

## Estratégia de *linkagem* e vulnerabilidades nas barreiras ao tratamento de HIV/Aids para homens que fazem sexo com homens

Linkage strategy and vulnerabilities in the barriers to HIV/AIDS treatment for men who have sex with men

Carla Rocha Pereira (<http://orcid.org/0000-0003-4692-0665>)<sup>1</sup>

Marly Marques da Cruz (<http://orcid.org/0000-0002-4061-474X>)<sup>1</sup>

Vanda Lúcia Cota (<http://orcid.org/0000-0002-6823-9304>)<sup>1</sup>

Bernardo Montesanti Machado de Almeida (<http://orcid.org/0000-0001-5293-3652>)<sup>2</sup>

**Abstract** *This study aims to analyze the linkage to HIV/AIDS treatment among Men who have Sex with Men (MSM) of the project “A Hora é Agora” in Curitiba, Paraná, Brazil. The concept of vulnerability with its three axes, namely, the individual, social, and programmatic, was the theoretical framework. The barriers from testing up to the onset of the treatment were mapped through linkage registration and minutes from supervisory meetings. In the individual axis, the data revealed that the MSM struggled to address the HIV diagnosis, besides psychological problems that could cause the delay in starting treatment. Considering the social axis, stigma/discrimination was identified in the service at the Basic Health Care Network and within the families, delaying the disclosure of serology. Lastly, in the programmatic axis, the MSM found barriers in accessing the health services due to requests to repeat the HIV test, changing doctors due to poor service, and difficulties in conducting further tests, which adversely reflected on health care. In order to overcome these barriers, it is recommended not only a macro-structural work within this group, but also an investment in the micropolitics, which will enable a real change of attitude, continued care, and a stance related to approaches of care and the defense of life.*

**Key words** HIV, Male homosexuality, Health vulnerability, Health care, Periodic care

**Resumo** *Este estudo tem por objetivo analisar a vinculação ao tratamento de HIV/Aids de Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) no Projeto A Hora é Agora, na cidade de Curitiba, Paraná. O conceito de vulnerabilidade com seus três eixos: individual, social e programático foi considerado o marco teórico. Realizou-se levantamento das barreiras enfrentadas pelos sujeitos da testagem até o início do tratamento, por meio de registro da linkagem e atas das reuniões de supervisão. Os dados revelaram que, no plano individual, os HSH tiveram dificuldade em aceitar o diagnóstico de HIV, além de problemas psicológicos que podem ter acarretado na demora de início do tratamento. No eixo social, o estigma/discriminação foi identificado no atendimento nas Unidades Básicas de Saúde e na família, protelando a revelação da sorologia. Por fim, no eixo programático, os HSH encontraram entraves no acesso aos serviços de saúde em função: dos pedidos para repetirem o teste de HIV; mudança de médico pelo mau atendimento; e obstáculos na realização de outros exames, refletindo negativamente no cuidado da saúde. Para a superação dessas barreiras recomenda-se uma atuação não apenas macroestrutural frente a esse grupo, mas um investimento na micropolítica, possibilitando uma mudança real de atitude, cuidado contínuo e postura frente a abordagem do cuidador e a defesa da vida.*

**Palavras-chave** HIV, Homossexualidade masculina, Vulnerabilidade em saúde, Atenção à saúde, Cuidado periódico

<sup>1</sup> Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. R. Leopoldo Bulhões 1480 Manguinhos, 21041-210. Rio de Janeiro RJ Brasil. [carlaperei@gmail.com](mailto:carlaperei@gmail.com)

<sup>2</sup> Hospital de Clínicas, Reitoria, Universidade Federal do Paraná. Curitiba PR Brasil.

## Introdução

Desde o início da epidemia de Aids até o fim de 2019, mais de 80 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV<sup>1</sup>. Apesar da ampliação do acesso aos antirretrovirais em diversos continentes e um gradual aumento na expectativa de vida da população<sup>2</sup>, os obstáculos ainda são significativos. Segundo relatório do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS)<sup>3</sup>, dados de oito países apontaram que 25% das pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) não acessaram os hospitais com receio do estigma e da discriminação em função da sorologia.

No Brasil foram notificados 1.011.617 casos de Aids até junho de 2020<sup>4</sup>. Há uma tendência de aumento na prevalência de casos em Homens que fazem Sexo com Homens (HSH), passando de 12,1% em 2009 para 18,4% em 2016<sup>5</sup>, indicando o aumento da vulnerabilidade dessa população e que engloba aspectos estruturais, biológicos e comportamentais que agem de forma conjunta e sinérgica aumentando as chances de infecção do HIV.

A constante violação de direitos sociais dos HSH está relacionada, em parte, ao estigma e discriminação<sup>6</sup> que impactam nas barreiras de acesso à testagem e tratamento do HIV, podendo se expressar como características: individuais, como o receio de sofrer discriminação e julgamento em função da orientação sexual e identidade de gênero; desinteresse em realizar o teste de HIV por confiarem nos parceiros, entre outros; dos serviços de saúde, visto no desrespeito e moralismo religioso por parte dos profissionais de saúde; violações de confidencialidade e falta de informação; estigma relacionado ao HIV. Tais barreiras se configuram nas dificuldades estruturais e psicossociais ligadas à sorologia<sup>7,8</sup>.

Houve no Brasil, em 2013, grande investimento para ampliação do diagnóstico de HIV e início precoce do tratamento para um maior suporte à prevenção. Essa política foi denominada como “tratamento como prevenção” (TcP) e alinha-se às diretrizes internacionais para a redução da transmissão de HIV<sup>9</sup>. No país essa política levou a criação da estratégia “Viva Melhor Sabendo”, associando prevenção, testagem e aconselhamento, de forma sigilosa e em lugares de sociabilidade das populações vulneráveis<sup>10</sup>.

Curitiba, localizada na região Sul do Brasil, possui quase dois milhões de habitantes. Até setembro de 2020 registrou 13.182 casos de Aids, dos quais 9.253 eram homens. Em uma análise temporal das categorias de exposição dos casos de HIV/Aids, em relação aos casos bissexuais e

HSH, foi observado um crescimento significativo de 29% dos casos em 2004 para 59,3% em 2019<sup>11</sup>.

