



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

JULIANA XAVIER PINHEIRO DA CUNHA

**UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR HOMENS QUE
FAZEM SEXO COM HOMENS**

Porto Alegre
2024

JULIANA XAVIER PINHEIRO DA CUNHA

**UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR HOMENS QUE FAZEM SEXO
COM HOMENS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de doutora em Epidemiologia.

Orientadora: Prof.Dra. Daniela Riva Knauth

Porto Alegre, Brasil.
2024

Cunha, Juliana Xavier Pinheiro
UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR HOMENS QUE
FAZEM SEXO COM HOMENS / Juliana Xavier Pinheiro Cunha.
-- 2024.
100 f.
Orientadora: Daniela Riva Knauth.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de
Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR-RS,
2024.

1. Acesso aos Serviços de Saúde. 2. Minorias
Sexuais e de Gênero. 3. Discriminação social. 4. HIV.
I. Knauth, Daniela Riva, orient. II. Título.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Adriano Maia dos Santos, Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia/ Instituto Multidisciplinar em Saúde (UFBA/IMS), Vitória da Conquista (BA), Brasil.

Prof. Dr. Laio Magno Santos de Sousa, Professor do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (MEPISCO). Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Salvador (BA), Brasil.

Profa. Dra. Luciana Barcellos Teixeira, Professora do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre (RS), Brasil.

“...tudo nesta palavra se resume: Amarás ao teu próximo como a ti mesmo.”

Romanos 13:9

AGRADECIMENTOS

“Aqueles que saíram chorando, levando a semente para semear, voltarão cantando, cheios de alegria, trazendo nos braços os feixes da colheita.” (Salmos 126:6).

A Deus por ter me fortalecido e me capacitado para conseguir chegar nesse momento. Foram anos desafiadores, mas em tudo eu pude ver a amorosa mão do Senhor a me guiar.

A minha orientadora, Daniela Knauth, sua empatia e cuidado foram muito importantes para que pudesse concluir esse doutorado. Sua postura tranquila na condução da orientação, seu conhecimento e sabedoria são inspiradores.

Aos meus pais, por me ensinarem o caminho a seguir, por tantas vezes renunciarem seus sonhos para que eu pudesse chegar nesse momento.

Ao meu marido, César, por ser esse companheiro de vida e propósitos. Obrigada por acreditar nesse sonho e segurar minhas mãos nos dias desafiadores.

Aos meus filhos, Isabela e Gabriel, presentes de Deus na minha vida. Apesar de ainda serem crianças, compreenderam que eu tinha um trabalho muito importante pra concluir e sempre diziam “você vai conseguir, mamãe”. Vocês foram a minha maior motivação!

À Emanuelle Nunes, Manôh, tantas vezes você foi um alento em dias difíceis, me motivando a prosseguir. Minha profunda gratidão, amiga!

A minha amiga Ellen, sua amizade me ajudou a chegar até aqui. Obrigada por ter acreditado!

Aos meus irmãos, pelo apoio na minha caminhada.

Aos meus colegas do DINTER: Camila, Nildo, Vivian, Karine, Matheus, Zuza, Wanderley, Vanessa e Daniel, vocês tornaram tudo muito mais leve e divertido. Como foi bom aprender com vocês!

A Jonatan por toda a ajuda e aprendizado compartilhado.

Aos professores Adriano, Laio e Luciana que gentilmente aceitaram o convite para participar e contribuir na banca de defesa. Muito obrigada!

À Universidade Federal da Bahia, nas pessoas dos professores Orlando Caires e Anderson Souza, que não mediram esforços para nos ajudar nesse período.

Ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da UFRGS por viabilizar a realização deste DINTER e a todos os professores que se dispuseram a partilhar o conhecimento conosco, foram momentos preciosos.

RESUMO

A utilização dos serviços é um indicador adequado para avaliar a existência de desigualdades na atenção à saúde entre grupos e no interior deles. A dificuldade no acesso ao serviço representa um dos aspectos que contribui para a vulnerabilidade programática entre homens que fazem sexo com homens (HSH), sendo essa uma das dimensões relacionadas ao conceito de vulnerabilidade, que associada a aspectos individuais e sociais, pressupõe avaliar a suscetibilidade de uma pessoa desenvolver ou se expor a agentes ou fatores que favorecem ao adoecimento. Nesse sentido, os HSH estão expostos a múltiplas vulnerabilidades, que refletem na situação atual da epidemia por HIV neste grupo. Este trabalho tem como objetivo geral: analisar os fatores associados ao uso dos serviços de saúde por HSH, e como específicos: estimar a prevalência e os fatores associados à realização de consulta médica entre HSH visando mensurar, de forma indireta, o acesso à saúde deste segmento da população; e analisar a associação entre discriminação por orientação sexual e realização de consulta médica entre HSH. Trata-se de um estudo transversal, proveniente da pesquisa “Estudo de abrangência nacional de comportamentos, atitudes, práticas e prevalência de HIV, sífilis e hepatites B e C entre HSH”, conduzido em 12 cidades brasileiras, no ano de 2016. A variável de desfecho foi a realização de consulta médica nos 12 meses anteriores à data da entrevista. As variáveis explicativas, utilizadas para o artigo 1 deste estudo, foram distribuídas em predisponentes; capacitantes; e de necessidade. Já no artigo 2, foi verificada a associação do desfecho com a discriminação por orientação sexual. A associação da realização de consulta médica nos últimos 12 meses foi avaliada pela estimativa de odds ratio, por meio do modelo de regressão de Poisson com variância robusta, para amostragem complexa, ponderado pelo estimador de Gile. Verificou-se que a realização de consulta foi menor entre os HSH que não possuíam plano de saúde (OR: 0,28; IC95% 0,19-0,41) e que normalmente não procuravam pelo mesmo serviço de saúde (OR: 0,35; IC95% 0,20-0,61). Com relação ao nível de discriminação, os HSH com alto nível de discriminação, quando comparados com os de baixo nível, apresentaram mais chances de não utilizarem o serviço de saúde, através de consulta médica nos últimos 12 meses, mesmo após ajustes para variáveis sociodemográficas e de acesso ao serviço (OR: 1,79, IC95% 1,12-2,87). Desta forma, se faz necessário compreender os fatores que estão associados ao acesso e utilização dos serviços de saúde entre HSH, para que assim possam ser pensadas estratégias e revistas políticas públicas voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças.

Palavras-chaves: Acesso aos Serviços de Saúde; Minorias Sexuais e de Gênero; Discriminação social; HIV.

ABSTRACT

The use of services is a suitable indicator for assessing the existence of inequalities in health care between and within groups. Difficulty in accessing services is one of the aspects that contributes to programmatic vulnerability among men who have sex with men (MSM). This is one of the dimensions related to the concept of vulnerability, which, associated with individual and social aspects, involves assessing a person's susceptibility to developing or being exposed to agents or factors that favor illness. In this sense, MSM are exposed to multiple vulnerabilities, which are reflected in the current situation of the HIV epidemic in this group. The general objective of this study is to analyze the factors associated with the use of health services by MSM, and the specific objectives are: to estimate the prevalence and factors associated with medical consultation among MSM in order to indirectly measure access to health care for this segment of the population; and to analyze the association between discrimination based on sexual orientation and medical consultation among MSM. This is a cross-sectional study from the "Nationwide study of behaviors, attitudes, practices and prevalence of HIV, syphilis and hepatitis B and C among MSM," conducted in 12 Brazilian cities in 2016. The outcome variable was having a medical consultation in the 12 months prior to the date of the interview. The explanatory variables used for article 1 of this study were distributed as predisposing; enabling; and need. In article 2, the association of the outcome with discrimination based on sexual orientation was verified. The association between having a medical consultation in the last 12 months was assessed by estimating the odds ratio using the Poisson regression model with robust variance, for complex sampling, weighted by the Gile estimator. It was found that the number of consultations was lower among MSM who did not have health insurance (OR: 0.28; 95%CI 0.19-0.41) and who did not usually seek the same health service (OR: 0.35; 95%CI 0.20-0.61). With regard to the level of discrimination, MSM with a high level of discrimination, when compared to those with a low level, were more likely not to have used the health service through a medical consultation in the last 12 months, even after adjusting for sociodemographic variables and access to the service (OR: 1.79, 95%CI 1.12-2.87). It is therefore necessary to understand the factors that are associated with access to and use of health services among MSM, so that strategies can be devised and public policies reviewed aimed at health promotion and disease prevention.

Keywords: Health Services Accessibility; Sexual and Gender Minorities; Social Discrimination; HIV.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Síntese das principais características dos modelos teóricos do uso de serviços de saúde: Crenças em saúde, Andersen, Dutton e Evans & Stoddart, com relação aos determinantes do uso considerados e às especificações encontradas-----23

LISTA DE TABELAS

Artigo 1- Tabela 1 Análise da realização de consulta médica, nos últimos 12 meses, de acordo com as variáveis selecionadas. *Respondent driven sampling* com homens que fazem sexo com homens em 12 cidades brasileiras, 2016 (n=2.711) -----64

Artigo1- Tabela 2 Análise não ajustada da realização de consulta médica, nos últimos 12 meses, de acordo com as variáveis selecionadas. *Respondent driven sampling* com homens que fazem sexo com homens em 12 cidades brasileiras, 2016 (n=2.711) -----65

Artigo 1- Tabela 3 Análise ajustada da realização de consulta médica, nos últimos 12 meses, de acordo com as variáveis selecionadas. *Respondent driven sampling* com homens que fazem sexo com homens em 12 cidades brasileiras, 2016 (n=2.711) -----66

Artigo 2- Tabela 1 Análise descritiva de variáveis selecionadas. *Respondent driven sampling* com homens que fazem sexo com homens em 12 cidades brasileiras, 2016 (N = 4.176) -----84

Artigo 2- Tabela 2 Análise descritiva da realização de consulta médica de acordo com as variáveis selecionadas. *Respondent driven sampling* com homens que fazem sexo com homens em 12 cidades brasileiras, 2016 (N = 4.176)-----85

Artigo 2- Tabela 3 Associação entre médio nível de discriminação por orientação sexual e a não realização de consulta médica entre homens que fazem sexo com homens, 2016 (n=3.049)-----86

Artigo 2- Tabela 4 – Associação entre alto e muito alto nível de discriminação por orientação sexual e a não realização de consulta médica entre homens que fazem sexo com homens, 2016 (n=2.438) -----86

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

DPOS- Discriminação por Orientação Sexual

ESF- Estratégia de Saúde da Família

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

HSH - Homens que fazem sexo com homens (em inglês, MSM – *Men who have Sex with Men*)

IC 95% - Intervalo de confiança de 95%

ISTs - Infecções Sexualmente Transmissíveis

LGBTQIA+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexuais, Assexuais e demais orientações sexuais e identidades de gênero

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONG- Organização Não Governamental

OR - *Odds Ratio*

PNS- Pesquisa Nacional de Saúde

PNSI LGBT-Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

PrEP- Profilaxia Pré-exposição ao HIV

PVHA - Pessoas vivendo com HIV/Aids

RDS - *Respondent-Driven Sampling*

SUS- Sistema Único de Saúde

TARV- Terapia Antirretroviral

UNAIDS - *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1. APRESENTAÇÃO | 11 |
| 2. INTRODUÇÃO | 12 |
| 3. REVISÃO DA LITERATURA | 15 |
| 3.1 Acesso e utilização do serviço de saúde | 15 |
| 3.2 Desigualdade e iniquidade no acesso à saúde e seus determinantes | 24 |
| 3.3 O acesso aos serviços de saúde entre homens que fazem sexo com homens | 28 |
| 4. JUSTIFICATIVA | 34 |
| 5. OBJETIVOS | 36 |
| 5.1 Objetivo Geral | 36 |
| 5.2 Objetivos Específicos | 36 |
| 6. MÉTODO DA PESQUISA | 37 |
| 7. REFERÊNCIAS | 40 |
| 8. ARTIGO 1- FATORES ASSOCIADOS A REALIZAÇÃO DE CONSULTA MÉDICA POR HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS | 49 |
| 9. ARTIGO 2- DISCRIMINAÇÃO POR ORIENTAÇÃO SEXUAL E REALIZAÇÃO DE CONSULTA MÉDICA ENTRE HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS | 72 |
| 10. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS | 93 |
| ANEXO A: Aprovação pelo Comitê da Ética em Pesquisa | 95 |

1. APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na tese de doutorado intitulada “Utilização dos serviços de saúde por homens que fazem sexo com homens”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 06 de fevereiro de 2024. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura, Justificativa, Objetivos e Método da pesquisa
2. Artigos 1 e 2
3. Conclusões e Considerações Finais.

Documentos de apoio estão apresentados nos anexos.

2.INTRODUÇÃO

O acesso é definido como a liberdade e a capacidade que o indivíduo possui para obter ou utilizar algo. No caso da saúde, o acesso se constitui em um tema multifacetado e multidimensional, sendo definido como um conjunto de fatores que envolvem aspectos individuais, políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos, que viabilizam ao usuário a entrada nas redes de atenção à saúde (1). Quando garantido pelo Estado, mediante políticas públicas, possibilita o uso oportuno dos serviços, a fim de alcançar resultados positivos, por meio de ações de proteção e promoção da saúde (2). Desta forma, a utilização dos serviços de saúde é um dos indicadores possíveis para se avaliar a existência de desigualdades na atenção à saúde entre grupos e no interior deles (3).

Nesse sentido, verifica-se disparidades no acesso e na utilização dos serviços de saúde entre homens que fazem sexo com homens (HSH), que pode ser constatada pela maior vulnerabilidade que este grupo apresenta a algumas doenças crônicas e infecciosas, abuso de álcool e outras drogas, limitações funcionais e sofrimento psíquico (4,5). Os HSH são homens que fazem sexo com outros homens e que, não necessariamente, se enquadram nas categorias 'gay' ou 'bissexual'. São definidos pela prática sexual e não pela orientação sexual ou identidade de gênero, independente de terem relações sexuais com mulheres(6).

Estudos abordam sobre a maior exposição dos HSH à infecção pelo HIV, devido ao atual panorama epidemiológico. Desde o início da epidemia, as chances de contato com o vírus são aumentadas entre os HSH e se devem a sindemia de vulnerabilidades estruturais, biológicas e comportamentais a que estão expostos(7,8).

A epidemia do HIV entre HSH tem apresentado um crescimento acentuado, com uma prevalência maior do que na população em geral. Houve uma expansão, no decorrer dos anos, no número de HSH infectados, quando comparado com outros grupos vulneráveis, como usuário de drogas injetáveis e trabalhadores do sexo (9,10).

Dados atuais do Boletim Epidemiológico HIV/Aids (2022), em uma análise feita do período de 2007 a junho de 2022, mostram que no Brasil, entre indivíduos do sexo masculino com idade de 13 anos ou mais, a principal categoria de exposição ao HIV foi de HSH (52,6%), com um predomínio maior de casos em HSH com até 39 anos de idade(11).

Para compreender esta dinâmica e a exposição ao vírus tão elevada nesse grupo, é necessário que se conheçam os riscos a que estão expostos e as relações estabelecidas entre estes(12). As vulnerabilidades vivenciadas pelos HSH tanto com relação ao HIV, como a outros tipos de doenças crônicas não transmissíveis, estão relacionadas ao estigma social, preconceito, omissão de direitos, à invisibilidade social, a falta de políticas públicas que os alcancem e de profissionais preparados para assisti-los, fatores que se configuram em barreiras no acesso aos serviços de saúde(13).

Ayres e colaboradores (2003) destacam sobre a importância em se considerar, para estabelecimento de estratégias de prevenção e promoção da saúde, os fatores de vulnerabilidade, que estão relacionados a questões estruturais e que contribuem para a infecção. A vulnerabilidade é compreendida, não somente no aspecto individual, mas na relação com o outro e com o equipamento social, abrangendo dimensões sociais e programáticas que confluem para tornar categorias sociais, pessoas e grupos, vulneráveis (14).

Nesse sentido, as políticas públicas em saúde devem considerar as questões ligadas a vulnerabilidades dos diferentes grupos populacionais, a fim de propiciar que a saúde seja universal e um direito fundamental de todo o cidadão, com modelos de atenção equânime, embasado na inclusão social e solidariedade humana (15).

Porém, na realidade, verifica-se serviços segmentados e desarticulados, com acessos seletivos e excludentes, tanto em serviços públicos como privados (16,17). No que tange aos HSH, percebe-se que a marginalização estrutural e social faz com que eles sejam desassistidos por conta de suas identidades sociais, prejudicando assim, o acesso aos serviços de saúde (18–

20). Esta situação fortalece as disparidades de adoecimento entre os diferentes grupos, piores condições de saúde e maiores taxas de infecção pelo HIV nos HSH (4,21,22).

Vale ressaltar que, muitos dos HSH possuem múltiplas identidades marginalizadas (por exemplo: negros, baixo nível de escolaridade e socioeconômico, profissionais do sexo, dentre outras condições) que interferem negativamente no acesso aos serviços de saúde e seus insumos (20).

Dessa forma, os indicadores relacionados a utilização dos serviços de saúde, como a chance dos indivíduos obterem tratamento, quando acometidos por alguma doença, ou de receberem cuidados específicos de prevenção e promoção, auxiliam na avaliação da equidade de um sistema de saúde (23).

É fundamental que se estudem as relações entre as diferentes questões que envolvem a utilização dos serviços de saúde entre os HSH, que não se constitui em uma causa isolada, mas de forma complexa, em uma associação de fatores, especialmente os ligados a marginalização social, estrutural e discriminação por orientação sexual. Isso contribuirá na avaliação e estruturação de intervenções específicas para a promoção da saúde e prevenção de doenças, incluindo o combate a disseminação ao HIV/Aids, na medida em que se oportuniza o acesso e utilização aos serviços de saúde entre os HSH.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Acesso e utilização do serviço de saúde

O conceito de acesso aos serviços de saúde evoluiu com variações conforme os autores, o contexto e o tempo. O nível de pluralidade e complexidade do tema se deve as suas diferentes abordagens de análise, com a adição de diferentes dimensões que, por vezes, torna difícil a sua mensuração, necessária para o desenvolvimento de plano e metas no setor saúde (16,24).

Por possuir uma concepção multidimensional, onde cada dimensão contém características que facilitam ou dificultam a utilização dos serviços de saúde, não há um consenso na literatura com relação ao conceito de acesso ou qual o modelo teórico mais adequado para mensurá-lo (25,26). Com a incorporação de aspectos de difícil mensuração, o conceito de acesso à saúde, se tornou mais complexo ao longo dos anos (24).

O acesso é importante categoria para análise das interrelações usuário e serviços de saúde, auxilia no entendimento do conjunto de dimensões que cercam essa relação e sua adequação. Envolve aspectos políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos, no estabelecimento de caminhos para a universalização da atenção à saúde. (1,27). No entanto, a sua relação com o uso dos serviços de saúde é empregada, em alguns momentos, de maneira imprecisa e não tão clara, o que dificulta a sua compreensão (16).

Além de ser um tema multifacetado e multidimensional, o acesso possui diferentes terminologias, a depender do autor. Alguns utilizam o termo acessibilidade, outros acesso ou até as duas nomenclaturas, a fim de definir a facilidade em que o indivíduo consegue obter os cuidados relacionados à saúde (1,24).

O acesso vai além do conceito de porta de entrada, se configura em um dispositivo transformador da realidade, uma garantia constitucional de todo o cidadão, com potencial de produzir resultados, tendo em vista a possibilidade de melhoria e resolução dos problemas de

saúde da população (28). Através da consciência sanitária, a garantia do acesso possibilitará construção de sistemas de saúde condizentes com as necessidades da sociedade, promovendo a equidade (1).

A fim de compreender a construção da concepção de acesso e utilização dos serviços de saúde, é importante abordar a sua evolução histórica de acordo com os autores. No ano de 1968, Andersen desenvolveu o Modelo Comportamental onde abordou o acesso como sendo um dos elementos do sistema de saúde, que abrange a entrada nos serviços e o recebimento de cuidados posteriores. Para esse autor, o acesso sofre influência de fatores individuais que ele classifica como: fatores predisponentes (que já existem antes do aparecimento do problema de saúde e que afetam a busca pelo serviço de saúde); fatores capacitantes (meios que facilitam a busca por cuidados de saúde); e necessidades de saúde (condição percebida pelo indivíduo ou diagnosticada por profissional) (29).

Andersen (1995) incorpora ao conceito de acesso a utilização dos serviços de saúde, que abrange múltiplas dimensões, desdobrando-se no acesso potencial e no acesso realizado. O acesso potencial pode ser explicado através dos fatores individuais, que limitam ou ampliam o uso dos serviços de saúde, enquanto que a utilização real dos serviços é o acesso realizado, que sofre influências de questões que divergem do acesso potencial (29).

Esse mesmo autor, traz conceitos como acesso efetivo, que representa o uso dos serviços que produz satisfação ou melhora nas condições de saúde do indivíduo, e acesso eficiente que está relacionado a quantidade de serviços consumidos que resultou em mudança na saúde e satisfação do usuário (29).

Donabedian empregou o termo acessibilidade, e focou nos aspectos socio-organizacionais (características da oferta de serviços) e geográficos (aspectos relacionados ao espaço e tempo), dimensões essas que se inter-relacionam. O autor defende que o termo acessibilidade abarca mais significados do que simplesmente a disponibilidade dos recursos

em um determinado tempo e espaço, mas a oferta de serviços de modo a responder às necessidades do usuário (30).

Nesse sentido, conforme a concepção desse autor, para se compreender a acessibilidade, deve-se levar em consideração os fatores que limitam ou facilitam o uso dos serviços pelo usuário, tais como as características dos serviços e dos recursos de saúde. Desta forma, a acessibilidade representa uma dimensão que auxilia no estudo da equidade nos sistemas de saúde, pois ajuda na compreensão do uso desses serviços pelos diversos grupos populacionais (16).

Aday e Andersen (1974) conceituaram acesso através da análise de características relacionadas à população, utilização dos serviços de saúde e satisfação das necessidades do consumidor, disponibilidade organizacional e geográfica dos sistemas e o contexto das políticas de saúde, em uma concepção mais política do que operacional (31).

Penchansky e Thomas (1981) ampliaram o conceito de acesso com base na interação do cliente e com serviço de saúde, mensurado a partir da relação entre a oferta e os indivíduos, com incorporação dos seguintes atributos: disponibilidade; acessibilidade; acolhimento; capacidade de compra; e aceitabilidade (32).

Em 1985, Frenk, influenciado pela proposta de Donabedian, desenvolve o conceito de acessibilidade e estabelece o fluxo entre a necessidade e obtenção de cuidados de saúde necessários. Essa sequência de eventos se estabelece primeiro pelo surgimento da necessidade de saúde, que através do desejo de se obter cuidados, motiva-se a procura do serviço adequado. Este, quando encontrado, favorece a entrada no serviço, para que assim se estabeleça a continuidade dos cuidados (33).

Esse autor refere ainda, que a acessibilidade decorre da relação entre duas forças: a resistência e o poder de utilização. A resistência representa o conjunto de obstáculos que o indivíduo encontra na procura e obtenção dos cuidados de saúde necessários, enquanto o

poder de utilização corresponde a capacidade que a população possui em superar esses obstáculos. Desta forma, ofertar serviços não representa necessariamente o seu uso, se o poder de utilização não for maior do que o a resistência. Esse, portanto, não direciona para um modelo único, mas a diversas configurações de ofertas de serviços conforme o poder de utilização dos diferentes grupos populacionais (33).

Unglert (1990) traz que o acesso deve ser analisado através das dimensões geográfica, econômica, cultural e funcional. A dimensão geográfica se refere ao planejamento adequado da localização dos serviços de saúde, seguindo o conceito de acessibilidade geográfica e territorialização; a econômica foca na remoção das barreiras oriundas do sistema de pagamento ou contribuição do usuário; a cultural versa sobre a consideração dos hábitos e costumes da população para adequação dos serviços de saúde; e por fim, a funcional, que é ofertar os serviços oportunos e adequados de acordo com a necessidade da população(34).

Giovanella e Fleury (1995) explicaram o acesso através das dimensões política, econômica, técnica e simbólica, que originaram quatro modelos teóricos: modelo economicista (relação oferta e demanda); modelo sanitarista-planificador (planificação e organização da rede de serviços); modelo sanitarista-politicista (desenvolvimento da consciência sanitária e organização da população); e o modelo simbólico (referente às representações sociais sobre a atenção e o sistema de saúde)(27) .

Para Hortale (2000), acesso abrange uma dimensão social mais ampla, não somente se resumindo a organização dos serviços, mas considerando elementos como a participação popular e o controle social, a equidade, a coerência dos serviços com as necessidades da população, as estratégias, as táticas e a alocação de recursos e a autonomia. E segundo o autor, o acesso será otimizado a partir do momento em que se descentralizar o sistema de saúde, abrangendo vários subsistemas de produção de serviço, como o de decisão, operação e produção, informação e retroalimentação, nas diferentes instâncias, local e central, população

e usuário (35).

Os autores Thiede e McIntyre (2007) inseriram ao acesso a noção de liberdade, concepção que abrange o nível educacional, cultural, crenças, condições socio econômicas. Características essas, que poderão interferir no grau de liberdade do uso do sistema e que refletirá em um melhor ou pior acesso do usuário aos serviços de saúde (36).

Assis e Jesus (2012) desenharam um modelo de análise de acesso que contemplam dimensões política, econômica-social, técnica, organizativa e simbólica. Buscou compreender as políticas formuladas e a sua execução, tanto no que concerne à gestão, quanto na participação popular, além de outros fatores de organização dos serviços, atuação dos profissionais e das subjetividades presentes nas relações. Considerou os componentes simbólicos e representacionais que permeiam o acesso (1).

Conforme esse modelo, a dimensão política reflete o comprometimento dos gestores em saúde, que formulam as políticas públicas para o acesso universal aos serviços de saúde e que estabelecem as pactuações necessárias envolvendo governo, sociedade civil, prestadores de serviços públicos e/ou privados e instituições formadoras de recursos humanos em saúde, prezando pela transparência do processo decisório. A dimensão econômico-social considera os investimentos na rede pública, conforme o nível de complexidade, definindo-se a responsabilidade financeira de cada instância de poder e a referência interestadual e intermunicipal da oferta e demanda de serviços (1).

A dimensão técnica, através do princípio da integralidade, posiciona o usuário do SUS no centro da atenção à saúde, e responsabiliza os trabalhadores de saúde, os gestores de saúde e os prestadores públicos e/ou privados, embasado em ações do acolhimento, vínculo e autonomia da equipe e usuário, por meio de um projeto terapêutico compartilhado. A dimensão organizacional fundamenta-se na capacidade dos serviços em dar respostas objetivas às demandas do usuário, com fortalecimento da porta de entrada no nível básico de

atenção, através do fluxo de atendimento definido e organizado a partir de demandas epidemiológicas, sanitárias e sociais (1).

Por fim, a dimensão simbólica que abarca a compreensão da subjetividade presente na dinâmica relacional, levando a compreensão do processo saúde- doença, da cultura, crenças e dos valores de sujeitos e grupos sociais que vivem em diferentes territórios nas áreas onde os serviços se organizam. Essas dimensões, convergem para o atendimento das necessidades de saúde, com foco em uma atenção responsável, integral, resolutiva, equânime e de qualidade (1).

Assim como não há um consenso em relação ao conceito de acesso, verifica-se que alguns autores não estabelecem qualquer distinção entre acesso e utilização dos serviços de saúde (1,37,38).

O acesso não se explica apenas pelo uso. Configura-se em um importante determinante da utilização dos serviços, que resulta de múltiplos fatores de caráter individual, definidos como predisponente, contextuais e relativos à qualidade do cuidado, que influenciam o uso e a efetividade do cuidado (16).

Fernandes et al (2009) refere que o uso dos serviços de saúde tem caráter multifacetado, segundo diferenças de localidade, socioeconômicas, perfis de morbidade, qualidade de vida, conhecimento sobre saúde, entre outros (39). Assim, o entendimento de que o acesso é uma oportunidade ou pré-condição de uso dos serviços de saúde tem sido aceito, sendo a utilização dos serviços de saúde considerada uma expressão positiva do acesso (40).

A utilização representa a entrada nos serviços e resulta da interação entre usuários, prestadores de cuidados e sistema de saúde (40,41). Representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde e pressupõe todo contato direto (consultas médicas, hospitalizações) ou indireto (realização de exames preventivos e diagnósticos) com os serviços (42). Nesse

sentido, o acesso refere-se a oportunidade, enquanto utilização dos serviços é a manifestação dessa oportunidade (43).

A busca por atendimento e realização de consulta médica, por ter impacto positivo sobre a saúde da população, ao prevenir doenças, reduzir a morbimortalidade e aumentar a expectativa de vida, são considerados indicadores positivos de acesso ao sistema de saúde (44). Nesse sentido, Allin et al (2007) referem que, frequentar consultas médicas e fazer teste de HIV no último ano, indica acesso aos serviços de saúde, com reflexos positivos na detecção precoce e prevenção do HIV(43).

O uso dos serviços de saúde, resulta da interação do indivíduo, que procura cuidados, e do profissional, que o conduz dentro do sistema de saúde, que em grande parte, define o tipo e a intensidade de recursos consumidos para resolver os problemas de saúde dos usuários, e que é responsável pelos contatos subsequentes (16).

Dessa forma, utilização pode ser mensurada pelo uso de qualquer serviço de saúde, e resulta de uma interação de fatores que estão relacionados a necessidade percebida pelo usuário, decorrente de sua situação de saúde, e a oferta de serviços disponíveis (45).

Os fatores que determinam a utilização dos serviços estão relacionados às necessidades de saúde dos usuários (morbidade, gravidade e urgência da doença) e as suas características (demográficas – raça/cor, idade e sexo, geográficas - região, socioeconômica - renda e educação, culturais - religião, e psíquicas), além da acessibilidade, aceitabilidade e adequação dos serviços (46).

No entanto, o estado ou necessidade de saúde do indivíduo se configura no principal determinante de utilização, pois é o que impulsiona a procura pelos serviços de saúde e normalmente, se sobrepõe a outros fatores de ordem demográfica e social (47).

Dentre os modelos empregados para o estudo sobre a utilização dos serviços de saúde destacam-se o modelo de crenças em saúde, o modelo de Dutton, o modelo de Evans e

Sttodart , o modelo de Aday e Andersen e o modelo de Andersen e Newman, (quadro 1) sendo esse último mais aplicado nos estudos sobre utilização dos serviços de saúde (16,25,48).

Avaliar a acessibilidade não se resume apenas a verificação do uso dos serviços, este é apenas um elemento que o compõe, mas está relacionado a uma rede complexa que vai desde adequação de recursos humanos, políticos e tecnológicos com foco nas necessidades de saúde da população (16). Já Andersen refere que para se avaliar o acesso, deve-se observar os tipos de cuidados, tipos de serviços e tipos de problemas de saúde, por cada um representar situações distintas e possuir impactos diferentes (29).

Conhecer os fatores relacionados ao uso de serviços de saúde torna-se uma estratégia viável para a análise do acesso aos serviços de saúde. Já que, a utilização, por representar todo o contato com os pontos assistenciais, é evidência de que o acesso foi alcançado. E a relação entre a procura e a entrada no serviço, é determinada pelo conjunto de dimensões do acesso, e reflete a qualidade e desempenho dos serviços de saúde (16,49).

Quadro 1- Síntese das principais características dos modelos teóricos do uso de serviços de saúde: Crenças em saúde, Andersen, Dutton e Evans & Stoddart, com relação aos determinantes do uso considerados e às especificações encontradas

| Modelos | Determinantes do uso | Especificações |
|------------------------------|---|--|
| Crenças em Saúde (1950-1960) | 4. <i>Readiness to act</i> 5. Crença na efetividade do exame 6. Fator de estímulo (interno/ex-terno) | <ul style="list-style-type: none"> • Uso de serviços preventivos • Baseado nas crenças, percepções e riscos dos indivíduos |
| Andersen (1968) | Fatores de predisposição Fatores de capacitação Necessidade em saúde | É o modelo mais utilizado Necessidade é o determinante mais proximal no uso Discute conceito de acesso |
| Andersen (1970) | Fatores de predisposição Fatores de capacitação Necessidade em saúde Sistema de saúde | Conceito de satisfação do consumidor (desfecho final do modelo) |
| Andersen (1980-1990) | Fatores de predisposição Fatores de capacitação Necessidade em saúde Sistema de saúde | Práticas pessoais de saúde (interação com o uso) Conceito de estado de saúde percebido e avaliado (desfecho final do modelo) |
| Dutton (1986) | <ul style="list-style-type: none"> • Fatores do paciente (determinantes de Andersen) • Fatores do prestador • Fatores do sistema | <ul style="list-style-type: none"> • Introduz fatores do prestador (demográficos, formação, atitudes) como determinante do uso |
| Evans & Stoddart (1990) | <ul style="list-style-type: none"> • Determinantes de saúde • Acesso • Necessidade | <ul style="list-style-type: none"> • Conceito de saúde ampliado para bem-estar • Efeito negativo da expansão dos sistemas de cuidado |
| Andersen (1995 em diante) | Fatores de predisposição Fatores de capacitação Necessidade em saúde Sistema de saúde | Enfatiza a natureza dinâmica do modelo de uso |

Fonte: Pavão, Coeli 2008(48)

Sendo assim, é importante se conhecer o motivo pelo qual o indivíduo utiliza ou não o serviço, pois o uso desigual pode afetar a sociedade, aumentar as iniquidades em saúde, devido a exclusão de grupos populacionais, o que leva a disseminação de doenças e aumento da morbidade e mortalidade. Conhecer os determinantes do uso auxiliará na identificação de grupos com pouco ou nenhum acesso, importante para formulação de políticas públicas em saúde, pautada na equidade (50).

Para isso, se faz necessário identificar os grupos de risco que não realizam consultas médicas, para que se compreenda o padrão de utilização dos serviços de saúde e se

estabeleçam políticas e estratégias direcionadas a sanar as iniquidades de acesso ao sistema de saúde (51). Já que acesso a serviços de saúde e equidade estão intimamente relacionados à capacidade de organização dos sistemas de saúde, a fim de responderem de maneira adequada às necessidades dos cidadãos (52).

3.2 Desigualdade e iniquidade no acesso à saúde e seus determinantes

Na busca por atendimento ou satisfação de suas necessidades, a primeira fase a ser superada pelo usuário é o acesso ao serviço de saúde. Isso envolve questões como a disponibilidade do serviço e recursos, distância geográfica, oferta de atendimento ao usuário, capacitação, preparo dos profissionais e vínculo com a população (53).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição Federal de 1988 e da Lei 8.080/1990, a saúde passou a ser de fato um direito de todo o cidadão e um dever do estado. Ele é norteado pelos princípios de universalidade, integralidade e equidade, e objetiva fornecer igualdade no acesso a indivíduos socialmente distintos.

O SUS aumentou, de forma substancial, o acesso da população brasileira aos serviços de saúde, em um momento em que o sistema estava se tornando cada vez mais privatizado. A rede do SUS contempla serviços de ações de prevenção de doenças e agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, além da manutenção e promoção da saúde (49).

No entanto na prática, apesar da robustez do arcabouço legal, há um acesso seletivo, focalizado e excludente (15). Algumas localidades do Brasil possuem uma baixa oferta de serviços de saúde, que, somado a desigualdade na distribuição de renda regional, representa uma dificuldade adicional para a população residente em áreas mais pobres (40,54).

Além disso, verifica-se entraves como a má gestão, precário financiamento e insuficiência no quantitativo dos recursos humanos, além de uma participação popular ainda incipiente (55). Isso resulta em impactos negativos na morbimortalidade de grupos de maior

vulnerabilidade social, quando comparado a outras populações (56)

A forma como os sistemas de saúde se organizam, a fim de atender às necessidades dos grupos populacionais, reflete o acesso aos serviços de saúde e a equidade (52). A equidade em saúde parte do princípio de que as pessoas, em determinado contexto histórico e social, possuem necessidades distintas, e estas precisam ser assistidas por ações governamentais também diferenciadas (57).

No entanto, verifica-se a ocorrência de iniquidade no acesso à saúde, que tem sido resultado de determinantes sociais, que são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco na população (56).

Os primeiros estudos epidemiológicos sobre condições de vida, classe social, renda, condições de trabalho, nutrição, moradia e saneamento básico de diferentes populações, permitiram uma maior compreensão das desigualdades sociais no campo da saúde. Eles revelavam que as taxas de morbidade e mortalidade estavam, diretamente ou indiretamente, relacionadas ao contexto social dos grupos estudados (58).

A desigualdade em saúde, diz respeito a diferenças na saúde dos indivíduos ou dos grupos, em que não há juízo moral sobre as diferenças observadas, se estas são aceitáveis ou justas (59). Desta forma, é compreendida como qualquer diferença e não necessariamente desigualdades injustas, evitáveis e desnecessárias, como pode ser entendida a iniquidade em saúde (57).

Já as iniquidades em saúde, são diferenças que estão relacionadas à carga de vulnerabilidade social, subjacente às estruturas políticas, econômicas e legais e que poderiam ser evitadas por meios aceitáveis (60,61). As iniquidades persistem através do difícil ou do não acesso à saúde, renda, trabalho, educação, habitação, transporte e mobilidade, cultura, lazer, meio ambiente sustentável e a redes de suporte social, o que contribuem para a

ocorrência de problemas de saúde e mortes evitáveis (62).

Segundo Arcaya e colaboradores (2015), os termos desigualdade e iniquidade se diferenciam principalmente porque o primeiro é uma descrição dimensional, relacionada à quantidades desiguais, e o segundo necessita de emissão de juízo moral de que essa desigualdade é prejudicial (56). Nesse sentido, diferenças de saúde entre grupos sociais, que são embasadas em fatores como raça ou religião, por refletirem uma distribuição injusta dos riscos e dos recursos em saúde, são consideradas iniquidades em saúde (59).

Os determinantes de saúde, que abarcam não somente aspectos biológicos e individuais da pessoa, mas questões econômicas, culturais, sociais, geográficas e demográficas, influenciam diretamente na produção das iniquidades sociais. Causam impacto negativo sobre a saúde de pessoas, grupos e populações, em graus diferenciados, podendo levar até à morte. Quando existem iniquidades sociais, verifica-se o acesso desigual, ou o não acesso aos direitos humanos que garantem um mínimo de dignidade humana, como o a utilização dos serviços de saúde (53,63).

No Brasil, verifica-se que o acesso aos serviços de saúde é influenciado pela condição socioeconômica e pelo local de residência, pois pessoas com nível socioeconômico maior, possuem maiores chances de acessar o serviço de saúde, quando comparadas àquelas que vivem em regiões menos desenvolvidas e com baixa condição socioeconômica (40).

Pesquisas apontam que a idade, por estar associada ao estado de saúde, também é uma característica importante na utilização dos serviços de saúde, além disso, os marcadores sociais também contribuem para as condições limitadas de acesso (47,64).

Sendo assim, determinantes sociais de indivíduos e grupos, que interferem no acesso e utilização dos serviços de saúde precisam ser conhecidos. Isso possibilitará a elaboração de medidas equitativas de oferta do serviço e de políticas públicas inclusivas, que assistam populações submetidas as mais diversas vulnerabilidades, através do reconhecimento e

acolhimento de grupos marginalizados (65).

Além disso, para a formulação e implementação de estratégias compensatórias, que considerem as necessidades dos grupos sociais, é importante compreender também a diversidade de abordagens de acesso e os seus fatores limitantes, como a fragmentação do sistema, ausência de hierarquia, de descentralização, de regionalização da rede de assistência, de equidade e de acolhimento, a baixa acessibilidade e capacidade financeira (1,66).

O reconhecimento da influência de determinantes sociais, que vão além das características biológicas e naturais do indivíduo, no acesso aos serviços de saúde, mostra que ninguém é responsável individualmente pela sua saúde, mas esta é resultado de fatores relacionados a questões sociais, políticas, econômicas, culturais, geográficas, demográficas e de outras esferas da vida. A vulnerabilidade social, que se eleva pela persistência de grupos populacionais em situação de pobreza e exclusão, faz com que barreiras sejam criadas para o acesso a serviços e equipamentos públicos, a bens e oportunidades (62).

Assis e Jesus (2012), identificam avanços na diminuição das iniquidades e ampliação do acesso aos serviços de saúde no SUS. Porém, há limites relacionados à acessibilidade e uma fragmentação do cuidado na atenção a grupos específicos, que não oportunizam o acolhimento direcionado às suas necessidades (1). Observa-se grandes traços de iniquidade, com vulnerabilidades que se culminam em barreiras para o acesso e utilização dos serviços de saúde essenciais (25)

A vulnerabilidade antecede e determina os riscos de adoecimento, por isso é um indicador de iniquidade e de desigualdade social. As dimensões de vulnerabilidade influenciam no acesso e no uso de serviços de saúde de determinados grupos, aumentando a sua exposição a agravos de saúde (67,68).

Ayres et al (2003) abordam três tipos de vulnerabilidade a fim de explicar a exposição ao risco de adoecer de determinadas populações, são elas a individual, social e programática.

A primeira abarca aspectos próprios do indivíduo, como as características sociobiológicas, emocionais, cognitivas e comportamentais. A vulnerabilidade social abrange aspectos culturais, religiosos e econômicos, relacionados aos meios de comunicação, inserção social dos indivíduos ou grupos sociais, dentre outros que determinam as oportunidades de acesso a bens e serviços. Já a programática, refere-se a características das políticas públicas e das respostas sociais aos problemas de saúde, além da possibilidade de acessar os meios de proteção (14).

Estratégias precisam ser direcionadas pelo entendimento de que as necessidades de cada grupo são distintas, e que, portanto, necessitam de recursos com foco na discriminação positiva. Nessa perspectiva, ações de massa podem não contemplar as vulnerabilidades de certos grupos, necessitando de atividades específicas para reduzir as desigualdades ou compensá-las (66).

Soluções mais factíveis e reais só poderão ser alcançadas, a partir de uma análise reflexiva sobre as vulnerabilidades a que determinadas populações estão expostas, determinando as iniquidades e sua interface com o acesso (63). Uma ferramenta importante para monitorar o acesso, são as informações de base populacional, pois elas fornecem respaldo para avaliação e subsidia o aperfeiçoamento de políticas públicas de saúde (44).

3.3 O acesso aos serviços de saúde entre homens que fazem sexo com homens

Em muitos países, o acesso oportuno aos cuidados primários de saúde, de populações que enfrentam situações de desigualdade, iniquidades e violações de direitos, se constitui um problema (69). As dificuldades e barreiras enfrentadas para o uso dos serviços, refletem em piores condições de saúde de grupos vulneráveis, quando comparado a população em geral (4,70)

O acesso aos serviços de saúde entre HSH, e outras populações como as de lésbicas,

bissexuais, transgêneros e identidades afins (LGBTQIA+), é direito que se encontra nos princípios do SUS, e em 2011, no intuito de fortalecer a legislação, foi instituído no Brasil a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSI-LGBT), por meio da Portaria nº 2.836(71).

Entretanto, verifica-se que, mesmo com todas as garantias legais, o acesso se encontra prejudicado e, dentre os vários determinantes de iniquidades, as práticas homofóbicas praticadas por profissionais de saúde estão presentes em diversos contextos (72).

Barreiras no acesso enfrentadas por população chave, composta por *gays* e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), profissionais do sexo, indivíduos transgênero, usuários de álcool e/ou outras drogas e cidadãos privados de liberdade, são reflexo da desvalorização e falta de reconhecimento de suas identidades, o que resulta em restrições a ações de promoção da saúde e prevenção de doenças (73).

Dentre as populações-chaves na epidemia do HIV, os HSH se apresentam como um dos grupos mais vulneráveis ao vírus, com um risco de até 22 vezes a mais de adquirir o HIV, quando comparados com adultos da população geral (6,74,75), o que pode estar relacionado a dificuldade em acessar os serviços de saúde.

Uma pesquisa que buscou estimar a aceitabilidade do autoteste de HIV entre HSH brasileiros e os fatores associados, constatou que a aceitabilidade do autoteste foi maior no grupo que estava em um contexto social menos vulnerável, inferindo que ações de planejamento e informações sobre o autoteste de HIV devem ter como foco os HSH em situações mais vulneráveis (76).

Nesse sentido, alguns autores abordam a necessidade de se promover ações voltadas, não somente para combater as vulnerabilidades individuais, que impedem o acesso desse público aos serviços de saúde, mas se atentar ao contexto de opressão e desigualdades sociais, que contribuem de forma importante na expansão da epidemia (77,78).

Para o combate do aumento da epidemia, estratégias com alcance da sociedade devem

ser efetivadas com foco na educação em saúde e na promoção da integralidade da assistência. Além disso, ações que visem diminuir vulnerabilidades associadas aos estigmas discriminatórios no serviço, que geram barreiras no acesso (77,78).

A estigmatização da homossexualidade gera várias formas de marginalização, que aumentam a vulnerabilidade individual, interfere na visão que as vítimas da discriminação possuem de si e na percepção dos seus direitos, além de criarem limitações para o acesso ao serviço de saúde. Estudos com população LGBTQIA+ evidenciam associação entre discriminação por orientação sexual e desfechos negativos em saúde relacionados à saúde mental, abuso de substâncias psicoativas e álcool, comportamentos sexuais de risco e infecção sexualmente transmissível (79–83).

A discriminação por orientação sexual de populações minoritárias, como o LGBTQIA+, contribui para a dificuldade no acesso aos mais diversos serviços, dentre eles ao de saúde (84). Estudo de 2016 com 4176 HSH, realizado em 12 capitais brasileiras, constatou que 9% deles foram mal atendidos ou maltratados em serviços de saúde ou por profissionais de saúde (85).

A literatura indica que a população LGBTQIA+ experimenta barreiras no acesso aos serviços de saúde, como a marginalização de cuidados em saúde, medo de revelar sua identidade de gênero ou orientação sexual e dificuldades em se comunicarem com os profissionais de saúde (86).

Atitudes discriminatórias dos profissionais de saúde interferem na utilização dos serviços de saúde por determinados grupos. Já que a decisão em utilizar um serviço não é somente afetada pela forma como as pessoas percebem a disponibilidade do serviços, mas também por experiências vivenciadas nessas unidades de saúde (16).

Há no Brasil uma escassez de estudos com amostras representativas que abordem a discriminação por orientação sexual nos serviços de saúde, embora existam evidências

estabelecidas de associação entre discriminação por orientação sexual e desfechos negativos em saúde (87,88). Com relação a outras patologias não infecciosas, um estudo realizado no Estados Unidos com 69.270 indivíduos, revelou que os HSH eram 21 % mais propensos a hipertensão e 39% mais propensos a doenças cardíacas, em comparação com homens heterossexuais. Da mesma forma, homens de minorias sexuais eram mais propensos do que homens heterossexuais a ter uma limitação funcional (5). Situações que refletem a dificuldade em utilizar de maneira efetiva os serviços de saúde.

O acesso possui caráter multidimensional, que reflete o grau de interação ou adequação entre os sistemas de saúde, o indivíduo, a família e a comunidade (32). Estudo mostra a presença de características nos serviços de saúde que criam barreiras no acesso dos HSH a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), como inadequações ao contexto de vida e trabalho desse grupo. Além disso, existem barreiras estruturais que impactam no acesso a PrEP por populações vulneráveis, como a pobreza, o racismo, a desigualdade de gênero e a discriminação do trabalho sexual, o que faz com que esses sejam mais vulneráveis a infecção pelo HIV (89).

Para enfrentar o aumento dos casos de HIV/Aids e contribuir para que populações-chaves sejam assistidas e tenham acesso aos serviços de saúde, com garantia do direito ao diagnóstico e tratamento oportuno, foi desenvolvida a meta 95-95-95. Essa estratégia objetiva que até ano 2030, 95% das pessoas vivendo com HIV conheçam o seu status de HIV, 95% dessas pessoas recebam o tratamento e 95% das que receberem tratamento tenham a carga viral suprimida. (90). Para isso, houve a expansão do tratamento imediato após diagnóstico, objetivando a melhora imunitária, diminuição da progressão da doença, morte precoce e transmissão do HIV (91).

Para que a epidemia seja controlada até 2030, foram definidos, a nível mundial, alguns pilares a fim de avaliar a eficácia das intervenções. Nesse sentido, foi instituída a cascata do

cuidado contínuo, estratégia que visa o controle do vírus e o cuidado à pessoa vivendo com HIV/aids (PVHA). No Brasil, a cascata é constituída de seis pilares e se refere a uma cadeia de eventos em que a PVHA se depara desde a infecção até a supressão viral, objetivo final do cuidado. São os seguintes pilares: PVHA, pessoas diagnosticadas, vinculadas ao cuidado, retidas no cuidado em saúde, em uso da terapia antirretroviral (TARV) e com supressão viral (92).

Conhecer a condição sorológica é um dos degraus presentes no cuidado contínuo do HIV, que as PVHA precisam transpor para alcançar o objetivo final que é a supressão viral. A cadeia do cuidado contínuo busca através de modelagens matemáticas, ilustrar a sequência de eventos que levam ao acesso à saúde a PVHA, e pode contribuir para nortear os esforços necessários, a fim de otimizar intervenções e ações para conter o avanço da epidemia. Desagrega o diagnóstico do tratamento, e introduz a dimensão dos serviços de saúde, permitindo identificar lacunas neste contínuo cuidado que podem comprometer a resposta esperada (93,94).

Dunbare et al (2021) refere que, os modelos atuais de cuidado e prevenção ao HIV não tem se mostrado efetivos no sentido de vincular e reter os HSH, o que resulta em perda de acompanhamento no cuidado contínuo. Em uma pesquisa com HSH do Haiti, os autores verificaram que dos 2499 HSH que fizeram o teste HIV, 222 (8,9%) tiveram resultado positivo, destes, 72,7% iniciaram a TARV. Após 1 ano, dentre os que iniciaram o tratamento, 44,8% foram perdidos no acompanhamento (95).

Os pesquisadores, concluíram que o modelo atual de prestação de serviços de saúde não é adequado para gerar o vínculo necessário e evitar perdas nas etapas do cuidado contínuo, o que prejudica o tratamento. Foi relatado a necessidade dos serviços serem acolhedores e adaptados, principalmente por se tratar de um local onde a homossexualidade é recriminada, além disso, referiram sobre a importância do treinamento e conscientização dos

profissionais de saúde para o acolhimento dessa população, excluindo atitudes discriminatórias (95).

O acesso aos serviços de saúde é um grande desafio para as populações chave. E as dificuldades relatadas para o acesso incluem o despreparo dos profissionais para lidar com este público, a falta de serviços de saúde descentralizados, violência e discriminação. Há ainda uma carência de pesquisas voltadas a este público, que possam respaldar políticas públicas mais resolutivas (96).

Desta forma, barreiras relacionadas ao acesso ao serviço de saúde precisam ser transpostas, principalmente as relacionadas a populações chaves, que são as mais afetadas pela epidemia do HIV, como os HSH. Isso fará com que recebam o diagnóstico precoce, o tratamento adequado, com conseqüente redução da morbimortalidade e transmissão do vírus. Daí a importância de se conhecer os determinantes sociais em saúde, que por vezes se configuram como fatores de desigualdades e/ou iniquidades, para um pleno acesso desse grupo, além de fatores relacionados ao serviço, que vão desde políticas públicas instituídas, organização, até a relação estabelecida entre usuário e profissional de saúde, com geração de vínculo e acolhimento.

4 JUSTIFICATIVA

A dificuldade no acesso ao serviço de saúde representa um dos aspectos que contribui para a vulnerabilidade programática entre HSH, sendo essa uma das dimensões relacionadas ao conceito de vulnerabilidade, que associada a aspectos individuais e sociais, pressupõe avaliar a suscetibilidade de uma pessoa desenvolver ou se expor a agentes ou fatores que favorecem ao adoecimento(14).

Nesse sentido, os HSH estão expostos a múltiplas vulnerabilidades que refletem em um precário quadro de saúde neste grupo. São fatores que podem criar barreiras no acesso ao serviço e estão ligados tanto a questões individuais, a marginalização, a discriminação, a violência e a auto percepção de risco, quanto a questões estruturais, de acolhimento, de vínculo, de organização e de funcionamento dos serviços de saúde.

O acesso aos serviços de saúde possibilita melhores condições de vida, oportuniza o tratamento precoce de doenças, fornece insumos de proteção, educação em saúde, testes diagnósticos, acompanhamento por profissional generalista e especializado, além do cuidado integral à saúde. No entanto, somente ofertar e disponibilizar insumos e serviços, não significa necessariamente o uso efetivo destes de forma universal por todos os grupos sociais(16,17).

Assim, garantir aos HSH a promoção da saúde e prevenção de doenças, dentre elas o diagnóstico oportuno do HIV, o tratamento e a adesão ao mesmo, refletirão na diminuição da ocorrência de doenças oportunistas, na melhora da sobrevida, na redução de internações e gastos hospitalares. Além disso, o conhecimento da sua condição sorológica possibilitará que o indivíduo adote comportamentos de proteção, diminuindo a transmissão do HIV(97,98).

É necessário, portanto, compreender os determinantes que interferem e prejudicam a utilização dos serviços entre HSH, já que são escassos estudos a nível nacional que abordem a temática neste grupo, para que assim possam ser pensadas estratégias e revistas políticas

públicas voltadas à saúde dessa população.

Nesse sentido, esta tese pretende contribuir para que se conheçam os fatores que podem estar associados a utilização dos serviços de saúde, através da consulta médica, respaldada em uma abordagem teórica de utilização dos serviços a partir de variáveis predisponentes, capacitantes e de necessidade, além da discriminação por orientação sexual (DPOS).

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo Geral

Analisar os fatores associados ao uso dos serviços de saúde, através da realização de consulta médica, por homens que fazem sexo com homens.

5.2 Objetivos Específicos

- Estimar a prevalência e os fatores associados à realização de consulta médica entre HSH visando mensurar, de forma indireta, o acesso à saúde deste segmento da população;
- Analisar a associação entre discriminação por orientação sexual e realização de consulta médica entre HSH.

6 MÉTODO DA PESQUISA

Esse é um estudo epidemiológico, analítico e transversal que utiliza parte dos dados de um estudo de abrangência nacional de comportamentos, atitudes, práticas e prevalência de HIV, Sífilis e Hepatites B e C entre HSH. A pesquisa teve como objetivos principais estimar a prevalência da infecção pelo HIV, da sífilis e das Hepatite B e C entre homens que fazem sexo com homens (HSH) no Brasil, e avaliar os conhecimentos, atitudes e práticas sexuais nesta população a fim de subsidiar as políticas públicas de prevenção e assistência nesta população específica no país (99).

O estudo foi realizado de Junho a Dezembro de 2016 em 12 municípios brasileiros, localizados nas 5 diferentes regiões político-administrativas do Brasil, a saber: - Manaus (AM) e Belém (PA), na região norte; Fortaleza (CE), Recife (PE) e Salvador (BA), na região nordeste; Brasília (DF) e Campo Grande (MS); Belo Horizonte (MG), Rio de Janeiro (RJ) e São Paulo (SP), na região sudeste; e Curitiba (PR) e Porto Alegre (RS) na região sul. Os critérios de inclusão utilizados foram: ser homem cisgênero, ter no mínimo 18 anos, ter praticado sexo oral ou anal com outro homem nos 12 meses anteriores à coleta de dados, morar, trabalhar ou estudar em uma das cidades onde o estudo estava sendo desenvolvido. Foram excluídos os indivíduos sob efeito de drogas ou álcool, ou que se no momento da entrevista e que se identifiquem como transexuais ou travestis.

Foram avaliados o total de 4.176 HSH e utilizado uma metodologia específica para populações de difícil acesso (*Respondent-Driven Sampling -RDS*). O RDS é um método de amostragem em cadeia que começa com uma amostra de conveniência de membros da população-alvo chamada "sementes" que iniciam o recrutamento de seus pares, que por sua vez, deve recrutar outros indivíduos da sua rede, formando assim uma cadeia de recrutamento (100).

Na primeira fase do estudo, procedeu-se uma pesquisa formativa em cada cidade participante usando entrevistas e grupos focais com diferentes perfis de HSH buscando avaliar a percepção própria da homofobia, estigma e violência. A Pesquisa Formativa também buscou avaliar questões logísticas relativas aos locais de pesquisa em cada estado, o tamanho das redes sociais dos participantes, vontade de participar do estudo e potenciais participantes para iniciarem a pesquisa. Após esta etapa, cada cidade escolheu de cinco a seis participantes, denominados sementes, para dar início ao recrutamento. Cabe destacar que a seleção das sementes foi realizada considerando aspectos sociodemográficos e de redes de relacionamentos, com vistas a obter uma amostra representativa e diversificada dos HSH de cada cidade.

Seguindo o método RDS, cada uma dessas sementes recebeu três cupons não reproduzíveis, únicos e com numeração específica para se forme uma cadeia, e iniciam a amostra através da entrega dos cupons para três indivíduos conhecidos da comunidade de HSH. Cada novo HSH que compareceu a um dos locais de coleta de dados, apresentando um cupom válido, aceitarem participar e que preencheram os demais critérios de inclusão, passaram a fazer parte da amostra da pesquisa, formando uma onda. Estes novos participantes receberam três novos cupons para distribuir entre sua rede de relacionamentos. Esse processo foi repetido até que o tamanho amostral fosse atingido (99).

Todos os indivíduos participantes do estudo receberam um incentivo pelo tempo dispendido, para transporte e alimentação, e para cada membro da comunidade de HSH recrutado por ele e que aceitou participar da pesquisa. Cada participante elegível que completou a pesquisa, incluindo as sementes, recebeu R\$ 25,00 (US\$ 10,00), e tinha o direito a receber R\$ 25,00 (US\$ 10,00) adicionais por cada recrutado que completasse a pesquisa. Foi orientado aos recrutadores que quando o tamanho da amostra fosse atingido, os cupons não seriam resgatáveis (99).

Todos os procedimentos do estudo como entrevistas, uso de tablets, aconselhamento pré-teste, encaminhamento, aconselhamento pós-teste, geração de cupons e gerenciamento de incentivos, estavam descritos em procedimentos operacionais padrão (POP) e foram realizados por uma equipe treinada. O questionário foi elaborado em observância aos indicadores de monitoramento do Ministério da Saúde, de acordo com o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS). O instrumento foi construído em blocos, organizado da seguinte forma: (A) critério de inclusão na pesquisa, (B) rede social, (C) Informações socioeconômicas e demográficas, (D) conhecimentos sobre Infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), (E) assistência a saúde, prevenção e tratamento as IST, (F) Discriminação e violência, (G) Visibilidade LGBTQIA+, (H) Comportamento Sexual, (I) Saúde Mental e (J) Uso de álcool e drogas.

Após a entrevista, cada participante foi convidado a receber aconselhamento e realizar o teste rápido para HIV, sífilis e hepatite B e C. Os que apresentaram algum resultado positivo nos testes realizados, foram encaminhados a unidade de referência do Sistema Único de Saúde (SUS) para atendimento clínico especializado.

O material biológico foi coletado em dois tubos, por meio da punção venosa, sendo um tubo destinado para testagem rápida de sífilis, hepatite B, hepatite C e HIV e o outro era centrifugado e congelado para exames mais detalhados. Aconselhamentos eram realizados por conta da testagem rápida e encaminhamentos em caso de resultados positivos para qualquer das infecções investigadas.

Todos os participantes do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceara, CAAE- 43133915.9.0000.5054 e Parecer no 1.024.053 (ANEXO).

7 REFERÊNCIAS

1. Assis MMA, Jesus WLA de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc saúde coletiva*. novembro de 2012;17:2865–75.
2. Institute of Medicine (US) Committee on Monitoring Access to Personal Health Care Services. *Access to Health Care in America* [Internet]. Millman M, organizador. Washington (DC): National Academies Press (US); 1993 [citado 15 de novembro de 2023]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235882/>
3. da Silva NN, Pedroso GC, Puccini RF, Furlani WJ. [Social inequalities and health services use: evidences from a stratified household survey]. *Rev Saude Publica*. fevereiro de 2000;34(1):44–9.
4. Gonzales G, Przedworski J, Henning-Smith C. Comparison of Health and Health Risk Factors Between Lesbian, Gay, and Bisexual Adults and Heterosexual Adults in the United States: Results From the National Health Interview Survey. *JAMA Internal Medicine*. 1º de setembro de 2016;176(9):1344–51.
5. Jackson CL, Agénor M, Johnson DA, Austin SB, Kawachi I. Sexual orientation identity disparities in health behaviors, outcomes, and services use among men and women in the United States: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. dezembro de 2016;16(1):1–11.
6. Joint United Nations Programme on HIV/Aids. *Communities at the centre. Global Aids update 2019*. [acesso em 2022 jan 1]. Disponível em: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2019/2019-global-AIDS-update>».
7. Baral S, Sifakis F, Cleghorn F, Beyrer C. Elevated Risk for HIV Infection among Men Who Have Sex with Men in Low- and Middle-Income Countries 2000–2006: A Systematic Review. *PLoS Med*. dezembro de 2007;4(12):e339.
8. Beyrer C, Baral SD, van Griensven F, Goodreau SM, Chariyalertsak S, Wirtz AL, et al. Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *Lancet*. 28 de julho de 2012;380(9839):367–77.
9. Beloqui JA. Risco relativo para Aids de homens homo/bissexuais em relação aos heterossexuais. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. junho de 2008 [citado 8 de junho de 2020];42(3):437–42. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89102008000300007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
10. Barbosa Júnior A, Szwarcwald CL, Pascom ARP, Souza Júnior PB de. Tendências da epidemia de AIDS entre subgrupos sob maior risco no Brasil, 1980-2004. *Cad Saúde Pública* [Internet]. abril de 2009 [citado 8 de junho de 2020];25(4):727–37. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000400003&lng=pt&tlng=pt
11. Boletim Epidemiológico - HIV/Aids 2022 — Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis [Internet]. [citado 15 de

- novembro de 2023]. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2022/hiv-aids/boletim_hiv_aids_-2022_internet_31-01-23.pdf/view
12. Goodreau SM, Golden MR. Biological and demographic causes of high HIV and sexually transmitted disease prevalence in men who have sex with men. *Sex Transm Infect.* outubro de 2007;83(6):458–62.
 13. Pereira CR, Cruz MM da, Cota VL, Almeida BMM de. Estratégia de linkagem e vulnerabilidades nas barreiras ao tratamento de HIV/Aids para homens que fazem sexo com homens. *Ciênc saúde coletiva.* 22 de abril de 2022;27:1535–46.
 14. Ayres JR de CM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios [Internet]. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.* FIOCRUZ; 2003 [citado 28 de janeiro de 2022]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=350313&indexSearch=ID>
 15. Assis MMA, Villa TCS, Nascimento MAA do. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciênc saúde coletiva.* 2003;8:815–23.
 16. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública.* 2004;20:S190–8.
 17. Oliveira IBN. Acesso universal? Obstáculos ao acesso, continuidade do uso e gênero em um serviço especializado em HIV/AIDS em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2009;25:s259–68.
 18. Baah FO, Teitelman AM, Riegel B. Marginalization: Conceptualizing patient vulnerabilities in the framework of social determinants of health – An integrative review. *Nurs Inq.* janeiro de 2019;26(1):e12268.
 19. Deepening Our Understanding of Structural Marginalization | Othering & Belonging Institute [Internet]. [citado 28 de janeiro de 2022]. Disponível em: <https://belonging.berkeley.edu/deepening-our-understanding-structural-marginalization>
 20. Arrington-Sanders R, Hailey-Fair K, Wirtz AL, Morgan A, Brooks D, Castillo M, et al. Role of Structural Marginalization, HIV Stigma, and Mistrust on HIV Prevention and Treatment Among Young Black Latinx Men Who Have Sex with Men and Transgender Women: Perspectives from Youth Service Providers. *AIDS Patient Care STDS.* janeiro de 2020;34(1):7–15.
 21. Perez-Brumer A, Nunn A, Hsiang E, Oldenburg C, Bender M, Beauchamps L, et al. “we don’t treat your kind”: Assessing HIV health needs holistically among transgender people in Jackson, Mississippi. *PloS one.* novembro de 2018;13(11):e0202389.
 22. Riddell J IV, Amico KR, Mayer KH. HIV Preexposure Prophylaxis: A Review. *JAMA.* 27 de março de 2018;319(12):1261–8.

23. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES de. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. agosto de 2008;42:733–40.
24. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*. março de 2012;31:260–8.
25. Gomes K de O, Reis EA, Guimarães MDC, Cherchiglia ML. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. setembro de 2013;29:1829–42.
26. Travassos C, Viacava F, Laguardia J. TRAVASSOS, C. ; VIACAVA, F. ; LAGUARDIA, J. . Os Suplementos Saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 11, p. 98-112, 2008. Citações:7. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 1º de maio de 2008;11.
27. Giovanella L, Fleury S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise [Internet]. *Política de saúde: o público e o privado*. FIOCRUZ; 1996 [citado 28 de janeiro de 2022]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=304186&indexSearch=ID>
28. Jesus WLA de, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciênc saúde coletiva*. janeiro de 2010;15:161–70.
29. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*. março de 1995;36(1):1–10.
30. Donabedian A. Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care. *Commonwealth Fund*; 1973. 680 p.
31. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res*. 1974;9(3):208–20.
32. Pechansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. fevereiro de 1981;19(2):127–40.
33. Frenk J. Concept and measurement of accessibility. *Salud pública de México*. 1º de janeiro de 1992;27:438–53.
34. Unglert CV de S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. *Revista de Saúde Pública*. 1º de dezembro de 1990;24(6):445–52.
35. Hortale VA, Pedroza M, Rosa MLG. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. *Cad Saúde Pública*. janeiro de 2000;16:231–9.
36. Thiede M, McIntyre D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. *Cad Saúde Pública*. maio de 2008;24:1168–73.

37. Azevedo ALM de, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*. dezembro de 2010;14:797–810.
38. O'Donnell O. Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers. *Cad Saude Publica*. dezembro de 2007;23(12):2820–34.
39. Fernandes LCL, Bertoldi AD, Barros AJD. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. agosto de 2009;43(4):595–603.
40. Travassos C, Oliveira EXG de, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciênc saúde coletiva*. dezembro de 2006;11:975–86.
41. Dutton D. Financial, organizational and professional factors affecting health care utilization. *Soc Sci Med*. 1986;23(7):721–35.
42. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito A dos S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2002;7:687–707.
43. Allin S, Masseria C, Sorenson C, Papanicolas I, Mossialos E. Measuring inequalities in access to health care: a review of the indices? Em 2007 [citado 4 de abril de 2023]. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/Measuring-inequalities-in-access-to-health-care%3A-a-Allin-Masseria/5a5d0d553d7a79bd43bfc7b410a1b37e2ed269bb#citing-papers>
44. Silva ZPD, Ribeiro MCSDA, Barata RB, Almeida MFD. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003-2008. *Ciênc saúde coletiva*. setembro de 2011;16(9):3807–16.
45. Szwarcwald CL, Souza Júnior PRB de, Marques AP, Almeida W da S de, Montilla DER. Inequalities in healthy life expectancy by Brazilian geographic regions: findings from the National Health Survey, 2013. *Int J Equity Health*. 17 de novembro de 2016;15:141.
46. Macinko J, Lima Costa MF. Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. *Trop Med Int Health*. janeiro de 2012;17(1):36–42.
47. Barata RB, Almeida MF de, Montero CV, Silva ZP da. Health inequalities based on ethnicity in individuals aged 15 to 64, Brazil, 1998. *Cad Saúde Pública*. fevereiro de 2007;23:305–13.
48. Pavão ALB, Coeli C. Modelos Teóricos do Uso de Serviços de Saúde: Conceitos e Revisão. *Cadernos Saúde Coletiva*. 1º de janeiro de 2008;16:471.
49. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*. 21 de maio de 2011;377(9779):1778–97.
50. Chiavegatto ADP, Wang YP, Malik AM, Takaoka J, Viana MC, Andrade LH. Determinantes do uso de serviços de saúde: análise multinível da Região Metropolitana de São Paulo. *Rev Saúde Pública [Internet]*. 27 de fevereiro de 2015 [citado 9 de

- novembro de 2023];49. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rsp/a/35rJdG3LQCPN7SQnZSc8c5G/abstract/?lang=pt>
51. Almeida LM da S, Ferreira LS, Teixeira TP, Dumith SC. Fatores associados a não realização de consulta médica nos 12 meses anteriores a entrevista concedida por adultos e idosos em Rio Grande, Rio Grande do Sul, em 2016: estudo transversal. *Epidemiol Serv Saúde*. 9 de março de 2020;29:e2018399.
 52. Barros FPC de, Lopes J de S, Mendonça AVM, Sousa MF de. Acesso e equidade nos serviços de saúde: uma revisão estruturada. *Saúde debate*. setembro de 2016;40:264–71.
 53. Starfield B. The hidden inequity in health care. *Int J Equity Health*. 20 de abril de 2011;10:15.
 54. Noronha KVMS, Andrade MV. Desigualdades sociais em saúde: evidências empíricas sobre o caso brasileiro [Internet]. *Textos para Discussão Cedeplar-UFMG*. Cedeplar, Universidade Federal de Minas Gerais; 2002 jun [citado 27 de janeiro de 2022]. (Textos para Discussão Cedeplar-UFMG). Report No.: td171. Disponível em: <https://ideas.repec.org/p/cdp/texdis/td171.html>
 55. Sales OP, Vieira AFB, Martins AM, Garcia LG, Ferreira RKA. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: DESAFIOS, AVANÇOS E DEBATES EM 30 ANOS DE HISTÓRIA. *Humanidades & Inovação*. 3 de dezembro de 2019;6(17):54–65.
 56. Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Glob Health Action*. 24 de junho de 2015;8:10.3402/gha.v8.27106.
 57. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*. 1992;22(3):429–45.
 58. Donnangelo MCF. Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho. Em: *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho* [Internet]. 1975 [citado 29 de novembro de 2023]. p. 174–174. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1397106>
 59. Kawachi I, Subramanian SV, Almeida-Filho N. A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 1º de setembro de 2002;56(9):647–52.
 60. Krieger N. A glossary for social epidemiology. *J Epidemiol Community Health*. outubro de 2001;55(10):693–700.
 61. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P, Consortium for the European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet*. 15 de setembro de 2012;380(9846):1011–29.
 62. Frenk J, Moon S. Governance Challenges in Global Health. *New England Journal of Medicine*. 7 de março de 2013;368(10):936–42.
 63. Fiorati RC, Arcêncio RA, Souza LB de. Social inequalities and access to health: challenges for society and the nursing field. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2016 [citado 27 de julho de 2021];24(0). Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100316&lng=en&tlng=en

64. Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saúde Pública*. agosto de 2001;17:819–32.
65. Cardoso MR, Ferro LF. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. *Psicol cienc prof*. 2012;32:552–63.
66. Barata RB. Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida 2006. *São Paulo perspect*. 2008;19–29.
67. Ayres JR de CM. Vulnerabilidade e AIDS: para uma resposta social à epidemia. *Boletim Epidemiológico CRT-DST/AIDS CVE*. 1997;2–4.
68. Ayres JR de CM, Paiva V, França I, Gravato N, Lacerda R, Della Negra M, et al. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. *Am J Public Health*. junho de 2006;96(6):1001–6.
69. Nietzsche EA, Tassinari TT, Ramos TK, Beltrame G, Salbego C, Cassenote LG. FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA O CUIDADO À POPULAÇÃO HOMOSSEXUAL E BISSEXUAL: PERCEPÇÃO DO DISCENTE. *Revista Baiana de Enfermagem* [Internet]. 18 de julho de 2018 [citado 9 de novembro de 2023];32. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/25174>
70. Costa-Val A, Manganeli M de S, Moraes VMF de, Cano-Prais HA, Ribeiro GM. O cuidado da população LGBT na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Physis*. 6 de julho de 2022;32:e320207.
71. Portaria nº 2.836, de 1 de dezembro de 2011 | Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis [Internet]. [citado 27 de janeiro de 2022]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/portaria-no-2836-de-1-de-dezembro-de-2011>
72. Rocon PC, Sodré F, Zamboni J, Rodrigues A, Roseiro MCFB. O que esperam pessoas trans do Sistema Único de Saúde? *Interface (Botucatu)*. 7 de dezembro de 2017;22:43–53.
73. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais | Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis [Internet]. [citado 14 de novembro de 2023]. Disponível em: <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-pep-de-risco>
74. Brignol S, Dourado I, Amorim LD, Kerr LRFS. Vulnerabilidade no contexto da infecção por HIV e sífilis numa população de homens que fazem sexo com homens (HSH) no Município de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. maio de 2015;31:1035–48.
75. Torres RMC, Cruz MM da, Périssé ARS, Pires DRF. High HIV infection prevalence in a group of men who have sex with men. *Braz J Infect Dis*. dezembro de 2017;21(6):596–605.

76. Magno L, Leal AF, Knauth D, Dourado I, Guimarães MDC, Santana EP, et al. Acceptability of HIV self-testing is low among men who have sex with men who have not tested for HIV: a study with respondent-driven sampling in Brazil. *BMC Infect Dis*. 19 de novembro de 2020;20(1):865.
77. Merchán-Hamann E. Os ensinamentos da educação para a saúde na prevenção de HIV-Aids: subsídios teóricos para a construção de uma práxis integral. *Cad Saúde Pública*. 1999;15:S85–92.
78. Parker R. Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção, política. *Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção, política*. 2000;159–159.
79. Ha H, Risser JMH, Ross MW, Huynh NT, Nguyen HTM. Homosexuality-Related Stigma and Sexual Risk Behaviors Among Men Who Have Sex With Men in Hanoi, Vietnam. *Arch Sex Behav*. 1º de fevereiro de 2015;44(2):349–56.
80. Hylton E, Wirtz AL, Zelaya CE, Latkin C, Peryshkina A, Mogilnyi V, et al. Sexual Identity, Stigma, and Depression: the Role of the “Anti-gay Propaganda Law” in Mental Health among Men Who Have Sex with Men in Moscow, Russia. *J Urban Health*. 1º de junho de 2017;94(3):319–29.
81. Lelutiu-Weinberger C, Pachankis JE, Golub SA, Walker JJ, Bamonte AJ, Parsons JT. Age Cohort Differences in the Effects of Gay-Related Stigma, Anxiety and Identification with the Gay Community on Sexual Risk and Substance Use. *AIDS Behav*. 1º de janeiro de 2013;17(1):340–9.
82. Puckett JA, Newcomb ME, Ryan DT, Swann G, Garofalo R, Mustanski B. Internalized Homophobia and Perceived Stigma: a Validation Study of Stigma Measures in a Sample of Young Men who Have Sex with Men. *Sex Res Soc Policy*. 1º de março de 2017;14(1):1–16.
83. Weber G. Using to Numb the Pain: Substance Use and Abuse Among Lesbian, Gay, and Bisexual Individuals. *Journal of Mental Health Counseling*. 16 de janeiro de 2008;30(1):31–48.
84. Herek GM. Hate crimes and stigma-related experiences among sexual minority adults in the United States: prevalence estimates from a national probability sample. *J Interpers Violence*. janeiro de 2009;24(1):54–74.
85. Magno L, Silva LAV da, Guimarães MDC, Veras MA de SM, Deus LFA de, Leal AF, et al. Discriminação por orientação sexual entre HSH no Brasil: uma análise de classes latentes. *Rev bras epidemiol [Internet]*. 26 de setembro de 2019 [citado 30 de julho de 2021];22. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rbepid/a/FrVvMgSXxCKcNnnRfkWGfLc/abstract/?lang=pt>
86. Ferreira B de O, Pedrosa JI dos S, Nascimento EF do. Diversidade de gênero e acesso ao Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde [Internet]*. 28 de fevereiro de 2018 [citado 14 de novembro de 2023];31(1). Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/6726>

87. Jomar RT, Fonseca VA de O, Ramos D de O, Marinho GL, Guimarães RM, Gomes MC de A, et al. Prevalência de discriminação percebida por orientação sexual nos serviços de saúde do Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cad saúde colet* [Internet]. 1º de dezembro de 2021 [citado 27 de janeiro de 2022]; Disponível em: <http://www.scielo.br/j/cadsc/a/TK5dm3s9wB8WBkDMxpcMwkt/?lang=pt>
88. Lamontagne E, d'Elbée M, Ross MW, Carroll A, Plessis A du, Loures L. A socioecological measurement of homophobia for all countries and its public health impact. *Eur J Public Health*. 1º de outubro de 2018;28(5):967–72.
89. Pimenta MC, Bermúdez XP, Godoi AMM, Maksud I, Benedetti M, Kauss B, et al. Barreiras e facilitadores do acesso de populações vulneráveis à PrEP no Brasil: *Estudo ImPrEP Stakeholders*. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 12 de janeiro de 2022 [citado 27 de janeiro de 2022];38. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csp/a/pzRvbkKhGRFjh4PHmkk4qqx/?lang=pt>
90. Granich R, Granich R. Modeling the HIV Epidemic: Why the 95-95-95 Target and ART Effectiveness Parameters Matter. [citado 27 de janeiro de 2022]; Disponível em: https://www-clinmedjournals-org.translate.goog/articles/ijva/international-journal-of-virology-and-aids-ijva-5-041.php?jid=ijva&_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=pt&_x_tr_hl=pt-BR&_x_tr_pto=sc
91. Bemelmans M, Baert S, Negussie E, Bygrave H, Biot M, Jamet C, et al. Sustaining the future of HIV counselling to reach 90-90-90: a regional country analysis. *J Int AIDS Soc*. 13 de maio de 2016;19(1):20751.
92. Relatório Global do UNAIDS mostra que a pandemia de AIDS pode acabar até 2030 e descreve o caminho para alcançar esse objetivo - UNAIDS Brasil [Internet]. 2023 [citado 29 de novembro de 2023]. Disponível em: <https://unaids.org.br/2023/07/relatorio-global-do-unaids-mostra-que-a-pandemia-de-aids-pode-acabar-ate-2030-e-descreve-o-caminho-para-alcancar-esse-objetivo/>
93. Estrutura para os países alcançarem um “continuum” integrado de cuidados de longa duração - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]. [citado 29 de novembro de 2023]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/estrutura-para-os-paises-alcancarem-um-continuum-integrado-cuidados-longa-duracao>
94. Manual técnico de elaboração da cascata de cuidado contínuo | Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis [Internet]. [citado 27 de janeiro de 2022]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/manual-tecnico-de-elaboracao-da-cascata-de-cuidado-continuo>
95. Dunbar W, Alcide Jean-Pierre MC, Pétiou JS, Labat A, Maulet N, Coppieters Y. A realist evaluation of the continuum of HIV services for men who have sex with men. *AIDS Res Ther*. dezembro de 2021;18(1):1–12.
96. Miskolci R, Signorelli MC, Canavese D, Teixeira F do B, Polidoro M, Moretti-Pires RO, et al. Desafios da saúde da população LGBTI+ no Brasil: uma análise do cenário por triangulação de métodos. *Ciênc saúde coletiva*. 16 de setembro de 2022;27:3815–24.

97. Palella FJ, Delaney KM, Moorman AC, Loveless MO, Fuhrer J, Satten GA, et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. HIV Outpatient Study Investigators. *N Engl J Med*. 26 de março de 1998;338(13):853–60.
98. Ferreira DC, Silva GA da. Caminhos do cuidado: itinerários de pessoas que convivem com HIV. *Ciênc saúde coletiva*. novembro de 2012;17:3087–98.
99. Kendall C, Kerr L, Mota RS, Guimarães MDC, Leal AF, Merchan-Hamann E, et al. The 12 city HIV Surveillance Survey among MSM in Brazil 2016 using respondent-driven sampling: a description of methods and RDS diagnostics. *Rev bras epidemiol*. 2019;22:e190004.
100. Heckathorn DD. Respondent-Driven Sampling: A New Approach to the Study of Hidden Populations*. *Social Problems*. 1o de maio de 1997;44(2):174–99.

10 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do aprofundamento teórico e da construção deste estudo, pode constatar o quanto, historicamente, os grupos mais marginalizados na sociedade, como os HSH, sofrem as consequências diretas na saúde devido ao estigma e à discriminação por orientação sexual. Somado a isso, outros tantos fatores de marginalização social, racial, econômica e religiosa, se interseccionam e formam uma complexa realidade de vulnerabilidades que gera barreiras no acesso à saúde.

O acesso universal e integral à saúde é um direito constitucional de todo o cidadão brasileiro, previsto pela Constituição Federal de 1988. Direito este, fortalecido com a criação do Sistema Único de Saúde, que passou a considerar os diferentes determinantes e condicionantes do processo saúde/doença, e estabeleceu diretrizes para ampliação da atenção à saúde. No entanto, ofertar serviços não é garantia de uso por todos os grupos sociais, visto que alguns grupos, como os HSH, não conseguem acessar os serviços devido a fatores de desigualdades e marginalização que geram barreiras e iniquidades no acesso. Os achados desse estudo, demonstram algumas das iniquidades a que os HSH estão expostos.

Os resultados obtidos no artigo 1, onde se analisou os fatores associados à realização de consulta médica, nos 12 meses anteriores à entrevista, demonstram que a utilização foi menor entre os de pele não branca, que não tinham religião, com menor nível socioeconômico, sem plano de saúde e que não tinham o hábito de procurar pelo mesmo serviço de saúde. De acordo com o modelo teórico utilizado, pode-se perceber uma influência maior dos fatores predisponentes e capacitantes para a utilização dos serviços de saúde pelos HSH, o que confirma a iniquidade no acesso.

Corroborando com esses achados, o artigo 2, em que se analisa a associação entre discriminação por orientação sexual e realização de consulta médica entre os HSH, constatou que os que possuíam um alto e muito alto nível de DPOS tiveram maiores chances de não utilizarem os serviços de saúde, através da consulta médica. Situação que pode explicar as piores condições de saúde e maiores taxas de infecção pelo HIV entre os HSH.

Esses resultados demonstram a necessidade de avaliação das políticas públicas já existentes e implementação de novas estratégias, no intuito de corrigir essas iniquidades a que estão expostos os HSH, de forma a contribuir para alcançar os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade que regem o SUS. Além disso, são fundamentais a mobilização social e o fortalecimento das ONGs, para auxiliá-los no combate à homofobia, discriminação e na luta por seus direitos.

Essa pesquisa pode contribuir para ampliar os debates sobre os fatores de vulnerabilidade no acesso à saúde entre os HSH, a fim de fomentar ações governamentais e não governamentais com intuito de dirimir as iniquidades vivenciadas por este grupo, principalmente no concerne a propagação acelerada da epidemia pelo HIV.

ANEXO

Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estudo de abrangência nacional de comportamentos, atitudes, práticas e prevalência de HIV, Sífilis e Hepatites B e C entre Homens que fazem sexo com homens

Pesquisador: LIGIA KERR

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 43133915.9.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Comunitária

Patrocinador Principal: Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.024.053

Data da Relatoria: 26/03/2015

Apresentação do Projeto:

Trata de um estudo de corte transversal que será desenvolvido durante o período de 12 meses a iniciar-se em abril de 2015, em 12 municípios brasileiros, localizados nas 5 diferentes regiões político-administrativas do Brasil, a saber: - Manaus (AM) e Belém (PA), na região norte; Fortaleza (CE), Recife (PE) e Salvador(BA), na região nordeste; Brasília (DF) e Campo Grande (MS); Belo Horizonte (MG), Rio de Janeiro (RJ) e São Paulo (SP), na região sudeste; e Curitiba (PR) e Porto Alegre (RS) na região sul. Os locais onde a pesquisa se desenvolverá em cada município será obtido através de pesquisa formativa a ser realizada com membros da comunidade local juntamente com a equipe de campo. Tendo em vista que será requerida a coleta de sangue total dos participantes para realização de exames laboratoriais, será investigada, preferencialmente, a aceitabilidade de uma unidade de saúde por parte da comunidade de HSH de cada cidade. A população será composta de homens que fazem sexo com homens (HSH) que tenham 18 anos completos ou mais e que residam em um dos municípios participantes, acima relacionados.

Objetivo da Pesquisa:

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: comepe@ufc.br

Objetivo Primário: Estimar a prevalência da infecção pelo HIV, da sífilis e das Hepatite B e C entre homens que fazem sexo com homens (HSH) no Brasil, e avaliar os conhecimentos, atitudes e práticas sexuais nesta população a fim de subsidiar as políticas públicas de prevenção e

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 1.024.053

assistência nesta população específica no país.

Objetivo Secundário: I. Estimar a taxa de prevalência de HIV, sífilis e hepatite B e C;II. Identificar os fatores associados à vulnerabilidade à infecção pelo HIV, sífilis e hepatites B e C;III. Identificar fatores associados ao comportamento, atitudes e práticas frente à infecção pelo HIV, sífilis e hepatites B e C e outras DST;IV. Caracterizar as diferenças sociodemográficas nas práticas de risco relacionadas à infecção pelo HIV, sífilis e hepatites B e C;V. Estimar a prevalência de comportamento sexual de risco por tipo de parceria sexual;VI. Descrever o nível de conhecimento quanto às diferentes formas de transmissão do HIV;VII. Estimar a prevalência de eventos de violência e homofobia em homens que fazem sexo com homens.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Para colher os dois tubos de sangue, o participante poderá sentir um pequeno desconforto no lugar da picada da agulha, e poderá ficar com uma pequena marca roxa neste local. Nos dedos, também poderá sentir um pequeno desconforto, mas sem maiores danos no local. Para diminuir estes problemas, serão utilizados equipamentos modernos para coletar seu sangue e as pessoas responsáveis por colher seu sangue são experientes e bem treinadas.

Benefícios: os participantes terão acesso à prevenção e material educativo na pesquisa e terão a oportunidade de serem diagnosticados para a infecção pelo HIV sífilis e hepatite B e C, tendo acesso ao tratamento nas unidades de saúde do SUS para os quais serão encaminhados. O tratamento para AIDS melhorou bastante a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV, e o diagnóstico precoce reduz as chances do participantes infectar outras pessoas, ao tomar cuidados especiais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A presente pesquisa trata-se de um estudo de corte transversal que será desenvolvido durante o período de 12 meses a iniciar-se em abril de 2015, em 12 municípios brasileiros representando as 5 diferentes regiões brasileiras. A população será composta de homens que fazem sexo com homens (HSH) que tenham 18 anos completos ou mais e que residam em um dos municípios participantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos foram apresentados.

Recomendações:

Sem recomendações.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 1.024.053

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FORTALEZA, 15 de Abril de 2015

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA
BEZERRA
(Coordenador)