



SUMÁRIO EXECUTIVO

COMPÊNDIO DE PRÁTICAS PROMISSORAS

de intervenções de comunidades
religiosas africanas contra o HIV
em crianças e adolescentes

O conteúdo deste documento é de responsabilidade das partes responsáveis por sua autoria, e não reflete necessariamente a opinião do Plano de Emergência do Presidente dos EUA para o Combate à AIDS, da Agência para o Desenvolvimento Internacional dos EUA (USAID) ou do Governo dos EUA.

© Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, 2023

Alguns direitos reservados. Este trabalho está disponível sob a licença Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/>).

Sob os termos desta licença, você pode copiar, redistribuir e adaptar o trabalho para fins não comerciais, desde que o trabalho seja devidamente citado conforme indicado abaixo. Em qualquer uso deste trabalho, não deve haver nenhuma sugestão de que a UNAIDS endossa qualquer organização, produto ou serviço específico. Não é permitido o uso do logotipo da UNAIDS. Se você adaptar a obra, deverá licenciá-la sob a mesma licença Creative Commons ou equivalente. Se você criar uma tradução desta obra, deverá acrescentar a seguinte isenção de responsabilidade juntamente com a citação sugerida: "Essa tradução não foi criada pela UNAIDS. A UNAIDS não é responsável pelo conteúdo ou pela precisão desta tradução. A edição original em inglês será a edição vinculativa e autêntica".

Qualquer mediação relacionada a disputas decorrentes da licença deverá ser conduzida de acordo com as regras de mediação da Organização Mundial da Propriedade Intelectual (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules>).

Citação sugerida. Compendium of Promising Practices of African Faith Community Interventions Against Paediatric and Adolescent HIV; 2023. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Materiais de terceiros. Se desejar reutilizar material deste trabalho que seja atribuído a terceiros, como tabelas, figuras ou imagens, é sua responsabilidade determinar se é necessária permissão para essa reutilização e obter permissão da parte detentora dos direitos autorais. O risco de reivindicações em caso de violação de qualquer elemento incluído neste trabalho que seja de propriedade de partes terceiras recai exclusivamente sobre a parte utilizadora.

As designações empregadas e a apresentação do material nesta publicação não implicam a expressão de qualquer opinião por parte da UNAIDS com relação à situação legal de qualquer país, território, cidade ou área ou de suas autoridades, ou com relação à delimitação de suas fronteiras ou limites. As linhas pontilhadas nos mapas representam linhas de fronteira aproximadas sobre as quais pode ainda não haver total acordo.

A menção de empresas específicas ou de produtos de determinadas fabricantes não implica endosso ou recomendação da UNAIDS em detrimento de outras empresas ou produtos de natureza semelhante que não tenham sido mencionados. Com exceção de erros e omissões, os nomes de produtos proprietários são diferenciados por letras iniciais maiúsculas.

A UNAIDS tomou todas as precauções razoáveis para verificar as informações contidas nesta publicação. Isto posto, o material aqui publicado é disponibilizado sem qualquer tipo de garantia, seja expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e utilização do material recai exclusivamente sobre a parte que o lê. Em nenhuma hipótese a UNAIDS poderá ser responsabilizada por danos decorrentes de seu uso.

SUMÁRIO EXECUTIVO

COMPÊNDIO DE PRÁTICAS PROMISSORAS

de intervenções de comunidades
religiosas africanas contra o HIV
em crianças e adolescentes

PREFÁCIO

DO COMPÊNDIO DE PRÁTICAS PROMISSORAS DE INTERVENÇÕES DE COMUNIDADES RELIGIOSAS AFRICANAS CONTRA O HIV PEDIÁTRICO E NA ADOLESCÊNCIA

Esse relatório vital reúne lições essenciais sobre a excepcional liderança das comunidades religiosas no enfrentamento do desafio do HIV em crianças. Ele documenta as evidências das principais funções que as comunidades religiosas têm desempenhado na identificação de crianças não diagnosticadas que vivem com HIV, melhorando a continuidade do tratamento e apoiando a adesão aos cuidados e ao tratamento.

Ele também documenta lições de como as lideranças religiosas têm atuado de forma incisiva para combater o estigma e a discriminação e pressionar para que as metas sejam alcançadas. É um documento feito para ajudar as comunidades religiosas – e as pessoas que as apoiam e fazem parceria com elas – a trazer avanços radicais na busca pela meta de acabar com a AIDS em crianças até 2030.

É uma vergonha que o mundo não esteja em posição de acabar com a AIDS infantil. A cada hora, onze crianças morrem de AIDS. Há 1,7 milhão de crianças hoje que vivem com HIV. Há uma grande lacuna no acesso a tratamentos que salvam vidas para crianças que vivem com HIV em comparação com pessoas adultas. Enquanto três quartos (76%) das pessoas adultas que vivem com HIV estão em tratamento, apenas metade (52%) das crianças está sendo tratada. E a lacuna no acesso ao tratamento entre crianças e adultos vem aumentando. As crianças que vivem com o HIV são ainda mais vulneráveis do que as pessoas adultas: embora constituam 4% das pessoas que vivem com o HIV, as crianças representam 15% das mortes relacionadas à doença. É o tipo de desigualdade de partir o coração.

Mas há esperança. Essa luta por nossas crianças é uma luta que podemos vencer. O mundo pode garantir que nenhuma criança que vive com HIV fique sem tratamento e que nenhuma criança nasça com HIV. Podemos garantir que estamos testando bebês, crianças e adolescentes em risco de contrair o HIV; podemos garantir os melhores tratamentos e cuidados para quem testar positivo; podemos eliminar a lacuna no tratamento de mães grávidas e lactantes que vivem com o HIV. Alguns países estão próximos de atingir as metas de tratamento pediátrico, e outros países se comprometeram a fazê-lo. Temos novas ferramentas, temos novos compromissos das lideranças por meio da Global Alliance to End AIDS in Children (Aliança Global para Acabar com a AIDS em Crianças), e temos novas evidências do que funciona – evidências que este Compêndio traz à tona de forma tão poderosa.