Diante dessa perspectiva, foi implementado em 2014, em Curitiba, o Projeto *A Hora é Agora* (PAHA)<sup>12</sup>, de ciência de implementação, que visava ampliar a testagem rápida de HIV e a vinculação ao tratamento para homens gays e outros HSH residentes no município. Por meio da parceria entre a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz), a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (SMS), os Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC), o Ministério da Saúde, e a ONG Dignidade, foram desenvolvidas estratégias de testagem rápida do HIV em ambientes livres de estigma e discriminação e de fácil acesso, em horários e locais alternativos: unidade móvel (trailer), Organização Não Governamental (ONG), Centro de Orientação e Aconselhamento (COA) e Consultório na Rua (CR). Além destas, o usuário tinha como alternativa solicitar o autoteste para o HIV, de fluido oral<sup>13</sup>, por meio do site <https://www.ahoraeagora.org/> e receber em domicílio ou retirar na farmácia popular, de forma anônima e gratuita.

Para garantir a vinculação ao tratamento do HIV na rede de atenção à saúde de Curitiba, foi iniciada a estratégia inovadora de *linkagem*<sup>14</sup>, conhecida como “navegação de pacientes”<sup>15</sup>, oferecida a todos os HSH que eram reagentes para o HIV e residentes de Curitiba<sup>16</sup>. A *linkagem* iniciava após a confirmação do diagnóstico para HIV em um dos pontos de testagem do PAHA, à exceção do CR, que possuía uma estratégia própria de vinculação devido às características específicas da população atendida. Os profissionais que apoiavam os HSH que aceitavam a *linkagem* eram denominados “*linkadores*”, que apoiavam na realização do cadastro na Unidade Básica de Saúde (UBS) escolhida pelo usuário, a marcação de consultas médicas e de exames, além do acesso à terapia antirretroviral (TARV) durante um período de três meses após o diagnóstico. Além disso, uma série de articulações foram realizadas para ampliar a informação e comunicação do PAHA para a população-chave, já descritas em outra publicação<sup>13</sup>.

Segundo Duncombe<sup>17</sup>, abordagens inovadoras e centradas na pessoa são fundamentais para romper a cadeia de transmissão do HIV, além de potencialmente estar associadas a um aumento na expectativa de vida e declínio no número de novas infecções pelo HIV<sup>18</sup>.

Diante do exposto, este artigo tem como objetivo caracterizar os avanços e as barreiras en-

frentadas pelos HSH durante o processo de *linkagem* em Curitiba. Parte-se do pressuposto de que o apoio dos *linkadores* aos HSH reagentes para HIV ampliaria as chances destes se vincularem à prevenção e ao tratamento e reduzirem suas vulnerabilidades<sup>19</sup>. Afinal, a mudança de abordagem e de relação a ser estabelecida altera a forma do sujeito, do cuidado, das redes e do sistema no enfrentamento do HIV/Aids como um problema de saúde pública tão complexo.

## Métodos

Este é um estudo documental<sup>20</sup>, que utiliza uma abordagem qualitativa para análise dos dados secundários e que busca caracterizar a estratégia de *linkagem/vinculação* ao tratamento do HIV/Aids para os testados nas diferentes estratégias do PAHA. Os elegíveis para a *linkagem* eram homens gays e outros HSH positivos para HIV, moradores do município de Curitiba e que aceitaram a *linkagem* após esclarecimento com assinatura do termo.

Os dados coletados sobre a *linkagem* correspondem aos registros de acompanhamento dos usuários pelos *linkadores*, num período de três anos (2015 a 2017). Os registros continham os seguintes dados: informações dos usuários; descrição de contato; desfecho; início ou não do tratamento; e barreiras durante o processo. Aqueles que não tinham informações sobre o início do tratamento, mas possuíam a informação “*linkado*”, ou seja, com resultado positivo de HIV e que aderiram ao tratamento, também foram considerados. No total foram excluídos 22 registros, sendo 17 não *linkados* que fizeram o teste de HIV e não aceitaram a *linkagem* e nem responderam aos *linkadores*; cinco usuários que não iniciaram a TARV. Esses dados foram validados e analisados a partir da sequência de diferentes passos metodológicos (Figura 1). Por fim, foram realizadas a revisão dos dados e a análise do banco em *Excel*.

No que tange às barreiras encontradas, diversas variáveis constavam nos registros de acompanhamento da *linkagem*, como: “Primeiro contato”; “Usuário não responde”; “Cadastro na UBS”; “Consulta na UBS”; “Consulta médica”; “Exames laboratoriais”; “Consulta de retorno”; “Início do tratamento”. Os *linkadores* também tinham a possibilidade de preencher “Outras barreiras”, onde podiam descrever melhor as barreiras encontradas e/ou aquelas que não constavam nas opções sugeridas pelos registros. No entanto, esse espaço também era utilizado para indicar que não houve

nenhum problema no decorrer da *linkagem* ou se aconteceu rapidamente, em poucos dias.

Após leitura exaustiva dos dados, pode se chegar as seguintes categorias de análise: organização e fluxo da *linkagem*; avanços da estratégia para HSH; as barreiras enfrentadas pelos HSH; questões psicológicas; estigma, discriminação e preconceito. Tais categorias foram relacionadas com os diferentes componentes de vulnerabilidade dos HSH ao HIV/Aids. As atas das reuniões entre o supervisor do PAHA e os *linkadores* também fizeram parte do escopo da análise, sendo utilizada as mesmas categorias aplicadas nos registros e com a separação dos trechos correspondentes.

Como referencial metodológico do estudo, a ancoragem se deu com base no “conceito de vulnerabilidade” desenvolvido por Ayres *et al.*<sup>21,22</sup> e que abarca três dimensões. A “dimensão individual” expõe a noção de intersubjetividade, ou seja, a identidade é construída a partir da interação entre os indivíduos, como também no entendimento da capacidade pessoal de identificar os diversos aspectos da vida que acaba acarretando a exposição à infecção ou adoecimento. A “dimensão social” aborda os diversos contextos de interação dos indivíduos e traz a experiência concreta da intersubjetividade, vinculada a diversas relações econômicas, raciais, religiosas, geracionais, de exclusão social, de gênero, entre outras. A “dimensão programática”, refere-se às formas institucionalizadas de interação, seja um conjunto de políticas ou instituições, como as de saúde, que podem reduzir, reproduzir ou aumentar a suscetibilidade de determinados indivíduos.

Em relação aos passos da organização e “fluxo da *linkagem*”, essa foi abordada a partir do início da testagem rápida de HIV, quando o HSH se dirigia a um dos locais de testagem do PAHA, seja por demanda espontânea ou a convite de um educador de par. Responsáveis pela abordagem dos HSH em determinados espaços, como praças e banheiros públicos, os educadores de pares eram homens que se identificavam com o grupo pesquisado, informavam sobre o projeto e encaminhavam os HSH para realização do teste em alguma estratégia, exceto no Consultório de Rua. Por sua vez, todos os que realizavam o autoteste e que eram reagentes foram orientados a procurar o COA para fazer o confirmatório.

Após o teste positivo de HIV, o aconselhador explicava o processo de *linkagem* e auxiliava na definição da UBS de escolha. Os *linkadores* eram profissionais qualificados, que apresentavam boa capacidade de comunicação e tinham, pelo me-

Passo 1	Passo 2	Passo 3	Passo 4	Passo 5	Passo 6
. leitura e verificação dos dados preenchidos para identificação de inconsistência e ajustes necessários	. leitura minuciosa dos relatórios e dados quantitativos	. análise dos registros em papel, preenchidos pelos <i>linkadores</i>	. separação dos registros dos HSH <i>linkados</i> e não <i>linkados</i>	. exploração das anotações sobre as impressões dos documentos e realização do registro a partir destes	. leitura e separação dos trechos mais relevantes das atas das reuniões de <i>linkadores</i> com a coordenação da <i>linkagem</i>

**Figura 1.** Passos metodológicos da coleta de dados da *Linkagem*.

Fonte: Autores, 2020.

nos, o segundo grau completo; não precisavam ser da população-chave, mas deveriam ter alguma experiência na temática de HIV/Aids. Com o aceite da *linkagem*, os HSH assinavam o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (TCLE), contendo os objetivos da pesquisa, a garantia de participação voluntária e confidencialidade, e o “Termo de Consentimento para Vinculação com o Serviço de Saúde”, onde constavam as informações e forma preferida de contato. Caso o participante fosse menor de 18 anos, o próprio assinava o “Termo de Assentimento” e os pais ou responsável legal assinava o TCLE.

A partir da descrição do fluxo da *linkagem*, observa-se, na Figura 2, o caminho percorrido pelos HSH até o término do processo, na captação do usuário, no teste rápido de HIV, na oferta da *linkagem* e do início do acompanhamento até o começo da TARV. Outro fluxo se iniciava a partir da *linkagem* – o de informação: todos os dados da *linkagem* eram revisados e digitados num banco de dados do PAHA.

A coordenação de HIV/Aids, da SMS de Curitiba, monitorava os testes reagentes, os problemas enfrentados pelos usuários e reportados pelos *linkadores*. Quando necessário, o matriciador (infectologista de referência do Núcleo de Apoio da Saúde da Família) era acionado para dar suporte aos médicos da UBS, especialmente para tirar dúvidas sobre a prescrição dos antirretrovirais. O acompanhamento da coordenação e do matriciador também ocorria até o início da TARV (Figura 3).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/Fiocruz e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), sob o

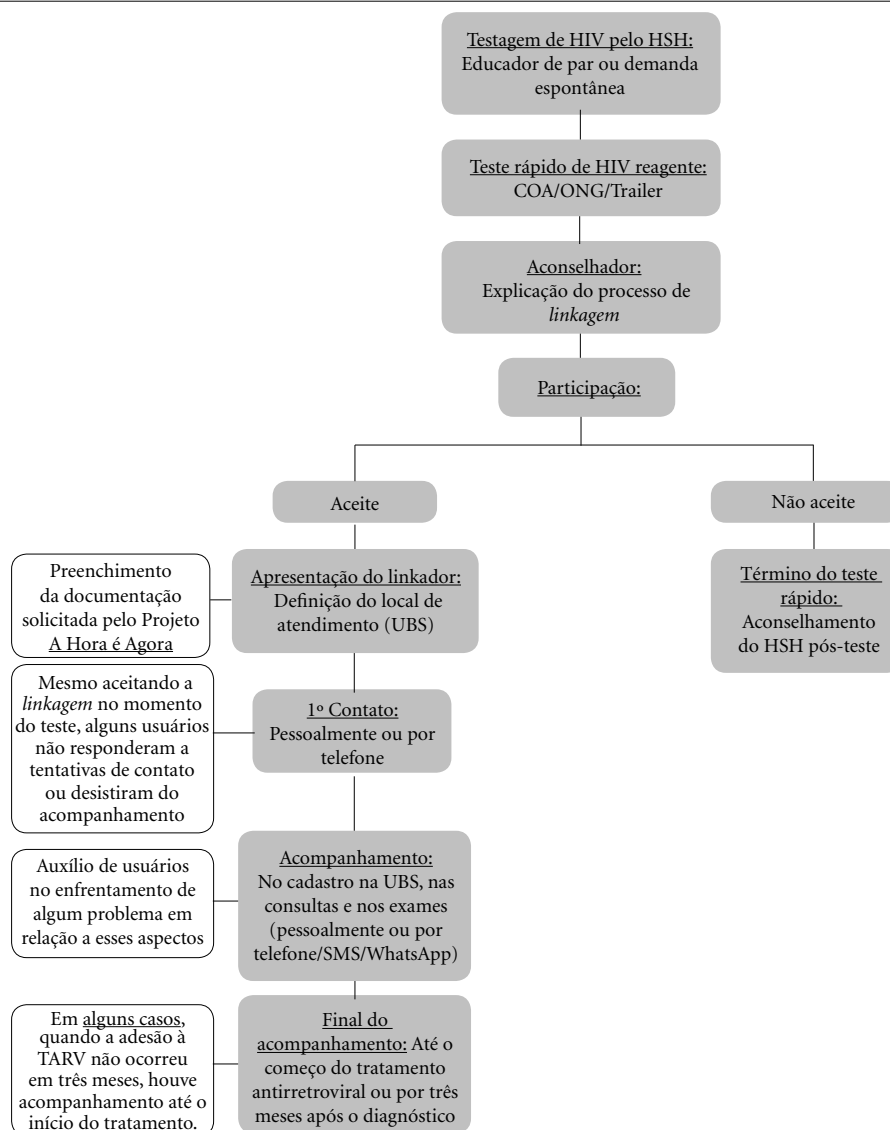
número 977.803 em 10/03/2015. Todos os participantes do estudo assinaram o TCLE e aceitaram a *linkagem*.

