

BRASIL:

VIOLÊNCIA E DISCRIMINAÇÃO EM PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

A perspectiva dos membros da RNP+



Jorge Beloqui

Consultores: Gabriela Calazans e Paulo Giacomini

BRASIL:

VIOLÊNCIA E DISCRIMINAÇÃO EM PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

A perspectiva dos membros da RNP+

SÃO PAULO | MAIO 2019



Beloqui, Jorge A.

Brasil: Violência e Discriminação em Pessoas Vivendo com HIV/AIDS. A perspectiva dos membros da RNP+

Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS - RNP+BRASIL/GIV - Grupo de Incentivo à Vida, São Paulo, 2019.

96p.

1. Violência e Discriminação. 2. Pessoas Vivendo com HIV/Aids. I. Título.

O apoio financeiro e aporte de recursos do UNAIDS para este projeto são reconhecidos com gratidão. No entanto, o conteúdo e as ideias nele expressas não refletem necessariamente os pontos de vista e opiniões, nem são de responsabilidade do UNAIDS.

O protocolo desta pesquisa foi submetido à avaliação ética por meio da Plataforma Brasil, que o redirecionou para ser avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CEP/CRT), em cumprimento aos preceitos da Resolução CNS nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tendo sido registrado sob o nº CAAE 83394218.3.0000.5375.



AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos membros da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS (RNP+) que preencheram as fichas sociométricas e à Secretaria da RNP+ que nos confiou os bancos de dados.

Ao Unaid, nas pessoas de Georgiana Braga-Orillard e Cleiton Euzébio de Lima, pelo financiamento e apoio para este estudo.

Aos consultores Gabriela Junqueira Calazans pela consultoria para texto e para estigma e discriminação e Paulo Giacomini pela revisão ortográfica e gramatical.

A Carlos Passarelli e Cleiton Euzébio de Lima pela revisão do texto.

Ao GIV pela administração do projeto que deu origem a este texto.

A Alexandre Grangeiro pelo estímulo e pelas discussões sobre este trabalho.

A Nádia Pereira pela ajuda com o pacote estatístico.

Ao Centro de Estatística Aplicada (CEA) do IME-USP e aos professores Lúcia Pereira Barroso e Antônio Carlos e os estudantes Benedito Faustinoni Neto e Zhangzhe Zheng pelas valiosas sugestões.

E, finalmente, a todos os brasileiros que lutam pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e contra a discriminação, pelo direito à saúde, seja na forma de assistência ou de prevenção, das pessoas vivendo com HIV e aids (PVHA) e da população em geral, e, especialmente, das populações-chave tais como homens que fazem sexo com homens, população trans, população privada de liberdade, trabalhadoras e trabalhadores comerciais do sexo e usuários de drogas, entre eles ativistas, profissionais de saúde, autoridades, juízes, promotores, defensores, legisladores.

Todos eles fizeram possível este trabalho.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	9
LISTA DE GRÁFICOS, QUADROS, TABELAS E FIGURA	10
SUMÁRIO EXECUTIVO	17
INTRODUÇÃO	19
MARCO LEGAL	20
ÍNDICE DE ESTIGMA DE PVHA E ZERO DISCRIMINAÇÃO	22
ESTIGMA E DISCRIMINAÇÃO NO CONTEXTO DA EPIDEMIA DE AIDS	23
CAPÍTULO 1	
ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS	28
O CONTEXTO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA	29
PERCURSO METODOLÓGICO	33
ANÁLISE	35
CAPÍTULO 2	
CARACTERIZAÇÃO DAS AMOSTRAS	38
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	39
CONDIÇÕES DE SAÚDE, ACESSO A SERVIÇOS, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO	46
Lipodistrofia	51
COMO SE COMPARAM AS AMOSTRAS ESTUDADAS COM OS CASOS NOTIFICADOS DE PVHA NO BRASIL?	54

CAPÍTULO 3

VIOLÊNCIA E DISCRIMINAÇÃO	57
VIOLÊNCIA OU DISCRIMINAÇÃO	59
DISCRIMINAÇÃO	64
VIOLÊNCIA	69
Tipo de Violência por Sexo	74
DISCRIMINAÇÃO RELACIONADA AO HIV	75
Discriminação relacionada ao HIV segundo Indicação de Intervenção para Lipodistrofia	75
Discriminação relacionada ao HIV segundo Violência	76
Discriminação relacionada ao HIV segundo outros recortes	77
Associação da Discriminação por HIV com outro tipo de discriminação	80
Discriminação de PVHA por “quem tem conhecimento de sua sorologia”	80
Proporção de DHIV segundo o ambiente em que a sorologia é conhecida	81
CONCLUSÕES	83
CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS	90
ANEXOS	93
ANEXO 1	93
ANEXO 2	96

LISTA DE SIGLAS

AASR	agnósticos, ateus e sem religião	PDT	Partido Democrático Trabalhista
AIDS	síndrome da imunodeficiência adquirida	PL	Projetos de Lei
ALESP	Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo	PrEP	profilaxia pré-exposição ao HIV
ARV	antirretroviral/antirretrovirais	PSD	Partido Social Democrático
CSSF	Comissão de Seguridade Social e Família	PT	Partido dos Trabalhadores
D	discriminação	PV	Partido Verde
DF	Distrito Federal	PVHA	peessoa(s) vivendo com HIV e aids
DHIV	discriminação relacionada ao HIV	RA	reação adversa
EC	efeito colateral	RJ	Rio de Janeiro
EFC	ensino fundamental completo	RNP+	Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS
EFI	ensino fundamental incompleto	RS	Rio Grande do Sul
EMC	ensino médio completo	SRNP+	Sociometria da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS
EMI	ensino médio incompleto	TcP	tratamento como prevenção
ESC	ensino superior completo	U+C	umbandista mais candomblecista
ESC e +	ensino superior completo, incluindo especialização, mestrado e doutorado	UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS [<i>The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS</i>]
ESI	ensino superior incompleto	V	violência
EUA	Estados Unidos da América	VouD	violência ou discriminação
GNP+	Rede Global de Pessoas vivendo com HIV [<i>Global Network of People living with HIV</i>]		
HIV	vírus da imunodeficiência humana		
ICW	Comunidade Internacional de Mulheres vivendo com HIV/Aids [<i>International Community of Women living with HIV/Aids</i>]		
IM	interação medicamentosa		
IPPF	Federação Internacional de Planejamento Familiar [<i>International Planned Parenthood Federation</i>]		
ITL	indicação de tratamento para lipodistrofia		
MA	Maranhão		
MS	Ministério da Saúde		
PCAP	Pesquisa de Comportamentos, Atitudes e Práticas		

LISTA DE GRÁFICOS, QUADROS, TABELAS E FIGURA

GRÁFICOS

GRÁFICO 1

DISTRIBUIÇÃO DOS RESPONDENTES POR REGIÃO DO BRASIL, SRNP+ 2015 E 2017 39

GRÁFICO 2

DISTRIBUIÇÃO POR SEXO, SRNP+ 2015 E 2017 39

GRÁFICO 3

DISTRIBUIÇÃO POR ORIENTAÇÃO SEXUAL, SRNP+ 2015 E 2017 40

GRÁFICO 4

CRUZAMENTO ENTRE SEXO BIOLÓGICO E ORIENTAÇÃO SEXUAL, SRNP+ 2015 E 2017 40

GRÁFICO 5

RAÇA/COR AUTODECLARADA, SRNP+ 2015 E 2017 41

GRÁFICO 6

DISTRIBUIÇÃO POR GRAU DE ESCOLARIDADE, SRNP+ 2015 E 2017 41

GRÁFICO 7

DISTRIBUIÇÃO POR RELIGIÃO, SRNP+ 2015 E 2017 41

GRÁFICO 8

DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA ETÁRIA, SRNP+ 2017 42

GRÁFICO 9

DISTRIBUIÇÃO POR ESTADO CIVIL, SRNP+ 2017 42

GRÁFICO 10

DISTRIBUIÇÃO POR CONDIÇÃO DE MORADIA, SRNP+ 2015 E 2017 42

GRÁFICO 11

DISTRIBUIÇÃO POR ACESSO A ESGOTO, SRNP+ 2015 E 2017 42

GRÁFICO 12

DISTRIBUIÇÃO DA RENDA FAMILIAR, SRNP+ 2015 43

GRÁFICO 13

DISTRIBUIÇÃO DA RENDA FAMILIAR, SRNP+ 2017 43

GRÁFICO 14

DISTRIBUIÇÃO POR TIPO DE RENDIMENTO, SRNP+ 2015 E 2017 44

GRÁFICO 15

DISTRIBUIÇÃO POR FACILIDADE DE ACESSO À INTERNET, SRNP+ 2015 E 2017 44

GRÁFICO 16	
DISTRIBUIÇÃO SEGUNDO O USO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), SRNP+ 2015 E 2017	46
GRÁFICO 17	
DISTRIBUIÇÃO PELO TIPO DE SERVIÇOS DE SAÚDE UTILIZADOS, SRNP+ 2015 E 2017	47
GRÁFICO 18	
DISTRIBUIÇÃO POR TEMPO DE DIAGNÓSTICO, SRNP+ 2015 E 2017	47
GRÁFICO 19	
DISTRIBUIÇÃO POR OCORRÊNCIA DE INFECÇÃO OPORTUNISTA, SRNP+ 2015 E 2017	48
GRÁFICO 20	
CONHECIMENTO DOS ANTIRRETROVIRAIS QUE TOMA, SRNP+ 2015 E 2017	48
GRÁFICO 21	
SOBRE A ADESÃO AO TRATAMENTO, SRNP+ 2015 E 2017	48
GRÁFICO 22	
CRUZAMENTO ENTRE ADESÃO E CARGA VIRAL INDETECTÁVEL, SRNP+ 2015 E 2017	48
GRÁFICO 23	
CARGA VIRAL (I), SRNP+ 2015 E 2017	49
GRÁFICO 24	
CARGA VIRAL (II): PERCENTAGEM, EXCLUINDO OS BRANCOS, SRNP+ 2015 E 2017	49
GRÁFICO 25	
CONTAGEM DE CD4, SRNP+ 2015 E 2017	49
GRÁFICO 26	
DISTRIBUIÇÃO POR TEMPO DE TRATAMENTO DE ARV, SRNP+ 2015 E 2017	50
GRÁFICO 27	
MUDANÇA DE TRATAMENTO, SRNP+ 2015 E 2017	51
GRÁFICO 28	
MOTIVO PARA MUDANÇA DE TRATAMENTO, SRNP+ 2015 E 2017	51
GRÁFICO 29	
DISTRIBUIÇÃO DOS RESPONDENTES DA SOCIOMETRIA POR IIL E TEMPO DE TRATAMENTO, SRNP+ 2015	52
GRÁFICO 30	
DISTRIBUIÇÃO DOS RESPONDENTES DA SOCIOMETRIA POR IIL E TEMPO DE TRATAMENTO, SRNP+ 2017	52
GRÁFICO 31	
LIPODISTROFIA POR TEMPO DE TRATAMENTO, SRNP+ 2015 E 2017	53
GRÁFICO 32	
DISTRIBUIÇÃO SOBRE QUEM TEM CONHECIMENTO SOBRE A SOROLOGIA HIV+ DOS RESPONDENTES DA RNP+ BRASIL, SRNP+ 2015 E 2017	53
GRÁFICO 33	
CASCATA DE CUIDADO CONTÍNUO DO HIV, BRASIL 2016	55
GRÁFICO 34	
DISTRIBUIÇÃO DE VIOLÊNCIA OU DISCRIMINAÇÃO POR REGIÃO, SRNP+ 2015 E 2017	60
GRÁFICO 35	
DISTRIBUIÇÃO DE VIOLÊNCIA OU DISCRIMINAÇÃO POR RELIGIÃO, SRNP+ 2015 E 2017	60
GRÁFICO 36	
DISTRIBUIÇÃO DE VIOLÊNCIA OU DISCRIMINAÇÃO POR SEXO BIOLÓGICO, SRNP+ 2015 E 2017	60

GRÁFICO 37	
DISTRIBUIÇÃO DE VIOLÊNCIA OU DISCRIMINAÇÃO POR SEXO BIOLÓGICO E ORIENTAÇÃO SEXUAL, SRNP+ 2015 E 2017	61
GRÁFICO 38	
DISTRIBUIÇÃO DE VIOLÊNCIA OU DISCRIMINAÇÃO POR RAÇA/COR, SRNP+ 2015 E 2017	61
GRÁFICO 39	
DISTRIBUIÇÃO DE VIOLÊNCIA OU DISCRIMINAÇÃO POR ESCOLARIDADE, SRNP+ 2015 E 2017	61
GRÁFICO 40	
DISTRIBUIÇÃO DE VIOLÊNCIA OU DISCRIMINAÇÃO POR CARGA VIRAL, SRNP+ 2015 E 2017	62
GRÁFICO 41	
DISTRIBUIÇÃO DE RELATOS DE VIOLÊNCIA OU DISCRIMINAÇÃO POR ADESÃO, SRNP+ 2015 E 2017	62
GRÁFICO 42	
DISTRIBUIÇÃO DE RELATOS DE VIOLÊNCIA OU DISCRIMINAÇÃO POR ESTADO CIVIL, SRNP+ 2017	63
GRÁFICO 43	
DISTRIBUIÇÃO DE RELATOS DE VIOLÊNCIA OU DISCRIMINAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA, SRNP+ 2017	63
GRÁFICO 44	
DISTRIBUIÇÃO DOS RESPONDENTES QUE RELATARAM DISCRIMINAÇÃO, SRNP+ 2015 E 2017	64
GRÁFICO 45	
DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DOS RELATOS DE DISCRIMINAÇÃO EM GERAL E PELOS MOTIVOS MAIS FREQUENTES, SRNP+ 2015 E 2017	65
GRÁFICO 46	
DISTRIBUIÇÃO DE RELATOS DE DISCRIMINAÇÃO EM GERAL POR REGIÃO, RNP+ 2015 E 2017	66
GRÁFICO 47	
DISTRIBUIÇÃO DE RELATOS DE DISCRIMINAÇÃO EM GERAL SEGUNDO RELIGIÃO, SRNP+ 2015 E 2017	66
GRÁFICO 48	
DISTRIBUIÇÃO DE RELATOS DE DISCRIMINAÇÃO EM GERAL SEGUNDO SEXO, SRNP+ 2015 E 2017	66
GRÁFICO 49	
DISTRIBUIÇÃO DE RELATOS DE DISCRIMINAÇÃO EM GERAL SEGUNDO ORIENTAÇÃO SEXUAL, SRNP+ 2015 E 2017	67
GRÁFICO 50	
DISTRIBUIÇÃO DE RELATOS DE DISCRIMINAÇÃO EM GERAL SEGUNDO RAÇA/COR AUTODECLARADA, SRNP+ 2015 E 2017	67
GRÁFICO 51	
DISTRIBUIÇÃO DE RELATOS DE DISCRIMINAÇÃO EM GERAL SEGUNDO ESCOLARIDADE, SRNP+ 2015 E 2017	68
GRÁFICO 52	
DISTRIBUIÇÃO DE RELATOS DE DISCRIMINAÇÃO EM GERAL SEGUNDO ESTADO CIVIL, SRNP+ 2017	68

GRÁFICO 53	
DISTRIBUIÇÃO DE RELATOS DE DISCRIMINAÇÃO EM GERAL SEGUNDO IDADE, SRNP+ 2017	68
GRÁFICO 54	
DISTRIBUIÇÃO DE RESPONDENTES PVHA QUE RELATARAM TER SOFRIDO VIOLÊNCIA, SRNP+ 2015 E 2017	69
GRÁFICO 55	
DISTRIBUIÇÃO DOS RESPONDENTES PVHA QUE RELATARAM TER SOFRIDO VIOLÊNCIA EM GERAL E DOS RELATOS DE VIOLÊNCIA SEGUNDO OS TIPOS DE VIOLÊNCIA SOFRIDA, SRNP+ 2015 E 2017	70
GRÁFICO 56	
DISTRIBUIÇÃO DOS RELATOS DE VIOLÊNCIA EM GERAL CONTRA PVHA SEGUNDO REGIÃO, SRNP+ 2015 E 2017	70
GRÁFICO 57	
DISTRIBUIÇÃO DOS RELATOS DE VIOLÊNCIA EM GERAL CONTRA PVHA SEGUNDO RELIGIÃO, SRNP+ 2015 E 2017	71
GRÁFICO 58	
DISTRIBUIÇÃO DOS RELATOS DE VIOLÊNCIA EM GERAL CONTRA PVHA POR ESCOLARIDADE, SRNP+ 2015 E 2017	71
GRÁFICO 59	
DISTRIBUIÇÃO DOS RELATOS DE VIOLÊNCIA EM GERAL CONTRA PVHA POR SEXO, SRNP+ 2015 E 2017	72
GRÁFICO 60	
DISTRIBUIÇÃO DOS RELATOS DE VIOLÊNCIA EM GERAL CONTRA PVHA POR ORIENTAÇÃO SEXUAL, SRNP+ 2015 E 2017	72
GRÁFICO 61	
DISTRIBUIÇÃO DOS RELATOS DE VIOLÊNCIA EM GERAL CONTRA PVHA POR RAÇA/COR, SRNP+ 2015 E 2017	72
GRÁFICO 62	
DISTRIBUIÇÃO DOS RELATOS DE VIOLÊNCIA EM GERAL CONTRA PVHA POR ESTADO CIVIL, SRNP+ 2017	73
GRÁFICO 63	
DISTRIBUIÇÃO DOS RELATOS DE VIOLÊNCIA EM GERAL CONTRA PVHA POR IDADE, SRNP+ 2017	73
GRÁFICO 64	
DISTRIBUIÇÃO DOS RELATOS DE VIOLÊNCIA FÍSICA POR SEXO, SRNP+ 2015 E 2017	74
GRÁFICO 65	
DISTRIBUIÇÃO DOS RELATOS DE VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA POR SEXO, SRNP+ 2015 E 2017	74
GRÁFICO 66	
DISTRIBUIÇÃO DOS RELATOS DE VIOLÊNCIA FAMILIAR POR SEXO, SRNP+ 2015 E 2017	74
GRÁFICO 67	
DISTRIBUIÇÃO DOS RELATOS DE VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL POR SEXO, SRNP+ 2015 E 2017	74
GRÁFICO 68	
DISTRIBUIÇÃO DOS RELATOS DE DHIV SEGUNDO INDICAÇÃO DE INTERVENÇÃO PARA LIPODISTROFIA (IIL), SRNP+ 2015 E 2017	76

GRÁFICO 69	
DISTRIBUIÇÃO DOS RELATOS DE DHIV SEGUNDO RELATOS DE VIOLÊNCIA, SRNP+ 2015 E 2017	77
GRÁFICO 70	
DISTRIBUIÇÃO DOS RELATOS DE DHIV SEGUNDO REGIÃO, SRNP+ 2015 E 2017	77
GRÁFICO 71	
DISTRIBUIÇÃO DOS RELATOS DE DHIV POR SEXO, SRNP+ 2015 E 2017	78
GRÁFICO 72	
DISTRIBUIÇÃO DOS RELATOS DE DHIV POR ORIENTAÇÃO SEXUAL, SRNP+ 2015 E 2017	78
GRÁFICO 73	
DISTRIBUIÇÃO DOS RELATOS DE DHIV SEGUNDO ESCOLARIDADE, SRNP+ 2015 E 2017	78
GRÁFICO 74	
DISTRIBUIÇÃO DOS RELATOS DE DHIV SEGUNDO RAÇA/COR, SRNP+ 2015 E 2017	79
GRÁFICO 75	
DISTRIBUIÇÃO DOS RELATOS DE DHIV SEGUNDO RELIGIÃO, SRNP+ 2015 E 2017	79
GRÁFICO 76	
DISTRIBUIÇÃO DOS RELATOS DE DHIV SEGUNDO ESTADO CIVIL, SRNP+ 2017	79
GRÁFICO 77	
DISTRIBUIÇÃO DOS RELATOS DE DHIV SEGUNDO IDADE, SRNP+ 2017	80
GRÁFICO 78	
TAXA DE AMBIENTES DE CONHECIMENTO DA SOROLOGIA GERAL, COM DHIV E SEM DHIV, SRNP+ 2015 E 2017	81

QUADROS

QUADRO 1	
FREQUÊNCIA DE PVHA QUE RELATAM DE DISCRIMINAÇÃO OU VIOLÊNCIA.	17
QUADRO 2	
COMPARAÇÃO ENTRE AS RESPOSTAS ÀS FICHAS CADASTRAIS E ÀS FICHAS SOCIOMÉTRICAS, SRNP+ 2015 E 2017	33
QUADRO 3	
COMPARAÇÃO DE RENDA SEGUNDO ANO, SRNP+ 2015 E 2017	43
QUADRO 4	
CRUZAMENTO ENTRE CARGA VIRAL INDETECTÁVEL E NÃO TER BOA ACEITAÇÃO DO TRATAMENTO, SRNP+ 2015 E 2017	50
QUADRO 5	
CRUZAMENTO DE NÃO-USO DE ARV COM RESULTADO DA CARGA VIRAL, SRNP+ 2015 E 2017	50
QUADRO 6	
CRUZAMENTO DE NÃO-USO DE ARV COM RESULTADO DE CD4, SRNP+ 2015 E 2017	50
QUADRO 7	
RELAÇÃO ENTRE NÚMERO DE INDICAÇÕES DE INTERVENÇÃO PARA LIPODISTROFIA E NÚMERO DE PESSOAS COM INDICAÇÃO DE INTERVENÇÃO, SRNP+ 2015 E 2017	52
QUADRO 8	
RAZÃO DE SEXOS, SRNP+ 2015 E 2017, BRASIL AIDS E HIV, 2007 E 2016	54
QUADRO 9	
SEXO BIOLÓGICO, ORIENTAÇÃO SEXUAL E CATEGORIAS DE EXPOSIÇÃO SRNP+, 2015 E 2017, BRASIL AIDS E HIV, 2007 E 2016	55

QUADRO 10	
COMPARAÇÃO DE PERCENTAGENS DE RAÇA/COR SRNP+ (2015 E 2017), BRASIL AIDS E BRASIL HIV (2007 E 2016)	55
QUADRO 11	
PVHA RETIDAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE, CASCATA HIV 2016 E SRNP+ (2015 E 2017)	56
QUADRO 12	
DISTRIBUIÇÃO DAS PESSOAS QUE RELATAM VIOLÊNCIA OU DISCRIMINAÇÃO (VOUD), SRNP+ 2015 E 2017	59
QUADRO 13	
DISTRIBUIÇÃO DE VIOLÊNCIA OU DISCRIMINAÇÃO POR RENDA FAMILIAR, SRNP+ 2015 E 2017	62
QUADRO 14	
DISCRIMINAÇÃO EM GERAL: TAXAS, SRNP+ 2015 E 2017	65
QUADRO 15	
DISTRIBUIÇÃO DE RELATOS DE DISCRIMINAÇÃO EM GERAL POR RENDA FAMILIAR, SRNP+ 2015 E 2017	68
QUADRO 16	
DISTRIBUIÇÃO DOS RELATOS DE VIOLÊNCIA EM GERAL CONTRA PVHA POR ANO, SRNP+ 2015 E 2017	70
QUADRO 17	
DISTRIBUIÇÃO DOS RELATOS DE VIOLÊNCIA EM GERAL CONTRA PVHA POR RENDA FAMILIAR, SRNP+ 2015 E 2017	73
QUADRO 18	
DISTRIBUIÇÃO DOS RELATOS DE DISCRIMINAÇÃO RELACIONADA AO HIV (DHIV) SEGUNDO INDICAÇÃO DE INTERVENÇÃO PARA LIPODISTROFIA (IIL), SRNP+ 2015	76
QUADRO 19	
DISTRIBUIÇÃO DOS RELATOS DE DHIV SEGUNDO INDICAÇÃO DE INTERVENÇÃO PARA LIPODISTROFIA (IIL), SRNP+ 2017	76
QUADRO 20	
DISTRIBUIÇÃO DOS RELATOS DE DHIV POR VIOLÊNCIA, SRNP+ 2015	76
QUADRO 21	
DISTRIBUIÇÃO DOS RELATOS DE DHIV POR VIOLÊNCIA, SRNP+ 2017	77
QUADRO 22	
DISTRIBUIÇÃO DOS RELATOS DE DHIV POR RENDA FAMILIAR, SRNP+ 2015 E 2017	79
QUADRO 23	
DISTRIBUIÇÃO DOS RELATOS DE DISCRIMINAÇÃO EM GERAL E POR HIV, SRNP+ 2015 E 2017	80
QUADRO 24	
DISTRIBUIÇÃO DE AMBIENTES RELATADOS NOS QUAIS SE TEM CONHECIMENTO ACERCA DA SOROLOGIA DOS RESPONDENTES SEGUNDO RELATOS DE DISCRIMINAÇÃO POR HIV, SRNP+ 2015 E 2017	81
QUADRO 25	
PROPORÇÃO DE DHIV SABENDO QUE A SOROLOGIA É CONHECIDA PELO MENOS NO AMBIENTE DADO, SRNP+ 2015 E 2017	82
QUADRO 26	
CONHECIMENTO DA SOROLOGIA POR NÚMERO E TIPO DE AMBIENTES, SRNP+ 2015 E 2017	82

QUADRO 27	
DISTRIBUIÇÃO DOS RELATOS DE DHIV POR AMBIENTE DE CONHECIMENTO DA SOROLOGIA, SRNP+ 2015 E 2017	82
QUADRO 28	
QUADRO COMPARATIVO DAS VARIÁVEIS OPERACIONAIS E DAS PERGUNTAS NAS FICHAS SOCIOMÉTRICAS, SRNP+ 2015 E 2017	93
QUADRO 29	
VIOLÊNCIA OU DISCRIMINAÇÃO, DISCRIMINAÇÃO E VIOLÊNCIA ENTRE TRANSEXUAIS E TRAVESTIS, SRNP+ 2015	96
QUADRO 30	
VIOLÊNCIA OU DISCRIMINAÇÃO, DISCRIMINAÇÃO E VIOLÊNCIA ENTRE TRANSEXUAIS E TRAVESTIS, SRNP+ 2017	96
TABELAS	
TABELA 1	
DISTRIBUIÇÃO POR IDENTIDADE SEXUAL E DE GÊNERO, SRNP+ 2015 E 2017	40
TABELA 2	
BOA ACEITAÇÃO DO TRATAMENTO, SRNP+ 2015 E 2017	49
FIGURA	
FIGURA 1	
INTERVENÇÃO PARA LIPODISTROFIA: FREQUÊNCIA DE INDICAÇÕES E DE PESSOAS QUE RECEBERAM INDICAÇÕES, SRNP+ 2015 E 2017	52

SUMÁRIO EXECUTIVO

Este texto analisa dois Bancos de dados (2015 e 2017). Cada Banco é composto de fichas, com várias perguntas, preenchidas por membros da RNP+ daqueles anos. Entre as perguntas constam algumas sobre dados sociodemográficos e de saúde, e algumas sobre experiências de discriminação e violência dos respondentes. As fichas foram disponibilizadas *on-line* e respondidas anonimamente; totalizaram 323 e 432 fichas chamadas de “sociométricas” em 2015 e 2017, respectivamente.

Na Introdução, apresentamos o tema em estudo. No Capítulo 1, são abordados o contexto de realização da Sociometria da RNP+ (SRNP+) e a metodologia do estudo e da análise empreendida. No Capítulo 2, caracterizamos as amostras obtidas segundo variáveis demográficas e de saúde, incluindo algumas relacionadas ao HIV. No Capítulo 3, são analisados os relatos de violência e discriminação, de discriminação em geral e, particularmente, daquela relacionada ao HIV, incluindo o cálculo de taxas.

Identificamos frequências significativas de relatos de discriminação e violência nos dois anos em estudo. Estatisticamente, as percentagens correspondentes a cada ano não diferem entre si (Quadro 1).

Quadro 1 > Frequência de PVHA que relatam Discriminação ou Violência. SRNP+ 2015 e 2017.

	SRNP+ 2015	SRNP+ 2017
Violência ou Discriminação	65,3%	59%
Discriminação	59,7%	55,7%
Violência	33%	27%
Discriminação por ter HIV	41,1%	46,9%

Buscamos identificar se havia associações entre as variáveis sociodemográficas e de saúde em estudo com a experiência de discriminação, particularmente com a discriminação por ser soropositivo/a para HIV. Para isso, fizemos recortes por sexo, orientação sexual, região de residência, religião, raça/cor, renda, estado civil, idade, escolaridade e saúde – carga viral, contagem de CD4, indicações de intervenção para lipodistrofia – e verificamos se a distribuição pelas categorias dos recortes seguia mais ou menos a média geral ou se haveria alguma categoria mais ou menos vulnerável para discriminação ou violência.

Estatisticamente, não observamos categoria mais ou menos afetada, simultaneamente, nos dois anos em estudo. Ou seja, o critério para determinar se uma categoria era mais afetada a respeito de violência ou discriminação, foi que isto acontecesse com significação estatística e nos dois anos (2015 e 2017). Chamamos este critério de Critério de Persistência. Com este critério, não observamos um segmento das Pessoas Vivendo com HIV e aids (PVHA), como por exemplo homens, mulheres,

idosos ou jovens, que se mostrasse mais vulnerável à discriminação ou à violência. Como mostra o Quadro 1, as experiências de violência e discriminação foram frequentes entre os entrevistados e mostram-se generalizadas nos relatos das PVHA. Em nossa interpretação, a discriminação contra PVHA é tão frequente e generalizada que não abre espaço para distribuições irregulares em função de outras variáveis como sexo, orientação sexual, raça ou quaisquer outras abordadas neste estudo.

Os achados deste estudo são consistentes com os de outros estudos nacionais que identificaram atitudes discriminatórias contra PVHA junto à chamada população geral. A novidade do estudo que apresentamos é ter como objeto a discriminação sofrida e relatada pelas PVHA. Estudos como a Pesquisa de Comportamentos, Atitudes e Práticas – PCAP 2013 (BRASIL, 2016) do Ministério da Saúde e a pesquisa Diversidade Sexual e Homofobia no Brasil (VENTURI e BOKANY, 2011) da Fundação Perseu Abramo entrevistaram amostras representativas da população brasileira, o que permitiu a produção de dados acerca das atitudes discriminatórias manifestadas pela população geral contra as PVHA.

Em nosso estudo, as PVHA com lipodistrofia relataram maior discriminação por ter HIV do que aquelas sem lipodistrofia. Para chegar a tal informação, foram analisados os relatos de discriminação relacionada ao HIV (DHIV) segundo as indicações de intervenção para lipodistrofia (IIL). O exame da associação entre

estas variáveis, em 2015, teve significação estatística, o que não ocorreu em 2017. Nos dois anos, a porcentagem daqueles que relataram DHIV e tinham IIL foi de 55%, na época.

Observou-se, também, uma correlação entre os ambientes em que a sorologia da PVHA era conhecida e a maior frequência de relatos de discriminação relacionada ao HIV. A proporção de DHIV se a sorologia for conhecida só no ambiente privado (família, parceiro/cônjuge, amigos) é de 34% e 38%, respectivamente em 2015 e 2017; entretanto, se a sorologia for conhecida também em ambientes de caráter público, aumenta a proporção de relatos de DHIV: trabalho (56% e 67%); escola (64% e 75%); vizinhos (61% e 69%); respectivamente para os anos de 2015 e 2017. A diferença não é estatisticamente significativa. Comparando as médias de ambientes onde a sorologia positiva para HIV era conhecida com haver sofrido ou não DHIV, observamos que:

1. Aumenta, de 2015 para 2017, a média de ambientes em que a sorologia das PVHA é conhecida, tanto entre os discriminados como entre os não discriminados;
2. Nos dois anos, a sorologia das PVHA que relatam DHIV é conhecida em mais ambientes do que entre aqueles que não relatam DHIV.

A determinação de taxas de discriminação e violência tão altas e gerais indica a necessidade de ações e políticas públicas que visem diminuí-las. Entre outros locais, no âmbito da saúde.

INTRODUÇÃO

Esta publicação apresenta uma caracterização dos membros da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS – a RNP+ – e de sua experiência de discriminação e violência. Processos de estigmatização e de discriminação associados ao HIV e à aids configuram-se como importantes entraves à prevenção, ao tratamento e ao cuidado em relação ao HIV. Isso se dá, apesar dos inegáveis avanços no enfrentamento da epidemia de aids, especialmente no que se refere à pesquisa médica e à possibilidade de controle da transmissão e da infecção pelo HIV. Impõem, assim, barreiras significativas ao exercício dos direitos de cidadania das pessoas vivendo com HIV e AIDS (PVHA).

Pânico, medo e preconceito foram caracterizados, desde o início, como respostas sociais das mais básicas à epidemia de aids, como citaram em 1991 Herbert DANIEL e Richard PARKER (1991/2018) em *Aids: a Terceira Epidemia*¹:

No interior de Minas Gerais, um jovem que voltou para casa depois de ter contraído o vírus da AIDS no Rio de Janeiro, foi apedrejado e expulso de sua cidade. Em grandes cidades, como Rio ou São Paulo, pacientes com AIDS foram recusados em hospitais locais e foram deixados, às vezes, deitados nas entradas de emergência durante horas, enquanto seus parentes tentavam arranjar permissão para que fossem atendidos. Choferes de am-

bulâncias recusaram-se a dar transporte a pacientes suspeitos de estarem com AIDS e até mesmo pessoal médico altamente especializado foi algumas vezes responsável pela disseminação de informações imprecisas e incorretas sobre a natureza da AIDS e seu impacto na sociedade brasileira. (DANIEL e PARKER, 1991/2018, p. 22)

Ainda hoje, o estigma e a discriminação relacionados ao HIV e à aids estão presentes no cotidiano das PVHA e afetam também às pessoas que integram os grupos populacionais mais vulneráveis à epidemia. Por estas razões, neste texto traremos dados sobre a discriminação e violência sobre as PVHA, não somente relacionados especificamente ao HIV, mas também a outros marcadores de diferenças sociais experimentados pelas PVHA.

A noção de epidemia dos “4 h” (haitianos, hemofílicos, heroinômanos e homossexuais)² – forma como foi inicialmente descrita pelos técnicos do Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos da América (EUA) – esteve diretamente associada à discriminação de grupos sociais já marcados. De forma que os autores prosseguem:

Dessa forma, a AIDS emergiu, por exemplo, como uma evidência disponível para a legitimação da opressão sobre grupos já estigmatizados, como as prostitutas e os homossexuais (DANIEL e PARKER, 2018, p. 23).

¹ Livro publicado originalmente em 1991 (São Paulo; Iglu) reeditado em 2018, e disponível em: http://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2018/12/aids_a_terceira_epidemia_web.pdf

² Ver por exemplo Mirko D. GRMEK. *History of Aids. Emergence and Origin of a Modern Pandemic.* (1990) Princeton University Press. ISBN 0-0691-08552-8

Com o advento da terapia tríplice houve mudanças que transformaram a experiência de “morte civil”³ (DANIEL, 2018), mas o preconceito e a discriminação não desapareceram. Não é previsível, ainda, o impacto das novas abordagens de prevenção e tratamento, tais como a PrEP⁴ e o Tratamento como Prevenção⁵, juntamente à Declaração Indetectável = Intransmissível⁶ sobre as experiências de estigma e discriminação. Nossa experiência em organizações comunitárias como acolhedores de PVHA recentemente diagnosticadas indica a permanência e a abrangência do preconceito. Muitas das PVHA recentemente diagnosticadas ignoram os conceitos de exame de carga viral, de carga viral indetectável e de células CD4, mas todas sabem do preconceito que as PVHA sofrem!

Alguns países mantêm leis, políticas e práticas punitivas⁷, gerando barreiras socioculturais que interferem nas relações interpessoais e institucionais, muitas vezes impedindo o acesso a informações sobre prevenção, tratamentos e direitos humanos de PVHA. Preconceitos, estigma e discriminação são fatores agravantes e é sobre isso que tratamos nesta publicação.

³ *Concepção caracterizada por Herbert Daniel que impõe ao doente de Aids tratamento como um pária (DANIEL, 2018, p. 35)*

⁴ *A profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP) consiste em um método de prevenção à infecção pelo HIV. Implica na tomada diária de um comprimido com uma combinação de antirretrovirais (ARV) que impede que a infecção pelo HIV, vírus que causa a aids, antes de a pessoa ter contato com o vírus. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/prevencao-combinada/profilaxia-pre-exposicao-prep> [acesso em 23/03/2019].*

⁵ *Tratamento como Prevenção (TcP) consiste em uma nova estratégia para a prevenção da transmissão do HIV. Implica na garantia de oferta de medicamentos antirretrovirais para as pessoas vivendo com HIV e Aids (PVHA) a fim de que, em tratamento, mantenham sua carga viral indetectável, o que impede a transmissão do HIV. Disponível em: <https://unaids.org.br/prevencao-combinada/> [acesso em 23/03/2019].*

⁶ *A nota explicativa do UNAIDS intitulada “Indetectável=Intransmissível” endossa que “pessoas vivendo com HIV em terapia antirretroviral que têm carga viral indetectável têm chance insignificante de transmitir o HIV sexualmente” (p. 2). Disponível em: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2018/07/Indetectavel-intransmissivel-C3%ADVeL_pt.pdf [acesso em 19/02/2019].*

⁷ *Sobre o estado mundial de leis punitivas para PVHA e a Declaração de Oslo (2012) consultar www.hivjustice.net.*

MARCO LEGAL

O Brasil, como país membro das Nações Unidas, assume o compromisso global de honrar, em território nacional, os acordos internacionais ratificados diante dos demais Estados membros. Nesse caso, os acordos internacionais têm poder de lei nacional. Assim, no referencial dos direitos humanos internacionais, os Estados nacionais comprometem-se a responsabilizar-se por sua ação como Estado, bem como a regular as relações entre os indivíduos vivendo dentro de suas fronteiras. Neste sentido, os Estados são responsáveis e responsabilizáveis diretamente pela violação de direitos, assim como a garantir que os indivíduos sejam capazes de efetivar seus direitos. Tais obrigações podem ser resumidas na ideia de que os Estados têm a obrigação de respeitar, proteger, promover e efetivar os direitos humanos.

No caso dos compromissos internacionais referentes à epidemia de HIV/AIDS no âmbito das Nações Unidas, estes configuram-se, até o presente momento, em declarações de intenções, não configurando-se em pactos, tratados ou convenções com força jurídica vinculante. Reconhecendo isso, o Estado brasileiro é signatário das Declarações Políticas sobre HIV/AIDS adotadas pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 2001, 2006, 2011 e 2016 (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2001, 2006, 2011 e 2016). Na Declaração Política sobre HIV/AIDS de 2016, os Estados Membros se comprometem com o fim da aids como um problema de saúde pública até o ano de 2030 destacando, em seu capítulo 63, a necessidade dos países membros de: “Promover leis, políticas e práticas para permitir o acesso aos serviços e acabar com o estigma e a discriminação relacionados ao HIV” (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2016).

Assumindo o compromisso de combater o estigma e a discriminação relacionados ao HIV e à aids, o Estado Brasileiro pactua:

- > no que tange à sua obrigação de respeitar, que o Estado assegure leis, políticas e práticas que não discriminem direta ou indiretamente;

- > no que tange à sua obrigação de proteger, que o Estado tome medidas que previnam a discriminação relacionada ao HIV/AIDS por terceiros;
- > por fim, no que tange à sua obrigação de efetivar, que o Estado adote medidas legislativas, orçamentárias, judiciais e promotoras voltadas à discriminação relacionada ao HIV/AIDS e que compensem àqueles que sofrem tal discriminação.

Contrariando tais compromissos e normativas, há leis e projetos de lei que têm caráter punitivo, como aqueles que buscam criminalizar a transmissão intencional do HIV, tratando-a como crime hediondo. Essa prática se mantém, com distintas tonalidades, desde o início da epidemia. Em 1991, ainda na primeira década da epidemia de aids, DANIEL e PARKER escreviam:

De fato, durante o curso da epidemia, uma significativa parte da atenção do público foi dirigida para indivíduos (de novo, especialmente os que são marginais ou marginalizados) suspeitos de procurarem intencionalmente contaminar outros, por exemplo, partilhando agulhas contaminadas conscientemente ou buscando manter relações sexuais com o objetivo de espalhar o vírus da AIDS. (DANIEL e PARKER, 1991/2018, p. 25)

No início do ano de 2019, havia dois Projetos de Lei (PL) tramitando no Congresso Nacional com esse conteúdo:

- > PL 1048/15⁸, que “tipifica o crime de perigo de contágio de moléstia incurável”, de autoria do deputado federal Sóstenes Cavalcante (PSD/RJ). Esse PL estava, inicialmente, apensado ao PL 198/15 – que “torna crime hediondo a transmissão deliberada do vírus da AIDS” –, e foi retirado de tramitação a pedido do autor, deputado federal Pompeu de Mattos (PDT/RS) entre agosto e setembro de 2017⁹, após forte pressão e *advocacy* dos movimentos sociais

⁸ PL1048/15, disponível em: bit.ly/2EJpr6I (acessado em 21/02/2019).

⁹ O PL 198/15 previa em sua ementa: “Torna crime hediondo a transmissão deliberada do vírus da AIDS”. Em setembro de 2017 teve o requerimento para sua retirada de tramitação deferido. Disponível em: bit.ly/1a7E6DN (acessado em 21/02/2019).

e ativistas, especialmente das redes nacionais de pessoas vivendo com HIV e aids. Em abril de 2018, foi aprovado requerimento da deputada federal Érika Kokay (PT/DF) solicitando a realização de audiência pública para debater o projeto. A demanda ao Congresso partiu do UNAIDS Brasil. Em abril de 2019, enquanto aguardava parecer do Relator na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) da Câmara dos Deputados, o PL 1048/15 foi retirado pelo próprio autor.

- > PL 1971/15¹⁰ que “altera o artigo 131º da Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940 (Código Penal) para incluir especificamente a prática de transmissão proposital do vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), como crime, punido com reclusão de 06 (seis) a 08 (oito) anos e multa”, de autoria do deputado federal Victor Mendes (PV/MA). Em setembro de 2017, foi retirado do PL 198/15 e apensado ao PL 1048/15.

O movimento social brasileiro de luta contra a aids tem sido vigilante sobre tais proposições e tem se articulado à Frente Parlamentar Mista de Enfrentamento às DST, HIV/AIDS para impedir sua aprovação.

Consequências da criminalização da transmissão do HIV sobre a Saúde Pública

Não há dados demonstrando que a criminalização da transmissão do HIV mude ou suspenda os comportamentos complexos que resultam na transmissão do HIV. Os dados disponíveis não mostram diferenças de comportamento entre os países onde há leis de criminalização e países onde elas não existem. Na verdade, do ponto de vista da saúde pública, estas leis podem ser contraproducentes porque poderiam desencorajar as pessoas de se testarem, para poder alegar

¹⁰ Disponível em: bit.ly/2q9bGUD (acessado em 21/02/2019).

ignorância em caso de transmissão. Como consequência, haveria menos procura de tratamento para o HIV, que, como demonstrado recentemente, torna a transmissão sexual do HIV impossível (ver por exemplo, pg. Preventionaccess.org).

Também coloca a responsabilidade legal da prevenção exclusivamente nas PVHA e dilui as mensagens de saúde pública sobre a responsabilidade compartilhada. Com efeito, algumas pessoas podem supor que seus parceiros são HIV negativos porque estes não revelaram sua sorologia! Pode criar desconfiança com os profissionais de saúde, porque as PVHA podem achar que a informação sobre sua sorologia seja usada contra ela num processo judicial.

Adaptado de Policy Brief do Unaid-NUD 2008

Por outro lado, há duas leis vigentes que protegem os direitos das PVHA, uma estadual e outra nacional. A Lei Estadual nº 11.199/02¹¹, publicada pela Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (ALESP), proíbe a discriminação aos portadores do HIV e às pessoas com aids. Essa lei estabelece o interdito em situações e espaços diversos, como da solicitação de exames para a detecção do HIV vinculada ao contexto de trabalho com ou sem o consentimento expresso da pessoa, da permanência no serviço de saúde público ou privado, da permanência do portador de HIV no local de trabalho, entre outras.

A segunda lei vige em todo o território nacional. A Lei Federal nº 12.984/2014¹² define a discriminação de pessoas com HIV e doentes de aids como crime e prevê a pena de reclusão de um a quatro anos e multa. As seguintes situações estão previstas: quaisquer tipos de

¹¹ Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2002/lei-11199-12.07.2002.html> (acessada em 21/02/2019).

¹² Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L12984.htm (acessada em 21/02/2019).

discriminação de alunos em creche ou estabelecimento de ensino em qualquer grau, público ou privado; negar emprego ou trabalho; segregar no ambiente de trabalho ou escolar; divulgar a soropositividade com intuito de ofender a dignidade da pessoa; e, recusar ou retardar atendimento de saúde.

ÍNDICE DE ESTIGMA DE PVHA E ZERO DISCRIMINAÇÃO

Dada a relevância e a permanência do estigma e da discriminação como barreiras ao enfrentamento da epidemia de aids, foram muitos os esforços em diversos locais do mundo, até o momento, voltados a descrevê-los. Na atualidade, há outra iniciativa em curso, além da relatada nesta publicação: o Índice de Estigma de PVHA. Quanto a iniciativas visando a redução da discriminação, temos, além das leis brasileiras acima citadas, as campanhas Zero Discriminação e Zero Discriminação na Saúde do Unaid, à qual aderiram vários países, estados e cidades, incluindo o Brasil.

O Índice de Estigma de PVHA¹³ (*The People Living with HIV Stigma Index*) é uma iniciativa internacional de quatro instituições parceiras: a Rede Global de Pessoas Vivendo com HIV (*Global Network of People living with HIV*, GNP+); a Comunidade Internacional de Mulheres vivendo com HIV/Aids (*International Community of Women living with HIV/Aids*, ICW); a Federação Internacional de Planejamento Familiar (*International Planned Parenthood Federation*, IPPF); e o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (*The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*, UNAIDS).

Desde 2005, essas instituições reuniram-se com vistas a gerar evidências e informações que permitam a construção de uma ferramenta que mensure o grau de estigma e discriminação a que pessoas vivendo com HIV estão submetidas (PETRACCI e ROMEO, 2011). O propósito

¹³ Disponível em: <http://www.stigmaindex.org> (acessada em 21/02/2019).

central é realizar levantamento de informações sobre os determinantes de estigma e discriminação sofridos pelas PVHA e descrever os seus direitos, para promover ações de *advocacy* por parte de indivíduos e/ou organizações sociais. O lançamento da primeira versão da pesquisa se deu em 2008 e, em 2018, foi lançada a versão *Stigma Index 2.0*.

Para a construção do Índice de Estigma é necessário documentar as experiências de PVHA com estigma e discriminação relacionados ao HIV/AIDS em determinadas comunidades ou países; comparar as situações encontradas em países diferentes; e medir as mudanças ocorridas durante um período de tempo. No conjunto, o intuito é proporcionar a identificação de evidências sobre o assunto (IPPF, 2008).

Trata-se de um projeto desenvolvido e implementado por PVHA. Neste sentido, cada país deve realizar uma pesquisa com entrevistadores e entrevistados que sejam PVHA, além de outras pessoas que tenham qualificações técnicas para a supervisão e a gestão administrativa, como coordenadores de equipe e outros que possam coletar e analisar dados, sendo PVHA ou não. Além da ênfase em recolher informações para construir o índice de estigma, as entrevistas entre pares visam, também, envolver a comunidade, bem como contribuir para o empoderamento e emancipação das PVHA.

O Índice de Estigma já foi implementado em mais de 100 países em todo o mundo, e em 2018, começou a ser implementado pela primeira vez no Brasil. Os resultados do estudo serão divulgados no final de 2019.

A campanha Zero Discriminação do UNAIDS, por sua vez, celebra o direito de todos a uma vida plena, digna e produtiva – não importando sua origem, orientação sexual, identidade de gênero, sorologia para o HIV, raça/cor, religião, deficiência ou quaisquer motivos de discriminação.

Lançada mundialmente no dia 1º de março de 2013, a iniciativa Zero Discriminação tem como símbolo a borboleta – em alusão ao processo de transformação – representando o

compromisso de todos em assumir a mudança de práticas e atitudes rumo a um comportamento aberto à diversidade e ao respeito a todas as pessoas.

Liderada pela Embaixadora do UNAIDS para a Zero Discriminação e vencedora do prêmio Nobel da Paz, Daw Aung San Suu Kyi, a iniciativa consagrou o dia 1º de março como Dia Mundial de Zero Discriminação – buscando mobilizar jovens, comunidades, organizações religiosas e defensores dos direitos humanos, entre outros, na promoção da inclusão e do respeito aos direitos inalienáveis.

No Brasil, a campanha Zero Discriminação conta com o apoio dos Embaixadores de Boa Vontade do UNAIDS Brasil, o ator Mateus Solano e a cantora Wanessa Camargo, para trazer à tona o debate sobre a discriminação e a promoção dos direitos humanos de PVHA.

Em 2017, como parte da iniciativa Zero Discriminação, foi lançada pelo UNAIDS a Agenda para Zero Discriminação nos Serviços de Saúde, que reúne todas as partes interessadas para esforços conjuntos na construção de um mundo onde todas as pessoas, em todos os lugares, possam receber os cuidados de saúde de que necessitam sem discriminação.¹⁴

ESTIGMA E DISCRIMINAÇÃO NO CONTEXTO DA EPIDEMIA DE AIDS

O estigma e a discriminação configuram-se como as maiores barreiras para prevenir futuras infecções, oferecer cuidado, apoio e tratamento adequados e minimizar os impactos da epidemia de HIV/AIDS (UNAIDS, 2000; 2017). Trata-se de temas que são debatidos desde o início da epidemia pelas pessoas vivendo com HIV e aids ou aqueles afetados pela epidemia, constituindo-se como o cerne da experiência pessoal com o HIV e a aids, como ficou registrado nos escritos de Herbert Daniel (1989/2018):

¹⁴ <https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2018/10/2017ZeroDiscriminacaoNosServicoSaude-1.pdf>

Doente, a gente fica. Morrer, toda a gente vai. No entanto, quando se tem Aids, dizem más e poderosas línguas que a gente é “aidético” e, para fins práticos, carrega um óbito provisório, até o definitivo passamento que logo virá. Eu, por mim, descobri que não **sou** “aidético”. Continuo sendo eu mesmo. **Estou** com Aids. Uma doença como outras doenças, coberta de tabus e preconceitos. Quanto a morrer, não morri: sei que Aids pode matar, mas sei melhor que os preconceitos e a discriminação são muito mais mortíferos (DANIEL, pág. 21).

As evidências sobre os impactos do estigma e da discriminação contra PVHA, na prevenção e no tratamento do HIV/AIDS, são expressivos (PARKER e AGGLETON, 2002; PARKER e AGGLETON, 2003; MALUWA, AGGLETON, PARKER, 2002; RUEDA et al., 2016; MEY et al., 2017).

As pesquisas sobre estigma tomam como ponto de partida o estudo clássico do sociólogo norte-americano Erving Goffman (1988): “Estigma - notas sobre a manipulação da identidade deteriorada”, publicado originalmente em 1963. Uma breve apresentação da concepção do autor sobre o termo nos ajudará na análise dos dados da Sociometria da RNP+.

A origem do termo remete aos gregos e se refere a uma marca ou sinal corporal indicativos de algo extraordinário ou moralmente negativo, um sinal de exclusão e marginalização, uma marca do status do sujeito indesejável socialmente.

Em sua conceituação, GOFFMAN (1988) define **estigma** como uma relação entre um atributo depreciativo da pessoa e um estereótipo social que levam tal pessoa ao descrédito em suas relações sociais.

Apesar de ainda haver referência ao sentido original do termo, o autor frisa que o estigma passou a ser mais associado à “própria desgraça do que a sua evidência corporal” (GOFFMAN, 1988, p. 11).

O **estigma** passou a ser tratado como um atributo depreciativo, quando deveriam ser

consideradas as relações sociais que o estabelecem, já que o atributo que estigmatiza alguém está referido à normalidade de outrem. Por isso mesmo, o estigma em si não é bom nem ruim. No contexto social, a pessoa estigmatizada pode se ver na condição de desacreditada ou desacreditável, ou ainda em ambas. No caso das PVHA, seguindo o raciocínio do autor, nota-se, primordialmente, a condição de desacreditada, caracterizada por um ou mais dos três tipos seguintes de estigma:

Em primeiro lugar, há as abominações do corpo – as várias deformidades físicas. Em segundo, as culpas de caráter individual, percebidas como vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas, desonestidade, sendo essas inferidas a partir de relatos conhecidos de, por exemplo, distúrbio mental, prisão, vício, alcoolismo, homossexualismo¹⁵, desemprego, tentativas de suicídio e comportamento político radical. Finalmente, há os estigmas tribais de raça, nação e religião, que podem ser transmitidos através de linhagem e contaminar por igual todos os membros de uma família. (GOFFMAN, 1988, p. 14)

Segundo o autor, em todos os exemplos de estigma, incluindo o dos gregos, as características sociológicas são iguais: o traço individual do estigma pode impedir a atenção a outros atributos individuais. O indivíduo é reduzido ao atributo negativo e fica marcado socialmente por ele.

Em contrapartida, convém lembrar que o estigma pode ser manipulado, revertido, criando ironias que levam os indivíduos tidos como normais a aparecerem como tolos. Tratam-se, assim, de relações de poder móveis e mutantes. Observa-se, socialmente, que indivíduos com um estigma comum se reúnem em pequenos grupos sociais. A despeito das diferenças

¹⁵ No original em inglês, Goffman (1963) usa o termo “homosexuality”, mas na tradução ao português foi traduzido como “homossexualismo”. Considerando as críticas do movimento de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBTT) ao termo “homossexualismo”, dado que o sufixo “ismo” pode se referir a uma doença ou condição patológica, como no caso de alcoolismo, tabagismo, raquitismo ou reumatismo, optamos por corrigir a citação adequando a tradução de “homosexuality” como “homossexualidade”.

individuais, o estigma é também manipulado quando é revertido em ponto positivo, pela ideia de que os indivíduos pertencem a um grupo e que podem modificar sua condição mútua.

Uma revisão crítica da literatura indica que, desde o início da epidemia, pesquisadores, intelectuais e ativistas têm identificado o estigma como um aspecto marcante da epidemia de HIV/AIDS (MANN, 1987; SONTAG, 1989; MALUWA, AGGLETON, PARKER, 2002). Tanto o estigma *sentido* (quando este é internalizado pelo indivíduo), quanto o *efetivado* (quando a sociedade constrói ativamente a experiência do estigma, que pode ser internalizado) tem grande impacto nos desfechos de saúde e na qualidade de vida das pessoas envolvidas (MALUWA, AGGLETON, PARKER, 2002). Segundo LINK e PHELAN (2001), o estigma existe quando há processos de rotulação, estereotipagem, separação, perda de *status* e discriminação que ocorrem em situações de poder que permitem que esses processos se desenvolvam. O estigma *sentido* pode dificultar a busca de diagnóstico e tratamento no tempo adequado, prejudicar a habilidade dos afetados para o autocuidado (MANN, 1987; SONTAG, 1989). O estigma *efetivado* pode impedir indivíduos, grupos e sociedades de abordar adequadamente as questões de saúde não apenas em relação ao provimento de serviços de saúde de qualidade, mas igualmente de serviços jurídico-legais, educacionais e de outra natureza.

Além disso, os efeitos sociais do estigma afetam não somente as PVHA, mas também seus filhos e familiares, tornando-se ainda um aspecto restritivo para os relacionamentos sexuais e afetivos (PETRACCI e ROMEO, 2011). Por fim, o estigma pode fazer das PVHA alvo de situações discriminatórias.

Estigma, preconceito e discriminação são conceitos interligados. PARKER e AGGLETON (2002; 2003) em ensaio clássico no qual propõem um quadro conceitual para a compreensão do estigma e da discriminação relacionados ao HIV/AIDS e uma agenda para seu enfrentamento, referem que parte significativa da produção científica sobre estigma o aborda como

um atributo fixo. Esses autores defendem, no entanto, que a **estigmatização** seja tratada como um processo social em que discursos e estruturas sociais que sustentam as circunstâncias da discriminação são produzidos e reproduzidos. Remete, assim, mais a uma relação de desigualdade e desvalorização do que a um atributo fixo. Na abordagem dos autores, estigma expressa as relações de poder e dominação baseadas em hierarquias de gênero, sexualidade, classe social e raça sob as quais a sociedade é organizada. É tratado, portanto, como um amplo processo social que se produz e reproduz em relações individuais, estruturais e institucionais. Compreender os processos de estigma e discriminação exige, portanto, identificar como os processos de exclusão social são engendrados em determinados contextos culturais e quais as forças sociais que impelem indivíduos, comunidades ou estados a recriar a exclusão em diferentes situações e ambientes.

No caso da epidemia de HIV/AIDS, a exclusão social opera na intersecção de estigmas relacionados à transmissão de doenças, por um lado, e à desvalorização de determinadas práticas e identidades sexuais, por outro. Assim é que se pode compreender que o estigma relacionado ao HIV e à aids, inicialmente associado à homossexualidade e, posteriormente, ao sexo casual e comercial, incorpora mecanismos sociais pelos quais a estigmatização e a discriminação sexual são inseparáveis, a ponto de dificultar a distinção entre o estigma sexual e o estigma da doença/epidemia. O estigma da aids afeta, portanto, não somente as PVHA e as pessoas no seu entorno, mas também aquelas percebidas como possivelmente infectadas ou infecciosas – por sua aparência, conduta e identidade social – afetando, assim, também as pessoas provenientes dos grupos tidos como vulneráveis à infecção pelo HIV. Dessa forma, o estigma da aids resulta na rotulagem das PVHA como perigosas, não apenas pelo caráter transmissível da doença, mas também porque a doença é associada a condutas e identidades sexuais moralmente condenadas anteriormente.

Quando nos referimos a quem não é aceito devido a diferenças por motivos físicos ou sociais, colocamos em primeiro plano o tema do **preconceito**, entendido como: “(...) uma opinião ou conjunto de opiniões que são acolhidas de modo acrítico passivo pela tradição, pelo costume ou por uma autoridade cujos ditames são aceitos sem discussão.” (BOBBIO, 2004, p. 186-7). Algo que não se restringe a ignorância sobre um tema, ou mesmo a concepções prévias, mas caracteriza-se pela inércia e a incapacidade de mudar de opinião a despeito do acesso a informações atuais sobre o tema em questão. Na relação social, o preconceito diz respeito a atitudes (como homofobia, medo de PVHA etc.) que causam prejuízos a outrem, enquanto a discriminação refere-se a comportamentos (como agressões, demissões, proibições etc.). A superação de preconceitos pressupõe a autoconsciência sobre os mesmos.

No caso da **discriminação**, trata-se de uma ação de distinção ou diferenciação que pode adquirir um valor negativo ou positivo. Devido a um estigma e ao preconceito internalizado, uma pessoa pode vir a discriminar outra, tentando rechaçar sua presença, por exemplo, em determinado ambiente, como o local de trabalho, a escola, ou mesmo na família. Embora considere-se que as discriminações sejam decorrentes dos preconceitos, há uma diferença importante a ser considerada. As primeiras são explícitas e passíveis de prova e, conseqüentemente, de reversão de uma situação concreta. Os preconceitos, por sua vez, nem sempre são visíveis. Interferem na autoestima das pessoas atingidas, que até poderem ser ouvidas ficam limitadas pelo silêncio e o não-dito.

No caso da discriminação positiva, refere-se a tratar os desiguais de modo diferente. Por exemplo, ao ser instituída uma política de cotas nas universidades, em partidos políticos, no Legislativo ou em locais de trabalho. Como afirma SOUSA SANTOS (1999, p. 44): “(...) temos o direito a ser iguais sempre que a diferença nos inferioriza; temos o direito de ser diferentes sempre que a igualdade nos descaracteriza”.

De forma geral, entretanto, quando se

fala de discriminação no contexto da epidemia de HIV/AIDS tratamos de situações em que, na ausência de justificativa objetiva, é feita uma distinção contra uma pessoa que implica no tratamento injusto com base no pertencimento ou em ser percebida como pertencendo a um grupo específico.

Neste sentido, compreende-se que o estigma associado ao HIV/AIDS resulta em discriminação, que implica, por sua vez, na violação de direitos. MALUWA, AGGLETON e PARKER (2002) em seu ensaio crítico mostram como o estigma e a discriminação relacionados ao HIV e à aids são intimamente vinculados a outras iniquidades. De forma que criam e reforçam mutuamente uma relação sinérgica entre múltiplas formas de iniquidades que convergem em relação ao HIV/AIDS, impactando, assim, os direitos humanos.

A concepção de direitos humanos agrega um conjunto de direitos mutáveis, histórica e socialmente, que informam a atenção às diferentes inserções sociais. Como destacam GRUSKIN e TARANTOLA (2002), as violações de direitos no contexto do HIV/AIDS atingem de formas diferentes a mulheres, homens e crianças infectados, afetados e vulneráveis ao HIV. Em especial, as desigualdades socioeconômicas, de gênero e raça/cor agravam a vulnerabilidade ao HIV. Por isso, as vias de transmissão para o HIV – sexual e sanguínea – precisam ser relacionadas às diversas inserções sociais para que as violações de direitos sejam identificadas em suas complexidades.

Do mesmo modo, o estudo qualitativo de DUTRA, CORDOVA e AVANT (2016) apresenta relatos de homens negros que consideram que a questão racial aumenta a discriminação da qual são alvo. De acordo com os autores, os homens afrodescendentes vivendo com HIV/AIDS estão mais propícios a situações como a de pobreza extrema, desemprego, baixa escolaridade, entre outras que os deixam ainda mais vulneráveis.

Os direitos humanos e o risco de serem

violados devido à soropositividade dizem respeito à dignidade da pessoa. O respeito e a dignidade estão referidos por valores ético-morais e o direito de ser preservado de qualquer tratamento desumano, violento etc., imputa responsabilidades individuais e coletivas com as PVHA na esfera pública.

Desde seu surgimento, a aids é acompanhada pelo fenômeno da “terceira epidemia”, ou seja: “(...) as repercussões sociais, de medo, pânico, discriminação”, dada a carga moral imbuída nessa problemática. A não-discriminação

devido à experiência com a soropositividade, a dignidade das pessoas afetadas pela epidemia e a denúncia da morte civil são cruciais na resposta brasileira ao HIV/AIDS, simultaneamente, resguardando e sendo vigilante quanto aos direitos humanos (DANIEL, 2018; DANIEL e PARKER, 2018). A presença pública de PVHA marca a resposta à epidemia, especialmente pela denúncia da morte civil que lhes é imputada, entendida como o cerceamento das liberdades individuais e da dignidade dessas pessoas.



1 ASPECTOS TEÓRICO- METODOLÓGICOS

O CONTEXTO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

PERCURSO METODOLÓGICO

ANÁLISE

O CONTEXTO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

A Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS¹⁶, a RNP+, foi criada em 1995, sob inspiração de sua contraparte internacional, a *Global Network of People Living with HIV*¹⁷(GNP+), fundada em 1992. Sua estrutura é formada por um Colegiado Nacional composto por uma Secretaria Nacional, pelas representações nacionais e por cinco representantes regionais.

Inicialmente, a possibilidade de sistematizar informações sobre os ativistas que compõem a RNP+ e os núcleos existentes no País surgiu, em 2008, como parte do projeto “*Instrumentalizar a comunicação da RNP+ Brasil*”, financiado pelo Ministério da Saúde, através do Núcleo da RNP+ de Santa Bárbara d’Oeste e Americana, do estado de São Paulo. Esse projeto tinha como objetivo a descrição de características sociodemográficas dos ativistas e membros da RNP+, e a distribuição dos núcleos (ou grupos locais da RNP+) existentes, visando conhecer as dimensões de sua atuação e fortalecer seu reconhecimento público. Ele foi denominado de “geomapeamento”. Integrava, naquele momento, o desafio de desenvolvimento institucional da rede e teve como eixos

norteadores o *advocacy* e o controle social, buscando conhecer o entendimento dos ativistas sobre sua atuação. Para tanto, foi realizado um *workshop* em São Paulo em 2007, que tinha como objetivo conhecer o entendimento dos integrantes da rede acerca desses eixos norteadores e as estratégias de atuação dos ativistas e núcleos. Chegou-se, assim, às seguintes definições consensuais para tais.

A enquete realizada com os ativistas foi norteada por dois eixos:

- > **Advocacy:** ações para a defesa de interesses das PVHA, especialmente no que se refere às liberdades individuais e à dignidade humana, e
- > **Controle Social:** participação efetiva na elaboração, monitoramento e fiscalização de políticas públicas nas instâncias formais e em outras instâncias de interesse das PVHA.

Os instrumentos adotados nessa enquete – dois questionários, cada um com 30 perguntas – foram elaborados a partir de um *workshop* realizado em São Paulo em 2007, que tinha como objetivo definir esses eixos norteadores e as estratégias de atuação. O primeiro questionário teve por objetivo conhecer o perfil dos ativistas da RNP+, buscando compreender quem são, como vivem, suas experiências com a soropositividade, com a discriminação e o estigma, bem como sua atuação para acessar direitos por meio da justiça e suas experiências de participação social, com foco na defesa de seus interesses no enfrentamento

¹⁶ Desde o início dos anos 2000, a RNP+ passou a se autodesignar RNP+ Brasil. A partir de 2013 a Secretaria Nacional adotou a grafia Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS. No presente trabalho optamos pelo nome e sigla originais, de 1995.

¹⁷ A origem da Global Network of People Living with HIV se dá a partir dos Comitês Diretivos Internacionais das Conferências Internacionais de Pessoas Vivendo com HIV realizadas a partir de 1986. A rede passou a ser denominada GNP+ quando começou a desenvolver programas e projetos próprios. Disponível em: <https://www.gnpplus.net/who-we-are/about-us/> (acesso em 21/02/2019).

da epidemia. O segundo questionário foi dirigido aos Coordenadores dos Núcleos, que são os grupos locais da RNP+, quando existem. O objetivo era conhecer o perfil organizacional e a dinâmica da rede. Além dos questionários, os coordenadores também preencheram um roteiro de autoavaliação dos Núcleos¹⁸.

Em 2008, o geomapeamento começou a traçar o primeiro perfil dos ativistas e dos Núcleos da RNP+ existentes no País. Dos 37 Núcleos existentes na época, 19 coordenadores e 103 ativistas de 16 estados brasileiros e do Distrito Federal, responderam aos questionários enviados por e-mail.

De modo geral, o engajamento dos ativistas lhes confere a possibilidade de um conhecimento diferenciado do restante da população sobre a própria condição de saúde e as possibilidades de tratamento, além das dimensões políticas implicadas. Desse modo, na análise empreendida, os resultados¹⁹ não foram generalizados para todas as PVHA brasileiras, mas para aquelas articuladas em uma rede de ativistas: a RNP+. Também, não se pretendia um retrato conclusivo, devido à dinâmica social e às dimensões dessa rede ainda serem pouco conhecidas.

A partir dessa iniciativa, a RNP+ passou a discutir uma iniciativa que pudesse dar continuidade ao processo de caracterização e autorreconhecimento de seus integrantes, visando ao desenvolvimento institucional da RNP+ e o fortalecimento da participação de seus membros. Isto vinha ocorrendo especialmente em reuniões nacionais da Rede, desde o III Encontro Nacional da RNP+ em Campina Grande

(2009). Assim, surgiu a proposta de realização de uma sociometria da RNP+. O termo “Sociometria” foi adotado pela própria RNP+ para denominar este processo de caracterização e autorreconhecimento dos seus membros. Importante salientar que não se associa, assim, aos estudos dedicados a estabelecer medidas das relações sociais entre os elementos de um grupo ou às iniciativas inspiradas em Jacob Moreno, que recebem a mesma denominação. Nesse III Encontro, um grupo de trabalho foi criado para elaborar um formulário com vistas a conhecer o perfil das PVHA ligadas aos Núcleos da Rede – existentes, já naquela ocasião, na maioria dos estados. O grupo elaborou as questões da Sociometria, cujo formulário partiu de uma coleta de modelos de alguns núcleos da RNP+ – principalmente do Nordeste, Centro-Oeste e Sul – que já aplicavam um formulário em separado ao cadastro basicamente para obter informações socioeconômicas e de saúde sobre seus integrantes. Em agosto de 2011 em Atibaia, durante o IV Encontro Nacional da RNP+, houve uma apresentação de dados em frequências simples.

Entretanto, até há poucos anos, nem mesmo o cadastro da RNP+ era informatizado. Após o IV Encontro, um formulário inicial, ainda em papel, foi divulgado para que os Núcleos o distribuíssem junto a seus membros, incentivando o preenchimento. Os primeiros resultados foram subutilizados, pois apesar de haver um volume razoável de questionários preenchidos manualmente, não se contava com alguém que pudesse reunir as informações e fazer uma análise do material levantado.

Em 2015, a proposta foi aprimorada e os formulários novos transferidos para a ver-

¹⁸ No II Encontro Nacional da RNP+, realizado em Manaus, entre 27 e 29 de agosto de 2007, foi divulgado o início do geomapeamento, incentivando os presentes a responderem e divulgarem os questionários em seus Núcleos. O relatório final do geomapeamento data de 2009. Os resultados foram divulgados na XVIII International AIDS Conference, realizada em Viena, Áustria, de 18 a 23 de julho de 2010.

¹⁹ Como resultado do projeto “Instrumentalizar a comunicação da RNP+ Brasil”, financiado pelo Ministério da Saúde, através do Núcleo da RNP+ de Santa Bárbara d’Oeste e Americana – SP, foi lançado, em 2009, o CD-ROM “Geomapeamento RNP+ Brasil”. Também disponível em <http://www.rnpvha.org.br/conheca-os-resultados-de-2009-do-geomapeamento-da-rnp-brasil.html>

são online, utilizando o recurso do *FormSUS*²⁰. Assim foi elaborado o primeiro questionário online, que utilizaremos aqui. A Sociometria passou a fazer mais sentido para os próprios integrantes da rede quando os dados sistematizados foram apresentados aos membros da RNP+ no VI Encontro Nacional, realizado em Brasília em 2015. Desde então, os membros da Rede começaram a perceber a importância do preenchimento adequado daquelas fichas e a sentir-se parte de um todo. O fato de poderem compartilhar as informações trazidas à tona por suas experiências fortaleceu o sentimento de pertencimento à RNP+ e consequentemente a identidade e os vínculos entre os membros e os Núcleos da Rede. Estes questionários são revisados a cada ano em que são propostos.

Desde 2015, os membros da RNP+ reafirmam sua adesão à rede anualmente, preenchendo uma ficha cadastral online nominal, com questões sociodemográficas. Opcionalmente, também podem preencher uma ficha chamada “ficha sociométrica”, que além de algumas questões sociodemográficas contém perguntas sobre saúde e outras, mais confidenciais. Enquanto as fichas cadastrais são nominais, as fichas sociométricas são anônimas e não-vinculadas. Ou seja, nem apresentam o nome da pessoa que as preencheu – preservando sua identidade –, nem permitem correlacionar o respondente à respectiva ficha cadastral. Isso foi pensado para que as pessoas se sintam à vontade para oferecer suas respostas, sem constrangimentos.

Nas fichas sociométricas, são abordadas as seguintes categorias de variáveis:

- > **Dados de identificação:** região de moradia; país de origem (2017); faixa etária; sexo biológico; orientação do desejo sexual; identidade de gênero; raça/cor autodeclarada; religião;
- > **Dados sobre escolaridade:** escolaridade; estudo atual; tempo de estudo; tipo de ensino (2017);
- > **Condições de saúde:** uso do SUS; serviço que utiliza; cartão SUS; ano de diagnóstico; tempo de tratamento de ARV; conhecimento sobre terapia ARV; aceitação ao tratamento; adesão; mudança no esquema terapêutico; motivação para mudar o tratamento; infecções oportunistas; valor da carga viral; valor de CD4; tipo de local para acompanhamento para HIV; conhecimento; informação sobre lipodistrofia; indicação médica para tratamento de lipodistrofia; local corporal dos efeitos da lipodistrofia;
- > **Vulnerabilidades potenciais e discriminação:** estilo de vida; deficiência aparente (motora, visual, auditiva, mental); violência; discriminação; tempo da última relação sexual (2017); compartilhamento sobre condição sorológica; apoio;
- > **Protagonismo e liderança:** interesse pelo assunto aids; participação em grupo de ajuda mútua ou de adesão; conhecimento sobre ONG de apoio a PVHA; conhecimento sobre as redes de PVHA; participação em movimentos sociais; participação em ONG; inserção no movimento social de aids; participação e controle social; acesso à internet;
- > **Atividade laboral e situação trabalhista:** trabalho/atividade remunerada; pessoas/moradia; tipo de renda; total da renda da residência;
- > **Apoio da seguridade social:** dependentes; menores de idade/idosos/pessoas com deficiências/outras PVHA na família;
- > **Gastos:** despesas fixas; tipo de moradia; tempo de residência; local de residência; tipo de construção; número de cômodos na residência; acesso à água; acesso à energia elétrica.

Em 2015, durante o Encontro Nacional da RNP+ em Brasília, foram apresentados alguns resultados destas fichas com frequências simples, tentando caracterizar a RNP+. A apre-

²⁰ O *FormSUS* é um serviço do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) – órgão da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde com a responsabilidade de coletar, processar e disseminar informações sobre saúde – para a criação de formulários na web. Trata-se de um serviço de uso público, com normas definidas, compatíveis com a legislação brasileira e com a política de informação e informática do Sistema Único de Saúde (SUS), desenvolvido para atender a finalidades do SUS e de órgãos públicos parceiros. Entretanto, foi colocado à disposição de instituições e universidades para aplicações de interesse público, como é o caso da Sociometria realizada pela RNP+ Brasil. Disponível em: <http://formsus.datasus.gov.br/site/default.php> [acesso em 24/02/2019].

sentação teve muitos comentários e perguntas da plenária, cuja maior parte tinha preenchido estas fichas. Isso provavelmente levou a que, em 2017, mais pessoas preenchessem a ficha sociométrica. Em 2017, durante o Encontro Nacional da RNP+ em Fortaleza, foi realizada uma nova apresentação, desta vez com comparações das respostas dos anos de 2015 e 2017. Essa perspectiva suscitou interesse adicional das PVHA presentes.

É possível realizar análises sobre distintos aspectos relacionados ao viver com HIV e aids a partir dos dois bancos de dados de 2015

e 2017. Escolhemos abordar como principal tema neste estudo a violência e a discriminação relatadas pelos membros da RNP+ por sua importância e pelas graves implicações na vida das pessoas com HIV. O que se manifestou por solicitação dos próprios membros da RNP+.

Como será visto adiante, a violência e a discriminação relatadas não estão somente relacionadas ao HIV. Apresentamos também nesta publicação uma caracterização dos respondentes das duas amostras, o que já é importante por si mesmo, para a RNP+ e para os seus membros.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de caráter quantitativo. Para tanto, foram analisadas as respostas às fichas sociométricas preenchidas por membros da RNP+ nos anos de 2015 – contendo 71 perguntas – e de 2017 – com 75 perguntas. Há pequenas variações entre as fichas, mas a maioria das questões mantém-se de um ano para o outro.

No ano de 2015, 507 membros da RNP+ atualizaram suas fichas cadastrais, dos quais 323 responderam à ficha sociométrica. No ano de 2017, por sua vez, 729 membros atualizaram seu cadastro junto à RNP+ e 432 fichas sociométricas foram respondidas. Considerando que o número de cadastrados corresponde à totalidade dos membros da RNP+, chegamos às seguintes taxas de resposta às fichas sociométricas nos anos de 2015 e 2017, respectivamente, 64% e 59% (Quadro 2).

Quadro 2 > Comparação entre as respostas às Fichas Cadastrais e às Fichas Sociométricas, SRNP+ 2015 e 2017

FICHAS	ANO	2015	2017	VARIAÇÃO DAS RESPOSTAS ÀS FICHAS
Fichas de Cadastro		507	729	44%
Fichas Sociométricas		323	432	34%
Taxa de resposta à Sociometria		64%	59%	

As fichas de cadastro e sociométrica são independentes, sendo que a primeira registra e atualiza, a cada ano, o vínculo com a RNP+ Brasil. Com relação à metodologia do presente estudo, cumpre ressaltar que os membros da RNP+ de 2015 não são os mesmos que em 2017. Com efeito, há 222 fichas cadastrais a mais preenchidas em 2017 do que em 2015. Durante a análise, esta variável será levada em conta, e por essa razão daremos mais atenção às características que sejam partilhadas nos dois bancos (2015 e 2017). Mesmo que haja alguma coincidência, os respondentes em 2015 e 2017 não são os mesmos. Se em 2017 há pelo menos 200 cadastros a mais do que em 2015, no caso da ficha sociométrica, em 2017, há 109 fichas a mais do que em 2015. O percentual de fichas sociométricas com respeito às cadastrais difere pouco de um ano para o outro, caindo 5%, em 2017.

Para caracterizar os membros da RNP+, foram selecionadas as seguintes variáveis sociodemográficas²¹: região de moradia; sexo, orientação sexual; identidade sexual e de gênero; raça/cor autodeclarada; escolaridade; faixa etária; estado civil; condição de moradia; acesso a esgoto; renda familiar; tipo de rendimento; acesso à internet; e variáveis de saúde: uso do SUS; tipo de serviços de saúde utilizados; tempo de diagnóstico; ocorrência de infecção oportunista; conhecimento dos antirretrovirais (ARV) que toma; adesão ao tratamento; carga viral; contagem de células CD4; aceitação do

²¹ Para conhecer as perguntas das fichas utilizadas nas análises aqui apresentadas consulte o Anexo 1.

tratamento; mudança de tratamento; pessoas que conhecem a sorologia do respondente; indicações de intervenção para lipodistrofia.

Para analisar a experiência de discriminação e violência, foram utilizadas variáveis que tratam sobre experiências de violência, tipos de violência sofridos, experiências de discriminação e motivação para ser discriminado, com especial ênfase na discriminação relacionada ao HIV. Também foram estabelecidos cruzamentos da distribuição de tais relatos conforme diferentes recortes sociodemográficos, tais como: sexo, região, orientação sexual, escolaridade, e outros considerados pertinentes. Além disso, foram calculadas taxas para a violência e discriminação e para a discriminação relacionada ao HIV. Por fim, buscou-se traçar o estado atual em relação à violência e à discriminação de PVHA e possíveis tendências foram destacadas.

Buscou-se interpretar os dados da sociometria dos integrantes da RNP+ identificando perfis, a partir de respostas recorrentes que contribuem para evidenciar as experiências das pessoas, relacionando-as às categorias mencionadas acima.

Para determinar até que ponto o retrato das pessoas vinculadas à RNP+ oferecido nesta análise pode ser representativo das pessoas soropositivas no Brasil, foram realizadas comparações entre os resultados obtidos nesta caracterização com algumas categorias de dados do Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS do Mi-

nistério da Saúde, como razões de sexo, raça/cor etc. (ver Quadros 8, 9 e 10).

A pesquisa empreendida caracteriza-se como um estudo de corte transversal, de forma que os respondentes registram na ficha sua resposta para aquele dado momento em relação às diversas variáveis estudadas, tais como carga viral, CD4, adesão, ocupação etc. Por isso, os dados refletem dois momentos distintos do grupo, ou seja, 2015 e 2017. Não permite, assim, estabelecer nexos causais. Por esta razão, quando se identifica a distribuição diferencial de relatos de discriminação por ocupação, não se pode atribuir que a discriminação seja causa ou consequência da situação laboral, por exemplo.

O protocolo desta pesquisa foi submetido à avaliação ética por meio da Plataforma Brasil²², que o redirecionou para ser avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (CEP/CRT), em cumprimento aos preceitos da Resolução CNS n° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tendo sido registrada sob o n° CAAE 83394218.3.0000.5375.

Para os dois anos em estudo, a última pergunta das fichas solicita a confirmação de preenchimento e a permissão de uso das informações. Assim, para esta análise, todas as fichas que não tinham a confirmação de preenchimento ou não permitiam o uso dos dados foram excluídas.

²² A Plataforma Brasil é uma base nacional e unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos para todo o sistema CEP/CONEP – como é nomeado o Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Disponível em: http://portal2.saude.gov.br/sisnep/Menu_Principal.cfm [acesso em 24/02/2019].

ANÁLISE

A análise dos dados será apresentada em duas partes. A primeira, no Capítulo 2, apresenta a caracterização dos respondentes de 2015 e de 2017, de forma a oferecer um perfil geral desses e, portanto, tem um caráter descritivo. Utilizou-se quase sempre o cálculo de frequências simples para as diferentes variáveis em estudo. Também serão comentadas as mudanças que ocorreram de um ano para o outro.

A segunda, no Capítulo 3, aborda os relatos dos mesmos respondentes de experiências de discriminação e violência, incluindo a discriminação relacionada ao HIV. Ela também tem um valor descritivo, mas para esta análise utilizaremos algumas ferramentas estatísticas visando generalizar as conclusões para toda a RNP+²³.

Efetuamos algumas comparações para examinar até que ponto é possível extrapolar os resultados obtidos neste estudo para a realidade das PVHA no Brasil. Para tanto, é importante ressaltar que há dados oficiais sobre o número anual de casos de aids, o número anual de diagnósticos de HIV e estimativas oficiais sobre o número de PVHA no Brasil. Procedemos a esse exame realizando algumas comparações com base no Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2018²⁴ (BRASIL, 2018), publicado pelo Departa-

mento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, Aids e das Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (DIAHV/SVS/MS). Como neste estudo a população exibe uma variação de idades significativa, tempos de diagnóstico diferentes e, também, tempos de tratamento variados, tomou-se por base para essa comparação, os dados do Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2018 referentes aos anos de 2007 e 2016. Deve ser salientado que o ano de 2007 foi utilizado como base de comparação por ser o ano de início da notificação compulsória do HIV, bem como da introdução da autodeclaração de raça/cor, no Boletim Epidemiológico. O ano de 2016 é o ano mais recente com dados consolidados até o momento de realização dessa análise. Os dados de HIV e aids notificados no Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2018, para os anos de 2007 e 2016 serão comparados de acordo com sexo, razão de sexo e orientação sexual, tanto para HIV como para aids. Uma dificuldade para a comparação é que não há dados sobre a distribuição destas categorias na população de PVHA no Brasil. Por isso, optamos por compará-las com as incidências de HIV e de aids nos anos de 2007 e 2016. Note-se que os dados de HIV são os que constam no Sistema de Informação de Agravos de Notificação²⁵ (SINAN), ao pas-

²³ Mesmo que os componentes da RNP+ em 2015 e em 2017 não sejam os mesmos, no que se segue serão referidos simplesmente como RNP+.

²⁴ Esse era o último boletim epidemiológico nacional publicado no momento de realização deste estudo. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2018> [acessado em: 26/02/2019].

²⁵ O Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN –, do Ministério da Saúde, reúne informações de notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória, dentre elas a aids e, mais recentemente desde 2007, a infecção pelo HIV. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br> [acessado em: 26/02/2019].

so que os dados de aids são obtidos do cruzamento dos sistemas de informações SINAN, Sistema de Controle Logístico de Medicamentos²⁶ (SICLOM) e Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV²⁷ (SISCEL). Finalmente, comparamos com a Cascata do Cuidado Contínuo²⁸ 2016, no que diz respeito à percentagem de PVHA com carga viral indetectável.

A distribuição de relatos de violência e/ou discriminação (VouD) foi analisada segundo os diferentes recortes dados por religião, região, raça/cor, renda, escolaridade, sexo, orientação sexual, estado civil, faixa etária, adesão e carga viral. Assim, analisamos se VouD distribuiu-se de modo similar (ou homogêneo) segundo as diferentes variáveis em estudo. A distribuição segundo os recortes pode variar segundo a categoria de modo homogêneo (isto é, próximo da média) ou não homogêneo, portanto, diferentes. Usaremos testes estatísticos para analisar se há homogeneidade ou não.

²⁶ O Sistema de Controle Logístico de Medicamentos – SICLOM –, do DIAHV/SVS/MS, visa gerenciar a logística dos medicamentos antirretrovirais. Permite que o DIAHV tenha informações sobre fornecimento de medicamentos aos pacientes em terapia antirretroviral (TARV), controle os estoques e a sua distribuição, obtenha informações clínico-laboratoriais dos pacientes e sobre o uso de diferentes esquemas terapêuticos. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/gestores/sistemas-de-informacao/sistema-de-controle-logistico-de-medicamentos-siclom> [acessado em: 26/02/2019].

²⁷ O Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV – SISCEL –, do DIAHV/SVS/MS, é um sistema de informações que cadastra PVHA em atendimento nos serviços de saúde vinculados ao SUS e armazena o histórico dos exames de carga viral do HIV e de contagem de linfócitos CD4+/CD8+ realizados, a fim de auxiliar o médico a prescrever a melhor terapia para o paciente. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/primeira-coluna/sistema-de-controle-de-exames-laboratoriais-da-rede-nacional-de-contagem-de> [acessado em: 26/02/2019].

²⁸ Originado na literatura internacional sobre controle da tuberculose, o conceito da cascata de cuidado contínuo trata da utilização de modelagens matemáticas para evidenciar a cadeia de eventos que levam ao acesso à saúde. Para isso, desagrega os diferentes momentos assistenciais, desde o diagnóstico até o tratamento, incorporando a dimensão dos serviços de saúde. No caso do HIV/Aids, a metodologia de cascata do cuidado contínuo adotada pelo DIAHV abrange a sequência de etapas que as PVHA precisam atravessar a partir do momento da infecção até chegar à supressão viral, o objetivo último do cuidado. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/manual-tecnico-de-elaboracao-da-cascata-de-cuidado-contínuo> [acesso em 28/02/2019].

Finalmente, o critério adotado para considerar alguma distribuição de VouD não homogênea para a RNP+ é o de que esta ausência de homogeneidade ocorra nos dois anos em estudo, 2015 e 2017. Por exemplo, para dizer que as PVHA de uma região são mais vulneráveis a VouD do que as PVHA de outra, será necessário que a distribuição da VouD recortada segundo região seja não homogênea nos dois anos. Este critério será usado para todas as análises sobre os relatos de discriminação, violência e, especificamente, de discriminação por HIV.

Para saber se VouD distribuiu-se homogeneamente nos diferentes recortes, utilizamos o teste χ quadrado, com o critério $<5\%$ ($p < 0,05$), para cada recorte e ano. Se $p < 0,05$ concluiremos que VouD não se distribuiu de modo homogêneo para esse recorte. Em outro caso, VouD distribuiu-se de modo homogêneo. O valor de p respectivo está no texto que acompanha o recorte de cada ano. O valor de p dá uma ideia sobre a dispersão da distribuição. Assim, p é uma probabilidade, ou seja, um valor entre 0 e 1. Quanto maior for p , ou seja, mais perto de 1, isto indicará menor dispersão (ou por outras palavras, maior homogeneidade).

Para que em um recorte uma categoria fosse mais vulnerável ou menos vulnerável do que as outras para a população da RNP+, nosso critério foi o de *persistência*. Ou seja, se nos dois anos houve distribuição não homogênea segundo o recorte respectivo e a categoria mostrou vulnerabilidade maior ou menor nos dois anos.

As amostras em tela não são independentes porque uma mesma pessoa pode ter preenchido a ficha sociométrica nos dois anos. Porém, para comparar médias de magnitudes (proporções ou taxas) correspondentes aos dois anos, usamos o teste de *Student* como se as amostras fossem independentes. Outra vez usaremos $p < 0,05$ para concluir que as médias são diferentes.

Em alguns casos também calculamos os intervalos de confiança (IC) 95% pela *t de Student* para cada amostra. Se os IC tivessem in-

terseção, teríamos estabilidade. Se eles fossem disjuntos, as taxas seriam estatisticamente diferentes. Isso porque o intervalo diferença dos intervalos de confiança conteria o valor “0”. Este intervalo diferença estaria contido no intervalo de confiança da diferença de médias, mas desse modo não é possível calcular o valor de p .



2 CARACTERIZAÇÃO DAS AMOSTRAS

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

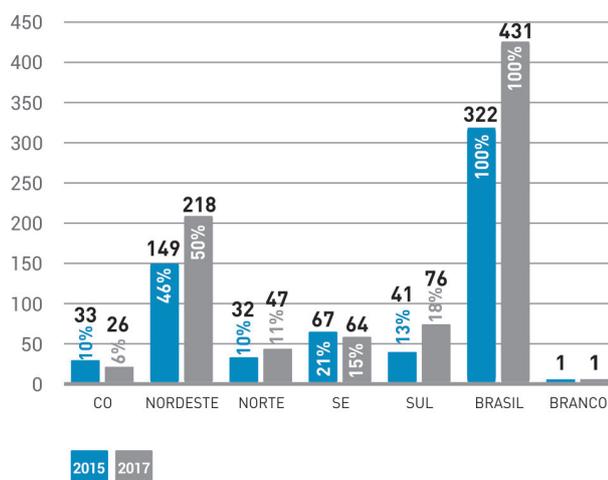
**CONDIÇÕES DE SAÚDE, ACESSO A SERVIÇOS,
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO**

**COMO SE COMPARAM AS AMOSTRAS ESTUDADAS
COM OS CASOS NOTIFICADOS DE PVHA NO BRASIL?**

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

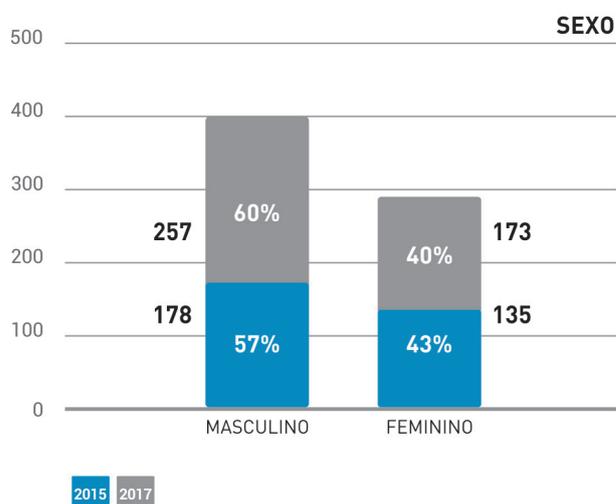
Nos dois anos em estudo, há maior frequência de respostas à Sociometria da RNP+ (SRNP+) na região Nordeste do País, seguida pelas regiões Sudeste, em 2015, e Sul, em 2017 (Gráfico 1).

Gráfico 1 > Distribuição dos respondentes por região do Brasil, SRNP+ 2015 e 2017



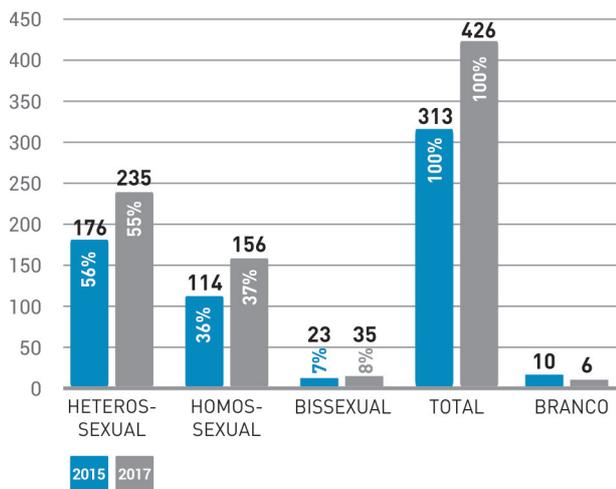
Quanto à distribuição por sexo, houve um total de 313 respostas, em 2015, e 430, em 2017. Havendo, respectivamente, 10 e 2 fichas sem resposta para este quesito em cada ano. Para ambos os sexos, há um aumento nas respostas recebidas, de 2015 para 2017 (Gráfico 2).

Gráfico 2 > Distribuição por sexo, SRNP+ 2015 e 2017



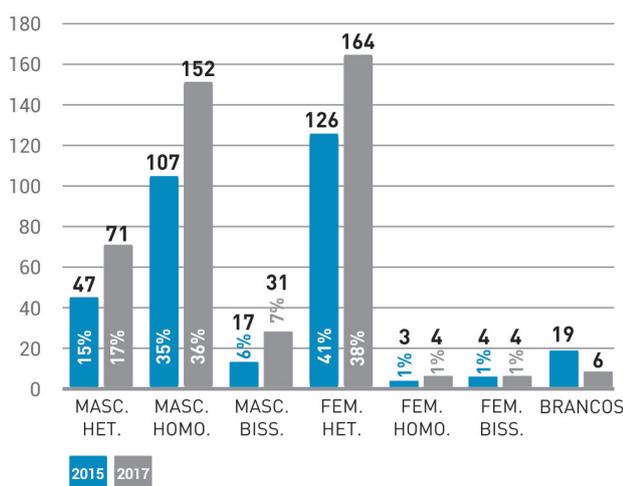
No que tange à distribuição por orientação sexual (Gráfico 3), a maior parte dos respondentes identifica-se como heterossexual e as proporções por categoria são semelhantes nos dois anos. Houve 10 e 6 brancos para 2015 e 2017, respectivamente.

Gráfico 3 > Distribuição por orientação sexual, SRNP+ 2015 e 2017



Ao fazermos o cruzamento entre as variáveis sexo e orientação do desejo sexual, observamos que a maior parte das respondentes do sexo feminino identificam-se como heterossexuais, em termos de orientação sexual. Entre os respondentes do sexo masculino, a maior parte identificou-se como homossexual. Essa característica manteve-se nos dois anos em estudo (Gráfico 4).

Gráfico 4 > Cruzamento entre sexo biológico e orientação sexual, SRNP+ 2015 e 2017



Apesar de haver uma variável intitulada Identidade de Gênero na Sociometria da RNP+ – o que é relevante e valioso, pela possibilidade de reconhecer a transexualidade e a travestilidade –, a mesma tem falhas importantes em suas categorias de resposta. Isso porque, nas alternativas de resposta fechadas disponíveis no formulário, há mistura entre as categorias identidade sexual (heterossexual, homossexual e bissexual) e identidade de gênero (travesti e transexual), sem, no entanto, diferenciar pessoas cisgênero²⁹ daquelas transexuais. Desconsiderando, ainda, que tais categorias não são mutuamente excludentes – podendo uma mesma pessoa ser transexual e heterossexual ou travesti e homossexual.

Feita essa ressalva, é digno de nota que muito poucos respondentes caracterizaram-se como transexuais, travestis ou intersexuais. De forma que a amostra não é representativa de PVHA transexuais, travestis e intersexuais³⁰.

Tabela 1 > Distribuição por identidade sexual e de gênero, SRNP+ 2015 e 2017

	SRNP+ 2015		SRNP+ 2017	
	N	%	N	%
Heterossexual ³⁰	160	49%	228	54%
Gay	94	29%	146	35%
Bissexual	24	7%	34	8%
Travesti	15	5%	5	1%
Mulher trans	8	2%	6	1%
Intersexual	18	6%	1	0%
Lésbica	2	1%	2	0%
Homem trans	2	1%	1	0%
Total	323	100%	423	100%

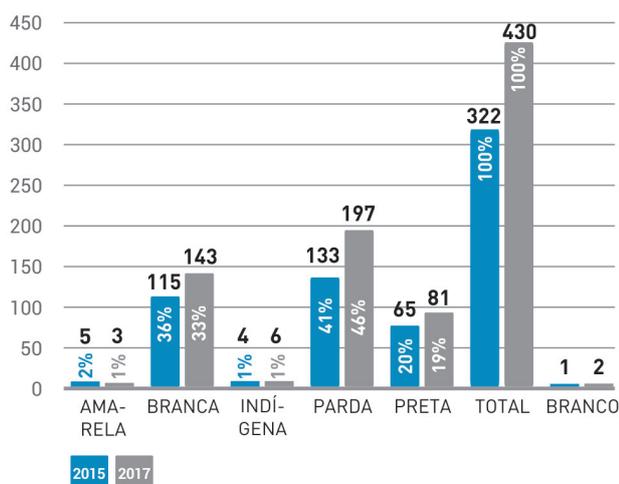
²⁹ A categoria cisgêneridade faz referência a sujeitos que se mantiveram, ao longo da vida, em acordo com o sexo e o gênero designados para si no nascimento. Marca, assim, a diferença entre tais sujeitos e as pessoas transexuais.

³⁰ Dada a relevância de dispormos de dados sobre PVHA transexuais, apesar da não-representatividade das mesmas neste estudo e das limitações do instrumento de pesquisa, o Anexo II apresenta dados sobre discriminação relacionada com HIV/AIDS entre as poucas PVHA que responderam e, assim se caracterizaram, na Sociometria da RNP+.

³¹ A categoria "heterossexual" não distingue mulheres e homens cisgênero heterossexuais, incluindo-os numa única categoria.

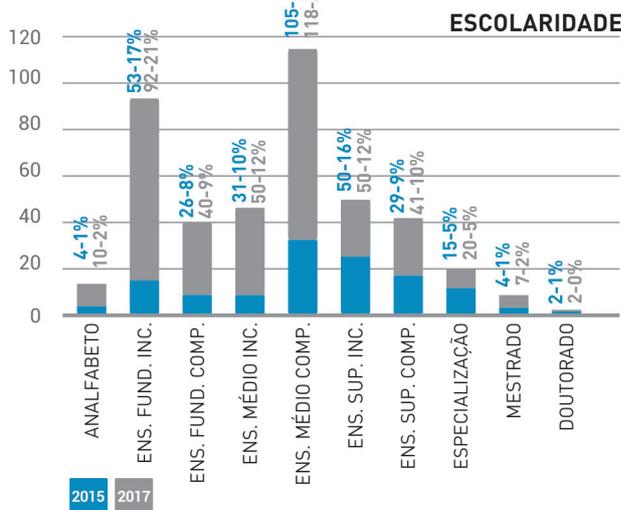
A pergunta sobre autodeclaração de cor ou raça teve um total de 322 e 430 respostas para 2015 e 2017, com uma e duas fichas sem resposta para esse quesito, respectivamente. Considerando como negra³² a soma das categorias pardo e preto temos 198 (61,4%), em 2015, e 278 (64,6%), em 2017. O Gráfico 5 mostra os detalhes.

Gráfico 5 > Raça/cor autodeclarada, SRNP+ 2015 e 2017



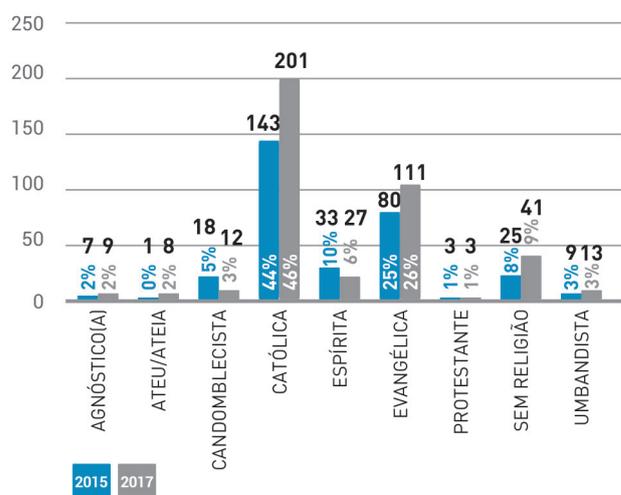
Há uma grande variação no que se refere à escolaridade dos participantes da RNP+ que responderam à Sociometria, o que se mantém nos anos de 2015 e 2017. Há maior frequência de respostas, nos dois anos, entre pessoas que estudaram até o ensino fundamental incompleto e aqueles que estudaram até o ensino médio incompleto. A distribuição dos respondentes segundo escolaridade apresenta como mediana – o valor que divide a distribuição dos respondentes em dois grupos iguais – o ensino médio completo com, respectivamente, 105 e 118 respostas. Para a distribuição completa dos graus de escolaridade das PVHA vinculadas à RNP+, veja o Gráfico 6.

Gráfico 6 > Distribuição por grau de escolaridade, SRNP+ 2015 e 2017



O Gráfico 7 mostra a distribuição dos respondentes por Religião. A maior parte dos respondentes, nos dois anos em estudo, declararam-se católicos (44% e 46%). Em nossa análise posterior agruparemos aqueles respondentes que informam afiliação religiosa à umbanda e ao candomblé por um lado – como religiões de matriz africana – e ateus, agnósticos e sem religião, por outro lado.

Gráfico 7 > Distribuição por religião, SRNP+ 2015 e 2017

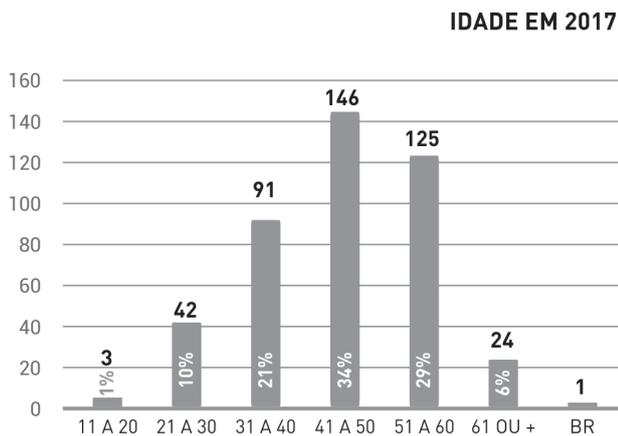


Os Gráficos 8 e 9 referem-se às distribuições por faixa etária e estado civil, com dados disponíveis apenas para o ano de 2017, posto que estas variáveis não estiveram presentes na enquete de 2015.

³² Segundo a convenção adotada pelos estudos demográficos no Brasil, fundamentada na classificação racial do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), considera-se negro aquele que se autodeclara preto ou pardo (diante das categorias: branco, preto, pardo, amarelo e indígena) (Oliveira, 2004).

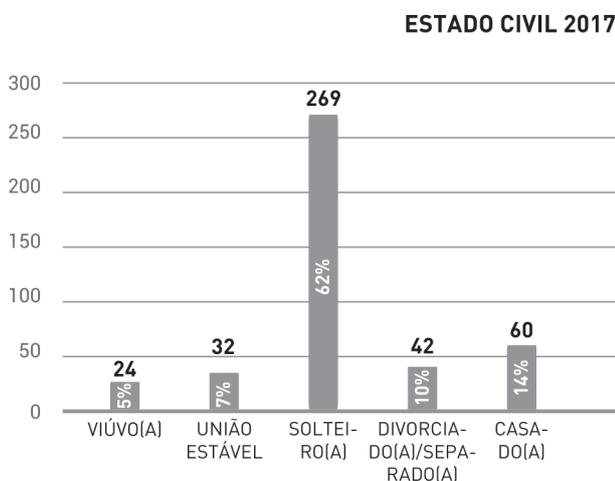
O grupo de respondentes é predominantemente de adultos, com pequenas parcelas de jovens e idosos. As faixas etárias predominantes de PVHA da RNP+, em 2017, correspondem à faixa dos 41 aos 50 anos, seguida pela faixa dos 51 aos 60 anos.

Gráfico 8 > Distribuição por faixa etária, SRNP+ 2017



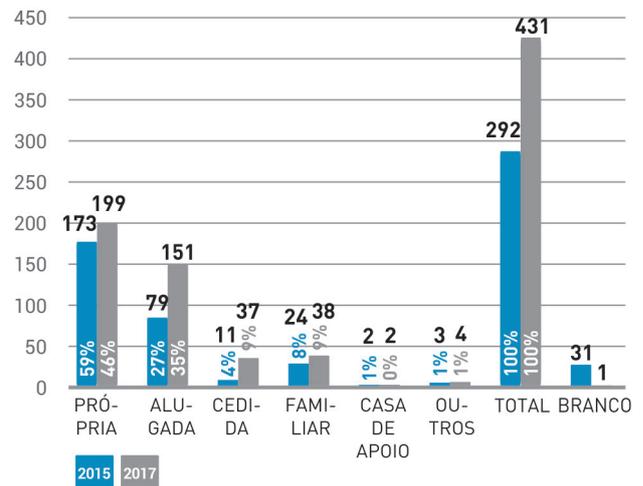
O grupo de PVHA da RNP+ que respondeu à Sociometria em 2017 é predominantemente de solteiros. Como o quesito no questionário refere-se ao estado civil, é possível que os respondentes não tenham necessariamente se referido à ocorrência de parcerias conjugais informais.

Gráfico 9 > Distribuição por estado civil, SRNP+ 2017



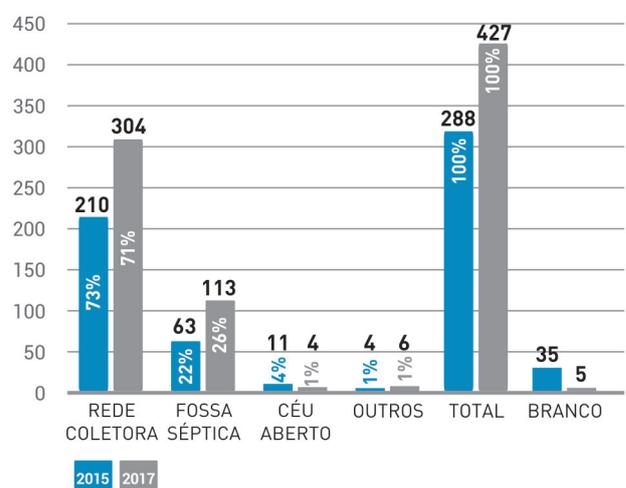
No que se refere à condição de moradia, nos anos de 2015 e 2017, podemos observar que a maioria dos respondentes assinalaram residir em casa própria ou alugada, perfazendo total de 86%, em 2015, e 81%, em 2017.

Gráfico 10 > Distribuição por condição de moradia, SRNP+ 2015 e 2017



Complementando a caracterização quanto às condições de moradia, o Gráfico 11 refere-se ao acesso ao serviço de esgotamento sanitário. Em 2015 e 2017, respectivamente, 73% e 71% das respostas informavam a existência de rede coletora de esgoto. A existência de fossa séptica foi de 22% e 26%, respectivamente. É digno de nota a alta taxa de respostas em branco neste quesito, especialmente no ano de 2015.

Gráfico 11 > Distribuição por acesso a esgoto, SRNP+ 2015 e 2017



A seguir, os Gráficos 12 e 13 apresentam a renda familiar informada pelos respondentes da Sociometria, para 2015 e 2017. Os dois gráficos são difíceis de comparar, dado que os intervalos parametrizados correspondentes à renda tendo o salário mínimo (SM) como referência variou de um ano ao outro. De todo modo, é possível observar que, em 2015, grande parte das respostas estiveram entre “até um SM” e “de 1 a 3 SM”, respectivamente, com 117 e 103 respostas. Para o ano de 2017, de modo geral, as respostas correspondem a até 2 SM distribuídas em 81 respostas para menos de ½ SM, 134 respostas para de ½ a 1 SM e 110 respostas para de 1 a 2 SM.

Gráfico 12 > Distribuição da renda familiar, SRNP+ 2015

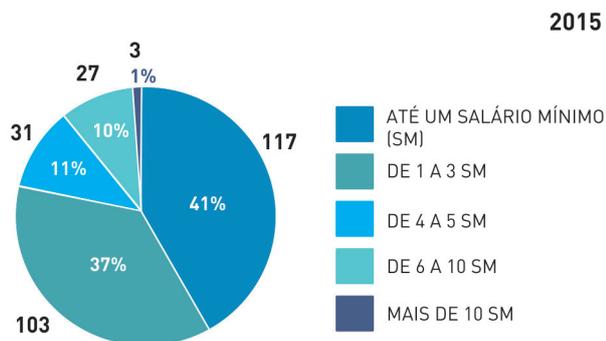
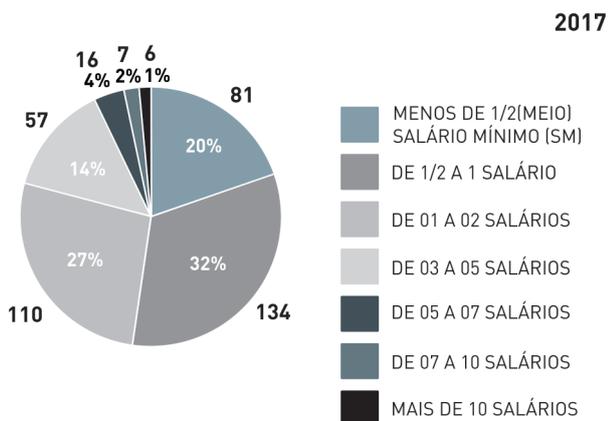


Gráfico 13 > Distribuição da renda familiar, SRNP+ 2017



A título de comparação, em 2015, o salário mínimo (SM) valia R\$ 788,00 e o Rendimento Nominal Mensal domiciliar per capita (RNM) brasileiro era R\$ 1.113,00 (IBGE, 2016)³³. Em 2017, o SM valia R\$ 937,00 e o RNM domiciliar per capita do Brasil, sendo de R\$ 1.268,00. O cálculo da razão do RNM pelo SM (RNM/SM), em 2015, era 1,353 (IBGE, 2016), enquanto foi de 1,40, em 2017 (IBGE, 2018).

Quadro 3 > Comparação de renda segundo ano, SRNP+ 2015 e 2017

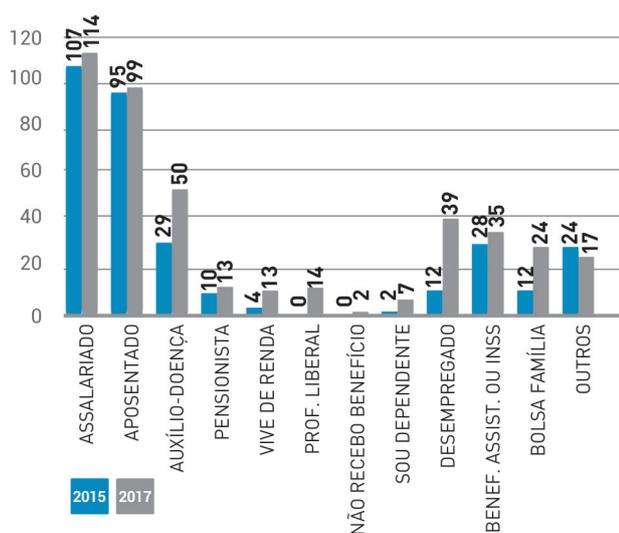
COMPARAÇÃO DAS RENDAS DA RESIDÊNCIA SEGUNDO ANO		
% do total respondido	2015	2017
até 1 SM	39%	52,31%
até 5 SM	83%	93%
% do total de fichas		
até 1 SM	36%	49,76%
até 5 SM	77,7%	88,42%
Branco	6,8%	4,86%

Em 2017, temos que a mediana de renda (1 SM) é bem inferior à RNM. Ao mesmo tempo, de 2015 para 2017, registrou-se uma diminuição da renda porque a mediana para 2015 está na faixa de 1 a 3 SM, enquanto a mediana para 2017 está na faixa de ½ a 1 SM. Também, aumentou a proporção dos que ganham até um salário mínimo e até cinco SM, ou seja, aumentaram as faixas de menor renda reduzindo-se aqueles que ganham mais de cinco salários mínimos.

³³ Renda domiciliar per capita é o quociente entre a renda domiciliar total e o número de membros no domicílio. (Jannuzzi, 2017, p. 104). O rendimento domiciliar per capita é calculado pelo IBGE a partir dos dados coletados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua). Seu cálculo se dá dividindo-se o total dos rendimentos domiciliares (em termos nominais) pelo total dos moradores de um domicílio. Para tal cálculo, consideram-se os rendimentos de trabalho e de outras fontes de todos os moradores, inclusive aqueles classificados como pensionistas, empregados domésticos e parentes dos empregados domésticos. A PNAD Contínua obtém informações por meio de entrevistas no 1o, 2o, 3o e 4o trimestres e para este cálculo pergunta os valores dos rendimentos brutos efetivamente recebidos no mês de referência da pesquisa. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/20154-ibge-divulga-o-rendimento-domiciliar-per-capita-2017> [acesso em: 02/03/2019].

A maioria das respostas para tipo de renda, por parte das PVHA da RNP+, apresentou números mais expressivos para as alternativas: assalariado(a) e aposentado(a). No primeiro caso, foram 107 pessoas assalariadas, em 2015, e 114 em 2017. Quanto às aposentadas, foram 95 e 99, respectivamente. Ao desagregarmos as informações sobre os tipos de rendimentos para garantirmos mais detalhes na visualização do perfil dos respondentes, podemos notar que há uma diversidade de benefícios sociais que impactaram o rendimento das PVHA no Brasil. Além do Benefício de Prestação Continuada³⁴ – benefício de caráter assistencial –, houve, por exemplo, aposentadorias, pensões, auxílio-doença e inclusive PVHA beneficiadas pelo Bolsa-Família³⁵. (Gráfico 14). As categorias maiores (que superam 10% do total) foram “Assalariado” (33%, 27%), “Aposentado” (29%, 24%) e “Auxílio Doença” (9%, 12%) para 2015 e 2017, respectivamente.

Gráfico 14 > Distribuição por tipo de rendimento, SRNP+ 2015 e 2017



Nota: N= 284 em 2015; N= 417 em 2017.

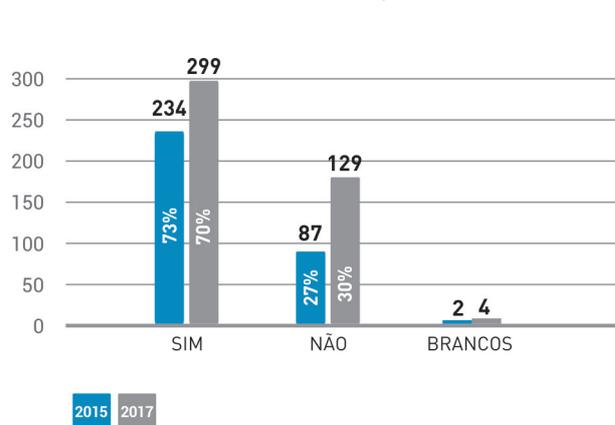
³⁴ O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é assegurado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e assegura a renda de um salário mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção, nem de tê-la provida por sua família. Para ter direito ao BPC, é preciso que a renda por pessoa do grupo familiar seja menor que 1/4 do salário mínimo vigente. Disponível em: <https://www.inss.gov.br/beneficios/beneficio-assistencial-ao-idoso-e-a-pessoa-com-deficiencia-bpc/> [acesso em 02/03/2019].

³⁵ O Bolsa Família é um programa de transferência direta de renda, direcionado às famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o País, que visa combater a pobreza e a desigualdade no Brasil. Procura garantir a essas famílias, no mínimo, o direito à alimentação e o acesso à educação e à saúde. Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/o-que-e> [acesso em: 02/03/2019].

O percentual de domicílios com acesso à Internet passou a ser considerado um indicador de “inclusão digital”, o que evidencia o acesso a bens e a produtos culturais (Jannuzzi, 2017). Para além do sentido de inclusão digital, no caso da RNP+, por se tratar de uma rede de caráter nacional, o acesso à Internet é importante por facilitar a comunicação e a troca de informações entre seus membros e os núcleos de atuação.

Em 2015, 234 pessoas, que responderam à Sociometria, informaram ter facilidade de acesso à Internet, enquanto 87 afirmaram não ter essa facilidade. Em 2017, 299 pessoas responderam ter facilidade de acesso, enquanto 129 afirmaram que não, como mostra o Gráfico 15. Pode-se notar que aumentou a porcentagem daqueles sem facilidade de acesso à Internet de 2015 para 2017, passando de 27 para 30%.

Gráfico 15 > Distribuição por facilidade de acesso à internet, SRNP+ 2015 e 2017



Encontramos similaridade com nossos dados quando comparamos o acesso à Internet da população geral nos domicílios brasileiros, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 2016 (IBGE, 2016).

Constatou-se que a Internet era utilizada em 69,3% dos 69.318 mil domicílios particulares permanentes do País, estando disseminada na maioria dos domicílios em todas as Grandes Regiões: no Sudeste, 76,7% das residências a possuíam; no Centro-Oeste, 74,7%; no

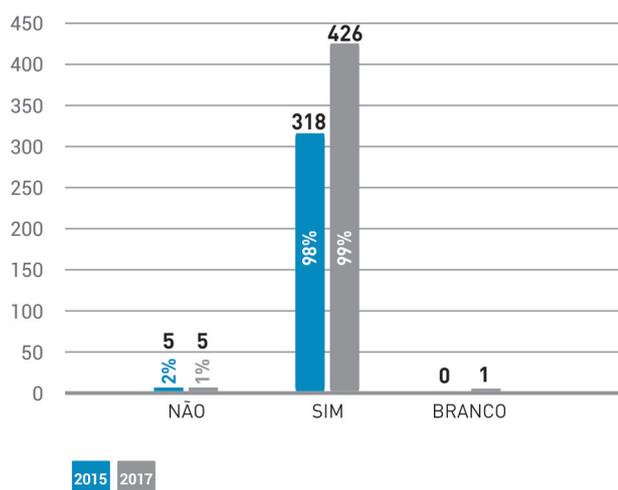
Sul, 71,3%; no Norte, 62,4%; e no Nordeste, 56,6% (IBGE, 2016, p. 6).

Os respondentes da região Nordeste da Sociometria relataram a maior dificuldade de acesso à internet, em conformidade com os dados nacionais.

CONDIÇÕES DE SAÚDE, ACESSO A SERVIÇOS, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

As variáveis de saúde versam, principalmente, sobre o acesso a serviços e ao SUS, diagnóstico da soropositividade, condições de saúde e de tratamento. Apenas cinco respostas, para cada ano, corresponderam a não utilização do SUS e, apenas em 2017, houve uma resposta em branco. Importante observar que os medicamentos antirretrovirais no Brasil são ofertados exclusivamente pelo SUS, mesmo no caso das pessoas com HIV que façam acompanhamento médico pela rede privada de saúde.

Gráfico 16 > Distribuição segundo o uso do Sistema Único de Saúde (SUS), SRNP+ 2015 e 2017

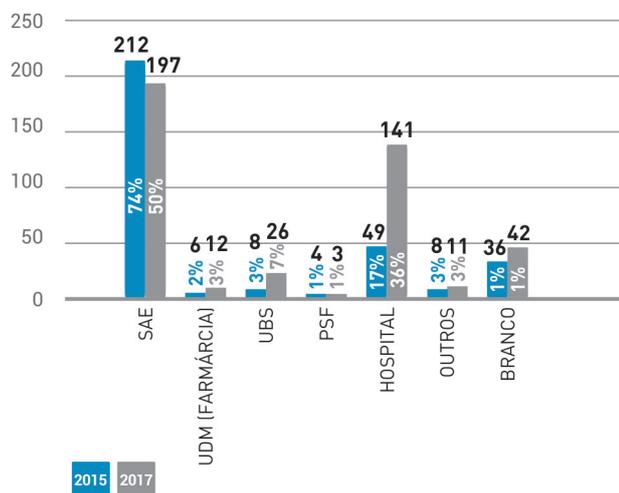


Sobre o serviço de saúde utilizado, a maioria respondeu ser, integralmente, o Serviço de Atenção Especializada em DST/HIV/AIDS (SAE³⁶): 212, em 2015, e 197, em 2017. A segunda maior utilização do SUS foi dos hospitais, com um significativo aumento em 2017. De acordo com as respostas, em 2015, 49 PVHA utilizaram hospitais, enquanto, em 2017, o número aumentou para 141 pessoas. Lembramos que todas as perguntas presentes no questionário permitiam respostas múltiplas, portanto, uma pessoa pode ter assinalado uma ou mais alternativas. Ainda assim, a necessidade de buscar hospitais sinaliza possíveis situações de agravamento das condições de saúde neste último período abordado pela pesquisa. Para informações sobre os relatos de uso dos demais serviços, ver o Gráfico 17. Para informações sobre os tipos de serviços de saúde referidos na ficha sociométrica, consulte a nota de rodapé

³⁶ Os Serviços de Atenção Especializada em DST/HIV/AIDS (SAE) configuram-se como unidades ambulatoriais dirigidas à atenção integral em saúde das pessoas com DST/HIV/AIDS. As Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM), por sua vez, são usualmente conhecidas como as "farmácias dos serviços". Caracterizam-se como estabelecimentos integrantes de serviços de saúde públicos, filantrópicos ou privados sem fins lucrativos que realizam ações voltadas para a assistência farmacêutica, inclusive dispensação de medicamentos antirretrovirais para o atendimento dos usuários sob terapia antirretroviral (TARV), sem prejuízo à dispensação de outros medicamentos, como aqueles para infecções oportunistas e efeitos adversos aos antirretrovirais (ARV), ou produtos estratégicos para as DST/AIDS, tais como os insumos de prevenção (preservativos masculino e feminino, gel lubrificante e kit para redução de danos). Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2013/poc01_16_01_2013.html [acesso em 03/03/2019].

abaixo³⁷. Esse é um quesito com alta frequência de respostas em branco: 36 e 42, respectivamente, em 2015 e 2017.

Gráfico 17 > Distribuição pelo tipo de serviços de saúde utilizados, SRNP+ 2015 e 2017



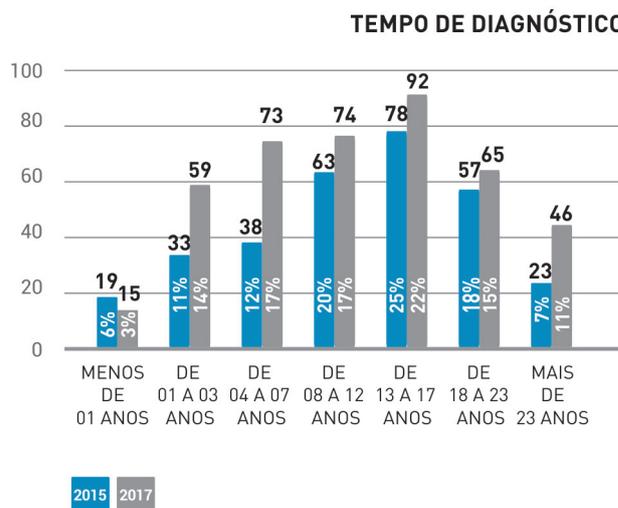
Houve ampla variação na distribuição das respostas acerca do tempo de diagnóstico. A maioria das respostas distribuíram-se entre 4 e 23 anos, com destaque para o intervalo de 13 a 17 anos de diagnóstico do HIV – que reuniu 78 respostas, em 2015, e 92 respostas, em 2017.

Exceto entre aqueles com “menos de 1 ano de diagnóstico”, em todos os intervalos, os casos referidos a 2017 superaram os de 2015. A mediana do tempo de diagnóstico esteve entre 12 e 13 anos, em 2015, e entre 8 e 12 anos, em 2017. Isso mostra que, em 2017, a RNP+ incorporou mais pessoas com diagnósticos mais recentes.

Nos dois anos, houve aproximadamente um em cada cinco respondentes com menos de três anos de diagnóstico, o que traz questões

importantes quanto à necessidade de compartilhamento de informações básicas sobre a experiência da soropositividade no âmbito da RNP+. Assim como a demanda por abertura, no âmbito da rede, quanto às novas formas de se viver a experiência da soropositividade trazida pelas novas coortes de soropositivos – não necessariamente das novas gerações em termos de faixa etária.

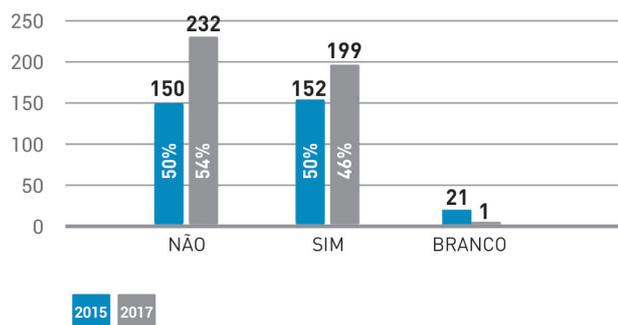
Gráfico 18 > Distribuição por tempo de diagnóstico, SRNP+ 2015 e 2017



Aproximadamente metade das PVHA que responderam à Sociometria sofreram alguma infecção oportunista alguma vez na vida (152; 50% do total sem brancos, em 2015, e 199; 46% do total sem brancos, em 2017).

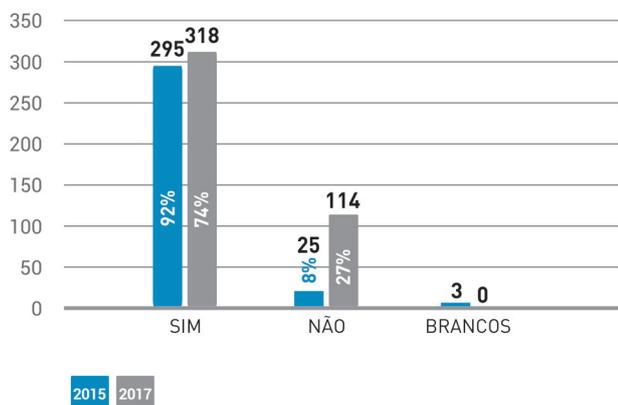
³⁷ As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são serviços ambulatoriais voltados à atenção primária integral em saúde. O Programa de Saúde da Família (PSF) ou Estratégia de Saúde da Família (ESF) é uma modalidade de organização da atenção primária que prevê, além da adscrição da clientela e do território, a presença das equipes de Saúde da Família compostas por profissionais médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, cuja ação se dá nos territórios adscritos. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30979.pdf> e <https://www.novohamburgo.rs.gov.br/noticia/entenda-diferencas-ubsusf-upa> [acesso em 03/03/2019].

Gráfico 19 > Distribuição por ocorrência de infecção oportunista, SRNP+ 2015 e 2017



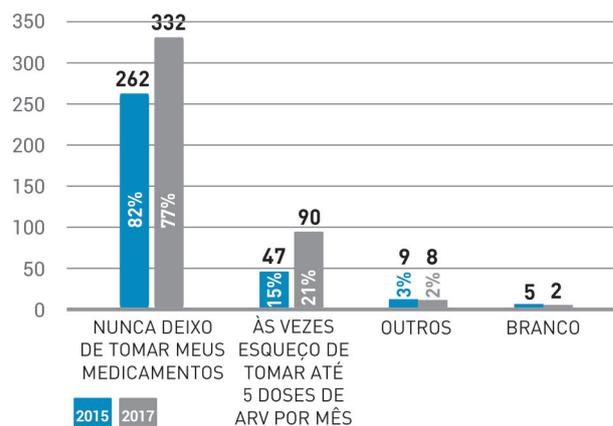
A maioria das PVHA responderam na Sociometria que conhecem os antirretrovirais (ARV) que usam (86%, em 2015, e 73%, em 2017). Portanto, 7% e 27% para os anos de 2015 e 2017, respectivamente, afirmaram desconhecer os ARV ingeridos. O aumento do desconhecimento sobre os medicamentos que recebe apresenta um aumento significativo, como mostra o Gráfico 20 a seguir.

Gráfico 20 > Conhecimento dos antirretrovirais que toma, SRNP+ 2015 e 2017



Com relação à adesão ao tratamento (Gráfico 21), a grande maioria das PVHA da RNP+ apresentou excelente adesão e afirmou que nunca deixa de tomar os medicamentos (82% e 77%, respectivamente, em 2015 e 2017). Há, no entanto, uma parcela significativa (15% e 21%, em 2015 e 2017, respectivamente) que referiu às vezes esquecer de tomar até 5 doses de ARV por mês.

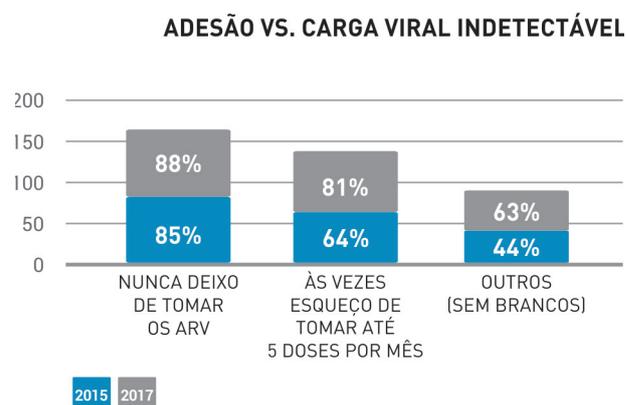
Gráfico 21 > Sobre a adesão ao tratamento, SRNP+ 2015 e 2017



Para determinar o impacto desse esquecimento no resultado do tratamento, cruzamos as categorias “Adesão” e “Carga Viral Indetectável”, como mostra o Gráfico 22.

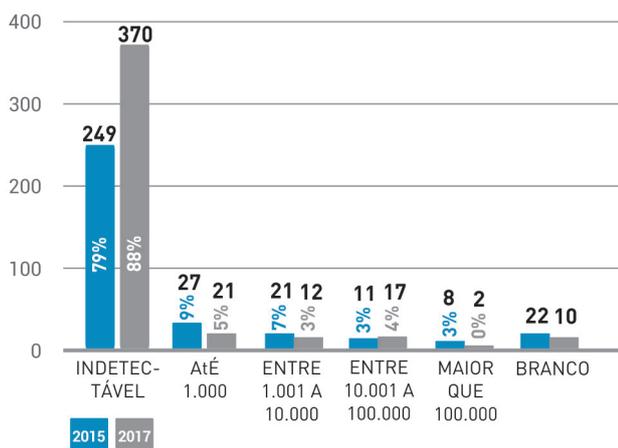
Observe-se que de 2015 para 2017, em todas as categorias de adesão, aumentaram as proporções daqueles com carga viral indetectável, incluindo aqueles com baixa adesão.

Gráfico 22 > Cruzamento entre adesão e carga viral indetectável, SRNP+ 2015 e 2017



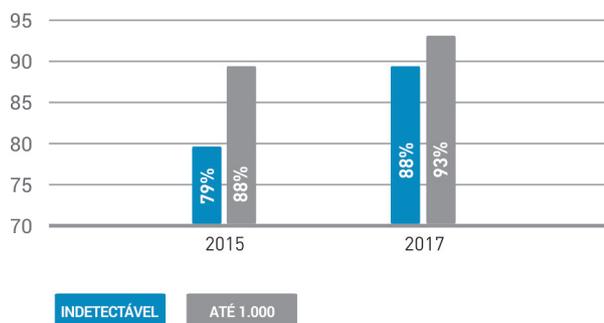
A grande maioria das PVHA vinculadas à RNP+ informou estar com a carga viral indetectável, nos dois anos em estudo. As demais respostas apresentaram frequências bem mais baixas e decrescentes. A carga viral “até 1.000 cópias” deve ser entendida como “detectável, mas inferior a 1.000 cópias”.

Gráfico 23 > Carga viral (I), SRNP+ 2015 e 2017



É possível observar a diferença entre as PVHA que possuem carga viral indetectável e aquelas com até 1.000 cópias do HIV, em percentuais. Em 2015, eram 79% indetectáveis e 88% com até 1.000. Em 2017, eram 88% indetectáveis e 93% com até 1.000 cópias do HIV, evidenciando um aumento nas duas categorias, em dois anos (Gráfico 24).

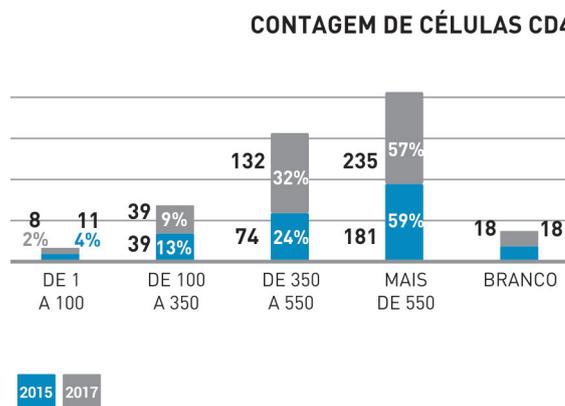
Gráfico 24 > Carga viral (II): percentagem, excluindo os brancos, SRNP+ 2015 e 2017



Quando acrescidos dos brancos, há uma pequena queda, dado que houve uma proporção significativa de respostas em branco para esse quesito nos dois anos. Em 2015, os percentuais caíram para 77% indetectáveis e 85% até 1.000 cópias. Em 2017, caíram para 86% indetectáveis e 91% até 1.000 cópias.

A maioria das PVHA integrantes da RNP+ apresentou boas condições de saúde com contagem de células CD4 superior a 550 cópias por mm³, como mostra o Gráfico 25. O total de respostas foi de 305 e 414 nos anos 2015 e 2017, respectivamente, com 18 fichas sem respostas em cada um dos anos em estudo.

Gráfico 25 > Contagem de CD4, SRNP+ 2015 e 2017



Os índices de carga viral indetectável e a alta contagem de CD4 corroboram as respostas que indicam uma boa aceitação do tratamento por parte das PVHA que integram a RNP+ (Tabela 2).

Tabela 2 > Boa aceitação do tratamento, SRNP+ 2015 e 2017

BOA ACEITAÇÃO DO TRATAMENTO	2015		2017	
	N	%	N	%
Não	18	5,7%	23	5,3%
Sim	296	94,3%	404	94,6%

Mesmo entre aqueles que não têm boa aceitação do tratamento, a carga viral pode ser indetectável. Cruzando as duas categorias mostramos que este foi o caso entre os integrantes da RNP+ (Quadro 4).

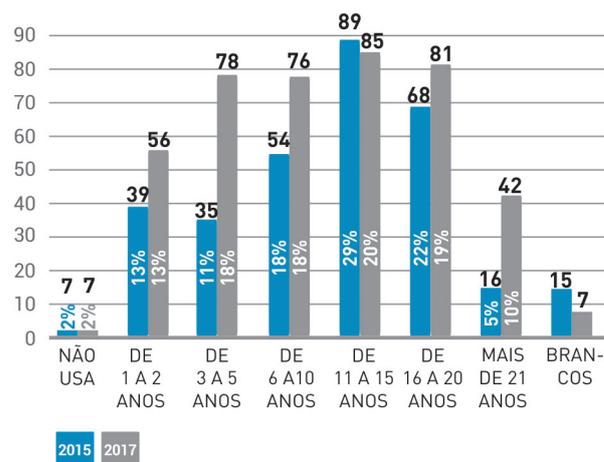
Quadro 4 > Cruzamento entre carga viral indetectável e não ter boa aceitação do tratamento, SRNP+ 2015 e 2017

CARGA VIRAL \ NÃO ACEITAÇÃO DO TRATAMENTO	2015	2017
	CV Indetectável	9
CV Detectável	9	12

São dignos de nota os altos índices de adesão e de indetectabilidade da carga viral durante os dois anos em estudo. O que aponta para uma correlação entre a participação das PVHA na RNP+ e o fato de haver alta adesão e boa aceitação do tratamento. Com efeito, até a metade dos que não tiveram boa aceitação do tratamento tiveram carga viral indetectável, evidenciando a boa adesão ao tratamento.

Quando investigamos há quanto tempo os respondentes da Sociometria da RNP+ estão em tratamento antirretroviral, identificamos razoável dispersão na distribuição dos respondentes. Se somarmos as duas primeiras categorias de tempo de tratamento – de 1 a 2 anos e de 3 a 5 anos de tratamento – podemos observar que houve, em 2017, um volume maior de respondentes com menor tempo de tratamento (31% em 2017 em comparação com 24% em 2015). Em 2015, este maior volume de respondentes se concentrava no intervalo de 11 a 15 anos de tratamento. O que foi corroborado pelo cálculo da mediana, que esteve em mais de 11 anos em 2015 e em menos de 10 anos em 2017. Esta diminuição da mediana indica o peso da incorporação na RNP+ de pessoas com diagnósticos mais recentes e com menos anos de tratamento no período mais recente. Por outro lado, houve também em 2017, maior volume de respondentes que relatou estar em tratamento há mais de 16 anos. Nos dois anos em estudo, sete pessoas afirmaram não usar ARV.

Gráfico 26 > Distribuição por tempo de tratamento de ARV. SRNP+ 2015 e 2017



Ressalte-se que tanto em 2015 como em 2017, sete pessoas relataram o não-uso de ARV. O cruzamento com carga viral e CD4 pode ajudar a elucidar sobre o motivo desse não uso.

A maior parte daqueles que não usaram ARV tiveram carga viral indetectável (Quadro 5) e aproximadamente metade deles tiveram contagem de células de defesa CD4 superior a 550 cópias (Quadro 6).

Quadro 5 > Cruzamento de não-uso de ARV com resultado da carga viral, SRNP+ 2015 e 2017

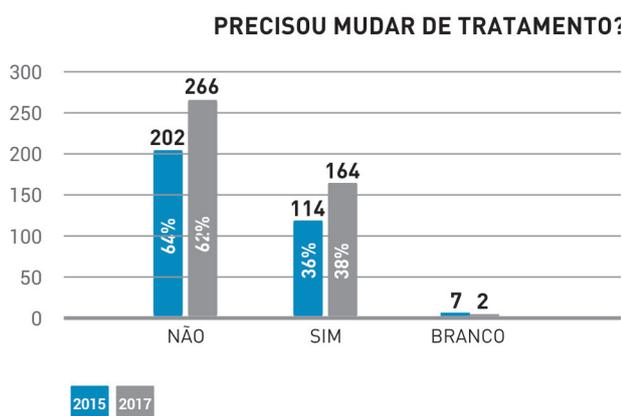
	NÃO USA ARV	CV IN-DETECTÁVEL	CV DE 1.000 A 10.000	CV DE 10.000 A 100.000	SEM RESPOSTA
2015	7	4	1	1	1
2017	7	7	0	0	0

Quadro 6 > Cruzamento de não-uso de ARV com resultado de CD4, SRNP+ 2015 e 2017

	NÃO USA ARV	100 - 350	350 - 550	MAIS DE 550	SEM RESPOSTA
2015	7	1	1	4	1
2017	7	1	3	3	0

Parcela significativa das PVHA vinculadas à RNP+ já experimentou uma mudança de tratamento – aproximadamente 6 em cada 10 respondentes, tanto em 2015, como em 2017. Houve maior proporção de pessoas que não responderam a esse quesito no ano de 2015, diminuindo de forma significativa a taxa de não-resposta em 2017.

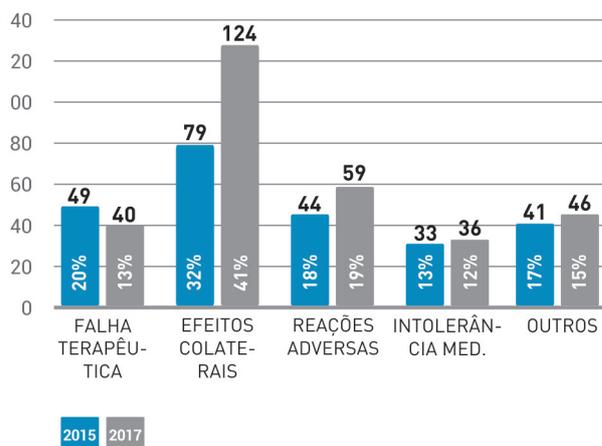
Gráfico 27 > Mudança de tratamento, SRNP+ 2015 e 2017



Dentre as pessoas que mudaram de tratamento, nem todas responderam sobre os motivos³⁸ dessa mudança. Em 2015, foram 196 respondentes e, em 2017, 257. Muitos dos respondentes indicaram mais de um motivo para essas mudanças: foram 246 respostas, em 2015, e 318, em 2017. É importante salientar que várias pessoas passaram por diversas mudanças de tratamento e que, portanto, cada mudança de tratamento pode ser motivada por diferentes razões, incluindo a mesma da mudança anterior.

³⁸ Efeito colateral é caracterizado como um efeito não pretendido – que pode ser adverso ou benéfico – causado por medicamento utilizado em doses terapêuticas. Reação adversa, por sua vez, caracteriza-se por qualquer resposta prejudicial ou indesejável, não intencional, a um medicamento, que ocorre nas doses usualmente empregadas em humanos para profilaxia, diagnóstico, terapia da doença ou para a modificação de funções fisiológicas. Para que seja atribuída é preciso estabelecer uma relação causal específica entre o medicamento e a sua ocorrência. Disponível em: <https://www.farmacia.ufmg.br/conceitos-importantes/> [acesso em 09/03/2019].

Gráfico 28 > Motivo para mudança de tratamento, SRNP+ 2015 e 2017



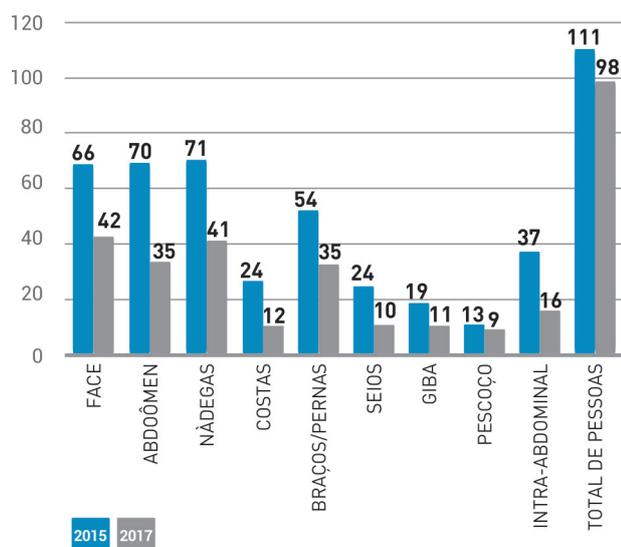
LIPODISTROFIA

Uma reação adversa importante de alguns medicamentos antirretrovirais é a lipodistrofia³⁹, que tem se mostrado um problema central para a qualidade de vida das PVHA. Seu impacto na qualidade de vida das PVHA é significativo, estando associado a uma diversidade de problemas físicos, psicológicos e sociais. O que pode impactar negativamente a adesão ao tratamento do HIV ao longo do tempo, assim como a experiência de discriminação em função da soropositividade.

Examinamos, a seguir, a indicação de intervenção para lipodistrofia (LIL) com algum detalhe, dada a relevância do tema para as PVHA. Nos anos de 2015 e 2017, respectivamente, as PVHA que responderam à Sociometria tiveram 378 e 211 indicações de intervenção para lipodistrofia. A maioria delas na face – 66 e 42, abdômen – 70 e 35 e nádegas – 71 e 41. Para a classificação completa, ver a Figura 1 abaixo.

³⁹ A lipodistrofia é caracterizada pela distribuição irregular da gordura corporal, podendo ocasionar o acúmulo ou a perda de gordura em algumas partes do corpo. Trata-se de um problema comum às PVHA. Pode ocorrer em função de diversos fatores como: a infecção pelo HIV, fatores genéticos, uso de antirretrovirais, dentre outros. Desde dezembro de 2004, o tratamento da lipodistrofia é oferecido pelo Ministério da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para PVHA por meio da Portaria Ministerial nº 2.582. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2582_02_12_2004.html [acesso em 04/03/2019].

Figura 1 > Intervenção para lipodistrofia: frequência de indicações e de pessoas que receberam indicações, SRNP+ 2015 e 2017



De acordo com a Figura 1 (acima), em 2015, 111 pessoas tiveram indicação de intervenção, enquanto, em 2017, foram 98 com a mesma indicação.

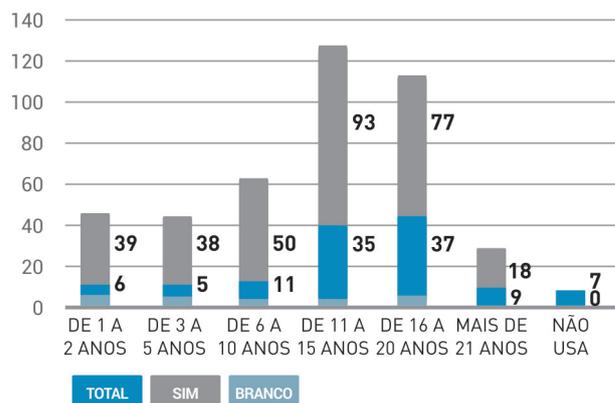
A Figura 1 e o Quadro 7 devem ser lidos juntos, pois têm como propósito relacionar o tempo de tratamento com a indicação de intervenção para lipodistrofia. Em dois anos, observa-se uma diminuição tanto no número de pessoas que teve ILL, como na média de indicações de intervenção recebidas para cada pessoa com diagnóstico de lipodistrofia.

Quadro 7 > Relação entre número de indicações de intervenção para lipodistrofia e número de pessoas com indicação de intervenção, SRNP+ 2015 e 2017

LIPODISTROFIA	2015	2017
Número de pessoas com Indicação de Intervenção para Lipodistrofia	111	98
Porcentagem do total anual de pessoas	34,3%	23,1%
Número de Indicações específicas	378	211
Taxa de multiplicidade (número de indicações/número de pessoas com indicação)	$3,4 = 378/111$ indicações por pessoa	$2,15 = 211/98$ indicações por pessoa
Taxa Geral (número de indicações/total de respondentes)	$1,17 = 378/323$	$0,49 = 211/432$

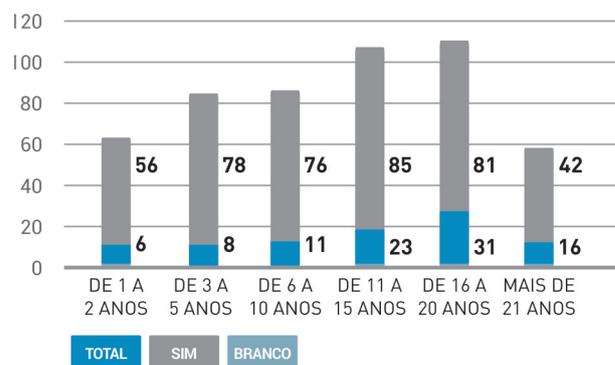
Os Gráficos 29 e 30 demonstram que as Indicações de Intervenção para Lipodistrofia diminuem em todas as faixas de tempo de tratamento no período de 2015 para 2017.

Gráfico 29 > Distribuição dos respondentes da Sociometria por ILL e tempo de tratamento, SRNP+ 2015



Legenda:
Total: PVHA Respondentes
Sim: PVHA com ILL
Branco: Sem resposta para ILL

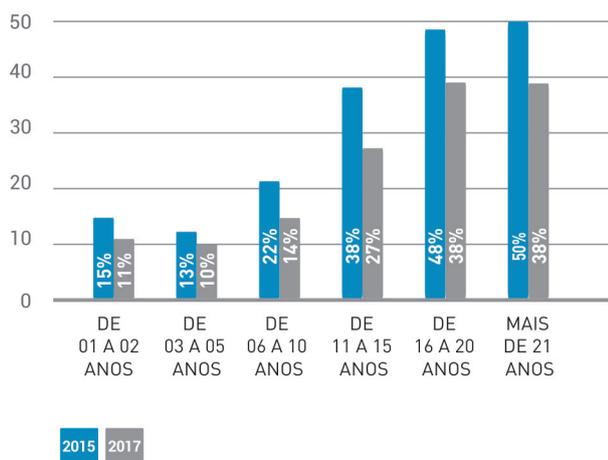
Gráfico 30 > Distribuição dos respondentes da Sociometria por ILL e tempo de tratamento, SRNP+ 2017



Legenda:
Total: PVHA Respondentes
Sim: PVHA com ILL
Branco: Sem resposta para ILL

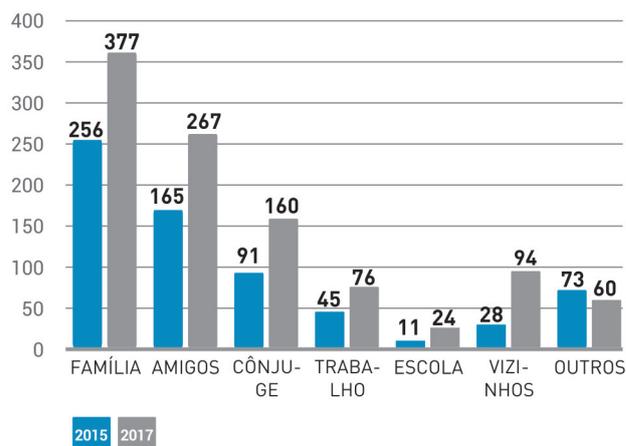
O Gráfico 31, por sua vez, mostra que, nos dois anos em estudo, ao maior tempo de tratamento correspondeu uma maior probabilidade de ter lipodistrofia. Isto pode ter ocorrido devido ao uso de ARV mais antigos – que provocavam mais lipodistrofia – e/ou ao maior tempo de uso de ARV.

Gráfico 31 > Lipodistrofia por tempo de tratamento, SRNP+ 2015 e 2017



Uma questão central para as análises que realizaremos a seguir aborda quem são as pessoas e grupos sociais que têm conhecimento acerca da sorologia positiva para HIV das PVHA que integram a RNP+. O Gráfico 32 apresenta a distribuição das respostas na ficha sociométrica sobre quem conhece a sorologia do respondente. Era possível marcar várias alternativas: “família”; “cônjuge/companheiro/a”; “amigos”; “trabalho”; “escola”; “vizinhos”; “outros”, em 2015, ou “todo mundo (soropositivo/a público/a)”, 2017; “ninguém”.

Gráfico 32 > Distribuição sobre quem tem conhecimento sobre a sorologia HIV+ dos respondentes da RNP+ Brasil, SRNP+ 2015 e 2017



Para os anos de 2015 e 2017, a maioria afirmou ser a família, seguida por amigos, e cônjuge/companheiro que tinham conhecimento acerca de sua sorologia. Denominaremos o conjunto destas três categorias como “ambiente privado” para as análises posteriores acerca das experiências de discriminação relacionada ao HIV.

Observe-se que a revelação da sorologia pode ter ocorrido, simultaneamente, para diferentes pessoas e grupos sociais. Ao todo, em 2015, houve 669 menções a pessoas e grupos e, em 2017, 1058 menções, excluindo-se as categorias “ninguém” e sem resposta para esse quesito. A família e os amigos são os mais mencionados entre os que têm conhecimento acerca da sorologia.

Quanto ao cônjuge/companheiro, o número é expressivo. Porém, como se viu anteriormente, somente uma pequena parcela tinha cônjuge ou companheiro no momento em que respondeu à Sociometria, tornando mais difícil essa comparação. Com efeito, somente 21% dos respondentes declarou-se casado/a (60) ou em união estável (32), em 2017 (como consta do Gráfico 9), a maioria dos respondentes declarou-se solteiro (269; 62%).

Tais análises serão aprofundadas, posteriormente, no Capítulo 3, quando trataremos mais detidamente sobre os relatos de discriminação e violência, com especial atenção dedicada à discriminação relacionada ao HIV.

COMO SE COMPARAM AS AMOSTRAS ESTUDADAS COM OS CASOS NOTIFICADOS DE PVHA NO BRASIL?

Como apresentado anteriormente no Capítulo 1, algumas análises e comparações foram realizadas para examinar se é possível generalizar os resultados obtidos neste estudo como a realidade das PVHA no Brasil. Para isso, realizamos algumas comparações utilizando como referência o Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2018⁴⁰ (BRASIL, 2018). Nossa comparação será para HIV e para aids, por região, sexo, orientação sexual (categoria de exposição hierarquizada), raça/cor. Como o Boletim informa a distribuição destas categorias para os casos informados no ano, optamos pelos anos de 2007 e 2016. A opção por 2007 foi pela inclusão das categorias HIV e raça/cor (2006). O ano 2016 estava por ser consolidado ao escrever este informe. Assim, cada Tabela terá 7 colunas: SRNP+ 2015, SRNP+ 2017, Brasil 2007 HIV, Brasil 2016 HIV, Brasil 2007 AIDS, Brasil 2016 AIDS. Além de ser difícil comparar as duas classificações, entre os dados da Sociometria e os dados epidemiológicos, estes últimos referem-se a novos diagnósticos anuais, enquanto aqueles referem-se a pessoas diagnosticadas em diferentes anos.

O Quadro 8 apresenta uma comparação entre as razões de sexos. Tanto SRNP+ 2015 e SRNP+ 2017 apresentaram certa equivalência com a distribuição dos casos do ano de 2007, mas houve um incremento de casos de aids e de infecção por HIV entre homens nos dados

de 2016. A comparação aqui se deu com as Tabelas 2 (sobre infecção por HIV) e 13 (sobre casos de aids) do Boletim Epidemiológico 2018 (BRASIL, 2018).

Quadro 8 > Razão de sexos, SRNP+ 2015 e 2017, Brasil AIDS e HIV, 2007 e 2016

RAZÃO DE SEXOS	SRNP+ 2015	SRNP+ 2017	BRASIL 2007 AIDS	BRASIL 2016 AIDS	BRASIL 2007 HIV	BRASIL 2016 HIV
M/F	1,32	1,5	1,5	2,2	1,4	2,5

As variáveis “sexo” e “categoria de exposição”, presentes no Boletim Epidemiológico 2018, foram correlacionadas a “sexo” e “orientação sexual”, categorias utilizadas nas fichas sociométricas, ainda que as duas classificações atendam a critérios e objetivos diferentes. Para tanto, no Quadro 9, comparamos a autodeclaração da Orientação Sexual e Sexo Biológico nas fichas sociométricas com os dados referentes à Categoria de Exposição Hierarquizada do Boletim Epidemiológico (BRASIL, 2018).

Apesar dessa advertência, a comparação proposta nos permitiu evidenciar que as informações dos bancos de dados tiveram percentagens semelhantes aos dados do Boletim Epidemiológico 2018, tanto para homens bissexuais como para mulheres heterossexuais. Para as outras duas categorias destacadas as proporções não foram similares, aproximando-se somente na incidência de HIV de 2016. A comparação foi empreendida com as tabelas Tabela 5 (sobre infecção por HIV) e Tabela 20

⁴⁰ Esse era o último boletim epidemiológico nacional publicado no momento de realização deste estudo. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2018> [acessado em: 26/02/2019].

(sobre casos de aids) do Boletim Epidemiológico 2018 (BRASIL, 2018).

Quadro 9 > Sexo biológico, orientação sexual e categorias de exposição SRNP+, 2015 e 2017, Brasil AIDS e HIV, 2007 e 2016

RAZÃO DE SEXOS	SRNP+ 2015	SRNP+ 2017	BRASIL 2007 AIDS	BRASIL 2016 AIDS	BRASIL 2007 HIV	BRASIL 2016 HIV
Sexo Masc. Homossexual	60%	59,1%	25,1%	38,9%	32,8%	51,7%
Sexo Masc. Bissexual	9,5%	12%	10,5%	8,8%	12,2%	9,4%
Sexo Masc. Heterossexual	26,4%	27,6%	54,7%	48,2%	46,7%	35,7%
Sexo Fem. Heterossexual	93,3%	94,7%	96,3%	97,1%	96,7%	96,8%

No Quadro 10, é possível observar a distribuição das PVHA pelo quesito raça/cor conforme registrado nos bancos de dados do nosso estudo e das notificações por HIV e aids do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018). Pode se notar que há uma aproximação dos dados referentes a HIV e aids e os dados obtidos na Sociometria da RNP+ quando se comparam os dados de HIV/AIDS de 2016. Há diferenças quando se examinam os dados referentes às autodeclarações de pessoas brancas e pardas. Já na autodeclaração preta, a proporção é superior na Sociometria se comparado às informações do Boletim Epidemiológico (BRASIL, 2018). Utilizou-se para comparação as Tabelas 4 (HIV) e 22 (Aids) do Boletim Epidemiológico 2018 (BRASIL, 2018).

Quadro 10 > Comparação de percentagens de raça/cor SRNP+ (2015 e 2017), BRASIL AIDS e BRASIL HIV (2007 e 2016)

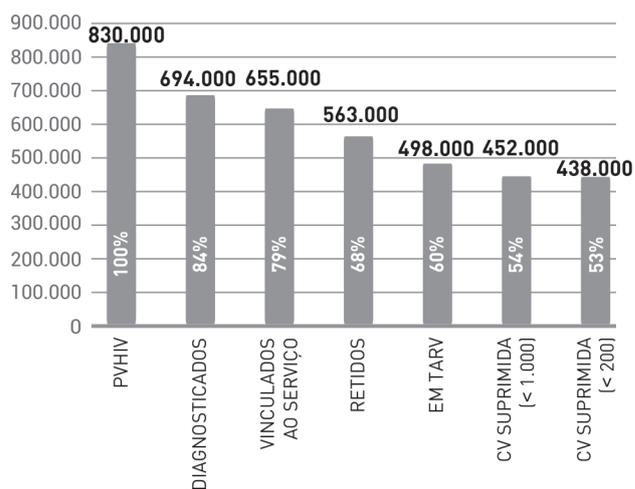
RAZÃO DE SEXOS	SRNP+ 2015	SRNP+ 2017	BRASIL 2007 AIDS	BRASIL 2016 AIDS	BRASIL 2007 HIV	BRASIL 2016 HIV
Branca	35,7%	33,5%	51,7%	42%	55,9%	42,3%
Parda	41,3%	45,8%	35,3%	45,6%	31,1%	44,2%
Preta	20,1%	18,8%	11,9%	11,6%	12%	11,7%
Negra*	61,4%	64,6%	47,2%	57,2%	43,1%	55,9%

Nota: a categoria racial Negra agrupa pardos e pretos

A comparação acerca da escolaridade com os dados do Boletim Epidemiológico é difícil porque essa é uma informação ignorada para 25% dos casos de HIV e de 24% dos casos de aids⁴¹ (BRASIL, 2018, p. 31).

Em relação à Cascata de Cuidado Contínuo do HIV de 2016, escolhemos comparar os dados da Sociometria com a percentagem correspondente às PVHA usuárias retidas nos serviços especializados de saúde da rede pública, devido ao fato dos respondentes da Sociometria da RNP+ serem pessoas retidas nos serviços. O Gráfico 33 mostra os dados e percentuais para o total Brasil.

Gráfico 33 > Cascata de Cuidado Contínuo do HIV, BRASIL 2016



(*)Nota: Vinculados: pelo menos um CD4 ou CV ou dispensa de ARV no ano; retidos: pelo menos dois CD4 ou CV ou estar em TARV.
Fonte: Relatório de Monitoramento Clínico do HIV 2017.
Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/noticia/2017/65068/apresentacao_relmonitclinico_imprensa_24112017_arpp.pdf. [acesso em: 12/03/2019].

⁴¹ Em conformidade com os dados apresentados nas Tabela 3 (pág. 31) e Tabela 23 (pág.51), do Boletim Epidemiológico HIV Aids 2018 (BRASIL, 2018).

O Quadro 11 mostra que a percentagem de PVHA com carga viral indetectável ou detectável, mas inferior a 1000 cópias/ml, nas duas amostras é superior à média da Cascata de 2016 (Brasil, 2017); em 2017, essa diferença torna-se ainda maior.

Quadro 11 > PVHA retidas nos serviços de saúde, Cascata HIV 2016 e SRNP+ (2015 e 2017)

	CASCATA BRASIL 2016	RNP+ 2015	RNP+ 2017
CV <200 / retidos	78%	79%	87,3%
CV <1000 / retidos	79%	87,6%	92,6%

Assim, algumas das inferências baseadas em dados da SRNP+ poderiam ser, eventualmente, aplicadas às PVHA retidas em serviços. Mas não necessariamente para as PVHA em geral, nem às diagnosticadas. Ao mesmo tempo, antecipando a conclusão do estudo, como as distribuições segundo diferentes recortes mostram-se homogêneas segundo o critério de persistência, os ajustes correspondentes para calcular distribuições para as PVHA retidas em serviços levarão à mesma conclusão sobre homogeneidade.



3 VIOLÊNCIA E DISCRIMINAÇÃO

VIOLÊNCIA OU DISCRIMINAÇÃO

DISCRIMINAÇÃO

VIOLÊNCIA

DISCRIMINAÇÃO RELACIONADA AO HIV

Abordamos a seguir a análise dos relatos de discriminação e violência, incluindo a discriminação relacionada ao HIV, efetivada a partir dos bancos de dados das fichas sociométricas respondidas nos anos de 2015 e 2017.

Para os dois anos, foi questionado se o respondente, PVHA, já havia sido vítima de violência e de qual tipo, bem como se já havia sofrido discriminação e por qual motivo. Os episódios podem ter acontecido alguma vez na vida, e não necessariamente durante algum período.

A apresentação dessa análise será realizada na seguinte ordem:

- > Violência ou discriminação (VouD)
- > Discriminação
- > Violência
- > Discriminação relacionada ao HIV/AIDS (DHIV)

VIOLÊNCIA OU DISCRIMINAÇÃO

Em primeiro lugar, examinamos os relatos de Violência ou Discriminação (VouD) conjuntamente.

Quadro 12 > Distribuição das pessoas que relatam violência ou discriminação (VouD), SRNP+ 2015 e 2017

	2015		2017	
	N	%	N	%
Nº de pessoas que relatam VouD (%)	211	65%	255	59%

Nota: estas percentagens foram calculadas levando em conta os brancos.

Dada a diminuição dos percentuais de relatos de VouD, a primeira pergunta que surge é se houve uma diminuição dos relatos, de 2015 para 2017, na população em questão. Por se tratar de pessoas que fazem parte do mesmo universo – a RNP+ –, destacamos que os bancos de dados não são independentes, como especificado na caracterização da análise empreendida apresentada no Capítulo 1. Contudo, salientamos que para as duas amostras uma percentagem de VouD de 62% é estatisticamente compatível com a proporção de VouD de cada ano, apontando estabilidade. Assim, a proporção de relatos de VouD, nos dois anos em estudo, mostrou-se similar.

Para afirmar que uma categoria de um recorte é mais ou menos vulnerável do que outras do mesmo recorte (por exemplo, sexo, renda, etc) adotamos o critério de persistên-

cia, como explicitado no Capítulo 1. Isto é, em primeiro lugar a distribuição da VouD segundo este recorte não é homogênea, com significação estatística, nos dois anos. Em segundo lugar, uma categoria deste recorte apresenta maior ou menor vulnerabilidade, nos dois anos.

Identificamos uma distribuição não homogênea de VouD somente nos recortes por região e por religião, e isto em apenas um ano para cada variável. Exibiremos os dados correspondentes a estes dois recortes (região e religião) com mais detalhe do que aqueles cuja distribuição permaneceu homogênea nos dois anos analisados. As próximas distribuições desta Seção serão calculadas sem levar em conta as respostas em branco.

Inicialmente, examinamos a distribuição por região. Constatamos que a região Sul relatou, nos dois anos, mais VouD do que as demais regiões. Em 2015, o resultado foi de 78%, sendo maior do que o percentual de 65% para o total Brasil, ainda que tenha se mantido dentro dos limites de homogeneidade ($p=0,370$). Porém, em 2017, não há homogeneidade. Na região Sul, obtivemos 72,4% para 59% no total Brasil ($p=0,031$).

Gráfico 34 > Distribuição de violência ou discriminação por região, SRNP+ 2015 e 2017

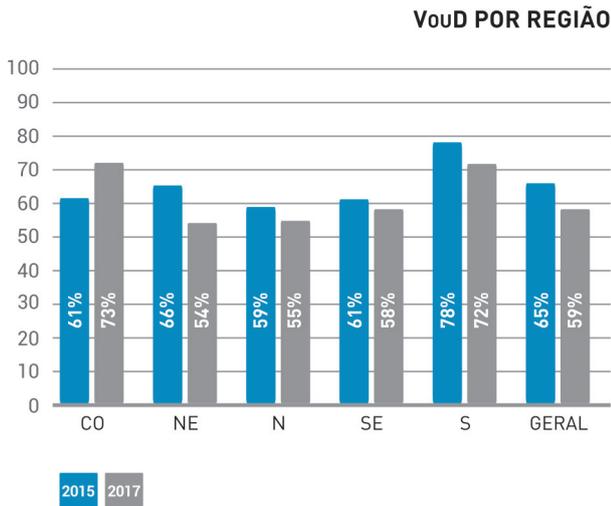
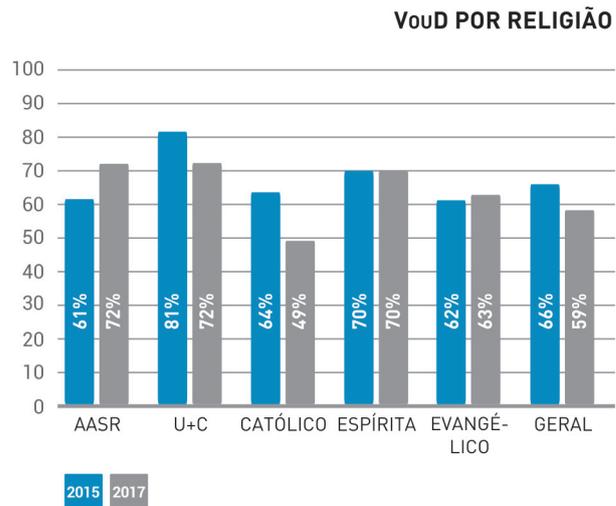


Gráfico 35 > Distribuição de violência ou discriminação por religião, SRNP+ 2015 e 2017



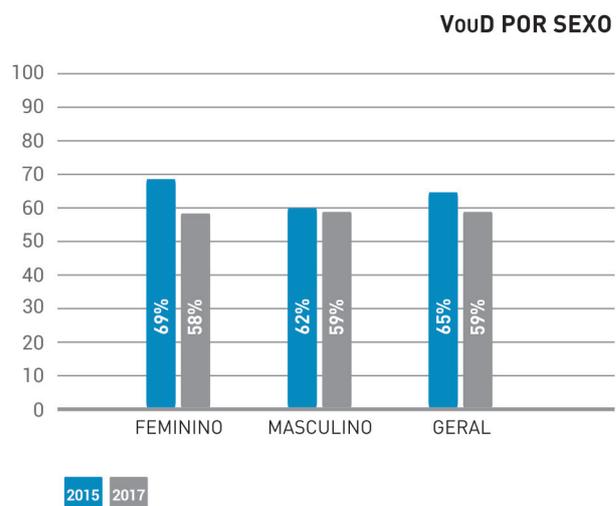
Analizamos agora a distribuição de VouD por religião. Para realizar esta análise, agrupamos as categorias Ateus, Agnósticos e Sem Religião (AASR) por um lado, e as categorias Umbandistas e Candomblecistas (U+C) por outro. Deste modo observamos uma mudança de 2015, com distribuição homogênea ($p>0,44$), para 2017, sendo não homogênea $p<0,002$. Com efeito, o relato de VouD diminuiu entre os Católicos (de 64% para 48,8%). Note-se que os católicos que não relataram VouD dobraram de um ano para o outro.

Somente a proporção dos AASR que relataram VouD aumentou de 61%, em 2015, para 72%, em 2017. Note-se que o número absoluto de AASR que relataram VouD dobrou de um ano para o outro. Diminuiu o percentual de católicos (de 64% para 48,7%), mas, em 2017, o número daqueles que não relataram VouD duplicou e o número daqueles que relataram aumentou levemente. A queda da VouD geral de um ano para o outro deveu-se quase que exclusivamente à diminuição dos relatos entre os católicos. Com efeito, em 2017 a proporção de VouD entre católicos foi a única inferior à proporção geral. O alto peso dos católicos nos dois anos foi estável: 44,2%, em 2015 e 46,5%, em 2017.

No que se refere aos demais marcadores – sexo, orientação sexual, raça/cor, renda, escolaridade, adesão e carga viral –, VouD distribuiu-se homoganeamente. Ou seja, estatisticamente não há diferenças entre a distribuição dos relatos de VouD entre as diferentes categorias em estudo.

No caso do sexo biológico, a homogeneidade da distribuição de VouD é clara nos dois anos ($p=0,193$ em 2015; $p=0,874$ em 2017).

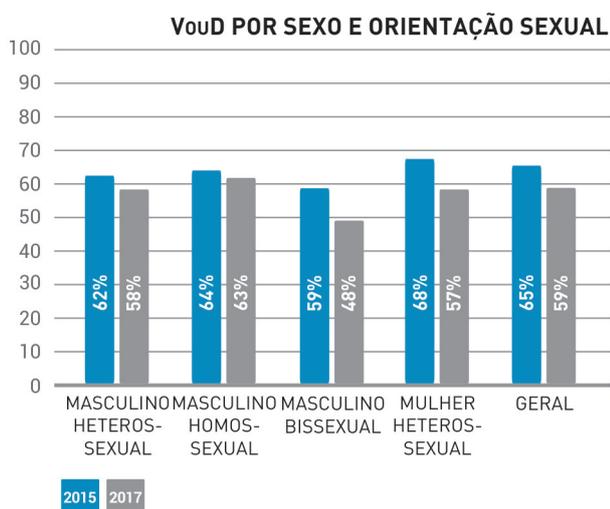
Gráfico 36 > Distribuição de violência ou discriminação por sexo biológico, SRNP+ 2015 e 2017



Além de VouD por sexo biológico, decidimos cruzar VouD com sexo biológico e orientação sexual, porque a maior parte das respondentes mulheres caracterizava-se como heterossexual, como mostrado na caracterização das amostras efetivada no Capítulo 2. Buscou-se também, assim, verificar se VouD entre homens poderia ter sido maior entre homossexuais e bissexuais (Gráfico 37).

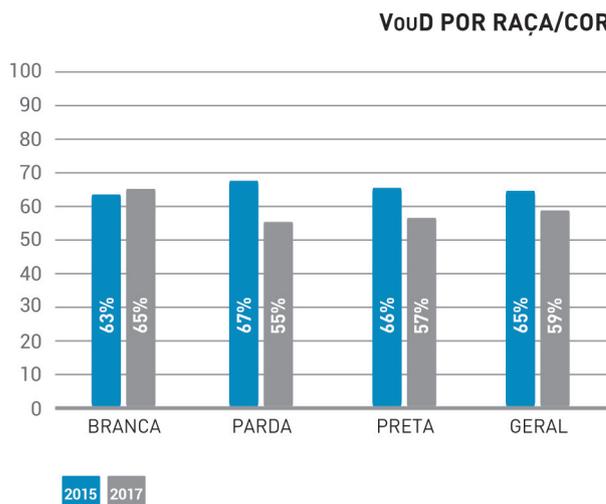
No caso da distribuição de relatos de VouD segundo o cruzamento entre sexo e orientação sexual, a homogeneidade é clara nos dois anos ($p=0,754$ em 2015; $p=0,487$ em 2017).

Gráfico 37 > Distribuição de violência ou discriminação por sexo biológico e orientação sexual, SRNP+ 2015 e 2017



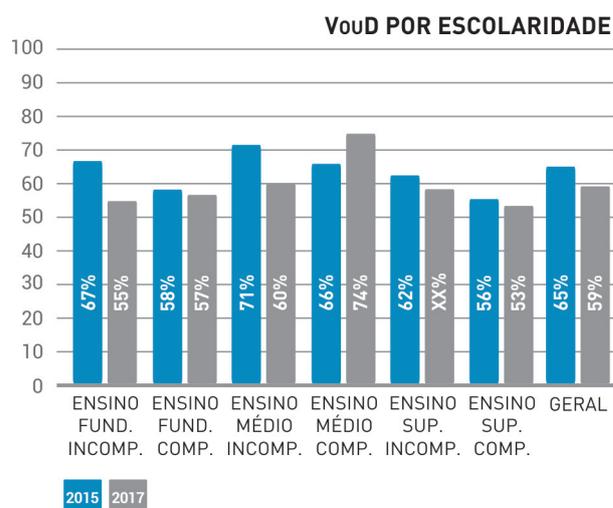
No que se refere a distribuição dos relatos de VouD por raça/cor, os percentuais dos respondentes são bastante próximos nos dois anos. Há uma pequena variação com aumento de 2% para os que se autodeclararam brancos, enquanto os que assinalaram a cor parda ou preta diminuíram em 2017, sendo 12% a menos para pardos (Gráfico 38). A homogeneidade é clara nos dois anos ($p=0,844$ em 2015; $p=0,181$ em 2017).

Gráfico 38 > Distribuição de violência ou discriminação por raça/cor, SRNP+ 2015 e 2017



Houve aumento de 8% nos relatos de VouD na categoria de Ensino Superior Incompleto em 2017, quando examinamos a sua distribuição por escolaridade. Nas demais categorias, houve queda, sendo o maior percentual no Ensino Médio Completo (10%). Não há tendências de aumento ou diminuição dos relatos de VouD segundo nível de escolaridade. A homogeneidade é clara nos dois anos ($p=0,657$ em 2015; $p=0,268$ em 2017).

Gráfico 39 > Distribuição de violência ou discriminação por escolaridade, SRNP+ 2015 e 2017



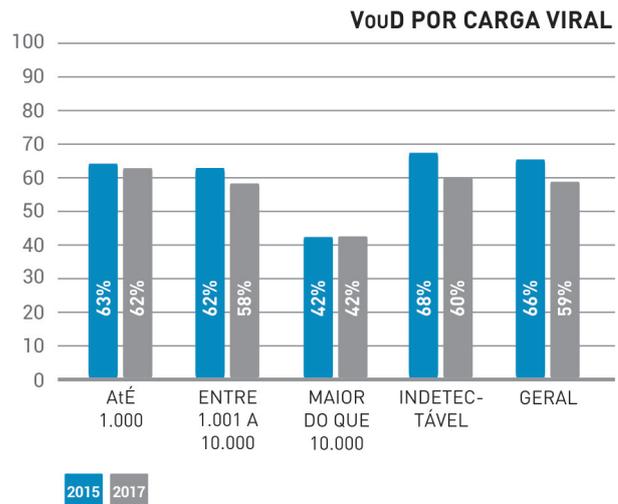
No que diz respeito à renda familiar, como apontado anteriormente no Capítulo 2, as categorias adotadas dos dois anos são diferentes. De qualquer modo, como mostrado na caracterização inicial da população das amostras, aumentou a percentagem das pessoas que só receberam até 1 Salário Mínimo (SM). Verificou-se, no entanto, a homogeneidade nos dois anos pelos valores de p ($p=0,24$, em 2015; $p=0,97$, em 2017).

Quadro 13 > Distribuição de violência ou discriminação por renda familiar, SRNP+ 2015 e 2017

ANO VouD	SM	ATÉ 1 SALÁRIO MÍNIMO (SM)	DE 1 A 3 SM	DE 4 A 5 SM	6 OU MAIS	GERAL	P
2015		69%	60%	76%	68%	66%	0,24
ANO VouD	SM	ATÉ 1 SALÁRIO MÍNIMO (SM)	DE 1 A 5 SM	5 OU MAIS	GERAL	P	
2017		61%	61%	59%	61%	0,97	

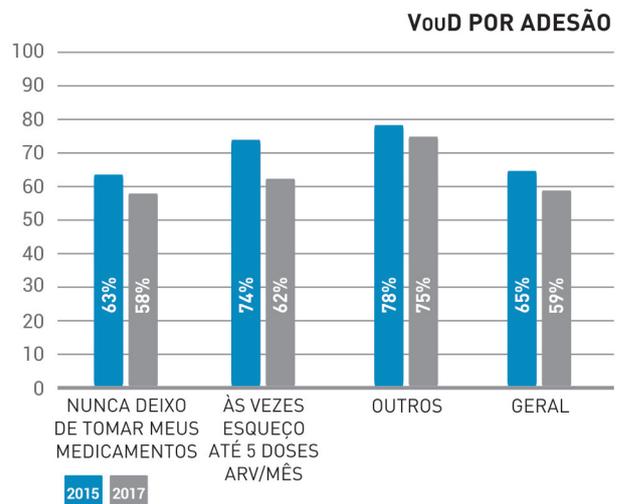
Para analisar o impacto da experiência de VouD no tratamento, cruzamos a distribuição dos relatos de VouD com os valores relatados de carga viral. Em 2015, 68% dos respondentes que apresentaram carga viral indetectável afirmaram ter vivido alguma experiência de VouD. Em 2017, 60% dos que alcançaram carga viral indetectável relataram VouD. A homogeneidade foi verificada nos dois anos pelos valores de p ($p=0,143$ em 2015; $p=0,481$ em 2017).

Gráfico 40 > Distribuição de violência ou discriminação por carga viral, SRNP+ 2015 e 2017



No cruzamento dos relatos de VouD por Adesão, a homogeneidade foi verificada nos dois anos pelos valores de p ($p=0,423$ em 2015; $p=0,723$ em 2017). De 2015 para 2017, houve um aumento importante da homogeneidade da distribuição dos relatos de VouD segundo esse recorte.

Gráfico 41 > Distribuição de relatos de violência ou discriminação por adesão, SRNP+ 2015 e 2017

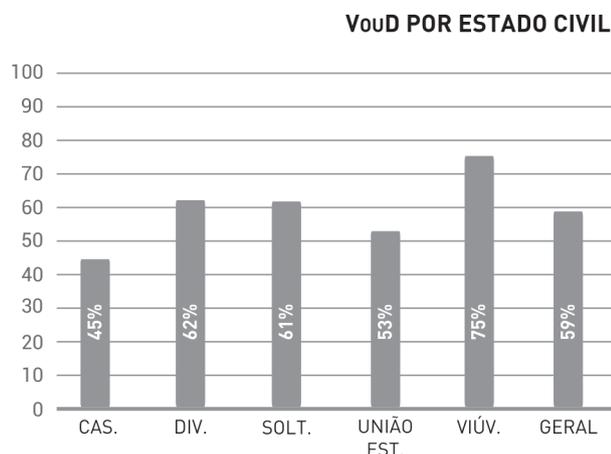


É digno de nota que os altos índices de adesão e de carga viral indetectável foram obtidos apesar da ocorrência de violência ou discriminação. Durante os dois anos, na população em estudo, a violência e a discriminação não impediram a adesão. Talvez a participação

na RNP+ contribua para que a violência e a discriminação não afetem na adesão.

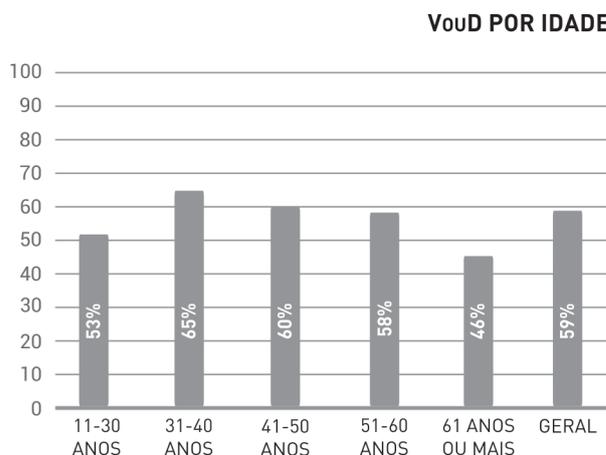
Apesar de não termos o quesito estado civil nas fichas de 2015, realizamos o cruzamento de VouD com estado civil para o ano de 2017. Nesse quesito, houve cinco respostas em branco; dentre esses respondentes três relataram VouD e dois não. O resultado dos cruzamentos entre relatos de VouD segundo estado civil foi uma distribuição homogênea ($p=0,134$). Pelo critério de persistência adotado, o estado civil não fornece categorias de vulnerabilidade.

Gráfico 42 > Distribuição de relatos de violência ou discriminação por estado civil, SRNP+ 2017



Apesar de também não dispormos do quesito idade ou faixa etária na Sociometria da RNP+ empreendida em 2015, realizamos o cruzamento dos relatos de VouD com faixa etária para 2017. Só houve uma resposta em branco para esse quesito. Agrupamos as faixas de 11 a 20 anos e 21 a 30 anos porque a primeira tem poucos representantes. O resultado foi uma distribuição homogênea ($p=0,383$). Pelo critério de persistência adotado, a idade dos respondentes tampouco fornece categorias de vulnerabilidade à VouD.

Gráfico 43 > Distribuição de relatos de violência ou discriminação por faixa etária, SRNP+ 2017



Com o critério adotado de que as diferenças tenham que se mostrar persistentes nos dois anos em estudo, os relatos de VouD distribuíram-se de modo homogêneo segundo os diferentes recortes: região, religião, sexo, orientação sexual, raça/cor, escolaridade, renda familiar, carga viral e adesão. Pelo critério de persistência, como os dados de estado civil e idade não mostram grupos mais vulneráveis em 2017, VouD distribuem-se de modo homogêneo também para estes recortes.

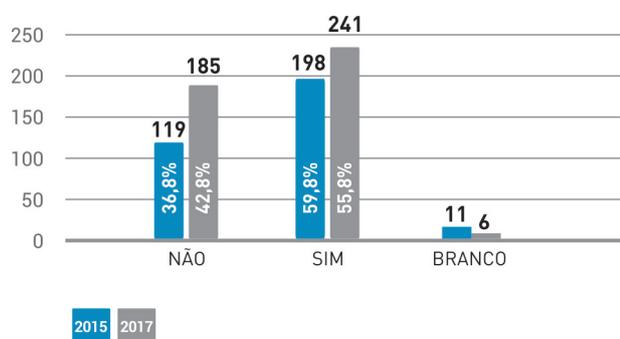
Sobre o recorte por religião, há uma observação importante a ser feita. Em 2015, os católicos referiram VouD igualmente às demais categorias, mas, em 2017, referiram menos frequentemente do que a média do Brasil. Por sua vez, agrupando-se umbandistas e candomblecistas, os mesmos diferenciaram-se das demais categorias em 2015, sem significação estatística. Porém, em 2017, a AASR, U+C e Espírita, por um lado, e os católicos, por outro, diferenciaram-se da média do Brasil, produzindo uma distribuição heterogênea com significação estatística.

O único recorte que mostrou alguma diferença nos dois anos, foi aquele por regiões do país. Com efeito, nos dois anos, a região Sul teve mais relatos de VouD. Diferença estatisticamente significativa para 2017, mas não para 2015.

DISCRIMINAÇÃO

Ao analisarmos as respostas referentes especificamente à discriminação, levando em conta as respostas em branco, temos que 59,8% dos respondentes, de 2015, e 55,8% daqueles, de 2017, relataram ter sido discriminados. As duas amostras são estatisticamente compatíveis com um percentual de 58%, apontando estabilidade desta proporção ($p=0,149$). Para afirmar que uma categoria de um recorte é mais ou menos vulnerável do que outras do mesmo recorte (por exemplo, sexo, renda etc.) adotamos o critério de persistência, como explicitado no Capítulo 1. Isto é, em primeiro lugar a distribuição da distribuição segundo este recorte não é homogênea, com significação estatística, nos dois anos. Em segundo lugar, uma categoria deste recorte apresenta maior ou menor vulnerabilidade, nos dois anos.

Gráfico 44 > Distribuição dos respondentes que relataram discriminação, SRNP+ 2015 e 2017

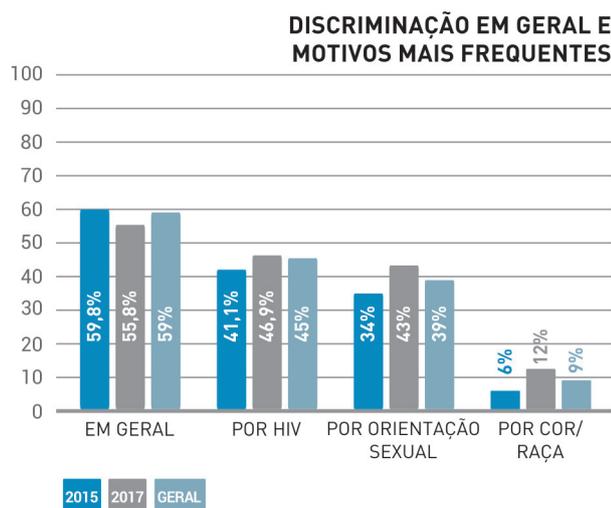


O Gráfico 45 resume os dados de discriminação em geral e pelos motivos mais frequentemente relatados, em 2015 e 2017. A proporção de relatos de discriminação por ter HIV nos dois anos foi compatível, com 45% ($p=0,111$), e a proporção por orientação sexual nos dois anos foi compatível, com 40% ($p=0,241$), indicando estabilidade. A discriminação por orientação sexual foi calculada levando-se em conta somente os homossexuais e bissexuais (137, em 2015; 191, em 2017).

Para o ano de 2015, houve duas pessoas que não preencheram a alternativa orientação sexual, deixando-a em branco, e três heterossexuais que relataram terem sido discriminados por sua orientação sexual. Nesse ano, o total de homossexuais e bissexuais que relataram terem sido discriminados por sua orientação sexual foi de 45 casos. Por sua vez, em 2017, houve 82 relatos de homossexuais ou bissexuais discriminados por orientação sexual. Houve, ainda, um heterossexual que relatou ter sido discriminado por ser homossexual e um respondente que deixou a alternativa sobre orientação sexual em branco, mas assinalou ter sido discriminado por ser homossexual.

Já a discriminação por raça/cor aumentou de 6% para 12% ($p=0,019$). Ela foi calculada levando-se em conta somente os pardos e pretos (198 em 2015, 278 em 2017). Com efeito, somente pardos e pretos relataram discriminação por raça/cor (Gráfico 45).

Gráfico 45 > Distribuição proporcional dos relatos de discriminação em geral e pelos motivos mais frequentes, SRNP+ 2015 e 2017



Nota: proporções incluindo os brancos como não discriminados.

As proporções de cada ano são compatíveis entre si para a discriminação geral ($p=0,382$), por HIV ($p=0,063$) e por orientação sexual ($p=0,109$). Entretanto, para a categoria raça/cor há diferença estatisticamente significativa entre os dois anos em estudo, dado que $p=0,019$. Com efeito, a proporção de discriminação relatada motivada por raça/cor duplicou de 2015 para 2017.

Em 2015, houve 228 relatos de discriminação por diferentes motivos. Devem ser acrescidos, no entanto, ainda, 32 relatos de discriminação sem especificar algum motivo. Nesse sentido, foram 260 relatos de discriminação, em 2015, e 371, em 2017.

O Quadro 14 mostra a distribuição dos relatos de discriminação e suas taxas. A taxa de multiplicidade visa quantificar entre as PVHA que relataram alguma discriminação, qual foi a proporção de relatos de discriminação que cada PVHA sofreu. Já a taxa geral quantifica a média de tipos de discriminação “entre todas as PVHA respondentes”.

Quadro 14 > Discriminação em geral: taxas, SRNP+ 2015 e 2017

DISCRIMINAÇÃO	2015		2017		COMPATIBILIDADE
	N	%	N	%	
Respondentes que relatam discriminação	193	59,7%	241	55,7%	Compatíveis com 58% ($p=0,15$)
Relatos de discriminação: motivo explicitado ou não	260		371		
Taxa de multiplicidade (no de relatos de discriminação/no de pessoas que relatam discriminação)	260/193 = 1,34		371/241 = 1,54		Diferentes ($p=0,004$)
Taxa geral (no de relatos de discriminação/no de respondentes da Sociometria)	260/323 = 0,804		371/432 = 0,858		Compatíveis ($p=0,466$)

A taxa de multiplicidade apresentou aumento, estatisticamente significativo, de 2015 para 2017. Ou seja, aumentou a quantidade de relatos de discriminação entre as PVHA que relataram alguma discriminação.

Com relação à distribuição dos relatos de discriminação pelos recortes por região, religião, sexo, orientação sexual, raça/cor, escolaridade e renda – analogamente ao ocorrido na análise de VouD –, os recortes por região e religião mostraram homogeneidade num ano, mas não no outro. Os demais recortes apresentaram homogeneidade nos dois anos. As distribuições foram calculadas sem levar as respostas em branco em consideração.

Iniciamos a análise com a distribuição por região: a discriminação foi homogênea em 2015 ($p=0,17$), mas não homogênea em 2017 ($p=0,008$). De 2015 para 2017 aumentaram os relatos de discriminação na região Centro-Oeste e diminuíram nas demais regiões e na média nacional. Os valores máximos de relatos de discriminação, contudo, foram observados nas regiões Centro-Oeste e Sul.

Gráfico 46 > Distribuição de relatos de discriminação em geral por região, SRNP+ 2015 e 2017

DISCRIMINAÇÃO SEGUNDO REGIÃO

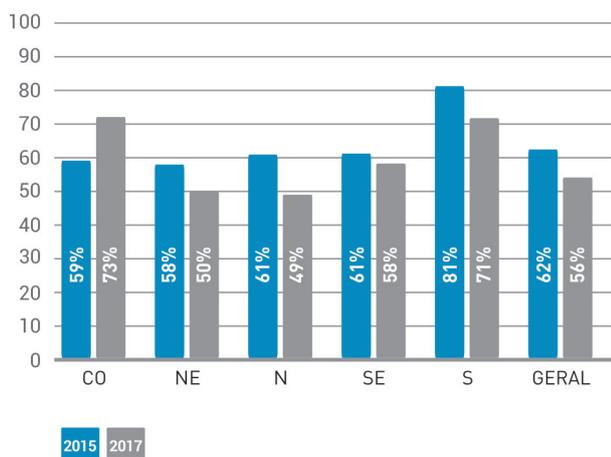
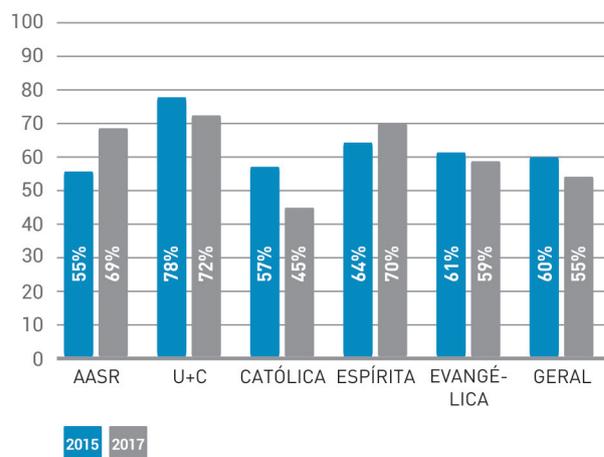


Gráfico 47 > Distribuição de relatos de discriminação em geral segundo religião, SRNP+ 2015 e 2017

DISCRIMINAÇÃO SEGUNDO RELIGIÃO



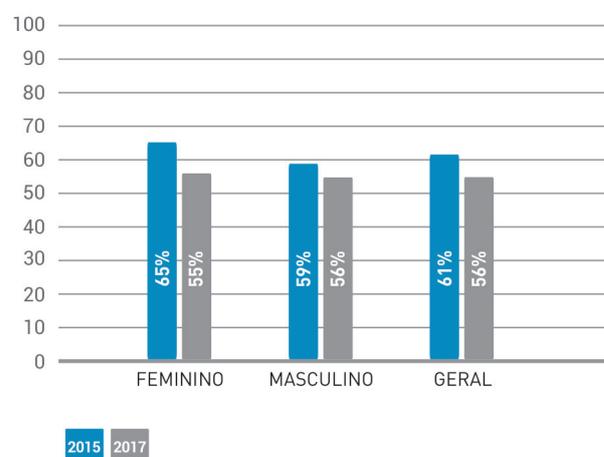
Nota: no cálculo da percentagem, não foi incluída a coluna "outros".

Em 2015, a distribuição dos relatos de discriminação em geral segundo a religião do respondente foi homogênea ($p=0,32$). O maior percentual de relatos de discriminação se deu entre os respondentes ligados ao candomblé e à umbanda (78%). Em 2017, tal distribuição dos relatos de discriminação segundo religião mostrou-se não homogênea ($p=0,001$). Nesse ano, observou-se queda proporcional dos relatos de discriminação em geral em relação ao ano anterior, o que se deve quase que exclusivamente à diminuição dos relatos de discriminação pelos católicos. Os católicos corresponderam ao menor percentual de relatos de discriminação (45%). O aumento do número de respondentes católicos em 40% explica tal fato. Ressalte-se que o maior percentual de relatos de discriminação foi mantido por respondentes ligados ao candomblé e à umbanda (72%), seguidos de perto por espíritas (70%) e AASR (69%). Porém a tendência geral de queda contrasta com o aumento significativo dos relatos entre AASR. Tais proporções estão no Gráfico 47.

A distribuição dos relatos de discriminação segundo sexo apresentou percentuais próximos para ambos os sexos, nos dois anos da Sociometria. Em 2015, a discriminação foi mais relatada por mulheres soropositivas (65%) e, em 2017, mais relatada por homens soropositivos (56%). A homogeneidade foi verificada nos dois anos: em 2015 ($p=0,58$) e em 2017 ($p=0,439$).

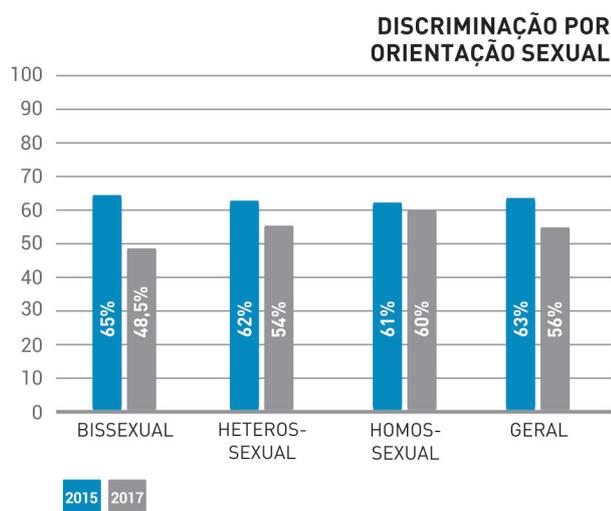
Gráfico 48 > Distribuição de relatos de discriminação em geral segundo sexo, SRNP+ 2015 e 2017

DISCRIMINAÇÃO POR SEXO



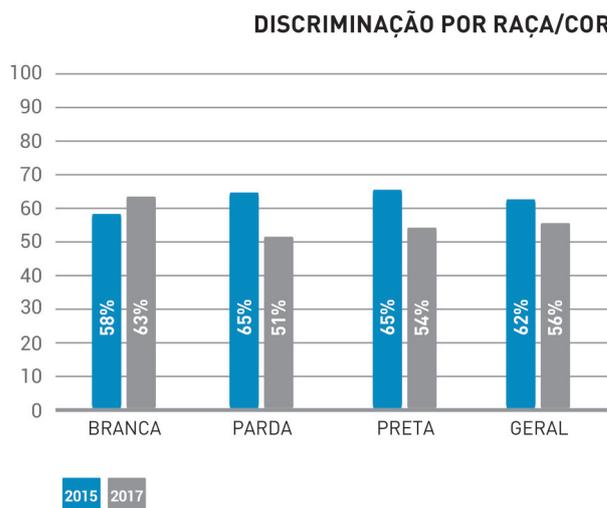
Em 2015, o percentual de discriminação de PVHA segundo orientação sexual esteve bastante próximo entre aqueles que se auto-declararam bissexuais (65%), heterossexuais (62%) e homossexuais (61%). Em 2017, esses percentuais diminuíram, mas a dispersão aumentou, sendo a maior proporção para homossexuais (59,6%). A homogeneidade foi verificada nos dois anos: em 2015 ($p=0,91$) e em 2017 ($p=0,37$).

Gráfico 49 > Distribuição de relatos de discriminação em geral segundo orientação sexual, SRNP+ 2015 e 2017



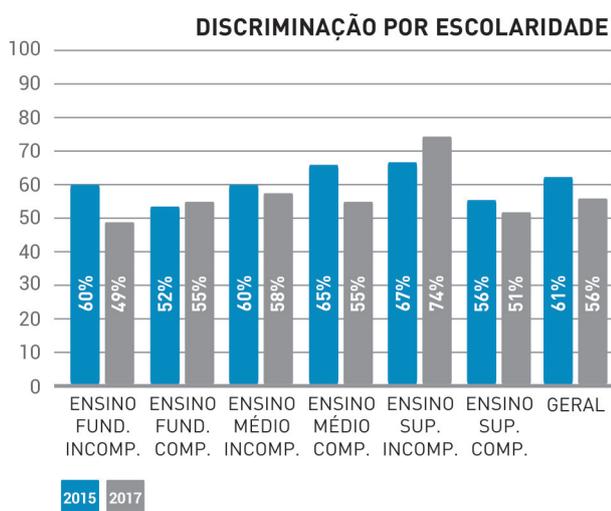
Quanto à discriminação segundo raça/cor, em 2015, os percentuais entre as categorias classificatórias foram próximos e, de modo geral, reduziram-se em 2017. Note-se, entretanto, que os respondentes de raça/cor branca relataram percentualmente (58%) menos discriminação, em 2015, mas foram aqueles que mais relataram discriminação (62,6%), em 2017. A homogeneidade foi verificada nos dois anos: em 2015 ($p=0,50$) e em 2017 ($p=0,08$).

Gráfico 50 > Distribuição de relatos de discriminação em geral segundo Raça/cor autodeclarada, SRNP+ 2015 e 2017



No caso dos relatos de discriminação segundo escolaridade, o nível de homogeneidade diminuiu acentuadamente de 2015 para 2017, como mostram os valores respectivos de p . Deve ser ressaltado que as pessoas com Ensino Superior Incompleto relataram mais discriminação, enquanto aquelas com Ensino Fundamental Completo e Ensino Superior Completo (extremos da escala de escolaridade) relataram discriminação em proporções semelhantes em 2015 e 2017, ambos em diminuição. O aumento da proporção de respondentes com Ensino Superior Incompleto que relataram discriminação é o responsável pela queda de homogeneidade. A homogeneidade foi verificada nos dois anos: em 2015 ($p=0,765$) e em 2017 ($p=0,098$).

Gráfico 51 > Distribuição de relatos de discriminação em geral segundo escolaridade, SRNP+ 2015 e 2017



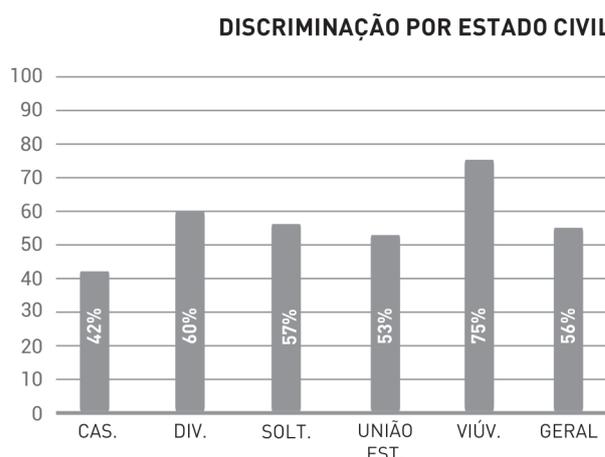
Os relatos de discriminação segundo renda familiar distribuíram-se de modo homogêneo nos dois anos em estudo. Houve 13 e 18 respostas em branco para o quesito renda familiar respectivamente em 2015 e 2017.

Quadro 15 > Distribuição de relatos de discriminação em geral por renda familiar, SRNP+ 2015 e 2017

ANO	SM	ATÉ 1 SALÁRIO MÍNIMO (SM)	DE 1 A 3 SM	DE 4 A 5 SM	6 OU MAIS	GERAL	P
2015		63%	53%	74%	60%	60%	0,122
2017		53%	61%	57%	57%	57%	0,668

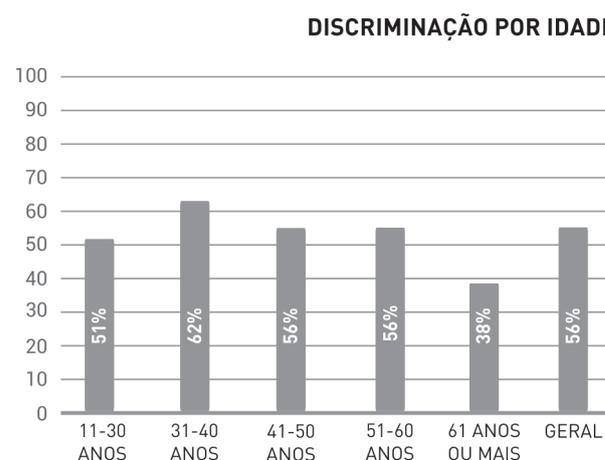
Apesar de não termos o campo sobre estado civil nas fichas sociométricas de 2015, realizamos o cruzamento dos relatos de discriminação com estado civil para o ano de 2017. Houve cinco respostas em branco para esse quesito: três respondentes relataram discriminação e dois não. O resultado desse cruzamento apresentou uma distribuição homogênea ($p=0,063$). Pelo critério de persistência adotado, o estado civil não fornece categorias de vulnerabilidade.

Gráfico 52 > Distribuição de relatos de discriminação em geral segundo estado civil, SRNP+ 2017



Como apresentado anteriormente, também não dispomos dos dados acerca da idade ou faixa etária nas fichas sociométricas de 2015. Assim, realizamos o cruzamento dos relatos de discriminação com idade para o ano de 2017. Houve uma resposta em branco no quesito idade. Agrupamos as faixas de 11-20 anos e 21-30 anos porque a primeira tem poucos representantes. O resultado de tal cruzamento apresentou uma distribuição homogênea ($p=0,300$). Pelo critério de persistência adotado, a faixa etária não fornece categorias de vulnerabilidade.

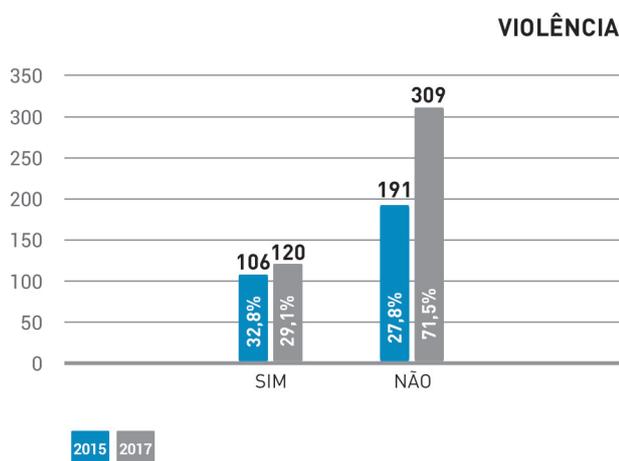
Gráfico 53 > Distribuição de relatos de discriminação em geral segundo idade, SRNP+ 2017



VIOLÊNCIA

Em 2015, 32,8% dos respondentes relataram ter sofrido ou sofrer violência; em 2017 foram 27,7% compatíveis com 30% entre os dois anos ($p=0,099$). Nestes cálculos foram levadas em conta as respostas em branco. Ressaltamos que, para 2015, há 26 brancos, enquanto, para 2017, somente três. Assim, se calculássemos a violência sem levar em conta essas respostas em branco, a taxa seria de 35,6% em 2015 e 27,9% em 2017, diferentes ($p=0,041$). E, portanto, a diferença seria estatisticamente significativa mostrando uma diminuição.

Gráfico 54 > Distribuição de respondentes PVHA que relataram ter sofrido violência, SRNP+ 2015 e 2017

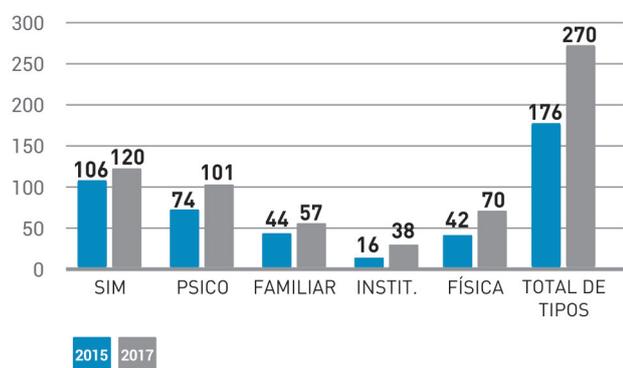


Ao analisarmos as respostas referentes especificamente aos relatos sobre violência, identificamos o total de 176 relatos, em 2015, e de 270, em 2017. A violência pode ter diferentes manifestações. Os tipos que compunham o instrumento dessa pesquisa incluem violên-

cia psicológica, familiar, institucional e física (Gráfico 55). Há uma falha de consistência no questionário de 2015, pois a ficha sociométrica admitia que um respondente que informasse não ter sofrido violência ou que tivesse deixado em branco esse quesito, pudesse relatar, em seguida, ter sofrido algum tipo específico de violência (física, psicológica, familiar e/ou institucional). Isso não foi corrigido no processo de análise.

Para afirmar que uma categoria de um recorte é mais ou menos vulnerável do que outras do mesmo recorte (por exemplo, sexo, renda etc.) adotamos o critério de persistência, como explicitado no Capítulo 1. Isto é, em primeiro lugar a distribuição da violência segundo este recorte não é homogênea, com significação estatística, nos dois anos. Em segundo lugar, uma categoria deste recorte apresenta maior ou menor vulnerabilidade, nos dois anos.

Gráfico 55 > Distribuição dos respondentes PVHA que relataram ter sofrido violência em geral e dos relatos de violência segundo os tipos de violência sofrida, SRNP+ 2015 e 2017



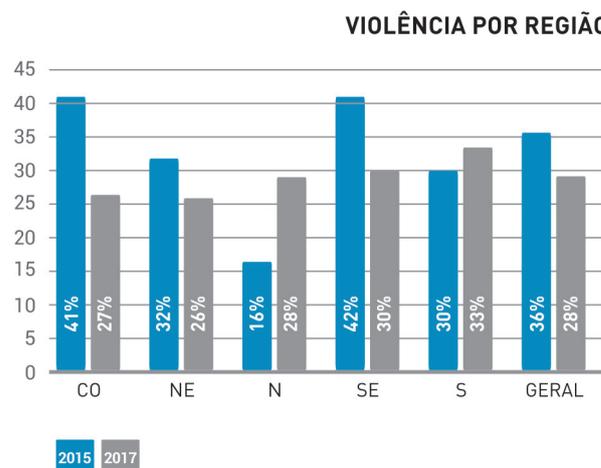
Note-se que a taxa de multiplicidade, isto é, a quantidade de tipos de violência mencionados por cada pessoa que relatou ter sofrido violência, aumenta significativamente de 2015 para 2017. No segundo ano, em média, cada pessoa que relatou violência tendeu a relatar ter sofrido dois tipos distintos.

Quadro 16 > Distribuição dos relatos de violência em geral contra PVHA por Ano, SRNP+ 2015 e 2017

VIOLÊNCIA	2015	2017	COMPATIBILIDADE
% de pessoas que relatam	33%	27%	Compatível com 30%. $p=0,09$
Tipos relatados	176	270	
Taxa de multiplicidade	1,53	2,23	Não compatíveis. $p<0,001$
Taxa geral	$176/323 = 0,544$	$270/432 = 0,625$	Compatíveis. $p=0,370$

A distribuição da violência por região foi homogênea, nos dois anos: em 2015 ($p=0,055$) e em 2017 ($p=0,850$) (Gráfico 56). Na análise dos recortes, não levaremos em conta as respostas em branco.

Gráfico 56 > Distribuição dos relatos de violência em geral contra PVHA segundo região, SRNP+ 2015 e 2017



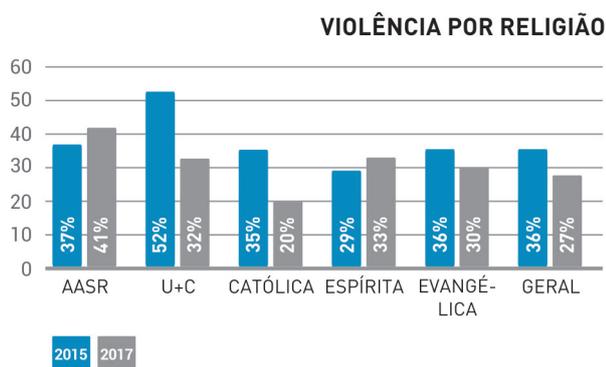
Para os dois anos em estudo, a distribuição dos relatos de violência foi homogênea por sexo, orientação sexual e raça/cor.

De modo geral, os relatos de violência diminuíram, mas aumentaram entre os que se declararam Agnósticos, Ateus ou Sem Religião (AASR). Em 2015, houve homogeneidade na distribuição ($p=0,47$), mas não em 2017 ($p=0,019$). Os AASR relataram ter sofrido violência mais frequentemente (41,3%) e os católicos menos (20,4%) (Gráfico 57). A responsabilidade da queda da violência geral de um ano para o outro deveu-se exclusivamente à diminuição dos relatos entre os católicos, que exibem o único valor inferior à média geral de relatos de violência. Ao mesmo tempo, o número de católicos:

- > aumentou de 41,5%, em 2015, para 46,5%, em 2017;
- > duplicou de um ano para o outro entre aqueles que não relataram violência;
- > diminuiu levemente entre aqueles que relataram ter sofrido violência.

Todos estes fatores levaram à queda da média geral.

Gráfico 57 > Distribuição dos relatos de violência em geral contra PVHA segundo religião, SRNP+ 2015 e 2017

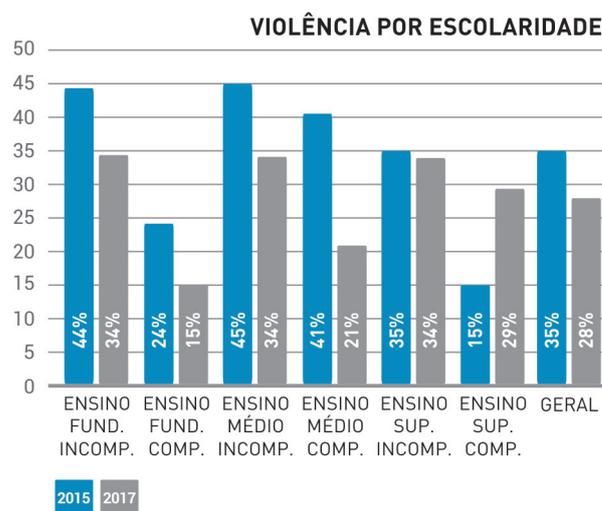


Em 2015, a distribuição dos relatos de violência também foi não homogênea por escolaridade ($p=0,017$). A não homogeneidade deveu-se à categoria Ensino Superior Completo, que relatou uma proporção inferior de violência. Há homogeneidade em 2017, mas o nível ainda é baixo ($p=0,075$). Nas categorias Ensino Fundamental Incompleto, Ensino Fundamental Completo, Ensino Médio Incompleto e Ensino Médio Completo (em parte) diminuíram os relatos de violência, induzindo à queda da média geral. Já para Ensino Superior Completo, os relatos aumentaram notavelmente, quase duplicando. Ressalte-se que, apesar do Ensino Superior Completo contar com 15% de relatos de violência, em 2015, e Ensino Fundamental Completo com 15%, em 2017, o peso da categoria Ensino Superior Completo – pelo maior número de respondentes com essa escolaridade – é bem maior do que o de Ensino Fundamental Completo, influenciando, assim, mais na média geral.

De 2015 para 2017 há uma diminuição geral das taxas de violência, exceto no caso do Ensino Superior Completo, que se aproxima da média geral. O valor de p aumenta, porém, ficando próximo do limite de não homogeneidade. Também, nos dois anos, a violência não variou segundo o aumento de escolaridade, tanto em incremento como em diminuição. O provável efeito da idade nesta estratificação não está confirmado, porque os dados dos dois anos, por esse recorte, mostram tendências diferentes.

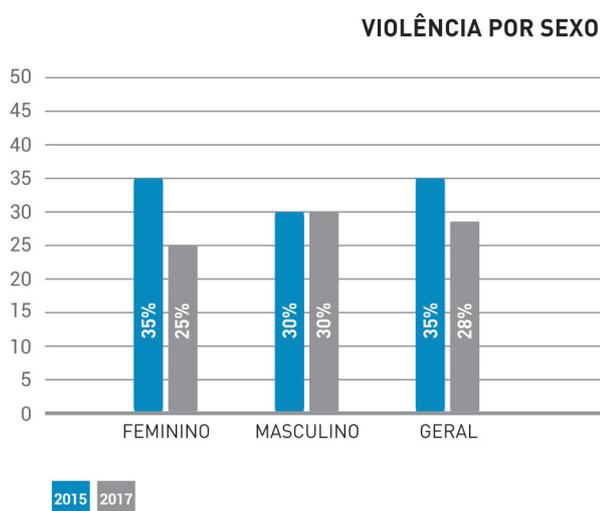
É interessante comparar VouD, Discriminação e Violência segundo escolaridade. Com efeito, nos casos de VouD ou Discriminação, há homogeneidade nos dois anos. Mas não há homogeneidade para a violência isoladamente no ano de 2015.

Gráfico 58 > Distribuição dos relatos de violência em geral contra PVHA por escolaridade, SRNP+ 2015 e 2017



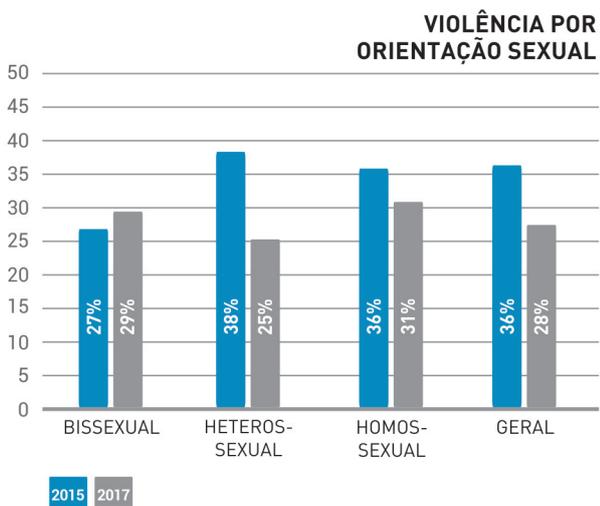
Nos dois anos, as proporções de relatos de violência segundo sexo estiveram próximas. Entretanto, em 2017, houve um decréscimo de 10% no percentual relatado de violência pelas respondentes do sexo feminino, enquanto para o sexo masculino, manteve-se inalterado. A homogeneidade foi verificada nos dois anos: em 2015 ($p=0,343$) e em 2017 ($p=0,27$).

Gráfico 59 > Distribuição dos relatos de violência em geral contra PVHA por sexo, SRNP+ 2015 e 2017



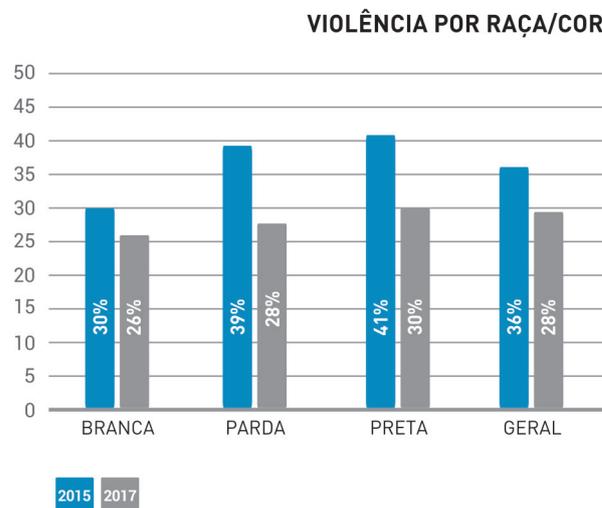
De acordo com as respostas à enquete, no que se refere à orientação sexual, em 2015, a violência contra PVHA predominou nos relatos de heterossexuais (38%) e homossexuais (36%). Para o ano de 2017, observamos um decréscimo de 13% dos relatos de violência entre os respondentes heterossexuais e a predominância dos relatos de violência entre os respondentes homossexuais (31%) e bissexuais (29%). A distribuição nos dois anos foi homogênea: em 2015 ($p=0,745$) e em 2017 ($p=0,486$).

Gráfico 60 > Distribuição dos relatos de violência em geral contra PVHA por orientação sexual, SRNP+ 2015 e 2017



No que se refere à violência por raça/cor, para 2015, os relatos predominaram entre brancos, pardos e pretos. Em 2017, observou-se um declínio em todas as categorias, sendo inferior para raça/cor branca (4%), enquanto os relatos de violência entre PVHA pardas e pretas apresentaram queda do mesmo percentual (11%). A homogeneidade foi verificada nos dois anos: em 2015 ($p=0,218$), havendo uma marcação acentuada em 2017 ($p=0,874$). Não foram considerados no gráfico os dados relativos a amarelos e indígenas por serem muito pouco representativos. Em 2015 foram 5 amarelos, todos sem relatos de violência e 4 indígenas, dos quais 2 com relatos de violência. Já em 2017 foram 3 amarelos, todos sem relatos de violência e 6 indígenas, dos quais 4 com relatos de violência. Houve 27 e 5 respostas em branco para o quesito raça/cor, respectivamente, em 2015 e 2017.

Gráfico 61 > Distribuição dos relatos de violência em geral contra PVHA por Raça/cor, SRNP+ 2015 e 2017



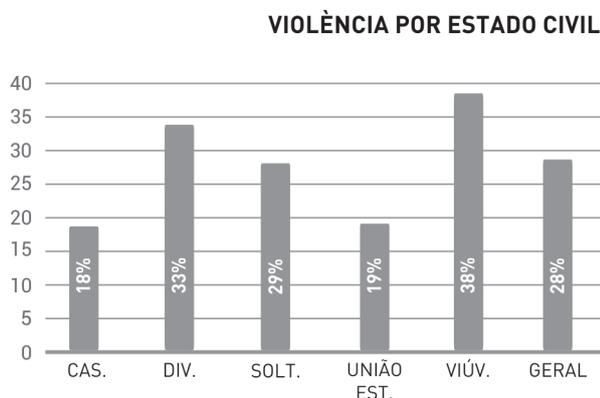
Os relatos de violência segundo Renda Familiar distribuíram-se de modo homogêneo nos dois anos. Ressaltem-se os altos valores de p . Houve 13 (2015) e 17 (2017) brancos.

Quadro 17 > Distribuição dos relatos de violência em geral contra PVHA por Renda Familiar, SRNP+ 2015 e 2017

ANO V	SM	ATÉ 1 SALÁRIO MÍNIMO (SM)	DE 1 A 3 SM	DE 4 A 5 SM	6 OU MAIS	GERAL	P
2015		34%	36%	26%	32%	34%	0,780
ANO V	SM	ATÉ 1 SALÁRIO MÍNIMO (SM)	DE 1 A 5 SM	5 OU MAIS	GERAL	P	
2017		27%	29%	28%	28%	28%	0,993

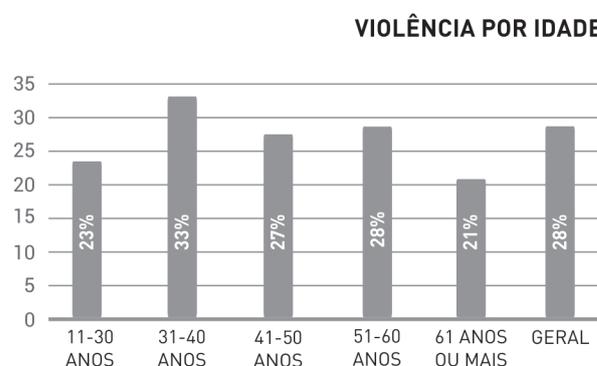
Apesar de não termos os dados de estado civil nas fichas sociométricas de 2015, realizamos o cruzamento dos relatos de violência com estado civil dos respondentes para o ano de 2017. Houve cinco respostas em branco para esse quesito: três relataram violência e dois não. O resultado foi uma distribuição homogênea ($p=0,270$). Pelo critério de persistência adotado, o estado civil não fornece categorias de vulnerabilidade.

Gráfico 62 > Distribuição dos relatos de violência em geral contra PVHA por estado civil, SRNP+ 2017



O quesito idade também inexistiu na Sociometria da RNP+ no ano de 2015. Não obstante, realizamos o cruzamento dos relatos de violência com o quesito idade para o ano de 2017. Houve uma resposta em branco para esse quesito. Optamos por agrupar as faixas etárias de 11-20 anos e 21-30 anos porque a primeira tem poucos representantes. O resultado foi uma distribuição homogênea ($p=0,674$). Pelo critério de persistência adotado, a idade também não fornece categorias de vulnerabilidade.

Gráfico 63 > Distribuição dos relatos de violência em geral contra PVHA por idade, SRNP+ 2017

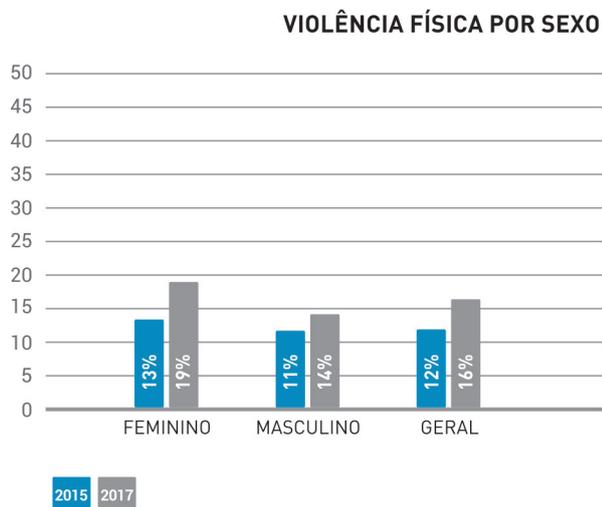


Investigamos, a seguir, se houve variações em relação aos tipos de violência sofridos, segundo o recorte de sexo.

TIPO DE VIOLÊNCIA POR SEXO

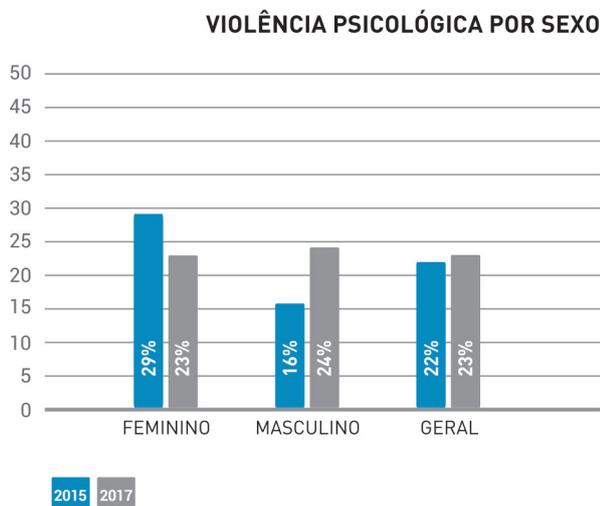
A distribuição dos casos de violência física por sexo é homogênea nos dois anos, com $p=0,55$, em 2015, e $p=0,160$, em 2017.

Gráfico 64 > Distribuição dos relatos de violência física por sexo, SRNP+ 2015 e 2017



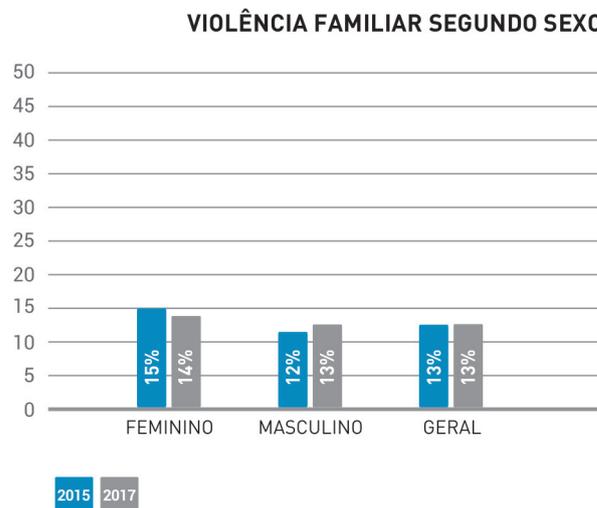
A distribuição geral da violência psicológica é semelhante nos dois anos. Observou-se não homogeneidade em 2015 ($p=0,007$) para os relatos de violência psíquica, sendo as mulheres mais afetadas do que os homens. Porém, em 2017, há uma alta homogeneidade entre os relatos de violência dos dois sexos ($p=0,774$).

Gráfico 65 > Distribuição dos relatos de violência psicológica por sexo, SRNP+ 2015 e 2017



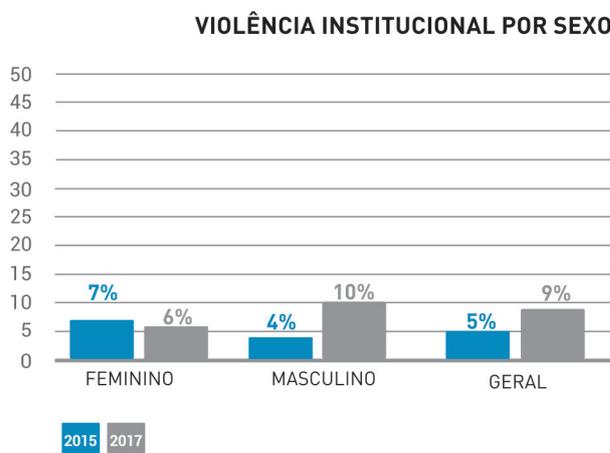
Observa-se que a distribuição dos relatos de violência familiar por PVHA segundo sexo foi homogênea nos dois anos: $p=0,52$ em 2015 e $p=0,756$ em 2017.

Gráfico 66 > Distribuição dos relatos de violência familiar por sexo, SRNP+ 2015 e 2017



Por fim, a distribuição geral dos relatos de violência institucional por PVHA segundo sexo, apresentou tendência de aumento. Apesar da homogeneidade, em 2015 ($p=0,27$) e 2017 ($p=0,172$), ser semelhante entre mulheres e aumentar entre homens.

Gráfico 67 > Distribuição dos relatos de violência institucional por sexo, SRNP+ 2015 e 2017



De modo geral, a conclusão é que os relatos de PVHA acerca dos tipos de violência sofridos mantêm-se estáveis nos dois anos.

DISCRIMINAÇÃO RELACIONADA AO HIV

O propósito desta seção é o de analisar, através de diversas estratificações, a distribuição dos relatos de discriminação relacionada ao HIV (DHIV), nas Sociometrias aplicadas pela RNP+, em 2015 e 2017.

Para afirmar que uma categoria de um recorte é mais ou menos vulnerável do que outras do mesmo recorte (por exemplo, sexo, renda, etc) adotamos o critério de persistência, como explicitado no Capítulo 1. Isto é, em primeiro lugar a distribuição da discriminação relacionada ao HIV (DHIV) segundo este recorte não é homogênea, com significação estatística, nos dois anos. Em segundo lugar, uma categoria deste recorte apresenta maior ou menor vulnerabilidade, nos dois anos.

Como vimos anteriormente (Gráfico 45), o principal motivo identificado pelos respondentes para terem sido discriminados foi por serem soropositivos. Na seção sobre discriminação em geral, os relatos acerca da discriminação por ser HIV positivo foram de 41,1%, em 2015, e 46,9%, em 2017. As duas amostras são compatíveis com uma discriminação de 45%, apontando estabilidade nos dois anos ($p=0,063$). O que significa que aproximadamente 45% dos respondentes, pela média dos dois anos em estudo, relataram terem sido discriminados em função da soropositividade para o HIV. A discriminação de PVHA foi registrada como sendo, primordialmente, uma discriminação “por ser soropositivo”, segundo 133 respondentes, em 2015, e 203, em 2017.

Examinaremos, assim, aspectos que podem estar associados a essa discriminação relacionada ao HIV⁴².

DISCRIMINAÇÃO RELACIONADA AO HIV SEGUNDO INDICAÇÃO DE INTERVENÇÃO PARA LIPODISTROFIA

O número de pessoas discriminadas que têm Indicação de Intervenção para Lipodistrofia (IIL) permaneceu estável nos dois anos em estudo. Porém, deve ser lembrado que a IIL, como consta no Capítulo 2, diminuiu muito de 2015 para 2017, tanto em percentagem de pessoas como em quantidade de indicações, de modo estatisticamente significativo. Provavelmente, esta diminuição seja devida à realização das intervenções para controlar a Lipodistrofia e ao uso de medicamentos que não produzem esses efeitos adversos.

Não houve homogeneidade ($p=0,0001$) quando realizado o cruzamento entre PVHA que são discriminadas e pessoas que têm Indicação de Intervenção para Lipodistrofia (IIL), em 2015. Em 2017, houve homogeneidade ($p=0,074$). A seguir mostraremos os quadros

⁴² DHIV distribuiu-se de modo homogêneo em todos os recortes do Banco de 2017, incluindo região de residência, sexo, orientação sexual, raça/cor, escolaridade, renda, estado civil e faixa etária. Isto foi comprovado pelo teste χ quadrado. Mas também calculamos uma regressão logística binária, usando as categorias anteriores. Em concordância com os resultados do teste χ quadrado, nenhuma destas categorias mostrou-se relevante. Com efeito, os IC 95% para a exponencial da chance continham todos o valor “1”.

correspondentes aos dois anos, incluindo os dados absolutos.

Dada a mudança em relação às IIL, de 2015 para 2017, passamos a ter homogeneidade na distribuição, devido ao aumento dos relatos de DHIV entre as pessoas que não têm IIL. Este aumento é estatisticamente significativo ($p=0,013$). Examinando a coluna 3 dos Quadros 18 e 19 abaixo, observa-se que entre os que têm IIL, a percentagem dos discriminados por HIV permanece estável, sendo superior a 55%. Isto é, a IIL está relacionada com a DHIV nos dois anos. Já entre os que relataram DHIV, a percentagem dos que têm IIL diminuiu.

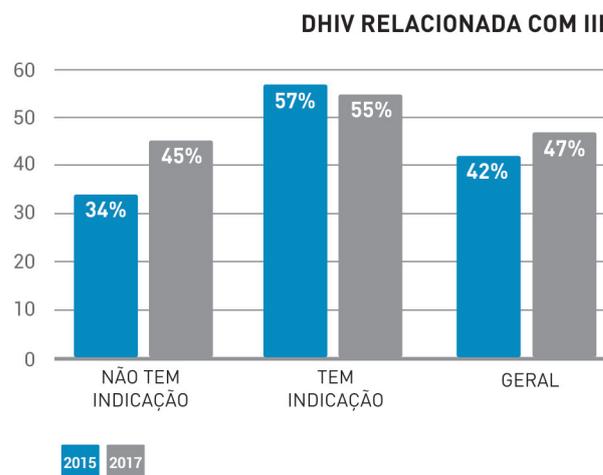
Quadro 18 > Distribuição dos relatos de discriminação relacionada ao HIV (DHIV) segundo Indicação de Intervenção para Lipodistrofia (IIL), SRNP+ 2015

DISCRIMINAÇÃO POR HIV	NÃO TEM IIL	TEM IIL	PERCENTAGEM DOS QUE TÊM IIL	GERAL
Não	134	45	25%	179
Sim	69	59	46%	128
Total	203	104	33,9%	307
Percentagem dos que relatam DHIV	34%	57%		42%

Quadro 19 > Distribuição dos relatos de discriminação relacionada ao HIV (DHIV) segundo Indicação de Intervenção para Lipodistrofia (IIL), SRNP+ 2017

DISCRIMINAÇÃO POR HIV	NÃO TEM INDICAÇÃO	TEM INDICAÇÃO	PERCENTAGEM DOS QUE TÊM IIL	GERAL
Não	182	44	19,5%	226
Sim	148	54	26,7%	202
Total	330	98	22,9%	428
Percentagem dos que relatam DHIV	45%	55%		47%

Gráfico 68 > Distribuição dos relatos de discriminação relacionada ao HIV (DHIV) segundo Indicação de Intervenção para Lipodistrofia (IIL), SRNP+ 2015 e 2017



DISCRIMINAÇÃO RELACIONADA AO HIV SEGUNDO VIOLÊNCIA

Na análise inicial sobre os dados de PVHA que afirmaram ter sido discriminadas, chamou a atenção o alto índice de respondentes que reportaram situações de violência.

No ano de 2015, a não homogeneidade surpreende. O valor de p é muito pequeno ($p<0,0001$), indicando alta significação estatística. Dentre os que relataram violência, 66% também relataram a discriminação por HIV. Por sua vez, entre os que não relataram violência, o percentual daqueles que relataram discriminação foi de 29%, próximo da média geral de violência, que é de 33% (Quadro 20). Reciprocamente, os que relataram violência entre aqueles discriminados por HIV constituem 53%. Já entre os não discriminados por HIV foram 19%.

Quadro 20 > Distribuição dos relatos de DHIV por Violência, SRNP+ 2015

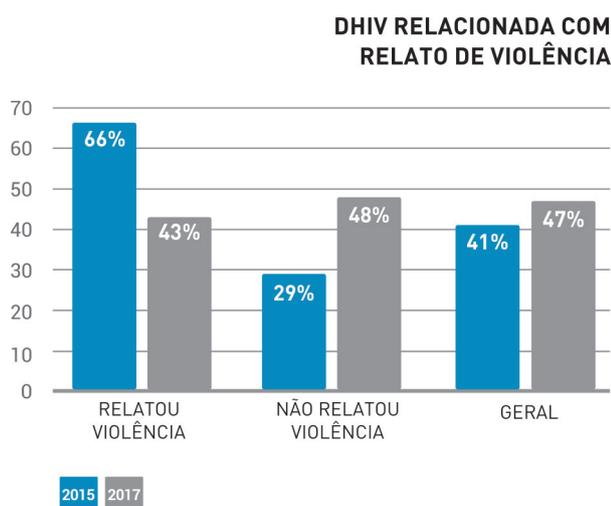
DISCRIMINAÇÃO POR HIV	RELATOU VIOLÊNCIA		NÃO RELATOU VIOLÊNCIA		GERAL
	Nº	%	Nº	%	
Não	36	19%	154	81%	190
Sim	70	53%	63	47%	133
Total	106	33%	217	67%	323
% Discriminação	66%		29%		41%

Ao analisar os dados da Sociometria da RNP+ para o ano de 2017, a surpresa é a do salto para uma boa homogeneidade nesse cruzamento entre DHIV e violência ($p=0,395$) (Quadro 21). Ressalte-se que há um aumento importante entre os discriminados por HIV que não relataram violência.

Quadro 21 > Distribuição dos relatos de DHIV por Violência, SRNP+ 2017

DISCRIMINAÇÃO POR HIV	RELATOU VIOLÊNCIA		NÃO RELATOU VIOLÊNCIA		GERAL
	Nº	%	Nº	%	
Não	68	30%	161	70%	229
Sim	52	26%	148	74%	200
Total	120	28%	309	72%	429
% Discriminação	43%		48%		47%

Gráfico 69 > Distribuição dos relatos de DHIV segundo relatos de violência, SRNP+ 2015 e 2017



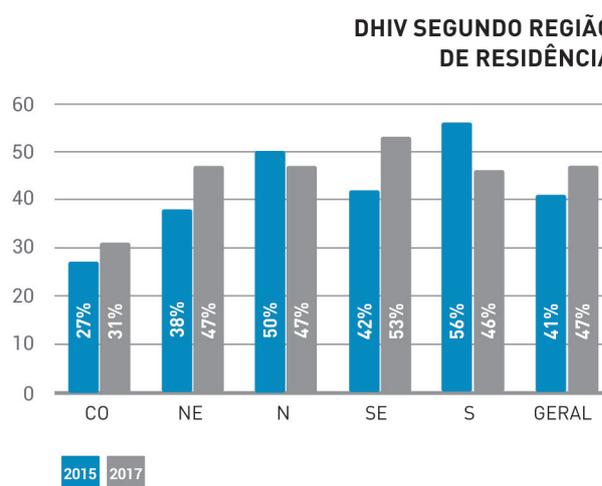
DISCRIMINAÇÃO RELACIONADA AO HIV SEGUNDO OUTROS RECORTES

Encontramos homogeneidade nos diferentes estratos em análise acerca da discriminação relacionada ao HIV: região, sexo, orientação sexual, escolaridade, raça/cor, religião, estado civil, renda e idade. Mostraremos somente as porcentagens e não os dados absolutos para não sobrecarregar o texto. Lembrando da homogeneidade geral, comentaremos as proporções que correspondem a cada estrato

e a variação de 2015 para 2017. A seguir, os gráficos e quadros referentes a cada variável em estudo.

O Gráfico 70 mostra que a DHIV estava distribuída homogeneamente por região ($p=0,083$ para 2015; $p=0,44$ para 2017) e essa homogeneidade apresentou tendência de aumento.

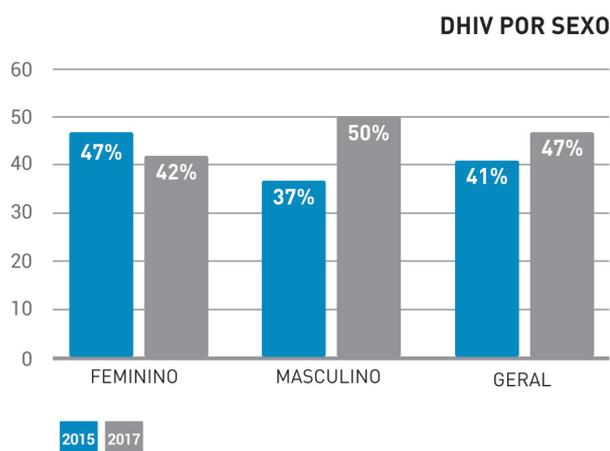
Gráfico 70 > Distribuição dos relatos de DHIV segundo região, SRNP+ 2015 e 2017



Esta distribuição contrasta com a distribuição de VouD segundo Região, na qual as regiões Centro-Oeste e Sul tinham destaque. Ou seja, a VouD nessas regiões tem um forte componente relacionado com outros tipos de discriminação que não a relacionada ao HIV/AIDS.

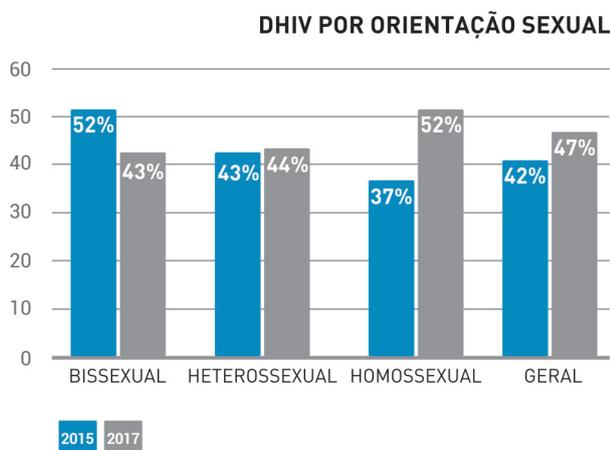
O Gráfico 71 mostra uma distribuição por sexo homogênea. Entretanto, observa-se uma diminuição proporcional dos relatos de DHIV entre as mulheres respondentes em 2017, ao passo que há um aumento entre os homens. A homogeneidade é semelhante em 2015 ($p=0,07$) e 2017 ($p=0,08$), segundo o valor de p .

Gráfico 71 > Distribuição dos relatos de DHIV por sexo, SRNP+ 2015 e 2017



No Gráfico 72, os relatos por parte de homossexuais de experiências de discriminação determinam o aumento da DHIV no recorte por orientação sexual. A homogeneidade é semelhante em 2015 ($p=0,31$) e 2017 ($p=0,259$).

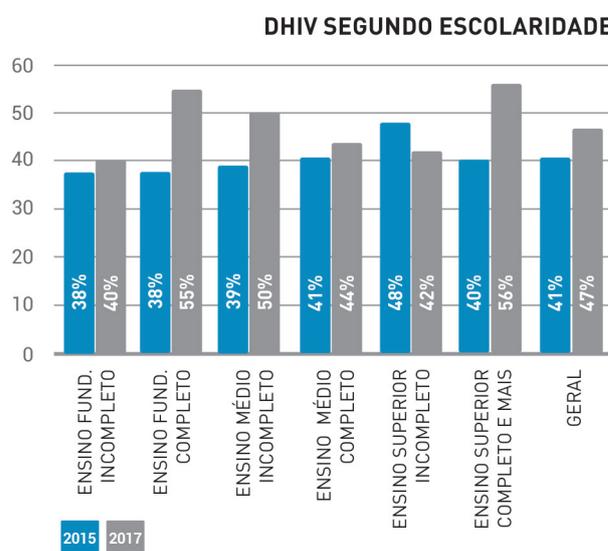
Gráfico 72 > Distribuição dos relatos de DHIV por orientação sexual, SRNP+ 2015 e 2017



No que se refere à escolaridade (Gráfico 73), apesar da distribuição nos dois anos ser homogênea ($p=0,91$, em 2015, e $p=0,29$, em 2017), surpreendem os aumentos dos relatos de DHIV nas categorias Ensino Fundamental Completo e Ensino Superior Completo e Mais. Em geral, todas as categorias mostram aumento dos relatos de DHIV, exceto pelo Ensino Superior Incompleto, que contrasta com o Ensino Superior Completo. Porém, não há uma tendência de aumento ou diminuição conforme aumenta

a escolaridade. Por exemplo, Ensino Fundamental Completo e Ensino Superior Completo apresentaram a mesma percentagem de Discriminação nos dois anos. Assim, não é possível afirmar que as pessoas com maior escolaridade relatam mais situações de DHIV. Em 2015, a distribuição foi semelhante para quase todas as categorias e muito próxima da média, exceto pelo Ensino Superior Incompleto. A dispersão em relação à média aumenta em 2017, como indicado pela diminuição do valor de p .

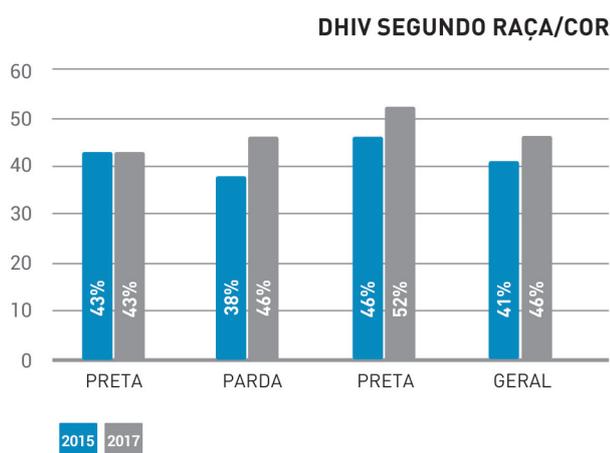
Gráfico 73 > Distribuição dos relatos de DHIV segundo escolaridade, SRNP+ 2015 e 2017



Como observado acima, não há tendência de aumento ou diminuição dos relatos de discriminação conforme aumento da escolaridade.

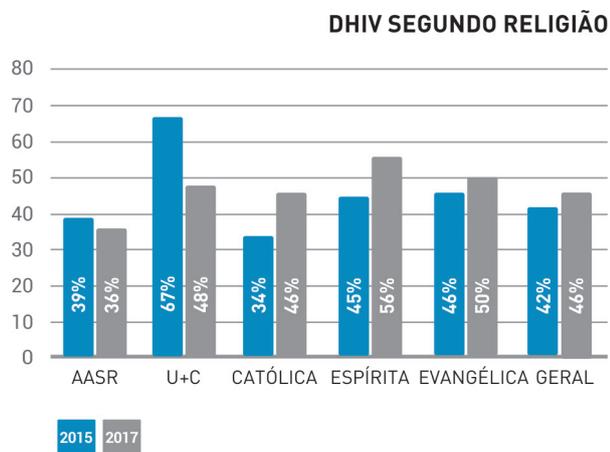
Na distribuição dos relatos de DHIV segundo o recorte raça/cor, somente os relatos de discriminação por parte de pessoas que se auto classificaram como brancas se mantiveram estáveis de 2015 para 2017. Entre pardos e pretos houve um aumento sem significação estatística. Segundo o valor de p , a homogeneidade é semelhante em 2015 ($p=0,48$) e 2017 ($p=0,466$).

Gráfico 74 > Distribuição dos relatos de DHIV segundo raça/cor, SRNP+ 2015 e 2017



O Gráfico 75 exibe a distribuição de relatos de discriminação relacionada ao HIV segundo religião. Observamos que, em 2015, não houve homogeneidade ($p=0,025$), ao passo que em 2017, sim ($p=0,42$). Em 2015, os respondentes que afirmaram professar o candomblé ou a umbanda (U+C) relataram discriminação relacionada ao HIV em uma proporção muito superior à média (67%), enquanto os católicos relataram em menor proporção (34%) em relação à média de 42%. Isto contrasta com os achados de 2017, que mostram um aumento geral da discriminação, com diminuição entre AASR e entre aqueles ligados ao candomblé ou a umbanda.

Gráfico 75 > Distribuição dos relatos de DHIV segundo religião, SRNP+ 2015 e 2017



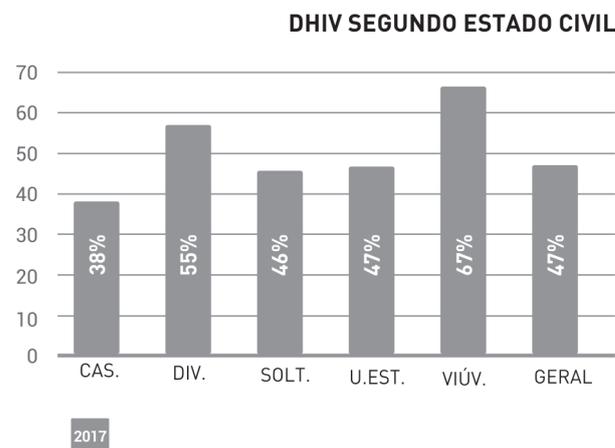
Os relatos de DHIV segundo renda familiar distribuem-se de modo homogêneo nos dois anos. Houve 13 e cinco respostas em branco, respectivamente, em cada ano em estudo.

Quadro 22 > Distribuição dos relatos de DHIV por renda familiar, SRNP+ 2015 e 2017

ANO DHIV	SM	ATÉ 1 SALÁRIO MÍNIMO (SM)	DE 1 A 3 SM	DE 4 A 5 SM	6 OU MAIS	GERAL	P
	SM						
2015	41%		40%	50%	41%	42%	0,789
2017	42%		42%		42%	42%	0,363

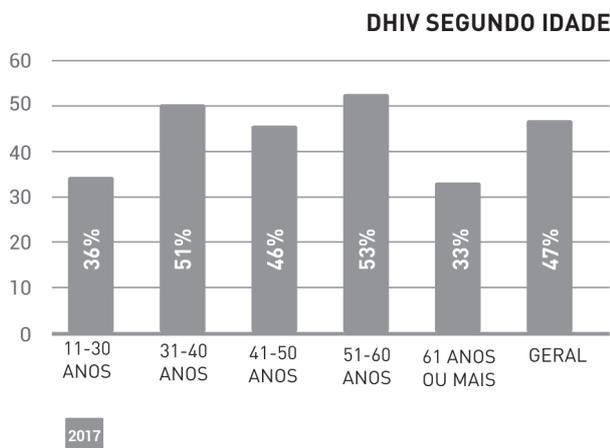
Apesar de não termos os dados acerca do estado civil nas fichas sociométricas de 2015, realizamos o cruzamento dos relatos de discriminação por HIV com as informações acerca do estado civil dos respondentes para o ano de 2017. Houve cinco respostas em branco para esse quesito: três relataram DHIV e dois não. O resultado desse cruzamento foi uma distribuição homogênea ($p=0,151$). Pelo critério de persistência adotado, o estado civil não fornece categorias de vulnerabilidade.

Gráfico 76 > Distribuição dos relatos de DHIV segundo estado civil, SRNP+ 2017



Apesar de não termos os dados de idade nas fichas sociométricas de 2015, realizamos o cruzamento dos relatos de discriminação por HIV com idade para 2017. Houve uma resposta em branco para esse quesito. Agrupamos as faixas etárias de 11 a 20 anos e de 21 a 30 anos, porque a primeira tem poucos representantes. O resultado foi uma distribuição homogênea ($p=0,172$). Pelo critério de persistência adotado, a idade não fornece categorias de vulnerabilidade.

Gráfico 77 > Distribuição dos relatos de DHIV segundo idade, SRNP+ 2017



ASSOCIAÇÃO DA DISCRIMINAÇÃO POR HIV COM OUTRO TIPO DE DISCRIMINAÇÃO

Em 2015, 193 pessoas relataram “Discriminação por qualquer motivo”, dos quais 133 foram por ter HIV. Também houve 46 relatos de “Discriminação por motivos múltiplos”. Em 42 deles, a discriminação por ter HIV foi um dos motivos, ou seja, em 91% dos casos. Em 2017, tivemos 241 relatos de discriminação por qualquer motivo, dos quais 203 foram por ter HIV. Também houve 88 relatos de discriminação por mais de um motivo. Em 82 deles, a discriminação por ser soropositivo foi um dos motivos, o que significa 93% dos casos, conforme pode ser observado no Quadro 23, a seguir.

Quadro 23 > Distribuição dos relatos de discriminação em geral e por HIV, SRNP+ 2015 e 2017

MOTIVOS DE DISCRIMINAÇÃO	DISCRIMINAÇÃO EM GERAL	DISCRIMINAÇÃO POR HIV		DISCRIMINAÇÃO POR MOTIVOS MÚLTIPLOS	PROPORÇÃO DA DHIV NO TOTAL DE MÚLTIPLOS MOTIVOS DE DISCRIMINAÇÃO EM GERAL
		N	%		
ANO					
2015	193	133	41,1%	46	91%
2017	241	203	46,9%	88	93%

DISCRIMINAÇÃO DE PVHA POR “QUEM TEM CONHECIMENTO DE SUA SOROLOGIA”

Como dissemos anteriormente, o conhecimento acerca da sorologia dos respondentes é uma informação relevante para a experiência de discriminação de PVHA pelo HIV. É interessante, nesse sentido, observar o que acontece neste recorte. Em primeiro lugar, é digno de nota que os respondentes podiam incluir várias categorias de pessoas, relações e ambientes em seus relatos (família; cônjuge/companheiro(a); amigos; trabalho; escola; vizinhos; todo mundo (soropositivo(a) público) [2015] ou outros [2017]; ninguém). Assim, em 2015 foram relatados 669 ambientes (família, cônjuge/companheiro/a etc.) e, em 2017, 1.058 ambientes, nos quais se conhecia a sorologia dos respondentes.

Como pode ser visto no Quadro 24 a seguir, na coluna 4, aumenta a frequência média de ambientes que conheciam a sorologia dos respondentes de 2,1 para 2,49 entre 2015 e 2017. As colunas 2 e 3 mostram as taxas de ambientes que conheciam a sorologia, segundo discriminação por HIV ou não. Pode-se concluir que havia mais ambientes nos quais se conheciam a sorologia dos respondentes entre aqueles que foram discriminados por HIV. De forma que, a exposição sobre a sorologia aumenta a possibilidade de discriminação.

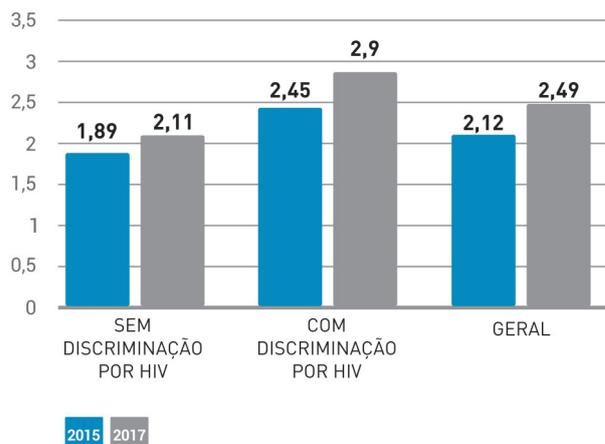
Em 2015 e 2017, a taxa de ambientes que conheciam a sorologia dos respondentes entre as pessoas discriminadas é superior com signifi-

ficação estatística ($p < 0,001$) do que aquela das PVHA não discriminadas por HIV. Isto é, a sorologia positiva é conhecida em mais ambientes para as PVHA discriminadas por HIV do que para as não discriminadas por HIV. Observe-se também que a taxa de ambientes nos quais a sorologia era conhecida aumentou de 2015 para 2017 ($p < 0,001$), em todos os subgrupos: sem discriminação, com discriminação e total. Provavelmente sendo devido a uma maior revelação da sorologia por parte das PVHA. Todos os valores de p estão na última coluna ou na última linha do Quadro 24.

Quadro 24 > Distribuição de ambientes relatados nos quais se tem conhecimento acerca da sorologia dos respondentes segundo relatos de Discriminação por HIV, SRNP+ 2015 e 2017

TIPO	DE 1 A 5 SM	5 OU MAIS	GERAL	P
Nº de ambientes 2015	348	321	669	-
Taxa de ambientes de conhecimento da sorologia por DHIV	348/184 = 1,89	321/133 = 2,45	669/317 = 2,12	<0,001
Nº de ambientes 2017	486	590	1076	-
Taxa de ambientes de conhecimento da sorologia por DHIV	474/224 = 2,11	584/203 = 2,9	1058/427 = 2,49	<0,001
p	0,015	0,004	<0,001	

Gráfico 78 > Taxa de ambientes de conhecimento da sorologia geral, com DHIV e sem DHIV, SRNP+ 2015 e 2017



PROPORÇÃO DE DHIV SEGUNDO O AMBIENTE EM QUE A SOROLOGIA É CONHECIDA

Um outro aspecto a ser considerado é a proporção de PVHA que sofrem discriminação por ter HIV segundo os ambientes em que a sorologia é conhecida. Vale lembrar que isto não significa que as experiências de discriminação tenham ocorrido em todos aqueles ambientes. A sorologia pode ter sido revelada, simultaneamente, em vários ambientes.

Como se pode observar no Quadro 25, tanto as três primeiras categorias como as quatro categorias seguintes apresentam percentagens semelhantes. Optamos, assim, por agrupá-las em duas categorias. Consideramos as três primeiras categorias (família; cônjuge/companheiro(a); amigos) como ambientes privados, entendidos como aqueles nos quais se estabelecem relações interpessoais com maior grau de intimidade. Os demais ambientes (trabalho; escola; vizinhos; todo mundo (soropositivo(a) público) [2015] ou outros [2017]), agrupamos como “ambiente público”.

Quadro 25 > Proporção de DHIV sabendo que a sorologia é conhecida pelo menos no ambiente dado, SRNP+ 2015 e 2017

AMBI-EN-TES	FAMÍ-LIA	CÔN-JUGE/COMPANHEIRO	AMI-GOS	TRA-BA-LHO	ES-CO-LA	VIZI-NHOS	OU-TROS (INCLUI PVHA PÚBLI-CAS)
ANO							
2015	43%	45%	44%	56%	64%	61%	67%
2017	49%	53%	53%	67%	75%	69%	65%

Os ambientes privados de conhecimento da sorologia para HIV foram 513, em 2015, e 804, em 2017. No Quadro 26, mostramos as proporções de ambientes privados do total de ambientes nos quais a sorologia era conhecida nos dois anos, que resultam similares (76%). Provavelmente, isso indica uma preferência dos respondentes pela revelação da sorologia nesses ambientes. E dizemos “provavelmente” porque nem sempre o conhecimento da sorologia positiva de uma pessoa num determinado ambiente acontece por vontade desta pessoa. Ressaltemos que o número de ambientes públicos nos quais se conhecia a sorologia dos respondentes foi de menos de 25% do total, nos dois anos. Os dados estão resumidos no Quadro 26.

A seguir calcularemos a proporção de DHIV, quando a sorologia é conhecida somente no ambiente privado, ou seja, exatamente neste ambiente.

Quadro 26 > Conhecimento da Sorologia por Número e Tipo de Ambientes, SRNP+ 2015 e 2017

TIPO DE AMBIENTES	AMBIENTES PRIVADOS NOS QUAIS A SOROLOGIA É CONHECIDA		AMBIENTES PÚBLICOS NOS QUAIS A SOROLOGIA É CONHECIDA	
	Nº	%	Nº	%
2015	513	76%	157	23%
2017	804	76%	254	24%

Quadro 27 > Distribuição dos relatos de DHIV por ambiente de conhecimento da sorologia, SRNP+ 2015 e 2017

OCOR-RÊNCIA P/ ANO	2015			2017		
	SEM DISCRIMINAÇÃO	DHIV	PROPORÇÃO	SEM DISCRIMINAÇÃO	DHIV	PROPORÇÃO
Só a família	55	20	27%	59	24	29%
Só amigos (as)	15	1	6%	13	6	32%
Só parceiro (a)	5	0	0%	11	6	35%
Só família e parceiro (a)	20	18	47%	20	18	47%
Só família e amigos	30	23	43%	44	32	42%
Só parceiro (a) e amigos	4	0	0%	2	2	50%
Só família e parceiro (a) e amigos	17	13	43%	22	19	46%
Só ambiente privado	146	75	34%	171	107	38%

Nota: a categoria “Só ambiente privado” inclui “família” ou “parceiro (a)” ou “amigos”; enquanto a categoria “Só família e parceiro (a) e amigos” inclui “família” e “parceiro (a)” e “amigos”.

Observamos que a proporção de discriminação quando a sorologia é conhecida só no “ambiente privado” aumentou de 34%, em 2015, para 38%, em 2017, mas sem significação estatística ($p=0,29$). Ainda assim, é consideravelmente menor do que as respectivas taxas gerais de discriminação por ambientes nos quais a sorologia é conhecida (41,1% e 46,9%), o que aponta para uma taxa superior de DHIV relacionada aos ambientes públicos.

CONCLUSÕES

Mais de 30 anos da epidemia e o estigma e a discriminação relacionados ao HIV permanecem em todo o mundo. Na Declaração de Compromisso sobre HIV/AIDS, os Estados membros das Nações Unidas assumiram compromissos para reduzir o estigma e a discriminação contra as PVHA e os grupos vulneráveis à infecção pelo HIV (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2001). Há consenso na literatura sobre HIV e aids de que o estigma e a discriminação representam barreiras importantes para o acesso universal à prevenção, tratamento, cuidados e apoio social relacionados ao HIV e prejudicavam as respostas sociais e políticas (PARKER e AGGLETON, 2002; PARKER e AGGLETON, 2003; MALUWA, AGGLETON, PARKER, 2002; RUEDA et al., 2016; MEY et al., 2017). Os efeitos nocivos do estigma e da discriminação são conhecidos e devem ser objeto de políticas para superá-los.

Dos dados aqui analisados, aqueles referentes à discriminação e à violência – particularmente à violência física – foram os que mais surpreenderam. Não por sua existência, mas

devido aos altos índices identificados. Com efeito, houve uma proporção significativa dos respondentes que referiu ter vivido situações de discriminação e violência (62% dos respondentes nos dois anos em estudo) e terem sido discriminados em função do HIV (45%).

Não houve distribuição heterogênea persistente que afetasse mais a alguma categoria em especial. Ou, por outras palavras: esse estudo não identificou dentre as PVHA, populações mais vulneráveis à violência, à discriminação em geral e à discriminação relacionada ao HIV, em particular, para os recortes aqui analisados.

Notamos uma tendência de crescimento da violência e da discriminação relacionada a alguns pertencimentos religiosos das PVHA respondentes, como o candomblé, a umbanda, o agnosticismo, o ateísmo e aqueles que se declararam sem religião.

Algo relevante para a vida das PVHA é o reconhecimento de que a exposição sobre a sorologia positiva para HIV aumenta a possibilidade de discriminação. O que se faz notar nas

taxas superiores de discriminação relacionada ao HIV associada ao conhecimento da sorologia em ambientes caracterizados neste estudo como “ambientes públicos”, tais como escola, trabalho e vizinhos.

Podemos comparar nossos achados com os dados da *Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira*⁴³ (PCAP) 2013 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016). Tratou-se de um inquérito domiciliar junto à população geral – perfazendo um total de mais de 12.000 pessoas entrevistadas. Entre diversos aspectos relacionados ao HIV e à aids, essa pesquisa investigou atitudes discriminatórias contra as PVHA mediante a concordância ou discordância em relação a três afirmativas:

1. “se você soubesse que há uma criança com aids na escola de seu filho, você continuaria a mandar seu filho a essa escola”;
2. “se a professora tem o vírus da aids, mas não está doente, ela pode continuar a dar aulas em qualquer escola”;
3. “se você soubesse que alguém que trabalha vendendo legumes e verduras, está com o vírus da aids, você continuaria comprando esses alimentos dessa pessoa”.

Com efeito, a PCAP 2013 (BRASIL, 2016, p. 83) identificou que:

- a. 82,3% dos entrevistados concordaram em deixar o filho estudar na mesma escola que uma criança com aids (afirmativa 1);
- b. 81% dos entrevistados concordaram em que uma professora com aids pode ministrar aulas em qualquer escola (afirmativa 2);
- c. 61,8% continuariam comprando legumes e verduras de uma PVHA (afirmativa 3).

Na PCAP 2013 (BRASIL, 2016) não foi fornecida a percentagem daqueles que responderam às três afirmativas sem atitudes discriminatórias das PVHA. Entretanto, essa proporção deve ser inferior a 60%, porque a pergunta 3 obteve somente 61,8% de concordância.

A PCAP 2013 comparou a distribuição das atitudes discriminatórias em relação às PVHA segundo região do país. Identificou, assim, variação regional de 52,5% a 66,7% de concordância com a afirmativa de que continuaria a comprar legumes e verduras de uma PVHA, com exceção da região Sul que chegou a 81% de concordância.

No que tange à escolaridade, os dados da PCAP 2013 indicam uma tendência clara de diminuição do preconceito conforme aumenta a escolaridade. Com efeito, observa-se menor frequência de atitude discriminatória segundo escolaridade pela PCAP 2013 no que tange às três afirmativas estudadas (ver acima): afirmativa 1 corresponde a 69,9% para Ensino Fundamental Incompleto, 79,5% para Ensino Fundamental Completo e 85,1% para Ensino Médio Completo ou mais; afirmativa 2 corresponde a 64,4% para Ensino Fundamental Incompleto, 76,1% para Ensino Fundamental Completo e 85,4% para Ensino Médio Completo ou mais; afirmativa 3 corresponde a 49,1% para Ensino Fundamental Incompleto, 58,3% para Ensino Fundamental Completo e 65,0% para Ensino Médio Completo ou mais (em todos os casos com $p < 0,001$). É claro que as PVHA com determinada escolaridade tratam com pessoas de qualquer escolaridade, e, portanto, não se pode necessariamente estabelecer paralelos com o nosso estudo, no qual temos informação sobre a escolaridade da PVHA que referiu ter sido discriminada. Exceto talvez quando mencionam experiência de discriminação no ambiente escolar, onde se pode supor que haja maior trato com pessoas da mesma escolaridade.

A PCAP 2013 (Brasil, 2016), como estudou a população em geral, determinou taxas das atitudes discriminatórias ou do estigma **impostos ou exercidos contra as PVHA**. Em nosso caso, na Sociometria da RNP+ (2015 e 2017) estamos

⁴³ Disponível em: <http://www.Aids.gov.br/pt-br/pub/2016/pesquisa-de-conhecimentos-atitudes-e-praticas-na-populacao-brasileira-pcap-2013> [acesso em 17/03/2019].

estudando os relatos sobre violência ou discriminação em geral, discriminação, violência e, mais especificamente, discriminação relacionada ao HIV (aproximadamente 45%) **sofridos pelas PVHA.**

Os dados obtidos na PCAP são próximos daqueles que aqui apresentamos. Com efeito, aproximadamente 45% das PVHA respondentes da enquete relataram terem sido discriminadas por terem HIV. Essa proporção está próxima dos 38,2% que não comprariam legumes e verduras de uma PVHA. Ou seja, este estudo é com PVHA e a PCAP é com população geral, o que permite uma comparação entre a discriminação sofrida pelas PVHA e as atitudes discriminatórias relatadas pela população geral.

Por outro lado, a pesquisa *Diversidade sexual e homofobia no Brasil* (VENTURI e BOKANY, 2011) aborda o preconceito de outro modo. Ela tinha como objetivo:

(...) investigar o preconceito e a discriminação (familiar, social e institucional) contra homossexuais de ambos os sexos (lésbicas e gays), bissexuais e transgêneros (travestis e transexuais), com vistas a subsidiar a discussão em torno de políticas públicas (ou de sua ausência) e a implementação de ações que contribuam para a diminuição das violações de direitos dessa parcela da população (p. 9).

Para isso, essa pesquisa estudou dois universos: uma amostra da população geral e outra de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBTT). E mensurou, entre outros aspectos, o grau de aversão ou intolerância a alguns grupos de pessoas, dentre os quais gays e “gente com aids” estavam listados entre as respostas possíveis. A repulsa/ódio, antipatia e indiferença, manifestadas sobre as PVHA correspondem a percentagens de 3%, 6% e 57%. Também perante a pergunta “Pessoas que menos gosta de encontrar”, a rejeição às pessoas com aids foi de 3% dos respondentes. Ou seja, rejeição de 3% e repulsa/ódio ou antipatia de 9% à “Gente com Aids” (VENTURI e BOKANY, 2011).

Como apontado anteriormente, os pro-

cessos de estigmatização e de discriminação relacionados ao HIV e à aids dão sustentação e se ancoram em outros processos históricos de estigmatização e discriminação relacionados à sexualidade. Muitos dos grupos populacionais tidos como mais vulneráveis ao HIV têm suas identidades sociais marcadas pelos significados sociais atribuídos à sexualidade tida como desviante da norma hegemônica. Nesse sentido, as pesquisas que investigam estigma e discriminação em relação à aids também investigam estigma e discriminação em relação a LGBTT.

Continuamos explorando a pesquisa *Diversidade Sexual e Homofobia no Brasil* (VENTURI e BOKANY, 2011) da Fundação Perseu Abramo que oferece dados acerca de discriminação – “grupos sociais vítimas de intolerância” –, principalmente para a população LGBTT, mas também inclui outros segmentos populacionais. À pergunta “Pessoas que menos gosta de encontrar”, 26% responderam “Gente que não acredita em Deus”. Para gays, lésbicas e travestis, as respostas foram, respectivamente, 16%, 10% e 10% para cada um dos grupos. As pessoas com aids são rejeitadas por 3% dos respondentes. Quanto ao “Grau de aversão ou intolerância a grupos de pessoas”, reunindo-se as respostas às categorias Repulsa/Ódio e Antipatia, pode-se constatar que 42% manifestaram Repulsa/Ódio ou Antipatia por “Gente que não acredita em Deus”. Já a Repulsa/Ódio ou Antipatia contra LGBTT variou de 19% a 24%. (VENTURI e BOKANY, 2011).

Os dados da PCAP 2013 também permitem conhecer a discriminação motivada pela orientação sexual (Brasil, 2016). Essa pesquisa avaliou atitudes discriminatórias contra gays mediante duas perguntas (Brasil, 2016, p. 77-83):

- a. Você teria amigos gays? A resposta “Nunca” teve uma proporção de 10,2%;
- b. Um casal gay tem direito a adotar uma criança? A resposta afirmativa correspondeu a 64,3%

Não é possível estabelecer uma comparação numérica consistente entre esses estu-

dos, tendo em vista que dados são meramente aproximações da realidade que se pretende mensurar, apesar da aparente precisão que demonstram por sua expressão numérica. Não obstante, dados que indicam atitudes de rejeição às pessoas com aids corroboram os relatos das PVHA sobre sua experiência de discriminação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidências de preconceitos, formas depreciativas do estigma atribuído a grupos sociais e ações discriminatórias contra PVHA exigem atenção por serem fontes de violência, física e/ou simbólica, que podem assumir formas sutis. Assim como podem gerar violações de direitos humanos, a começar pelos Direitos Fundamentais.

Tais direitos encontram-se solidamente explicitados na Constituição Federal de 1988, fruto das vicissitudes enfrentadas pelos brasileiros durante a ditadura, que no seu Preâmbulo afirma:

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembleia Nacional Constituinte para instituir um Estado democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social (...) (BRASIL, 1988).

Já a Declaração Universal dos Direitos Humanos, que em 2018 completou seu 70º aniversário, foi fruto do sofrimento humano durante a Segunda Guerra Mundial e de uma profunda reflexão sobre suas raízes, afirma em seu Artigo 2º:

Todos os seres humanos podem invocar os direitos e as liberdades proclamados na presente Declaração, sem distinção alguma, nomeadamente de raça, de cor, de sexo, de língua, de religião, de opinião política ou outra, de origem nacional ou social, de fortuna, de nascimento ou de qualquer outra situação (DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, 1948).

E no Artigo 3º: “Todo indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal” (DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, 1948). O Preâmbulo inicia com a significativa afirmação de que:

(...) o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e dos seus direitos iguais e inalienáveis constitui o

fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo (DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, 1948).

Adicionalmente, em 2015, a Assembleia Geral da ONU aprovou os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, que na Meta 3.3 do seu Objetivo 3⁴⁴ estabelece:

Até 2030, acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis.

Para esta finalidade, além de fornecer tratamento e prevenção adequados, será necessário enfrentar diligentemente a discriminação e o preconceito em relação às PVHA e às populações mais afetadas pelo HIV, reconhecida-mente obstáculos ao acesso à saúde.

A Sociometria da RNP+ demonstra que o exercício pleno da cidadania das PVHA, ainda apresenta lacunas que precisam ser superadas.

A possibilidade de comparação entre os dois anos da Sociometria, 2015 e 2017, ressalvadas as particularidades metodológicas, e por ser a única pesquisa dirigida a PVHA engajadas em uma rede de advocacy sobre a qual temos conhecimento, trouxe à tona dados que refletem um quadro geral de violência e discriminação das PVHA ligadas à RNP+.

Este estudo tem várias limitações:

1. O preenchimento das fichas foi online, entretanto como constatado no estudo e já indicado pelo IBGE, 30% dos brasileiros têm dificuldade de acesso à internet;
2. Os dados de estado civil e de idade não constavam da Ficha Sociométrica de 2015, assim, só foi possível analisá-los para 2017;
3. As amostras não foram aleatórias;
4. Não foi possível efetivar cruzamentos segundo recorte de identidade de gênero porque a categorização oferecida era inadequada para estes fins;

5. Ainda sobre identidade de gênero, os dados de pessoas trans foram poucos, o que não permitiu uma análise aprofundada. Contudo, devido à alta prevalência do HIV nesta população, e com a finalidade de oferecer elementos para o seu reconhecimento, incluímos dados de alguns cruzamentos segundo VouD, D e V no Anexo II.

Este estudo, eminentemente quantitativo, aponta algumas perguntas que seria importante responder:

1. Em alguns recortes, nota-se que apesar de haver homogeneidade da distribuição, há uma tendência de alta, ou de baixa, para determinadas categorias, mas sem significação estatística. Seria interessante ver se dados futuros confirmam ou não essas tendências com significação estatística. Há vários exemplos: a discriminação sobre as PVHA; o caso da VouD na Região Sul do País; a discriminação relatada por AASR, umbandistas e candomblecista (em alta) e católicos (em baixa);
2. Também em alguns recortes, há uma tendência à diminuição da homogeneidade que é necessário verificar no futuro. Um exemplo é a discriminação por HIV no ambiente privado;
3. A necessidade de entrevistas individuais é necessária para esclarecer, por exemplo, a discriminação segundo a religião do respondente e aprofundar em outros temas tais como que tipo de instituições motivou o relato de violência institucional;
4. Um tema que não consta das fichas sociométricas da RNP+ é o autoestigma. Um exemplo disto são atividades e dimensões da vida que a PVHA deixa de lado por ter HIV: ter relações sexuais, ter filhos, recolher-se a ambientes mais isolados ou mudar sua vida social de modo geral. A RNP+ aceitou nossa sugestão e incluiu perguntas sobre autoestigma na Sociometria de 2019. Será interessante também avaliar o impacto da Declaração I=I (indetectável igual a intransmissível) relacionada com o Tratamento como Prevenção e da Profilaxia Pré-Exposição neste autoestigma. Este tema pode ser avaliado mais profundamente em entrevistas individuais. Entendemos que a pesquisa no Brasil do Stigma Index brindará

⁴⁴ <https://nacoesunidas.org/pos2015/ods3/>

dados neste sentido. Uma possibilidade para avaliar a Discriminação e a Violência com maior atualidade é a de perguntar sobre o ocorrido a este respeito nos últimos 12 ou 24 meses, como no *Stigma Index*, em andamento no Brasil;

5. Para avaliar o impacto da Declaração I=I (in-detectável igual a intransmissível) relacionada ao Tratamento como Prevenção e à Profilaxia Pré-Exposição sobre o estigma pode ser importante abordar pessoas sem HIV/AIDS tanto em pesquisas quantitativas como qualitativas. Isto pode ser incluído na próxima PCAP a ser realizada pelo DIAHV.
6. Acreditamos que um ponto que talvez valesse a pena levantar neste momento é o fato de que não houve diferenças significativas da discriminação por conta da orientação sexual entre gays, heteros e bissexuais. Pois sabemos que as pessoas LGBTT são normalmente o alvo principal da discriminação com base na orientação sexual. (Interessante)

Discriminações e violências, simbólicas e físicas, ampliam o impacto da epidemia de HIV/AIDS sobre a vida das pessoas. Assegurar os direitos humanos é fundamental para proteger a dignidade das PVHA, bem como resguardar a seus familiares e amigos. Segue sendo pertinente o entendimento acumulado, desde os anos 1990, sobre a relação entre HIV/AIDS e direitos humanos. Isso, tanto pelas experiências vividas, como por implicar no reconhecimento da aplicabilidade de leis nacionais, mas, também, de tratados internacionais sobre HIV/AIDS dos quais o Brasil é signatário, na condição de Estado membro das Nações Unidas. A atenção aos direitos humanos é importante na redução da vulnerabilidade das pessoas à infecção pelo HIV, sendo, do mesmo modo, imprescindível à garantia ao acesso ao tratamento e à qualidade de vida das PVHA.

Os governos são responsáveis por zelar pela não-violação de direitos, assim como devem assegurar as condições para que as pessoas possam usufruí-los.

Esperamos que as informações e dados apresentados venham a contribuir para ampliar

debates e ações que levem à redução dos casos de discriminações e violências – violações de direitos humanos – contra as PVHA e as populações mais vulneráveis. Nesse sentido, destacamos algumas recomendações:

- > Reativação da área de Sociedade Civil e Direitos Humanos (SCDH) no âmbito do DIAHV e similares nos Estados. Não é suficiente a existência de Secretarias de Direitos Humanos (DDHH) e Defensorias Públicas, por perderem a especificidade dos temas relacionados ao HIV.
- > Realização de atividades em escolas – incluindo escolas para adultos – sobre HIV/AIDS e discriminação, dada a relação do estigma e da discriminação com a escolaridade, bem como a relevância da escola como locus de discriminação.
- > Estímulo e criação de políticas contra a discriminação e violência por etnia, gênero, sorologia, sexo, orientação sexual para diminuir a infecção pelo HIV.
- > Que o Estado brasileiro mantenha e amplie a indicação de intervenção para lipodistrofia e forneça os medicamentos, cada vez mais, com menos efeitos adversos, dadas as evidências de que estes procedimentos têm sido benéficos à saúde das PVHA. Inclusive, levando à redução da discriminação da qual são alvo.
- > Também sugerimos investimento na produção de evidências sobre a evolução do estigma, discriminação e violência, com base comunitária

Nossa reflexão final está melhor expressa no artigo 1º da Declaração Universal dos Direitos Humanos: “todos os seres humanos (...) são dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade”.

REFERÊNCIAS

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 1048/2015. Altera o Decreto-lei nº 2.848, de 1940 (Código Penal) e tipifica o crime de perigo de contágio de moléstia incurável. **Portal da Câmara dos Deputados**. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=1198804>>. Acesso em: 21 fev. 2019.

_____. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 1971/2015. Altera o artigo 131º da Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940 (Código Penal) para incluir especificamente a prática de transmissão proposital do vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), como crime, punido com reclusão de 06 (seis) a 08 (oito) anos e multa. **Portal da Câmara dos Deputados**. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=1384571>>. Acesso em: 21 fev. 2019.

_____. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 198/2015. Torna crime hediondo a transmissão deliberada do vírus da AIDS. **Portal da Câmara dos Deputados**. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=945940>>. Acesso em: 21 fev. 2019.

_____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <<http://legis.senado.leg.br/norma/579494/publicacao/16434817>>. Acesso em 09 mai. 2019.

_____. Lei nº 12.984, de 2 de julho de 2014. Define o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de Aids. **Portal da Câmara dos Deputados**. Disponível em: <bit.ly/2D0k2Xf>. Acesso em: 12 dez. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim epidemiológico HIV/AIDS 2018**. ISSN 1517 1159. Vol. 49, nº 53, jul. 2017 a jun. 2018. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivaids-2018>>. Acesso em: 12 dez. 2018.

DANIEL, H. **Vida antes da morte**. 3ª ed. Rio de Janeiro: ABIA, 2018. Disponível em: <http://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2018/12/VIDA_ANTES_DA_MORTE_LIFE_BEFORE_DEATH_site.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2019.

PARKER, R. Introdução. AIDS, a terceira epidemia: ensaios e tentativas. 2ª ed. Rio de Janeiro: ABIA, 2018. Disponível em: <http://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2018/12/aids_a_terceira_epidemia_web.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2019.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris. 10 dez. 1948. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2019.

DE SOUSA SANTOS, Boaventura. A construção multicultural da igualdade e da diferença. Oficina do CES n. 135, jan. de 1999. Coimbra: Centro de Estudos Sociais, 1999.

DUTRA, Aparecida de Fátima Cordeiro; CORDOVA, Wilma; AVANT, Freddie Lee. Estigma e discriminação: experiências de homens afro-descendentes vivendo com HIV/Aids em Salvador-Bahia. **Serviço Social e Saúde**, Campinas, SP, v. 15, n. 2, p. 257-272, jan. 2017. ISSN 1676-6806. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8648120/14976>>. Acesso em: 10 mai. 2019. doi: <https://doi.org/10.20396/sss.v15i2.8648120>.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da Identidade Deteriorada (1963). 4ª ed. Editora LTC, 1988.

GRUSKIN, S., TARANTOLA, D. Human Rights and HIV/AIDS. Knowledge Base Chapter. **HIV InSite**. April, 2002. Disponível em: <<http://hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=kb-08-01-07>>. Acesso em: 24 mar. 2019.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD Contínua 2015. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <bit.ly/2QbCYVJ>. Acesso em: 12 dez. 2018.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD Contínua 2017**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <bit.ly/2JwxZLO>. Acesso em: 12 dez. 2018.

_____. **PNAD Contínua – Acesso à internet e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal: 2016**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <bit.ly/2u9D4DN>. Acesso em: 12 dez. 2018.

_____. **PNAD Contínua – Educação 2017**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <bit.ly/2LXui2G>. Acesso em: 12 dez. 2018.

_____. **PNAD Contínua – Características gerais dos domicílios e dos moradores 2017**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <bit.ly/2AJJG6>. Acesso em: 12 dez. 2018.

_____. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2017. IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <bit.ly/2z2etkJ>. Acesso em: 12 dez. 2018.

IPPF – International Planned Parenthood Federation. **Índice do estigma de pessoas vivendo com HIV** – guia do utilizador. Londres, 2008.

JANNUZZI, P.M. **Indicadores sociais no Brasil**. Campinas, SP: Ed. Alínea, 2017.

LINK, Bruce G.; PHELAN, Jo C. Conceptualizing stigma. **Annual review of Sociology**, v. 27, n. 1, p. 363-385, 2001.

MALUWA, M., AGGLETON, P., PARKER, R. HIV/AIDS related stigma, discrimination, and human rights: a critical overview. **Health and Human Rights**, v. 6, n. 1, p. 1-16, 2002.

MANN, Jonathan M; WHO Special Programme on AIDS. **Statement at an Informal Briefing on AIDS** [Statement at an informal briefing on AIDS to the 42nd session of the United Nations General Assembly on Tuesday 20th October 1987 by Jonathan M. Mann]. Geneva: World Health Organization, 1987. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/61546>>. Acesso em: 10 mai. 2019.

MEY, Amary et al. Motivations and barriers to treatment uptake and adherence among people living with HIV in Australia: a mixed-methods systematic review. **AIDS and Behavior**, v. 21, n. 2, p. 352-385, 2017.

OLIVEIRA, Fátima. Ser negro no Brasil: alcances e limites. **Estud. av.**, São Paulo, v. 18, n. 50, p. 57-60, Apr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142004000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01/03/2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142004000100006>.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração de compromisso sobre o VIH/SIDA: Crise Mundial – Resposta Mundial**. Nova York: Secretaria Geral das Nações Unidas, 2001. (Sessão Extraordinária da Assembleia Geral Sobre o VIH/SIDA de 25-27 de junho de 2001). Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/declaracao_compromisso.pdf>. Acesso em 24 mar. 2019.

_____. **Declaração política sobre HIV e Aids: acelerar a resposta para lutar contra o HIV e acabar com a epidemia de Aids até 2030**. (Tradução livre em português da A/70/L52). Nova York: Assembleia Geral, 2016. Disponível em: <https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2016/11/2016_Declaracao_Politica_HIVAIDS.pdf>. Acesso em 23 mar. 2019.

PARKER, R., AGGLETON, P. **Estigma, discriminação e AIDS**. Rio de Janeiro: ABIA, 2002 (Coleção ABIA - Cidadania e Direitos, n.1). Disponível em: <http://www.abiaids.org.br/_img/media/colecao_cidadania_direito.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2019.

____ ; _____. HIV/AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and an agenda for action. **Social Science & Medicine**, v. 57, n. 1, p. 13–24, 2003.

PETRACCI, M.; ROMEO, M. **Índice de estigma en personas que viven con VIH – Argentina: Informe Ejecutivo 2011**. Buenos Aires: Red de Personas Viviendo con VIH de Mar del Plata Fundación Huésped, 2011.

RUEDA, Sergio et al. Examining the associations between HIV-related stigma and health outcomes in people living with HIV/AIDS: a series of meta-analyses. **BMJ open**, v. 6, n. 7, p. e011453, 2016.

SÃO PAULO (Estado). Lei nº 11.199, de 12 de julho de 2002. Proíbe a discriminação aos portadores do vírus HIV ou às pessoas com AIDS e dá outras providências. **Portal Alesp**. Disponível em: <bit.ly/2ysSEgF>. Acesso em: 12 dez. 2018.

SONTAG, S. **AIDS e suas metáforas**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

UNAIDS. **Confronting discrimination**. Overcoming HIV-related stigma and discrimination in health-care settings and beyond. Geneva: UNAIDS, 2017. Disponível em: <http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/confronting-discrimination_en.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2019.

_____. **Miles to go – closing gaps, breaking barriers, righting injustices**. Global AIDS Update 2018. Geneva: UNAIDS, 2018. Disponível <http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/miles-to-go_en.pdf> em 10 mai 2019.

_____. **Protocol for the identification of discrimination against people living with HIV**. Geneva: UNAIDS, 2000.

VENTURI, G. e BOKANY, V. (Orgs.). **Diversidade sexual e homofobia no Brasil**. São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo, 2011.

ANEXOS

ANEXO 1

Quadro 28 > Quadro comparativo das variáveis operacionais e das perguntas nas fichas sociométricas, SRNP+ 2015 e 2017

VARIÁVEL OPERACIONAL	PERGUNTA NA FICHA SOCIOMÉTRICA, 2015	PERGUNTA NA FICHA SOCIOMÉTRICA, 2017
VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS		
Região de moradia	Região: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul	Você vive na região? Centro-oeste,
Sexo	Sexo biológico: masculino e feminino	Nordeste, Norte, Sudeste e Sul
Orientação sexual	Orientação do desejo sexual: heterossexual, homossexual e bissexual	Sexo biológico: masculino e feminino
Identidade sexual e de gênero	Identidade de gênero: lésbica, gay, bissexual, transexual de homem para mulher, transexual de mulher para homem, travesti de homem para mulher, travesti de mulher para homem e intersexual	Orientação do desejo sexual: heterossexual, homossexual e bissexual Identidade de gênero: lésbica, gay, bissexual, transexual de homem para mulher, transexual de mulher para homem, travesti de homem para mulher, travesti de mulher para homem, intersexual e heterossexual
Raça/cor autodeclarada	Autodeclaração de cor ou raça: Em cumprimento à Lei n. 12.288/2010, marque a opção que corresponde à sua autodeclaração de cor ou raça: Branca, Preta, Amarela, Parda e Indígena	Autodeclaração de cor ou raça: Em cumprimento à Lei n. 12.288/2010, marque a opção que corresponde à sua autodeclaração de cor ou raça: Amarela, Branca, Indígena, Parda e Preta
Escolaridade	Escolaridade: analfabeto, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo, especialização, mestrado e doutorado	Escolaridade: analfabeto, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo, especialização, mestrado e doutorado.
Faixa etária	Não há.	Hoje sua idade está na faixa de: 0-10 anos; 11-20 anos; 21-30 anos; 31-40 anos; 41-50 anos; 51-60 anos; e 61 anos ou mais.
Estado civil	Não há.	Estado civil: solteiro(a); casado(a); união estável; divorciado(a)/ separado(a); viúvo(a)
Condição de moradia	Onde você reside, sua moradia é?: própria; alugada; cedida; familiar; casa de apoio; situação de rua; e outros.	Onde você reside, sua moradia é?: própria; alugada; cedida; familiar; casa de apoio; situação de rua; e outros.

Acesso à esgoto	Acesso a esgoto: rede coletora; fossa séptica; céu aberto; e outros.	Acesso a esgoto: rede coletora; fossa séptica; céu aberto; e outros.
Renda familiar	Total da renda da sua residência: até um salário mínimo (SM); de 1 a 3 SM; de 4 a 5 SM; de 6 a 10 SM; e mais de 10 SM.	Total da renda da sua residência: menos de 1/2 (meio) salário mínimo (SM); de 1/2 a 1 salário; de 1 a 2 salários; de 3 a 5 salários; de 05 a 07 salários; de 07 a 10 salários; e mais de 10 salários.
Tipo de rendimento	Tipo de renda: assalariado; aposentado; auxílio doença; pensionista; vive de renda; sou dependente; desempregado; benefício de prestação continuada; bolsa família; e outros.	Tipo de renda e outro tipo de renda – respostas abertas
Acesso à internet	Possui facilidade de acesso à internet?: não e sim.	Possui facilidade de acesso à internet?: não e sim.
VARIÁVEIS DE SAÚDE		
Uso do SUS	Usa o Sistema Único de Saúde: não; sim.	Usa o Sistema Único de Saúde: não; sim.
Tipo de serviços de saúde utilizados	Qual serviço utiliza: SAE integralmente (consultas e farmácia); UDM (farmácia medicamentos); UBS; PSF; hospital; outros.	Qual serviço utiliza: SAE integralmente (consultas e farmácia); UDM (farmácia medicamentos); UBS; PSF; hospital; outros.
Tempo de diagnóstico	Ano de seu diagnóstico: [Ex: 1983 ou 1990] resposta aberta.	Tempo de diagnóstico: menos de 01 ano; de 01 a 03 anos; de 04 a 07 anos; de 08 a 12 anos; de 13 a 17 anos; de 18 a 23 anos; mais de 23 anos.
Ocorrência de infecção oportunista	Já teve infecções oportunistas?: não; sim.	Já teve infecções oportunistas?: não; sim.
Conhecimento dos antirretrovirais (ARV) que toma	Conhece sua terapia ARV? Sabe dizer quais medicamentos você toma? Não; sim.	Conhece sua terapia ARV? Sabe dizer quais medicamentos você toma? Não; sim.
Adesão ao tratamento	Sua adesão é?: nunca deixo de tomar meus medicamentos; às vezes esqueço de tomar até 5 doses de ARV por mês; deixo de tomar de 6 a 10 doses/mês; deixo de tomar mais de 10 doses/mês; não tomo os ARV nos finais de semana; quase nunca tomo meus ARV.	Sua adesão é?: nunca deixo de tomar meus medicamentos; às vezes esqueço de tomar até 5 doses de ARV por mês; deixo de tomar de 6 a 10 doses/mês; deixo de tomar mais de 10 doses/mês; não tomo os ARV nos finais de semana; quase nunca tomo meus ARV.
Carga viral	Qual o valor da sua carga viral?: indetectável; até 1.000; entre 1.001 a 10.000; entre 10.001 a 100.000; maior que 100.000.	Qual o valor da sua carga viral?: indetectável; até 1.000; entre 1.001 a 10.000; entre 10.001 a 100.000; maior que 100.000.
Contagem de células CD4	Qual o valor do seu CD4?: de 1 a 100; de 100 a 350; de 350 a 550; mais de 550.	Qual o valor do seu CD4?: de 1 a 100; de 100 a 350; de 350 a 550; mais de 550.
Aceitação do tratamento	Você tem boa aceitação ao tratamento?: sim; não.	Você tem boa aceitação ao tratamento?: sim; não.
Mudança de tratamento	Você já fez alguma mudança no seu esquema terapêutico?: não; sim.	Você já fez alguma mudança no seu esquema terapêutico?: não; Sim.
Motivo da mudança de tratamento	Por que precisou mudar o tratamento? falha terapêutica; efeitos colaterais; reações adversas; intolerância medicamentosas; outros.	Por que precisou mudar o tratamento? [aceita mais de uma resposta]: falha terapêutica; efeitos colaterais; reações adversas; intolerância medicamentosas; outros.
Quem tem conhecimento de sua sorologia?	Quem tem conhecimento da sua sorologia?: família; cônjuge/companheiro(a); amigos; trabalho; escola; vizinhos; todo mundo (soropositivo(a) público); ninguém.	Quem tem conhecimento da sua sorologia? [aceita mais de uma resposta]: família; cônjuge / companheiro(a); amigos; trabalho; escola; vizinhos; outros; ninguém.

Indicações de intervenção para lipodistrofia	[possui indicação médica para tratamento? preenchimento facial; cirurgia de lipodistrofia]	Possui indicação médica para tratamento?: não; sim. Quais efeitos apresentou? [aceita mais de uma resposta]: face; abdômen; nádegas; costas; braços/pernas; seios; giba; pescoço; intra-abdominal.
VARIÁVEIS SOBRE EXPERIÊNCIAS DE VIOLÊNCIA E DISCRIMINAÇÃO		
Experiência de Violência	Você já sofreu ou sofre violência?: não; sim. Qual tipo de violência? física; psicológica; familiar; institucional.	Você já sofreu ou sofre violência?: não; sim. Física - qual tipo de violência?: sim; não. Psicológica – qual tipo de violência?: sim; não. Familiar – qual tipo de violência?: sim; não. Institucional – qual tipo de violência?: sim; não
Experiência de Discriminação	Você já foi discriminado alguma vez?: não; sim.	Você já foi discriminado alguma vez?: não; sim.
Motivação da experiência de discriminação	Qual discriminação sofreu: por ser soropositivo; por orientação sexual; por raça/cor/etnia; por identidade de gênero; por condição socioeconômica; por ser profissional do sexo; por não querer assumir sua condição sorológica; por não querer assumir sua orientação sexual; por ser usuário de drogas.	Sim, fui discriminado: por ser soropositivo; por ser homossexual; por ser bissexual; por ser mulher; por ser negro; por ser profissional do sexo; por não querer assumir sua condição sorológica; por não querer assumir sua orientação sexual; por ser usuário de drogas.

ANEXO 2

VIOLÊNCIA E DISCRIMINAÇÃO, DISCRIMINAÇÃO E VIOLÊNCIA ENTRE TRANSEXUAL E TRAVESTI DA RNP+.

Como o número de pessoas transexuais e travestis que preencheu as fichas sociométricas foi pequeno para realizar estatísticas, incluímos os dados absolutos correspondentes neste Anexo para os interessados.

Quadro 29 > Violência ou Discriminação, Discriminação e Violência entre Transexuais e Travestis, SRNP+ 2015

2015						
	VIOLÊNCIA OU DISCRIMINAÇÃO		DISCRIMINAÇÃO		VIOLÊNCIA	
	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM
Trans Homem para Mulher	2	6	1	6	2	4
Travesti Homem para Mulher	2	13	3	12	0	5
Trans Mulher para Homem	0	2	1	1	1	1
Travesti Mulher para Homem	0	1	0	1	0	0

Quadro 30 > Violência ou Discriminação, Discriminação e Violência entre Transexuais e Travestis, SRNP+ 2017

2015						
	VIOLÊNCIA OU DISCRIMINAÇÃO		DISCRIMINAÇÃO		VIOLÊNCIA	
	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM
Trans Homem para Mulher	2	6	1	6	2	4
Travesti Homem para Mulher	2	13	3	12	0	5
Trans Mulher para Homem	0	2	1	1	1	1
Travesti Mulher para Homem	0	1	0	1	0	0