WINNIE BYANYIMA

Diretora Executiva do UNAIDS
e Subsecretária-Geral da ONU



JOHN N. NKENGASONG

Coordenador de AIDS Global dos
Estados Unidos e Representante
Especial para Diplomacia Sanitária
Global

Mais importante ainda, temos a determinação inabalável das comunidades e organizações religiosas de assegurar que todas as mães e crianças tenham acesso aos serviços salvadores de vidas dos quais precisam. As comunidades religiosas têm sido fundamentais na atenção à saúde relacionada ao HIV desde o início da pandemia de AIDS, principalmente em ambientes com recursos limitados. Grupos e lideranças religiosas têm fortes vínculos com suas comunidades, e são parceiras vitais no trabalho de mudar opiniões, proporcionar evidências baseadas em dados e alcançar as pessoas mais marginalizadas da sociedade – e geralmente as que mais precisam destes serviços de saúde que salvam vidas. Estes grupos e lideranças atuam diretamente no campo, inovando nos serviços, desafiando estigmas e insistindo para que nenhuma criança seja deixada para trás. Eles estão desafiando as desigualdades que geram novas infecções por HIV, e fazendo pontes vitais para que as pessoas que vivem com HIV tenham acesso a serviços que salvam vidas. Eles demonstraram liderança crucial repetidas vezes em programas desenvolvidos como parte da Iniciativa Religiosa da UNAIDS-PEPFAR – incluindo a Campanha das Dez Milhões, a Plataforma Inter-Religiosa para a Saúde (Interfaith Health Platform) e o Plano de Ação de Roma para HIV e TB Pediátricos – além de terem sido uma força motriz vital para fazer acontecer a Aliança Global para Acabar com a AIDS em Crianças.

Em todas as comunidades, em todos os países, as comunidades religiosas e as Organizações Religiosas desfrutam da confiança, o respeito e da atenção das pessoas como nenhum outro grupo. Sua capacidade de influenciar a forma como as pessoas entendem o HIV e reagem a ele é inigualável.

Como demonstram as evidências apresentadas neste Compêndio, o trabalho das comunidades religiosas para enfrentar o desafio do HIV em crianças tem sido extremamente eficaz. E em seu trabalho de entrega pessoal na prática, as comunidades religiosas e as Organizações Religiosas também lembraram o mundo de uma lição mais profunda: para realmente abraçar as pessoas mais vulneráveis e excluídas entre nós, o cuidado, são essenciais a compaixão e o amor.

Podemos acabar com a AIDS em crianças. Precisamos acabar com a AIDS em crianças. E, trabalhando em união, vamos acabar com a AIDS em crianças. Esse compêndio informativo e inspirador será usado para salvar e mudar a vida das crianças.

SUMÁRIO EXECUTIVO

A situação das crianças que vivem com o HIV foi uma vez descrita como uma “tragédia de partir o coração”¹. As metas pediátricas estabelecidas na Reunião de Alto Nível das Nações Unidas sobre o HIV e o Fim da AIDS de 2016 não foram atingidas, e estamos longe de estar no caminho certo. Em 2021, quase metade (48%) das 1,7 milhão de crianças de 0 a 14 anos que vivem com HIV no mundo não tomava terapia antirretroviral (TARV). É preocupante o fato de que a cobertura do tratamento entre crianças que vivem com HIV continua muito mais baixa do que entre pessoas adultas, com a lacuna chegando a 52% vs. 76% em 2021². Como consequência disso, quase 100.000 crianças morreram de doenças relacionadas à AIDS em 2021.

O maior desafio para o tratamento pediátrico é encontrar rapidamente as crianças que vivem com HIV cuja infecção não foi detectada no nascimento e durante a amamentação. Para crianças mais novas, ainda é preocupante o fato de que apenas 62% dos bebês expostos ao HIV em 2021 foram testados até os dois meses de idade. Sem tratamento, 50% dos bebês com HIV morrerão até os dois anos de idade. Também é premente a necessidade de assegurar que todas as crianças que vivem com HIV tenham acesso a um tratamento ideal para elas.

Em todo o mundo, há entre 1,2 e 2,2 milhões de adolescentes de 10 a 19 anos que vivem com HIV, e o número de adolescentes em risco de infecção pelo HIV é ainda maior. As estatísticas continuam mostrando que é menos provável que uma pessoa jovem faça um teste de HIV, comece o tratamento em tempo hábil e permaneça no tratamento em caso de teste positivo em comparação com uma pessoa adulta³. As taxas de adolescentes com bom conhecimento de HIV permanecem abaixo de 50% na maioria dos países; é imperativo que jovens tenham conhecimentos abrangentes e corretos sobre a prevenção do HIV para se protegerem da infecção.

1. Global AIDS update 2021. Confronting Inequalities. Genebra: UNAIDS, 2021.

2. Global AIDS update 2022. In Danger. Genebra: UNAIDS, 2022.

3. Archary M, Pettifor A, Toska E. Adolescents and young people at the centre: global perspectives and approaches to transform HIV testing, treatment and care. J Int AIDS Soc. 2020; 23:(SS)e25581.



A boa notícia é que as lideranças globais presentes na Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre a AIDS de 2021 acordaram um novo conjunto de metas e compromissos ambiciosos para 2025 e uma meta provisória para 2023 que, juntos, têm o potencial de finalmente enfrentar os desafios enfrentados pelas crianças e adolescentes que vivem com HIV⁴.

Além disso, a mais recente Estratégia Global de AIDS da UNAIDS 2021-2026 inclui metas e compromissos altamente ambiciosos para acabar com a transmissão vertical e a AIDS pediátrica⁵.

O PAPEL DAS COMUNIDADES RELIGIOSAS

As comunidades religiosas vêm apoiando a resposta global à AIDS para servir às crianças e adolescentes que vivem com HIV há muitos anos. No entanto, o tamanho e o escopo dessa contribuição não são totalmente compreendidos, pois muitas vezes seus esforços não são bem documentados. Como resultado, não houve um engajamento adequado com as comunidades religiosas para acelerar e sustentar os esforços globais para atingir as metas de testagem, prevenção e tratamento para crianças e adolescentes.

As comunidades religiosas incluem grande parte dos atores envolvidos nesses esforços: lideranças religiosas, profissionais e voluntários/as de unidades de saúde e comunidades de inspiração religiosa, membros de congregações, grupos de comunidades religiosas e organizações religiosas (ORs).

As comunidades religiosas são inspiradas por um conjunto de crenças, princípios e práticas espirituais que motivam pessoas de diferentes religiões a prestar serviços e

4. Political Declaration on HIV and AIDS: Ending Inequalities and Getting on Track to End AIDS by 2030. 74ª Reunião Plenária, 8 de junho de 2021, 75ª sessão, item 10 da agenda. Nova York: Assembleia Geral da ONU, 2021.

5. Estratégia global para a AIDS 2021-2026. Acabar com as desigualdades, acabar com a AIDS. Genebra: UNAIDS, 2021.

atenção à saúde para HIV de forma mais ampla a todas as pessoas necessitadas – especialmente as mais marginalizadas. As comunidades religiosas vêm atendendo às necessidades das pessoas que vivem com HIV e afetadas pelo HIV há muitos anos, em muitos casos desde o início da pandemia de AIDS no começo da década de 1980. No entanto, a contribuição das comunidades religiosas para a resposta global à AIDS só foi amplamente reconhecida e documentada recentemente.

COMPILANDO PRÁTICAS PROMISSORAS

Para entender melhor o papel das comunidades religiosas na resposta ao HIV pediátrico e adolescente? e, especificamente, para identificar intervenções inovadoras e bem-sucedidas e que tenham o potencial de apoiar as respostas ao HIV pediátrico e adolescente de forma mais ampla?, a Iniciativa Religiosa da UNAIDS-PEPFAR, junto com a Plataforma de Saúde Inter-Religiosa (Inter-faith Health Platform), se comprometeu a coletar e documentar evidências de intervenções promissoras desenvolvidas por comunidades religiosas. O estudo usou uma combinação de métodos, incluindo revisão bibliográfica, uma pesquisa online e entrevistas de acompanhamento com informantes-chave.

A revisão bibliográfica de evidências publicadas e não publicadas sobre possíveis práticas promissoras⁶ identificou que as comunidades religiosas têm quatro grandes recursos que apoiam a resposta ao HIV em geral e a resposta ao HIV pediátrico e na adolescência em particular. Os quatro recursos são os seguintes: (1) prestação de serviços por meio de unidades de saúde de inspiração religiosa; (2) atuação junto às comunidades por meio de grupos de comunidades religiosas; (3) criação de demanda em locais de culto; e (4) advocacy por parte de lideranças e religiosas e ORs para combater os obstáculos que impedem o acesso das crianças ao tratamento e responsabilizam o governo por seus compromissos.

A pesquisa, realizada entre março e junho de 2021, foi feita em inglês, francês e português e incluiu um questionário para coletar informações sobre as práticas promissoras. O questionário foi lançado no site da Interfaith Health Platform, com links para que as partes interessadas pudessem enviar informações diretamente online. A pesquisa usou uma definição ampla de como as intervenções se relacionam com crianças e adolescentes que vivem com o HIV e são afetadas por ele. Foram incluídos diversos serviços prestados a familiares? mulheres jovens, mães, homens e meninos — para que tivessem acesso a prevenção, testes, aconselhamento, cuidados e tratamento, apoio psicossocial e espiritual, e os papéis sociais desempenhados por diferentes familiares (como homens e pais) e seu apoio a crianças e adolescentes. Várias dessas práticas promissoras foram identificadas como parte da Iniciativa Religiosa e de Comunidade do PEPFAR e estão incluídas na Orientação do Plano Operacional Nacional do PEPFAR de 2022⁷.

A pesquisa online coletou um total de 55 práticas promissoras em potencial. Algumas não tinham informações suficientes para determinar se deveriam ser incluídas como práticas promissoras inovadoras. Foram enviados e-mails de seguimento para cobrir lacunas nas informações e coletar dados importantes sobre os resultados. Outras dez práticas inovadoras e promissoras foram identificadas por meio da revisão bibliográfica. Foram realizadas também entrevistas com informantes-chave. Houve grande variação em termos de quantidade de dados detalhados e quantificados entre as diferentes práticas promissoras, em alguns casos porque as intervenções não funcionaram por

6. Mais de 100 documentos publicados e não publicados, alguns datando de 15 anos atrás, foram analisados para identificar possíveis práticas promissoras.

7. <https://www.state.gov/2022-country-operational-plan-guidance/>



muito tempo ou estavam operando em contextos desafiadores. Embora alguns dos casos não tenham gerado o volume ideal de dados quantificados, todos demonstraram um valor significativo, pelo menos conceitualmente; por isso são aqui chamados de “práticas promissoras”, e não de “práticas recomendadas”.

Um total de 41 práticas promissoras das 55 originais recebidas atendeu aos critérios especificados⁸. As intervenções abrangeram uma ampla gama de programas pediátricos e para adolescentes. As quatro áreas mais frequentes foram: (1) acesso, retenção e adesão a TARV; (2) identificação e teste de crianças e pessoas adultas sem tratamento; (3) conscientização sobre HIV e saúde; (4) prevenção do HIV em adolescentes e treinamento em habilidades para a vida.

8. Os critérios especificaram que as intervenções e práticas deveriam ter diversas das seguintes características:

- A prática deve estar relacionada a um dos quatro recursos da comunidade religiosa: unidades de saúde de inspiração religiosa; grupos da comunidade religiosa; locais de culto que criam demanda por serviços de HIV; e defesa de direitos por lideranças religiosas.
- A intervenção pode, comprovadamente, atender a uma necessidade expressa pelo grupo beneficiado/participante.
- A intervenção é eficaz e relevante para o contexto local.
- Ela deve dar frutos em um período de tempo razoável;
- A intervenção deve ser sustentável? por exemplo, demonstrando que a comunidade local é incluída como ‘dona’ e líder do processo e nas discussões orçamentárias.
- A intervenção deve ser vista? tanto pelas partes que a iniciaram quanto pelo grupo beneficiado? como uma prática promissora e que vale a pena ser replicada.

ACHADOS

O estudo constatou que as comunidades religiosas oferecem contribuições únicas para a resposta ao HIV pediátrico e na adolescência por meio de uma ampla gama de intervenções. Essas intervenções geralmente não são bem documentadas e, portanto, suas contribuições não são totalmente compreendidas. Como resultado, elas não dispõem de recursos suficientes. No entanto, são intervenções que demonstram considerável engenhosidade e um bom entendimento dos contextos locais; muitas adotam uma abordagem holística e abrangente da situação das crianças, adolescentes e familiares a quem atendem. As comunidades religiosas vêm apoiando as comunidades no enfrentamento do impacto do HIV já há muitos anos. São grupos que, muitas vezes com recursos limitados, foram inspirados por sua fé a demonstrar compaixão e bondade para com as pessoas necessitadas. As intervenções neste compêndio, identificadas como práticas promissoras (PPs), delineiam uma série de resultados significativos e destacam por que as comunidades religiosas devem ser incluídas de forma mais ampla nos planos locais e nacionais que visam atingir as metas globais de encontrar e tratar todas as crianças e adolescentes que vivem com HIV até 2025.



1. Abordagens e intervenções implementadas por comunidades religiosas fizeram contribuições significativas para o combate ao HIV pediátrico e na adolescência. Nossa análise de 41 práticas promissoras identificou um total de 28 achados, listados na íntegra na Fig. 4 do Apêndice 1. Os 12 achados mais importantes, mencionados com mais frequência em todas as práticas promissoras, estão listadas na Figura 1 e são explicados em mais detalhes a seguir.⁹

FIG. 1. PRINCIPAIS ACHADOS DAS PRÁTICAS PROMISSORAS DAS COMUNIDADES RELIGIOSAS (FREQUÊNCIA POR ATIVO RELIGIOSO)
Aumentar a identificação, testagem e encaminhamento de crianças e adolescentes que vivem com HIV e que não estejam em tratamento para o HIV (1.3, 1.6, 1.8, 1.9, 1.11, 1.13, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 2.8, 2.9, 2.10, 2.15, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5, 4.7) [28].
Locais de culto podem oferecer serviços integrados de saúde primária e de HIV pediátrico , inclusive serviços holísticos de prevenção, testagem e tratamento (1.2, 1.3, 1.11, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 2.9, 2.10, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.6, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.6, 4.7) [23].
Lideranças e comunidades religiosas realizam atividades para reduzir o estigma do HIV (1.3, 1.8, 1.9, 1.10, 2.2, 2.4, 2.5, 2.7, 2.10, 2.11, 2.12, 2.14, 2.15, 3.5, 3.6, 4.1, 4.2, 4.3, 4.6, 4.7) [20].
Hospitais missionários colaboram estreitamente com grupos da comunidade religiosa para oferecer uma série de serviços e aumentar a adesão aos antirretrovirais (1.1, 1.2, 1.3, 1.8, 1.9, 1.10, 1.11, 1.12, 1.13, 2.1, 2.2, 2.3, 2.7, 3.1, 3.4, 4.1, 4.4, 4.7) [18].
Aumento dos níveis de continuidade do tratamento para crianças e adolescentes que vivem com HIV (1.3, 1.5, 1.9, 1.10, 1.12, 1.13, 2.1, 2.2, 2.4, 2.12, 2.13, 2.14, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 4.3) [17].
Aumento das taxas de supressão viral para crianças e adolescentes que vivem com HIV (1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.7, 1.9, 1.10, 1.11, 1.12, 2.1, 2.11, 2.12, 3.1) [14].
Apoiar grupos de apoio de pares para o empoderamento de crianças e adolescentes que vivem com HIV (1.3, 1.8, 1.9, 1.10, 1.11, 2.2, 2.10, 2.11, 2.12, 2.13, 3.4, 4.1, 4.6) [13].
A mobilização de lideranças e comunidades religiosas pode aumentar a conscientização sobre a prevenção primária do HIV (2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 2.10, 2.14, 2.15, 3.1, 3.3, 3.4, 3.5, 4.1, 4.2) [14].
Facilitar o apoio psicossocial e o apoio espiritual (1.2, 1.3, 1.9, 1.10, 1.11, 1.13, 2.1, 2.2, 2.4, 2.12, 2.13, 3.1, 3.4) [13].
Mobilizar lideranças e comunidades religiosas por meio de conscientização e sensibilização para acabar com a transmissão vertical e aumentar o acesso aos tratamentos com antirretrovirais e programas de saúde materna e neonatal (2.2, 2.3, 2.4, 2.7, 3.1, 3.2, 3.3, 3.5, 4.1, 4.2, 4.4, 4.5, 4.7) [13].
Utilizar abordagens holísticas de atendimento e apoio para aumentar a adesão ao tratamento antirretroviral e a supressão viral (1.2, 1.3, 1.9, 1.10, 1.11, 1.13, 2.8, 2.13, 3.1, 3.2) [10].
Apoio ao autoteste de HIV (1.11, 2.4, 2.6, 3.1, 3.4, 3.5, 4.4, 4.5, 4.7) [9].
LEGENDA DAS CORES: As cores indicam os quatro ativos das comunidades religiosas aos quais cada prática promissora se relaciona: Azul água: Unidades de saúde de inspiração religiosa. Cáqui: Grupos de comunidades religiosas. Magenta: Locais de culto. Azul ciano: Advocacy por lideranças religiosas.

- A questão com o maior número de práticas promissoras relacionadas a ela (28) é a identificação e a testagem de crianças e adolescentes que vivem com HIV e não estão em tratamento para o HIV. Todos os quatro principais ativos das comunidades religiosas contribuem para essa dimensão. Foram incluídas aqui práticas como as unidades de saúde de inspiração religiosa que usam abordagens de gestão de casos no Quênia (PP1.3); a introdução de diagnósticos direto nos pontos de atendimento na Zâmbia (PP1.6); ou a Abordagem Centrada na Família da Mildmay, em Uganda (PP1.13). Por outro lado, grupos de comunidades religiosas usaram postos de serviços comunitários na Zâmbia (PP2.1), e locais de culto foram usados como postos de saúde na Zâmbia (PP3.1) e como centros de testagem de mulheres grávidas na Nigéria

9. A pesquisa usou uma definição ampla de como as intervenções se relacionam com crianças e adolescentes que vivem com o HIV e são afetadas por ele. Foram incluídos diversos serviços prestados a familiares, mulheres jovens, mães, homens e meninos – focados em acesso a prevenção, testes, aconselhamento, cuidados e tratamento, apoio psicossocial e espiritual, e nos papéis sociais desempenhados por diferentes familiares (como homens e pais) e seu apoio a crianças e adolescentes.

(PP3.2). O trabalho de advocacy de lideranças religiosas defensoras da atenção pediátrica destacou a importância de encontrar e testar crianças que ainda não estão recebendo TARV, como no Quênia e no mundo todo (PP4.1 e PP4.5).

- **A importância dos locais de culto** na resposta ao HIV para crianças e adolescentes foi um achado fundamental mencionado em 23 Práticas Promissoras. Listamos abaixo detalhes de algumas dessas 23 intervenções: Nossa pesquisa revelou igrejas e mesquitas desempenhando um papel central na educação das comunidades religiosas sobre o HIV no Quênia e na Zâmbia (por exemplo, PP2.2 e PP3.4), abrigando quiosques de saúde e HIV no Zimbábue para alcançar populações que não faziam tratamento para o HIV (PP3.3), e sendo usadas como centros para testes de HIV – por exemplo como sedes de postos de saúde na Zâmbia (PP3.1). Locais de culto vem sendo usados com sucesso como centros de distribuição de kits de autoteste de HIV, como em Eswatini, Quênia, Malawi e Nigéria (PP3.5, PP3.4, PP2.4 e PP4.7). É nos locais de culto também que lideranças religiosas vêm fazendo advocacy buscando promover a saúde pediátrica, como no Quênia e no Zimbábue (PP4.1 e PP4.4).
- Muitas lideranças e comunidades religiosas estão trabalhando para **reduzir os níveis de estigma nas comunidades**, um elemento encontrado em 20 práticas promissoras. Entretanto, muitas das intervenções que declararam ter havido uma redução dos níveis de estigma não forneceram dados sólidos como evidência desse impacto. Houve múltiplas unidades de saúde de inspiração religiosa que trabalharam com grupos de atuação comunitária religiosa para combater o estigma, como no Quênia e na Namíbia (p. ex., PP1.3 e PP4.6), enquanto outras reconheceram a importância de trabalhar com a comunidade para otimizar a transição do tratamento, como em Uganda (PP1.1), ou como um



aspecto fundamental para melhorar a adesão dos adolescentes à TARV, como no Zimbábue (PP1.8). Algumas comunidades religiosas organizaram eventos esportivos como ocasiões para combater o estigma, como no Quênia e no Zimbábue (PP2.5 e PP2.10).

- **Hospitais e unidades de saúde missionárias consideraram benéfico colaborar com grupos da comunidade religiosa**, e 18 PPs destacaram o valor dessas parcerias. Houve várias práticas promissoras que demonstram os benefícios da colaboração com grupos de comunidades religiosas no Quênia para melhorar a testagem e o tratamento (PP1.11) e outras práticas (PP1.2, PP1.3 e PP1.9). Unidades de saúde de inspiração religiosa e grupos da comunidade religiosa estabeleceram estreitas colaborações de sucesso, apoiadas pelos valores religiosos que compartilham e a alta confiança de que desfrutam? como ocorreu em Uganda (PP1.13). Essas fortes colaborações podem facilitar a formação de grupos de apoio eficazes, como no Zimbábue (PP1.8), e esquemas de orientação como o programa Mother Buddies (“Mães Colegas”) do projeto IMPACT (Improving Parent and Child Outcomes) em vários países, inclusive no Malauí (PP2.3 e 2.4).
- **Aumentar a retenção no tratamento de crianças e adolescentes com TARV** tem sido uma meta importante para muitas das práticas promissoras (17 no total). Neste item, tivemos várias intervenções para otimizar o regime de TARV, como a de Uganda, que usou uma abordagem de CQI, ou melhoria contínua da qualidade (PP1.1) e outras práticas, como em Zâmbia e Uganda (PP1.4 e PP1.5). Algumas práticas promissoras, como o programa Lea Toto, no Quênia, utilizaram uma ampla gama de serviços para abordar a questão (PP1.2; ver também PP1.3). Algumas práticas promissoras usaram uma abordagem de prestação de serviços diferenciados (DSD na sigla em inglês), como a Catholic Relief Services (CRS) fez na Zâmbia (PP1.7). Para outras práticas, ter uma abordagem holística que inclua dimensões psicossociais e espirituais vem se mostrando fundamental, como na Zâmbia (PP2.1 e 3.1) e no Quênia (PP 1.11).
- **A melhoria da supressão viral em crianças e adolescentes que vivem com HIV** foi o foco principal de 14 das práticas promissoras. O objetivo foi alcançado de várias maneiras, especialmente aquelas que utilizam abordagens holísticas. Como era de se esperar, há grandes semelhanças entre as práticas promissoras que melhoraram a supressão viral e aquelas que fortaleceram os níveis de tratamento. Houve exemplos de melhor supressão viral com práticas promissoras focadas na otimização do tratamento (PP1.1, PP1.4 e PP1.5), bem como no caso de programas abrangentes e holísticos com fortes elementos psicossociais e espirituais (PP1.3, PP1.9, PP1.12, PP2.1 e PP3.1).
- Comunidades religiosas **ajudaram a estabelecer e fortalecer grupos de apoio de pares**, e 13 práticas promissoras destacam a importância desses grupos para atingir suas metas. Grupos de apoio vêm desempenhando um papel importante de ajuda em programas que previnem a transmissão vertical entre mulheres grávidas que vivem com HIV, como no Quênia (PP2.2). Há vários exemplos de fortalecimento de grupos de apoio para adolescentes que vivem com HIV, como os Teen Clubs e seus equivalentes em Eswatini, Malauí e Zimbábue (PP2.11, PP2.4 e PP2.12), bem como grupos de apoio para pais de crianças que vivem com HIV no Zimbábue e na Namíbia (PP1.8, PP4.6), entre outros. Há também vários exemplos de grupos de apoio para pessoas que oferecem cuidados para crianças e adolescentes que vivem com HIV ou tem sua vida afetada por ele, como no Quênia (PP1.3).



- As lideranças e comunidades religiosas vêm desempenhando um papel fundamental no **aumento da conscientização sobre a prevenção primária do HIV**, e exemplos desse papel foram encontrados em 14 práticas promissoras. Esse aumento da conscientização ocorreu em diferentes faixas etárias e populações. Aqui inclui-se o trabalho com mulheres grávidas e suas famílias no Quênia, Malawi e Nigéria (PP2.2, PP2.4 e PP3.2) e para envolver mais plenamente os homens nos programas familiares de HIV, como na Zâmbia (PP2.7). Também houve uma série de práticas promissoras voltadas para adolescentes. O Malawi empregou uma abordagem focada na família (PP2.6), enquanto outras práticas no Quênia e Zimbábue se valeram de eventos esportivos e treinadores e treinadoras (PP2.5 e PP2.10). Abordagens de atuação escolar que discutiram a prevenção do HIV também foram vistas com frequência, incluindo uma iniciativa internacional e uma nacional no Camarões (PP2.15 e PP2.9, respectivamente).
- **O apoio psicossocial e espiritual** vem se mostrando uma característica importante de um número significativo (13) de práticas promissoras de comunidades religiosas. Em alguns casos, este apoio foi prestado meio de grupos de pares? como os múltiplos grupos para mulheres grávidas do Malawi e de outros países (PP2.3 e PP2.4)? bem como em mesquitas no Quênia (PP2.2). Houve outros exemplos de apoio psicossocial e espiritual específico para pessoas vivendo com HIV, como no Quênia (PP1.3 e PP3.4). Além disso, várias práticas promissoras prestaram apoio psicossocial e espiritual para as equipes que trabalham nos diferentes programas, como no Quênia e na Zâmbia (PP1.11 e PP3.1).
- As comunidades religiosas têm desempenhado um papel importante no **aumento da conscientização sobre a importância do tratamento, da saúde materna e da eliminação da transmissão vertical**; foram identificadas 13 práticas promissoras nessa vertente. Essas práticas envolveram homens mais plenamente nos programas para familiares de pessoas que vivem com HIV, como na Zâmbia (PP2.7), e especificamente para acabar com a transmissão vertical, trabalhando com mulheres grávidas e suas famílias no Quênia, Malawi e Nigéria (PP2.2, PP2.3, PP2.4 e PP3.2). As lideranças religiosas também desempenharam um papel importante de defesa da atenção pediatria com relação a essas questões no Quênia, Nigéria, Zimbábue e globalmente (PP4.1, PP4.7, PP4.4, PP4.2 e PP4.5).
- As comunidades religiosas usam **abordagens holísticas de atendimento e apoio** com bastante frequência para aumentar a adesão à TARV e melhorar a supressão viral; dez práticas promissoras com esse foco foram identificadas no estudo. A principal característica dessas práticas é que elas fornecem apoio abrangente e multissetorial às crianças e adolescente e a suas famílias, muitas vezes incluindo assistência médica, nutrição, serviços econômicos e sociais e apoio psicossocial e espiritual; foi o caso de práticas promissoras do Quênia e da Costa do Marfim (PP1.2, PP1.3, PP1.11 e PP1.10).
- O incentivo ao **autoteste de HIV** é uma prática promissora que foi identificada em nove das intervenções. Locais de culto vem sendo usados com sucesso como centros de distribuição de kits de autoteste de HIV, como em Eswatini, Quênia, Malawi e Nigéria (PP3.5, PP3.4, PP2.4 e PP4.7). Também houve três exemplos de comunidades religiosas que defenderam ativamente um maior acesso ao autoteste de HIV na Nigéria, no Zimbábue e em outros lugares (PP4.7, PP4.4 e PP4.5).

- Uma grande lacuna tem sido a quase total falta de atuação junto a certos públicos-chave nas intervenções das comunidades religiosas. Muitas crianças afetadas pela AIDS têm pais que são membros de grupos marginalizados, como profissionais do sexo, pessoas transgênero, pessoas que usam drogas e homens que fazem sexo com homens. Em muitos casos, o estigma que envolve seus pais impede que as crianças recebam os serviços de que precisam porque suas famílias temem discriminação e/ou repercussões legais caso busquem ambientes clínicos ou de serviços sociais. Apesar destes desafios, apenas uma prática promissora (1.11) no Quênia menciona o trabalho com populações-chave? e, nesse caso, isso se deveu à atenção significativa dada ao conceito de karibu (acolhida) por toda a equipe de profissionais unidades de saúde e agentes de saúde comunitária, no caso como forma de assegurar que todas as pessoas que podem usar os serviços do programa em questão eram bem-vindas. Esse achado negativo deve ser tratado com urgência pelas comunidades religiosas para que as crianças e os adolescentes mais marginalizados que vivem com o HIV possam ter acesso a atendimento.
2. Um total de 30 fatores de sucesso foi documentado entre as 41 práticas promissoras que influenciaram positivamente a implementação bem-sucedida das práticas, e as listamos na íntegra na Figura 5 do Apêndice 1. Os nove mais importantes estão listados na Figura 2. O fator de sucesso mais importante foi a colaboração efetiva e o trabalho em rede eficaz das comunidades religiosas com as equipes de unidades do Ministério da Saúde (MdS) e Organizações Não Governamentais (ONGs), muitas das quais eram de inspiração religiosa ou apoiavam seus objetivos. A importância de uma equipe altamente qualificada e dedicada, tanto de pessoas contratadas quanto voluntárias, é reconhecida como fundamental para o sucesso. O mesmo aconteceu com a colaboração inter-religiosa eficaz, especialmente entre líderes de diferentes religiões. O envolvimento ativo da comunidade religiosa em todos os estágios de planejamento e implementação também foi importante para muitas das práticas promissoras.

FIG 2. PRINCIPAIS FATORES DE SUCESSO NA IMPLEMENTAÇÃO DE PRÁTICAS PROMISSORAS, POR FREQUÊNCIA

A boa colaboração e o trabalho em rede entre unidades de saúde e outras partes interessadas importantes (p. ex., MdS e ONGs) foram importantes para a implementação: **1.1, 1.6, 1.7, 1.8, 2.3, 2.10, 2.13, 3.2, 3.3, 3.6, 4.2, 4.5** [12].

É fundamental contar com uma **equipe altamente qualificada, comprometida e experiente**, incluindo pessoal voluntário da área de saúde da comunidade: **1.2, 1.4, 1.9, 1.12, 2.1, 2.8, 2.9, 2.11, 3.1, 3.3** [10].

Engajamento e apoio de líderes de diferentes religiões para a educação e conscientização sobre o HIV junto a suas congregações: **1.3, 2.1, 2.3, 2.10, 2.11, 2.12, 3.3, 3.4, 4.1** [9].

Engajamento ativo da comunidade religiosa em todas as etapas da implementação do programa, inclusive na captação de recursos: **1.3, 1.9, 1.13, 2.2, 2.6, 2.7, 2.8, 3.3** [8].

A **presença de locais de culto** na comunidade motiva os membros das comunidades religiosas a se envolverem em programas de HIV: **2.3, 2.4, 2.9, 2.12, 3.2** [5].

Apoio das sedes de ONGs religiosas na forma de liderança e mentoria, incluindo a prestação de informações técnicas e estratégicas por meio de treinamentos e orientações presenciais de profissionais de saúde e pessoal voluntário comunitário: **1.5, 1.6, 2.1, 2.5** [4].

Adolescentes gostam de poder interagir livremente com pares sem a interferência de pessoas adultas: **1.7, 1.9, 2.9, 2.14** [4].

Forte colaboração entre lideranças religiosas e tradicionais: **1.8, 2.5, 2.7, 2.8** [4].

Lideranças religiosas, inclusive pastores e imãs, têm conhecimento sobre o HIV e recebem atualizações regulares sobre prevenção, tratamento, cuidados e apoio ao HIV: **1.11, 3.2, 3.5, 4.1** [4].

LEGENDA DAS CORES: As cores indicam os quatro ativos das comunidades religiosas aos quais cada prática promissora se relaciona:

Azul água: Unidades de saúde de inspiração religiosa.

Cáqui: Grupos de comunidades religiosas.

Magenta: Locais de culto.

Azul ciano: Advocacy por lideranças religiosas.

- Foram documentados 19 fatores que dificultaram a implementação das 41 práticas promissoras. A Figura XX do Apêndice 1 traz uma listagem de todos esses fatores. Os sete fatores mais importantes estão listados na Figura 3. O fator mais importante que dificultou a implementação das práticas foi o nível limitado de financiamento e recursos. De 2020 para frente, a COVID-19 também trouxe uma série de desafios que inibiram o sucesso. Outros fatores incluíram os altos (e continuados) níveis de estigma e discriminação enfrentados pelas pessoas que vivem com o HIV e são afetadas por ele. Embora haja exemplos de unidades de saúde de inspiração religiosa em locais remotos, os membros de muitas comunidades ainda continuam tendo que viajar longas distâncias. Esta dificuldade, combinada com serviços de transporte ruins, reduziu os níveis de acessibilidade aos serviços de HIV nessas áreas. Algumas práticas foram prejudicadas por níveis inadequados de recursos humanos nas unidades de saúde e falta de treinamento para profissionais de saúde, agentes de saúde comunitária e lideranças religiosas.

FIG. 3. PRINCIPAIS FATORES QUE DIFICULTAM A IMPLEMENTAÇÃO DE PRÁTICAS PROMISSORAS, POR FREQUÊNCIA

Fundos e recursos limitados para os programas: 1.3, 1.9, 1.12, 1.13, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 2.12, 2.13, 3.2, 3.3, 3.5, 3.6, 4.2, 4.6 [18].

Os desafios da **COVID-19** reduziram a atenção dada pelas comunidades ao HIV e aos serviços de saúde: 1.1, 1.2, 1.9, 1.12, 2.3, 2.4, 2.5, 2.7, 2.9, 2.10, 3.1, 3.4, 3.5, 4.4 [14].

Estigma e discriminação relacionados ao HIV: 1.3, 1.9, 1.13, 2.1, 2.2, 2.9, 2.10, 2.11, 2.13, 4.7 [10].

Longas distâncias até a unidade de saúde e serviços de transporte precários: 1.3, 1.6, 1.9, 1.10, 1.13, 2.1, 2.2, 2.10, 2.11 [9].

Escassez de recursos humanos nas unidades de saúde e nos centros de saúde comunitários: 1.1, 1.7, 1.9, 1.13, 2.1, 2.2, 2.6 [7].

Falta de treinamento para profissionais de saúde, agentes de saúde comunitária e lideranças religiosas: 1.13, 2.1, 2.2, 2.9, 2.10, 3.5 [6].

Falta de estoque de TARVs, kits de teste e testes de carga viral: 1.5, 1.9, 2.9, 3.4 [4].

LEGENDA DAS CORES: As cores indicam os quatro ativos das comunidades religiosas aos quais cada prática promissora se relaciona:

Azul água: Unidades de saúde de inspiração religiosa.

Cáqui: Grupos de comunidades religiosas.

Magenta: Locais de culto.

Azul ciano: Advocacy por lideranças religiosas.

RECOMENDAÇÕES

O estudo destacou o importante papel desempenhado pelas comunidades religiosas nos programas de HIV para crianças e adolescentes. Várias recomendações surgiram deste esforço:

- As comunidades religiosas devem ser apoiadas com recursos e capacitação para medir e documentar suas práticas promissoras, especialmente em um formato que permita que seus pares entendam o que seria necessário para implementar e ampliar a intervenção.
- Recomendamos apoiar o desenvolvimento de materiais sobre as práticas promissoras, especialmente por meio da produção de vídeos que entrevistam as partes implementadoras e as beneficiadas, para explicar os processos envolvidos no planejamento e na implementação das intervenções e como elas superaram quaisquer dificuldades que possam ter surgido. Também é importante coletar guias e kits de ferramentas relacionados às práticas promissoras para promover sua ampliação.
- Apenas uma das práticas promissoras menciona o trabalho com populações-chave, incluindo mulheres e crianças das populações-chave. Essa é uma lacuna



importante nas intervenções das comunidades religiosas, e algo que requer atenção urgente de todos os setores da comunidade religiosa, com forte promoção por parte das lideranças religiosas.

4. As comunidades religiosas devem se esforçar mais para assegurar que suas atividades relacionadas ao HIV respeitem os direitos humanos e fortaleçam a liderança e o engajamento das comunidades afetadas de mulheres que vivem com HIV, famílias que vivem com HIV, e adolescentes e crianças que vivem com HIV
5. Incentivar as equipes responsáveis por planejar futuros programas de saúde pediátrica e de adolescentes, particularmente aqueles que buscam atingir as metas de 2023 e 2025 acordadas na Reunião de Alto Nível das Nações Unidas sobre HIV de 2021, a considerar usar práticas promissoras de comunidades religiosas que poderiam ser apoiadas para sua ampliação. Há três áreas de atividade para as quais as comunidades religiosas poderiam contribuir:
 - i. Implementar ferramentas e estratégias inovadoras para encontrar e diagnosticar todas as crianças que vivem com HIV, incluindo plataformas de diagnóstico infantil precoce direto no local de atendimento para bebês expostos ao HIV e a disponibilização de testes familiares e domiciliares e autotestes (com base em índices e centrada no direito à saúde) para encontrar crianças mais velhas e adolescentes que vivem com HIV que não estejam em tratamento.
 - ii. Priorizar a rápida introdução e a ampliação do acesso aos mais recentes tratamentos para o HIV recomendado pela OMS, de forma otimizada e adequada para crianças, e alcançar a supressão viral sustentada.
 - iii. Combater o estigma, a discriminação e as normas desiguais de gênero que impedem que mulheres grávidas e lactantes, especialmente meninas adolescentes, mulheres jovens e populações-chave, tenham acesso a serviços de teste, prevenção e tratamento do HIV para si mesmas e para seus filhos.
6. Organizar oficinas nacionais – presenciais e/ou virtuais – para incentivar o compartilhamento em nível local de experiências de intervenções promissoras e sua possível operacionalização.
7. Assistir no recrutamento e capacitação de lideranças e redes para a defesa de direitos na área de saúde pediátrica de forma a promover as intervenções mais importantes.

Mais informações sobre estas intervenções podem ser obtidas junto à Interfaith Health Platform através do e-mail interfaith.health.platform@gmail.com

O UNAIDS RECONHECE A CONTRIBUIÇÃO DO
DR. STUART KEAN PARA O DESENVOLVIMENTO
DESTE RELATÓRIO.

A tradução e impressão do resumo do Compêndio
para o português foi possível com o apoio do
Conselho Mundial de Igrejas.

Você pode ler o relatório completo no link: https://www.interfaith-health-platform.org/_files/ugd/38bdf0e27cfc3dca472183b4e871812b9745.pdf



UNAIDS
Programa Conjunto das
Nações Unidas sobre HIV/AIDS

20 Avenue Appia
1211 Genebra 27
Suíça

+41 22 791 3666

unaids.org