## Resultados

Foram abordados 133 indivíduos para a *linkagem*, mas 22 registros foram excluídos da análise em função do não aceite dos HSH em participar da *linkagem* ou de não terem iniciado a TARV, totalizando 111 registros estudados. Dos registros analisados, 89 (80%) foram classificadas como de usuários *linkados*, ou seja, os usuários que atingiram o objetivo da pesquisa e conseguiram iniciar a TARV. Os resultados aqui apresentados seguiram as categorias de análise para uma melhor caracterização da *linkagem*, enquanto estratégia de vinculação dos HSH reagentes ao tratamento, considerando seus avanços e barreiras.

Sobre as “barreiras enfrentadas pelos HSH no processo de *linkagem*”, em quase metade dos *linkados* foram relacionadas aos diferentes componentes da vulnerabilidade: *Individual* condizentes à aceitação do diagnóstico e às questões psicológicas; *Social* referentes ao estigma, discriminação e preconceito; e *Programática* que diz respeito à realização do teste e aconselhamento e ao acesso às consultas e exames.

No que tange às “estratégias e obstáculos de contato com os HSH”, todos os dez *linkadores* indicaram dificuldade na primeira tentativa. Poucos citaram o atraso em contatar os HSH em função das festas de final de ano e a demora do retorno pelo usuário após algumas tentativas. Nesses casos o contato ocorreu por SMS ou WhatsApp.



**Figura 2.** Fluxo dos HSH na realização do teste rápido de HIV, no Projeto *A Hora é Agora*.

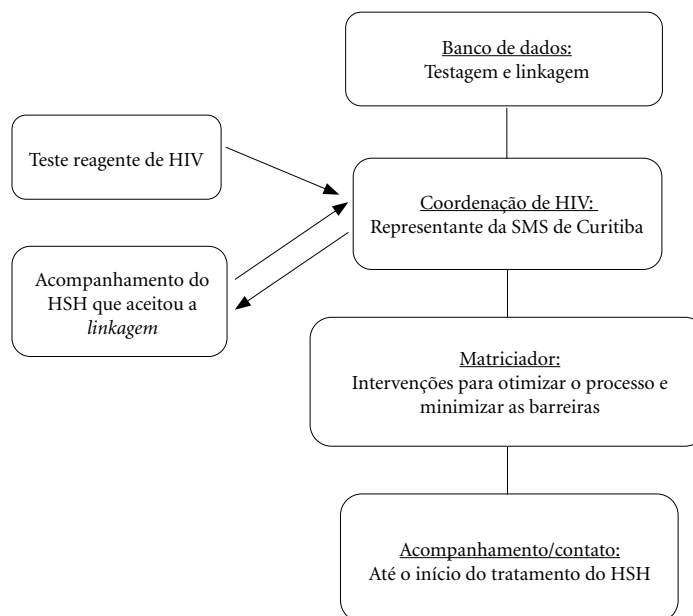
Fonte: Autores, 2020.

Quando o primeiro contato ocorreu presencialmente, o fluxo na *linkagem* seguiu com maior facilidade. Verificou-se que metade dos HSH *linkados* interagiu com o *linkador* de forma presencial no primeiro contato e, entre estes, o segundo contato da maioria foi realizado por telefone, SMS ou WhatsApp com grande sucesso.

Chama atenção, nas atas das reuniões de supervisão: o bloqueio de *linkadores* quando tentaram se comunicar com determinados usuários; a falta de resposta das mensagens quando o primeiro contato foi realizado via SMS; a procura

de *linkadores* em função de dificuldades encontradas nas UBS; além de confusões de usuários que pensaram que estavam sendo acompanhados por outro *linkador*. Houve também estratégias de comunicação que não foram bem-sucedidas no processo de *linkagem*, como o envio de *e-mails* e o encaminhamento de mensagens privadas no *Facebook*.

Sobre os aspectos das barreiras individuais de vulnerabilidade, viu-se que após a realização do teste rápido alguns usuários não quiseram conversar sobre a *linkagem*, mesmo depois de terem



**Figura 3.** Fluxo de informações do Projeto *A Hora é Agora*.

Fonte: Autores, 2020.

aceitado participar da pesquisa e preencherem todos os documentos necessários. Esses usuários pediram um tempo para “digerir” o diagnóstico e muitos retomaram o contato com os *linkadores* em outro momento. Alguns *linkadores* procuravam novamente os usuários que haviam assinado o termo autorizando o contato, especialmente por compreender a dificuldade de decidir pela *linkagem* logo após um diagnóstico positivo para HIV.

Nas atas das reuniões, os *linkadores* mencionaram momentos difíceis após o diagnóstico de HIV, a exemplo de um HSH que queria cometer suicídio, ou mesmo em casos em que o companheiro foi considerado responsável pela transmissão do vírus. Houve também relatos de encaminhamentos dos HSH para psicólogos de forma a enfrentar a situação de crise instaurada e visando o aceite da *linkagem*. De qualquer forma era comum, independente do status sorológico, repetirem o teste para confirmação. O problema da “aceitação do diagnóstico” se revelou fortemente no caso de usuários que relatavam procurar a rede privada para fazer o teste por desconfiança no resultado daquele realizado em uma das estratégias do PAHA.

A questão psicológica foi ressaltada por poucos usuários nos registros de acompanhamento,

sendo relatado: a dificuldade pela falta de saúde, de consultas e de desentendimentos com a médica de uma das UBS; um HSH que parou de responder as mensagens do *linkador*, quando começou a ser atendido pelo psicólogo; e um usuário que precisava de um suporte para lidar com o diagnóstico e *linkagem*.

Nos relatórios das reuniões dos *linkadores*, o aspecto psicológico dos usuários foi tido como uma questão problemática no fluxo da *linkagem*, principalmente nos seguintes casos: acompanhamento psicológico como motivo da dispensa do *linkador*; fim do relacionamento afetivo pela descoberta do diagnóstico de HIV, desmotivando o cadastro na UBS; difícil aceitação do diagnóstico; questões particulares dos usuários, afetando o aconselhamento, a *linkagem* e atrapalhando o processo de vinculação; dificuldade de aceitar a orientação sexual e problemas de relacionamento com a família; conflitos pessoais e até uma tentativa de suicídio.

As barreiras individuais mais recorrentes dos usuários na *linkagem* foram: medo de iniciar o tratamento; impaciência e exigência (principalmente dos mais instruídos) em relação ao acompanhamento, demandando um maior tempo dos *linkadores*. Em um dos casos, foi necessário

realizar um distanciamento gradual do *linkador* por haver a falta de interesse em realizar a *linkagem* dentro do prazo de acompanhamento e, em outro caso, esse processo foi dificultado pelos pais evangélicos e o HSH preferiu não contar o diagnóstico para eles. Nesses casos, a *linkagem* foi fundamental na adesão a TARV dos usuários, com os *linkadores* dando suporte para aqueles com contexto familiar e social fragilizados.

No que se refere às barreiras sociais, os problemas de “estigma/discriminação” apareceram nas atas das reuniões dos *linkadores* com a coordenação. As atas confirmaram a presença de estigma/discriminação a partir da necessidade de transferência de participantes para outras UBS, bem como pelo registro de profissionais que se negaram a acolher e prestar o cuidado a alguns HSH. Outras situações foram percebidas por estes homens e citadas pelos *linkadores*, tais como: relato de usuário que foi expulso de casa pela infecção do HIV; forma de atendimento de uma transexual; e informe de número do celular de um amigo para o *linkador*, com medo que a família descobrisse o seu diagnóstico.

Apesar de tais dificuldades terem acontecido com os profissionais de saúde, elas foram tratadas como barreiras sociais na *linkagem*, tendo em vista a forma de expressão do “preconceito e discriminação” na interação com o serviço e do atendimento aos HSH. Um exemplo é a resistência de médicos da atenção básica (AB) em receber pacientes encaminhados pelo PAHA, visto que alguns desconheciam o protocolo de atendimento para as PVHA, mesmo passando por capacitação no município de Curitiba.

Outra questão foi a recusa em atender os HSH, na consulta de retorno; esses casos geraram a resistência de usuários em voltar a UBS escolhida e até mesmo o pedido de troca de profissional. Os médicos mais resistentes recusavam a orientação do matriciador; registraram-se também casos de mau atendimento, em função da territorialidade, assim como o mau atendimento das transexuais (gerando mudança de UBS); adaptação dos antirretrovirais para usuários de drogas (adiando a adesão); espera para o início do tratamento em função da chegada de novo medicamento; informações desencontradas entre UBS e COA; e dificuldades de entendimento sobre procedimentos devido à baixa condição social.

Por fim, no que tange aos aspectos relacionados às barreiras programáticas, especificamente na realização da testagem, um problema frequente dos usuários encaminhados para iniciar tratamento no serviço de saúde foi o pedido de

novo teste de HIV, sobretudo aqueles HSH que o realizaram no PAHA. Em alguns casos, o teste de HIV foi repetido mais de uma vez e foi necessária a intervenção de *linkadores*, ou de profissional da SMS de Curitiba, para a marcação de consultas.

No aconselhamento, dentro de uma das estratégias, foi ressaltada a postura de aconselhadore, que mais dificultaram o atendimento do que facilitaram. Em diferentes situações, não encaminhavam os usuários para os *linkadores*; faltava orientação durante a testagem; e havia pouca interação com os usuários. Quando algum desses problemas ocorria, a supervisora do serviço de saúde era contatada para que pudesse tomar as providências necessárias para a resolução dos casos.

O problema mais citado, tanto nos registros de acompanhamento dos *linkadores* quanto nas atas das reuniões com a coordenação, foram os entraves para os HSH começarem os procedimentos dentro dos serviços de saúde. Dentre os problemas mais citados, estava o cadastro na UBS escolhida pelos usuários, que, mesmo com a descentralização do atendimento, ainda se colocava como uma importante barreira.

O território de moradia dos usuários foi uma questão apenas para algumas unidades de saúde; assim, aqueles que não se enquadravam no território eram impedidos de realizar o cadastro em determinadas UBS. Um outro ponto foi o pedido de comprovante de residência dos usuários, mesmo para aqueles que não possuíam este documento, por não terem residência fixa. Apesar do entrave, os dois usuários que foram identificados nos registros de acompanhamento com o problema conseguiram realizar o cadastro e dar início ao tratamento.

Após a barreira para o cadastro na UBS ser ultrapassada, outra se colocou: a realização de consultas e exames. Em alguns casos, a primeira consulta foi difícil de ser marcada, demorando até dois meses e gerando a transferência de UBS. A demora foi motivada, em determinados casos, pela agenda cheia do médico, pela impossibilidade de o usuário conseguir chegar até a UBS em função do horário de trabalho e mesmo pela tentativa de marcação da consulta, por um mesmo usuário, em diversas UBS.

## Discussão

Houve a sobreposição das dimensões da vulnerabilidade, pois diversos fragmentos poderiam ser classificados em mais de uma categoria. Por

exemplo, a dificuldade em aceitar o diagnóstico de HIV para os HSH está relacionado tanto ao plano individual quanto social, no que diz respeito aos componentes da vulnerabilidade apresentados por Ayres *et al.*<sup>22</sup>. No plano individual, um dos aspectos está na forma como cada indivíduo recebe o diagnóstico HIV e a dificuldade, de alguns, em aceitar a soropositividade<sup>23</sup>. No plano social, a dificuldade apareceu na manutenção do segredo do diagnóstico, especialmente na família, entre os amigos e no trabalho.

Por meio de estudo realizado em São Paulo<sup>24</sup>, foi identificado que o aumento da vulnerabilidade entre gays e outros HSH, no plano individual, está relacionado à: dificuldade em negociar o uso do preservativo durante a relação sexual, principalmente aquele que se coloca como passivo; incapacidade, no momento da relação sexual, de controlar o desejo; e dificuldade em aplicar as informações de prevenção, sobretudo no sexo oral, na penetração anal (sem ejaculação), ou quando a aparência do parceiro sexual é associada a um aspecto “saudável” e, conseqüentemente, à soronegatividade.

Ainda nesse eixo, a trajetória individual e psicossocial de cada um depende dos seus contextos intersubjetivos (relações de poder), de como lidam com seus discursos e os diversos valores ou desejos pessoais conflitantes, produzidos de distintas formas, seja nas redes sociais, nas relações de amizade e familiares, ou no espaço profissional<sup>25</sup>. Para isso, é fundamental o conhecimento das condições de proteção, para que se possa reivindicar seus direitos, pois cada pessoa, segundo Ayres *et al.*<sup>22</sup>, é compreendida [...] como sujeito de direito, para depois identificar que aspectos da sua vida (físicos e psicossociais observados na dinâmica de sua vida cotidiana) a expõe à infecção ou ao adoecimento.

No que se refere ao plano social, os aspectos psicológicos e de estigma/discriminação/preconceito foram relacionados ao contexto de interação<sup>19</sup>: de cometer suicídio; a insegurança em desenvolver um vínculo com os *linkadores* e profissionais de saúde das UBS; a dificuldade em aceitar a orientação sexual; os problemas familiares de grande parte dos HSH e a manutenção do segredo sobre o diagnóstico, alinham-se a experiências de intersubjetividade. Tais experiências são atravessadas por diversos aspectos contextuais, como as esferas geracionais e religiosas nas famílias, a exclusão social, que pode estar vinculada também à orientação sexual, ao término do relacionamento afetivo-sexual após a descoberta do HIV, ao início da TARV e seus efeitos etc<sup>19</sup>.

A discriminação e o preconceito também estão presentes no plano social. Por exemplo, a dificuldade em aceitar o diagnóstico em função do medo da discriminação pela sociedade (amigos, família e companheiro), ou na resistência de determinados profissionais de saúde, sobretudo os médicos, em atendê-los. De acordo com Monteiro *et al.*<sup>6</sup>, a literatura nacional corrobora com os dados de *linkagem* no PAHA, revelando que os efeitos do estigma da Aids estão relacionados: a não revelação do diagnóstico; ao impedimento das mulheres em amamentar; ao isolamento social; ao desemprego; aos problemas de adesão à TARV; assim como no acolhimento nas unidades de saúde.

A partir da noção de que determinada pessoa ou grupo não deveria estar inserido na sociedade, ocorre a ação discriminatória<sup>25</sup>. Tal situação se expressa no fenômeno da expulsão de um HSH de casa após revelação sorológica para a família; ou disponibilização de telefone de amigo para esconder o *status* sorológico à família. Assim, vê-se inscrever a discriminação como uma resposta comportamental a atitudes negativas.

Ainda refletindo sobre a dimensão social, há elementos que podem ser considerados para o aumento da vulnerabilidade entre os HSH, como as questões relacionadas aos problemas pessoais vinculados à sexualidade, à autoestima, assim como a dificuldade deles se sentirem portadores de direitos, criando barreiras para o acesso à informação e a busca pelos serviços de saúde<sup>23</sup>. Isto pode acarretar o estigma pressentido<sup>24</sup> ou a auto discriminação, podendo deflagrar o receio de procurar a testagem de HIV<sup>26</sup> ou o tratamento na rede pública<sup>27</sup>.

A interação entre aconselhadore e HSH foi realizada de forma institucionalizada, por meio do serviço de saúde, mas prejudicada pelo tipo de contato estabelecido<sup>22</sup>. Esta experiência negativa pode ter ocorrido em função dos distintos marcadores carregados pelos HSH, julgados de forma negativa pelos aconselhadore, revelando o preconceito, como: orientação sexual; racial; social; entre outros, prejudicando o acesso à saúde integral<sup>22</sup>. Isto poderia impactar negativamente a inserção dos HSH na *linkagem*, pois se no primeiro contato não houvesse uma boa receptividade, a vinculação poderia ficar prejudicada, afetando a adesão ao tratamento<sup>28</sup>, ou até mesmo nem iniciar.

Diversos estudos internacionais indicaram barreiras semelhantes para a *linkagem* das PVHA, como qualidade do aconselhamento no pós-teste, acesso à UBS, estigma associado à UBS<sup>29</sup>, estig-



ma internalizado<sup>30</sup> etc. Por conseguinte, o acesso à UBS e à realização de consultas/exames está vinculado ao eixo programático da vulnerabilidade, sendo as maiores barreiras enfrentadas pelos HSH para concluírem o processo de *linkagem* no PAHA.

A postura adotada pelos coordenadores ou profissionais de saúde dessas UBS, de dificultar a realização do cadastro dos HSH, não foi condizente com alguns dos princípios estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS), como a universalidade, que prega o acesso universal na garantia ao direito à saúde para todos. Outro princípio do SUS afetado com essa postura foi o da equidade, que se baseia nas necessidades de cada pessoa, comunidade ou grupo social, para atingir a igualdade de oportunidades e, assim, ter boas condições de saúde. Para isso, torna-se fundamental o acesso aos serviços de saúde, levando em conta as diversas disparidades, sejam sociais, étnicas, econômicas ou culturais<sup>19,31</sup>. A questão da vulnerabilidade pode ir além dos aspectos relacionados à sexualidade em torno do HIV, pois os mais pobres, de determinada raça/etnia, com baixa escolaridade e condições financeiras tornam-se vulnerados no acesso aos serviços e cuidados de saúde. Por isso, considera-se a vulneração como a vulnerabilidade concretizada<sup>32</sup>.

O atraso na realização dos exames de CD4 e CV na rede de saúde prejudicou a marcação das consultas, indicando a vulnerabilidade programática pela dificuldade de atendimento e tratamento da população, aumentando as chances de adoecimento. Dessa forma, o tratamento dado a alguns HSH pelos profissionais de saúde dos serviços se transformou em uma importante barreira de acesso, gerando estigma/discriminação. Isto pode explicar, também, a má qualidade no atendimento das transexuais que foram vinculadas à *linkagem*. Quando isso ocorria, o constrangimento dos(as) usuários(as) ficava evidente e, em certos casos, houve até quebra do sigilo do diagnóstico. Buscou-se rever o problema com a inclusão do matriciador ou da supervisora da SMS no processo; e reforço da capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde para o atendimento desse público. Contudo, ainda se faz necessário um aperfeiçoamento da interface dos *linkadores* com a AB<sup>34</sup>.

Isso indica a insuficiente articulação entre comunicação, divulgação e treinamento nos serviços e dos profissionais envolvidos na AB de Curitiba, sendo a grande limitação do estudo. Há necessidade de mudanças no acolhimento, no cadastro e no registro das equipes de saúde,

cujos profissionais deveriam assinar um termo de conhecimento e compromisso com o PAHA, podendo impactar na não discriminação de populações vulneráveis na AB desta cidade.

Esta barreira pode ter se refletido no cuidado dos HSH, como das PVHA de modo geral, pois a interação entre profissionais de saúde e usuários de UBS se dá nos contextos de intersubjetividade: há um diálogo entre os personagens, permeado pelos saberes e experiências de ambos os lados (científicos ou não). Desta maneira, ocorre a identificação e mobilização dos mais variados recursos para que possa ser possível a prevenção, com o tratamento e a recuperação, de diversas situações de saúde<sup>19</sup>.

Dessa forma, a abordagem no cuidado dos HSH do PAHA foi diretamente influenciada pelo tipo de relação estabelecida entre eles e os profissionais de saúde, sendo fundamental para a construção de um relacionamento de confiança. Entretanto, as barreiras individuais dos participantes da pesquisa também podem ter afetado os cuidados com a saúde, seja no domínio “tradicional” (território, crenças de saúde e estrutura social) e/ou no domínio “vulnerável” (doença mental e uso de drogas)<sup>33</sup>.

## Conclusão

É possível concluir que as questões de vulnerabilidade individual, social e programática são imbricadas e estão presentes nas distintas práticas de saúde. No caso desses HSH passa pela receptividade do diagnóstico, o medo da revelação, os aspectos psicológicos do viver com HIV, a relação com a sexualidade/estigma/discriminação social e pela postura pouco acolhedora e intolerante de alguns profissionais de saúde.

Estes pontos são permeados pelo receio iminente de passarem por tais experiências em diversos lugares, como nas UBS, que deveriam ser um lugar de acolhimento e escuta. Associa-se a isso os diversos marcadores sociais que os HSH carregam para além do HIV, criando uma maior vulnerabilidade e, conseqüentemente, dificuldade para o cuidado da saúde.

Apesar de terem causado atrasos no tratamento e/ou mudanças no serviço de saúde, as experiências vividas não impediram que os HSH iniciassem a TARV. Um importante fator para esse sucesso foi o acompanhamento do *linkador*, que prestou apoio em diversos momentos no decorrer da *linkagem*. A reflexão sobre o papel de um mediador/agente facilitador no processo de

vinculação dos HSH aponta para a necessidade de revisão da abordagem e do cuidado com as subjetividades e singularidades de quem procura os serviços de saúde.

De certo que apesar de o PAHA ter promovido o acesso à testagem e tratamento dos HSH no município de Curitiba, houve limitações no estudo. Cabe ressaltar que nem todos os registros de acompanhamento foram preenchidos integralmente e de forma detalhada, com as barreiras enfrentadas pelos HSH. Ademais, não foram analisados todos os registros daqueles que tinham sido *linkados* pelo projeto e constavam no ban-

co de dados, pois no início da estratégia alguns *linkadores* não estavam usando o formulário para registro de forma adequada.

A experiência da *linkagem* dos HSH ao tratamento, considerando as barreiras existentes, revela a necessidade da atenção ao cuidado integral no SUS. Enfim, para se investir na saúde dos grupos mais vulneráveis ao HIV/Aids se requer não apenas uma atuação macroestrutural nas políticas e programas de saúde, mas, sobretudo, uma atuação micropolítica de mudança de atitude e postura na abordagem do cuidado e frente a defesa da vida.

### Colaboradores

CR Pereira redigiu o artigo, desenvolveu a metodologia, analisou os dados e fez o levantamento bibliográfico; MM Cruz e VL Cota idealizaram, orientaram e redigiram o artigo, além de aprovarem a versão final; BMM Almeida participou da revisão crítica e da coleta de dados do artigo.

### Agradecimentos

Ao CDC Brasil: Aristides Barbosa, Nena Lentini e Raquel Miranda, ao Moacir Ramos, aos *linkadores*, à Liza Rosso, à Deisy de Souza, Cléa Ribeiro, Elina Sakurada, Juliane Cardoso Santos, David Harrad, Adriane Wollmann, Cristiane Nakamura, Raquel Torres e à toda equipe da rede de atenção ao HIV/Aids do município de Curitiba.

## Financiamento

O projeto AHA foi financiado por meio do Acordo de Cooperação entre a ENSP/Fiocruz e os Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos da América (CDC), com recursos do Plano de Emergência do Presidente dos EUA para Alívio da Aids (PEPFAR). Seu conteúdo é responsabilidade apenas dos autores e não representam necessariamente a visão oficial do financiador.

## Referências

1. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS). *UNAIDS Estatísticas*. Genebra: UNAIDS; 2020. [acessado 2021 jan 3]. Disponível em: <https://unaids.org.br/estatisticas/>.
2. Marcus JL, Chao CR, Leyden WA, Xu L, Quesenberry CP, Klein DB, Towner WJ, Horberg MA, Silverberg MJ. Narrowing the gap in life expectancy between HIV-infected and HIV-uninfected individuals with access to care. *J. Acquir Immune Defic Syndr* 2016; 10(1):39-46.
3. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS). *Dia Internacional dos Direitos Humanos: mensagem do Diretor Executivo do UNAIDS, Michel Sidibé*. [acessado 2021 jan 3]. Disponível em: <https://unaids.org.br/2017/12/dia-internacional-dos-direitos-humanos-mensagem-do-diretor-executivo-do-unaids-michel-sidibe/>
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Boletim Epidemiológico 2020*. [acessado 2021 jan 2]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-hivaids-2020>
5. Kerr L, Kendall C, Guimarães MDC, Salani Mota R, Veras MA, Dourado I, Brito AM, Merchan-Hamann E, Pontes A, Leal AF, Knauth D, Castro ARCM, Macena RHM, Lima LNC, Oliveira LC, Cavalcante MDS, Benzaken AS, Pereira G, Pimenta C, Pascom ARP, Bermudez XPD, Moreira RC, Brígido LFM, Camillo AC, McFarland W, Johnston. HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil: results of the 2nd national survey using respondent-driven sampling. *Medicine* 2018; 97(Supl. 1):S9-S15.
6. Monteiro S, Villela W, Pereira CR, Soares PS. A produção acadêmica recente sobre estigma, discriminação, saúde e Aids no Brasil. In: Monteiro S, Villela W, organizadores. *Estigma e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013, p. 61-80.
7. Gonçalves VF, Kerr LRF, Mota RS, Macena RHM, Almeida RL, Freire DG, Brito AM, Dourado I, Atlani-Duault L, Vidal L, Kendall, C. Incentives and barriers to HIV testing in men who have sex with men in a metropolitan area in Brazil. *Cad Saude Publica* 2016; 32(5):1-10.
8. Logie CH, Lacombe-Duncan A, Brien N, Jones N, Lee-Foon N, Levermore K, Marshall A, Nyblade L, Newman P. Barriers and facilitators to HIV testing among young men who have sex with men and transgender women in Kingston, Jamaica: a qualitative study. *J Int AIDS Soc* 2017; 20(1):1-8.
9. Grinsztejn B, Castro N, Arnold V, Veloso VG, Morgado M, Pilotto JH, Brites C, Madruga JV, Barcellos NT, Santos BR, Vorsatz C, Fagard C, Santini-Oliveira M, Patey O, Delaugerre C, Chêne G1 Molina JM; ANRS 12 180 Replate TB study group. Raltegravir for the treatment of patients co-infected with HIV and tuberculosis (ANRS 12 180 Replate TB): a multicentre, phase 2, non-comparative, open-label, randomised trial. *Lancet Infect Dis* 2014; 14:459-467.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. *Viva Melhor Sabendo – Relatório de Avaliação*. Brasília: MS; 2017.

