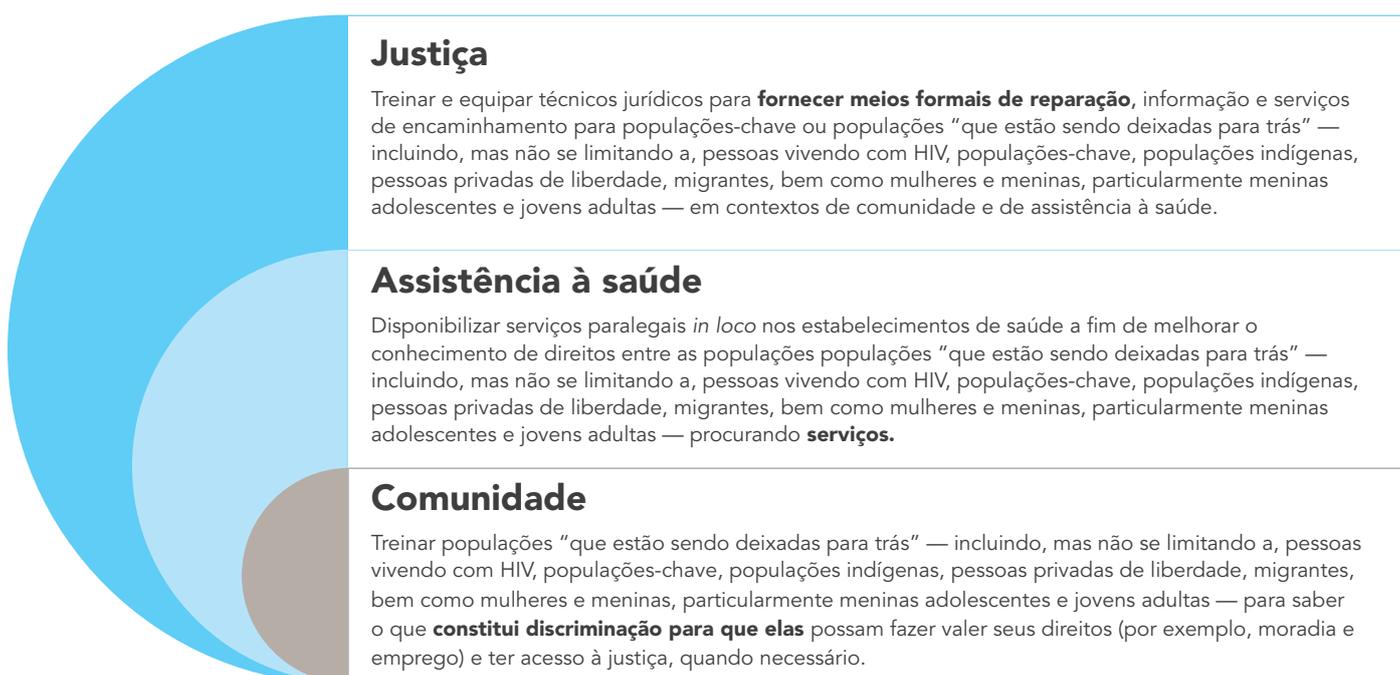
Relações entre as áreas do programa de direitos humanos do UNAIDS e os seis contextos da Parceria Global de Ação para Eliminar Todas as Formas de Estigma e Discriminação Relacionados ao HIV.

Programas de direitos humanos do UNAIDS	Contextos de implementação das intervenções dos programas de direitos humanos
1: reduzir estigma e discriminação	Todos os contextos: comunidade, local de trabalho, educação, assistência à saúde, justiça e emergência.
2: aumentar acesso a serviços jurídicos relacionados ao HIV	Contextos: comunidade, assistência à saúde, justiça e emergência. ¹
3: monitorar e reformar leis, políticas e regulamentos	Contexto: comunidade. Advogar mudanças e monitorar o impacto de leis, políticas e regulamentos. Contextos: justiça, local de trabalho, educação e assistência à saúde — fazer e implementar mudanças.
4: aprimorar alfabetização jurídica	Contextos: comunidade, assistência à saúde e justiça.
5: sensibilizar parlamentares e profissionais responsáveis pela aplicação da lei	Contextos: justiça, educação e local de trabalho.
6: treinar profissionais de saúde em direitos humanos e em ética médica relacionados ao HIV	Contextos: assistência à saúde, educação e local de trabalho.
7: reduzir discriminação contra mulheres no contexto de HIV	Todos os contextos: comunidade, local de trabalho, educação, assistência à saúde, justiça e emergência.

¹ Human rights and gender programming in challenging operating environments (COEs): guidance brief. Genebra: Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária; 2017 (https://www.theglobalfund.org/media/6346/fundingmodel_humanrightsgenderchallengingoperatingenvironments_guidance_en.pdf?u=637153281250000000).

Como um exemplo, consideremos o programa de direitos humanos 2. A Figura 1 mostra exemplos de intervenções informadas por evidências que podem ser implementadas nos contextos de comunidade, de assistência à saúde e de justiça para aumentar o acesso aos serviços jurídicos relacionados ao HIV.

Figura 1. Aumento do acesso aos serviços jurídicos relacionados ao HIV por contexto: exemplos de intervenção.



Como estigma e discriminação são prejudiciais

As pessoas vivendo com HIV se deparam com uma variedade de situações estigmatizantes, que incluem comportamentos de esquívamento (por exemplo, negar a compartilhar comida, a dar as mãos ou a sentar perto), fofoca e abuso verbal (por exemplo, xingamentos, uso de linguagem depreciativa) e rejeição social (por exemplo, evitar participar de eventos sociais, ter seu ponto de vista ignorado, perder respeito e posição). Podem estar entre as vivências de discriminação o abuso físico, a negação a serviços de saúde, negação a empregos ou perda deles, a negação à moradia e a detenção em ambientes em que a transmissão do HIV ou os comportamentos específicos ao HIV são criminalizados (10, 11). Conjuntamente, todas essas formas de estigma e discriminação se unem para impedir o acesso aos serviços de HIV e para reduzir a adesão à medicação e a retenção na assistência à saúde, causando, muitas vezes, problemas de saúde física e mental (10–13). Frequentemente, as pessoas vivendo com HIV enfrentam uma interligação de diversos estigmas relacionados a outras condições de saúde estigmatizadas (por exemplo, tuberculose) ou relacionados à identidade (por exemplo, raça, situação econômica, gênero, profissão, sexualidade). As pessoas que vivenciam outras condições e identidades estigmatizadas são descritas como populações-chave ou populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, especialmente adolescentes e jovens adultas —, dependendo da centralidade dessas pessoas para a dinâmica da epidemia ou para a resposta à epidemia (9, 14).

“ESTIGMA E
DISCRIMINAÇÃO
GENERALIZADOS,
VIOLÊNCIA E
ASSÉDIO ESTATAIS
E NÃO ESTATAIS,
LEIS E POLÍTICAS
RESTRITIVAS E
CRIMINALIZAÇÃO DE
COMPORTAMENTOS
OU PRÁTICAS
COLOCAM AS
POPULAÇÕES-
CHAVE EM RISCOS
ELEVADOS E
PREJUDICAM
SEU ACESSO
AOS SERVIÇOS”
(POPULAÇÕES-
CHAVE. GENEBRA:
FUNDO GLOBAL DE
COMBATE À AIDS,
TUBERCULOSE E
MALÁRIA; 2019.

As populações-chave têm maior probabilidade de exposição ao HIV. O UNAIDS considera como as principais populações-chave: homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, pessoas transgênero, pessoas que injetam drogas e pessoas presas e outras populações encarceradas (15, 16).

Em muitos contextos, as populações-chave são criminalizadas e, por consequência, enfrentam maior estigma e discriminação. Em contextos de justiça, a criminalização de determinados comportamentos (por exemplo, uso de drogas, não revelação do estado sorológico) ou de certas profissões (por exemplo, trabalho sexual) pode alimentar o estigma e a discriminação contra pessoas vivendo com HIV e contra populações-chave por meio do apoio a atitudes e a ações preconceituosas no âmbito da aplicação da lei (por exemplo, prender pessoas que usam drogas em locais de redução de danos, coagir profissionais do sexo a oferecer sexo gratuito a policiais para poder evitar detenção), colocando, desta forma, as populações-chave em alto risco de infecção por HIV. Essas leis infringem os direitos humanos das populações-chave e sua capacidade de acessar serviços jurídicos e de assistência à saúde. Um ambiente jurídico discriminatório impede que as populações-chave se envolvam com os serviços de redução de danos e em comportamentos que reduzam o risco de contrair o HIV por causa do medo de detenção, do assédio ou de outras respostas negativas por parte de profissionais responsáveis pela aplicação da lei (17–23).

Por exemplo, em alguns países, as(os) profissionais do sexo podem ser presas(os) por posse de muitos preservativos, porque isso pode servir como “evidência” de que elas(es) estão se envolvendo em trabalho sexual. Como resultado, esses profissionais podem deixar de andar com preservativos, o que, por sua vez, diminui o uso de preservativos durante o trabalho sexual, tornando-as(os) mais vulneráveis ao HIV (19, 20).

As pessoas vivendo com HIV na prisão podem não receber os cuidados de que precisam para a adesão ao tratamento. Além disso, elas são submetidas com frequência a condições insalubres e de superlotação, que podem afetar ainda mais o sistema imunológico ou aumentar o risco de exposição à tuberculose (24–26).

As populações-chave muitas vezes enfrentam estigma, independentemente de seu estado sorológico, o que contribui para o tratamento discriminatório em contextos de assistência à saúde (27). Um estudo conduzido na África do Sul e na República da Zâmbia descobriu que a maioria das profissionais do sexo entrevistadas tinha atitudes negativas em relação às populações-chave (28). Estudos conduzidos em Botswana, Malawi e Namíbia indicaram que

homens que fazem sexo com homens mostraram probabilidade dobrada com relação ao medo de procurar atendimento médico e seis vezes mais probabilidade de sofrerem negação de serviços do que pessoas heterossexuais (29). Em virtude de estigma e discriminação, populações-chave podem evitar totalmente os contextos de assistência à saúde ou podem optar por ocultar informações vitais sobre si mesmos (por exemplo, uso de drogas, saúde sexual) caso procurem os serviços, o que pode resultar em cuidado e tratamento inadequados (27, 30, 31).

Para as pessoas que estão em condições de procurar teste e tratamento, o estigma e a discriminação apresentam outras barreiras com relação a manter uma boa saúde. A falta de suporte da família e de membros da comunidade pode impedir a adesão ao tratamento e interferir no manejo do HIV. Nota-se isso especialmente com pessoas transgênero vivendo com HIV. Um estudo observou que mulheres transgênero vivendo com HIV nos Estados Unidos apresentaram 50% de probabilidade de tomar, pelo menos, 90% de seus medicamentos antirretrovirais do que mulheres vivendo com HIV que não se identificaram como transgênero (32).

Como demonstrado, as populações-chave podem sofrer um nível maior e interseccional de estigma e discriminação nos contextos. Neste sentido, as respostas a estigma e discriminação relacionados ao HIV não devem focalizar estritamente pessoas vivendo com HIV; em vez disso, elas devem considerar as formas de estigma e discriminação vividas por grupos vulneráveis ao HIV e como isso afeta a capacidade de esses grupos prevenirem a infecção e de acessarem serviços relacionados ao HIV, tratamento e cuidado (33).

As populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, especialmente adolescentes e jovens adultas — estão sujeitas a pressões sociais, a circunstâncias sociais ou a desigualdades estruturais e à discriminação que podem colocá-las em risco mais elevado de exposição ao HIV e de outros desfechos negativos para a saúde. As populações vulneráveis variam de acordo com o país e com o contexto, mas geralmente incluem adolescentes vivendo com HIV, pessoas idosas vivendo com HIV, refugiadas e refugiados, pessoas deslocadas e migrantes, pessoas com deficiência, pessoas vivendo com tuberculose, populações que sofrem de racismo e pessoas que vivem em áreas rurais.

Como as populações-chave, as populações vulneráveis podem hesitar em fazer testes de HIV ou em procurar tratamento e cuidados para HIV. A causa disso pode ser a preocupação com maus-tratos; por exemplo, as e os profissionais de saúde podem tratar mulheres e meninas vivendo com HIV como se elas não pudessem e não deveriam ter relações sexuais ou ter filhos, negando-lhes, às vezes, serviços de planejamento familiar (34). Isto pode resultar em esterilização ou aborto forçadas ou coagidas (19, 34-41). Pessoas vivendo com tuberculose podem evitar ambientes de saúde em geral porque estão preocupadas com o estigma relacionado ao HIV, independentemente de seu estado sorológico (42).

A confidencialidade também é outra preocupação importante, porque a revelação indesejada do estado sorológico pode ter consequências graves para algumas populações vulneráveis. Por exemplo, em comunidades rurais, em que as estruturas sociais estão intimamente conectadas e o acesso aos serviços e recursos de HIV é limitado, é mais difícil acessar com confidencialidade os serviços de HIV. A prestação de serviços de HIV nessas comunidades também pode levar a estigma secundário vivido por profissionais de saúde. Dependendo das atitudes da comunidade em relação às pessoas vivendo com HIV, isso pode ser um obstáculo direto para pessoas que procuram teste e tratamento de HIV. Um estudo feito na área rural da África do Sul descobriu que, mesmo quando o acesso à terapia antirretroviral foi disponibilizado, as pessoas não procuravam o tratamento por medo de estigma e discriminação relacionados ao HIV. As preocupações com a possibilidade de profissionais de saúde fazerem boatos parecem ser particularmente notáveis nesses contextos (43).

As populações vulneráveis podem enfrentar obstáculos expressivos no acesso ao contexto de assistência à saúde e a outros contextos. Racismo e discriminação sistêmicos podem ser uma barreira formidável e um elemento dissuasivo para as populações que vivenciam racismo

(por exemplo, minorias, migrantes e populações indígenas) se envolverem em serviços e programas de HIV (7, 44, 45). As necessidades das pessoas que vivem com deficiências são frequentemente negligenciadas, de tal modo que os estabelecimentos de saúde podem não ser fisicamente acessíveis ou não estar equipados para prestar cuidados suficientes às pessoas vivendo com HIV ou com algum tipo de deficiência (46, 47).

Nos contextos de justiça, a saúde e o bem-estar das populações vulneráveis vivendo com HIV não são sempre preservados. Leis discriminatórias também podem apresentar desafios para as populações vulneráveis. Há ainda mais de 40 países em que o estado sorológico de uma pessoa afeta sua capacidade de procurar asilo ou de migrar para o país (48). Consequentemente, uma pessoa refugiada, deslocada ou migrante pode hesitar um pouco mais em interagir com os serviços do governo, inclusive com serviços de apoio social e de saúde, por medo de ser deportada. Mesmo em contextos em que tais restrições não estejam presentes, estigma e discriminação relacionados ao HIV podem impactar a saúde e o bem-estar de pessoas refugiadas, deslocadas ou migrantes. Uma avaliação de migrantes vivendo com HIV no Reino Unido e Irlanda do Norte observou que o estigma teve impacto no senso de segurança pessoal das pessoas entrevistadas e as a lidar com isso evitando, em parte, o envolvimento com serviços sociais e de saúde (49).

De modo geral, as repercussões de estigma e discriminação relacionados ao HIV são mais graves para as populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, especialmente adolescentes e jovens adultas. Por exemplo, mulheres e meninas vivendo com HIV e que têm seu estado sorológico relevado podem enfrentar rejeição de seus parceiros e famílias (34, 50, 51). Em alguns contextos, isso pode colocá-las em uma posição de insegurança econômica e pode ameaçar suas chances de sobrevivência (51). Mulheres e meninas também estão sujeitas a sofrer violência de seus parceiros, famílias ou comunidades por causa de seu estado sorológico (34, 50, 52). As vivências de estigma e discriminação podem ser prejudiciais para a autoestima e o bem-estar mental de populações vulneráveis e podem levar à depressão, à ideação suicida ou a tentativas de suicídio (46, 50, 53, 54). Um estudo feito nos Estados Unidos descobriu que a solidão e o estigma relacionado ao HIV destacaram-se entre os motivos de depressão em pessoas idosas vivendo com HIV (54).

Dado o nível elevado de estigma e discriminação enfrentado por populações-chave e vulneráveis, é fundamental que os países promovam ambientes jurídicos favoráveis e que desenvolvam programas e estratégias adequados para alcançar e engajar as populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, especialmente adolescentes e jovens adultas — no âmbito de prevenção de HIV e de serviços de cuidados e tratamentos do vírus. Ao planejar respostas ao HIV, o que inclui a resposta a estigma e discriminação relacionados ao HIV, os países devem identificar (informados por evidências, dados de inspeção, consultas e em parceria com mulheres, meninas e comunidades vulneráveis) as populações específicas que são essenciais para a sua resposta à epidemia e ao HIV fundamentada no contexto epidemiológico e social.

Como funciona o processo de estigmatização no contexto de HIV

O primeiro passo fundamental no desenvolvimento de uma resposta adequada a estigma e discriminação relacionados ao HIV é entender como funciona o processo de estigmatização. Esse entendimento possibilitará que os países focalizem programas que interrompam o processo ou que reduzam os impactos negativos do estigma vivido pelas populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, especialmente adolescentes e jovens adultas. O processo pode ser dividido em três componentes principais: impulsores e facilitadores, “marcadores de estigma” e manifestações de estigma (Figura 2).

NÓS.
EMPODERADOS.
EMPODERADAS.
RESILIENTES.
FORTES.

Os impulsionadores ou causas de estigma são negativos (13); entre eles estão o medo de infecção por contato que não tem risco de transmissão do HIV (por exemplo, tocar, beijar), preocupações com produtividade em razão de saúde debilitada, e julgamento social e culpa. Os facilitadores podem ser positivos ou negativos (55). Por exemplo, a presença ou a ausência de materiais de proteção e de normas de segurança ocupacional nos estabelecimentos de saúde pode minimizar ou piorar comportamentos de esquívamento estigmatizantes (por exemplo, o uso de dois pares de luvas) do pessoal de saúde em relação a pessoas vivendo com HIV (56).

Os impulsionadores e os facilitadores influenciam se um estigma é aplicado ou não a pessoas ou a grupos (marcação de estigma) relacionado ao estado sorológico delas ou a outras diferenças percebidas, como raça, classe, situação socioeconômica, gênero, orientação sexual ou profissão. O estigma interseccional ocorre quando as pessoas são “marcadas” com diversos estigmas. Uma vez aplicado o estigma, ele se manifesta em uma variedade de vivências de estigma (realidades vividas) e de práticas de estigma (crenças, atitudes e ações).

As vivências de estigma incluem a discriminação, que se refere a ações estigmatizantes ou a omissões (por exemplo, não criar rampas para pessoas com necessidades especiais) que são proibidas sob a lei internacional de direitos humanos (por exemplo, uma pessoa perder a moradia ou o emprego por causa de seu estado sorológico). O estigma vivenciado refere-se a comportamentos estigmatizantes que estão fora do alcance da lei internacional de direitos humanos (por exemplo, usar dois pares de luvas ou evitar frequentar o comércio de alguém).

Outra vivência de estigma é o estigma internalizado (autoestigma), que ocorre quando uma pessoa vivendo com HIV concorda com as atitudes negativas associadas ao vírus e as aceita como aplicáveis a si mesma. O estigma percebido, que se refere às percepções sobre como os grupos estigmatizados são tratados em um determinado contexto, e o estigma previsto, que se refere às expectativas de viés sendo perpetradas por outras pessoas caso sua condição de saúde se torne conhecida, também são vivências de estigma.

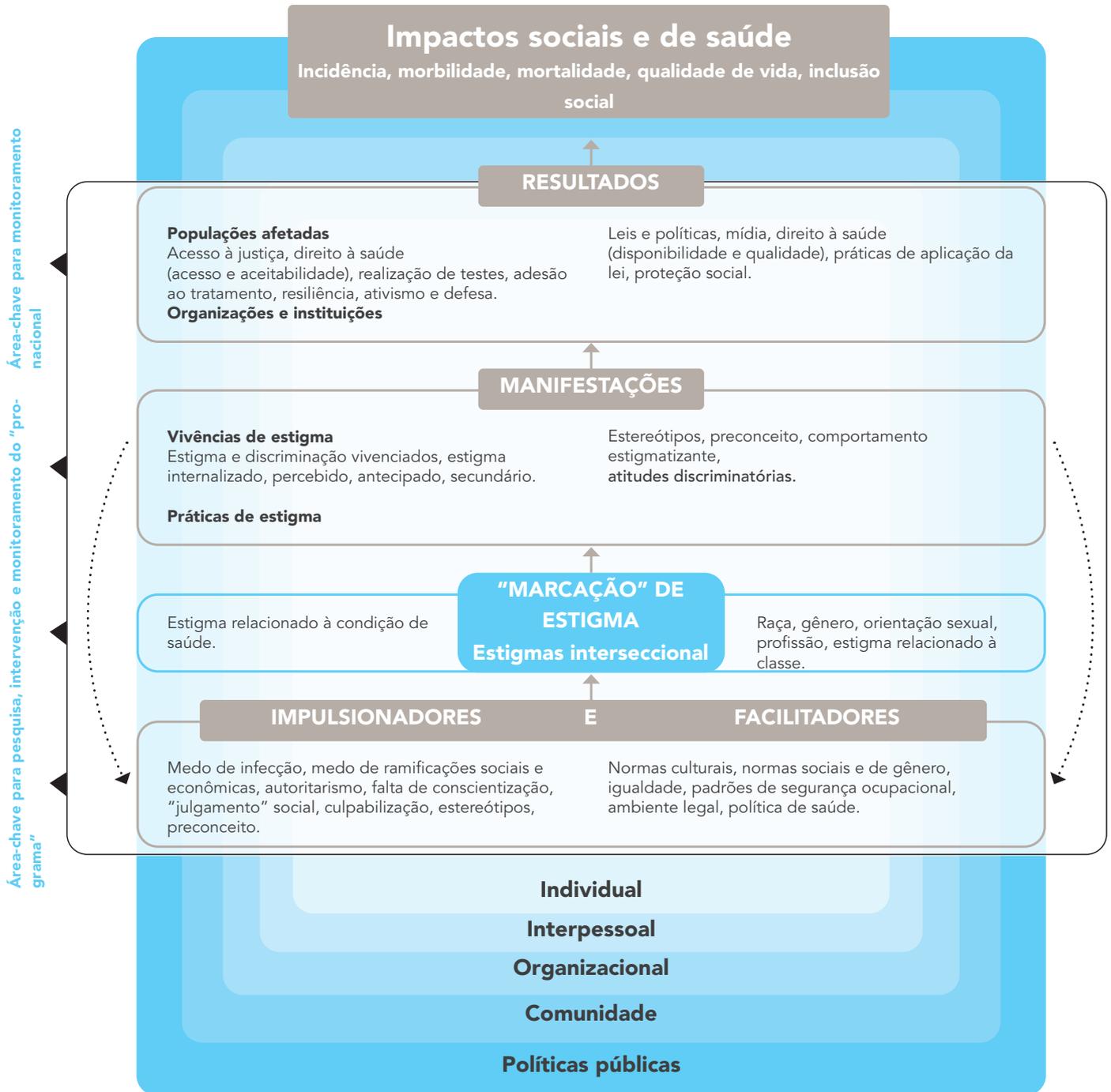
O estigma secundário refere-se à vivência de estigma por famílias ou amigos de membros dos grupos estigmatizados ou entre profissionais de saúde que tratam membros de grupos estigmatizados (14).

Estão entre as práticas de estigma o estereótipo, o preconceito e as atitudes e os comportamentos estigmatizantes. O estereótipo e o preconceito agem como impulsionadores e manifestações, porque alimentam o processo de estigmatização e são reforçados por ele.

Essas manifestações (vivências e práticas de estigma) influenciam uma série de desfechos para as populações afetadas, incluindo acesso à justiça, aceitabilidade e acesso a serviços de saúde e a outros tipos de apoio (por exemplo, assistência alimentar, medidas de proteção social), realização de testes, adesão ao tratamento, resiliência (ou o poder de desafiar o estigma), bem como ativismo e defesa. As manifestações de estigma também influenciam os resultados para organizações e instituições, incluindo leis e políticas, disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde, práticas de aplicação da lei e proteção social (14).

O estigma e a discriminação relacionados ao HIV podem ocorrer em muitos níveis diferentes, inclusive entre indivíduos, entre familiares e pares (interpessoal), dentro de organizações (por exemplo, estabelecimentos de saúde, local de trabalho, escolas, delegacias de polícia) e de comunidades e em políticas públicas (por exemplo, leis e políticas discriminatórias) (veja a Figura 2). Isto significa que as respostas nacionais ao estigma e à discriminação devem ter como alvo os impulsionadores, os facilitadores e as manifestações do estigma nos diversos níveis e com vários atores, como pessoas vivendo com HIV, populações-chave, famílias, membros da comunidade, pessoal de saúde, empregadores, agentes de aplicação da lei e elaboradores de políticas (10, 55, 57, 58).

Figura 2. O Arcabouço de Estigma e Discriminação em Saúde



Reproduzido de Stangl AL, Earnshaw VA, Logie CH, Van Brakel W, Simbayi LC, Barré I, 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. 2019;17:31.

Utilizando o Arcabouço de Estigma e Discriminação em Saúde

O Arcabouço de Estigma e Discriminação em Saúde pode ser utilizado para informar o desenvolvimento de intervenções. Idealmente, desejamos eliminar a ocorrência de marcação de estigma, portanto as intervenções focalizam frequentemente os impulsionadores e os facilitadores de estigma. Por exemplo, os esforços de comunicação em massa podem ser utilizados para ajudar as populações a entender melhor uma condição de saúde e a dissipar os mitos sobre como uma doença é transmitida e sobre quem está em risco. De forma semelhante, políticas novas podem ser desenvolvidas e implementadas nos estabelecimentos de saúde para garantir que não seja possível identificar as pessoas vivendo com HIV, como pelo uso de arquivos de cores específicas. Embora gostaríamos de evitar que o estigma ocorra, também precisamos estar preparados e preparadas para lidar com as manifestações de estigma. Isto pode envolver o apoio psicossocial a pessoas vivendo com HIV ou a assistência jurídica para lidar com a discriminação. As intervenções também podem focalizar populações-chave específicas, mulheres ou meninas que enfrentam um nível elevado de estigma e discriminação em um determinado contexto. Estão inclusos nos esforços o treinamento a profissionais de saúde, trabalhadores e trabalhadoras da comunidade ou policiais para que esses grupos superem estereótipos e atitudes estigmatizantes ou o desenvolvimento de novas leis ou políticas de proteção contra a discriminação.

O Arcabouço também pode indicar áreas às quais os médicos, implementadores de programas e elaboradores de políticas podem dedicar mais atenção para melhor atender as necessidades delas e para melhorar, de forma mais ampla, os desfechos relacionados à saúde entre seus clientes, comunidades e sociedades. As abordagens da ciência da implementação podem avançar a maneira como adaptamos e aplicamos a estrutura para orientar as intervenções e políticas para reduzir estigma e discriminação relacionados ao HIV; por exemplo, na definição do público focal para a mudança, de quais impulsionadores e facilitadores específicos de estigma e discriminação relacionados ao HIV devem ser abordados, de quais intervenções ou componentes de política são apropriados para abordar esses impulsionadores e facilitadores e de como medir a mudança nos resultados específicos ao longo do tempo.

Projetando intervenções

Embora as intervenções precisem ser adaptadas para contextos e populações específicos, há uma abundância de evidências sobre o que funciona na redução de estigma e discriminação relacionados ao HIV, das quais surgiram alguns princípios de redução de estigma (55, 59–61). Esses princípios são detalhados na Tabela 3 e analisados brevemente aqui. Em primeiro lugar, é fundamental que todos os esforços sejam conduzidos por, ou envolvam de forma significativa, as populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, particularmente meninas adolescentes e jovens adultas. Também é importante abordar as causas principais ou os impulsionadores de estigma e as principais preocupações das populações afetadas. Sempre que possível, as intervenções devem abordar os múltiplos estigmas interseccionais enfrentados pelas pessoas vivendo com HIV ou em risco de enfrentar o HIV. Estão disponíveis várias ferramentas que podem ser adaptadas para o uso em diversos contextos. O kit de ferramentas “Entendendo e desafiando o estigma relacionado ao HIV” (Understanding and Challenging HIV Stigma) é um exemplo (62); outros podem ser encontrados nos Anexos 1-5. Ao trabalhar com grupos para mudar as normas, estereótipos e tabus subjacentes, é fundamental utilizar métodos participativos que permitam um espaço seguro para compartilhamento e discussão. Para ter o máximo de impacto, um pacote de intervenções deve ser utilizado com as diversas partes interessadas em todos os níveis (por exemplo, individual, interpessoal, organizacional), projetado em conjunto com as populações em questão. É necessário que haja um planejamento suficiente para possibilitar tempo razoável para o envolvimento com principais mediadores e mediadoras (por exemplo, lideranças religiosas e comunitárias, partes interessadas do governo) e para obter o apoio deles. Deve-se ter cuidado especial ao planejar intervenções para reduzir estigma e discriminação de modo a garantir que a intervenção e seus componentes não aumentem involuntariamente o estigma e a discriminação. Por exemplo, em alguns contextos, a promoção de assistência alimentar específica de HIV na verdade aumentou o estigma, já que as pessoas que carregavam rações alimentares eram rotuladas como “HIV-positivas” e estigmatizadas por membros da comunidade (63).

Tabela 3.

Princípios de redução de estigma e discriminação.

Princípio de redução de estigma	Descrição
As populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, particularmente meninas adolescentes e jovens adultas — devem liderar ou estar significativamente engajadas	Os esforços de redução de estigma e discriminação funcionam melhor quando as intervenções são lideradas pelos membros das comunidades afetadas ou os envolvem ativamente, inclusive as populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, particularmente meninas adolescentes e jovens adultas. Os membros da comunidade estão melhor posicionados para conduzir programas informados por suas vivências e desafios com estigma e discriminação relacionados ao HIV.
Utilize ou promova abordagens que lidam com os impulsionadores, os facilitadores e as manifestações de estigma e discriminação e com as principais preocupações das populações afetadas	As intervenções devem abordar diretamente os impulsionadores e facilitadores, de preferência juntos, para interromper o processo de estigmatização. As intervenções para mitigar as manifestações de estigma e discriminação e para atender às necessidades e preocupações das populações afetadas também são necessárias para reduzir efetivamente o estigma e a discriminação relacionados ao HIV. As abordagens de intervenção podem ser combinadas em uma única intervenção ou múltiplas intervenções podem ser implementadas, mas todos esses aspectos do processo de estigmatização precisam ser tratados. Estão entre os exemplos de impulsionadores: a falta de conscientização e conhecimento sobre HIV, incluindo estigma e discriminação, bem como seus efeitos prejudiciais, ou medos e equívocos relativos a como contrair o HIV. Entre os facilitadores podem estar as leis que criminalizam a transmissão do HIV, os comportamentos específicos ou as identidades da população-chave. Podem estar entre as manifestações o estigma e a discriminação vivenciados e internalizados.
Abordar estigma e discriminação interseccionais	As populações-chave, como homens que fazem sexo com homens, pessoas transgênero, pessoas que usam drogas e profissionais do sexo, frequentemente enfrentam estigma e discriminação além daqueles relacionados ao HIV. Raça, gênero, situação econômica e outras questões de saúde, como viver com tuberculose ou uma deficiência, podem agravar e ampliar o estigma vivenciado pelas pessoas vivendo com HIV. Por exemplo, as intervenções para reduzir o estigma relacionado ao HIV nos contextos em que o uso de drogas é o principal fator de transmissão precisam abordar o estigma associado ao uso de drogas, uma vez que esses estigmas estão tão interseccionais.
Aproveitar as ferramentas existentes	Existem várias ferramentas e recursos úteis para mitigar ou monitorar estigma e discriminação relacionados ao HIV que são adaptáveis a diferentes contextos e ambientes; muitas dessas ferramentas são referenciadas ao longo deste documento.
Usar métodos participativos	Métodos participativos (por exemplo, jogos, dinâmicas, discussões) são ideais para reduzir estigma e discriminação relacionados ao HIV, pois melhoram o conhecimento e as atitudes de uma maneira acessível e imparcial.
Utilizar diferentes estratégias de intervenção com diversas partes interessadas em vários níveis socioecológicos (individual, interpessoal, comunitário, organizacional, de políticas públicas)	Um leque de atividades (por exemplo, capacitação de pessoas vivendo com HIV, treinamento para o pessoal de saúde, comunicação em massa, reforma de leis e políticas) é frequentemente necessário para abordar estigma e discriminação relacionados ao HIV de forma significativa e sustentável. As partes interessadas são incentivadas a trabalharem juntas, adotando as abordagens de redução de estigma e discriminação mais adequadas para sua organização; por exemplo, os governos nacionais podem liderar a revisão de leis e políticas, ao passo que a sociedade civil pode apoiar essas revisões com ativismo e defesa informados por evidências e com contribuições da comunidade. Simultaneamente, as organizações comunitárias podem assumir a liderança na implementação de campanhas de mídia em massa para mudar normas sociais prejudiciais, implementando treinamentos baseados em redução de estigma e direitos humanos para educadores e educadoras e para o pessoal de saúde ou fornecendo capacitação e serviços de apoio social às pessoas vivendo com HIV e às populações-chave para que elas superem o estigma antecipado e internalizado.
Reservar tempo para o planejamento de modo a garantir o sucesso (por exemplo, seis meses)	As abordagens mais promissoras requerem tempo antes de começar a envolver mediadores e líderes de opinião, conduzir avaliações formativas sobre os diferentes públicos, treinar equipes e formar novas parcerias. As atividades aumentam a adesão e inspiram a cooperação; reservar tempo para essas atividades é fundamental para o sucesso das intervenções de redução de estigma e discriminação.

Fontes:
Reducing HIV stigma and discrimination: a critical part of national AIDS programmes—a resource for national stakeholders in the HIV response. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS; 2007. Nyblade L, Stangl A, Weiss E, Ashburn K. Combating HIV stigma in health care settings: what works? J Int AIDS Soc. 2009;12:15.
Stangl A, Carr D, Eckhaus T, Brady L, Nyblade L, Claeson M. Tackling HIV-related stigma and discrimination in South Asia. Washington, DC: Banco Mundial; 2010.

Seis abordagens para redução de estigma e discriminação são comumente utilizadas, muitas vezes em combinação umas com as outras (55). Elas são: intervenções com base em informações, intervenções de desenvolvimento de habilidades, aconselhamento e apoio, contato, intervenções estruturais e intervenções biomédicas (veja a Tabela 4).

Tabela 4.

Visão geral das abordagens de intervenção.

Abordagem de intervenção (principal domínio de estigma abordado)	Descrição	Exemplo
Com base em informações (impulsionadores)	Fornecimento de informações sobre HIV e estigma relacionado ao HIV.	Folhetos entregues por lideranças comunitárias contendo informações sobre como o HIV é ou não transmitido, o que é estigma e por que estigma é prejudicial (64).
Desenvolvimento de habilidades (impulsionadores e facilitadores)	Atividades para melhorar as habilidades das comunidades afetadas pelo HIV e das pessoas responsáveis (por exemplo, policiais, pessoal de saúde, educadores(as)).	Sessões participativas de aprendizagem para o pessoal de saúde, policiais e professores sobre estigma, direitos humanos e desenvolvimentos científicos atuais em HIV e sobre como prestar serviços culturalmente competentes às pessoas vivendo com HIV e às populações-chave (65–69). Capacitar as comunidades para projetar e implementar programas de redução de estigma (70).
Aconselhamento, apoio (manifestações)	Serviços de apoio às pessoas vivendo com HIV e às populações-chave.	Grupos de apoio liderados por pares com mulheres vivendo com HIV para superar o estigma internalizado e antecipado (71); Serviços de aconselhamento individual para jovens vivendo com HIV (72).
Contato (impulsionadores e manifestações)	Interações entre as pessoas vivendo com HIV e o público em geral ou as principais pessoas responsáveis (por exemplo, pessoal de saúde, policiais).	Redes de profissionais do sexo vivendo com HIV dando rosas a profissionais de saúde e a policiais que a trataram com gentileza como um gesto de agradecimento e para incentivar o apoio contínuo (70); Jovens vivendo com HIV cofacilitando uma sessão de treinamento com educadores e educadoras sobre como abordar a educação sexual de uma maneira sensível para jovens vivendo com HIV (68).
Estrutural (facilitadores)	Atividades destinadas a remover, reduzir ou melhorar os fatores estruturais que influenciam o processo de estigmatização, como leis que criminalizam o HIV, políticas hospitalares ou políticas de locais de trabalho que institucionalizam a discriminação de pessoas vivendo com HIV; ou a falta de suprimentos para permitir que o pessoal de saúde pratique precauções universais.	Litígio estratégico para expandir a jurisprudência em torno de práticas discriminatórias no contexto do HIV (61); Revisão ou remoção de leis prejudiciais (por exemplo, descriminalização da transmissão do HIV) (61). Desenvolvimento de leis de proteção (por exemplo, legalização de programas de troca de seringas) (61).
Biomédica (facilitadores)	Abordagens universais de teste, examinação e tratamento, acesso gratuito à profilaxia de pré-exposição e a outras intervenções.	Tornar o acesso à terapia anti-retroviral gratuito e universal para todas as pessoas vivendo com HIV, inclusive em contextos humanitários e de emergência (73–75).

Com base em Stangl AL, Lloyd JK, Brady LM, Holland CE, Baral S. A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come? *J Int AIDS Soc.* 2013;6(3 Suppl. 2):18 734.

Enfrentando estigma e discriminação relacionados ao HIV em seis contextos

Estigma e discriminação relacionados ao HIV podem se manifestar de maneira diferente entre os contextos e exigir abordagens e considerações divergentes quando houver a intervenção (76, 77). Este documento de orientação apresenta discussões, intervenções, estudos de caso e recomendações específicas do contexto para eliminar estigma e discriminação relacionados ao HIV.

Base para recomendações em cada contexto

As intervenções recomendadas em cada contexto foram extraídas das evidências mais recentes sobre intervenções e programas bem-sucedidos utilizados para reduzir o estigma e a discriminação relacionados ao HIV, conforme relatado em revisões sistemáticas recentes, entre elas: uma revisão das intervenções para reduzir estigma e discriminação relacionados ao HIV (55), uma revisão de intervenção para lidar com autoestigma ou estigma internalizado (78), uma revisão das técnicas de redução de estigma em vários níveis (60) e uma revisão de programas específicos de direitos humanos para melhorar os desfechos do HIV (61). Também foram consideradas as evidências acerca do impacto das mudanças nas leis e políticas sobre a epidemia de HIV. Evidências adicionais oriundas da literatura cinzenta e da literatura revisada por pares foram coletadas para cada contexto através de pesquisa direcionada. As intervenções bem-sucedidas identificadas estão inclusas nos Anexos 1-5. É importante notar que os exemplos de intervenção neste relatório não são uma representação exaustiva das opções de intervenção, mas sim opções que refletem o conhecimento e as práticas recomendadas atuais. Além disso, a literatura revisada focalizou principalmente as intervenções de redução de estigma e discriminação relacionados ao HIV. Embora a interligação de estigma e discriminação tenha sido considerada em cada contexto, as recomendações são informadas principalmente por evidências para a redução de estigma e discriminação relacionados ao HIV. Para todos os contextos, inclusive aqueles em que não havia a base de evidências ou havia base menos robusta (local de trabalho, justiça, emergência), a contribuição relacionada às práticas recomendadas foi dada por especialistas técnicos que trabalham nesses contextos.

Contextos de comunidade

Neste documento, os contextos de comunidade são compostos por pessoas e famílias em uma área geográfica compartilhada. As comunidades também abrigam instituições como locais de trabalho, escolas e estabelecimentos de saúde. Os ambientes compartilhados são fontes e facilitadores comuns de normas e práticas sociais, incluindo estigma e discriminação relacionados ao HIV. Em contextos de comunidade, estigma e discriminação relacionados ao HIV podem se manifestar por meio de gestos sutis (por exemplo, se recusar a compartilhar alimentos ou conhecimentos com pessoas vivendo com HIV) ou ações mais abertas (por exemplo, abuso verbal, fofoca, rejeição ou afastamento de uma pessoa vivendo com HIV). O julgamento social por parte de familiares e da comunidade pode resultar em estigma internalizado entre pessoas vivendo com HIV ou em estigma antecipado entre pessoas que podem estar vivendo com HIV. Essas experiências podem levar ao autoisolamento e impedir a revelação e o envolvimento com os serviços de teste, cuidados e tratamento de HIV, o que, por sua vez, pode resultar em danos à saúde e ao bem-estar físico e mental de uma pessoa (79–82).

Famílias e lares podem estar sujeitos a estigma e discriminação relacionados ao HIV por associação. Isso é particularmente relevante em contextos em que uma família com um membro vivendo com HIV é responsabilizada pelo comportamento de seus membros e, coletivamente, enfrenta estigma e discriminação relacionados ao HIV. Como tal, uma família pode dar menos apoio a um membro que revela sua condição soropositiva e procura serviços de saúde (79, 83, 84). O estigma e a discriminação em contextos de comunidade podem estar relacionados ao HIV, bem como às identidades das populações-chave e de populações vulneráveis, inclusive o gênero. Essa interligação de estigma e discriminação pode apresentar outros desafios e obstáculos às populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, especialmente meninas adolescentes e jovens mulheres— com relação a manter sua saúde e bem-estar (84). Por exemplo, entre comunidades de homens que fazem sexo com homens, aqueles vivendo com HIV podem ser condenados ao ostracismo e isolados daqueles que não são soropositivos (84).

Por outro lado, um ambiente comunitário não estigmatizante e não discriminatório pode permitir que as oportunidades de serviços e sistemas de apoio relacionados ao HIV fiquem mais disponíveis e acessíveis às pessoas vivendo com ou em risco de contrair o HIV. Por exemplo, familiares podem servir como cuidadores ou apoiadores do tratamento, desempenhando um papel ativo para garantir o sucesso do tratamento. Esse apoio pode ajudar a mitigar o estigma internalizado e antecipado de um indivíduo (79–82, 85).

As intervenções no âmbito da comunidade devem ser implementadas não apenas de forma ampla, mas também diretamente dentro de comunidades específicas que têm influência no reforço ou na mudança de normas e práticas (por exemplo, grupos de fé, grupos espirituais, grupos de mulheres, grupos de jovens) e entre lideranças comunitárias influentes. Por exemplo, as organizações de fé e espirituais muitas vezes influenciam as normas sociais, inclusive como as pessoas vivendo com HIV, ou aquelas que supostamente estão vivendo com HIV, são tratadas nas comunidades (85).

Exemplos de intervenção e recomendações

O Anexo 1 apresenta 28 estudos que avaliaram intervenções para reduzir estigma e discriminação relacionados ao HIV em contextos de comunidade. O Quadro 3 apresenta um estudo de caso de um desses estudos de intervenção. A maioria das intervenções focalizou pessoas vivendo com HIV ou membros do público em geral; outras intervenções focalizaram lideranças comunitárias, populações-chave e cuidadores de pessoas vivendo com HIV.

A maioria das intervenções foi de dois tipos: com base em informações ou desenvolvimento de habilidades. Outras intervenções envolveram o contato com pessoas vivendo com HIV, aconselhamento e apoio, considerações biomédicas e componentes estruturais. Todas as intervenções reduziram o estigma relacionado ao HIV. Em alguns casos, a redução de estigma foi exibida por meio de reduções de estigma internalizado ou por meio da melhora em atitudes, comportamentos ou conhecimentos.

Quadro 2

Intervenção com base em comunidade para reduzir o estigma relacionados ao HIV na África do Sul

Um estudo avaliou uma intervenção com base em comunidade para reduzir a vivência de estigma entre pessoas vivendo com HIV e a perpetração de estigma por pessoas próximas a pessoas vivendo com HIV na Província do Noroeste, África do Sul (86). A intervenção de cinco meses envolveu três componentes diferentes:

- uma oficina de dois dias com pessoas vivendo com HIV, que incluiu apresentações e atividades sobre a compreensão de estigma relacionado ao HIV, a avaliação de qualidades pessoais e o gerenciamento da revelação do estado sorológico;
- uma série de oficinas de três dias para cada um dos seguintes grupos: parceiros(as), filhos(as) mais velhos(as), familiares, amigos, lideranças espirituais e membros da comunidade. Essas oficinas foram conduzidas por uma pessoa vivendo com HIV e uma pessoa sem HIV e focalizaram a compreensão de estigma relacionado ao HIV e os relacionamentos das pessoas vivendo com HIV e das pessoas vivendo perto delas;
- capacitação de participantes para projetar e implementar um programa de redução de estigma relacionado ao HIV em sua comunidade, com o apoio de facilitadores.

Uma pesquisa em fase pré-teste e quatro pesquisas em fase pós-teste foram concluídas ao longo do ano com pessoas vivendo com HIV e pessoas que vivem perto de pessoas vivendo com HIV em ambientes urbanos e rurais. Observaram-se nos dois ambientes reduções significativas no estigma vivenciado e na perpetração de estigma. A equipe de avaliação concluiu que esta intervenção foi uma ferramenta útil na redução de estigma relacionado ao HIV para as comunidades e também incentivou a aplicação futura dessa abordagem, mantendo, ao mesmo tempo, os princípios básicos e incorporando várias recomendações.

Tabela 5.

Recomendações para contextos de comunidade.

Nível (populações de foco)	Recomendações
<p>Individual (pessoas vivendo com HIV, populações-chave)</p>	<p>Aumentar o número e a acessibilidade de grupos de apoio e de pares como uma parte fundamental da prestação de serviços de HIV para lidar com estigma internalizado e vivenciado.</p> <p>Fornecer serviços de saúde mental para reduzir estigma internalizado e aumentar a autoestima, a autoeficácia, as habilidades de enfrentamento e a qualidade de vida.</p> <p>Treinar as populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, particularmente meninas adolescentes e jovens adultas — para que elas saibam o que constitui discriminação e que possam fazer valer os seus direitos (por exemplo, moradia e emprego) e ter acesso à justiça, quando necessário.</p>
<p>Interpessoal (familiares, pares, parceiros(as))</p>	<p>Aumentar a conscientização e o conhecimento entre as famílias de adultos(as) e jovens vivendo com HIV sobre como o HIV é e não é transmitido, a fim de reduzir comportamentos de esquívamento estigmatizantes, e sobre formas não estigmatizantes de apoiar familiares vivendo com HIV (por exemplo, estratégias de apoio à adesão ao tratamento, apoio à revelação do estado sorológico a familiares e amigos de confiança).</p>
<p>Organizacional (organizações de ativismo, redes de pessoas vivendo com HIV, estabelecimentos de saúde, organizações comunitárias, organizações não governamentais)</p>	<p>Implementar programas para fortalecer as habilidades e criar espaços para que as populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, particularmente meninas adolescentes e jovens adultas — se envolvam, influenciem, advoguem e participem de forma significativa na tomada de decisões no desenvolvimento do programa.</p> <p>Mobilizar as populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, particularmente meninas adolescentes e jovens adultas — para que elas desenvolvam, implementem e avaliem estratégias de promoção da saúde, do bem-estar e dos direitos humanos entre as populações-chave e populações vulneráveis.</p> <p>Garantir que serviços de apoio de boa qualidade para pessoas que vivenciam manifestações de estigma (por exemplo, violência baseada em gênero, discriminação, estigma vivenciado) estejam disponíveis, sejam aceitáveis e acessíveis por meio do desenvolvimento de infraestrutura suficiente, de instrutores e pela abordagem das barreiras à aceitação de serviços (por exemplo, localização de serviços, preocupações com a confidencialidade, recepção amigável por instrutores).</p>
<p>Comunidade (público em geral, líderes de opinião, famílias de pessoas vivendo com HIV)</p>	<p>Implementar programas que desafiem os impulsionadores de estigma e discriminação entre o público e fomentem comunidades solidárias.</p> <p>Usar estratégias de comunicação em massa, campanhas de mídia social, campanhas publicitárias e entretenimento educativo (“edutenimento”).</p> <p>Trabalhar com a comunidade e com lideranças de opinião (por exemplo, lideranças religiosas, grupos de mulheres, lideranças locais, celebridades).</p> <p>Usar estratégias de contato que permitam a interação entre as populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, particularmente meninas adolescentes e jovens adultas — e os membros da comunidade em geral.</p> <p>Implementar programas de redução de estigma que utilizem meios culturais e religiosos fornecidos por meio de grandes eventos públicos, combinados com ativismo e engajamento liderado pelas populações-chave.</p> <p>Implementar programas para reduzir normas de gênero prejudiciais que colocam mulheres, meninas, homens e meninos em risco de infecção por HIV, incluindo o desenvolvimento das capacidades de grupos da sociedade civil que trabalham pelos direitos das mulheres e pela igualdade de gênero.</p>
<p>Políticas públicas (pessoas responsáveis locais e nacionais)</p>	<p>Analisar e revisar regularmente as políticas e práticas na comunidade para assegurar que elas ofereçam proteção contra a discriminação das populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes e mulheres, bem como meninas, particularmente meninas adolescentes e jovens adultas.</p> <p>Medir regularmente o estigma relacionado ao HIV na comunidade utilizando avaliações qualitativas (por exemplo, discussões de grupo focal com representantes de pessoas vivendo com HIV e a comunidade em geral) e coleta de dados quantitativos (por exemplo, Pesquisa Demográfica e de Saúde (Demographic Health Survey, DHS)), Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV) para orientar o desenvolvimento e a implementação de programas de modo a reduzir estigma e discriminação.</p> <p>Estabelecer um sistema de monitoramento em âmbito nacional para capturar estigma, discriminação e violações de direitos vivenciados por pessoas vivendo com HIV e populações-chave para dar a esses grupos apoio e reparação.</p>

Contextos de local de trabalho

A maioria das pessoas vivendo com HIV em todo o mundo encontra-se em idade ativa (15 anos ou mais) e, com os devidos cuidados e apoio, tem o potencial de ser membros valiosos da força de trabalho durante toda a vida profissional (87, 88). Os contextos de local de trabalho compreendem todos os ambientes em que a força laboral trabalha, incluindo economias formais (emprego assalariado tradicional) e informais (por exemplo, venda ambulante, trabalho sexual, limpeza doméstica). A economia formal inclui empregos nos setores público e privado. As pessoas vivendo com HIV têm três vezes mais probabilidade de estar desempregadas do que as pessoas na população em geral (89). Da mesma forma, algumas populações-chave, mulheres e outras populações vulneráveis (por exemplo, pessoas transgênero, mulheres pobres, migrantes) são excluídas do trabalho na economia formal e, muitas vezes, são forçadas a envolver-se no trabalho sexual para sobreviver. Isso se deve, em parte, ao estigma e discriminação relacionados ao HIV e ao estigma e discriminação interseccionais relacionados à raça, ao gênero e à pobreza que persistem em muitos contextos de local de trabalho formal no mundo inteiro. As vivências de estigma e discriminação no local de trabalho podem assumir a forma de recusa em contratar uma pessoa vivendo com HIV, assédio, intimidação, testes ou revelação do estado sorológico forçados, negação de oportunidades de trabalho ou promoções, pressão para a pessoa se demitir ou rescisão indevida do contrato de trabalho (90–92). Um relatório de 2018, criado com base no Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV de 10 países³, observou que, em média, 40% das pessoas entrevistadas recém-desempregadas vivendo com HIV tinham perdido seu emprego ou uma oportunidade de obtenção de renda como resultado direto de seu estado sorológico (93).

Os esforços para reduzir estigma e discriminação relacionados ao HIV no local de trabalho são de grande importância. Trabalhar livre de qualquer estigma relacionado ao HIV é um direito. O acesso e a experiência no local de trabalho têm implicações incomensuráveis no sustento e no bem-estar de uma pessoa vivendo com HIV, que supostamente está vivendo com HIV, sua família e sua comunidade. Além disso, em muitos contextos, o local de trabalho pode ser o local de programas de saúde pública para apoiar prevenção, testes e tratamento do HIV. A presença de estigma e discriminação no local de trabalho pode comprometer o efeito desses programas; isto tem implicações nos esforços de saúde pública focados no HIV.

O estigma e a discriminação relacionados ao HIV em contextos de local de trabalho formal podem afetar negativamente a saúde de funcionários e funcionárias vivendo com HIV, porque os desencorajam a fazer testes, a conectar-se com serviços de cuidados médicos, a aderir ao tratamento e a fazer consultas frequentes a serviços de saúde (12, 31, 57, 87, 88, 90–92, 94). Há diversos exemplos desses tipos de impacto entre funcionários(as) nos contextos de educação e de assistência à saúde, em que estigma e discriminação relacionados ao HIV podem ser particularmente generalizados. Com frequência, as pesquisas sobre atitudes discriminatórias em relação a pessoas vivendo com HIV realizadas entre o público em geral contêm a pergunta sobre se educadores vivendo com HIV devem ter permissão para dar aula (95, 96).

Alguns locais de trabalho solicitam testes de HIV obrigatórios. Os testes obrigatórios, compulsórios ou coagidos nunca são apropriados, independentemente da origem da coerção (por exemplo, profissionais de saúde, parceiros(as), familiares, empregadores, autoridades policiais). Suas ramificações no local de trabalho incluem a potencial negação de emprego e a perda de meios de sustento (97). Para alguns grupos de trabalhadores, as consequências também podem ser mais graves; por exemplo, trabalhadores(as) migrantes podem perder seus meios de sustento e enfrentar deportação se testarem positivo para HIV (98).

3 Belize, Costa Rica, Fiji, Grécia, Honduras, Malawi, Nicarágua, República da Coreia, Timor-Leste, Ucrânia.

Os testes de HIV obrigatórios podem limitar as opções de emprego das populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, especialmente meninas adolescentes e mulheres jovens. Isso pode levar à escolha ou à necessidade de trabalhar no setor informal, que normalmente está associado a menores rendimentos, menos segurança no emprego, menor proteção social e maior vulnerabilidade. O setor informal tem, no entanto, seus desafios: se a condição soropositiva de uma pessoa for relevada em uma comunidade, o sustento da pessoa pode ser afetado devido ao estigma e discriminação relacionados ao HIV (por exemplo, vendedores de alimentos e profissionais do sexo podem perder clientes) (34).

Trabalhadores e trabalhadoras não vivendo com HIV também podem estar sujeitos(as) a estigma e discriminação relacionados ao HIV por associação; por exemplo, o pessoal de saúde pode enfrentar consequências sociais e profissionais por causa dos cuidados que prestam às pessoas vivendo com HIV (94, 99).

Certas formas de trabalho apresentam um risco mais elevado de exposição ocupacional ao HIV e outras condições de saúde estigmatizadas, como a tuberculose; por exemplo, pessoal de saúde e profissionais do sexo, em razão de sua profissão, têm maior probabilidade de entrar em contato direto com sangue e fluidos portadores do HIV (94, 100); pessoas transgênero, que, por causa de estigma interseccional, têm muitas vezes suas opções de emprego limitadas ao trabalho sexual, enfrentam um risco elevado de sofrer violência e exposição ao HIV (101). As condições que envolvem algumas formas de trabalho e contextos de local de trabalho podem contribuir indiretamente para a infecção por HIV, conforme demonstrado na indústria de mineração da África Subsaariana e em outras indústrias que dependem de mão de obra migrante sazonal (102–104). Condições exploratórias e desumanas podem aumentar o risco de contrair o HIV pelo estímulo do envolvimento em comportamentos sexuais de alto risco ou pelo uso de drogas ou, ainda, pelo aumento da vulnerabilidade à violência sexual (98, 102–104). Garantir o acesso à prevenção, aos cuidados e ao tratamento do HIV de forma confidencial e sem estigma nesses contextos de local de trabalho é particularmente importante. Os programas de saúde ocupacional nem sempre são abrangentes ou fundamentados em direitos; além disso, suas diretrizes podem não estar de acordo com os padrões mínimos nacionais ou internacionais.

Profissionais e empregadores têm papéis significativos a desempenhar no enfrentamento do HIV e de estigma e discriminação relacionados às populações-chave e às populações vulneráveis no local de trabalho e na promoção de um ambiente de trabalho seguro e solidário para todas as pessoas. Os empregadores podem moldar as políticas e práticas organizacionais, ao passo que o comportamento de colegas de trabalho pode influenciar as normas sociais dentro do local de trabalho (92, 105–107).

Exemplos de intervenção e recomendações

O Anexo 2 descreve duas intervenções relevantes para os contextos de local de trabalho, que buscaram reduzir estigma e discriminação relacionados ao HIV. Além das intervenções focadas nas pessoas responsáveis nos contextos de educação, assistência à saúde e justiça, existem poucas intervenções formalmente avaliadas que são específicas aos contextos de local de trabalho ou que apoiem diretamente o acesso ao emprego para as populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando, às pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, especialmente meninas

adolescentes e mulheres jovens. Isso ressalta a necessidade de os países priorizarem pesquisas com foco em desenvolver e testar intervenções de redução de estigma e discriminação para as populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas presas e outros encarcerados pessoas, migrantes, bem como mulheres e meninas, especialmente meninas adolescentes e mulheres jovens — em diferentes tipos de locais de trabalho formais e informais de modo a expandir as evidências sobre o que funciona nesses contextos.

Foram duas as intervenções identificadas: com base em informações e desenvolvimento de habilidades. Elas focalizaram funcionários e funcionárias nos contextos de local de trabalho. Uma dessas intervenções buscou melhorar as atitudes e o conhecimento sobre HIV e estigma e discriminação relacionados ao HIV; pareceu ter tido sucesso em alcançar esses resultados com base na avaliação realizada. A intervenção é descrita no Quadro 4 (108). A outra intervenção, uma sessão de treinamento sobre diversidade sexual e gênero de 1 dia, realizada com 2.825 funcionários e funcionárias do Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Alívio da AIDS em 38 países (109), abordou alguns dos estigmas que se interligam no contexto do HIV. O treinamento foi composto por quatro módulos que abordaram (a) considerações de saúde e de políticas para minorias de gênero e minorias sexuais; (b) conceitos de gênero e sexualidade; (c) as vivências e percepções de membros e defensores da comunidade lésbica, gay, bissexual e transgênero e (d) discussão sobre engajamento significativo. Uma série de abordagens e atividades pedagógicas foi utilizada para apoiar o objetivo de melhorar as atitudes e atender às necessidades das pessoas que compõem as minorias de gênero e minorias sexuais no local de trabalho. A intervenção melhorou em 30% a “autoeficácia na redução de estigma e discriminação (minorias de gênero e minorias sexuais) no local de trabalho”.

Embora existam poucas avaliações publicadas de intervenções no local de trabalho fora dos setores de educação, saúde e aplicação da lei, este tópico foi notavelmente considerado, especialmente no contexto da África do Sul. Dois estudos de caso com foco em programas de HIV no local de trabalho na África do Sul destacaram a importância de envolver as partes interessadas e os sindicatos como uma maneira essencial de construir confiança. Além disso, acredita-se que as políticas de confidencialidade no local de trabalho teriam um efeito maior na diminuição das preocupações com estigma e discriminação relacionados ao HIV se elas fossem comunicadas mais claramente a funcionários e funcionárias. Foi recomendado que os locais de trabalho proporcionassem a funcionários e funcionárias acesso a serviços médicos fora da empresa para que sejam incentivados e incentivadas a acessar os serviços de saúde e oferecer maior garantia de confidencialidade.

Outra avaliação em Durban, África do Sul, focalizou oito empresas de construção com políticas que visavam a reduzir estigma e discriminação relacionados ao HIV. Essas políticas envolveram disposições como a proibição de testes obrigatórios antes ou durante o emprego e a especificação de procedimentos de reparação para funcionários e funcionárias que discriminam um colega por causa de seu estado sorológico real ou percebido. De modo geral, a inclusão de tais políticas foi benéfica, e funcionários e funcionárias pararam de ter medo de perder seus empregos por causa de seu estado sorológico. No entanto, funcionários e funcionárias vivendo com HIV ainda tinham medo de sofrer estigma e discriminação por parte de seus colegas de trabalho. Isso destaca a importância das políticas no local de trabalho que abordam estigma e discriminação relacionados ao HIV em todos os âmbitos desse ambiente e não inclui apenas funcionários e funcionárias do local de trabalho, que podem precisar de educação e treinamento específicos sobre HIV, mas também as pessoas que vivem com HIV, que podem precisar de apoio para enfrentar e abordar o estigma internalizado e antecipado (105).

Quadro 3

Intervenção e avaliação no local de trabalho em vários países da África Subsaariana

Uma avaliação da intervenção no local de trabalho, conduzida pela ExxonMobil StopAIDS em Angola, Camarões, Chade, Costa do Marfim, Guiné Equatorial, Quênia e Nigéria, foi publicada em 2010 (108). A iniciativa, que teve início em 2005 nas instalações da empresa ExxonMobil na África Subsaariana, envolveu:

- um componente de educação entre pares desenvolvido pela organização global de saúde norte-americana Population Services International: além de melhorar o conhecimento sobre HIV e a autoeficácia para prevenir a infecção e transmissão do vírus, os objetivos desse componente também visaram a reduzir estigma e discriminação relacionados ao HIV neste contexto e além dele, bem como a apoiar positivamente as pessoas vivendo com HIV. Como parte desta intervenção, foram formados grupos de pares de aproximadamente 15 profissionais. De cada grupo, 3 educadores(as) de pares foram selecionados para realizar 15 sessões de meia hora ao longo de 12-18 meses. Esses educadores(as) de pares receberam três dias de treinamento antes do início da intervenção e dois dias de treinamento de atualização seis meses após o início da intervenção. Próximo à conclusão da intervenção, os educadores(as) de pares foram selecionados para servir como instrutores a fim de sustentar o programa;
- plano de benefícios médicos: a empresa ExxonMobil tomou medidas para assegurar que os planos médicos locais removessem as exclusões relativas à cobertura e ao tratamento de doenças relacionadas ao HIV e AIDS. Como parte dessa intervenção, centros locais apropriados de teste e tratamento de HIV foram identificados e promovidos à equipe da ExxonMobil.

A avaliação concentrou-se nos 7 maiores locais das 21 instalações da empresa. Realizou-se uma avaliação quase-experimental sem grupo de controle e os dados foram coletados por meio de pesquisas autoadministradas com 993 profissionais expostos à intervenção. A intervenção foi bem recebida, com o único *feedback* construtivo ligado ao aumento da frequência e à expansão do público (por exemplo, para incluir familiares de funcionários e funcionárias) das sessões educacionais. Na avaliação, foram observadas algumas melhorias significativas em diversos indicadores de conhecimento (métodos de prevenção do HIV, sintomas de infecções sexualmente transmissíveis relevantes ao gênero, modos de transmissão do HIV de mãe para filho), mas não em outros (modos de transmissão do HIV, mitos sobre a transmissão do HIV). Também foram observadas melhorias significativas nas atitudes; mais notavelmente, os entrevistados apresentaram “duas vezes mais probabilidade de expressar atitudes não discriminatórias em relação às pessoas vivendo com HIV/AIDS” (108). Após a intervenção, os entrevistados estavam mais propensos a ter procurado um teste de HIV. Os participantes também estavam mais propensos a se envolver em comportamentos sexuais de risco (por exemplo, parceiros sexuais concomitantes, sexo em troca de dinheiro, uso inconsistente de preservativo), mas esse “aumento” foi possivelmente atribuído a uma vontade maior de discutir e relatar tais comportamentos.

Tabela 6.

Recomendações para contextos de local de trabalho.

Nível (populações de foco)	Recomendações
Individual (trabalhadores)	<p>Educar funcionários e funcionárias sobre as oportunidades de procurar serviços de reparação.</p> <p>Informar funcionários e funcionárias sobre as oportunidades de reivindicar seus direitos.</p> <p>Disponibilizar informações sobre vínculos com parceiros externos, como linhas diretas nacionais e prestadores de serviços jurídicos (por exemplo, organizações não governamentais) na economia informal, conforme apropriado.</p> <p>Disponibilizar treinamento em direitos humanos e competências de igualdade de gênero para todos(as) funcionários(as), inclusive informações sobre as políticas de local de trabalho atuais relacionadas ao HIV e à não discriminação.</p>
Organizacional (empregadores)	<p>Fundamentar as políticas e práticas de HIV no local de trabalho nos princípios de não discriminação, igualdade de gênero, ambiente de trabalho saudável, diálogo social, não triagem para fins de contratação, confidencialidade, relação contínua de emprego, prevenção, cuidado e apoio; estas políticas e práticas devem ser integradas a outras políticas existentes, como políticas de saúde e segurança ocupacional.</p> <p>Sempre que possível, assegurar que as cadeias de abastecimento a montante e a jusante tenham tais políticas e práticas em vigor.</p> <p>As políticas e práticas podem incluir o seguinte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • propiciar a funcionários e funcionárias acesso a serviços de HIV ou desenvolver parcerias com provedores de serviços de HIV para ajudar a reduzir estigma relativo ao teste e ao tratamento de HIV; • promover o teste de HIV e iniciativas “saiba a sua condição” no local de trabalho, sozinho ou por meio de exames que identificam múltiplas doenças; • proporcionar acesso ou ligações com os serviços de tratamento do HIV para reduzir estigma relativo ao teste e ao tratamento do HIV; • fornecer políticas flexíveis de licença para permitir consultas médicas ou oferecer planos de saúde que atendam às necessidades de pessoas vivendo com HIV e de membros das populações-chave; • garantir que não se negue às populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, especialmente meninas adolescentes e jovens — hospedagem/instalações razoáveis; que essas populações estejam livres de violência e assédio no local de trabalho e que existam medidas em vigor para garantir a confidencialidade de dados (inclusive dados pessoais e médicos); • garantir que não haja discriminação com base na condição real ou percebida de HIV no recrutamento, na continuidade do emprego, na busca de oportunidades iguais ou na rescisão contratual; • divulgar informações sobre as políticas e disposições atuais acerca do HIV no local de trabalho a todos(as) funcionários(as), para que entendam seus direitos e formas de lidar com quaisquer violações de políticas; isso inclui instruir educadores e educadoras de pares em todos os âmbitos do local de trabalho a disseminar informações; • analisar e revisar regularmente as políticas e práticas no local de trabalho para garantir a proteção contra a discriminação de populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, especialmente meninas adolescentes e mulheres jovens; • integrar o treinamento sobre diversidade de gênero e sexualidade para pessoas responsáveis (por exemplo, médicos/as, enfermeiros/as, advogados/as, juizes/as, profissionais responsáveis pela aplicação da lei) para reduzir a discriminação contra as mulheres no contexto do HIV; • medir regularmente o conhecimento, as atitudes e os comportamentos de educadores(as) e funcionários(as) da escola para informar o escopo do treinamento em serviço sobre HIV e direitos humanos.
Comunidade (trabalhadores, famílias, membros da comunidade)	<p>Propiciar educação, treinamento e envolvimento aos trabalhadores, suas famílias e membros das comunidades vizinhas, com informações precisas, atualizadas, relevantes e fundamentadas em evidências sobre HIV, comorbidades e alfabetização jurídica.</p>
Políticas públicas (governo nacional, parlamentares)	<p>Estabelecer um sistema de monitoramento de âmbito nacional para capturar estigma, discriminação e violações de direitos vivenciados por pessoas vivendo com HIV e populações-chave em contextos de local de trabalho para dar a esses grupos apoio e reparação.</p> <p>Desenvolver apoio para políticas não discriminatórias e de proteção no local de trabalho pelo envolvimento de parlamentares e de outras pessoas tomadoras de decisão de modo a aumentar a capacidade dessas partes interessadas de compreender e desenvolver políticas não discriminatórias.</p>

Contextos de educação

Em contextos de educação, estigma e discriminação relacionados ao HIV são influenciados por fatores que vão desde as políticas escolares, passando pelas atitudes de professores e professoras, até a abrangência da grade curricular de educação sexual. Estudantes, educadores e educadoras vivendo com HIV podem antecipar ou vivenciar estigma e discriminação relacionados ao HIV nas escolas, que incluem: intimidação e violência, negligência, evasão e isolamento, violação de confidencialidade e negação de matrícula a estudantes ou perda de emprego de educadores e educadoras (95, 96, 110–113). Essas manifestações de estigma e discriminação podem ter repercussões graves na saúde e no bem-estar de estudantes e profissionais da educação vivendo com HIV.

A tensão de viver com medo de revelar acidentalmente a condição soropositiva, de ter apoio social e estrutural insuficientes ou de lidar com estigma e discriminação relacionados ao HIV pode fazer estudantes, educadores e educadoras vivendo com HIV desenvolver problemas de saúde mental (112, 114, 115). A adolescência é um período particularmente desafiador para vivenciar estigma e discriminação relacionados ao HIV. Neste período de transição, as crianças nem sempre estão equipadas com o conhecimento e as habilidades sociais para responder a estigma e discriminação relacionados ao HIV (110). Além disso, jovens e adolescentes vivendo com HIV podem estar lutando contra vulnerabilidades interseccionais e compostas, relacionadas ao seu estado sorológico, como a situação socioeconômica, o gênero e a sexualidade e exposição à violência em casa, na comunidade ou na escola (53, 114, 116). Jovens afetados e afetadas pelo HIV por associação ou perda podem enfrentar desafios relacionados a essa condição e ter necessidades únicas de apoio para superar esses desafios. É particularmente importante abordar esses fatores coletivos que contribuem para uma saúde mental precária, pois eles podem causar depressão e ideação suicida (116).

Estudantes e profissionais da educação vivendo com HIV podem ter problemas de saúde física se não se sentirem confortáveis em priorizar sua saúde em contextos de educação ou de local de trabalho. Estas pessoas vivendo com HIV enfrentam desafios com a adesão ao tratamento, o que pode inibir a supressão viral e levar a sintomas físicos e resistência aos medicamentos. Estudantes vivendo com HIV podem evitar tomar os medicamentos na escola ou na presença de colegas (117–119). A adesão ao tratamento pode ser particularmente problemática para estudantes de internatos ou universidades, porque é possível que não tenham espaço privado para armazenar e tomar seus medicamentos. Estudantes e profissionais da educação vivendo com HIV podem evitar ir a consultas médicas ou pegar suas prescrições médicas para evitar suspeita ou punição por faltar à escola ou ao trabalho ou por serem vistos em ambientes associados ao HIV (95, 96, 118–120). Para educadores e educadoras, os impactos do estigma no bem-estar físico e mental, combinados com a exclusão social e a falta de apoio, podem agir em conjunto, impedindo a capacidade que eles e elas têm de realizar suas tarefas em níveis ideais (115).

O desempenho acadêmico estudantes vivendo com HIV pode ser prejudicado como consequência de estigma e discriminação relacionados ao HIV e de saúde mental e física debilitada (112). Alguns alunos e algumas alunas vivendo com HIV podem precisar mudar de escola ou abandonar a escola por causa de estigma e discriminação relacionados ao HIV, de violência íntima ou baseada em gênero após a revelação intencional ou acidental de seu estado sorológico (117–119). Essas vivências podem comprometer a educação, o que, por sua vez, pode comprometer o sustento e o bem-estar futuros dessas pessoas (112, 117–119).

Graças às melhorias em testes, tratamento e cobertura, as crianças nascidas com HIV estão, cada vez mais, sobrevivendo até a adolescência. Isto significa que, mais do que nunca, é importante que as escolas sirvam como ambientes de apoio para estudantes vivendo com HIV (121). Estudantes vivendo com HIV, como todos e todas estudantes com condições crônicas,

precisam de um ambiente educativo favorável e solidário para prosperar. De acordo com a Orientação Técnica Internacional sobre Educação em Sexualidade, as escolas são locais importantes para apoiar os jovens a viver uma vida feliz e saudável por meio do incentivo ao envolvimento com os serviços de saúde e da redução de estigma e discriminação na comunidade (122). Infelizmente, muitas escolas carecem de políticas, estruturas e profissionais treinados, um requisito para apoiar estudantes vivendo com HIV por meio de educação e no gestão de sua saúde. Os esforços programáticos e de políticas no setor de educação devem se concentrar na criação de um ambiente solidário para todas e todos estudantes, inclusive quem vive com HIV, meninas e populações-chave e populações vulneráveis, independentemente de sua condição de saúde ou de sua identidade ter sido revelada. Esses esforços em ambientes educacionais deverão levar em consideração a acessibilidade dos serviços, especialmente em relação à idade de consentimento; por exemplo, o Governo da África do Sul tem uma política de saúde escolar integrada que permite que os serviços de HIV, inclusive o acesso a testes de HIV e a preservativos, sejam disponibilizados para estudantes com 12 anos ou mais sem o consentimento dos pais (123).

A adolescência é um período em que as pessoas começam a explorar sua sexualidade (124). Adolescentes vivendo com HIV precisam de apoio entender e fazer sexo seguro e consensual, mas as camadas de estigma acerca da discussão sobre sexualidade com adolescentes vivendo com HIV podem inibir a disseminação apropriada dessas informações (118, 119, 124–127). Nessa área, grandes avanços foram feitos por agências internacionais, como a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura e o Fundo de População das Nações Unidas, por meio da melhora do acesso à educação sexual abrangente dentro e fora das escolas. No entanto, em muitos locais, é necessário mais suporte para implementar completa e eficazmente esse currículo, e disposições para estudantes vivendo com HIV precisam ser inclusas e priorizadas, particularmente em locais de alta prevalência (122, 128).

Profissionais da educação servem como modelos a seus alunos e suas alunas e à comunidade em geral. Como tal, a maneira como estes profissionais discutem questões relacionadas ao HIV e tratam as populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, especialmente adolescentes e jovens adultas — é altamente influente (68, 129). Profissionais da educação podem discutir o HIV e a sexualidade com conotações moralistas fortes que julgam as populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, especialmente adolescentes e jovens adultas — e os comportamentos que colocam as pessoas em risco de infecção por HIV (68, 118). Tais discussões não são necessariamente mal-intencionadas; em vez disso, educadores e educadoras podem não estar cientes das mensagens culturalmente sensíveis mais recentes sobre prevenção, cuidado e tratamento do HIV; podem ser influenciados e influenciadas por normas culturais, religiosas ou tradicionais que apoiam essas mensagens ou, ainda, podem usar uma linguagem preconceituosa oriunda de um forte desejo de garantir que alunos e alunas não se envolvam em comportamentos que possam resultar em infecção pelo HIV. Em alguns casos, os currículos e as políticas de saúde sexual e reprodutiva dos quais educadores e educadoras tiram suas lições podem ter tons estigmatizantes e discriminatórios e podem negligenciar as necessidades de estudantes que se identificam como minoria de gênero ou minorias sexuais. Essas mensagens não são precisas, sensíveis nem apoiam estudantes vivendo com HIV ou que se identificam como minoria de gênero ou minoria sexual (68, 118, 119, 129). É importante que educadores e instituições educacionais tratem as necessidades específicas das populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, especialmente adolescentes e jovens adultas — e, ao mesmo tempo, protejam os direitos desses grupos a confidencialidade, liberdade de estigma e discriminação e tratamento igual (130).

Quadro 4

Revelação

Jovens em idade escolar vivendo com HIV podem ter sentimentos e vivências complicados em relação à revelação de seu estado sorológico. As pessoas dessa faixa etária costumam receber mensagens conflitantes acerca da revelação do estado sorológico. Familiares ou cuidadores podem proibir expressamente a revelação para proteger um jovem ou toda a família das repercussões reais ou percebidas de estigma e discriminação relacionados ao HIV (118). Ao mesmo tempo, não é incomum que os cuidadores revelem o estado sorológico de um jovem à escola ou a outros familiares sem o consentimento da pessoa. Profissionais de saúde podem encorajar essa revelação a um grupo limitado de pessoas para haja adesão ao tratamento ou para prevenir a possível transmissão a parceiros e parceiras sexuais atuais ou futuros do(a) adolescente. Jovens vivendo com HIV podem sentir que não têm autonomia em relação à revelação de sua condição, o que pode ser uma fonte de angústia e descontentamento. Jovens podem querer compartilhar sua condição soropositiva com alguma pessoa próxima que possa ajudá-los ou ajudá-las a processar e a lidar com o fato de que estão vivendo com HIV. Essa revelação pode ter um sucesso variável. A revelação do estado sorológico de uma pessoa não deve ser uma medida de sucesso para qualquer intervenção de redução de estigma; este ato também pode não ser aconselhável nos ambientes educacionais para jovens vivendo com HIV.

A revelação é um processo contínuo de consideração e tomada de decisão para todas as pessoas vivendo com HIV. Jovens vivendo com HIV precisam de apoio e orientação enquanto ponderam essas decisões e o processo de revelação, especialmente quando começam a ter relações sexuais (131).

Embora alguns e algumas profissionais da educação possam perpetuar estigma e discriminação relacionados ao HIV nas escolas, muitos também são fontes importantes de apoio para estudantes vivendo com HIV; por exemplo, profissionais da educação podem lembrar discretamente estudantes vivendo com HIV de tomar seus medicamentos ou dispensá-los da aula para consultas médicas para que mantenham a confidencialidade de sua condição (119). Oferecer esse tipo de apoio prático, social e emocional a estudantes é de grande importância e deve ser promovido em todos os contextos de educação. É importante que educadores e educadoras recebam treinamento e recursos suficientes para equipá-los como fontes de apoio. Um estudo no Zimbábue ressaltou que, muitas vezes, educadores e educadoras se sentem mal preparados(as) e inseguros(as) quanto a melhor forma de apoiar jovens vivendo com HIV (129).

Exemplos de intervenção e recomendações

O Anexo 3 descreve 13 intervenções relevantes para os contextos de educação, que buscaram reduzir estigma e discriminação relacionados ao HIV. Um estudo de caso de um desses estudos de intervenção é apresentado no Quadro 6. A maioria das intervenções foi de dois tipos: com base em informações ou desenvolvimento de habilidades. Algumas intervenções também incluíram o contato com grupos afetados pelo HIV e aconselhamento. As reduções de estigma e discriminação relacionados ao HIV ocorreram principalmente na forma de melhorias nas atitudes e conhecimentos sobre HIV. Outros resultados notáveis foram uma maior vontade

de apoiar as pessoas vivendo com HIV quando necessário, um interesse em aprender mais sobre o HIV, melhorias no risco pessoal e comportamentos de saúde relacionados ao HIV (por exemplo, fazer o teste, uso de preservativos) e melhorias na autoeficácia e intenção de exibir tais comportamentos.

Embora não seja referenciado no Anexo 3, há em vários países leis e políticas nos âmbitos nacional e escolar para assegurar que estudantes vivendo com HIV tenham acesso à educação (132, 133) — mas essas políticas nem sempre podem ser aplicadas de forma adequada (134). Em alguns casos, administradores e administradoras podem enfrentar pressões vindas das famílias com crianças na mesma escola, pedindo que seja negada a admissão estudantes vivendo com HIV no local. Em outros casos, funcionários e funcionárias da escola podem não ter sido informados e informadas sobre essas políticas. Isto destaca como as políticas para reduzir estigma e discriminação relacionados ao HIV nos contextos de educação podem não ter sucesso isoladamente, sem componentes de intervenção que considerem ou operem nos vários níveis socioecológicos (64).

Quadro 5

Programa escolar na Zâmbia para apoiar a prevenção do HIV e a saúde reprodutiva entre alunos e alunas

Um estudo de 2012 avaliou o modelo liderado por jovens do programa educativo sobre HIV em escolas da organização Restless Development. Foi um estudo quase-experimental, não randomizado em 15 escolas de intervenção e 15 escolas controle em toda a Zâmbia (135). O programa compreendeu duas estratégias:

- instituição de educadores e educadoras de pares treinados(as) e voluntários(as) em escolas por um ano letivo: voluntários e voluntárias geralmente têm entre 18 e 25 anos e terminaram, pelo menos, o ensino médio. Recebem um auxílio mensal de USD 80,00 a USD 90,00, bem como supervisão mensal;
- oferecimento de um programa abrangente de atividade educativas de preparação para a vida e de saúde sexual por meio de aulas semanais participativas de 40 minutos em sala de aula: este programa se estende além da sala de aula, dando aos e às estudantes acesso a um centro de recursos para jovens com uma biblioteca e a aconselhamento, bem como atividades extracurriculares coordenadas por educadores(as) voluntários(as), organizando eventos educativos na comunidade sobre tópicos específicos (por exemplo, prevenção de casamento precoce) e capacitando professores por meio de oficinas periódicas sobre temas específicos.

Foram analisados os dados de uma pesquisa quantitativa com 2.133 estudantes da oitava e nona séries (1.088 estudantes de escolas de intervenção, 1.045 estudantes de escolas controle). O programa mostrou uma influência positiva no conhecimento e comportamento de alunos e alunas. Observou-se que os e as estudantes das escolas de intervenção apresentaram maior conhecimento sobre o HIV e as questões de saúde reprodutiva, menos estigmas e maior autoeficácia em relação ao sexo (usar preservativo, recusar sexo indesejado).

O envolvimento cuidadoso de jovens adultos e adultas, a duração da intervenção e os componentes multiníveis contribuíram para o sucesso do programa. Os custos foram modestos, ficando em cerca de USD 21,00 por beneficiário(a) atingido.

Tabela 7.

Recomendações para contextos de educação.

Nível (populações de foco)	Recomendações
<p>Individual (estudantes vivendo com HIV)</p>	<p>Implementar programas (por exemplo, programas de mentores de pares, grupos de apoio, clubes de adesão) fora dos ambientes escolares para estudantes vivendo com HIV (por exemplo, em estabelecimentos de saúde ou centros comunitários) para proporcionar as habilidades e a confiança necessárias à gestão da vida com HIV e à redução do estigma internalizado.</p>
<p>Organizacional (escolas, estabelecimentos de saúde)</p>	<p>Dar a adolescentes acesso a serviços de HIV adequados para jovens, que garantam a confidencialidade e um ambiente livre de estigma e discriminação.</p> <p>Garantir que uma educação sexual abrangente seja oferecida em todas as escolas, desde o nível fundamental. Essa educação deve proporcionar aos alunos e às alunas o conhecimento, as habilidades e os valores de que precisam para eliminar os conceitos errôneos relacionados ao HIV, à sexualidade e ao gênero, para promover a igualdade de gênero, a não discriminação, a inclusão e os direitos humanos, para reduzir os estigmas interseccionais com o HIV, a sexualidade e comportamento sexual.</p> <p>Implementar treinamentos em serviço para permitir que profissionais de educação ofereçam aulas abrangentes sobre educação sexual, incluindo o treinamento de profissionais da educação para que se sintam empoderados e tenham confiança para se comunicar com estudantes sobre testagem de HIV, tratamento, cuidados e prevenção de HIV, sobre os direitos das pessoas vivendo com HIV e sobre questões relacionadas à prevenção da violência baseada no gênero e ao estigma e à discriminação contra as populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, particularmente meninas adolescentes e jovens adultas.</p> <p>Implementar programas de HIV no local de trabalho para educadores(as) e funcionários(as) que dão treinamentos sobre HIV e práticas não discriminatórias, acesso a serviços e benefícios para funcionários e funcionárias vivendo com HIV ou afetados(as) pelo vírus, além de políticas para prevenir estigma e discriminação e garantir a confidencialidade.</p> <p>Usar estratégias de contato em contextos de educação (por exemplo, convidar pessoas vivendo com HIV para fazer apresentações em escolas ou sessões de treinamento de professores) para aumentar a conscientização sobre o estigma e seus efeitos nocivos e para reduzir atitudes negativas em relação às populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, particularmente meninas adolescentes e jovens adultas.</p> <p>Implementar e apoiar políticas para prevenir e abordar todas as formas de violência escolar, <i>bullying</i> e <i>bullying</i> virtual, inclusive tal comportando com base no estado sorológico, gênero ou comportamento não conforme de gênero.</p> <p>Estabelecer mecanismos para relatar e responder a incidentes de estigma e discriminação e para disponibilizar cuidados e apoio psicossociais.</p> <p>Analisar e revisar regularmente as políticas e práticas no contexto de educação para garantir a proteção contra a discriminação de populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, particularmente meninas adolescentes e jovens adultas.</p>
<p>Comunidade (pais, lideranças comunitárias, comunidades de fé e outras comunidades religiosas)</p>	<p>Implementar programas comunitários para apoiar estudantes, educadores e educadoras vivendo com HIV, a fim de reduzir o estigma internalizado e de apoiar o manejo do HIV, como redes de apoio e mentoria de pares.</p> <p>Engajar os pais e a comunidade em geral na redução de estigma (por exemplo, reuniões comunitárias, estratégias de contato, sensibilização por meios culturais) para abordar os impulsionadores de estigma nos contextos de educação.</p> <p>Implementar programas para aumentar o acesso a oportunidades de educação para meninas adolescentes e jovens adultas vivendo com HIV ou vulneráveis a infecção por HIV.</p>
<p>Políticas públicas (ministérios de educação, ministérios de proteção social, faculdades de formação de professores)</p>	<p>Integrar a sensibilização ao HIV, a sensibilização de gênero, a redução de estigma e discriminação e a sensibilização aos direitos humanos nas grades curriculares das faculdades de formação de professores.</p> <p>Implementar treinamento de professores antes do início do trabalho, para permitir que educadores e educadoras ofereçam aulas abrangentes sobre educação sexual, incluindo o treinamento de profissionais da educação para que se sintam empoderados e empoderadas e tenham confiança para se comunicar com estudantes sobre testagem de HIV, tratamento, cuidados e prevenção de HIV, sobre os direitos das pessoas vivendo com HIV e sobre questões relacionadas à prevenção da violência baseada no gênero e ao estigma e à discriminação contra as populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, particularmente meninas adolescentes e jovens adultas.</p> <p>Desenvolver e executar uma política de tolerância zero em todo o setor de educação sobre estigma e discriminação relacionados ao HIV; em contextos de baixa prevalência, pode ser mais apropriado integrar o HIV em uma política geral de não discriminação.</p> <p>Revisar as diretrizes nacionais do setor de educação para promover a adesão ao tratamento, apoiar programas de saúde escolar e vínculos com os serviços de saúde, bem como garantir que jovens vivendo com HIV tenham acesso a apoio seguro e confidencial para a adesão ao tratamento.</p> <p>Adaptar, adotar ou implementar leis para garantir que adolescentes tenham acesso legal a serviços e testes de HIV, removendo as restrições de idade.</p> <p>Garantir que as políticas de educação e proteção social sejam compatíveis e sensíveis às necessidades especiais de jovens afetados(as) pelo HIV, incluindo órfãos e outras crianças que vivenciam estigmas e vulnerabilidades interseccionais; isso inclui a garantia de acesso a subsídios para mensalidades escolares e programas de alimentação escolar sensíveis ao HIV.</p> <p>Analisar e revisar regularmente as políticas e práticas no setor de educação para garantir a proteção contra a discriminação de populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, particularmente meninas adolescentes e jovens adultas.</p>

Contextos de assistência à saúde

Para pessoas vivendo com HIV, os estabelecimentos de saúde podem ser uma fonte de estigma e discriminação, bem como de cuidados e tratamento (12, 30, 136, 137). Os exemplos são atrasos desnecessários no tratamento, assistência diferente (por exemplo, evitar o contato físico, manejo inadequado da dor, separação dos serviços de prevenção de transmissão de mãe para filho de outros serviços de saúde materno-infantil), assistência condicional (por exemplo, conceder acesso à terapia antirretroviral somente sob a condição de uso de preservativo ou anticoncepcional), negligência (por exemplo, negar comida, água ou higiene ao paciente) ou negar a prestação do serviço — tudo isso obstrui diretamente o acesso a assistência à saúde adequada. O estigma pode ser percebido quando o pessoal de saúde utiliza linguagem preconceituosa, em testagem de HIV sem consentimento, na tomada de precauções desnecessárias (por exemplo, usar dois pares de luvas, usar máscaras, queimar lençóis) ou na violação de confidencialidade (por exemplo, fofoca, revelação do estado sorológico aos familiares sem permissão do paciente). Tais manifestações de estigma e discriminação podem impedir o acesso à assistência à saúde porque desencorajam as pessoas vivendo com (ou que suspeitam poder estar vivendo com) HIV de procurar testagem e tratamento necessários (12, 30, 31, 57, 136–141). O aumento recente do teste caso-índice de HIV e da notificação de parceiros e parceiras, especialmente entre meninas adolescentes, em contextos de alta prevalência pode aumentar estigma, discriminação e violência entre as populações vulneráveis, mulheres e meninas e pode impedir comportamentos de procura de serviços de saúde (142).

Estigma e discriminação relacionados ao HIV nos contextos de assistência à saúde como uma própria violação dos direitos humanos podem impactar negativamente a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV, populações-chave e populações vulneráveis e pode dificultar os esforços para interromper a transmissão do HIV (136, 143, 144). Pessoas preocupadas em contrair HIV podem estar menos propensas a buscar informações sobre o HIV ou a discutir práticas sexuais seguras com um ou uma profissional em razão do medo de estigma (57, 140). Funcionários e funcionárias hostis em estabelecimentos de saúde e a falta de confidencialidade têm sido citados por pessoas que não têm certeza de seu estado sorológico como uma razão para não acessar os serviços de testagem de HIV (145). As pessoas que vivenciam estigma e discriminação em estabelecimentos de saúde têm uma probabilidade maior de interromper os cuidados ou de apresentar adesão insuficiente ao tratamento, o que aumenta a probabilidade de resistência aos medicamentos e dificulta o controle da epidemia (140, 141).

Quando profissionais e o pessoal de saúde exibem estigma e discriminação relacionados ao HIV, isto é frequentemente atribuído ao preconceito em relação a “comportamentos marginalizados” (141), ao medo da transmissão do HIV e a equívocos sobre o HIV e como o vírus se espalha e não se espalha (30, 57, 141).

Adolescentes vivendo com HIV enfrentam muitos de seus próprios desafios com estigma e discriminação relacionados ao HIV em termos de acesso à assistência médica e recebimento de serviços de saúde de boa qualidade. Adolescentes podem evitar a testagem de HIV em alguns ambientes porque o consentimento dos pais é necessário para poder fazer o teste (113). A confidencialidade é uma preocupação particular entre adolescentes que buscam atendimento e informações sobre HIV e saúde sexual, e estes e estas jovens podem não buscar esses cuidados e informações nos estabelecimentos de saúde se sua privacidade não puder ser garantida (113). Em alguns locais, profissionais de saúde e outras pessoas adultas podem dar a adolescentes vivendo com HIV informações incompletas, opiniosas ou simplistas sobre o manejo do HIV e a saúde sexual. Por exemplo, um estudo na Zâmbia descobriu que adolescentes vivendo com HIV foram instruídos e instruídas por profissionais de saúde e familiares a não se envolverem em atividades sexuais, não se casarem e não constituírem uma família. Esse conselho não apenas viola os direitos de adolescentes vivendo com HIV, mas também pode prejudicar sua saúde mental e emocional (118, 119). Essas preocupações

coletivas são intensificadas em adolescentes e jovens que se identificam como minoria de gênero ou minoria sexual por causa do estigma interseccional e dos serviços de saúde que, muitas vezes, negligenciam as necessidades específicas das minorias de gênero e minorias sexuais (44, 72).

Exemplos de intervenção e recomendações

O Anexo 4 apresenta 20 intervenções bem-sucedidas para reduzir estigma e discriminação relacionados ao HIV em estabelecimentos de saúde. Um desses estudos é elaborado no Quadro 7.

Essas intervenções envolveram predominantemente profissionais de saúde (médicos/as, enfermeiros/as, técnicos/as de laboratório) ou pessoal de saúde (todo o pessoal trabalhando em um estabelecimento de saúde). Algumas das intervenções focalizaram estudantes de enfermagem ou medicina, pessoas vivendo com HIV ou pessoas que buscavam serviços relacionados ao HIV. A maioria das intervenções foi de dois tipos: com base em informações ou desenvolvimento de habilidades. Outras intervenções incluíram o contato com grupos afetados pelo HIV e abordagens estruturais que abrangem atividades destinadas a tratar dos fatores estruturais que influenciam as manifestações de estigma e discriminação relacionados ao HIV, como políticas em estabelecimentos de saúde.

As reduções de estigma e discriminação ocorreram principalmente na forma de atitudes melhoradas em relação às pessoas vivendo com HIV ou daquelas que supostamente estão vivendo com HIV, aumento do conhecimento sobre HIV e redução do medo de infecção. Algumas das intervenções também tiveram o benefício adicional de melhorar o comportamento pessoal do pessoal de saúde em relação à testagem de HIV e à redução de risco (94, 127).

O que falta no Anexo 4 são as intervenções nos âmbitos político e institucional. Isso se deve, em parte, ao fato de os efeitos dessas iniciativas serem difíceis de avaliar minuciosamente, mas sua importância foi estabelecida na literatura (146). Existem exemplos notáveis de intervenções políticas com esse propósito. Na Tailândia, o Ministério de Saúde Pública está tentando instituir treinamentos para todo o pessoal de saúde a fim de reduzir estigma e discriminação relacionados ao HIV. O estudo-piloto deste programa apresentou resultados positivos referentes ao hospital participante e a 30 funcionários e funcionárias de saúde. Esses resultados levaram à expansão deste programa para hospitais em quatro províncias da Tailândia (147, 148).

Quadro 6

Formação de estudantes de enfermagem na China, Região Administrativa Especial de Hong Kong

Um estudo em 2008 avaliou se um programa de contato e conhecimento seria mais eficaz do que um programa somente de conhecimento na redução de estigma relacionado ao HIV entre estudantes de enfermagem (149). Os programas foram diferenciados da seguinte forma:

- programa somente de conhecimento: palestra informativa de 50 minutos, com sessão de perguntas e respostas, sobre a transmissão, progressão e prevenção do HIV. A palestra foi realizada por uma enfermeira aposentada com experiência na divulgação de informações sobre o HIV em ambientes comunitários;

- programa conhecimento e contato: a mesma palestra informativa de 50 minutos como acima, seguida imediatamente por uma sessão de contato de 50 minutos e uma sessão de perguntas e respostas. A sessão de contato foi com dois homens vivendo com HIV (um que se identificou como heterossexual e outro que se identificou como homem que faz sexo com homens) e uma moderadora. Essas três pessoas foram treinadas para realizar atividades de redução de estigma e discriminação relacionados ao HIV. Durante a sessão de contato, os homens vivendo com HIV enfatizaram (a) suas interações passadas positivas e negativas com enfermeiros e enfermeiras para trazer à tona o poderoso impacto das atitudes e dos comportamentos destes e destas profissionais sobre o bem-estar das pessoas vivendo com HIV; (b) as mudanças físicas e lutas psicológicas com as quais eles lidaram antes de poderem viver com o HIV para suscitar empatia nos e nas estudantes de enfermagem; e (c) suas esperanças e desejos de ampliar as perspectivas de estudantes de enfermagem sobre as pessoas vivendo com HIV (149). Um total de 89 estudantes de enfermagem de 2 universidades participaram do estudo (39 no programa somente de conhecimento e 50 no programa de conhecimento e contato). Em ambos os programas, foram observadas melhorias significativas no conhecimento sobre HIV, nas atitudes estigmatizantes, no medo de infecção, na disposição para tratar e no bem-estar emocional. Comparado ao programa somente de conhecimento, descobriu-se que o programa de contato e conhecimento teve benefícios de curto prazo significativamente maiores na melhoria de atitudes estigmatizantes. Este estudo oferece percepções sobre os componentes de um programa de treinamento eficaz para reduzir o estigma relacionado ao HIV entre estudantes de enfermagem. Foi demonstrado o benefício de estabelecer o contato com pessoas vivendo com HIV e de fornecer conhecimento sobre o HIV.
-

Tabela 8.

Recomendações para estabelecimentos de saúde.

Nível (população de foco)	Recomendações
<p>Individual (pessoas vivendo com HIV e populações-chave)</p>	<p>Integrar técnicos jurídicos aos estabelecimentos de saúde para que orientação e conscientização sejam oferecidas no local às populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, especialmente adolescentes e jovens adultas — sobre seus direitos e sobre os padrões de qualidade no acesso a serviços e à assistência à saúde sem discriminação;</p> <p>Os técnicos jurídicos podem ajudar clientes a buscar reparação conforme necessário.</p>
<p>Organizacional (administradores na área de saúde, pessoal do estabelecimentos de saúde, populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, particularmente meninas adolescentes e jovens adultas)</p>	<p>Fornecer sessões de treinamento em serviço de rotina sobre HIV, direitos humanos, populações-chave, redução de estigma, não discriminação, sensibilização de gênero e ética médica para todo o pessoal do estabelecimento de saúde, inclusive funcionários e funcionárias que não são da área de saúde, como recepcionistas e arquivistas.</p> <p>Engajar os administradores e identificar os defensores dentro do setor de saúde ou de estabelecimentos de saúde para fins de sustentabilidade e acompanhamento.</p> <p>Engajar as populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, particularmente meninas adolescentes e jovens adultas — na concepção, implementação e avaliação de serviços para garantir que as sessões de treinamento em serviço sejam aceitáveis, acessíveis, de boa qualidade e baseadas nos princípios da ética médica.</p> <p>Assegurar que materiais de prevenção geral e que profilaxia pós-exposição estejam sempre estocados para diminuir o medo de profissionais de saúde relacionado à exposição ocupacional ao HIV, o que, por sua vez, reduzirá os comportamentos de esquívamento voltado a pessoas vivendo com HIV.</p> <p>Desenvolver e defender políticas não discriminatórias para apoiar e proteger os direitos das populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, particularmente meninas adolescentes e jovens adultas — que trabalham em ambientes de saúde.</p> <p>Analisar e revisar regularmente as políticas e práticas em ambientes de saúde para garantir a proteção contra a discriminação de populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, particularmente meninas adolescentes e jovens adultas.</p> <p>Estabelecer um sistema de monitoramento no âmbito do estabelecimento de saúde para capturar estigma, discriminação e violações de direitos vivenciados por pessoas vivendo com HIV e populações-chave para dar a esses grupos apoio e reparação; isso pode incluir <i>feedback</i> anônimo sobre as experiências dessas pessoas no estabelecimento de saúde ou um sistema formal para relatar e resolver violações de direitos.</p> <p>Avaliar regularmente o conhecimento, as atitudes e as práticas do pessoal de saúde em relação às pessoas vivendo com HIV e a outras populações-chave para apoiar administradores e administradoras dos estabelecimentos de saúde a identificar e a resolver quaisquer problemas.</p> <p>Integrar serviços de saúde com um sistema de encaminhamento eficiente, inclusive cuidados para sobreviventes de estupro e profilaxia pós-exposição.</p>
<p>Políticas públicas (ministérios de educação e saúde, faculdades de medicina e enfermagem)</p>	<p>Integrar a sensibilização ao HIV, a redução de estigma e discriminação e as abordagens de direitos humanos nas grades curriculares das instituições de ensino para profissionais de saúde (por exemplo, faculdades de medicina e enfermagem).</p> <p>Analisar e revisar regularmente as políticas e práticas em todo o setor de saúde para garantir a proteção contra a discriminação de populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, particularmente meninas adolescentes e jovens adultas.</p>

Contextos de justiça

As pessoas vivendo com HIV enfrentam frequentemente vários desafios no acesso à justiça em razão de estigma e discriminação relacionados ao HIV. Em particular, estigma e discriminação podem se manifestar como leis, políticas e práticas discriminatórias em relação ao HIV (restrições e proibições de viagens, processos por não revelação do estado sorológico e exposição ou transmissão potencial ou percebida), assédio e maus-tratos por parte de pessoas responsáveis pela aplicação da lei, bem como prisão e encarceramento indevido de pessoas vivendo com HIV e das populações-chave (17, 19–21, 48, 150). Essas práticas jurídicas discriminatórias não são somente prejudiciais, mas também uma violação dos direitos humanos, uma validação tácita de estigma e discriminação relacionados ao HIV em outras esferas, bem como contraproducentes para os esforços de redução da incidência do HIV (151). A aplicação dessas leis e práticas aumenta a vulnerabilidade de uma pessoa ao HIV, porque obstrui o acesso e desencoraja o uso de serviços relacionados ao HIV (17, 19–21).

As leis de criminalização do HIV podem impactar a utilização dos serviços de HIV, porque o conhecimento do estado sorológico de uma pessoa pode ser utilizado contra ela em ambientes jurídicos (19). Em alguns contextos, os policiais se posicionam nas proximidades de onde ocorrem os programas de substituição de agulhas e seringas e prendem pessoas que injetam drogas quando elas acessam esses programas; essa atividade contraproducente desencoraja as pessoas que injetam drogas de engajar-se nos serviços de redução de danos (22). Por outro lado, quando as pessoas que usam drogas têm acesso legal aos programas de substituição de agulhas e seringas, é mais provável que utilizem esses serviços (23).

A criminalização impede que as populações-chave busquem justiça quando assediadas, fisicamente prejudicadas ou discriminadas de alguma outra maneira. Por exemplo, muitas vezes, os(as) profissionais do sexo não denunciam abusos de clientes para evitar mais maus-tratos ou abusos da polícia devido à sua profissão estigmatizada (152). A detenção injustificada de pessoas vivendo com HIV pode ter consequências diretas na saúde das pessoas vivendo com HIV e para a comunidade em geral em virtude da interrupção do tratamento. Quando uma pessoa vivendo com HIV é detida, seu medicamento pode ser suspenso, resultando em resistência aos medicamentos e prejudicando o sucesso do tratamento (19).

Evidências emergentes sugerem que descriminalizar profissões e comportamentos que aumentam o risco de uma pessoa ser exposta ao HIV (que inclui trabalho sexual, comportamento que envolva uma pessoa do mesmo sexo e uso de drogas) é fundamental para parar a epidemia do HIV. Por exemplo, esforços recentes de modelagem sugerem que descriminalizar o trabalho sexual evitaria 33% a 46% das infecções por HIV entre as profissionais do sexo na próxima década em todos os contextos (153). Da mesma forma, descriminalizar e reduzir o encarceramento pode evitar novas infecções por HIV em pessoas que usam drogas. Dados de modelagem do México sugerem que implementar uma reforma da lei reduziria em 80% o encarceramento de pessoas que injetam drogas a partir de 2018, evitando 9% de novas infecções por HIV entre 2018 e 2030, com 21% de infecções evitadas se as pessoas que injetam drogas fossem encaminhadas para tratamento com um agonista opioide⁴ em vez de encarceradas (154). Descriminalizar o comportamento homossexual também pode ter um impacto na incidência do HIV. Uma revisão sistemática e a metanálise de dados agrupados sobre a testagem de HIV e engajamento com a cascata do tratamento do HIV entre homens africanos que fazem sexo com homens revelou que os níveis de testagem nos últimos 12 meses e o conhecimento do estado sorológico foram significativamente mais baixos em países com legislação mais severa contra lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros, em comparação com países com a legislação menos severa (155).

⁴ A terapia com agonistas opióides é um tratamento eficaz para o vício de opióides. A terapia envolve tomar um agonista opioide (metadona ou buprenorfina) para prevenir a abstinência e reduzir o desejo por opióides. Pessoas com dependência de opióides podem usar a terapia com agonistas opióides para estabilizar suas vidas e reduzir os danos relacionados ao uso de drogas.

Restringir ou proibir viagens às pessoas vivendo com HIV é outro desafio nos contextos de justiça. Em 2019, cerca de 48 países e territórios ainda mantiveram alguma forma de restrição de viagens relacionada ao HIV. O UNAIDS se opõe ao teste obrigatório de HIV e às restrições que limitam ou restringem o movimento com base no estado soropositivo de uma pessoa. Não há evidências de que as restrições de viagens relacionadas ao HIV protejam a saúde pública; em vez disso, é provável que essas restrições impeçam os esforços para proteger a saúde pública, criando barreiras ao acesso a serviços para pessoas vivendo com HIV e pessoas com alto risco de contrair o HIV. Restrições de viagens fundamentadas no estado sorológico alimentam o estigma e criam uma impressão pública enganosa de que o HIV é um problema “estrangeiro”, o que interfere na eficácia das mensagens da saúde pública sobre a prevenção do HIV (150).

Há um reconhecimento cada vez maior de que uma resposta nacional eficaz ao HIV deve incluir leis não discriminatórias. Existem vários compromissos internacionais para apoiar essas leis. Desde 1979, os Estados-Membros das Nações Unidas concordaram em apoiar a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher. Desde 2001, os países se comprometeram a remover as leis discriminatórias relativas ao HIV e a facilitar o acesso à justiça para pessoas vivendo com HIV e populações-chave (18–20, 120, 156); os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 5, 10 e 16 demandam leis não discriminatórias. Além disso, a situação dos direitos humanos em todos os 193 Estados-Membros das Nações Unidas é revista a cada 5 anos sob a revisão periódica universal, a fim de melhorar os direitos humanos na prática.

Para garantir que as populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, particularmente meninas adolescentes e jovens adultas — sejam capazes de ter acesso à justiça no caso de seus direitos não serem respeitados (157, 158), o público deve estar ciente de seus direitos e ter acesso a mecanismos de reparação, se necessário. Esses mecanismos podem servir como uma ferramenta adicional para responsabilização e aplicação de leis e políticas antidiscriminatórias (159). Em muitos países, existem iniciativas e órgãos para esse fim (157, 158). Na Jamaica, o sistema nacional de denúncia e reparação de discriminação relacionada ao HIV “coleta casos de discriminação relacionada ao HIV e os encaminha a um parceiro ou uma parceira de reparação para que eles sejam investigados, mediados ou para oferecer reparação de danos às pessoas que sofreram discriminação” (158). Esses mecanismos devem ser disponibilizados e estar acessíveis, independentemente de barreiras como a situação socioeconômica (157–160). No entanto, a mera existência de sistemas de relato e notificação não significa que as populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, particularmente meninas adolescentes e jovens adultas — irão usá-los, especialmente em contextos com altos níveis de estigma e discriminação.

Há também exemplos de acesso à justiça por meio de estruturas informais; por exemplo, no Quênia, o Conselho dos Anciãos Luo mitigou 500 casos que restauraram a herança legítima para viúvas e seus filhos no contexto do HIV (161).

As pessoas responsáveis (por exemplo, autoridades políticas, parlamentares, policiais, advogados/as) estão em uma posição de serem agentes positivos e positivas de mudança no que diz respeito a estigma e discriminação relacionados ao HIV e ao acesso à justiça. Em países com um ambiente jurídico discriminatório, todavia, as pessoas responsáveis nos diversos níveis de influência podem precisar de educação e sensibilização (em relação a HIV, estigma e discriminação, direitos humanos e leis e políticas atuais sobre esses assuntos) a fim de apoiar, coerente e efetivamente, a resposta nacional ao HIV (17–21). Há exemplos de juízes que não conhecem o HIV e tratam as pessoas vivendo com o HIV de forma estigmatizante (por exemplo, fazendo-as usar máscaras ou mantendo-as à distância na sala do tribunal) (19).

Embora 123 países tenham leis contra a discriminação relacionada ao HIV, muitas vezes falta a aplicação dessas leis, o que nega o efeito das leis e prejudica os esforços da saúde pública em relação ao HIV (20, 21).

As pessoas responsáveis devem estar engajadas nos diversos níveis para melhor garantir que as leis e práticas não discriminatórias sejam completamente cumpridas (17, 19, 21, 162). Um estudo no Quirguistão observou que, embora os oficiais seniores da polícia fossem avaliados com relação a essas leis e práticas e estavam cientes delas, os oficiais juniores, que tendem a estar ativos em campo, não estavam. Este exemplo destaca a importância do engajamento direto e acrescenta uma nota de advertência de que um reverberamento vindo de cima nem sempre pode ser confiável (162).

As populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, particularmente meninas adolescentes e jovens adultas — podem não entender, conhecer ou confiar completamente em seus direitos ou deveres de acordo com a lei por uma série de razões. As pessoas vivendo com HIV se beneficiariam de serviços que promovam sua alfabetização jurídica, que as empodere e que forneça apoio jurídico para a busca de reparação, caso seus direitos humanos e legais não sejam cumpridos (19, 163).

Pessoas refugiadas, deslocadas e migrantes vivendo com HIV podem exigir considerações especiais. Além de estarem sujeitas a leis e políticas restritivas relacionadas à entrada, permanência e residência, essas pessoas desarraigadas podem enfrentar mais barreiras (por exemplo, idioma, finanças) no acesso a mecanismos de reparação (98).

Exemplos de intervenção e recomendações

O Anexo 5 apresenta estudos que avaliam as intervenções para melhorar o acesso à justiça por meio da redução de estigma e discriminação relacionados ao HIV. O Quadro 9 apresenta um estudo de caso de um desses estudos.

A maioria das intervenções incluídas concentrou-se em parlamentares, profissionais responsáveis pela aplicação da lei ou populações-chave. O pessoal de saúde, as pessoas vivendo com HIV, os jornalistas e a população em geral também foram incluídos nas populações de estudo de alguns estudos. As abordagens de intervenção foram principalmente de desenvolvimento de habilidades e estruturais. Outras abordagens incluídas foram aquelas com base em informações, que forneceram aconselhamento ou que facilitaram o contato com pessoas vivendo com HIV ou populações-chave. A maioria dessas intervenções serviu para melhorar as atitudes em relação às populações-chave e os esforços de redução de danos relacionados ao HIV e para reduzir as práticas discriminatórias por parte de pessoas responsáveis pela aplicação da lei. Outros resultados notáveis incluíram empoderar as pessoas vivendo com HIV e populações-chave e melhorar o conhecimento e a capacidade de outras partes interessadas visando ao apoio às pessoas vivendo com HIV.

É importante revisar não apenas as leis e políticas específicas para as populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, particularmente meninas adolescentes e jovens adultas —, mas também as leis e políticas que podem contrariar ou infringir esses esforços (19, 21). Além disso, é recomendado incluir várias partes interessadas (por exemplo, parlamentares, profissionais responsáveis pela aplicação da lei, populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, particularmente meninas adolescentes e jovens adultas — em discussões e esforços colaborativos para revisar as leis prejudiciais existentes e garantir a aplicação de leis e políticas não discriminatórias. Essas diferentes partes interessadas podem fornecer perspectivas valiosas para maximizar melhor a eficácia da reforma legal e outras intervenções para aprimorar o ambiente jurídico (17, 19).

Quadro 7

Programas para melhorar o acesso à justiça no Quênia

Um estudo de 2013 ofereceu uma avaliação de três programas de integração legal no Quênia (164):

- o Legal AID Centre (Centro de Assistência Jurídica) de Eldoret oferece assistência jurídica e serviços a pessoas com acesso limitado à justiça, como as pessoas vivendo com HIV;
- a Coalizão para Violência Contra Mulheres (Coalition on Violence Against Women) oferece serviços a clientes e prestadores de serviços; entre eles: pagamentos diretos de assistência jurídica e encaminhamentos, bem como treinamentos em direitos humanos, violência baseada em gênero e tópicos relacionados;
- a Associação Cristã de Saúde do Quênia (Christian Health Association of Kenya) oferece serviços relacionados ao HIV, serviços jurídicos e conscientização sobre os direitos.

Esses programas operam em diferentes unidades e centros de saúde. O programa da Associação Cristã de Saúde do Quênia atua em mais de 435 locais.

O estudo avaliou os programas utilizando dados de pesquisa coletados da equipe do programa, registros e dados existentes do programa, entrevistas semiestruturadas e discussões de grupos focais com clientes e prestadores de serviços. Observou-se que os programas melhoraram o conhecimento, a consciência e a autoeficácia de clientes em relação aos seus direitos e acesso a assistência jurídica, saúde e justiça. Identificou-se que todos os três programas melhoraram o conhecimento de prestadores de serviços com relação a práticas discriminatórias e violações dos direitos humanos, bem como as habilidades de esses participantes informarem, atenderem e encaminharem clientes. É importante notar que a existência desses centros de assistência jurídica permitiu que pessoas vivendo com HIV e populações-chave tivessem acesso à justiça, o que anteriormente era mais difícil somente pelo suporte jurídico padrão.

Alguns fatores externos limitaram a eficácia desses programas, incluindo (a) a corrupção real e percebida por parte de oficiais da lei e de profissionais responsáveis pela aplicação da lei, bem como por retaliação oriunda dos oponentes legais, e (b) desafios logísticos em relação à rotatividade de pessoal e o vínculo com estabelecimentos de saúde. Apesar disso, os programas ainda foram vistos como tendo um grande potencial. Este estudo demonstra que a integração de serviços jurídicos e de saúde pode oferecer maior acesso à saúde e à justiça para as populações “que estão sendo deixadas para trás”— incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, particularmente meninas adolescentes e jovens adultas.

Tabela 9.

Recomendações para contextos de justiça

Nível (população de foco)	Recomendações
<p>Individual (populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, particularmente meninas adolescentes e jovens adultas)</p>	<p>Empoderar as populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, especialmente adolescentes e jovens adultas — com alfabetização jurídica e com acesso a serviços de reparação.</p>
<p>Comunidade (público em geral, populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, especialmente adolescentes e jovens adultas —, organizações comunitárias, redes de populações-chave)</p>	<p>Expandir o sistema de técnicos jurídicos para todas as prisões do país, treinando pessoas presas sobre HIV e direitos humanos e para trabalhar como técnicos jurídicos; após o treinamento, essas pessoas podem dar suporte aos seus pares, incluindo fazer encaminhamentos para testes de HIV e outros serviços de saúde.</p> <p>Expandir a oferta de aconselhamento e assistência jurídicos, campanhas de conscientização e campanhas “conheça seus direitos” para cada distrito entre as populações-chave, meninas adolescentes e jovens adultas e em estabelecimentos de saúde.</p> <p>Os esforços devem incluir: fornecimento de informações jurídicas e encaminhamentos, assessoria e representação jurídica, formas alternativas e comunitárias de resolução de disputas, engajamento de lideranças religiosas ou tradicionais e sistemas jurídicos tradicionais (por exemplo, tribunais de aldeia) com o objetivo de resolver disputas e de alterar normas tradicionais prejudiciais, bem como litígios estratégicos.</p> <p>Oferecer programas de alfabetização jurídica, como campanhas de conscientização que fornecem informações sobre direitos e leis relacionados ao HIV por meio da mídia (por exemplo, televisão, rádio, mídia impressa, internet), mobilização e educação da comunidade, procura e envolvimento pares e linhas diretas (atendimento por telefone).</p> <p>Orientar e fortalecer a capacidade de organizações de serviço comunitário que trabalham com pessoas vivendo com HIV, profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens, pessoas que usam drogas injetáveis e pessoas transgênero para continuar a envolvê-los na programação de serviços de HIV.</p> <p>Realizar avaliações rotineiras de acesso à justiça para pessoas vivendo com HIV ou vulneráveis ao HIV como parte das pesquisas do Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV e de outras pesquisas específicas para profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens e pessoas que injetam drogas.</p> <p>Possibilitar que as redes locais de populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, particularmente meninas adolescentes e jovens adultas — monitorem o impacto de leis problemáticas (códigos civis e penais) que impedem os serviços de HIV (e quaisquer mudanças nas políticas e leis) e que defendam mudanças conforme necessário.</p> <p>Financiar grupos de ativismo para eles apoiarem o processo de reforma legal, defenderem e monitorarem a implementação de políticas e leis de apoio e advogarem por mudanças; por exemplo, por meio de maior financiamento governamental para aumentar a qualidade da disponibilidade de aconselhamento nos serviços de HIV e tuberculose por profissionais bem treinados e treinadas em unidades de saúde dentro de prisões.</p>

<p>Organizacional (policiais e administradores de prisões, membros do judiciário, populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, particularmente meninas adolescentes e jovens adultas — e organizações da sociedade civil)</p>	<p>Fornecer treinamento em serviço para policiais, membros do judiciário e funcionários(as) penitenciários(as) sobre políticas de HIV, violência baseada em gênero e populações-chave, bem como fornecer policiamento responsável e solidário no contexto do HIV.</p> <p>O treinamento deve abranger os desenvolvimentos científicos mais recentes em HIV, a importância de buscar e se envolver com às populações em risco, a importância de abordar adequadamente todas as formas de violência (inclusive violência doméstica e sexual, no contexto do HIV e para populações-chave) e as consequências negativas da atividade policial ilegal na justiça e na resposta ao HIV.</p> <p>Expandir o treinamento para funcionários(as) penitenciários(as) de modo a incluir informações sobre a prevenção do HIV e as necessidades de assistência à saúde e direitos humanos das pessoas vivendo com HIV ou em risco de contrair o HIV.</p> <p>Mensurar regularmente o conhecimento, as atitudes e os comportamentos dos policiais, agentes penitenciários e membros do judiciário para informar o escopo do treinamento em serviço.</p> <p>Facilitar o engajamento das populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, particularmente meninas adolescentes e jovens adultas — com a aplicação da lei (por exemplo, por meio de treinamento e reuniões com foco em sensibilização) a fim de prevenir práticas policiais prejudiciais, como prender profissionais do sexo e educadores(as) de pares por portarem preservativos e encarcerar pessoas que injetam drogas sob acusação criminal de porte de drogas, em vez de encaminhá-las para programas de redução de danos.</p> <p>Expandir o apoio jurídico para que todas as organizações de serviço comunitário que trabalham com meninas adolescentes e jovens adultas, populações-chave e pessoas vivendo com HIV tenham acesso a advogados(as) a um preço acessível ou em forma <i>pro bono</i> para o tratamento de casos, defesa legal e litígio estratégico, quando necessário.</p> <p>Implementar programas para prevenir a violência contra mulheres e populações-chave e para lidar com estigma e discriminação em parceria com organizações lideradas por mulheres e populações-chave; toda violência contra mulheres e pessoas das populações-chave deve ser monitorada e relatada, e mecanismos de reparação devem ser estabelecidos para fornecer justiça.</p>
<p>Políticas públicas (ministérios do governo, parlamentares)</p>	<p>As leis e políticas devem ser derivadas das normas de direitos humanos para eliminar estigma, discriminação e violência contra as populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, particularmente meninas adolescentes e jovens adultas.</p> <p>Eliminar leis que criminalizam o uso ou o porte de drogas para consumo próprio, todos os aspectos do trabalho sexual, orientação sexual, identidade de gênero e exposição, não revelação e transmissão do HIV.</p> <p>Fortalecer o ambiente jurídico e político para garantir que as leis protejam as mulheres e meninas da desigualdade e violência de gênero (por exemplo, reformar as relações domésticas, as leis de violência doméstica e a aplicação da lei onde estas deixam de proteger as mulheres ou criam barreiras aos serviços de HIV) e reformar as leis de propriedade, herança e custódia para garantir direitos iguais para mulheres, crianças e cuidadores afetadas pelo HIV.</p> <p>Integrar a sensibilização ao HIV, a redução de estigma e discriminação, bem como os direitos humanos e a sensibilização de gênero nas grades curriculares das academias de polícia e faculdades de direito.</p> <p>Informar e sensibilizar regularmente as pessoas responsáveis pelos aspectos jurídicos, de saúde e de direitos humanos relacionados ao HIV, sobre as leis nacionais relevantes e sobre as implicações no concernente à aplicação da lei, a investigações e a processos judiciais.</p> <p>Revisar regularmente leis, regulamentos e políticas atuais relacionados ao HIV e compará-las aos compromissos globais.</p> <p>Abordar as leis e políticas que são discriminatórias em relação aos membros das populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, especialmente adolescentes meninas e jovens adultas — como parte da resposta nacional ao HIV, especificamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • avaliar o acesso à justiça das pessoas vivendo com HIV ou vulneráveis ao vírus, além de defender e exercer pressão para a reforma da lei; • engajar, entre outros, parlamentares e ministros e ministras de justiça, assuntos internos, sistema penitenciário, finanças, indústria, trabalho, assuntos da mulher, educação, imigração, habitação, defesa, saúde e comércio, bem como lideranças e tradicionais; • promover a promulgação e implementação de leis, regulamentos e diretrizes que proibam a discriminação; apoiar o acesso a prevenção, tratamento, cuidados e apoio ao HIV; defender os direitos das populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, particularmente meninas adolescentes e jovens adultas (por exemplo, através da garantia de acesso a uma vida segura dentro da prisão).

Contextos de emergência

Em 2016, o Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados estimou que 479 milhões de pessoas foram afetadas por emergências naquele ano em comparação a 314 milhões em 2013 (165). Durante esse período, o número de pessoas vivendo com HIV afetadas por emergências humanitárias aumentou de 1,71 milhão para 2,57 milhões, e a proporção de pessoas vivendo com HIV afetadas por uma emergência humanitária aumentou de 1 em 20 para 1 em 14 (165). A magnitude e a frequência das emergências estão aumentando: 2017 foi um ano recorde para crises complexas, insegurança alimentar, eventos de mudanças climáticas e conflitos crescentes, gerando o maior apelo humanitário já lançado (166, 167). Conflitos e crises podem aumentar muito as complexidades da epidemia de HIV por meio dos distúrbios e desafios que esses eventos apresentam. No decorrer da ocorrência cada vez maior e do impacto desses eventos, os contextos humanitários e de emergência devem ser considerados nos esforços para atingir a meta global de acabar com a AIDS como uma ameaça à saúde pública e para alcançar a cobertura universal de saúde até 2030 (168, 169).

Contextos humanitários e de emergência podem aumentar a vulnerabilidade de uma pessoa contrair o HIV. Produtos de prevenção, como preservativos, podem se tornar inacessíveis; isto é pertinente, pois as populações afetadas pela crise podem recorrer a mecanismos de enfrentamento negativos, como recorrer ao sexo transacional ou ao trabalho sexual para sobreviver. Em alguns contextos, mulheres e crianças podem enfrentar maior vulnerabilidade à violência sexual. Por exemplo, o conflito pode exigir que as pessoas percorram distâncias maiores para buscar água, lenha ou para ter acesso a suprimentos vitais, e essas viagens prolongadas podem aumentar o risco de violência sexual (170, 171). A violência baseada em gênero em situações de crise permanece alarmante em muitos contextos, com 7 em cada 10 mulheres nessas situações sendo expostas à violência baseada em gênero (172). Jovens adultos e meninos também podem estar sujeitos a essas formas de violência, mas suas necessidades costumam ser pouco relatadas e ignoradas (173).

A saúde das pessoas vivendo com HIV pode ser comprometida em contextos humanitários e de emergência. Os conflitos e as crises costumam causar interrupções na prevenção, no cuidado e tratamento do HIV, interrompendo especificamente os sistemas de saúde e as cadeias de suprimentos médicos. Além disso, a insegurança alimentar e nutricional, a falta de acesso a abrigo adequado e a água potável, bem como a interrupção geral dos serviços sociais durante as emergências dificultam a adesão ao tratamento (168, 174). As leis de criminalização do HIV ou as restrições de viagens podem exacerbar o acesso à assistência à saúde e ao tratamento do HIV, pois pessoas refugiadas vivendo com HIV podem temer a expulsão do país anfitrião ou um processo judicial caso relevem seu estado sorológico.

A atual crise política, econômica, social e humanitária na República Bolivariana da Venezuela demonstra esses desafios. Em 2017, 77% das 77 mil pessoas vivendo com HIV no país tinham acesso insuficiente ao tratamento de HIV. A situação obrigou muitas pessoas, vivendo com ou sem HIV, a fugir do país para ter acesso a alimentos, a cuidados médicos e a outras necessidades e direitos básicos, colocando as pessoas refugiadas em risco de contrair o HIV ou de interromper o tratamento (175).

Estigma e discriminação relacionados ao HIV aumentam notadamente os desafios enfrentados pelas pessoas vivendo com HIV ao buscarem segurança e estabilidade em contextos humanitários e de emergência. Por exemplo, se uma pessoa vivendo com HIV carece de apoio social devido a estigma e discriminação relacionados ao HIV, é muito mais difícil para ela obter acesso a fontes de alimento ou abrigo (176, 177). Há muitos relatos de pessoas vivendo com HIV sendo condenadas ao ostracismo em assentamentos de refugiados formais e informais.

Vários contextos humanitários têm uma incidência de HIV persistentemente alta ou aumentada entre as populações-chave em desvantagem por causa de desigualdades estruturais, inclusive

estigma e discriminação. Não é incomum que as populações marginalizadas, inclusive pessoas vivendo com HIV, vivenciem o aumento de estigma e discriminação em contextos humanitários e de emergência, na situação de aprofundamento das desigualdades estruturais que o conflito e a crise podem apresentar (176). As populações marginalizadas, que muitas vezes são negligenciadas e ignoradas em períodos de estabilidade devido a estigma e discriminação, também carecem de apoio e recursos adequados durante tempos de conflito e crises (176–178). Por exemplo, durante o surto do vírus Ebola, de 2014 a 2016, em Serra Leoa, o treinamento e os serviços de redução do estigma relacionados ao HIV diminuíram, afetando negativamente as pessoas vivendo com HIV nessa área (179).

Pessoas refugiadas, migrantes e deslocadas enfrentam desafios consideráveis ligados a estigma e discriminação relacionados ao HIV ao fazerem a transição para um novo país anfitrião ou para uma nova área em seu próprio país. Essas populações podem sofrer xenofobia, já que os temores do desconhecido por parte das comunidades anfitriãs podem se agravar em tempos de crise, com suspeitas de que estranhos podem tirar delas recursos escassos ou infligir danos. Muitas vezes, pensa-se incorretamente que pessoas refugiadas, migrantes e deslocadas trazem o HIV para a comunidade anfitriã e, como consequência, elas podem sofrer estigma e discriminação, apesar das evidências contrárias de vários estudos (168, 177, 178). Esses equívocos são importantes, em grande parte por causa dos maus-tratos que pessoas refugiadas e migrantes podem sofrer. Ainda há mais de 40 países onde o estado sorológico de uma pessoa pode afetar sua capacidade de buscar asilo ou migrar para o país (178, 180).

Estigma e discriminação existentes contra pessoas vivendo com HIV e populações-chave podem interferir nos esforços voltados a disponibilizar apoio em contextos humanitários e de emergência às pessoas vivendo com HIV e populações-chave. Isso pode ser particularmente pertinente em países onde a transmissão do HIV ou as relações entre pessoas do mesmo sexo são criminalizadas. As equipes de socorro podem não ser capazes de oferecer, com segurança, serviços para apoiar as pessoas vivendo com HIV e, em alguns casos, podem até mesmo ser elas mesmas fontes de danos (181–183). Em contextos onde os direitos humanos das pessoas vivendo com HIV não são respeitados, as pessoas vivendo com HIV podem enfrentar detenção ou outras consequências das autoridades locais e do público em geral, caso sejam identificadas como vivendo com HIV. A segurança dos trabalhadores e profissionais que implementam esses serviços de apoio também deve ser considerada: houve casos em que pessoas que realizavam ou apoiavam serviços de ajuda humanitária para pessoas vivendo com HIV enfrentaram medidas punitivas. Essas circunstâncias restritivas ressaltam a importância de trabalhar para defender os direitos e a dignidade das pessoas vivendo com HIV. Nesse ínterim, isso pode exigir inovação por parte de trabalhadores(as) e funcionários(as) locais; por exemplo, fornecer suprimentos de medicamentos antirretrovirais para vários meses de uma só vez ou não rotular os serviços de HIV diretamente como específicos para o HIV.

Entre a magnitude das necessidades de saúde pública em contextos humanitários e de emergência, os serviços e as considerações específicos de HIV muitas vezes carecem de priorização. Tende a haver prioridades mais visíveis determinando financiamento, recursos e esforços (176–178). A prestação de serviços de HIV e a redução de estigma e discriminação relacionados ao HIV em contextos humanitários e de emergência são, todavia, essenciais para conter a epidemia de HIV.

Recursos e assistência para pessoas vivendo com HIV em contextos humanitários e de emergência devem ser fornecidos de maneira segura e confidencial para que estigma e discriminação não sejam intensificados por revelação indesejada do estado sorológico do indivíduo (176). Pessoas refugiadas, migrantes e deslocadas podem enfrentar estigmas interseccionais com base em sua legalidade/status legal, etnia, raça, situação econômica ou condição de saúde, o que pode exigir atenção especial por parte das agências humanitárias e dos governos que supervisionam a prestação de serviços durante contextos humanitários e de emergência, a fim de proteger os direitos dessas pessoas à saúde e a outros serviços críticos. Em contextos humanitários e de emergência, o ativismo contínuo e a persistência são frequentemente necessários para garantir que tais iniciativas atinjam seus objetivos com sucesso, conforme observado na República Bolivariana da Venezuela (175).

Exemplos de intervenção e recomendações

As evidências sobre intervenções para reduzir estigma e discriminação relacionados ao HIV em contextos humanitários e de emergência são muito limitadas, sem avaliações publicadas desses programas. Isso destaca a atual lacuna na construção de programas e a necessidade de aumentar a base de evidências nessa área. Como comunidade global, não seremos capazes de atingir as metas 90–90–90 ou a meta de cobertura universal de saúde se não abordarmos o HIV nos contextos de emergências. É importante expandir a implementação de esforços de pesquisa científica para melhorar a base de evidências e os programas a fim de reduzir estigma e discriminação relacionados ao HIV em contextos humanitários e de emergência.

Temos conhecimento e experiência na área.⁵ Uma intervenção implementada na Ucrânia durante o atual conflito armado identificou que transferências de dinheiro diminuíram o estigma e a discriminação em contextos de assistência à saúde e entre os indivíduos (por exemplo, estigma internalizado reduzido) (veja o Quadro 10). Uma quantia de USD 25,00 por mês permitiu que as pessoas vivendo com HIV se deslocassem aos estabelecimentos de saúde para receber terapia antirretroviral, comprassem alimentos nutritivos, aumentassem seu valor próprio e sentissem que as pessoas se preocupavam com elas. Além disso, o programa melhorou as atitudes do pessoal de saúde em relação às pessoas vivendo com HIV.

Quadro 8

Programa de transferência de dinheiro Food for Life na Ucrânia durante períodos de conflito armado

O conflito armado em curso na Ucrânia criou inúmeros desafios para as pessoas vivendo com HIV, o que impacta a saúde e viola os direitos humanos dessas pessoas. Especialmente, este conflito interrompeu o acesso à terapia antirretroviral, porque ficou caro e difícil ir às clínicas, e isso foi ainda mais agravado pelo fato de que muitas pessoas vivendo com HIV que foram deslocadas internamente pelo conflito não puderam ter acesso a um emprego em razão de estigma e discriminação. Com o fechamento de fábricas nas regiões afetadas pelo conflito, a competição por empregos aumentou nas comunidades para onde se mudaram as pessoas vivendo com HIV e outras pessoas deslocadas internas. Pessoas vivendo com HIV relataram que os empregadores potenciais pressupunham que elas seriam menos produtivas e precisariam de mais tempo de folga, o que dificultava encontrar emprego em um mercado de trabalho competitivo com oportunidades limitadas.

Para garantir o acesso contínuo à terapia antirretroviral durante um período de oito meses em 2017, a Rede Nacional Ucraniana de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (All-Ukrainian Network of People Living with HIV/AIDS) e o Programa Mundial de Alimentos procuraram garantir que as pessoas vivendo com HIV tivessem acesso a tratamento e apoio por meio do uso de um programa de transferência condicional de dinheiro (184).

⁵ Os membros da Equipe-Tarefa Interagência para Abordar HIV em contextos Humanitários (Inter-agency Task Team to Address HIV in Humanitarian Settings), a Organização Internacional para as Migrações e os Centros dos Estados Unidos para Controle e Prevenção de Doenças revisaram e disponibilizaram orientações sobre a seção humanitária e de emergência deste relatório.

O programa ofereceu USD 25,00 por mês via transferência eletrônica para transporte ou auxílio alimentar. Essas transferências estavam condicionadas à ida destas pessoas a um hospital participante para iniciar ou reiniciar o tratamento de HIV.

O programa teve êxito em várias frentes. Em primeiro lugar, foi altamente eficaz na melhora da adesão ao tratamento. Os dados de monitoramento do programa mostraram uma supressão viral de 90% entre as pessoas vivendo com HIV que iniciaram ou reiniciaram o tratamento durante o programa. Além disso, 34% das pessoas beneficiárias melhoraram seu nível de adesão ao tratamento. Esse resultado demonstra que é possível atingir as metas 90–90–90 quando os recursos adequados estão disponíveis, mesmo em contextos de emergência.

Em segundo lugar, o programa reduziu o estigma e melhorou as atitudes e os comportamentos de profissionais de saúde e assistentes sociais em relação às pessoas vivendo com HIV através do aumento do contato com as pessoas vivendo com HIV, o que levou a uma maior compreensão das vivências e dos desafios de viver com HIV. Além disso, o programa reduziu o estigma internalizado, pois a interação e a prestação de serviços de apoio as lembrou de que elas são pessoas de valor.

Embora tenha sido bem-sucedido no cumprimento de seus objetivos, o programa terminou em 2018, depois que o conflito na Ucrânia foi rebaixado para uma “crise prolongada” e o financiamento do Programa Mundial de Alimentos cessou. O conflito na Ucrânia persiste, no entanto, e as dificuldades econômicas afetam novamente as pessoas vivendo com HIV em áreas atingidas pelo conflito. Este estudo de caso demonstra a necessidade de programas de apoio imediatos e de longo prazo em contextos de emergência a fim de garantir que as pessoas vivendo com HIV possam continuar a ter acesso a tratamento e serviços nutricionais durante períodos de maior vulnerabilidade.

Tabela 10.

Recomendações para estados e organizações humanitárias em contextos de emergência.

Nível	Recomendações
<p>Individual (populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, particularmente meninas adolescentes e jovens adultas)</p>	<p>Implementar programas e serviços para reduzir estigma internalizado e para apoiar as populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, especialmente adolescentes e jovens adultas — em situações de conflito e de crise por meio da disponibilização de acesso seguro a cuidados e a tratamento.</p>
<p>Comunidade (pessoal de saúde da comunidade)</p>	<p>Reforçar a capacidade do pessoal de saúde da comunidade pela disponibilização de vínculos apropriados entre as comunidades e os sistemas formais de saúde em contextos de emergência.</p>
<p>Organizacional (organizações sem fins lucrativos locais da comunidade e organizações humanitárias, organizações multilaterais)</p>	<p>Engajar as populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, especialmente adolescentes e jovens adultas — e organizações comunitárias no desenvolvimento e na implementação de intervenções para reduzir estigma e discriminação relacionados ao HIV em contextos humanitários e de emergência.</p> <p>Integrar o treinamento de redução de estigma e discriminação ao desenvolvimento atual da capacidade da força de trabalho e ao monitoramento de desempenho em serviço para funcionários e funcionárias envolvidos na prestação e no planejamento de serviços de emergência; isso pode incluir membros dos locais de trabalho na área de saúde e na área jurídica.</p> <p>Educar atores humanitários em estigma e discriminação relacionados ao HIV. Isto inclui o Escritório de Coordenação de Assuntos Humanitários, as lideranças e parcerias de <i>clusters</i> envolvidas em abordar discriminação e trabalhando com pessoas vivendo com HIV e com populações-chave.</p> <p>Implementar programas para prevenir, abordar, monitorar e relatar violência contra as populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, especialmente adolescentes e jovens adultas — em contextos de emergência.</p> <p>Monitorar os níveis de estigma e discriminação utilizando indicadores globalmente acordados em contextos de emergência, inclusive as vivências de pessoas deslocadas internamente e refugiadas, bem como as atitudes e práticas do pessoal humanitário.</p>
<p>Políticas públicas (governos nacionais, pessoas responsáveis nacionais)</p>	<p>Incluir disposições para as populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, particularmente meninas adolescentes e jovens adultas — nos planos de emergência nacionais; isto inclui garantir que os procedimentos estejam em vigor para proteger mulheres e meninas da violência baseada no gênero e infligida pelo parceiro íntimo.</p> <p>Garantir que as populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, particularmente meninas adolescentes e jovens adultas — tenham acesso a assistência jurídica nas comunidades anfitriãs e afetadas, nos campos para aquelas pessoas deslocadas internamente e refugiadas, bem como em determinadas fronteiras.</p> <p>Analisar e revisar regularmente as políticas e práticas referente a contextos de emergência para garantir a proteção contra a discriminação das populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, particularmente meninas adolescentes e jovens adultas.</p>

Considerações relevantes entre os contextos

Há uma série de questões transversais importantes que devem ser levadas em consideração no contexto dos esforços de redução de estigma e discriminação relacionados ao HIV. A consideração dessas questões pode indicar a necessidade da criação de programas adicionais além daqueles direcionados, a fim de lidar com estigma e discriminação, visto que o progresso em estigma e discriminação pode ser limitado sem a adição desses outros programas.

Leis e políticas

Em todos os países, há diferentes leis e políticas concernentes a estigma e discriminação relacionados ao HIV que podem influenciar cada um dos contextos descritos. Novas leis devem ser aprovadas e implementadas para impedir todas as formas de violência contra mulheres, e estratégias de prevenção de longo prazo devem ser implementadas. Essas abordagens lidam diretamente com as estruturas de poder desiguais, que são a causa principal da violência infligida a milhões de mulheres e meninas em todo o mundo. São exemplos as leis nacionais relativas à criminalização da transmissão do HIV ou as leis criminais que afetam as populações-chave, as leis antidiscriminação e as políticas em ambientes organizacionais que ditam como deve ser tratada uma pessoa vivendo com HIV ou que supostamente está vivendo com HIV. Essas leis e políticas podem servir como barreiras ou ferramentas eficazes para reduzir estigma e discriminação relacionados ao HIV, dependendo do seu tipo: protetoras ou punitivas. Uma compreensão completa das leis e políticas específicas para o contexto do país será importante para garantir a inclusão de intervenções estruturais adequadas que apoiem programas de eliminação de estigma e discriminação relacionados ao HIV (19, 21).

Proteção e serviços sociais

O estigma e a discriminação relacionados ao HIV podem apresentar desafios em relação ao acesso a diferentes proteções e serviços sociais. Por exemplo, em alguns contextos, é possível que uma moradia ou o uso de transporte público sejam negados às populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, especialmente adolescentes e jovens adultas. Da mesma forma, o acesso a programas de bem-estar ou de segurança social pode depender da aprovação em um exame toxicológico. Isto pode impactar na saúde de uma pessoa, deixando-a em uma moradia instável ou sem meios para viajar para um estabelecimento de saúde ou para seu local de trabalho (185, 186). Além disso, as populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, particularmente meninas adolescentes e jovens adultas — podem não ter acesso a seguro de vida, o que, em alguns contextos, pode impedi-las de acessar empréstimos financeiros ou uma pensão. Além disso, os programas de plano de saúde podem discriminar as pessoas vivendo com HIV, tratando o HIV como uma condição preexistente; isso pode impedir uma pessoa vivendo com HIV de ter acesso a cuidados e restringir a mobilidade dessas pessoas (por

exemplo, mudança de emprego ou local), pois é possível que elas desconfiem de que sua cobertura de saúde será mantida (187, 188). Como as proteções e os serviços sociais são componentes de apoio importantes das intervenções para o mantimento da saúde e do bem-estar das populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, particularmente meninas adolescentes e jovens adultas — é importante que essas proteções e serviços sejam bem compreendidos e adaptados conforme necessário para apoiar as intervenções de estigma e discriminação relacionados ao HIV.

Desigualdades sociais e econômicas

As desigualdades sociais e econômicas podem estar interligadas e agravar o estigma e a discriminação vivenciados pelas pessoas vivendo com HIV e pelas populações-chave. Elas também podem aumentar os riscos de HIV (por exemplo, preço muito caro de agulhas limpas, tornando-as inacessíveis). Essas desigualdades não só limitam a capacidade de a agência evitar ou responder a estigma e discriminação relacionados ao HIV, como também as opções de uma pessoa vivendo com HIV, que supostamente está vivendo com HIV e populações-chave fazer o mesmo. Isso pode incluir possuir alfabetização jurídica e compreender como lidar com seguros e outras formas de proteção e serviços sociais. Mais da metade de todas as mulheres que trabalham está na economia informal, geralmente em empregos em que elas não têm nem mesmo direitos e proteções básicos. Em média, as mulheres em todo o mundo são pagas 16% menos do que os homens. Estigma e discriminação relacionados ao HIV também podem ser a fonte de desigualdade social e econômica; por exemplo, se uma pessoa perde sua posição social ou meio de sustento por causa de seu estado soropositivo (189). A situação social ou econômica de uma pessoa também pode ser uma fonte de estigma e discriminação, interligando com o estigma relacionado ao HIV e representando, assim, uma barreira adicional à busca de serviços relacionados ao HIV (190).

Desigualdade de gênero e normas de gênero desiguais

As desigualdades de gênero em virtude da dinâmica de poder entre mulheres e homens exacerbam estigma e discriminação relacionados ao HIV em muitos contextos. A desigualdade de gênero pode aumentar as taxas de infecção e reduzir a capacidade de mulheres e meninas lidarem com a epidemia de HIV. Frequentemente, mulheres e meninas têm menos informações sobre o HIV e menos recursos para tomar medidas preventivas. Elas enfrentam barreiras quando tentam negociar sexo seguro por causa da dinâmica de poder desigual e de status inferior. A violência sexual, uma violação generalizada dos direitos das mulheres, também exacerba o risco de transmissão do HIV. As evidências sugerem que o casamento pode ser um fator de risco importante, especialmente para mulheres jovens e meninas. Mulheres cisgêneras e transgêneras vivendo com HIV frequentemente sofrem discriminação de gênero e também enfrentam desigualdades de gênero.

Muitas mulheres vivendo com HIV sofrem estigma e exclusão, o que é agravado pela falta de direitos. Políticas e leis discriminatórias que criminalizam com base no estado sorológico podem afetar desproporcionalmente as mulheres, porque elas estão mais propensas a passar por testagem de HIV e a saber seu estado sorológico através dos cuidados pré-natais. Uma mulher viúva vivendo com HIV pode enfrentar disputas de propriedade com a família de seu marido falecido, complicadas pelo acesso limitado à justiça para defender seus direitos. O ônus da assistência médica às pessoas vivendo com HIV frequentemente recai sobre as mulheres, independentemente de estarem vivendo com HIV, o que limita suas perspectivas de educação e emprego (191). Normas de gênero desiguais também podem apresentar desafios distintos na prevenção, no teste e no tratamento do HIV. Mulheres e meninas vivendo com HIV enfrentam estigma e discriminação com base em seu sexo, o que pode impedi-las de procurar serviços e de aderir ao tratamento de HIV (192).

Em 19 países com dados disponíveis, aproximadamente 1 em cada 3 mulheres vivendo com HIV relata ter vivenciado, pelo menos, uma forma de discriminação relacionada à sua saúde sexual e reprodutiva em estabelecimentos de saúde, como negação de serviços, desestímulo em relação a ter filhos por parte de profissionais de saúde em razão de seu estado sorológico ou até mesmo esterilização forçada (193).

Jovens adultas e profissionais do sexo também enfrentam estigma e discriminação, o que pode afetar sua capacidade de prevenir o HIV e pode impedi-las de procurar os serviços de saúde. A homofobia e a estigmatização de homens que fazem sexo com homens são reforçadas por noções de masculinidade que valorizam o domínio dos homens sobre as mulheres e, desta forma, podem aumentar o estigma internalizado entre pessoas não conformes de gênero (194). Além disso, ideias e noções rígidas de gênero binário, bem como noções de que sexo biológico e expressão de gênero devem sempre estar alinhadas, marginalizam as pessoas que não se enquadram nessas condições.

Normas sociais e culturais

As normas sociais e culturais podem contribuir para estigma e discriminação relacionados ao HIV e para estigma e discriminação voltados a populações-chave, mulheres, meninas e pessoas em risco de transmissão do HIV. Deste modo, as pessoas percebidas como vivendo com HIV ou engajando-se em atividades estigmatizadas podem enfrentar estigma e discriminação por irem contra as normas sociais e culturais. Essas normas sociais e culturais prejudiciais podem ser reforçadas e vivenciadas em todos os contextos. É importante mudar positivamente essas normas para reduzir os estigmas relacionados ao HIV e outros estigmas interseccionais que impedem o acesso aos serviços de HIV e têm um impacto negativo na qualidade de vida (195).

Violência sexual e violência baseada em gênero

A violência sexual e baseada em gênero é uma forma de discriminação. Pessoas vivendo com HIV, mulheres, meninas e populações-chave e populações vulneráveis podem estar sujeitas a este tipo de violência em todos os contextos. Por exemplo, uma mulher pode ser fisicamente prejudicada por seu parceiro se ele souber do estado sorológico dela (50, 52). Estigmas relacionados ao HIV e outros estigmas que se interligam também podem influenciar os cuidados ou o apoio recebidos por uma sobrevivente de violência sexual ou de violência baseada em gênero. Por exemplo, uma profissional do sexo que tenta denunciar violência sexual pode não receber profilaxia pós-exposição e estar sujeita a violência sexual adicional por profissionais responsáveis pela aplicação da lei (152).

Comunicação e mídia

É importante considerar as plataformas de comunicação e mídia nos esforços para reduzir estigma e discriminação relacionados ao HIV, porque elas podem moldar a opinião pública. Por exemplo, essas plataformas podem alimentar estigma e discriminação relacionados ao HIV por meio do uso de linguagem estigmatizante em relação ao HIV (por exemplo, uso do termo “pessoa infectada pelo HIV” ou “paciente com AIDS” em vez de “pessoa vivendo com HIV”) ou por meio de histórias sensacionalistas em relação ao HIV ou a populações-chave, alimentando, assim, o medo e os equívocos. Por outro lado, essas plataformas também podem ser ferramentas importantes para reduzir estigma e discriminação relacionados ao HIV, disponibilizando informações precisas sobre o HIV e sobre as pessoas vivendo com o vírus ou vulneráveis ao HIV, bem como normalizando o engajamento com os serviços de testagem de HIV e de tratamento de HIV (34, 196).

Monitoramento e avaliação do progresso para eliminar todas as formas de estigma e discriminação relacionados ao HIV

A chave para o nosso sucesso em alcançar discriminação zero é o monitoramento ativo e a avaliação dos esforços implementados para reduzir estigma e discriminação relacionados ao HIV em todos os níveis socioecológicos em cada país. As avaliações de nível e impacto do programa são necessárias para informar a adaptação e a melhoria do programa em tempo real e determinar se a combinação e o nível das intervenções implementadas estão alcançando os efeitos desejados. O monitoramento da implementação dos programas também será essencial para identificar quaisquer desafios e para informar a correção dos programas em andamento, conforme necessário. O Arcabouço de Estigma e Discriminação em Saúde mostrado na Figura 2 deve orientar os esforços de monitoramento e avaliação.

Todos os esforços de monitoramento e avaliação devem aplicar abordagens fundamentadas em direitos e sensíveis a eles ao monitoramento e à avaliação de programas e atividades de HIV e devem incluir comunidades e organizações da sociedade civil na concepção e implementação de esforços de avaliação, conforme articulado na publicação do UNAIDS *Monitoramento e avaliação com base em direitos das respostas nacionais ao HIV* (Rights-based Monitoring and Evaluation of National HIV Responses) (197).

Ao determinar quais medidas devem ser utilizadas nos esforços de monitoramento e avaliação para avaliar os programas de redução de estigma e discriminação, as seguintes questões devem ser consideradas:

- Quais contribuições são necessárias para implementar o programa planejado?
- Quais aspectos do estigma os componentes do programa estão tentando mudar?
- Quais são os níveis socioecológicos que o programa de redução de estigma e discriminação abordará?
- Quem será exposto ao programa?
- Quem são os beneficiários previstos do programa?
- Quais são as concretizações esperadas do programa?
- Quais são os resultados esperados do programa?
- Quais são os impactos esperados do programa?

As respostas a essas perguntas determinarão quais contribuições e concretizações devem ser registradas e monitoradas durante a implementação do programa e quais domínios de estigma devem ser medidos (por exemplo, impulsionadores, facilitadores, manifestações), com quais populações e em quais partes do país. Examinamos dois exemplos para ver como essas perguntas podem ser aplicadas para determinar a melhor forma de monitorar os resultados dos programas implementados para reduzir estigma e discriminação.

Exemplo 1

O País A implementa uma campanha nacional de mídia de massa durante três meses, seguida por discussões comunitárias dirigidas por pessoas vivendo com HIV e líderes de opinião importantes para mudar as atitudes negativas do público em geral sobre as pessoas vivendo com HIV.

- Contribuições necessárias: tempo de transmissão na televisão (“estar no ar”), tempo de transmissão no rádio, cartazes publicitários, roteiros e mensagens dos anúncios de campanha e edutainment desenvolvidos por e com pessoas vivendo com HIV, facilitadores(as) comunitários(as) treinados(as), além de locais para hospedar eventos comunitários.
- Aspecto do estigma a ser mudado: impulsionador — atitudes públicas negativas em relação às pessoas vivendo com HIV.
- Níveis abordados pelo programa: multinível (comunidade, indivíduo).
- Entidades/pessoas expostas: público em geral, líderes de opinião da comunidade e pessoas vivendo com HIV.
- Pessoas beneficiárias previstas: público em geral e pessoas vivendo com HIV.
- Concretizações esperadas: 420 anúncios de rádio, 252 anúncios de televisão, 100 cartazes publicitários, 50 facilitadores(as) comunitários(as) treinados(as) e 200 reuniões comunitárias.
- Resultado esperado: redução das atitudes negativas em relação às pessoas vivendo com HIV.
- Impacto esperado: redução de estigma e discriminação vivenciados entre as pessoas vivendo com HIV.

Dadas essas respostas, um sistema de monitoramento poderia ser desenvolvido para rastrear as várias contribuições necessárias e determinar se os resultados esperados do programa foram alcançados. O resultado do programa pode ser avaliado por meio de perguntas feitas ao público em geral na Pesquisa Demográfica e de Saúde (Demographic and Health Survey, DHS) e na Pesquisa por Grupo de Indicadores Múltiplos (Multiple Indicator Cluster Survey, MICS), que avalia as atitudes negativas em relação às pessoas vivendo com HIV. O impacto do programa pode ser examinado por meio de avaliações qualitativas, como discussões de grupo focal, com representantes de pessoas vivendo com HIV e líderes de opinião em uma amostra de comunidades expostas ao programa para ver como o programa influenciou os comportamentos em relação às pessoas vivendo com HIV. Além disso, os dados quantitativos sobre as vivências de estigma e discriminação relacionados ao HIV podem ser avaliados utilizando o Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/AIDS e o questionário padrão 2018-2023 da DHS.

Exemplo 2

Além da intervenção da mídia de massa, o País A decidiu estender o treinamento em 10 estabelecimentos de saúde de âmbito regional para todos(as) funcionários(as), utilizando uma abordagem que compreenda todo o estabelecimento, a fim de aumentar a conscientização sobre os impactos prejudiciais do estigma no estabelecimento de saúde, aumentar o conhecimento sobre os desenvolvimentos científicos mais recentes em HIV, direitos humanos e ética médica no contexto de HIV, bem como desenvolver políticas para promover estabelecimentos de saúde livres de estigma. O programa também garantirá que suprimentos estejam prontamente disponíveis para promover precauções universais e minimizar a exposição ao HIV no local de trabalho, inclusive o acesso à profilaxia pós-exposição.

- Contribuições necessárias: grade curricular de treinamento adaptada, facilitadores(as) treinados(as), materiais de treinamento e suprimentos de precaução universal.
- Aspectos do estigma a serem mudados: impulsionadores (falta de consciência do estigma e de seus impactos prejudiciais e atitudes públicas negativas em relação às pessoas vivendo com HIV entre o pessoal de saúde) e facilitadores (políticas de local de trabalho e disponibilidade de suprimentos de precaução universal).
- Níveis abordados pelo programa: multinível (organizacional, individual).
- Entidades/pessoas expostas: todo o pessoal que trabalha nos estabelecimentos de saúde regionais.
- Pessoas beneficiárias previstas: pessoal de saúde, pessoas vivendo com HIV e populações-chave.

- Concretizações esperadas: 20 facilitadores(as) treinados(as), 4.000 profissionais de saúde treinados(as), políticas novas ou atualizadas em cada estabelecimento e 10 estabelecimentos regionais totalmente abastecidos com suprimentos de precaução universal.
- Resultado esperado: maior consciência do estigma, maior compreensão dos direitos humanos e da ética médica no contexto do HIV, redução de atitudes negativas em relação a pessoas vivendo com HIV e redução de comportamentos estigmatizantes em relação a pessoas vivendo com HIV e a populações-chave.
- Impacto esperado: redução de estigma e discriminação vivenciados entre pessoas vivendo com HIV e populações-chave que frequentam estabelecimentos de saúde no País A.

Semelhante ao exemplo anterior, um sistema de monitoramento pode rastrear as contribuições e concretizações do programa. As respostas às perguntas indicam que o resultado do programa pode ser avaliado por meio de questionário aplicado a uma amostra do pessoal de saúde em cada estabelecimento regional antes e depois da implementação do programa, utilizando uma ferramenta que capture os impulsadores específicos que desejam ser mudados. Facilitadores e facilitadoras podem ser avaliados e avaliadas por meio de observações nos estabelecimentos de saúde, a fim de determinar se existe uma política em vigor para proteger as pessoas vivendo com HIV e as populações-chave contra discriminação e, também, se há estoque suficiente de suprimentos de precaução universal e de profilaxia pós-exposição. O impacto do programa pode ser examinado por meio de avaliações qualitativas, como discussões de grupos focais (com representantes de pessoas vivendo com HIV e populações-chave que frequentam os estabelecimentos de saúde) ou quantitativamente, implementando pesquisas de rotina, como o Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV, para avaliar as manifestações de estigma entre as pessoas vivendo com HIV e examinar se as vivências de estigma diminuíram após o programa. O questionário padrão de 2018 a 2023 da DHS também inclui duas perguntas para avaliar o estigma vivenciado em contextos de assistência à saúde.

Práticas recomendadas de monitoramento e avaliação

Sempre que possível, devem ser utilizadas medidas validadas de estigma e discriminação relacionados ao HIV. Medidas validadas são aquelas que demonstraram capturar o domínio previsto do estigma, de forma consistente ao longo do tempo, por meio de pesquisas anteriores. Idealmente, as avaliações devem fazer uso dos dados existentes e dos esforços contínuos de coleta de dados, tanto quantitativos quanto qualitativos. Esses esforços incluem o Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV, a DHS, a Pesquisa Biocomportamental Integrada (Integrated Bio-Behavioural Survey), avaliações do ambiente jurídico, as avaliações de referência do Fundo Global realizadas em 20 países, o processo dos Compromissos Nacionais e Instrumento de Política de Monitoramento Global da AIDS (National Commitments and Policy Instrument of the Global AIDS Monitoring) e outras fontes qualitativas de informação disponíveis, como discussões de grupos focais com representantes das comunidades afetadas.

Um documento de orientação separado, que oferece mais detalhes sobre como medir os resultados e impactos dos programas de redução de estigma e discriminação relacionados ao HIV, será lançado em 2020.

Conclusão

Foram apresentadas recomendações para a redução de estigma e discriminação relacionados ao HIV em um leque de contextos, inclusive aqueles específicos às populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, particularmente meninas adolescentes e jovens adultas. Embora as necessidades específicas do ambiente e da população tenham sido identificadas, também emergiram temas consistentes.

A institucionalização do treinamento antes do início do serviço (por exemplo, focado em estigma e discriminação relacionados ao HIV e em direitos humanos) para profissionais e pessoas responsáveis seria uma estratégia de intervenção valiosa. O treinamento antes do início do serviço oferece uma oportunidade de maior longevidade e impacto dos esforços de redução de estigma e discriminação relacionados ao HIV, já que funcionários(as) novos(as) e funcionários(as) que já trabalham nesses contextos estariam devidamente informados(as) e treinados(as) antes de iniciarem suas carreiras. Esse treinamento também seria uma opção mais econômica em longo prazo, comparado às sessões de treinamento em serviço, que precisam ser implementadas rotineiramente quando o pessoal entra e sai do local de trabalho. Para melhorar a eficácia do programa, a criação da grade curricular de treinamentos antes do início do serviço e a implementação desses treinamentos devem ser lideradas pelas populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, particularmente meninas adolescentes e jovens adultas — ou ter engajamento completo dessas populações.

É claro que, em cada um desses contextos e populações, nenhuma abordagem de intervenção tratará plenamente do estigma e da discriminação relacionados ao HIV ou melhorará completamente o acesso aos serviços de HIV. Portanto, uma abordagem multifacetada que funcione em todos os níveis socioecológicos é necessária para criar um ambiente mais favorável às pessoas vivendo com HIV ou em risco de contrair o HIV. Isso pode incluir: o uso coletivo de estratégias de intervenção, como a implementação e aplicação de políticas não discriminatórias, a instituição de educação sobre estigma e discriminação relacionados ao HIV e grades curriculares de treinamento sobre sensibilidade em diferentes contextos organizacionais, o estabelecimento de recursos comunitários (por exemplo, centros de assistência jurídica) para apoiar as pessoas vivendo com HIV no acesso aos seus direitos e a oferta de programas de apoio e capacitação voltados às pessoas vivendo com HIV e populações-chave.

O engajamento das diversas partes interessadas e pessoas nos diferentes níveis de treinamento, de profissionais júnior a sênior, é essencial para os esforços de redução de estigma e discriminação relacionados ao HIV, porque todos(as) funcionários(as) têm a possibilidade de engajar-se com pessoas vivendo com HIV ou pessoas que supostamente estão vivendo com HIV que estejam procurando serviços ou participando na educação ou no local de trabalho. Da mesma forma, as pessoas fora de um contexto específico (por exemplo, família e membros da comunidade) podem influenciar as vivências de estigma e discriminação relacionados ao HIV. Além disso, as intervenções que apoiam diretamente as pessoas vivendo com HIV não devem ser negligenciadas. As populações “que estão sendo deixadas para trás” — incluindo, mas não se limitando a, pessoas vivendo com HIV, populações-chave, populações indígenas, pessoas privadas de liberdade, migrantes, bem como mulheres e meninas, particularmente meninas adolescentes e jovens adultas — podem necessitar de apoio e informações para lidar com o estigma internalizado e antecipado, bem como de incentivo para acessar os serviços jurídicos e de saúde disponíveis, inclusive os mecanismos de reparação.

À medida que as intervenções de redução de estigma e discriminação relacionados ao HIV são implementadas, é importante que as necessidades das mulheres, meninas, populações-chave e populações vulneráveis sejam consideradas. Essas populações podem enfrentar desafios únicos com o próprio HIV e com estigma e discriminação relacionados ao HIV em todos os contextos (por exemplo, desvantagem social, violência, vulnerabilidade econômica) e precisar de disposições especiais, como viabilizar normas de gênero equitativas ou reduzir o estigma relacionado às populações-chave.

Além disso, ao projetar e implementar essas intervenções, é importante garantir que elas não aumentem inadvertidamente o estigma, a discriminação ou a vulnerabilidade vivenciados por essas populações no contexto do HIV.

Em homenagem ao falecido Dr. Jonathan Mann, que foi o primeiro a identificar estigma e discriminação como a segunda epidemia "silenciosa", vamos "incluir, não excluir" (198). Vamos nos mobilizar em uma Parceria Global e tomar medidas para eliminar todas as formas de estigma e discriminação relacionados ao HIV. Temos as ferramentas. Temos os recursos. É hora de agir.

Referências

- 1 Global partnership for action to eliminate all forms of HIV-related stigma and discrimination. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS; 2019.
- 2 Guidance note: key programmes to reduce stigma and discrimination and increase access to justice in national HIV responses. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS; 2012.
- 3 *Fast-Track: ending the AIDS epidemic by 2030*. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS; 2014.
- 4 Mahajan A, Sayles J, Patel V, Remien R, Sawires S, Ortiz D, et al. Stigma in the HIV/AIDS epidemic: a review of the literature and recommendations for the way forward. *AIDS*. 2008;2:S67–79.
- 5 Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol*. 2001;27:363–85.
- 6 Goffman E. *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Nova York: Simon & Schuster; 1963.
- 7 Parker R, Aggleton P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Soc Sci Med*. 2003;57:13–24.
- 8 Rice WS, Logie CH, Napoles TM, Walcott M, Batchelder AW, Kempf MC, et al. Perceptions of intersectional stigma among diverse women living with HIV in the United States. *Soc Sci Med*. 2018;208:9–17.
- 9 Turan JM, Elafros MA, Logie CH, Banik S, Turan B, Crockett KB, et al. Challenges and opportunities in examining and addressing intersectional stigma and health. *BMC Med*. 2019;17:7.
- 10 Stangl A, Brady L, Fritz K. *STRIVE technical brief: measuring HIV stigma and discrimination*. Washington, DC: STRIVE; 2012.
- 11 *Reducing HIV stigma and discrimination: a critical part of national AIDS programmes—a resource for national stakeholders in the HIV response*. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS; 2007.
- 12 Nyblade L, Stangl A, Weiss E, Ashburn K. Combating HIV stigma in health care settings: what works? *J Int AIDS Soc*. 2009;12:15.
- 13 Stangl AL, Brady L, Fritz K. *Measuring HIV stigma and discrimination*. Washington, DC: International Center for Research on Women; 2012.
- 14 Stangl AL, Earnshaw VA, Logie CH, Van Brakel W, Simbayi LC, Barré I, 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*. 2019;17:31.
- 15 *Key populations*. Genebra: Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária; 2016.
- 16 *Guia de Terminologia do UNAIDS*. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS; 2015.
- 17 Ferguson L, Nicholson A, Henry I, Saha A, Sellers T, Gruskin S. Assessing changes in HIV-related legal and policy environments: lessons learned from a multi-country evaluation. *PLoS One*. 2018;13:e0192765.
- 18 Williamson RT, Fiscian V, Olson RU, Poku FN, Whittal J. A reporting system to protect the human rights of people living with HIV and key populations. *Health Hum Rights*. 2017;19(2):211–22.
- 19 *Voices from the field: how laws and policies affect HIV responses*. Delegação de ONGs do PCB do UNAIDS; 2011 (<https://unaidspcbngo.org/wp-content/uploads/2012/07/2011-NGO-Report-online-version.pdf>).
- 20 *The policy and legal environments related to HIV services in China*. Pequim: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; 2015.
- 21 *Legal environment assessment for HIV: an operational guide to conducting national legal, regulatory and policy assessments for HIV*. Nova York: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; 2014.

- 22 Beletsky L, Agrawal A, Moreau B, Kumar P, Weiss-Laxer N, Heimer R. Police training to align law enforcement and HIV prevention: preliminary evidence from the field. *Am J Public Health*. 2011;101:2012–15.
- 23 Rich JD, Hogan JW, Wolf F, DeLong A, Zaller ND, Mehrotra M, et al. Lower syringe sharing and re-use after syringe legalization in Rhode Island. *Drug Alcohol Depend*. 2007;89(2–3):292–7.
- 24 Andrinopoulos K, Figueroa JP, Kerrigan D, Ellen JM. Homophobia, stigma and HIV in Jamaican prisons. *Cult Health Sex*. 2011;13(2):187–200.
- 25 Derlega VJ, Winstead BA, Gamble KA, Kelkar K, Khuanghlawn P. Inmates with HIV, stigma, and disclosure decision-making. *J Health Psychol*. 2010;5(2):258–68.
- 26 Brinkley-Rubinstein L, Turner WL. Health impact of incarceration on HIV-positive African American males: a qualitative exploration. *AIDS Patient Care STDS*. 2013;27(8):450–58.
- 27 Agenda for zero discrimination in health-care settings. Geneva: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS; 2017.
- 28 Krishnaratne S, Bond V, Stangl A, Pliakas T, Mathema H, Lilleston P, et al. Stigma and judgment toward people living with HIV and key population groups among three cadres of health workers in South Africa and Zambia: analysis of data from the HPTN 071 (PopART) trial. *AIDS Patient Care STDS*. 2020;34(1):38–50.
- 29 Risher K, Adams D, Sithole B, Ketende S, Kennedy C, Mnisi Z, et al. Sexual stigma and discrimination as barriers to seeking appropriate healthcare among men who have sex with men in Swaziland. *J Int AIDS Soc*. 2013;16:18 715.
- 30 Ekstrand ML, Ramakrishna J, Bharat S, Heylen E. Prevalence and drivers of HIV stigma among health providers in urban India: implications for interventions. *J Int AIDS Soc*. 2013;16(Suppl. 2):18 717.
- 31 Hirnschall G. Striving for zero discrimination in health care. Geneva: Organização Mundial da Saúde; 2016.
- 32 Sevelius JM, Carrico A, Johnson MO. Antiretroviral therapy adherence among transgender women living with HIV. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2010;21(3):256–64.
- 33 HIV prevention among key populations. Geneva: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS; 2016.
- 34 Osborne K, Tremlett L, Welbourn A, Hale F, Vazquez M. Piecing it together for women and girls: the gender dimensions of HIV-related stigma. London: International Planned Parenthood Federation; 2011.
- 35 Turan JM, Nyblade L. HIV-related stigma as a barrier to achievement of global PMTCT and maternal health goals: a review of the evidence. *AIDS Behav*. 2013;17:2528–39.
- 36 Hiarlath MO, Grede N, de Pee S, Bloem M. Economic and social factors are some of the most common barriers preventing women from accessing maternal and newborn child health (MNCH) and prevention of mother-to-child transmission (PMTCT) services: a literature review. *AIDS Behav*. 2014;18:516–30.
- 37 Kendall T, Albert C. Experiences of coercion to sterilize and forced sterilization among women living with HIV in Latin America. *J Int AIDS Soc*. 2015;18:19 462.
- 38 Sando D, Kendall T, Lyatuu G, Ratcliffe H, McDonald K, Mwanyika-Sando M, et al. Disrespect and abuse during childbirth in Tanzania. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2014;67:S228–34.
- 39 Sifris R. Involuntary sterilization of HIV-positive women: an example of intersectional discrimination. *Hum Rights Q*. 2015;37:464–91.
- 40 Cuca YP, Rose CD. Social stigma and childbearing for women living with HIV/AIDS. *Qual Health Res*. 2016;26:1508–18.

- 41 El Feki S, Avafia T, Fidalgo TM, Divan V, Chauvel C, Dhaliwal M, et al. The Global Commission on HIV and the Law: recommendations for legal reform to promote sexual and reproductive health and rights. *Reprod Health Matt.* 2014;22:125–36.
- 42 Courtwright A, Turner A. Tuberculosis and stigmatization: pathways and interventions. *Publ Health Rep.* 2010;125:34–42.
- 43 Treves-Kagan S, Steward WT, Ntswane L, Haller R, Gilvydis JM, Gulati H, et al. Why increasing availability of ART is not enough: a rapid, community-based study on how HIV-related stigma impacts engagement to care in rural South Africa. *BMC Pub Health.* 2016;16:87.
- 44 Arnold EA, Rebchook GM, Kegeles SM. “Triply cursed”: racism, homophobia and HIV-related stigma are barriers to regular HIV testing, treatment adherence and disclosure among young Black gay men. *Cult Health Sex.* 2014;16(6):710–22.
- 45 Cahill S, Taylor SW, Elsesser SA, Mena L, Hickson DM, Mayer KH. Stigma, medical mistrust, and perceived racism may affect PrEP awareness and uptake in black compared to white gay and bisexual men in Jackson, Mississippi and Boston, Massachusetts. *AIDS Care.* 2017;29(11):1351–8.
- 46 Parsons JA, Bond VA, Nixon SA. “Are we not human?” Stories of stigma, disability and HIV from Lusaka, Zambia and their implications for access to health services. *PLoS One.* 2015;10(6):e0127392.
- 47 Rohleder P, Braathen SH, Swartz L, Eide AH. HIV/AIDS and disability in Southern Africa: a review of relevant literature. *Disabil Rehabil.* 2009;31(1):51–9.
- 48 HIV-related travel restrictions. Geneva: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS; 2019.
- 49 Chinouya M, Hildreth A, Goodall D, Aspinall P, Hudson A. Migrants and HIV stigma: findings from the Stigma Index Study (UK). *Health Soc Care Commun.* 2014;35(1):35–42.
- 50 Paudel V, Baral KP. Women living with HIV/AIDS (WLHA), battling stigma, discrimination and denial and the role of support groups as a coping strategy: A review of literature. *Reprod Health.* 2015;12:53.
- 51 Katz IT, Ryu AE, Onuegbu AG, Psaros C, Weiser SD, Bangsberg DR, et al. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *J Int AIDS Soc.* 2013;16:18 640.
- 52 Amin A. Addressing gender inequalities to improve the sexual and reproductive health and wellbeing of women living with HIV. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(6S5):20 302.
- 53 Vreeman RC, McCoy BM, Lee S. Mental health challenges among adolescents living with HIV. *J Int AIDS Soc.* 2017;20(Suppl. 3):21 497.
- 54 Grov C, Golub SA, Parsons JT, Brennan M, Karpiak SE. Loneliness and HIV-related stigma explain depression among older HIV-positive adults. *AIDS Care.* 2010;22(5):630–39.
- 55 Stangl AL, Lloyd JK, Brady LM, Holland CE, Baral S. A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come? *J Int AIDS Soc.* 2013;16(3S2):18 734.
- 56 Pulerwitz J, Oanh KTH, Akinwolemiwa D, Ashburn K, Nyblade L. Improving hospital-based quality of care by reducing HIV-related stigma: evaluation results from Vietnam. *AIDS Behav.* 2015;19:246–56.
- 57 Feyissa GT, Abebe L, Girma E, Woldie M. Stigma and discrimination against people living with HIV by healthcare providers, Southwest Ethiopia. *BMC Pub Health.* 2012.
- 58 Heijnders M, Van Der Meij S. The fight against stigma: An overview of stigma-reduction strategies and interventions. *Psychol Health Med.* 2006;11:353–63.
- 59 Brown L, Macintyre K, Trujillo L. Interventions to reduce HIV/AIDS stigma: what have we learned? *AIDS Educ Prev.* 2003;15:49–69.
- 60 Rao D, Elshafei A, Nguyen M, Hatzenbuehler ML, Frey S, Go VF. A systematic review of multi-level stigma interventions: state of the science and future directions. *BMC Med.* 2019;17:41.
- 61 Stangl AL, Singh D, Windle M, Siewwright K, Footer K, Iovita A, et al. A systematic review of selected human rights programs to improve HIV-related outcomes from 2003 to 2015: what do we know? *BMC Infect Dis.* 2019;19:209.

- 62 Understanding and challenging HIV stigma: toolkit for action. Washington, DC: International Center for Research on Women; 2003.
- 63 Maluccio JA, Wu F, Rokon RB, Rawat R, Kadiyala S. Assessing the impact of food assistance on stigma among people living with HIV in Uganda using the HIV/AIDS stigma instrument-PLWA (HASI-P). *AIDS Behav.* 2017;21:766-82.
- 64 Nyblade L, Hong KT, Anh NV, Ogden J, Jain A, Stangl A. Communities confront HIV stigma in Viet Nam: participatory interventions reduce HIV-related stigma in two provinces. Washington, DC: International Center for Research on Women and Institute for Social and Development Studies; 2008.
- 65 Gurnani V, Beattie TS, Bhattacharjee P, Mohan H, Maddur S, Washington R, et al. An integrated structural intervention to reduce vulnerability to HIV and sexually transmitted infections among female sex workers in Karnataka state, south India. *BMC Publ Health.* 2011;11:755.
- 66 Beletsky L, Thomas R, Shumskaya N, Artamonova I, Smelyanskaya M. Police education as a component of national HIV response: lessons from Kyrgyzstan. *Drug Alcohol Depend.* 2013;132(Suppl. 1):S48-52.
- 67 Geibel S, Hossain SMI, Pulerwitz J, Sultana N, Hossain T, Roy S, et al. Stigma reduction training improves healthcare provider attitudes toward, and experiences of, young marginalized people in Bangladesh. *J Adolesc Health.* 2017;60(2S2):S35-44.
- 68 Chao L-W, Gow J, Akintola G, Pauly M. HIV/AIDS Stigma Attitudes Among Educators in KwaZulu-Natal, South Africa. *J Sch Health.* 2010;80:561-9.
- 69 Mall S, Middelkoop K, Mark D, Wood R, Bekker L-G. Changing patterns in HIV/AIDS stigma and uptake of voluntary counselling and testing services: the results of two consecutive community surveys conducted in the Western Cape, South Africa. *AIDS Care.* 2013;25:194-201.
- 70 Stangl A, Carr D, Eckhaus T, Brady L, Nyblade L, Claeson M. Tackling HIV-related stigma and discrimination in South Asia. Washington, DC: Banco Mundial; 2010 (<https://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/978-0-8213-8449-7>).
- 71 Rao D, Desmond M, Andrasik M, Rasberry T, Lambert N, Cohn SE, et al. Feasibility, acceptability, and preliminary efficacy of the unity workshop: an internalized stigma reduction intervention for African American women living with HIV. *AIDS Patient Care STDS.* 2012;26:614-20.
- 72 Harper GW, Lemos D, Hosek SG. Stigma reduction in adolescents and young adults newly diagnosed with HIV: findings from the project ACCEPT intervention. *AIDS Patient Care STDS.* 2014;28:543-54.
- 73 Tanser F, Bärnighausen T, Grapsa E, Zaidi J, Newell ML. High coverage of ART associated with decline in risk of HIV acquisition in rural KwaZulu-Natal, South Africa. *Science.* 2013;339(6122):966-71.
- 74 Montaner JSG, Wood E, Kerr T, Lima V, Barrios R, Shannon K, et al. Expanded highly active antiretroviral therapy coverage among HIV-positive drug users to improve individual and public health outcomes. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2010;55(Suppl. 1):S5-9.
- 75 Botswana extends free HIV treatment to non-citizens. Geneva: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS; 2019.
- 76 Malcolm A, Aggleton P, Bronfman M, Galvão J, Mane P, Verrall J. HIV-related stigmatization and discrimination: its forms and contexts. *Crit Publ Health.* 1998;8(4):347-70.
- 77 Stutterheim SE, Pryor JB, Bos AER, Hoogendijk R, Muris P, Schaalma HP. HIV-related stigma and psychological distress: the harmful effects of specific stigma manifestations in various social settings. *AIDS.* 2009;23(17):2353-7.
- 78 Pantelic M, Steinert JI, Park J, Mellors S, Murau F. "Management of a spoiled identity": systematic review of interventions to address self-stigma among people living with and affected by HIV. *BMJ Glob Health.* 2019;4:e001285.
- 79 Ojikutu BO, Pathak S, Srithanaviboonchai K, Limbada M, Friedman R, Li S, et al. Community cultural norms, stigma and disclosure to sexual partners among women living with HIV in Thailand, Brazil and Zambia (HPTN 063). *PLoS One.* 2016;11(5):e0153600.
- 80 Öktem P. The role of the family in attributing meaning to living with HIV and its stigma in Turkey. *SAGE Open.* 2015;5:215824401561516.

- 81 Stephenson R. Community factors shaping HIV-related stigma among young people in three African countries. *AIDS Care*. 2009;21(4):403-10.
- 82 Pharris A, Hoa NP, Tishelman C, Marrone G, Kim Chuc NT, Brugha R, et al. Community patterns of stigma towards persons living with HIV: a population-based latent class analysis from rural Vietnam. *BMC Publ Health*. 2011;11:705.
- 83 Pretorius JB, Greeff M, Freeks FE, Kruger A. A HIV stigma reduction intervention for people living with HIV and their families. *Health SA Gesondheid*. 2016;21:187-95.
- 84 Black LW. Commentary on impacts of HIV/AIDS stigma on family identity and interactions in China. *Fam Syst Health*. 2008;26:443-6.
- 85 Brown DC, Belue R, Airhihenbuwa CO. HIV and AIDS-related stigma in the context of family support and race in South Africa. *Ethn Health*. 2010;15(5):441-58.
- 86 Chidrawi HC, Greeff M, Temane QM, Doak CM. HIV stigma experiences and stigmatisation before and after an intervention. *Health SA Gesondheid*. 2016;21:196-205.
- 87 Recommendation 200: Recommendation concerning HIV and AIDS and the world of work. Geneva: Organização Internacional do Trabalho; 2010.
- 88 World AIDS Campaign: HIV and the world of work—why and how we should all advocate for the implementation of the ILO Recommendation on HIV and the workplace. Geneva: Organização Internacional do Trabalho; 2010.
- 89 The gap report 2014: people living with HIV. Geneva: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS; 2014.
- 90 Fakolade R, Adebayo SB, Anyanti J, Ankomah A. The impact of exposure to mass media campaigns and social support on levels and trends of HIV-related stigma and discrimination in Nigeria: tools for enhancing effective HIV prevention programmes. *J Biosoc Sci*. 2010;42(3):395-407.
- 91 Sprague L, Simon S, Sprague C. Employment discrimination and HIV stigma: survey results from civil society organisations and people living with HIV in Africa. *African J AIDS Res*. 2011;10:311-24.
- 92 Addressing HIV/AIDS stigma and discrimination in a workplace program: emerging findings. Washington, DC: Horizons; 2002.
- 93 HIV stigma and discrimination in the world of work: findings from the People Living with HIV Stigma Index. Amsterdã: Rede Global de Pessoas Vivendo com HIV; 2018.
- 94 Uys L, Chirwa M, Kohi T, Greeff M, Naidoo J, Makoae L, et al. Evaluation of a health setting-based stigma intervention in five African countries. *AIDS Patient Care STDS*. 2009;23(12):1059-66.
- 95 Can we measure HIV/AIDS-related stigma and discrimination? Current knowledge about quantifying stigma in developing countries. Washington, DC: Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional; 2006.
- 96 Teachers living with HIV. Geneva: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, Equipe-Tarefa Interagências sobre Educação; 2008.
- 97 Statement on HIV testing services: new opportunities and ongoing challenges. Geneva: Organização Mundial da Saúde e Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS; 2017.
- 98 The gap report 2014: migrants. Geneva: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS; 2014.
- 99 Holzemer WL, Makoae LN, Greeff M, Dlamini PS, Kohi TW, Chirwa ML, et al. Measuring HIV stigma for PLHAs and nurses over time in five African countries. *J Soc Asp HIV/AIDS Res Alliance*. 2009;6:76-82.
- 100 Rekart ML. Sex-work harm reduction. *Lancet*. 2005;366(9503):2123-34.
- 101 Ganju D, Saggurti N. Stigma, violence and HIV vulnerability among transgender persons in sex work in Maharashtra, India. *Cult Heal Sex*. 2017;19(8):903-17.
- 102 Stuckler D, Steele S, Lurie M, Basu S. Introduction: “dying for gold”—the effects of mineral mining on HIV, tuberculosis, silicosis, and occupational diseases in southern Africa. *Int J Health Serv*. 2013;43:639-49.
- 103 Corno L, de Walque D. Mines, migration and HIV/AIDS in southern Africa. *J Afr Econ*. 2012;21:465-98.

- 104 Weine SM, Kashuba AB. Labor migration and HIV risk: a systematic review of the literature. *AIDS Behav.* 2012;16(6):1605-21.
- 105 Harinarain N, Haupt TC. Impact of workplace HIV and AIDS policies on stigma and discrimination. In: *Proceedings of the 5th Built Environment Conference, Durban, South Africa, 18–20 July 2010.*
- 106 Rao D, Angell B, Lam C, Corrigan P. Stigma in the workplace: employer attitudes about people with HIV in Beijing, Hong Kong, and Chicago. *Soc Sci Med.* 2008;67:1541–9.
- 107 Protecting the rights of people living with HIV in the workplace. Washington, DC: Gujarat State Network of Positive People, International Center for Research on Women, United Nations Development Programme and STRIVE; 2013.
- 108 Richter K, Phillips SC, McInnis AM, Rice DA. Effectiveness of a multi-country workplace intervention in sub-Saharan Africa. *AIDS Care.* 2012;24:180–85.
- 109 Poteat T, Park C, Solares D, Williams JK, Wolf RC, Metheny N, et al. Changing hearts and minds: results from a multi-country gender and sexual diversity training. *PLoS One.* 2017;12(9):e0184484.
- 110 Brown DC. Reducing HIV and AIDS stigma among university students in South Africa. Ann Arbor, MI: ProQuest Information & Learning; 2009.
- 111 HIV and AIDS and supportive learning environments. Paris: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; 2006.
- 112 Winskell K, Miller KS, Allen KA, Obong’o CO. Guiding and supporting adolescents living with HIV in sub-Saharan Africa: the development of a curriculum for family and community members. *Child Youth Serv Rev.* 2016;61:253–60.
- 113 HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers. Geneva: Organização Mundial da Saúde; 2013.
- 114 Thematic segment: mental health and HIV/AIDS—promoting human rights, an integrated and person-centered approach to improving ART adherence, well-being and quality of life. Geneva: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS; 2018.
- 115 Moyo Z, Perumal J. Challenges faced by teachers living with HIV. *South Afr J Educ.* 2019;39(1):1-10.
- 116 Casale M, Boyes M, Pantelic M, Toska E, Cluver L. Suicidal thoughts and behaviour among South African adolescents living with HIV: can social support buffer the impact of stigma? *J Affect Disord.* 2019;45:82–90.
- 117 Denison JA, Banda H, Dennis AC, Packer C, Nyambe N, Stalter RM, et al. “The sky is the limit”: adhering to antiretroviral therapy and HIV self-management from the perspectives of adolescents living with HIV and their adult caregivers. *J Int AIDS Soc.* 2015;18:19 358.
- 118 Mackworth-Young CR, Bond V, Wringe A, Konayuma K, Clay S, Chiiya C, et al. “My mother told me that I should not”: a qualitative study exploring the restrictions placed on adolescent girls living with HIV in Zambia. *J Int AIDS Soc.* 2017;20:e25035.
- 119 Stangl A, Bond V, Mackworth-Young CR, Siewwright K, Singh D, Clay S, et al. Transitioning to a healthy adulthood: lessons learned from adolescent girls living with HIV in urban Zambia. Washington, DC: International Center for Research on Women; 2015.
- 120 Mburu G, Ram M, Oxenham D, Haamujompa C, Iorpenda K, Ferguson L. Responding to adolescents living with HIV in Zambia: a social-ecological approach. *Child Youth Serv Rev.* 2014;45:9–17.
- 121 Ferrand R, Lowe S, Whande B, Munaiwa L, Langhaug L, Cowan F, et al. Survey of children accessing HIV services in a high prevalence setting: time for adolescents to count? *Bull World Health Organ.* 2010;88:428–34.
- 122 International technical guidance on sexuality education. Paris: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; 2018.
- 123 Integrated School Health Policy. Cape Town: Governo da África do Sul; 2012.
- 124 Morris JL, Rushwan H. Adolescent sexual and reproductive health: the global challenges. *Int J Gynecol Obstet* 2015;131:S40–42.

- 125 The sexual and reproductive health of young adolescents in developing countries: Reviewing the evidence, identifying research gaps, and moving the agenda. Geneva: Organização Mundial da Saúde; 2011.
- 126 Marfatia Y, Naswa S. Adolescent HIV/AIDS: issues and challenges. *Ind J Sex Transm Dis AIDS*. 2010;31:1.
- 127 Norr KF, Ferrer L, Cianelli R, Crittenden KS, Irrarázabal L, Cabieses B, et al. Peer group intervention for HIV prevention among health workers in Chile. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2012;23:73–86.
- 128 Comprehensive sexuality education. Nova York: Fundo de População das Nações Unidas; 2016.
- 129 Campbell C, Andersen L, Mutsikiwa A, Madanhire C, Nyamukapa C, Gregson S. Can schools support HIV/AIDS-affected children? Exploring the “ethic of care” amongst rural Zimbabwean teachers. *PLoS One*. 2016;11:e0146322.
- 130 Good policy and practice in HIV and health education: booklet 7—gender equality, HIV and education. Paris: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; 2012.
- 131 Grainger C. Understanding disclosure behaviours in HIV-positive young people. *J Infect Prev*. 2017;18(1):35–9.
- 132 Fleming KE. Improving access to education for orphans or vulnerable children affected by HIV/AIDS. Paris: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; 2015.
- 133 Zwicker L, Stemple L. Nine countries’ compliance with international human rights standards for HIV/AIDS prevention. Los Angeles: University of California Los Angeles School of Law New International Human Rights Law Program (<https://law.ucla.edu/~media/Assets/Health%20and%20Human%20Rights/Documents/Nine%20Countries%20Compliance.ashx>).
- 134 Overview: good policy and practice in HIV and AIDS and education—booklet 1. Paris: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; 2008.
- 135 Denison JA, Tsui S, Bratt J, Torpey K, Weaver MA, Kabaso M. Do peer educators make a difference? An evaluation of a youth-led HIV prevention model in Zambian Schools. *Health Educ Res*. 2012;27:237–47.
- 136 Li L, Liang LJ, Lin C, Wu Z. Addressing HIV stigma in protected medical settings. *AIDS Care*. 2015;27(12):1439–42.
- 137 Varas-Díaz N, Neilands TB, Cintrón-Bou F, Marzán-Rodríguez M, Santos-Figueroa A, Santiago-Negrón S, et al. Testing the efficacy of an HIV stigma reduction intervention with medical students in Puerto Rico: the SPACES project. *J Int AIDS Soc*. 2013;16(3S2):18 670.
- 138 Gagnon M. Re-thinking HIV-related stigma in health care settings: a qualitative study. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2015;26:703–19.
- 139 Mahendra VS, Gilborn L, Bharat S, Mudoir R, Gupta I, George B, et al. Understanding and measuring AIDS-related stigma in health care settings: a developing country perspective. *J Soc Asp HIV/AIDS Res Alliance*. 2007;4:616–25.
- 140 Farotimi A, Nwozichi C, Ojediran T. Knowledge, attitude, and practice of HIV/AIDS-related stigma and discrimination reduction among nursing students in southwest Nigeria. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2015;20:705.
- 141 Li L, Lin C, Guan J, Wu Z. Implementing a stigma reduction intervention in healthcare settings. *J Int AIDS Soc*. 2013;16:18 710.
- 142 Technical and programmatic considerations for index testing and partner notification for adolescent girls and young women. Washington, DC: Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional, Plano de Emergência do Presidente dos EUA para Alívio da AIDS e YouthPower; 2019.
- 143 Choi JY. HIV stigmatization harms individuals and public health. *Infect Chemother*. 2014;46:139.
- 144 Key barriers to women’s access to HIV treatment: a global review. Nova York: ONU Mulheres; 2017.
- 145 Mosime W, Oberth G, Baptiste S, Maouan A, Garcia P, Taro T, et al. Understanding gaps in the HIV treatment cascade in 11 west African countries: findings from the regional community treatment observatory. Presented at the 10th IAS Conference on HIV Science, Mexico City, July 2019.
- 146 Li L, Wu Z, Liang L-J, Lin C, Guan J, Jia M, et al. Reducing HIV-related stigma in health care settings: a randomized controlled trial in China. *Am J Publ. Health*. 2013;103:286–92.

- 147 Reducing stigma to improve engagement in HIV care among men who have sex with men. Mumbai: Humsafar Trust, International Center for Research on Women, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento e STRIVE; 2013.
- 148 Thailand scaling up initiative to end HIV-related stigma. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS; 2016.
- 149 Yiu JW, Mak WWS, Ho WS, Chui YY. Effectiveness of a knowledge-contact program in improving nursing students' attitudes and emotional competence in serving people living with HIV/AIDS. *Soc Sci Med*. 2010;71:38–44.
- 150 Still not welcome: HIV-related travel restrictions. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS e Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; 2019.
- 151 Risks, rights and health. Nova York: Comissão Global sobre o HIV e o Direito; 2012.
- 152 Shannon K. Violence, condom negotiation, and HIV/STI risk among sex workers. *JAMA*. 2010;304:573.
- 153 Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM, Duff P, Mwangi P, Rusakova M, et al. Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. *Lancet*. 2015;385:55–71.
- 154 Borquez A, Beletsky L, Nosyk B, Strathdee SA, Madrazo A, Abramovitz D, et al. The effect of public health-oriented drug law reform on HIV incidence in people who inject drugs in Tijuana, Mexico: an epidemic modelling study. *Lancet Publ Health*. 2018;3(9):E429–37.
- 155 Stannah J, Dale E, Elmes J, Staunton R, Beyrer C, Mitchell KM, et al. HIV testing and engagement with the HIV treatment cascade among men who have sex with men in Africa: a systematic review and meta-analysis. *Lancet HIV*. 2019;6(11):E769–87.
- 156 Barroso J, Relf MV, Williams MS, Arscott J, Moore ED, Caiola C, et al. A randomized controlled trial of the efficacy of a stigma reduction intervention for HIV-infected women in the deep south. *AIDS Patient Care STDS*. 2014;28(9):489–98.
- 157 People living with HIV stigma index: Asia Pacific regional analysis. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS; 2011.
- 158 Redress at 10: an analysis of addressing HIV-related discrimination in Jamaica. Washington, DC: Health Policy Plus; 2017.
- 159 Eliminating discrimination in health care: stepping stone towards ending the AIDS epidemic. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS; 2016.
- 160 Maluwa M, Aggleton P, Parker R. HIV- and AIDS-related stigma, discrimination, and human rights: a critical overview. *Health Hum Rights*. 2002;6:1.
- 161 Compendium of cases by the Luo Council of Elders. Nairóbi: KELIN; 2017.
- 162 Beletsky L, Thomas R, Smelyanskaya M, Artamonova I, Shumskaya N, Dooronbekova A, et al. Policy reform to shift the health and human rights environment for vulnerable groups: the case of Kyrgyzstan's instruction 417. *Health Hum Rights*. 2012;14(2):34–8.
- 163 International Drug Policy Consortium. Submission to the Global Commission on HIV and the Law—Asia Pacific Regional Dialogue. 2011; doi.org/10.2139/ssrn.1908915.
- 164 Gruskin S, Safreed-Harmon K, Ezer T, Gathumbi A, Cohen J, Kameri-Mbote P. Access to justice: evaluating law, health and human rights programmes in Kenya. *J Int AIDS Soc*. 2013;16(3S2):18 726.
- 165 Lowicki-Zucca M, Spiegel PB, Kelly S, Dehne K-L, Walker N, Ghys PD. Estimates of HIV burden in emergencies. *Sex Transm Infect*. 2008;84(Suppl. 1):i42–8.
- 166 Relatório anual de 2017. Genebra: Escritório das Nações Unidas para a Coordenação de Assuntos Humanitários; 2017.
- 167 Humanitarian emergencies, armed conflict and the HIV response. Brighton: Avert; 2017.
- 168 HIV in humanitarian emergencies information note. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS; 2015.

- 169 Universal health coverage (UHC). Geneva: Organização Mundial da Saúde; 2019.
- 170 Taylor L. Over 17 million women and girls collect water in Africa, at risk of rape and disease. Reuters, 1 June 2016.
- 171 Puechguirbal N. Women and war in the Democratic Republic of the Congo. *Signs J Women Cult Soc.* 2003;28(4):1271–81.
172. On the frontline: catalyzing women’s leadership in humanitarian action. Joanesburgo: ActionAid; 2016.
- 173 Checklist on preventing and addressing conflict-related sexual violence against men and boys. Liechtenstein: All Survivors Project (<https://allsurvivorsproject.org/wp-content/uploads/2019/12/Checklist-English.pdf>).
- 174 Oser R, Ojikutu B, Odex W, Ogunlayi M, Ntumba J. HIV treatment in complex emergencies. Arlington, VA: Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional; 2012.
- 175 Triple threat: update. Toronto: International Council of AIDS Service Organisations and Acción Ciudadana en SIDA; 2019.
- 176 Guidelines for addressing HIV in humanitarian settings. Geneva: Comitê Permanente Interagências; 2010.
- 177 Spiegel PB. HIV/AIDS among conflict-affected and displaced populations: dispelling myths and taking action. *Disasters.* 2004;28(3):322-39.
- 178 The gap report 2014: displaced persons. Geneva: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS; 2014.
- 179 Mobula ML, Brown CA, Burnham G, Phelps BR. Need for reinforced strategies to support delivery of HIV clinical services during the Ebola outbreak in Guinea, Liberia, and Sierra Leone. *Disaster Med Publ Health Prep.* 2015;9(5):522-6.
- 180 The global database: regulations on entry, stay, and residence for people living with HIV. The Global Database on HIV related travel restrictions (<https://www.hivtravel.org/Default.aspx?PagelD=143&Mode=list&StatelD=4>).
- 181 Genovese S. Prosecuting UN Peacekeepers for sexual and gender-based violence in the Central African Republic. *Brooklyn J Int Law.* 2017;43.
- 182 Kirschner S, Miller A. Does peacekeeping really bring peace? Peacekeepers and combatant-perpetrated sexual violence in civil Wars. *J Conflict Resolut.* 2019;63(9):2043–70.
- 183 Reiz N, O’Lear S. Spaces of violence and (in)justice in Haiti: a critical legal geography perspective on rape, UN peacekeeping, and the United Nations Status of Forces Agreement. *Territ Polit Gov.* 2016;4(4):453–71.
- 184 Civil society and WFP increasing food security in Ukraine. Geneva: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS; 2017.
- 185 Leaver CA, Bargh G, Dunn JR, Hwang SW. The effects of housing status on health-related outcomes in people living with HIV: a systematic review of the literature. *AIDS Behav.* 2007;11:85–100.
- 186 Remarks by Devanand Milton, President of Guyana Trans United (GTU) on the occasion of the SASOD Community Paralegal Services Initiative Launch. 2017 (<https://pancap.org/pancap-releases/remarks-by-devanand-milton-president-of-guyana-trans-united-gtu/>).
- 187 Nguyen QL, Phan TV, Tran BX, Nguyen LH, Ngo C, Phan HT, et al. Health insurance for patients with HIV/AIDS in Vietnam: coverage and barriers. *BMC Health Serv Res.* 2017;17:519.
- 188 HIV, stigma and discrimination: your rights with insurance companies. Londres: NAM; 2018.
- 189 Gaigbe-Togbe V, Weinberger MB. The social and economic implications of HIV/AIDS. *Etude la Popul Afr.* 2004;19(B).
- 190 Grossman CI, Stangl AL. Global action to reduce HIV stigma and discrimination. *J Int AIDS Soc.* 2013;16(3S2):18 881.
- 191 What we do: HIV and AIDS. Geneva: ONU Mulheres.
- 192 Key barriers to women’s access to HIV treatment: a global review. Nova York: ONU Mulheres; 2017 (<https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2017/12/key-barriers-to-womens-access-to-hiv-treatment>).

- 193 Escritório do Alto Comissário das Nações Unidas para os Direitos Humanos, ONU Mulheres, Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Fundo de População das Nações Unidas, Fundo das Nações Unidas para a Infância. Organização Mundial da Saúde. Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization: an interagency statement. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2014 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201405_sterilization_en.pdf).
- 194 Gupta GR. Gender, Sexuality, and HIV/AIDS: the what, the why, and the how—Plenary Address to the XIIth International AIDS Conference, Durban, South Africa, 9-14 July 2000.
- 195 Miller CT, Grover KW, Bunn JY, Solomon SE. Community norms about suppression of AIDS-related prejudice and perceptions of stigma by people with HIV or AIDS. *Psychol Sci.* 2011;22(5):579–83.
- 196 Chalk S. HIV and stigma: the media challenge. Londres: International Planned Parenthood Federation; 2014.
- 197 Rights-based monitoring and evaluation of national HIV responses. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS; 2019.
- 198 Merson M, Inrig S. The AIDS pandemic: searching for a global response. Cham: Springer; 2017.

Anexo 1 Intervenções para reduzir estigma e discriminação relacionados ao HIV em contextos de comunidade

Referência	País	População de estudo	Intervenção	Duração	Resultados
Apinudecha et al., 2007 (1)	Tailândia	Pessoas vivendo com HIV Cuidadores(as) Lideranças comunitárias	Desenvolvimento de habilidades, contato, estrutural	8 meses	Melhor conhecimento. Redução de estigma.
Boulay et al., 2008 (2)	Gana	Membros da comunidade	Com base em informações, desenvolvimento de habilidades	2 meses	Melhora nas atitudes e na disposição de cuidar de um parente vivendo com HIV.
Rimal and Creel, 2008 (3)	Malawi	Membros da comunidade	Com base em informações, contato	2 anos	O estigma diminuiu apenas para pessoas com alta eficácia. Nenhuma mudança para pessoas com baixa eficácia.
Nyblade et al., 2008 (4)	Vietnã	Membros da comunidade	Com base em informações, desenvolvimento de habilidades, contato, estrutural	20 meses	Melhora na conscientização e nas atitudes. Redução do medo e de comportamentos discriminatórios.
Fakolade et al., 2010 (5)	Nigéria	Membros da comunidade	Com base em informações, contato	4 anos	Melhores atitudes.
Young et al., 2010 (6)	Peru	Membros da comunidade	Com base em informações, desenvolvimento de habilidades	2 anos	O estigma diminuiu para os homens, mas não para as mulheres socialmente marginalizadas.
Adam et al., 2011 (7)	Canadense, baseado na Web	Homens que fazem sexo com homens	Com base em informações	4 meses	Melhora nas atitudes e no conhecimento. Redução de comportamentos discriminatórios.
Nambiar et al., 2011 (8)	Índia	Pessoas vivendo com HIV	Com base em informações	14 dias	Redução de estigma visível. Nenhuma alteração no estigma percebido ou relacionado à relevância do estado sorológico.
Tshabalala and Visser, 2011 (9)	África do Sul	Mulheres vivendo com HIV	Com base em informações, desenvolvimento de habilidades	8 sessões	Estigma internalizado diminuído. Nenhuma alteração no estigma visível.
Nuwaha et al., 2012 (10)	Uganda	Membros da comunidade	Com base em informações, aconselhamento, biomédica	2 anos	Melhora nas atitudes em relação a pessoas vivendo com HIV, nas opiniões e práticas de revelação do estado sorológico, bem como nos comportamentos pessoais de risco. Aumento da probabilidade de testagem de HIV.
Rao et al., 2012 (11)	Estados Unidos	Mulheres vivendo com HIV	Com base em informações, desenvolvimento de habilidades, aconselhamento, contato	2 dias	Redução de estigma internalizado.
Smith Fawzi et al., 2012 (12)	Haiti	Jovens vivendo com HIV e seus cuidadores	Com base em informações, desenvolvimento de habilidades	1 ano	Melhora no apoio social e redução nos distúrbios psicológicos da população do estudo. Redução de estigma entre cuidadores.
Catalani et al., 2013 (13)	Índia	Mulheres profissionais do sexo Homens que fazem sexo com homens Jovens adultas casadas Homens casados	Com base em informações	1h30min	Redução de julgamento negativo em relação a pessoas vivendo com HIV e do medo de contrair o HIV por contato casual.

Jain et al., 2013 (14)	Tailândia	Membros da comunidade	Com base em informações, contato	1 ano	Melhora no conhecimento sobre a transmissão do HIV. Redução do medo de HIV. Redução de estigma internalizado.
Jürgensen et al., 2013 (15)	Zâmbia	Membros da comunidade	Com base em informações, contato	4 anos	Redução do estigma. Melhora nas atitudes. Nenhuma alteração no estigma percebido.
Low et al., 2013 (16)	Quênia	Indivíduos Lideranças comunitárias	Aconselhamento e apoio, biomédica	18 meses	Redução de estigma entre Lideranças comunitárias.
Lakshmi and Sampathkumar, 2013 (17)	Índia	Pessoas vivendo com HIV	Com base em informações, desenvolvimento de habilidades, aconselhamento	Seis sessões de 1 hora	Melhora nas atitudes.
Mall et al., 2013 (18)	África do Sul	Membros da comunidade	Com base em informações, desenvolvimento de habilidades, biomédica	2 anos	Melhora no conhecimento, nas atitudes e nos comportamentos. Aumento da realização de testes de HIV.
Nyamanthi et al., 2013 (19)	Índia	Mulheres vivendo com HIV	Desenvolvimento de habilidades, aconselhamento	Seis sessões de 45 minutos	Redução de estigma interno e do comportamento de esquivamento com relação ao enfrentamento.
Barroso et al., 2014 (20)	Estados Unidos	Mulheres vivendo com HIV	Com base em informações e desenvolvimento de habilidades por meio de vídeo e uso de diário	4 semanas	Redução de estigma interno e estereótipos. Melhora na autoestima, na autoeficácia quanto ao enfrentamento e nas relações sociais.
Rivera et al., 2014 (21)	Estados Unidos	Pessoas que injetam drogas Pessoas que têm cobertura insuficiente do plano de saúde ou que não têm plano de saúde	Com base em informações	1 apresentação	Redução no sentimento de culpa e de vergonha por contrair o HIV.
Elamin et al., 2015 (22)	Sudão	Pessoas vivendo com HIV	Com base em informações	6 meses	Melhora no conhecimento sobre HIV. Redução completa de percepções negativas da AIDS como um problema de saúde.
Rios-Ellis et al., 2015 (23)	Estados Unidos	Membros da comunidade (comunidade latina carente)	Com base em informações	Uma sessão de 60 a 90 minutos	Redução do estigma relacionado ao HIV. Melhora no conhecimento, aumento da disposição de fazer o teste e melhora na compreensão do risco de contrair o HIV.
Bhatta and Liabsuetrakul, 2016 (24)	Nepal	Pessoas vivendo com HIV e sob terapia antirretroviral	Com base em informações, aconselhamento e apoio, contato	Seis sessões de 1h30min	Redução do estigma. Melhora nos sentimentos de empoderamento, apoio social e qualidade de vida.
Chidrawi et al., 2016 (25)	África do Sul	Pessoas vivendo com HIV e seus familiares, parceiros(as), amigos(as), membros da comunidade e lideranças espirituais	Com base em informações, aconselhamento e apoio, contato	5 meses	Redução de vivências de estigma relacionado ao HIV para pessoas vivendo com o vírus. Melhora no comportamento das pessoas que vivem próximas às pessoas vivendo com HIV com relação à condição destas.
Payne-Foster et al., 2017 (26)	Estados Unidos	Membros da comunidade (igreja)	Com base em informações	Oito módulos de uma hora	Redução de estigma no âmbito individual.
Li et al., 2017 (27)	Canadá	Pessoas vivendo com HIV Líderes etnorraciais de comunidades diaspóricas racializadas	Com base em informações, contato, aprendizagem colaborativa	12 meses	Redução do estigma relacionado ao HIV, aumento da disposição de "agir em prol de uma mudança social positiva".
France et al., 2019, (28)	Zimbabuê	Pessoas vivendo com HIV	Com base em informações, aconselhamento e apoio	12 semanas	Redução de autoestigma e depressão.

1. Apinundecha C, Laohasiriwong W, Cameron MP, Lim S. A community participation intervention to reduce HIV/AIDS stigma, Nakhon Ratchasima province, northeast Thailand. *AIDS Care*. 2007;19:1157–65.
2. Boulay M, Tweedie I, Fiagbey E. The effectiveness of a national communication campaign using religious leaders to reduce HIV-related stigma in Ghana. *Afr J AIDS Res*. 2008;7(1):133–41.
3. Rimal RN, Creel AH. Applying social marketing principles to understand the effects of the Radio Diaries program in reducing HIV/AIDS stigma in Malawi. *Health Mark Q*. 2008;25:119–46.
4. Nyblade L, Hong KT, Anh NV, Ogden J, Jain A, Stangl A. Communities confront HIV stigma in Viet Nam: participatory interventions reduce HIV-related stigma in two provinces. Washington, DC: International Center for Research on Women and Institute for Social and Development Studies; 2008.
5. Fakolade R, Adebayo SB, Anyanti J, Ankomah A. The impact of exposure to mass media campaigns and social support on levels and trends of HIV-related stigma and discrimination in Nigeria: tools for enhancing effective HIV prevention programmes. *J Biosoc Sci*. 2010;42(3):395–407.
6. Young SD, Konda K, Caceres C, Galea J, Sung-Jae L, Salazar X, et al. Effect of a community popular opinion leader HIV/STI intervention on stigma in urban, coastal Peru. *AIDS Behav*. 2011;15:930–37.
7. Adam BD, Murray J, Ross S, Oliver J, Lincoln SG, Rynard V. Hivstigma.com, an innovative web-supported stigma reduction intervention for gay and bisexual men. *Health Educ Res*. 2011;26:795–807.
8. Nambiar D, Ramakrishnan V, Kumar P, Varma R, Balaji N, Rajendran J, et al. Knowledge, stigma, and behavioral outcomes among antiretroviral therapy patients exposed to Nalamdana's radio and theater program in Tamil Nadu, India. *AIDS Educ Prev*. 2011;23(4):351–66.
9. Tshabalala J, Visser M. Developing a cognitive behavioural therapy model to assist women to deal with HIV and stigma. *South Afr J Psychol*. 2011;41(1):17–28.
10. Nuwaha F, Kasasa S, Wana G, Muganzi E, Tumwesigye E. Effect of home-based HIV counselling and testing on stigma and risky sexual behaviours: Serial cross-sectional studies in Uganda. *J Int AIDS Soc*. 2012;15(2):17–423.
11. Rao D, Desmond M, Andrasik M, Rasberry T, Lambert N, Cohn SE, et al. Feasibility, acceptability, and preliminary efficacy of the unity workshop: an internalized stigma reduction intervention for African American women living with HIV. *AIDS Patient Care STDS*. 2012;26:614–20.
12. Smith Fawzi MC, Eustache E, Oswald C, Louis E, Surkan PJ, Scanlan F, et al. Psychosocial support intervention for HIV-affected families in Haiti: Implications for programs and policies for orphans and vulnerable children. *Soc Sci Med*. 2012;74(10):1494–503.
13. Catalani C, Castaneda D, Spielberg F. Development and assessment of traditional and innovative media to reduce individual HIV/AIDS-related stigma attitudes and beliefs in India. *Front Public Health*. 2013;1:21.
14. Jain A, Nuankaew R, Mongkholwiboolphol N, Banpabuth A, Tuvinnun R, Oranop Na Ayuthaya P, et al. Community-based interventions that work to reduce HIV stigma and discrimination: results of an evaluation study in Thailand. *J Int AIDS Soc*. 2013;16(3 Suppl. 2):18–711.
15. Jürgensen M, Sandøy IF, Michelo C, Fylkesnes K. Effects of home-based voluntary counselling and testing on HIV-related stigma: findings from a cluster-randomized trial in Zambia. *Soc Sci Med*. 2013;81:18–25.
16. Low C, Pop-Eleches C, Rono W, Plous E, Kirk A, Ndege S, et al. The effects of home-based HIV counseling and testing on HIV/AIDS stigma among individuals and community leaders in western Kenya: evidence from a cluster-randomized trial 1,2. *AIDS Care*. 2013;25:S97–107.
17. Lakshmi MG, Sampathkumar A. Impact of psycho-education on stigma in people living with HIV/AIDS. *Int J Soc Sci Tomorrow* 2013;2:1–10.
18. Mall S, Middelkoop K, Mark D, Wood R, Bekker L-G. Changing patterns in HIV/AIDS stigma and uptake of voluntary counselling and testing services: the results of two consecutive community surveys conducted in the Western Cape, South Africa. *AIDS Care*. 2013;25:194–201.
19. Nyamathi A, Ekstrand M, Salem BE, Sinha S, Ganguly KK, Leake B. Impact of Asha intervention on stigma among rural Indian women with AIDS. *West J Nurs Res*. 2013;35(7):867–83.

20. Barroso J, Relf MV, Williams MS, Arscott J, Moore ED, Caiola C, et al. A randomized controlled trial of the efficacy of a stigma reduction intervention for HIV-infected women in the deep south. *AIDS Patient Care STDS*. 2014;28(9):489-98.
21. Rivera AV, DeCuir J, Crawford ND, Amesty S, Harripersaud K, Lewis CF. Factors associated with HIV stigma and the impact of a nonrandomized multi-component video aimed at reducing HIV stigma among a high-risk population in New York City. *AIDS Care*. 2015;27(6):772-6.
22. Elamin MO, Ahmed HRM, Ali FF. Effect of innovative intervention in eliminating stigma and discrimination among people living with AIDS in Khartoum state, Sudan 2013. *Eur Sci J*. 2015;11:15.
23. Rios-Ellis B, Becker D, Espinoza L, Nguyen-Rodriguez S, Diaz G, Carricchi A, et al. Evaluation of a community health worker intervention to reduce HIV/AIDS stigma and increase HIV testing among underserved latinos in the southwestern U.S. *Publ Health Rep*. 2015;130(5):458-67.
24. Bhatta DN, Liabsuetrakul T. Efficacy of a social self-value empowerment intervention to improve quality of life of HIV infected people receiving antiretroviral treatment in Nepal: a randomized controlled trial. *AIDS Behav*. 2017;21:1620-31.
25. Chidrawi HC, Greeff M, Temane QM, Doak CM. HIV stigma experiences and stigmatisation before and after an intervention. *Health SA Gesondheid*. 2016;21:196-205.
26. Payne-Foster P, Bradley ELP, Aduloju-Ajijola N, Yang X, Gaul Z, Parton J, et al. Testing our FAITHH: HIV stigma and knowledge after a faith-based HIV stigma reduction intervention in the Rural South. *AIDS Care*. 2018;30(2):232-9.
27. Li ATW, Fung KPL, Maticka-Tyndale E, Wong JPH. Effects of HIV stigma reduction interventions in diasporic communities: insights from the CHAMP study. *AIDS Care*. 2018;30(6):739-45.
28. France NF, Macdonald SHF, Conroy RR, Chiroro P, Cheallaigh DN, Nyamucheta M, et al. "We are the change": an innovative community-based response to address self-stigma—a pilot study focusing on people living with HIV in Zimbabwe. *PLoS One*. 2019;14(2):e0213465.

Anexo 2 Intervenções para reduzir estigma e discriminação relacionados ao HIV em contextos de local de trabalho

Referência	País	População de estudo	Intervenção	Duração	Resultados
Richter et al., 2012 (1)	Angola, Camarões, Chade, Costa do Marfim, Guiné Equatorial, Quênia, Nigéria	Profissionais em contextos de local de trabalho	Com base em informações, desenvolvimento de habilidades	15 sessões semanais em grupo por 12 a 18 meses	Melhora nas atitudes e maior conhecimento sobre HIV e estigma e discriminação relacionados ao HIV.
Poteat et al., 2017 (2)	38 países	2.825 participantes, incluindo funcionários(as) e implementadores(as) de programas do Plano de Emergência do Presidente dos EUA para Alívio da AIDS, funcionários(as) do governo dos Estados Unidos e partes interessadas locais	Com base em informações, desenvolvimento de habilidades, contato	Treinamento de 1 dia	Melhora nas atitudes em relação a pessoas vindas de minorias de gênero e minorias sexuais. Aumento da autoeficácia de agir de modo a reduzir estigma e discriminação. Aumento no conhecimento das organizações que apoiam a saúde e dos direitos humanos de minorias de gênero e de minorias sexuais no país.

Plano de Emergência do Presidente dos EUA para Alívio da AIDS (PEPFAR, United States President's Emergency Plan for AIDS Relief).

1. Richter K, Phillips SC, McInnis AM, Rice DA. Effectiveness of a multi-country workplace intervention in sub-Saharan Africa. *AIDS Care*. 2012;24:180–85.
2. Poteat T, Park C, Solares D, Williams JK, Wolf RC, Metheny N, et al. Changing hearts and minds: results from a multi-country gender and sexual diversity training. *PLoS One*. 2017;12(9):e0184484.

Anexo 3 Intervenções para reduzir estigma e discriminação relacionados ao HIV em contextos de educação

Referência	País	População de estudo	Intervenção	Duração	Resultados
Paxton, 2002 (1)	Austrália	Estudantes (ensino médio)	Contato	12 conversas; acompanhamento de 3 meses	Melhora nas atitudes (notou-se uma diminuição dessa melhoria no acompanhamento)
Lau et al., 2005 (2)	China, Região Administrativa Especial de Hong Kong	Estudantes (9º a 10º ano)	Com base em informações, contato	2 semanas	Melhora no conhecimento. Redução de atitudes discriminatórias em relação a e percepções negativas de pessoas vivendo com HIV.
Deutsch, 2007 (3)	Estados Unidos	Estudantes (universidade)	Com base em informações, vídeo de desenvolvimento de habilidades		Melhora nas atitudes. Redução do estigma.
Norr et al., 2007 (4)	Malawi	Educadores(as)	Com base em informações, desenvolvimento de habilidades, uso de grupos de pares	Seis sessões de 2 horas	Melhora no conhecimento, nas atitudes e na autoeficácia, na intenção de mudança e no comportamento pessoal com relação ao risco de contrair o HIV. Algumas medidas de estigmatização permaneceram inalteradas.
Bell et al., 2008 (5)	África do Sul	Estudantes (ensino fundamental) Cuidadores	Desenvolvimento de habilidades	Dez sessões de 90 minutos	Melhora no conhecimento e na redução de estigma entre Estudantes.
Bekele and Ali, 2008 (6)	Etiópia	Estudantes (ensino médio)	Com base em informações, desenvolvimento de habilidades	8 horas	Redução do estigma.
Sorcar, 2009 (7)	Índia	Estudantes (ensino médio e colégio)	Com base em informações	3 fases, 1 ano	Melhora na conscientização e nas atitudes. Redução do medo. Aumento da probabilidade de a pessoa procurar independentemente informações relacionadas ao HIV.
Brown, 2009 (8)	África do Sul	Estudantes (universidade)	Com base em informações, contato	3 semanas	Melhora nas atitudes em relação a pessoas vivendo com HIV. Aumento no interesse de aprender mais sobre o HIV e na disposição de apoiar pessoas vivendo com HIV, quando necessário.
Chao et al., 2010 (9)	África do Sul	Educadoras	Com base em informações, desenvolvimento de habilidades, contato, aconselhamento	Curso interativo por computador ou uma oficina de cuidados e apoio com duração de 2 dias	Redução das atitudes estigmatizantes. Melhora no conhecimento.
Li et al., 2011 (10)	China	Estudantes (ensino médio)	Com base em informações	Oito sessões de 90 minutos	Melhora no conhecimento. Redução de atitudes estigmatizantes.
Denison et al., 2012 (11)	Zâmbia	Estudantes (8º a 9º ano)	Com base em informações, desenvolvimento de habilidades	1 mês	Melhora no conhecimento, nas atitudes e na autoeficácia e no comportamento pessoal com relação ao risco.
Harper et al., 2014 (12)	Estados Unidos	Jovens (de 16 a 24 anos) recentemente diagnosticados com HIV ¹	Com base em informações, desenvolvimento de habilidades, aconselhamento e apoio	Duas sessões individuais e nove sessões semanais em grupo de duas horas; acompanhamento de 3 meses	Melhora no estigma personalizado, nas preocupações relativas à revelação do estado sorológico e na autoimagem após a intervenção. Nenhuma mudança positiva referente a atitudes públicas. A análise específica de gênero mostra resultados positivos para jovens adultos do sexo masculino após a intervenção e no acompanhamento.
Kerr et al., 2015 (13)	Estados Unidos	Adolescentes afroamericanos(as)	Com base em informações	12 meses	Melhora no conhecimento sobre HIV. Redução do estigma.

¹ 60% dos participantes do estudo estavam matriculados em escolas.

1. Paxton S. The impact of utilizing HIV-positive speakers in AIDS education. *AIDS Educ Prev.* 2002;14:282–94.
2. Lau JT, Tsui HY, Chan K. Reducing discriminatory attitudes toward people living with HIV/AIDS (PLWHA) in Hong Kong: an intervention study using an integrated knowledge-based PLWHA participation and cognitive approach. *AIDS Care.* 2005; 17:85–101.
3. Deutsch H. Reducing HIV stigma: a common group identity perspective. Honours project. Bloomington, IL: Illinois Wesleyan University; 2007.
4. 127 Norr KF, Ferrer L, Cianelli R, Crittenden KS, Irarrázabal L, Cabieses B, et al. Peer group intervention for HIV prevention among health workers in Chile. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 2012;23:73–86.
5. Bell CC, Gibbons RT, Amatya AP, Bhana AN, Petersen IE, McKay MM, et al. Building protective factors to offset sexually risky behaviors among black youths: a randomized control trial. *J Natl Med Assoc.* 2008;100:936–44.
6. Bekele A, Ali A. Effectiveness of IEC interventions in reducing HIV/AIDS related stigma among high school adolescents in Hawassa, Southern Ethiopia. *Ethiop J Health Dev.* 2008;22:232–42.
7. Sorcar P. Teaching taboo topics without talking about them: an epistemic study of a new approach to HIV/AIDS prevention education in India. Ann, Arbor, MI: ProQuest Information & Learning; 2009.
8. Brown DC. Reducing HIV and AIDS stigma among university students in South Africa. Ann Arbor, MI: ProQuest Information & Learning; 2009.
9. Chao L-W, Gow J, Akintola G, Pauly M. HIV/AIDS stigma attitudes among educators in KwaZulu-Natal, South Africa. *J Sch Health.* 2010;80:561–9.
10. Li X, Zhang L, Mao R, Zhao Q, Stanton B. Effect of social cognitive theory-based HIV education prevention program among high school students in Nanjing, China. *Health Educ Res.* 2011;26:419–31.
11. Denison JA, Tsui S, Bratt J, Torpey K, Weaver MA, Kabaso M. Do peer educators make a difference? An evaluation of a youth-led HIV prevention model in Zambian Schools. *Health Educ Res.* 2012;27:237–47.
12. Harper GW, Lemos D, Hosek SG. Stigma reduction in adolescents and young adults newly diagnosed with HIV: findings from the project ACCEPT intervention. *AIDS Patient Care STDS.* 2014;28:543–54.
13. Kerr JC, Valois RF, DiClemente RJ, Carey MP, Stanton B, Romer D, et al. The effects of a mass media HIV-risk reduction strategy on HIV-related stigma and knowledge among African American adolescents. *AIDS Patient Care STDS.* 2015;29:150–56.

Anexo 4 Intervenções para reduzir estigma e discriminação relacionados ao HIV em contextos de assistência à saúde

Referência	País	População de estudo	Intervenção	Duração	Resultados
Ezedinachi, 2002 (1)	Nigéria	Pessoal de saúde	Com base em informações, desenvolvimento de habilidades	30 oficinas; acompanhamento de 1 ano	Melhora nas atitudes. Redução do medo. Melhora na compreensão dos direitos de pessoas vivendo com HIV. Melhora no clima no tratamento.
Al-Mazrou et al., 2005 (2)	Arábia Saudita	Estudantes (paramédicos/as)	Com base em informações	1 ano	Melhora na conscientização e nas atitudes. Aumento da preferência por confidencialidade
Williams et al., 2006 (3)	China	Enfermeiros(as)	Com base em informações, desenvolvimento de habilidades	Treinamento de 5 dias	Melhora no conhecimento e nas atitudes em relação a pessoas vivendo com HIV e na disposição de tratar essas pessoas.
Pisal et al., 2007 (4)	Índia	Enfermeiros	Com base em informações, desenvolvimento de habilidades, contato	4 dias	Melhora no conhecimento. Redução de medo e estigma (exceto para conforto com limpeza de fezes e urina de pessoas vivendo com HIV).
Khuat Thi Hai et al., 2008 (5)	Vietnã	Pessoal de saúde	Com base em informações, desenvolvimento de habilidades, contato, estrutural	Oficina de 1 dia, treinamento de 1 dia e meio (grupo A), treinamento de 2 dias (grupo B)	Redução do estigma baseado em medo e valor. Redução de comportamentos e práticas discriminatórios.
Wu et al., 2008 (6)	China	Profissionais de saúde	Com base em informações, desenvolvimento de habilidades	Sessão de 4 horas; acompanhamento de 3 e 6 meses	Melhora na conscientização e nas atitudes. Aumento da probabilidade de proteção da confidencialidade e dos direitos dos pacientes.
Kaponda et al., 2009 (7)	Malawi	Pessoal de saúde	Com base em informações, desenvolvimento de habilidades		Melhora na conscientização e nas atitudes. Redução do estigma. Aumento da autoeficácia.
Uys et al., 2009 (8)	Lesoto, Malawi, África do Sul, Suazilândia, República Unida da Tanzânia	Enfermeiros(as) do estabelecimento de saúde, enfermeiros(as) da equipe, pessoas vivendo com HIV	Com base em informações, desenvolvimento de habilidades, contato	5 dias, 10 oficinas	Redução de estigma visível. Aumento da autoestima entre as pessoas vivendo com HIV. Nenhuma redução no estigma vivenciado. Melhora nos comportamentos pessoais com relação à testagem de HIV entre enfermeiros(as).
Wang et al., 2009 (9)	China	Médicos(as)	Desenvolvimento de habilidades	Programa de treinamento de 10 dias sobre conhecimentos relacionados ao HIV e aconselhamento em redução de risco.	Melhora no conhecimento. Redução do estigma.
Yu et al., 2010 (10)	China, Região Administrativa Especial de Hong Kong	Estudantes (enfermagem)	Com base em informações, contato	Palestra de 50 minutos, acompanhamento de 6 semanas	Melhora no conhecimento e na disposição de tratamento. Redução de atitudes estigmatizantes e do medo de infecção.
Neema et al., 2012 (11)	Uganda	Pessoas procurando serviços relacionados ao HIV	Desenvolvimento de habilidades	18 meses	Redução do autoestigma. Melhora no conhecimento, na autoestima e na comunicação.
Norr et al., 2012 (12)	Chile	Pessoal de saúde	Intervenção de grupos de pares com base em informações	8 sessões, acompanhamento de 3 meses	Melhora no conhecimento, nas atitudes e nos comportamentos pessoais com relação ao risco de contrair o HIV.
Li et al., 2013 (13)	China	Profissionais de saúde	Com base em informações, desenvolvimento de habilidades, estrutural	14 meses	Redução de atitudes e comportamentos estigmatizantes. Aumento do apoio institucional no hospital.
Li et al., 2013 (14)	China	Profissionais de saúde	Com base em informações, desenvolvimento de habilidades	4 sessões semanais em grupo por 1 mês	Melhora nas atitudes e nos comportamentos em relação a pessoas vivendo com HIV.
Arora et al., 2014 (15)	Índia	Estudantes de enfermagem	Com base em informações, desenvolvimento de habilidades	5 dias	Melhora na compreensão sobre HIV e AIDS. Melhora nas opiniões em relação ao HIV e à AIDS.

Li et al., 2015 (16)	China	Pessoal de saúde	Com base em informações, desenvolvimento de habilidades, estrutural	12 meses	Melhora nas atitudes e nos comportamentos (adesão ao protocolo universal de precaução).
Pulerwitz et al., 2015 (17)	Vietnã	Pessoal de saúde	Com base em informações, desenvolvimento de habilidades, estrutural, contato	6 meses	Redução de atitudes estigmatizantes e de comportamentos discriminatórios.
Lohiniva et al., 2016 (18)	Egito	Pessoal de saúde	Com base em informações, desenvolvimento de habilidades, contato	4 meses	Redução de estigma baseado em valor e medo.
Batey et al., 2016 (19)	Estados Unidos	Pessoal de saúde Pessoas vivendo com HIV	Com base em informações, desenvolvimento de habilidades, contato	Oficina de 1 dia e meio (12 horas no total)	Aumento da conscientização com relação ao estigma entre o pessoal de saúde. Diminuição da preocupação entre as pessoas vivendo com HIV.
Geibel et al., 2016 (20)	Bangladesh	Profissionais de saúde	Com base em informações, desenvolvimento de habilidades	Três sessões de 90 minutos	Redução de atitudes estigmatizantes. Melhora na vivência de pessoas jovens.

1. Ezedinachi E. The impact of an intervention to change health workers' HIV/AIDS attitudes and knowledge in Nigeria a controlled trial. *Publ Health.* 2002;116:106–12.
2. Al-Mazrou YY, Abouzeid MS, Al-Jeffri MH. Impact of health education on knowledge and attitudes of Saudi paramedical students toward HIV/AIDS. *Saudi Med J.* 2005;26:1788–95.
3. Williams AB, Wang H, Burgess J, Wu C, Gong Y. Effectiveness of an HIV/AIDS educational programme for Chinese nurses. *J Adv Nurs.* 2006;53:710–20.
4. Pisal H, Sutar S, Sastry J, Kapadia-Kundu N, Joshi A, Joshi M, et al. Nurses' health education program in India Increases HIV Knowledge and Reduces Fear. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 2007;18(6):32–43.
5. Khuat TO, Ashburn K, Pulerwitz J, Ogden J, Nyblade L. Improving hospital- based quality of care in Vietnam by reducing HIV-related stigma and discrimination, a Horizons final report. Washington, DC: Population Council; 2008.
6. Wu S, Li L, Wu Z, Liang L-J, Cao H, Yan Z, et al. A brief HIV stigma reduction intervention for service providers in China. *AIDS Patient Care STDS.* 2008;22:6.
7. Kaponda CPN, Jere DL, Chimango JL, Chimwaza AF, Crittenden KS, Kachingwe SI, et al. Impacts of a peer-group intervention on HIV-related knowledge, attitudes, and personal behaviors for urban hospital workers in Malawi. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 2009;20(3):230–42.
8. Uys L, Chirwa M, Kohi T, Greeff M, Naidoo J, Makoae L, et al. Evaluation of a health setting-based stigma intervention in five African countries. *AIDS Patient Care STDS.* 2009;23(12):1059–66.
9. Wang D, Operario D, Hong Q, Zhang H, Coates TJ. Intervention to train physicians in rural China on HIV/STI knowledge and risk reduction counseling: preliminary findings. *AIDS Care.* 2009;21:468–72.
10. Yiu JW, Mak WWS, Ho WS, Chui YY. Effectiveness of a knowledge-contact program in improving nursing students' attitudes and emotional competence in serving people living with HIV/AIDS. *Soc Sci Med.* 2010;71:38–44.
11. Neema S, Atuyambe LM, Otolok-Tanga E, Twijukye C, Kambugu A, Thayer L, et al. Using a clinic based creativity initiative to reduce HIV related stigma at the infectious diseases institute, Mulago national referral hospital, Uganda. *Afr Health Sci.* 2012;12:2.
12. Norr KF, Ferrer L, Cianelli R, Crittenden KS, Irrarrazabal L, Cabieses B, et al. Peer group intervention for HIV prevention among health workers in Chile. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 2012;23:73–86.
13. Li L, Wu Z, Liang L-J, Lin C, Guan J, Jia M, et al. Reducing HIV-related stigma in health care settings: a randomized controlled trial in China. *Am J Publ. Health.* 2013;103:286–92.
14. Li L, Guan J, Liang LJ, Lin C, Wu Z. Popular opinion leader intervention for HIV stigma reduction in health care settings. *AIDS Educ Prev.* 2013;25(4):327–35.

15. Arora, S, Jyoti, S, Chakravarty S. Effectiveness of an empowering programme on student nurses' understanding and beliefs about HIV/AIDS. *Int J Nurs Educ.* 2014;6:89–93.
16. Li L, Liang LJ, Lin C, Wu Z. Addressing HIV stigma in protected medical settings. *AIDS Care.* 2015;27(12):1439–42.
17. Pulerwitz J, Oanh KTH, Akinwolemiwa D, Ashburn K, Nyblade L. Improving hospital-based quality of care by reducing HIV-related stigma: evaluation results from Vietnam. *AIDS Behav.* 2015;19:246–56.
18. Lohiniva AL, Benkirane M, Numair T, Mahdy A, Saleh H, Zahran A, et al. HIV stigma intervention in a low-HIV prevalence setting: A pilot study in an Egyptian healthcare facility. *AIDS Care.* 2016;28(5):644–52.
19. Batey DS, Whitfield S, Mulla M, Stringer KL, Durojaiye M, McCormick L, et al. Adaptation and Implementation of an Intervention to Reduce HIV-Related Stigma Among Healthcare Workers in the United States: Piloting of the FRESH Workshop. *AIDS Patient Care STDS.* 2016;30(11):519–27.
20. Geibel S, Hossain SMI, Pulerwitz J, Sultana N, Hossain T, Roy S, et al. Stigma reduction training improves healthcare provider attitudes toward, and experiences of, young marginalized people in Bangladesh. *J Adolesc Health.* 2017;60(2S2):S35–44.

Anexo 5 Intervenções para reduzir estigma e discriminação relacionados ao HIV em contextos de justiça

Referência	País	População de estudo	Intervenção	Duração	Resultados
Argento et al., 2011 (1)	Índia	Profissionais do sexo Lésbicas, bisexuais, gay e transgêneros Polícia População geral	Estrutural no âmbito da comunidade	4 anos no momento da avaliação	Redução de violência por parte dos policiais contra profissionais do sexo.
Gurnani et al., 2011 (2)	Índia ¹	Mulheres profissionais do sexo Funcionários(as) do governo Polícia Jornalistas Pessoal de saúde	Desenvolvimento de habilidades, aconselhamento, contato, estrutural	4 anos	Empoderamento das profissionais do sexo. Melhora no engajamento com os serviços de saúde e melhora na resposta dos elaboradores de políticas. Aumento da quantidade de não estigmatizantes na mídia. Redução de estigma por parte dos policiais.
Beletsky et al., 2012 (3)	Quirguistão	Polícia	Com base em informações, desenvolvimento de habilidades, estrutural (política no âmbito nacional)	Cerca de 2 anos no momento da avaliação	Melhora no conhecimento e nas atitudes concernentes à redução de danos e nas políticas relacionadas a profissionais do sexo.
Beletsky et al., 2013 (4)	Quirguistão	Polícia	Com base em informações, desenvolvimento de habilidades, estrutural	46 horas de treinamento	Melhora no conhecimento das políticas relativas a profissionais do sexo e melhora na probabilidade de encaminhamento a serviços de redução de danos. Redução na intenção de confiscar seringas.
Gruskin et al., 2013 (5)	Quênia	Pessoas vivendo com HIV Sobreviventes de violência baseada em gênero Prestadores de serviços	Com base em informações, desenvolvimento de habilidades, contato, estrutural (melhor acesso a serviços legais) ²		Melhora na alfabetização legal, na habilidade de comunicar com profissionais de saúde e no acesso à assistência à saúde e à justiça para pessoas vivendo com HIV. Melhora no conhecimento de profissionais de saúde com relação a práticas discriminatórias e a violações de direitos humanos.

¹ A verificação da avaliação inclui um pré-teste e um pós-teste.

² Nesta avaliação, três intervenções legais foram examinadas, e elas têm diferentes períodos de duração.

1. Argento E, Reza-Paul S, Lorway R, Jain J, Bhagya M, Fathima M, et al. Confronting structural violence in sex work: lessons from a community-led HIV prevention project in Mysore, India. *AIDS Care*. 2011;23(1):69–74.
2. Gurnani V, Beattie TS, Bhattacharjee P, Mohan H, Maddur S, Washington R, et al. An integrated structural intervention to reduce vulnerability to HIV and sexually transmitted infections among female sex workers in Karnataka state, south India. *BMC Publ Health*. 2011;11:755.
3. Beletsky L, Thomas R, Smelyanskaya M, Artamonova I, Shumskaya N, Dooronbekova A, et al. Policy reform to shift the health and human rights environment for vulnerable groups: the case of Kyrgyzstan's instruction 417. *Health Hum Rights*. 2012;14(2):34–8.
4. Beletsky L, Thomas R, Shumskaya N, Artamonova I, Smelyanskaya M. Police education as a component of national HIV response: lessons from Kyrgyzstan. *Drug Alcohol Depend*. 2013;132(Suppl. 1):S48–52.
5. Gruskin S, Safreed-Harmon K, Ezer T, Gathumbi A, Cohen J, Kameri-Mbote P. Access to justice: evaluating law, health and human rights programmes in Kenya. *J Int AIDS Soc*. 2013;16(3S2):18 726.

Copyright © 2020
Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)
Todos os direitos reservados.

As designações empregadas e a apresentação do material nesta publicação não implicam a expressão de qualquer opinião por parte do UNAIDS sobre a situação jurídica de qualquer país, território, cidade ou área ou de suas autoridades ou sobre a delimitação de suas fronteiras ou limites. O UNAIDS não garante que as informações divulgadas nesta publicação sejam completas e corretas e não se responsabiliza por quaisquer danos incorridos em decorrência de seu uso.

UNAIDS/JC2990P

Documento dirigido pelo UNAIDS revisado por membros da Parceria Global de Ação para Eliminar todas as formas de Estigma e Discriminação Relacionadas ao HIV e do Fundo Global de Luta contra a AIDS, Tuberculose e Malária, Direitos Comunitários e Equipe de Gênero.

Grupo de Trabalho dos Co-convenedores da Parceria Global:



Membros do Grupo de Trabalho Técnico da Parceria Global que contribuíram com seu tempo e experiência para a revisão do documento:



UNAIDS
Joint United Nations
Programme on HIV/AIDS

20 Avenue Appia
1211 Genebra 27
Suíça

+41 22 791 3666

unaids.org