

Discriminação e VIH/Sida. Percepção sobre o sentimento de discriminação.

Discrimination and HIV/AIDS. Perception of the feeling of discrimination.

M^a Margarida Bachofen¹

Jacqueline Marques²

Resumo

Apesar dos grandes avanços no que se refere ao tratamento, questões de cunho social continuam a impactar nas pessoas com VIH, vítimas, ainda hoje, de termos depreciativos que renovam os preconceitos. Este estudo apresenta os resultados de um estudo descritivo de cariz misto que pretendia compreender se os indivíduos vivenciaram situações de discriminação nas relações formais e informais após o conhecimento da doença. A recolha de dados foi efetuada através de um questionário do Google Forms aplicado a 10 pessoas que vivem com VIH e que são acompanhados na Associação Abraço, no serviço do CAAP. Nos 10 indivíduos inquiridos o sentimento de discriminação é mais presente em pouco menos de metade (4 casos), a exceção do campo de trabalho onde não existiu à vontade por parte da maioria para partilhar o seu diagnóstico, provavelmente com medo da discriminação e outras consequência que daí poderiam advir. Estes resultados poderão estar relacionados com o facto dos indivíduos inquiridos já terem o diagnóstico há algum tempo, o que pode levar a uma atitude mais tranquila e informada perante a situação e a uma distância temporal face aos sentimentos que tiveram aquando da partilha do seu diagnóstico. Apesar disso não podemos deixar de salientar, por um lado, a existência nos grupos mais informais e íntimos de situações de discriminação, a ausência de informação sobre o diagnóstico no contexto laboral e, por outro lado, a ideia que a discriminação associada a falta (ou má) informação, pelo que aumentar a informação à população em geral poderá ser uma estratégia de combate à discriminação.

Palavras-Chave: VIH/SIDA; Discriminação; Estigma

Abstract

Despite the significant advances in treatment, social issues continue to have an impact on people with HIV, who are still the victims of on people with HIV, who are still victims of derogatory terms that renew prejudice. This study presents the results of a descriptive study of mixed descriptive study that aimed to understand whether individuals experienced situations of discrimination in formal and informal relationships after learning about the disease. Data was collected using a Google Forms questionnaire applied to 10 people living with to 10 people living with HIV who are followed up at the Abraço Association in the CAAP service. Of the 10 individuals surveyed, the feeling of discrimination is present in just under half of them (4 cases), except the labour camp, where the majority didn't feel comfortable sharing their diagnosis, probably for fear of discrimination and other consequences. These results could be related to the fact that the individuals surveyed had been diagnosed for some time. This could lead to a more relaxed and informed attitude towards the situation and a time distance from their feelings when sharing their diagnosis. Despite this, we can't help but highlight the existence of situations of discrimination in the most informal and intimate groups, the lack of information about the diagnosis in the workplace and, on the other hand, the idea that discrimination is associated with a lack of (or wrong) information, so increasing information to the general population could be a strategy to combat discrimination.

Keywords: HIV/AIDS; Discrimination; Stigma

¹ Licenciada em Serviço Social pela Universidade Lusófona- Centro Universitário de Lisboa | margarida.bachofen@gmail.com

² Doutora em Serviço Social | Professora na Universidade Lusófona – Centro Universitário de Lisboa | Investigadora no LusoGlobe | <https://orcid.org/0000-0002-0088-8260> | jacqueline.marques@ulusofona.pt

Introdução

Os primeiros casos do Síndrome de Imunodeficiência Adquirida foram identificados em 1981 nos Estados Unidos da América com a publicação de um artigo sobre a ocorrência de cinco casos de pneumonia por *Pneumocystis carinii* associadas a outras manifestações clínicas. Poucos meses depois surgem registos de casos semelhantes na Califórnia e em Nova Iorque. De facto, foi na década de 1980 que se estabelece a Sida como uma epidemia (e, posteriormente, pandemia global). Desde o início que a infeção foi envolvida no manto da morte, sendo considerada como uma “sentença de morte” para quem a contraia.

Em 1983 foi isolado e identificado o agente responsável pela doença, em França, no Instituto Pasteur por Luc Montagnier e nos Estados Unidos da América, no National Institute of Health por Roberto Gallo. Foi nessa altura que se verificou que a doença definida como SIDA era causada por um retrovírus (Veronesi et al, 2000, p.1) e que a sua forma de contágio era por via sexual e pelo sangue ou derivados hemáticos

A associação da doença a práticas consideradas em rutura com a normalidade social demonstrava as incertezas da medicina na explicação da origem da doença. Desse modo, e porque os primeiros indivíduos a serem diagnosticados eram homossexuais e bissexuais, surgiram diversas nomenclaturas depreciativas, como cancro gay e GRID (Gay Related Immunodeficiency Disease). Mais tarde, surgem casos em utilizadores de drogas intravenosas e trabalhadores/as de sexo, grupos igualmente associados a comportamentos desviantes e moralmente reprováveis. Deste modo, instaura-se a ideia da existência de “grupos de risco” que, pelos seus atributos, estariam mais expostos ao contágio e a doença. Os homossexuais, prostitutas, consumidores de drogas injetáveis e homofílicos são imediatamente rotulados como os grupos com maior prevalência da doença e de transmissão, construindo-se estigmas e estereótipos sobre a infeção em geral.

O medo de uma doença associada a morte, a falta de conhecimentos e informação sobre a infeção, bem como os ainda insípidos recursos terapêuticos e de atendimento nos serviços de saúde levou a criação de uma imagem negativa e estereotipada sobre os indivíduos com VIH/ Sida, o que influenciou (e influencia ainda hoje) o comportamento destes, dos seus amigos e familiares e da sociedade de uma forma geral.

Esta ideia da doença como “sentença de morte” associada a grupos estigmatizados e reprovados moralmente pela sociedade permitiu que durante muitos anos os indivíduos

adotassem comportamentos de evitamento aos que consideravam que poderiam estar infectados e de “fuga” à realização do diagnóstico e/ou terapêutica.

Rapidamente o VIH/Sida sai do campo da saúde e surge como fenómeno social caracterizado pelo processo de segregação e estigmatização associados as representações sociais da doença. Os infectados e doentes assumiam uma identidade de vergonha e culpa e a necessidade de ocultar a sua situação aos familiares, amigos, entidade patronal, etc, influenciando a auto percepção da doença e o comportamento das outras pessoas em relação a ela (Sontag, 1998).

Já em meados da década de 90, a introdução das terapias anti retrovíricas de alta eficácia, levou a uma redução da mortalidade e melhoria da qualidade de vida das pessoas infectadas, levando à alteração para doença crónica, com a qual era possível viver com qualidade. Estas alterações resultaram numa alteração do conceito de “grupos de risco” para “comportamentos de risco”.

É reconhecido a existência do estigma e da discriminação associados às pessoas com VIH/Sida. Esta situação potencia as situações de discriminação social e laboral e o surgimento de sentimentos de tristeza e isolamento. Para além disso, o medo do estigma pode levar a uma redução da procura de realização de testes e tratamento adequado.

Sabemos que existiram outras doenças ao longo da história que foram, também, envolvidas num manto de estigma e discriminação, como é o caso da peste negra, da cólera, da tuberculose. Apesar disso, no caso do VIH/Sida, a discriminação e o estigma associam-se a uma moralidade, já que o mesmo é muitas vezes associado a avaliação do comportamento e carácter do outro e a conceção do contágio como o resultado da “culpa” pelo comportamento moralmente reprovado.

Embora, nos dias de hoje, isso não passe de argumentos inválidos e reprováveis, infelizmente ainda existem muitos discursos mediáticos que, desraigados de qualquer validade científica, validam a retorica da responsabilização de determinados grupos (por si já estigmatizados) o que leva, como refere Perlongher (1987) a um processo de moralização que promove e impulsiona processos de exclusão social, estigma e discriminação em relação aos indivíduos com VIH/Sida.

Apesar dos grandes avanços no que se refere ao tratamento, questões de cunho social continuam a impactar nas pessoas com VIH, vítimas, ainda hoje, de termos depreciativos que renovam os preconceitos (BASTOS, 2013).

Este texto apresenta os resultados de um estudo de caso que pretendeu compreender se os indivíduos acompanhados no CAAP vivenciaram situações de discriminação nas relações formais e informais após o conhecimento do diagnóstico.

1. Estigma e discriminação

O conceito de estigma foi introduzido pelo sociólogo Erving Goffman em 1963 na sua conhecida obra " Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity". Para o autor o estigma refere-se a uma característica ou atributo que leva o indivíduo a ser marginalizado ou excluído socialmente, pelo que o estigma não é uma “particularidade” da pessoa em si, mas é criado e surge no âmbito da interação social. Considera que o estigma pode dividir-se em três tipos: estigma físico, relacionado com as características físicas visíveis consideradas socialmente inadequadas; o estigma moral, que se refere aos comportamentos ou traços de personalidade considerados moralmente condenáveis e; estigma tribal, relacionado à associação com um grupo estigmatizado.

O estigma pode levar, de acordo com Goffman (1963), a discriminação e rotulação. Aqui o autor destaca o papel da sociedade e das interações sociais na manutenção e reprodução do estigma e discriminação. Como reação e tentativa de evitamento do estigma os indivíduos podem desenvolver estratégias de gestão de identidade como a dissimulação, a passagem (tentar passar como não estigmatizado) e a cobertura (encobrir o estigma).

Susan Sontag, em 1978 (1984), quando convalescia de cancro escreveu *A Doença como Metáfora*, um ensaio sobre a utilização alegórica, e frequentemente culpabilizante, da doença. A Sida como metáfora (1998), da mesma autora, aborda o estigma relacionado ao VIH e discute o imaginário coletivo criado sobre a origem de muitas doenças devastadoras. Aqui a autora afirma que a doença era considerada como uma espécie de invasão, ou seja, a imagem secular do continente europeu culturalmente privilegiado, não produtor de doenças, e como uma forma de “poluição” ao referir-se a forma como o seu contágio é encarado.

Nos primeiros anos em que a doença foi conhecida as reações à mesma - fruto do medo, desconhecimento, ignorância e da sua associação a grupos por eles já estigmatizados e moralmente reprovados - levou a expulsão de seropositivos de suas cidades, principalmente em zonas rurais de menor dimensão. Algumas comunidades

cristsãs justificavam a doena como castigo divino e por isso resultado da justia divina a uma ‘sexualidade desviante’ (Parker, 2001).

Os preconceitos sobre o VIH estão intimamente ligados aos estigmas sobre a sexualidade divergentes da norma. De acordo com Costa e Lima (1998), esta associao  “responsável por uma reestruturao avaliativa” a nível individual e grupal “face  normatividade das condutas sexuais, pondo em causa o sistema central de valores da sociedade no que respeita à sexualidade” (p.51).

Na atualidade ainda  possível assistir publicamente a discursos no qual a doena é associado a noo de responsabilidade individual, que encaram a infeo como consequência de comportamentos que não se enquadram na norma social. Saliente-se que o estigma não é uma qualidade fixa, mas um elemento de diferenciao social e individual resultante de uma construo social e cultural cujo processo  histórico e mutável e se estabelece nas relaoes de depreciao (Garcia & Koyama, 2008).

Note-se que de acordo com a UNAIDS (2021) em 25 dos 36 países com dados recentes, mais de 50% das pessoas com idade entre 15 e 49 anos têm atitudes discriminatórias em relao a pessoas que vivem com VIH.

2. O caso português

O primeiro caso de Sida em Portugal é diagnosticado em 1983 quando apareceram quadros clínicos desconhecidos em doentes oriundos da zona ocidental de África. Passado dois anos o Ministério da Saúde criou o Grupo de Trabalho da SIDA que pretendia identificar e avaliar informao sobre novos casos de infeo e realizar estratégias de preveno.

A centralidade inicial no campo da saúde foi alterado graas aos conhecimentos que se adquiriam e que demonstravam a importância de articular diversas áreas. Nesse sentido, em 1990, surge a Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA. Essa comissão  extinta em 2005 e surge a Coordenao Nacional para a Infeo VIH/SIDA, responsável pela definio e implementao de um Programa Nacional de Preveno. Nesse mesmo ano, a vigilância epidemiológica da infeo VIH e SIDA passa a ser de notificao obrigatória nas diversas fases de evoluo da doena.

Mais tarde, em 2012, surge o Programa Nacional para a Infeo VIH/SIDA integrado na Direo-Geral da Saúde.

De acordo com o relatório “Infeção por VIH em Portugal – 2023” da Direção-Geral da Saúde/Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (Portugal, 2023), até junho de 2023, foram notificados 804 casos de infeção por VIH com diagnóstico em 2022, existindo uma redução de 56% no número de novos casos de infeção e de 74% em novos casos de SIDA entre 2013 e 2022. No estudo a maioria (75,5%) dos novos casos era em adolescentes e adultos (≥ 15 anos), em homens (3,1 casos por cada caso em mulheres) e a mediana das idades à data do diagnóstico foi de 37 anos. Em mais de metade (54,5%) dos novos casos as pessoas tinham entre 20 e 39 anos e em 23,0% tinham idade igual ou superior a 50 anos. A transmissão heterossexual mantém-se como a mais frequente (47,7%), no entanto, os casos em homens que têm sexo com homens (HSH) corresponderam à maioria dos novos diagnósticos em homens (61,8%).

A área metropolitana de Lisboa, seguida da região do Algarve e da região Norte, apresentam a maior taxa de novos diagnósticos de infeção por VIH. A mesma fonte refere que em Portugal, ao longo das 4 décadas da epidemia, foram notificados 66 061 casos de infeção por VIH, com diagnóstico entre 1983 e 2022, dos quais 23 637 atingiram o estágio de SIDA e ocorreram 15 779 óbitos. Estima-se que viviam em Portugal, em final de 2021, 45 352 pessoas com infeção por VIH, em 94,4% destas já diagnosticada.

O estigma atinge com frequência as pessoas com VIH/Sida, sendo que 38% dos participantes revelaram ter sido alvo de discriminação social, no entanto, apenas 8,5% referem que tal situação ocorreu nos últimos 12 meses.

Na atualidade, e como consequência da crise financeira na Europa, verificou-se um desinvestimento e impacto negativo nos programas de prevenção da infeção, sobretudo, em países como a Grécia, Espanha e Portugal (Karanikolos et al., 2013).

3. Estudo

O estudo aqui brevemente apresentado tinha como objetivo compreender se os indivíduos acompanhados no CAAP vivenciaram situações de discriminação nas relações formais e informais após a partilha do diagnóstico. Nomeadamente, pretendia-se identificar e entender as reações discriminatórias nas relações mais próximas e de informalidade, nas relações formais, no âmbito do emprego/trabalho, nas relações com os serviços (sociais, de saúde, etc.).

Tratou-se de um estudo descritivo de cariz misto. A recolha de dados foi efetuada através de um questionário do Google Forms aplicado a pessoas que vivem com VIH, mais concretamente, a utentes que são acompanhados na Associação Abraço, no serviço do CAAP. Foram inquiridos 10 indivíduos que aceitaram participar no estudo, tendo-lhe sido explicado o seu objetivos e o carácter voluntário do mesmo, bem como a manutenção do anonimato nas respostas.

O questionário foi dividido em 2 partes: a primeira, com respostas fechadas e de escolha múltipla pretendia recolher os dados sociodemográficos dos inquiridos; a segunda parte era constituída por questões abertas que pretendiam saber se a pessoas sentiram discriminação nas diferentes redes de conhecimento da sua vida.

Os dados quantitativos foram analisados através do excel com recurso a estatística e os dados qualitativos foram analisados de forma a categorizar os mesmos.

4. Resultados

A medida das idades da amostra foi de 53 anos, sendo a idades dos indivíduos entre os 41 e os 62 anos. No que se refere ao género com o qual se identifica a maioria (70%, 7 indivíduos) respondeu o género masculino e apenas 30% (3 casos) o género feminino. Metade da amostra são solteiros/as (50%, 5 indivíduos), seguindo-se os/as casados/as e divorciado/as com 20% cada (2 pessoas) e o separado/a (10%, 1 pessoa). Metade dos inquiridos são de Lisboa. No que se refere a situação perante o trabalho a maioria (60%, 6 pessoas) são reformados/pensionistas. Os restantes apresentam profissões diversas na área do turismo, *call center* e apoio de pares na área do VIH.

Quando questionados se sentiram algum tipo de discriminação por parte da família, ao partilhar o diagnóstico, as respostas dividem-se de forma quase igualitária. Em 4 casos sentiram essa discriminação, nomeadamente através do afastamento físico e atitudes de desprezo, conforme podemos verificar nas seguintes respostas: “nunca me deixaram entrar em casa nem me cumprimentavam na face” (I1); “os meus pais e irmão não se chegavam perto de mim, separavam a roupa e loiça, até que um dia falaram com a médica e perderam os receios de contágio. Agora sou normalmente tratado por eles” (I8); “foi uma péssima experiência... Se imaginasse jamais teria contado!” (I10). Já os restantes 6 indivíduos nunca sentiram qualquer tipo de discriminação por parte da sua família.

No que se refere a discriminação por parte dos amigos 5 indivíduos consideram que nunca sentiu qualquer discriminação, 1 refere que nunca contou, pelo que os mesmos desconhecem o seu diagnóstico e 4 consideram que foram discriminados, nomeadamente através do afastamento físico dos amigos. Um dos indivíduos que se sentiu discriminado considera que a atitude dos amigos se alterou devido a sua situação: “afastavam-se de mim, mas rapidamente perceberam que estou indetetável e já não discriminam, até bebem do mesmo copo quando saímos à noite” (I8).

No que se refere a discriminação em contexto laboral a maioria não sentiu porque não partilhou o diagnóstico. Apenas em duas situações existiu essa partilha e o sentimento de discriminação associada, segundo os mesmos, à falta de informação esclarecida.

Foram efetuadas um conjunto de questões de resposta Sim ou Não para compreender se alguma vez sentiram discriminação nos serviços de saúde, apoio social e outros serviços. Verificou-se que 4 indivíduos (40%) sentiram discriminação nos serviços de saúde e de apoio social e em 3 casos (30%) esse sentimento ocorreu em outros serviços.

Quando questionados se consideram que a discriminação tem vindo a diminuir 1 individuo não respondeu, 2 (20%) consideram que não e 7 (70%) consideram que sim. Estes últimos consideram que a informação é um fator fundamental para que se opere essa diminuição: “Sim, julgo que já está muito melhor. Mas como referi anteriormente há caminhos a percorrer e a continuar” (I1); “Um pouco, porque há mais pessoas em tratamento e existe mais meios ao dispor para informar” (I2).

As Pessoas que vivem com VIH convivem historicamente com a ocorrência de discriminação. Apesar disso, nos 10 indivíduos inquiridos o sentimento de discriminação é mais presente em pouco menos de metade (4 casos), a exceção do campo de trabalho onde não existiu à vontade por parte da maioria em partilhar o seu diagnóstico, provavelmente com medo da discriminação e outras consequências que daí poderiam advir.

Gostaríamos de notar que estes resultados poderão estar relacionados com o facto dos indivíduos inquiridos já terem o diagnóstico há algum tempo, o que pode levar a uma atitude mais tranquila e informada perante a situação e a uma distância temporal face aos sentimentos que tiveram aquando da partilha do seu diagnóstico. Para além disso, trata-se de indivíduos que pelo acompanhamento médico e social que têm apresentam uma

atitude informada e de informação aos outros. Apesar disso não podemos deixar de salientar a existência nos grupos mais informais e íntimos de situações de discriminação, a ausência de informação sobre o diagnóstico no contexto laboral e a ideia partilhada que a discriminação esta associada a falta (ou má) informação, pelo que aumentar a informação a população em geral poderá ser uma estratégia de combate à discriminação.

Conclusão

Foi possível perceber que existe discriminação em contextos de relações informais e que o mesmo não ocorre no contexto laboral porque a informação nem sequer é partilhada, exatamente pelo receio da discriminação ou outras consequências. Assim, sentimentos discriminatórios na família e amigos foi percebida em diversos domínios do quotidiano de pouco menos de metade dos inquiridos, o que certamente impactou a sua vida, a sua identidade, autoestima, etc. Como refere Logie et al (2018) esses sentimentos influenciam negativamente a qualidade de vida e provocam efeitos psicossociais que podem interferir negativamente nos cuidados de saúde e em outros aspetos da vida.

A discriminação percebida é muito comum entre portadores de VIH podendo impactar negativamente em fatores psicológicos e sociais (Xiai et al, 2018) e na identidade e autoestima dos indivíduos (Chan, 2020). Trata-se de um problema persistente como verificado em diversas investigações, em diferentes áreas geográficas, veja-se os estudos de Marsicano et al., 2014; Zhu et al., 2019 ou Wiginton et al., 2021.

Como já referimos, no caso deste pequeno estudo, cerca de 40% dos indivíduos sentiram discriminação, mas o facto de o diagnóstico já existir há algum tempo e a idade atual dos sujeitos poderá influenciar positivamente a perspetiva que tem de si e dos outros, diminuindo a “memória” da discriminação sentida em outra altura da sua vida. Salientamos que à média de idades da amostra está na casa dos 50 anos, sendo que alguns estudos demonstra que a perceção de discriminação diminui com o avançar da idade (Adimora et al., 2019).

Os sentimentos de rejeição social e pessoal por parte dos grupos mais próximos é, sem dúvida, um dos grandes desafios enfrentados por quem vive com VIH. Essa situação ocorre em diversas áreas da vida, nomeadamente e como refere Parker e Aggleton (2001), na família, no grupo de amigos, no trabalho, em locais públicos, nos serviços de saúde, etc.

Tal como referido pelos inquiridos, Rzeszutek et al. (2021) considera que apesar da permanência do estigma do VIH têm-se verificado alterações nas últimas décadas graças a informação. Habitualmente a doença e o seu cuidado era tratado intimamente, no entanto a infeção VIH trouxe a experiência da doença para o domínio público, ou como refere Herzlich (2004), a infeção VIH trouxe a brutalização da própria intimidade, sendo importante integrar as dimensões psicológicas e sociais no processo saúde-doença.

A experiência da infeção VIH é vivenciada com muitos sentimentos contraditórios, de medo, de preocupação, de baixa auto estima de rejeição o que implica uma reconstrução da identidade do sujeito; simultaneamente enfrentam os estigmas e a discriminação que provoca uma constante luta para redefinir muitos elementos simbólicos e morais da sociedade. Trata-se de pois se um processo duplamente individual – identidade do sujeito – e social – sujeito como ator social – que influencia todas as atitudes e comportamentos face a esta infeção (Nieberk, 2002).

Referências bibliográficas

Adimora, D.E; Aye, E.N; Akaneme, I.N; Nwokenna, E.N. & Akubuilu, F.E. (2019). Stigmatization and discrimination as predictors of self-esteem of people living with HIV and AIDS in Nigeria. *Afr Health Sci.*, v. 19, n. 4, p. 3160- 3171. <https://doi.org/10.4314/ahs.v19i4.39>

Bastos. F. I. (2013). Da Persistência das Metáforas: estigma e discriminação & HIV/Aids. In Monteiro, S. & Villela, W. (orgs.). *Estigma e Saúde*. Editora Fiocruz, p. 91-103.

Chan, R. C. H.; Operario, D. & Mak, W. W. S.(2020). Effects of HIV-Related Discrimination on Psychosocial Syndemics and Sexual Risk Behavior among People Living with HIV. *Int J Environ Res Public Health*, v. 17, n.6, 2020. <https://doi.org/10.3390/ijerph17061924>

Costa, C.; Lima, M. L.(1998). O papel do amor na percepção da invulnerabilidade à SIDA. *Psicologia 2(1)*, pp.41-62.

Garcia S. & Koyama M. (2008). Estigma, discriminação e HIV/Aids no contexto brasileiro, 1998 e 2005. *Rev Saude Publica 42(Supl. 1)*, pp.72-83. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000800010>

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Penguin Books

Herzlich, C. (2004). *Health and finesse, a social psychological analysis*. Academic Press.

Karanikolos, M; Mladovsky, P; Cylus, J; Thomson, S; Basu, S; Stuckler, D; Mackenbach, J. & McKee, M, (2013). Financial crisis, austerity and health in Europe. *Health in Europe/ Volume 381, ISSUE 9874*, pp.1323-1331 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60102-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60102-6)

Logie CH, Wang Y, Lacombe-Duncan A, Wagner AC, Kaida A, Conway T, Webster K, de Pokomandy A, Loutfy MR. (2018). *HIV-related stigma, racial discrimination, and gender discrimination: Pathways to physical and mental health-related quality of life among a national cohort of women living with HIV.* <https://doi.org/10.1016/j.yjmed.2017.12.018>

Marsicano, E; Dray-Spira, R; Lert, F; Aubrière, C; Spire, B. & Hamelin, C. (2014). Multiple discriminations experienced by people living with HIV in France: results from the ANRS-Vespa2 study. *AIDS care*, v. 26, n. sup1, p. 97- 106. <http://dx.doi.org/10.1080/09540121.2014.907385>

Nieberk, A. (2002). Moral and social implications of AIDS. *Africa. Journal of Medicine and Philosophy*, v. 27, n. 2, p. pp. 143-161.

Parker R. & Aggleton P. (2001). *Estigma, Discriminação e Aids*. Cidadania e Direitos, 2001. <http://www.abiaids.org.br/img/media/colecao%20cidadania%20direito.pdf>

Perlongher, N. (1987). *O negócio do michê: prostituição viril em São Paulo*. Brasiliens

Portugal (2023). *Infeção por VIH em Portugal – 2023*. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde/Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

Rzeszutek M; Gruszczyńska E; Pięta M. & Malinowska P. (2021). HIV/AIDS stigma and psychological well-being after 40 years of HIV/AIDS: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Psychotraumatol.* 12(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.199052>

Sontag, S. (1998). *A doença como metáfora e a SIDA e as suas metáforas* (José Lima, Trad). Quetzal Editores.

Sontag, S. (1984). *A doença como metáfora* (Tradução de Márcio amalho).Graal

UNAIDS (2021). Estigma e Discriminação relacionadas ao HIV. *Fichas Informativas sobre Direitos Humanos S #7*. UNAIDS. https://www.unaids.org/sites/default/files/media/documents/07-hiv-human-rights-factsheet-stigma-discrimination_pt.pdf

Veronesi, R.; Focaccia, R. & Lomar, A. (2000). *HIV/AIDS - etiologia, patogenia e patologia clínica: tratamento e prevenção*. Editora Atheneu

Wiginton JM; Maksut JL; Murray SM; Augustinavicius JL; Kall M; Delphech V. & Baral SD. (2021). Brief report: HIV-related healthcare stigma/discrimination and unmet needs among persons living with HIV in England and Wales. *Prev Med Rep.* v.24. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2021.101580>

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

Zhu Z; Hu Y; Xing W; Guo M. & Wu B. (2019). Perceived discrimination and cognitive function in middle-aged and older adults living with HIV in China. *AIDS Care. Sep;31(9)*, pp. 1061-1068. <https://doi.org/10.1080/09540121.2019.1601674>