11. Curitiba. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Centro de Epidemiologia. Coordenação de Vigilância Epidemiológica. *Boletim Epidemiológico 2020*. Coordenação Municipal de DST/HIV/Aids/Hepatites Virais. Ano 7 - Dezembro 2020.
12. Cruz MM, Cota V, Lentini N, Bingham T, Parent G, Kanso S, Rosso L, Almeida B, Torres RMC, Nakamura C, Santelli ACF. Comprehensive approach to HIV/AIDS testing and linkage to treatment among men who have sex with men in Curitiba, Brazil. *PLoS ONE* 2021; 16(5):e0249877.
13. Boni RB, Lentini N, Santelli AC, Barbosa A Jr, Cruz M, Bingham T, Cota V, Correa RG, Veloso VG, Grinsztejn B. Self-testing, communication and information technology to promote HIV diagnosis among young gay and other men who have sex with men (MSM) in Brazil. *J Int AIDS Soc* 2018; 21(Supl. 5):e25116.
14. Cruz MM, Souza MS, Cota VL. Inovações em estratégias de testagem e vinculação ao tratamento ao HIV/Aids para população vulnerável em tempos de crise. *Temas em Saude* 2020; 20(4):91-109.
15. Shacham E, López JD, Brown TM, Tippit K, Ritz A. Enhancing Adherence to Care in the HIV Care Continuum: The Barrier Elimination and Care Navigation (BEACON) Project Evaluation. *AIDS Behav* 2018; 22:258-264.
16. Liau A, Crepaz N, Lyles CM, Higa DH, Mullins MM, DeLuca J, Petters S, Marks G, HIV/AIDS Prevention Research Synthesis (PRS) Team. Interventions to promote linkage to and utilization of HIV medical care among HIV-diagnosed persons: qualitative systematic review, 1996-2011. *AIDS Behav* 2013; 17(6):1941-1962.
17. Duncombe C, Rosenblum S, Hellmann N, Holmes C, Wilkinson L, Biot M, Garnett G. Reframing HIV care: Putting people at the centre of antiretroviral delivery. *Trop Med Int Health* 2015; 20(4):430-447.
18. Bendavid E, Brandeau ML, Wood R, Owens DK. NIH Public Access. *Arch Intern Med* 2010; 170(15):1347-1354.
19. Paiva V, Ayres JRCM, Buchalla CM. Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. In: Paiva V, Ayres JRCM, Buchalla CM, organizadores. *Vulnerabilidade e Direitos humanos*. Prevenção e Promoção da Saúde. Livro I. Curitiba: Juruá; 2012. p. 9-22.
20. Jacqueline S, Luciane PK, Margarita AVL. Análise Documental e Observação Participante na Pesquisa em Saúde Mental. *Rev Baiana Enferm* 2011; 25(2):221-228.
21. Ayres JRCM, França Júnior I, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, organizador. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. p. 121-144.
22. Ayres JRCM, Paiva V, França Júnior I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao Quadro da Vulnerabilidade e Direitos Humanos. In: Paiva V, Ayres JRCM, Buchalla CM, organizadores. *Vulnerabilidade e Direitos humanos*. Prevenção e Promoção da Saúde. Livro I. Curitiba: Juruá; 2012. p. 71-94.
23. Moreno DMFC, Reis AOA. Revelação do diagnóstico da infecção pelo HIV no contexto do aconselhamento: a versão do usuário. *Temas Psicol* 2013; 21(3):591-609.
24. Antunes MC, Garcia MRV. Vulnerabilidade ao HIV e prevenção do HIV/AIDS em espaços de sociabilidade de homens que fazem sexo com homens e travestis. In: Paiva V, Ayres JRCM, Buchalla CM, organizadores. *Vulnerabilidade e Direitos humanos*. Prevenção e Promoção da Saúde. Livro I. Curitiba: Juruá; 2012. p. 209-237.
25. Goffman E. *Estigma. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC; 2013.
26. Gonçalves VF, Kerr LRFS, Mota RS, Macena RHM, Almeida RL, Freire DG, Brito AM, Dourado I, Atlani-Duault L, Vidal L, Kendall C. Incentives and barriers to HIV testing in men who have sex with men in a metropolitan area in Brazil. *Cad Saude Publica* 2016; 32(5):e00049015.
27. Bogart LM, Chetty S, Giddy J, Sypek A, Sticklor L, Walensky RP, Losina E, Katz JN, Bassett IV. Barriers to Care among People Living with HIV in South Africa: Contrasts between Patient and Healthcare Provider Perspectives. *AIDS Care* 2013; 25(7):843-853.
28. Almeida-Brasil CC, Nascimento E, Silveira MR, Bonolo PF, Ceccato MGB. New patient-reported outcome measure to assess perceived barriers to antiretroviral therapy adherence: the PEDIA scale. *Cad Saude Publica* 2019; 35(5):e00184218.
29. Wachira J, Naanyu V, Genberg B, Koech B, Akinyi J, Kamene R, Ndege S, Siika AM, Kimayo S, Braitstein P. Health facility barriers to HIV linkage and retention in Western Kenya. *BMC Health Services Research* 2014; 14:646.
30. Tam VV, Larsson M, Pharris A, Diedrichs B, Nguyen HP, Nguyen CT, Ho PD, Marrone G, Thorson A. Peer support and improved quality of life among persons living with HIV on antiretroviral treatment: A randomised controlled trial from north-eastern Vietnam. *Health Qual Life Outcomes* 2012; 10(53):1-13.
31. Barros FPC, Souza MF. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. *Saude Soc* 2016; 25(1):9-18.
32. Sotero M. Vulnerabilidade e vulneração: população de rua, uma questão ética. *Rev Bioet* 2011; 19(3):799-817.
33. Christopoulos KA, Das M, Colfax GN. Linkage and Retention in HIV Care among Men Who Have Sex with Men in the United States. *Clin Infect Dis* 2011; 15(52); (Supl. 2):S214-S222.

Artigo apresentado em 28/05/2020

Aprovado em 23/04/2021

Versão final apresentada em 25/04/2021

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva