

Barreiras de acesso para Homens que fazem Sexo com Homens à testagem e tratamento do HIV no município de Curitiba (PR)

Access barriers for Men who have Sex with Men for HIV testing and treatment in Curitiba (PR)

Vanda Lúcia Cota¹, Marly Marques da Cruz¹

DOI: 10.1590/0103-1104202112911

RESUMO Mais da metade das novas infecções por HIV em 2018 ocorreu entre populações-chave, incluindo homens *gays* e outros Homens que fazem Sexo com Homens (HSH). O estigma pode trazer uma série de consequências comportamentais, refletindo negativamente na vida dos indivíduos, e pode ser traduzido em barreiras para o acesso aos serviços públicos de saúde. O objetivo deste artigo é o de analisar as principais barreiras para o acesso à testagem do HIV em um Centro de Orientação e Aconselhamento de Curitiba e a vinculação dos homens *gays* e outros HSH ao serviço de saúde para o tratamento precoce. Realizou-se a coleta de dados primários seguindo método qualitativo, triangulando as técnicas de observações de campo, análise documental e entrevistas. Os resultados revelam falta de profissionais capacitados, dificuldade de acolhimento nos serviços de saúde, aceitação da sexualidade, medo do resultado e falta de informação como principais barreiras para se testar. Dificuldade na aceitação do diagnóstico, preconceito e discriminação foram algumas barreiras encontradas para o início do tratamento. Pode-se concluir que a ampliação do acesso para a garantia dos direitos daqueles que efetivamente têm mais dificuldade de entrada nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) permanece um grande desafio.

PALAVRAS-CHAVE HIV. Homossexualidade masculina. Avaliação em saúde.

ABSTRACT *More than half of new HIV infections in 2018 were among key populations, including gay men and other Men who have Sex with Men (MSM). Stigma can have several behavioral consequences, adversely reflecting on the lives of individuals and can be translated into barriers to access to public health services. This paper aimed to analyze the main barriers to accessing HIV testing at a Curitiba Testing and Counseling Center and the linkage of gay men and other MSM with the health service for early HIV treatment. Primary data were collected following the qualitative method, triangulating field observations, document analysis, and interviews. The results pointed to the lack of trained professionals, difficulty receiving health services, acceptance of sexuality, fear of results, and lack of information as the main barriers to testing. Difficulty in accepting the diagnosis, prejudice, and discrimination were some barriers identified to start treatment. We can conclude that the expansion of access to guarantee the rights of those who have more difficulty entering the Unified Health System (SUS) is still a significant challenge.*

KEYWORDS *HIV. Homosexuality, Male. Health evaluation.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
cotavanda@gmail.com



Introdução

No Brasil, mais da metade das novas infecções por Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em 2018 ocorreu entre as populações mais vulneráveis: profissionais do sexo, pessoas que usam drogas, homens *gays* e outros Homens que fazem Sexo com Homens (HSH), pessoas trans, pessoas privadas de liberdade, e seus parceiros¹. Os homens *gays* e outros HSH responderam por 17% das novas infecções globais. Ainda, de acordo com estimativas da Unaid¹ nos anos de 2010 a 2018, o Brasil viveu um aumento de 21% em novas infecções pelo HIV, o que corresponde a mais de oito mil casos.

Os HSH, um dos grupos populacionais mais vulneráveis à infecção pelo HIV^{2,3}, são até 22 vezes mais propensos a adquirir o HIV do que adultos na população geral¹. Os HSH são definidos como homens que fazem sexo com outros homens, independentemente de terem relações sexuais com mulheres ou ter uma identidade pessoal ou social associada a esse comportamento, como aqueles que se enquadram nas categorias 'gay' ou 'bissexual'¹. Ou seja, a categoria HSH é definida pela prática sexual e não pela orientação sexual ou identidade de gênero.

Como no início da epidemia do HIV, há novamente a predominância de casos entre os HSH no Brasil, à exemplo de outros países^{4,5}. O levantamento realizado em dez cidades brasileiras em 2009 usando o método do Respondent Driven Sample (RDS) para recrutar HSH, considerada população de difícil acesso, apresentou uma prevalência de HIV de 12,1%, mas apenas 49% havia sido testada para o HIV pelo menos uma vez⁶. Os resultados de uma segunda pesquisa nacional que usou o mesmo método RDS em doze cidades brasileiras no ano de 2016 mostraram a prevalência de 17,5% em HSH⁷, aumento considerável se comparado também com a primeira pesquisa.

O estigma foi definido como um atributo que desacredita profundamente uma pessoa, rotulando o indivíduo com uma identidade manchada frente à sociedade⁸. Segundo estudo feito por Genberg et al.⁹, numa perspectiva relacional, a associação do estigma de viver com HIV pode

levar a efeitos negativos na prevenção e adesão ao tratamento devido ao medo de isolamento ou rejeição social. A discriminação é considerada, de acordo com Parker¹⁰, uma resposta comportamental a atitudes negativas, sendo uma efetivação do estigma. As ações de discriminação podem trazer uma série de consequências comportamentais, refletindo negativamente na vida dos indivíduos estigmatizados¹⁰.

Várias são as formas de discriminação geradas pela estigmatização da homossexualidade que aumentam a vulnerabilidade individual, diminuem a autoestima e a percepção dos próprios direitos, e dificultam a estruturação de uma identidade plena, levando ao fenômeno da homofobia internalizada¹¹. Diferentes formas de discriminação podem ser traduzidas em barreiras para o acesso aos serviços públicos de saúde. Segundo Obrist et al.¹², o acesso aos serviços de saúde pode ser determinado por situações de vulnerabilidades da população, que depende do capital humano, físico, financeiro e social.

Estudo realizado por Assis e Jesus¹³, identifica avanços na diminuição das iniquidades e na ampliação do acesso na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial na atenção básica, desde a publicação da Carta Magna Brasileira, de 1988, que assegurava a saúde como direito universal a ser garantido pelo Estado. Porém, observaram-se também limites relacionados à acessibilidade, fragmentação, descentralização e regionalização da rede de assistência, com inadequação no processo de acolhimento e da atenção a grupos específicos, além das assimetrias regionais. As desigualdades sociais despontam em outros estudos, mesmo em países considerados desenvolvidos como o Canadá e alguns países europeus¹⁴⁻¹⁶.

O acesso, segundo Travassos et al.¹⁷⁽⁹⁷⁶⁾,

expressa características da oferta que facilitam ou obstruem a capacidade de as pessoas usarem os serviços de saúde quando deles necessitam. Barreiras de acesso originam-se das características dos sistemas e dos serviços de saúde.

A análise proposta neste artigo faz parte de uma pesquisa mais ampla denominada 'Avaliação do acesso de Homens que fazem Sexo com Homens ao Centro de Orientação e Aconselhamento de Curitiba', onde foi realizado um estudo de caso único utilizando abordagens quantitativas e qualitativas. A avaliação foi baseada em um projeto de pesquisa inter-vencional realizado no Centro de Orientação e Aconselhamento (COA) denominado 'A Hora é Agora (AHA)'. A pergunta que motivou o estudo foi se o projeto AHA, desenvolvido no COA de Curitiba, modificou o acesso dos HSH à testagem do HIV e à vinculação dos usuários diagnosticados HIV+ aos serviços de saúde, com vistas ao tratamento precoce do HIV/Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida).

O AHA foi uma iniciativa voltada à prevenção e controle do HIV entre homens *gays* e outros HSH, principalmente entre os jovens de 14 a 29 anos, que teve início em dezembro de 2014 e término em dezembro de 2017. O projeto visava a ampliar o acesso à testagem, oferecendo testes rápidos de punção digital em uma unidade móvel, ou trailer, posicionada em local estratégico, i.e., proximidade a zonas de sociabilidade, frequentado pelo público alvo; na Organização Não Governamental (ONG) Grupo Dignidade, de atendimento a lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT); na unidade de saúde pública COA; e pela incorporação da testagem do HIV no Consultório na Rua de Curitiba.

Além disso, com o apoio da plataforma virtual (<https://www.ahoraegora.org/>) denominada e-Testing, a população-chave do projeto (HSH) pôde receber o teste de fluido oral em domicílio ou retirar na farmácia popular do Ministério da Saúde para realização do auto teste. O projeto objetivava, ainda, fortalecer a vinculação dos casos positivos para o HIV com os serviços de saúde de atenção ao HIV em Curitiba via 'linkagem', facilitando o acesso ao tratamento antirretroviral e garantindo o acompanhamento dos usuários, por meio do 'linkador' – neologismo derivado da palavra em inglês *linkage*.

O linkador era um membro da equipe do AHA que auxiliava os usuários com resultados reagentes para o HIV com o objetivo de dar início ao tratamento em serviços de saúde pública da atenção primária. Trata-se de um profissional selecionado e capacitado para apoiar os usuários no momento em que descobriam que eram soropositivos, além de facilitar seu acesso aos serviços de saúde e responder às eventuais dúvidas sobre HIV e Aids, incentivando sempre a sua autonomia.

O COA foi implantado em Curitiba em 1992 pela gestão estadual, e em 1995 passou a ser administrado pela gestão municipal de Curitiba. Quando o Ministério da Saúde modificou o nome dos COA para Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), Curitiba optou por manter o nome COA, entendendo que já havia sido criado uma identidade do serviço por seus usuários. Ele é atualmente considerado um Serviço de Atenção Especializada (SAE) que disponibiliza testagem de HIV, sífilis e hepatites B e C, aconselhamento, atendimento médico ambulatorial às Pessoas que Vivem com HIV/Aids (PVHA) e é uma Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM). O COA conta com uma equipe de psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos, médicos e assistentes administrativos.

Apesar de o COA ser uma importante referência para as populações mais vulneráveis e atender a um bom número de HSH, ainda existem barreiras de acesso dessa população aos serviços de saúde devido ao estigma a esse grupo social^{6,18}. A maioria dos HSH deseja privacidade e sigilo quando se trata de sua orientação ou prática sexual e nem sempre é respeitada. Além disso, há necessidade de abordagem mais adequada a esses grupos vulneráveis à infecção pelo HIV para que haja uma maior vinculação e adesão ao tratamento, que têm sido mais baixas.

Trata-se de estudo original no Brasil, porque revela as barreiras e facilitadores encontrados pelos usuários no momento do diagnóstico HIV+ em um serviço de saúde do SUS, a partir de um projeto de intervenção e pesquisa – o AHA.

Diante do exposto, entende-se como fundamental aprofundar a compreensão sobre as diferentes barreiras de acesso à prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV por parte dos jovens gays e outros HSH em um serviço do SUS em Curitiba, num contexto de introdução de novas tecnologias para a melhoria da gestão do cuidado. Nesse sentido, o objetivo deste artigo é o de analisar as principais barreiras para o acesso à testagem do HIV em um COA de Curitiba, bem como a vinculação dos homens gays e outros HSH ao serviço de saúde para o tratamento precoce do HIV, a partir do projeto AHA.

Material e métodos

Para atingir o objetivo da análise, realizou-se a coleta de dados primários seguindo método qualitativo, triangulando as técnicas de observações de campo, análise documental e entrevistas com usuários, gestores e profissionais de saúde. A triangulação, segundo Denzin¹⁹, usa fonte de dados diferentes ou dados diferentes da mesma fonte para examinar o mesmo objeto. Este estudo procurou a convergência e confirmação por meio dessas diferentes técnicas utilizadas com o intuito de fortalecer a validade interna da análise. Tais dados forneceram contexto

e profundidade, propiciando uma visão mais densa da intervenção no COA.

As observações de campo foram necessárias para que o pesquisador pudesse fazer um mapeamento de campo, ou seja, uma interação prévia com a realidade dos sujeitos antes da realização das entrevistas. Observaram-se os horários de maior movimento da população-alvo da pesquisa, os HSH; o atendimento dos usuários; o acesso para pessoas com deficiência; a integração da equipe; tempo de espera para atendimento; dentre outras. As observações foram realizadas em três momentos durante os meses de fevereiro a abril de 2018, em todos os dias da semana, em horário integral de funcionamento do COA.

Após a leitura flutuante dos documentos disponíveis do projeto AHA, foram selecionados para análise o protocolo do projeto; atas de reuniões entre os linkadores e a coordenação da linkagem; os formulários de informação de contato usuário e linkador; relatórios semestrais e anuais do acordo de cooperação; os relatórios das visitas de supervisão no COA; e o relatório da avaliação do projeto AHA. Para efeito de análise desses documentos, identificaram-se e organizaram-se, conforme *quadro 1*, o tipo de documento, a sua natureza, a quantidade e a caracterização dos seus conteúdos.

Quadro 1. Análise documental da avaliação do AHA no COA

Documento	Natureza do documento	Número de documentos analisados	Caracterização do conteúdo do documento
Protocolo do Projeto	Documento oficial do projeto AHA	1	Justificativa para o projeto AHA, objetivos, metodologia utilizada, participantes, instrumentos utilizados na coleta de dados, tempo para execução da pesquisa, entre outros.
Atas/ajuda memória de reuniões entre os linkadores e a coordenação de linkagem	Detalhamento das questões abordadas nas reuniões acerca da estratégia da linkagem	29	Barreiras encontradas pelos usuários nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Curitiba; barreiras encontradas no COA; dificuldades encontradas pelos linkadores no processo de linkagem.
Relatórios semestral e anual do Acordo de Cooperação	Informações sobre o desenvolvimento/progresso do projeto AHA	5	Dados do processo da testagem e linkagem, materiais de comunicação e informação utilizados, resultados alcançados, avanços e desafios do projeto AHA.

Quadro 1. (cont.)

Documento	Natureza do documento	Número de documentos analisados	Caracterização do conteúdo do documento
Formulários de Registro Usuário/Linkador	Registro de cada contato feito entre o linkador e o usuário	73	Barreiras encontradas pelos usuários em cada processo: cadastro na UBS, consulta, agendamento de exames, retirada de medicamentos entre outras.
Relatórios das visitas de supervisão	Detalhamento das situações observadas no COA	8	Relações entre profissionais do COA e profissionais do projeto, atendimento dos usuários, estrutura do COA.
Relatório da avaliação do projeto A Hora é Agora	Relatório da avaliação da implementação do projeto	1	Pesquisa de satisfação com os usuários do COA, realizada em 2016; pontos positivos e negativos do COA sob a perspectiva de usuários (entrevistas realizadas em 2016), principais achados de acordo com as variáveis chaves da implementação do projeto AHA.

Fonte: Elaboração própria.

Na sequência, foram realizadas entrevistas semiestruturadas para identificar as barreiras ao acesso dos HSH no COA e em outros serviços de Curitiba. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para análise. Criaram-se três categorias

de acordo com cada pergunta realizada na entrevista, agrupadas segundo as barreiras de acesso: barreiras para os HSH; barreiras para os HSH se testarem; e barreiras para os HSH não iniciarem o tratamento (*quadro 2*).

Quadro 2. Categorias de análise e perguntas relacionadas às barreiras de acesso

Categorias de Análise	Perguntas	Informantes
Barreiras para os HSH	Quais as principais barreiras o usuário HSH pode encontrar ao procurar o COA? Na sua opinião, qual é a maior barreira para se chegar aos HSH de Curitiba?	Todos os usuários e profissionais de saúde
Barreiras para se testar	Você pode descrever algumas das razões pelas quais os HSH podem optar por não fazer o teste do HIV?	Todos os usuários; profissionais de saúde e gestores
Barreiras para se tratar	O que você considera como principal barreira para um usuário (HSH), diagnosticado HIV+, não iniciar o tratamento?	Usuários HIV+ e profissionais de saúde

Fonte: Elaboração própria.

A seleção dos participantes para as entrevistas com os informantes se deu de forma intencional para a obtenção das categorias específicas de participantes considerados importantes aos objetivos da pesquisa. Os linkadores tiveram papel importante na seleção,

pois foram os responsáveis pelos convites e agendamento das entrevistas com os usuários diagnosticados HIV+ que estavam em acompanhamento ou com aqueles que já haviam encerrado a linkagem. Os usuários que foram ao COA para se testar foram abordados na sala

de espera, durante os dias e horários de maior atendimento no serviço, enquanto aguardavam para realizar o teste. Em relação aos profissionais de saúde e gestores, as entrevistas foram previamente agendadas pela pesquisadora e realizadas no COA, em sala reservada.

A quantidade de informantes se baseou no critério de saturação²⁰, ou ponto em que os

temas passaram a se repetir e novas informações deixaram de surgir. Foram realizadas 22 entrevistas, conforme critérios de inclusão e exclusão detalhados no *quadro 3*, e todos os gestores, profissionais de saúde e usuários convidados para entrevistas estavam envolvidos direta ou indiretamente com o COA.

Quadro 3. Critérios de inclusão e exclusão dos participantes da pesquisa

	Gestores e profissionais do COA	Usuários
Características da seleção intencional	Profissionais de saúde do COA (incluindo, superintendência, gerência distrital e coordenação local)	Fez o teste nos últimos 6 meses no COA
	Profissionais contratados pelo Projeto AHA	Nunca fez o teste
Critérios de Inclusão	Ocupa o cargo atual há pelo menos 6 meses	Identifica-se como HSH Morador de Curitiba
	Aceitar participar da pesquisa (TCLE)	Acima de 18 anos Aceitar participar da pesquisa (TCLE)
Critérios de Exclusão	Profissional do COA que não atende a população do projeto (ex. médicos e administrativos)	Não se declara HSH Travesti/transsexual
Entrevistas Realizadas	2 gestores	7 usuários HIV +
	7 profissionais	6 usuários HIV -
	Total: 9	Total: 13

Fonte: Elaboração própria.

Realizou-se uma análise de conteúdo temática, método de tratamento de dados, que visa à interpretação de material de caráter qualitativo, assegurando uma descrição objetiva, sistemática e com a riqueza manifesta no momento de sua coleta²¹. As etapas dessa análise compreenderam a exploração do material, que se consistiu na codificação e categorização, construindo, dessa forma, categorias temáticas de acordo com as barreiras; e o tratamento dos resultados, que foi a fase da reflexão, da intuição, com embasamento nos materiais empíricos, confronto entre o conhecimento acumulado e o adquirido²¹.

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), por meio do parecer 2.539.927 de 12 de março 2018, e da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, por meio do parecer 2.609.994 de 19 de abril 2018.

Resultados e discussão

As principais barreiras de acesso aos HSH no COA; as barreiras para se chegar aos HSH de

Curitiba; as barreiras que impedem os HSH de se testarem e as barreiras que impedem os HSH diagnosticados HIV+ de iniciarem o tratamento foram analisadas segundo a visão dos usuários, profissionais de saúde e gestores.

A principal barreira mencionada pelos HSH para o acesso ao COA foi o horário de atendimento, que não é uma barreira específica do COA, mas da maioria dos serviços públicos que funcionam em horário comercial. Os profissionais citaram também o número reduzido da equipe do COA, que não consegue atender a demanda, e, muitas vezes, precisa pedir ao usuário para retornar no dia seguinte.

Se o usuário chegar um pouquinho mais tarde, se ele chegar 16 horas para um serviço que pretende... na internet está dizendo que fica até às 18; se ele chegar às 16, não vai conseguir fazer o teste se a gente não estiver aqui. Então talvez seja uma porta na cara, é isso que ele vai receber, e nenhuma escuta do que é, do que aconteceu. (Profissional 6).

Quanto às barreiras para se chegar aos HSH de Curitiba, os profissionais de saúde e gestores citaram o acesso, a localização, humanização, falta de recursos humanos capacitados nos serviços e preconceito.

O COA está localizado em uma região central de Curitiba, com fácil acesso aos terminais de ônibus, embora algumas pessoas tenham dificuldade para pagar o transporte das áreas periféricas até o centro.

A gente também tem que pensar que também tem HSH nas periferias, que, de algum modo, talvez não consigam ter acesso a essa oferta que o projeto ou o COA podem oferecer; que essas questões de testes rápidos não estejam nas unidades lá na periferia, enfim... (Profissional 6).

Segundo os profissionais de saúde, houve também uma preocupação com a falta de humanização no serviço e de pessoas capacitadas para o atendimento dos HSH e outras populações vulneráveis, incluindo servidores preconceituosos. Estudo realizado com HSH

em Brasília revelou que o acesso ao serviço público de saúde é limitado, não há privacidade. Com isso os indivíduos são submetidos ao estigma, à violência, no mínimo simbólica, ou então a um serviço orientado ao público heterossexual²². Ou seja, são serviços pouco humanizados e acolhedores por desrespeitarem a diversidade social e sexual dos grupos mais vulneráveis.

Os usuários entrevistados citaram a falta de informação, o medo, a vergonha e a homofobia como barreiras para se chegar aos HSH de Curitiba. As entrevistas evidenciaram a necessidade de comunicação e informação sobre o tema HIV/Aids para os HSH e outras populações-chave, além de destacarem a falta de materiais informativos e as poucas campanhas existentes na mídia.

Eu tinha parado na época do Renato Russo, do Cazuza. É, não vejo muito na verdade. Tem que ter mais coisas, mais campanhas educativas. (Usuário 3 HIV+).

O medo, a vergonha e a homofobia surgem em todas as questões, desde a ideia de uma conversa sobre o tema, concorda pela necessidade de realizar o teste e inicia o tratamento, caso o resultado seja positivo.

[...] homofobia em relação à doença porque as doenças têm uma questão social, não é? Eu tive um amigo soropositivo que sempre falou que 'É mais social o problema do que realmente é no físico?'. (Usuário 5).

Sobre as barreiras para se testar, os profissionais e gestores citaram: preconceito, falta de acesso das periferias, dificuldade no acolhimento pelos serviços de saúde, a questão da aceitação da sexualidade, o horário de atendimento do COA e falta de equipe no COA. Segundo Lippman et al.²³, apesar das evidências de risco aumentado entre os HSH, a cobertura de teste periódico para o HIV nesse subgrupo populacional ainda é baixa; o que se acredita ser decorrente de barreiras de acesso

que tornam assim esse grupo social ainda mais vulnerável.

Alguns HSH são muito retraídos. Com eles, é difícil o tratamento, é difícil a conversa. É necessário haver uma aproximação muito maior, é preciso utilizar artimanhas para não perder o paciente. Então é uma dificuldade que a gente tenta driblar a cada dia, né? (Profissional 1).

Os usuários listam como barreiras para se testar a falta de profissionais capacitados, a dificuldade de acesso, o tempo para se fazer o teste, o medo de sofrer preconceito, o medo da exposição, o medo do resultado, a falta de informação, o estigma e vergonha. Podem-se dividir essas barreiras como organizacionais e subjetivas, o que denota uma sobreposição de barreiras e, conseqüentemente, de vulnerabilidades.

Segundo alguns profissionais de saúde entrevistados, a necessidade de capacitação da rede de profissionais de Curitiba ficou evidente em algumas questões abordadas, assim como a dificuldade de acesso aos serviços pelas pessoas que residem mais distantes do centro. Para as pessoas que trabalham, o tempo para realizar o teste também foi mencionado por alguns usuários entrevistados, pois os horários dos serviços públicos são limitados e coincidem com o horário comercial da maioria dos trabalhadores. Mesmo que a localização seja próxima, não há tempo suficiente no horário do almoço para a realização do teste, resultado e aconselhamento pós teste. O medo surge na forma de preconceito, da exposição e do resultado do teste.

Medo de ser exposta. Da exposição, com certeza. 'Ninguém gosta de ser visto fazendo um exame de sangue para....', não é? (Usuário 5 HIV-).

As pessoas têm um pré-conceito muito errado do HIV. Eu tinha esse preconceito e hoje eu sofro isso. Hoje eu estou do outro lado. Eu acho que é exatamente isso: preconceito das pessoas. (Usuário 5 HIV+).

[...] mesmo sendo uma pessoa, digamos, assumida, que faz sexo com homens, tem ainda um estigma de 'ah, quem tem HIV é porque não se cuida'. Tem muito assim... Eu vejo até entre pessoas vivendo com HIV que existe uma certa: 'ah... você tem porque você não se cuidou', então isso é uma coisa meio moral assim... (Usuário 3 HIV+).

Quanto à falta de informação, foi respondida a necessidade de a mídia influenciar mais, para tentar diminuir o preconceito e fazer com que as pessoas tenham mais coragem para ir se testar. Estudos realizados com HSH na Alemanha e em Malawi confirmaram a vergonha e o medo do estigma como as maiores barreiras para os HSH se testarem^{24,25}. Em Curitiba, o estigma e a vergonha foram barreiras mencionadas por todos os entrevistados.

Tornar mais comum para se tirar essa vergonha das pessoas, como: eu vou entrar num prédio onde eu sei que ali está sendo realizado teste de HIV. A pessoa que está me olhando do lado de fora, que está na rua andando e sabe que ali fazem testes, ela vai olhar e pensar: 'Está com Aids!'. Então, acho que isso que acaba trazendo um certo receio para a gente, principalmente como homossexual, de que tem que entrar num lugar assim. (Usuário 6 HIV-).

Os profissionais de saúde entrevistados falaram sobre as barreiras que impedem os usuários diagnosticados HIV+ de iniciarem o tratamento: negação do diagnóstico, questão da aceitação da sua sexualidade, preconceito, questão religiosa, falta de recursos financeiros, como, p. ex. o dinheiro para transporte.

Porque a gente atende aqui, e já atendemos muitas pessoas que não conseguiram ir a uma consulta porque não tinham passagem de ônibus. (Profissional 1).

[...] já perdi usuário por causa de religião; como a família falou que Jesus iria curar, ele não quis fazer o tratamento. Em relação à família, medo de mostrar para a família por... medo de se identificar

com o medicamento, medo de levar o medicamento para casa. (Profissional 4).

Os benefícios já amplamente reconhecidos da introdução precoce da Terapia Antirretroviral (Tarv), segundo Marsicano et al.²⁶, parecem ser negligenciados pelo estigma e medo de ser positivo. Os usuários diagnosticados HIV+ entrevistados citaram como barreiras para iniciar o tratamento o medo da medicação e seus efeitos colaterais, da falta de informação e da vergonha.

Em consonância com estudo realizado por Silva et al.²⁷, as pessoas normalmente têm medo daquilo que elas não conhecem; por isso, tamanha importância da informação e comunicação. O medo da medicação e dos efeitos colaterais foi mencionado por todos os entrevistados como a principal barreira, razão pela qual os farmacêuticos apareceram como importantes mediadores na garantia do acesso às UDMs. *“Medo da medicação, dos efeitos colaterais da medicação. Há relatos de pessoas que ficam o dia todo com diarreia”* (Usuário 1 HIV+).

Apesar dos benefícios significativos do tratamento precoce em países de rendas médias elevada e baixa, as pessoas continuam a testar tardiamente a infecção pelo HIV²⁸ devido às barreiras do teste de HIV, muitas das quais são comuns em contextos e populações²⁹.

Todos os usuários entrevistados tiveram sucesso no seu processo para iniciar o tratamento, mas, de acordo com as atas das reuniões e formulários de registros analisados, alguns usuários, mesmo conseguindo iniciar o tratamento, encontraram algumas barreiras durante o processo:

a) Dificuldade de aceitação do diagnóstico – alguns usuários que aceitaram a linkagem, não quiseram conversar sobre o processo de linkagem logo após o teste rápido; pediram um tempo para ‘digerir’ o diagnóstico, o que causou um certo atraso em todo o processo. Houve um usuário que revelou que queria cometer suicídio após o diagnóstico, além de outros casos em que o companheiro foi

considerado culpado pela transmissão do vírus.

b) Cadastro na Unidade Básica de Saúde (UBS) – para que o usuário inicie o tratamento, é necessário que ele realize o cadastro na UBS, embora tenha sido uma barreira significativa para o usuário que escolheu uma unidade mais distante do seu local de residência. Mesmo a descentralização da rede pública de saúde de Curitiba para o atendimento das pessoas vivendo com HIV/Aids, o território de moradia dos usuários foi uma questão importante para algumas UBS, por exemplo, de Mãe Curitibaana, Vila Guaíra, Campina do Siqueira e Iperotiga. Assim, aqueles usuários que escolhiam o atendimento longe de suas casas, especialmente, para não serem reconhecidos por seus vizinhos no atendimento ou para que a UBS onde já eram cadastrados não soubesse do diagnóstico, eram impedidos por morarem em uma região que não correspondia à área atendida pelo serviço de saúde. Os linkadores conseguiram reverter a situação em alguns casos, e, em outros, os usuários foram direcionados para o COA. Esse fato causou desmotivação em alguns usuários, necessitando maior intervenção dos linkadores.

c) Tempo de espera para marcação de consultas e exames – em alguns dos casos relatados, a primeira consulta foi difícil de ser marcada, demorando até dois meses e gerando a transferência de UBS. Além disso, um linkador foi impedido de entrar na consulta médica com o usuário em uma UBS e, em outra UBS, foi observado o despreparo de uma das equipes para atender às PVHA. Houve também demora em relação ao agendamento dos exames considerados fundamentais para a prescrição da Tarv tais como CD4 e carga viral, assim como exames de raio-x do tórax para usuários com suspeita de tuberculose. De acordo com o relatório final da linkagem, 22 usuários tiveram dificuldade com marcação da consulta e 30 encontraram dificuldades com os exames laboratoriais.

d) Preconceito e discriminação – há alguns casos relatados nas atas das reuniões, como

encaminhamento de um usuário para outro serviço, haja vista que as PVHA podem ser atendidas em qualquer unidade de saúde; estigma/discriminação durante a consulta médica nas UBS de Bacacheri, Ouvidor Pardinho e Mãe Curitibana; um usuário foi expulso de casa após o pai descobrir que ele estava infectado pelo HIV; um usuário informou o número de um amigo para o linkador, com medo que a família descobrisse o seu diagnóstico.

O estudo realizado em Brasília (DF) por Pimenta e Merchan-Hamann²² chama à atenção de que há necessidade de reformulação na

educação e ensino dos profissionais de saúde para que haja redução das vulnerabilidades dos cidadãos homossexuais. Além disso, Gomes et al.¹⁸ mostram o quanto é fundamental o papel da sociedade civil na ocupação de espaços de controle social para a eliminação de barreiras que comprometem o acesso aos serviços de saúde.

Enfim, de forma a trazer uma síntese das barreiras de acesso (*quadro 4*) anunciadas pelos diferentes sujeitos, deixam-se registrados aspectos que se colocam como questões norteadoras para a melhoria do acesso e da qualidade do cuidado aos HSH e a outros grupos vulneráveis.

Quadro 4. Síntese das barreiras de acesso

BARREIRAS DE ACESSO	
Barreiras para os HSH	Os profissionais e gestores citaram o horário de atendimento como a principal barreira para o HSH no COA; além de falta de equipe Para se chegar aos HSH de Curitiba, os profissionais e gestores mencionaram: acesso, humanização, falta de recursos humanos capacitados nos serviços, preconceito Para se chegar aos HSH de Curitiba, os usuários citaram: falta de informação, medo, homofobia, vergonha. Os usuários reagentes citaram: medo, preconceito, vergonha
Barreiras para se testar	Sob a visão dos profissionais e gestores: preconceito, falta de acesso (periferias), dificuldade no acolhimento nos serviços de saúde, questão da aceitação da sexualidade, horário de atendimento do COA, falta de equipe capacitada no COA Os usuários apontaram como barreiras: falta de profissionais capacitados; tempo para se fazer o teste; dificuldade de acesso; medo de sofrer preconceito; medo da exposição; medo do resultado; vergonha Os usuários HIV+ citaram: medo, preconceito, estigma, falta de informação
Barreiras para se tratar	Os profissionais citaram: negação do diagnóstico, questão da aceitação da sua sexualidade, preconceito, questão religiosa, falta de recursos financeiros (dinheiro pra transporte por exemplo) Os usuários HIV+ citaram como barreiras: medo da medicação, dos efeitos colaterais; falta de informação, vergonha e quando a pessoa quer 'desistir da vida'

Fonte: Elaboração própria.

Considerações finais

Esta pesquisa abordou o acesso dos Homens que fazem Sexo com Homens, uma das populações

mais vulneráveis à infecção pelo HIV, numa intervenção que visou a ampliar o acesso ao diagnóstico e tratamento precoce para o HIV com o objetivo de priorizar tal população.

Os resultados da pesquisa revelaram que as estratégias do AHA convergiram para aumentar a visibilidade do COA entre os HSH e que a entrada do projeto AHA proporcionou também aumento da testagem no COA, abordagem mais adequada ao aconselhamento e atendimento.

O horário de atendimento do COA foi a principal barreira encontrada, podendo ser identificada como a barreira mais facilmente percebida como dificultadora do acesso. Além disso, ficou evidente a necessidade de ampliação da equipe do COA, pois o projeto AHA modificou o acesso de HSH no COA, mas a demanda só conseguiu ser absorvida devido à equipe contratada pelo projeto. Vale ressaltar a importância dessa equipe, profissionais capacitados que ajudaram na redução do tempo entre diagnóstico e tratamento e, também, na introdução de uma nova cultura organizacional.

As barreiras citadas para se chegar aos HSH, para os testar e para iniciar seus tratamentos imediatamente levam à conclusão que há necessidade de mais informação sobre o HIV/Aids e prevenção para toda a população, não somente para população-chave. Informações sobre o tratamento são também fundamentais para que as pessoas tenham conhecimento antes mesmo de um possível diagnóstico. Recomenda-se que o Ministério da Saúde e as secretarias de saúde possam desenvolver mais ações nessa área para a população em geral, sem focar nas populações-chave como tentativa de diminuir o estigma. Ações com o Ministério da Educação, como o extinto projeto Saúde e Prevenção nas Escolas poderiam surtir efeito, pois focarão justamente na população jovem, onde a epidemia predomina.

Ainda sobre o estigma, este estudo trouxe a necessidade de maior aprofundamento no tema, haja vista uma sobreposição encontrada. O estigma está presente não apenas na doença e nas categorias HSH, pessoas trans/travestis, mas também na situação de vulnerabilidade em que cada indivíduo se encontra, como a sua condição socioeconômica e as barreiras de acesso e

tratamento que essas condições podem trazer. É importante que haja educação permanente e rodas de conversa com a rede de atenção básica, incluindo também tópicos como sexo, sexualidade, gênero e vulnerabilidades. Além disso, cabe melhor mediação e interação com as organizações da sociedade civil e com os canais de comunicação para tematizar questões sensíveis para os jovens *gays* e outros HSH que precisem melhorar o acesso e o cuidado para uma vida sexual mais saudável.

Por fim, cabe enfatizar que a maioria dos entrevistados e usuários desta pesquisa possuem ensino médio completo ou acima e são, portanto, privilegiados em relação ao acesso, haja vista que o acesso está diretamente ligado ao nível de conhecimento e instrução do indivíduo. Nesse sentido, a ampliação do acesso para a garantia de direitos daqueles que efetivamente têm mais dificuldade de entrada nos serviços de saúde do SUS se revela ainda um grande desafio.

Agradecimentos

Juliane Cardoso, Tereza Kindra, Teresio de Freitas, Guilherme Passos, Carlos Henrique Gonçalves e José Henrique Vacillotto. Um agradecimento especial à Solange Kanson, Suely Deslandes e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Ensp.

Colaboradoras

Cota VL (0000-0002-6823-9304)* contribuiu para concepção, planejamento, análise, interpretação dos dados, elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Cruz MM (0000-0002-4061-474X)* contribuiu para concepção e planejamento, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Joint United Nations Programme on HIV/Aids. Communities at the centre. Global Aids update 2019. [acesso em 2020 jan 1]. Disponível em: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2019/2019-global-AIDS-update>.
2. Brignol S, Dourado I, Amorim LD, et al. 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*. 2015; 31(5):1-14.
3. Torres RMC, Cruz MM, Perissèc ARS, et al. High HIV infection prevalence in a group of men who have sex with men. *The Brazilian Journal of Infected Diseases*. 2017; 21(6):596-605
4. Snowden JM, Wei C, McFarland W, et al. Prevalence, correlates and trends in seroadaptive behaviours among men who have sex with men from serial cross-sectional surveillance in San Francisco, 2004-2011. *Sexually Transmitted Infections*. 2014; 90(6):498-504.
5. Van Sighem A, Vidondo B, Glass TR, et al. Swiss HIV Cohort Study. Resurgence of HIV infection among men who have sex with men in Switzerland: mathematical modelling study. *PLoS One*. 2012 [acesso em 2019 jul 20]; 7(9):e44819.
6. Kerr LRFS, Mota RS, Kenadl C, et al. HIV MSM Surveillance Group. HIV among MSM in a large middle-income country. *AIDS*. 2013; 27(3):427-435.
7. Keer LRFS, Kendall C, Guimarães MDC, et al. HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil: results of the 2nd national survey using respondent-driven sampling. *Medicine*. 2018; 97(supl1):S9-S15.
8. Goffman E. Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC; 2021.
9. Genberg BL, Kawichai S, Chingono A, et al. Assessing HIV/AIDS stigma and discrimination in developing countries. *AIDS and Behavior*. 2007; 12(5):772-780.
10. Parker R. Interseções entre Estigma, Preconceito e Discriminação na Saúde Pública. In: Monteiro S, Villela W, organizadores. *Estigma e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013.
11. Silva AS. Por um lugar ao sol: construindo a memória política da homossexualidade (ou Homossexualidade: a história dos vencidos?). Bagoas. 2012 [acesso em 2019 maio 18]; (8):77-102.
12. Obrist B, Iteba N, Lengeler C, et al. Access to health care in contexts of livelihood insecurity: a framework for analysis and action. *PLOS Medicine*. 2007; 4(10):1584-1588.
13. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc. Saúde Colet*. 2012; 17(11):2865-2875.
14. Cock KM, Fleming PL, Karon JM, et al. HIV in the United States at the turn of the century: an epidemic in transition. *Am J Public Health*. 2001; (91):1060-1068.
15. Montaner JS, Tyndall MW, Wood E, et al. Prevalence and correlates of untreated human immunodeficiency virus type 1 infection among persons who have died in the era of modern antiretroviral therapy. *J Infect Dis*. 2003; (188):1164-1170.
16. Del Amo J, Broring G, Fenton K. HIV health experiences among migrant Africans in Europe: how are we doing? *AIDS*. 2003; (17):2261-2263.
17. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciênc. Saúde Colet*. 2006; 11(4):975-986.
18. Gomes RRFM, Batista JR, Ceccato MGB, et al. HIV Knowledge among men who have sex with men in Brazil: applying the item response theory. *Rev. Saúde Pública*. 2014; (48):206-215
19. Denzin NK. Moments, mixed methods, and paradigm dialogs. *Qualitative Inquiry*. 2010; 16(6):419-427.

20. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública*. 2011 [acesso em 2019 out 30]; 27(2):389-94.
21. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009.
22. Pimenta FA, Merchan-Hamann E. Uso dos serviços de saúde por parte de homens que fazem sexo com homens do Distrito Federal. *Tempus: Actas de Saúde Colet*. 2011; 5(4):35-53.
23. Lippman SA, Veloso VG, Buchbinder S, et al. Over-the-counter human immunodeficiency virus self-test kits: time to explore their use for men who have sex with men in Brazil. *Braz J Infect Dis*. 2014; 18(3):239-44.
24. Schmidt AJ, Marcus U. Self-reported history of sexually transmissible infections (STIs) and STI-related utilization of the German health care system by men who have sex with men: data from a large convenience sample. *BMC Infect Dis*. 2011; (11):132.
25. Wirtz AL, Kamba D, Jumbe V, et al. A qualitative assessment of health seeking practices among and provision practices for men who have sex with men in Malawi. *BMC Int Health Human Rights*. 2014; 14-20.
26. Marsicano E, Dray-Spira R, Lert F, et al. Multiple discriminations experienced by people living with HIV in France: results from the ANRS-Vespa2 study. *AIDS Care*. 2014; 26(supl):S97-S106.
27. Silva AEP, Nascimento HO, Anjos JGX, et al. Epidemias no Estado do Amazonas: HIV e Aids em destaque. *Revista Soc. Cient*. 2020 [acesso em 2020 out 12]; 3(4). Disponível em: <https://www.scientificsociety.net/2020/06/epidemias-no-estado-do-amazonas-hiv-e-aids-em-destaque/>.
28. Maccarthy S, Hoffmann M, Ferguson L, et al. The HIV care cascade: models, measures and moving forward. *J Int AIDS Soc*. 2015; (18):19395.
29. Logie CH, Lacombe-Duncan A, Brien N, et al. Barriers and facilitators to HIV testing among young men who have sex with men and transgender women in Kingston, Jamaica: a qualitative study. *J. Inter. Aids Society*. 2017; (20):21385.

Recebido em 30/03/2020

Aprovado em 19/10/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve