



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

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
A DISTRIBUIÇÃO DE PRESERVATIVO GRATUITO NO BRASIL E
SUA OBTENÇÃO POR HOMENS QUE FAZEM SEXO COM
HOMENS

Izabela Amaro Espíndula

Orientador: Prof. Dr. Daniela Riva Knauth

Porto Alegre, fevereiro de 2021



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

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
A DISTRIBUIÇÃO DE PRESERVATIVO GRATUITO NO BRASIL E
SUA OBTENÇÃO POR HOMENS QUE FAZEM SEXO COM
HOMENS

Izabela Amaro Espíndula

Orientador: Prof.Dr. Daniela Riva Knauth

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil.
2021

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Álvaro Vigo, Programa de Pós-graduação em Epidemiologia,
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Profa. Dra. Andréa Fachel Leal, Programa de Pós-graduação em Sociologia,
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof. Dra. Inês Dourado, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva,
Universidade Federal da Bahia.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho representa uma importante etapa da minha vida, em que me desenvolvi como pesquisadora, aprendi sobre valores como saúde e cuidado, conheci pesquisadores muito competentes, e tive a oportunidade de dar uma pequena contribuição para a construção do conhecimento na área da prevenção do HIV/Aids.

Assim, agradeço aos meus colegas Jonatan, Rafael e Priscila, que estiveram presentes durante todo esse processo, compartilhando seus conhecimentos e seu afeto. Os três são pesquisadores que eu admiro, e que conheci graças ao meu ingresso neste programa de pós-graduação. E hoje, eu os considero grandes amigos!

Agradeço à minha orientadora, Daniela, pela confiança em meu trabalho e pelos aprendizados; à professora Luciana, que orientou meu estágio docente; e ao professor Álvaro, por ter sido um professor atencioso, e por elucidar questões que foram importantes para este trabalho.

E, por fim, mas não menos importante, agradeço à minha mãe e ao meu pai por sempre me apoiarem em minhas escolhas, e por tornarem a minha trajetória possível e feliz.

SUMÁRIO

ABREVIATURAS E SIGLAS	6
RESUMO	7
ABSTRACT	9
APRESENTAÇÃO	11
INTRODUÇÃO	12
REVISÃO DA LITERATURA	14
Dados epidemiológicos gerais do HIV/Aids	14
Homens que fazem sexo com homens (HSH) e a vulnerabilidade ao HIV/Aids	16
Panorama histórico das políticas de prevenção ao HIV/Aids no Brasil	18
O preservativo masculino	25
A distribuição de preservativo no Brasil	26
Fatores associados à obtenção de preservativo gratuito	30
Justificativa	35
OBJETIVOS	37
Objetivo Geral	37
Objetivos Específicos	37
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
ARTIGO	45
Resumo	46
Abstract	47
Introdução	48
Métodos	50
Resultados	52
Discussão	54
Considerações finais	58
Referências	59
Tabelas e figuras do artigo	63
CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
ANEXOS	70

ABREVIATURAS E SIGLAS

Aids – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (sigla em inglês para Acquired Immuno Deficiency Syndrome)

AFC – Obtenção de preservativo gratuito (sigla em inglês para Acquisition of free condom)

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana (sigla em inglês para Human Immunodeficiency Syndrome)

HSH – Homens que fazem Sexo com Homens

ISTs – Infecções Sexualmente Transmissíveis

ONG – Organização Não-Governamental

OPG – Obtenção de preservativo gratuito

PEP – Profilaxia Pós-Exposição

PCAP – Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira

PrEP – Profilaxia Pré-Exposição

RDS – Respondent Driven Sampling

STI – Infecção sexualmente transmissível (sigla em inglês para Sexually transmitted infections)

SUS – Sistema Único de Saúde

UNAIDS – Programa das Nações Unidas para HIV/Aids (abreviatura em inglês para Joint United Nations Programme on HIV/AIDS).

RESUMO

Introdução: O HIV/Aids surgiu no início da década de 80, e ainda é uma epidemia mundial. No Brasil, assim como em outros países, o HIV/Aids está concentrado em alguns segmentos populacionais, como entre os homens que fazem sexo com homens (HSH). Dentre as tecnologias disponíveis para a prevenção, o preservativo masculino historicamente teve e ainda tem um papel muito importante pelo seu baixo custo, facilidade de uso e ampla disseminação na população, sendo distribuído gratuitamente no país desde 1994. A distribuição gratuita de preservativo é uma estratégia fundamental para o combate ao HIV/Aids, por isso, a fim de melhorar sua oferta, é importante compreender como os HSH têm acessado o preservativo gratuito.

Objetivo: identificar os fatores associados à obtenção de preservativo gratuito por HSH.

Metodologia: Estudo transversal realizado em 2016 por meio de questionário em doze capitais brasileiras. Homens que relataram relação sexual com um homem nos últimos doze meses foram recrutados pelo método Respondent Driven Sampling (RDS). Por meio de regressão logística univariável e multivariável, analisaram-se os fatores associados à obtenção de preservativo gratuito nos últimos doze meses, como características sociodemográficas, comportamentais e de acesso a serviços de saúde.

Resultados: Nos doze meses anteriores à pesquisa, 79,7% dos HSH relataram ter pegado ou recebido preservativo gratuito, sendo os serviços públicos de saúde os locais mais frequentes. A obtenção esteve associada à participação em ONG (RC=2,74; IC95%=1,9 – 3,95). Para os HSH que possuem 11 anos de estudo ou mais, ter um diagnóstico prévio de IST aumentou a chance de obtenção de preservativo em relação aos que não tiveram o diagnóstico (RC=2,36; IC95%=1,55 – 3,62); analisando o grupo que já teve um diagnóstico de IST, ter realizado teste de HIV no último ano aumentou a chance de obtenção de preservativo (RC=2,66; IC95%=1,55 – 4,56); e para aqueles que não possuem plano de saúde, realizar consulta médica no último ano aumentou a chance de obter o insumo (RC=1,92; IC95%=1,33 – 2,77).

Conclusão: O estudo evidenciou o papel das ONGs e dos serviços públicos de saúde para a obtenção de preservativo gratuito pelos HSH. Visto que nem todos os HSH estão presentes nesses espaços, é preciso aumentar e diversificar os locais de distribuição de camisinha. Além disso, ter um diagnóstico prévio de IST é um fator que influencia a obtenção de preservativo. Destaca-se a importância de fornecer aos HSH informações que possam auxiliar na autogestão de riscos de contrair HIV e outras ISTs antes de os indivíduos se infectarem.

Palavras-chave: Homens que fazem sexo com homens; Prevenção; Preservativo; HIV; RDS.

ABSTRACT

Introduction: HIV/Aids first appeared in the early 1980s, and it has been considered a global epidemic until now. In Brasil, as well in other countries, some groups are disproportionately affected by HIV, one of these are men who have sex with men (MSM). About the available technologies for prevention, male condom historically has played an important role, because it is cheap, easy to use, widely disseminated, and distributed for free since 1994. Free distribution of condoms is a fundamental strategy for fighting HIV/Aids, thus it is important to understand how MSM have been accessed to free condoms in order to improve this offer.

Objective: To identify factors associated with acquisition of free condoms by MSM.

Methods: A cross-sectional study was performed in 2016 in 12 Brazilian cities, using questionnaire. Men who reported anal or oral sex with other men in the previous 12 months were recruited using respondent driven sampling (RDS) methodology. Using univariate and multivariate logistic regression, factors associated to acquisition of free condoms in the last 12 months were analyzed, including sociodemographic and behavioral characteristics, and access to healthcare services.

Results: 79.7% of MSM reported having taken or received free condoms in the past 12 months, and the most frequent local of acquisition were public healthcare services. Acquisition was associated with participation in NGO (OR=2.74; CI95%=1.9 – 3.95). For those MSM reporting 11 years or more of schooling, a previous STI diagnosis increased the chances of acquiring free condoms comparing to those didn't have a previous diagnosis (OR=2.36; CI95%=1.55 – 3.62); analyzing the group with previous STI diagnosis, having a HIV test in the previous 12 months increased the chances of condom acquiring (OR=2.66; CI95%=1.55 – 4.56); and for those MSM without a health insurance, having a medical appointment in the last year increased the chances of acquiring condoms (OR=1.92; CI95%=1.33 – 2.77). This study showed the role of NGOs and public health services in the acquisition of free condoms by MSM. In regard of not all MSM are in these places, it is

necessary to increase and to diversify places for distribution of free condoms. Besides having a previous STI diagnosis affects the acquiring. It is important provide to MSM information helping them in self-management of the HIV and STI risks before they get infected.

Keywords: Men who have sex with men; Prevention; Condom; HIV; RDS.

APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “A distribuição de preservativo gratuito no Brasil e sua obtenção por homens que fazem sexo com homens”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 08 de fevereiro de 2021. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos
2. Artigo
3. Conclusões e Considerações Finais.

Documentos de apoio estão apresentados nos anexos.

INTRODUÇÃO

O HIV/Aids surgiu no início da década de 80 do século XX e, desde então, tem sido alvo de estratégias de prevenção e tratamento em diversos países e instituições. O número de pessoas vivendo com HIV no mundo aproxima-se dos 38 milhões, e a infecção encontra-se em todos os continentes (World Health Organization, 2020).

Existem grupos de pessoas que são afetados de forma desproporcional pelo HIV. Um destes grupos são os homens que fazem sexo com homens (HSH), os quais apresentam maior vulnerabilidade ao HIV/Aids, sobretudo por conta de questões comportamentais e sociais (World Health Organization, 2017).

No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda que haja priorização dos esforços de prevenção em alguns segmentos populacionais específicos, como os HSH, que são consideradas populações-chave e prioritárias (Brasil, 2017). O atual modelo de prevenção preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil prevê a oferta de diferentes tecnologias, disponibilizando recursos como preservativos (masculinos e femininos), profilaxia pré e pós-exposição (PrEP e PEP) e testagem para HIV (Brasil, 2017).

Frente a essas ferramentas, o preservativo masculino, popularmente conhecido como “camisinha”, se mantém como o principal método contra a infecção pelo HIV. A camisinha teve um papel importantíssimo desde o início da epidemia. No Brasil, a partir dos anos 90, houve grandes investimentos na promoção do uso de preservativo, tanto em sua distribuição quanto em campanhas informativas com auxílio da mídia (Brasil, 2020a; World Bank, 2004). A distribuição gratuita do insumo iniciou em 1994 (Dourado et al., 2015), sendo que atualmente são distribuídos entre 300 e 600 milhões de preservativos por ano (Brasil, 2020b).

As atuais diretrizes do Ministério da Saúde para a oferta de preservativo sugerem a incorporação de abordagens mais inovadoras e que dialoguem com a autonomia dos usuários, considerando as singularidades de cada um (Brasil, 2017). Assim, torna-se importante analisar a obtenção de

preservativo gratuito pelas populações-chave, como os HSH, a fim de pensar a forma de oferecimento de serviços de prevenção.

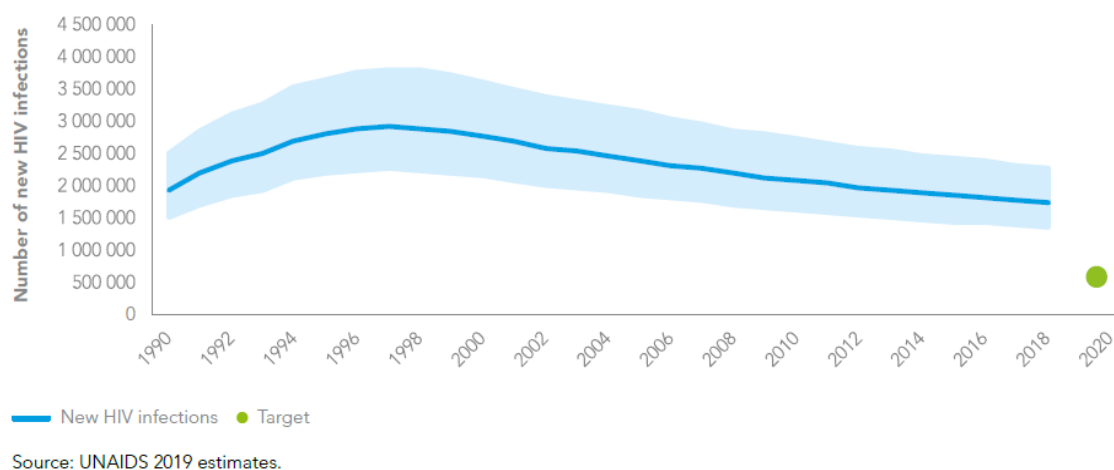
As análises realizadas neste trabalho utilizaram os dados coletados pela “Pesquisa Nacional de Vigilância Biológica e Comportamental do HIV, sífilis e hepatite B e C entre os homens que fazem sexo com homens no Brasil”, financiada pelo Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis e Hepatites Virais do Ministério da Saúde (Kendall et al., 2019).

REVISÃO DA LITERATURA

Dados epidemiológicos gerais do HIV/Aids

O HIV é o agente etiológico da Síndrome da Imunodeficiência Humana (Aids). A síndrome foi descrita pela primeira vez em 1981, nos Estados Unidos, sendo diagnosticada em homens homossexuais; o vírus responsável pela infecção foi identificado somente em 1983, o qual foi isolado de um paciente com Aids na França (Merson et al., 2008). O HIV se espalhou para todos os continentes, atingindo a população geral, e diversos países e instituições têm buscado estratégias de prevenção e tratamento para combatê-lo (Alcamí, 2008). O ano em que foi registrado o maior número de novas infecções no mundo foi 1997, sendo estimados 2,9 milhões de novos casos. Desde então, esse número vem diminuindo, conforme o gráfico¹ (Figura 1) produzido pelo Programa Conjunto das Nações Unidas (UNAIDS) (2019).

Figura 1 – Número de novas infecções por HIV no mundo, 1990–2018 e a meta para 2020



Fonte: UNAIDS, 2019.

¹ O gráfico além de apresentar o número de novas infecções por HIV entre 1990 e 2018 no mundo, apresenta uma meta para 2020: reduzir o número de novas infecções para menos de 500.000 casos/ano.

Em 2018, foram estimados 1,7 milhões de novos casos de HIV, ou seja, houve uma redução de 40% desde o pico (UNAIDS, 2019). Contudo o declínio no número de novas infecções tem sido menos expressivo nos últimos anos. Entre 2010 e 2018, globalmente, foi vista uma redução de apenas 16% de acordo com as estimativas da UNAIDS (2019). Além disso, essa diminuição não está ocorrendo em todos os continentes. De acordo com o *Global AIDS Update* (UNAIDS, 2020), desde 2010, houve um aumento no número de infecções pelo HIV de 72% no leste europeu e Ásia Central, 22% no Oriente Médio e Norte da África, e 21% na América Latina.

A respeito das mortes relacionadas à Aids, houve uma redução desde 2004 (UNAIDS, 2019). Em 2017, em torno de 940.000 pessoas morreram por causas relacionadas à Aids, o que representa 1,7% das causas de morte no mundo (Global Burden Diseases, 2017).

O número de pessoas vivendo com HIV no mundo aproxima-se dos 38 milhões, e a infecção encontra-se em todos os continentes; a maioria dos casos está na África (67,9%), enquanto as Américas representam 9,3% dos casos (World Health Organization, 2020). Assim, o HIV/Aids ainda é considerado uma epidemia mundial (World Health Organization, 2016).

No Brasil, os casos de infecção pelo HIV fazem parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças desde 2014, e os casos de Aids constam na lista desde 1986. Ao longo de 2018, o país registrou 43.941 novos casos de HIV; em relação à Aids, foram registrados 37.161 novos casos. Entre 2012 e 2018, observou-se a diminuição de 16,8% na taxa de detecção da Aids, que passou de 21,4/100.000 habitantes para 17,8/100.000 habitantes (Brasil, 2019).

Atualmente, a epidemia do HIV/Aids no país está concentrada em alguns segmentos populacionais específicos (Brasil, 2017). De acordo com a definição da UNAIDS, a epidemia possui caráter concentrado quando a prevalência em subpopulações é maior que 5%, enquanto a prevalência na população geral é menor que 1% (UNAIDS, 2011). Assim, a partir de dados de prevalência em subpopulações, o Ministério da Saúde reconhece como populações-chave os seguintes grupos: homens que fazem sexo com homens

(HSH); pessoas que usam álcool e outras drogas; trabalhadoras do sexo; pessoas trans; e pessoas privadas de liberdade (Brasil, 2017).

Homens que fazem sexo com homens (HSH) e a vulnerabilidade ao HIV/Aids

Em todos os países, existem grupos de pessoas que são afetados de forma desproporcional pelo HIV. Essa vulnerabilidade está relacionada a questões sociais e comportamentais desses grupos (World Health Organization, 2017). Homens que fazem sexo com homens (HSH) são uma das populações vulneráveis ao HIV/Aids, e eles constituem a população estudada neste trabalho.

O termo “homens que fazem sexo com homens” surgiu no início da epidemia, como referência aos homens que realizam sexo com homens porém não se identificam com a comunidade gay. A partir da década de 90, os epidemiologistas passam a utilizar a categoria “HSH” na área da saúde pública para se referir a todos os homens que praticam sexo com outros homens, independentemente de identidades sexuais ou vínculos sociais com determinadas comunidades. Atualmente, a categoria “HSH” é amplamente utilizada na literatura de HIV/Aids (Aggleton and Parker, 2015; Garcia et al., 2016; Lomando and Wagner, 2009). De acordo com uma definição da Organização Mundial da Saúde, HSH são homens que realizam atividade sexual ou têm relações românticas com outros homens, englobando a variedade de configurações e contextos em que o sexo entre homens se dá (World Health Organization, 2015).

Nos processos de saúde-doença, a noção de vulnerabilidade compreende um conjunto de aspectos da vida do indivíduo que acarretam maior suscetibilidade à infecção ou ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos para se proteger de ambos. Assim, de acordo com Ayres e colaboradores (2009), torna-se adequado pensar as condições de saúde como “processos de saúde-doença-cuidado”. A vulnerabilidade perpassa as dimensões individual, social e institucional da

vida do sujeito, incluindo aspectos como comportamentos, fatores genéticos, valores, desejos, conhecimentos, normas sociais, relações de gênero, relações de raça, conjuntura política, entre outros (Ayres et al., 2009) .

Dessa forma, a vulnerabilidade dos HSH ao HIV/Aids pode ser explicada por diversos fatores. Quanto a aspectos biológicos, o sexo anal receptivo apresenta alto risco para infecção pelo HIV se comparado com outras práticas sexuais, pois a mucosa anal não possui barreira de imunidade humoral (a qual está presente na secreção vaginal, por exemplo); a mucosa anal também é mais suscetível a traumas e lesões, facilitando a transmissão. Somado a isso, os HSH podem realizar a “versatilidade sexual”, ou seja, ora realizar sexo anal receptivo, ora realizar sexo anal insertivo, facilitando a transmissão (Baggaley et al., 2010).

O sexo entre homens continua incompreendido, temido e discriminado em determinados espaços e regiões do mundo. Dessa forma, esse contexto social contribui para a vulnerabilidade dos HSH ao HIV/Aids. A discriminação em relação a práticas homossexuais marginaliza os indivíduos, tornando-os menos aptos a tomarem ações de prevenção e cuidado e, portanto, mais vulneráveis ao adoecimento (Altman et al., 2012). Uma das possíveis consequências de enfrentar preconceito e estigma em relação à sexualidade é a internalização de percepções negativas a respeito da homossexualidade, o que é chamado de “heterossexismo internalizado” ou “homofobia internalizada” (Kashubeck-West and Szymanski, 2008). Hatzenbuehler e colaboradores (2008) encontraram associação entre esse quadro e o número de parceiros e o número de vezes que foi realizado sexo desprotegido. Kashubeck-West e Szymanski (2008) discutem sobre o conceito de “heterossexismo internalizado” e sua associação a comportamentos de risco. Aplicando questionários a uma amostra de HSH, o estudo destes autores mostrou a associação entre heterossexismo internalizado e relações sexuais desprotegidas, sendo esta associação mediada por expectativas em relação ao uso de substâncias. Ainda, em outro estudo, a homofobia internalizada foi analisada como uma barreira à prevenção do

HIV, sendo associada ao menor envolvimento de indivíduos na comunidade gay e em atividades de prevenção (Huebner et al., 2002).

As relações sociais estão sempre mediadas pelas diversas instituições sociais, as quais são capazes de ampliar ou reduzir vulnerabilidades, determinando leis, políticas públicas e organização de serviços (Ayres et al., 2009). A criminalização da homossexualidade ou, de forma oposta, o combate à homofobia são exemplos de fatores estruturais, de ordem política, que estão relacionados à vulnerabilidade do grupo (Altman, 2012). Arreola e colaboradores (2015) realizaram um estudo mostrando que o acesso à prevenção está associado a experiências individuais de percepção de estigma e a fatores estruturais; a partir de um inquérito online com HSH de 115 países, foi visto que o menor acesso a preservativos, lubrificantes e testagem para HIV estava relacionado à maior percepção de estigma, presença de políticas de criminalização da homossexualidade e menor investimento em serviços de HIV.

No Brasil, a vulnerabilidade dos HSH se reflete na prevalência de HIV/Aids do grupo. Em 2009, a prevalência de HIV na população HSH foi estimada em 14,2% (intervalo de confiança de 95%: 12,1 a 16,6%) (Kerr et al., 2013). Um estudo recente apontou aumento neste número, estimando a prevalência em 18,4% no ano de 2016 (intervalo de confiança de 95%: 15,4 a 21,7%), sendo que a prevalência na população brasileira geral foi estimada em 0,37% (Szwarcwald et al, 2015).

Partindo do reconhecimento de que populações específicas apresentam diferenças nos modos como são afetadas pelo HIV, o Ministério da Saúde recomenda que haja priorização dos esforços de prevenção em alguns segmentos populacionais específicos, como os HSH, que são consideradas populações-chave e prioritárias (Brasil, 2017).

Panorama histórico das políticas de prevenção ao HIV/Aids no Brasil

O primeiro caso de Aids no Brasil foi identificado em 1982. Até 1986, a maioria dos casos eram homens homo/bissexuais com maior nível de

escolaridade. Assim, a primeira resposta governamental à epidemia de Aids no Brasil foi demandada por grupos militantes gays, como o grupo Somos², Outra Coisa³ e Grupo Gay da Bahia⁴. A partir disso, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo criou o Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo, o primeiro estabelecido no Brasil (Brasil, 1998; Galvão, 2000).

O surgimento do HIV/Aids no Brasil coincidiu com um momento de intensa mobilização política e social, afinal o país estava passando pelo processo de redemocratização com o final da ditadura militar. Nesse sentido, ocorria o fortalecimento dos movimentos sociais e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, as primeiras iniciativas no combate ao HIV/Aids já ocorreram em um contexto de profundas mudanças na organização do sistema de saúde brasileiro, em que a saúde deixava de ter um caráter assistencialista e previdenciário, e passava a ser vista como direito de todos e dever do Estado (Mattos, 1999; Monteiro and Villela, 2009). De acordo com Mattos (1999), as medidas de controle do HIV/Aids não se pautaram apenas na perspectiva epidemiológica, mas também na da garantia dos direitos dos pacientes.

Na luta pela implementação de políticas públicas para controle da Aids, destacaram-se alguns atores sociais, como os setores progressistas da saúde pública, Organizações Não-Governamentais, universidades, conselhos de medicina e igrejas. Ou seja, houve importante pressão da sociedade civil em relação a essa demanda. Assim, para atender à crescente mobilização, foi criado o Programa Nacional de DST e Aids (PN-DST/AIDS) em 1988, sendo integrado ao SUS nos anos seguintes (Monteiro and Villela, 2009).

² O SOMOS – Grupo de Afirmação Homossexual foi fundado em São Paulo em 1978. O grupo era formado por intelectuais que estavam descontentes com a vida “de gueto” a qual os homossexuais estavam subordinados. Este foi o primeiro grupo reconhecido na bibliografia como tendo uma proposta de politização da homossexualidade. (Facchini, 2003; Prata, 2009)

³ O Outra Coisa surge a partir de um “racha” do Grupo Somos em 1980. Cf. Facchini, 2003, p.91.

⁴ O Grupo Gay da Bahia surge no final dos anos 70 para lutar pela livre expressão da sexualidade; o grupo teve importantes e pioneiras ações de prevenção da AIDS no Brasil. Cf. Prata, 2009, p.18.

A partir de 1992, é observado um alinhamento entre as demandas da sociedade civil e das ações do Estado (Facchini, 2003). O Programa Nacional tornou-se responsável pela elaboração das políticas e estratégias de prevenção e de assistência ao HIV/Aids e também a outras ISTs, sendo capaz de promover articulação de parcerias entre o governo, organizações da sociedade civil, setor privado e agências internacionais de cooperação que visassem o controle dessas doenças (Brasil, 1998).

As diretrizes do Programa Nacional de DST/Aids propuseram três componentes para o programa: (1) Promoção, Proteção e Prevenção; (2) Diagnóstico e Assistência; e (3) Desenvolvimento Institucional e Gestão (Coordenação Nacional de DST e Aids, 1999). O primeiro componente diz respeito ao tema deste trabalho. Assim, cabe destacar que, a partir dessa organização da resposta brasileira à epidemia nos anos 90, a prevenção para a população é colocada como peça fundamental no combate ao HIV/Aids.

De acordo com essas diretrizes do PN-DST/AIDS, dentre as condições essenciais para a promoção da saúde constava o acesso à rede de saúde e aos insumos de prevenção às ISTs. Uma das estratégias de prevenção do programa era (e se mantém até hoje) o “estímulo à demanda e promoção ao acesso a dispositivos de prevenção”. O documento destaca a importância do preservativo:

Promoção ao Uso do Preservativo: O preservativo constitui o principal insumo de prevenção para a redução das taxas de infecção pelo HIV. Estudos realizados com diferentes segmentos populacionais têm demonstrado a necessidade de se aumentarem a demanda e a adesão da população, consideradas a importância do controle da transmissão sexual do HIV e a necessidade de fomentar o uso do preservativo nas relações sexuais com penetração, sobretudo nas relações eventuais (Coordenação Nacional de DST e Aids, 1999).

Para a promoção do insumo, o Programa previa ações, como: a oferta gratuita, a distribuição e o gerenciamento logístico do preservativo masculino; marketing social e campanhas de promoção ao uso do preservativo; desenvolvimento de redes de distribuição apoiadas em base

comunitárias; realização de estudos de aceitabilidade, demanda e consumo de preservativos; entre outras (Coordenação Nacional de DST e Aids, 1999).

É importante destacar que essas ações de prevenção e controle do HIV/Aids foram facilitadas por projetos do Banco Mundial, os quais forneceram empréstimos para o país. O primeiro projeto, o AIDS I, foi um acordo de empréstimo no valor de 160 milhões de dólares, cuja vigência foi de 1994 a 1998. Este projeto, co-financiado com o Ministério da Saúde, tinha dois enfoques principais: reduzir a incidência e transmissão do HIV/Aids, e fortalecer as instituições públicas e privadas no combate a AIDS e outras ISTs (Brasil, 1998). Entre 1998 e 2003, foi executado o projeto AIDS II, que tinha objetivos principais semelhantes, e incluía a expansão do acesso e melhoria da qualidade de diagnóstico, tratamento e cuidado de pessoas vivendo com HIV/Aids e outras ISTs; posteriormente outros projetos e financiamentos foram pactuados entre o Banco Mundial e o Ministério da Saúde para o combate da epidemia (World Bank, 2004).

De acordo com os relatórios do Banco Mundial (World Bank, 2004), várias ações de prevenção foram financiadas pelos projetos AIDS I e AIDS II; houve a implementação de cursos de prevenção direcionados para profissionais da saúde, atingindo mais de 8.000 profissionais; realizaram-se 27 campanhas nacionais educativas veiculadas pela mídia; recursos foram transferidos para ONGs, financiando 2.153 projetos de prevenção voltados para populações específicas; entre outros.

Em relação à oferta de preservativos, de 1993 a março de 1998, o projeto AIDS I comprou e distribuiu 136 milhões de preservativos. De acordo com o relatório do Banco Mundial, esforços para reduzir os impostos de importação de camisinhas foram iniciados durante o AIDS I, e continuaram durante o AIDS II.

Durante o projeto AIDS II, os preservativos distribuídos pelo Ministério da Saúde aumentaram de 77 milhões para 270 milhões entre 2000 e 2003. As camisinhas foram disponibilizadas para a população por meio de intervenções, iniciativas de marketing e distribuição pelo Ministério da Saúde.

O relatório do Banco Mundial destaca que os empréstimos apoiaram a melhoria e expansão de atividades de prevenção de última geração, mantendo um foco sobre grupos de alto risco, incluindo os HSH. A prevalência de HIV nessa população, entre 1994 e 1999, foi estimada em 10,8%. Assim, entre 1998 e 2003, foram realizadas 486 intervenções direcionadas para a população HSH. Estima-se que essas intervenções atingiram 3.200.000 de HSH, ou seja, 96% dessa população na época (World Bank, 2004). Muitas destas intervenções e projetos foram executados por ONGs; essas instituições se encarregaram de uma grande parcela do trabalho de prevenção, pois foram reconhecidas como efetivas para alcançar grupos estigmatizados e marginalizados (World Bank, 2004). Dessa forma, o financiamento do Banco Mundial foi importante também para o fortalecimento de ONGs de apoio à comunidade gay e, portanto, para o fortalecimento do movimento homossexual (Facchini, 2003).

O HIV/Aids propiciou um importante debate social acerca da sexualidade e da homossexualidade; o combate à epidemia instituiu políticas públicas de saúde envolvendo a comunidade homossexual, e fortalecendo esse grupo (Facchini, 2003). A partir daí, a primeira década dos anos 2000 foi marcada por importantes conquistas para os HSH, como a criação do “Brasil sem Homofobia”. Este programa foi criado em 2004, tendo como objetivo principal “promover a cidadania de gays, lésbicas, travestis, transgêneros e bissexuais, a partir da equiparação de direitos e do combate à violência e à discriminação homofóbicas, respeitando a especificidade de cada um desses grupos populacionais” (Conselho Nacional de Combate à Discriminação, 2004). O “Brasil Sem Homofobia” foi um marco importante na área da Saúde, pois o seu programa de ações prevê, entre outras ações, a consolidação de atendimento e tratamentos igualitários, acolhendo as especificidades de saúde desta população.

Em 2007, em consonância com os princípios do “Brasil Sem Homofobia”, é criado o “Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e DST entre Gays, outros Homens que fazem Sexo com Homens e Travestis”, que trouxe propostas de metas e atividades para serem

desenvolvidas no período de 2007 a 2011 e a indicação de desenvolvimento de planos por estados e municípios (Programa Nacional de DST e Aids, 2007).

Calazan e colaboradores (2018) realizaram uma análise dos documentos que fundamentam políticas de prevenção do HIV/Aids voltados a gays e outros HSH. Foram selecionados documentos produzidos pelo governo federal acerca das políticas, dos serviços e das ações de saúde, cuidado e prevenção do HIV/Aids direcionados ou que remetem a tal população; além de materiais referentes a políticas mais amplas e estruturantes relativas à saúde integral e à promoção da cidadania de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT). A análise abrangeu materiais produzidos entre 1996 e 2017. Segundo a análise dos autores, os documentos identificados mostram pequena formalização das políticas públicas de prevenção. A maioria dos materiais tem caráter predominantemente pedagógico, apresentando diretrizes, subsídios e orientações para o desenvolvimento das práticas preventivas por profissionais de saúde e de outras áreas, assim como por ativistas e militantes. Os autores consideraram que os documentos governamentais identificados se caracterizam como disposições administrativas, podendo, mais facilmente, ser revogados na alternância de gestores.

Ainda assim, ao longo de sua trajetória, a política brasileira de prevenção da Aids assumiu lugar de destaque internacional, por refletir posicionamentos inovadores em defesa dos direitos sociais, inclusão social, respeito e legitimação das diferenças, cidadania, entre outros (Sampaio and Araújo Jr, 2006). A história das políticas públicas de prevenção do HIV/AIDS no Brasil mostra que a implementação dessas políticas foi inicialmente fruto da articulação existente entre as esferas governamentais e a sociedade civil organizada (Monteiro and Villela, 2009).

Em 2009, o Programa de DST/AIDS do Ministério da Saúde passou a integrar a estrutura da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) como Departamento, tornando-se Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e Hepatites Virais (DIAHV). De acordo com

Cartaxo (2018), essa mudança aumentou o patamar da política de Aids dentro do Estado. O departamento se tornou “não apenas uma política de governo, mas também uma política de Estado, garantindo a continuidade da resposta à epidemia de HIV em longo e médio prazo”.

Na perspectiva da saúde como direito de todos, o Brasil oferece até hoje preservativos, testagem e antirretrovirais gratuitamente. O investimento em prevenção e tratamento simultaneamente permitiu o controle da Aids na população brasileira geral (Susan, 2006).

Vale destacar, contudo, que as políticas públicas do HIV/ Aids têm mostrado retrocessos desde 2010. O país tem vivido uma forte crise política e econômica, marcada pelo avanço de setores conservadores da sociedade. Um exemplo disso é a eleição de políticos da chamada “bancada BBB”, cuja sigla faz referência aos interesses do grupo – boi, bala e bíblia, e que compreende políticos conservadores e religiosos (Montenegro et al., 2020). Nesse sentido, em 2012, o Ministério da Saúde censurou uma campanha de prevenção cujo alvo eram jovens HSH; e em 2013, um material sobre educação sexual para escolas públicas também foi censurado. Esses episódios refletem retrocessos no combate à discriminação de minorias sexuais e enfraquecem o diálogo com a população sobre saúde sexual (Malta and Beyrer, 2013). Esses fatores contribuem para uma resposta à epidemia mais desorganizada, menos aderente aos direitos humanos e com menor participação social (Côrrea, 2016). Segundo Grangeiro (2016), os últimos anos foram marcados pela redução de: matérias e notícias sobre o HIV/Aids veiculadas pelos meios de comunicação; ações preventivas para populações mais vulneráveis ao HIV; distribuição do preservativo em ambiente escolar e em locais de trabalho; das atividades desenvolvidas por organizações não governamentais; entre outras. O autor propõe que o menor envolvimento da sociedade simboliza um forte rompimento com um dos principais sustentáculos que levou o Brasil a diversos resultados positivos em anos anteriores.

Por fim, em relação ao cenário atual, cabe destacar que, em 2019, o governo federal modificou a estrutura do departamento, que agora é denominado Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções

Sexualmente Transmissíveis (Brasil, 2019). Ainda hoje, o departamento tem como objetivos principais reduzir a transmissão do HIV, das infecções sexualmente transmissíveis e das hepatites virais, e melhorar a qualidade de vida das pessoas que vivem com essas infecções, tendo como um de seus eixos o acesso universal aos medicamentos, preservativos e outros insumos estratégicos (Brasil, 2020b). No entanto, a junção da Aids e outras ISTs às doenças de condição crônica representa uma grande perda de espaço, protagonismo e autonomia desta política na esfera governamental.

O preservativo masculino

De acordo com uma publicação do Ministério da Saúde que informa sobre o modelo de prevenção ao HIV/Aids mais recente (Brasil, 2017), o preservativo masculino, popularmente conhecido como “camisinha”, é uma ferramenta de prevenção ao HIV/Aids, considerado um método de barreira física. Os preservativos, quando fabricados de acordo com os parâmetros de qualidade, e desde que livres de perfurações, são os métodos mais eficazes contra a infecção pelo HIV. Além disso, estes insumos previnem outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), ou seja, seu uso contribui para a saúde sexual e reprodutiva dos indivíduos.

A camisinha é um insumo de prevenção de fácil utilização e apresenta baixo custo, além de não necessitar de prescrição para sua utilização (Beksinska et al., 2019). No Brasil, como foi apresentado na seção anterior, houve investimentos na promoção do uso de preservativo desde o início do combate à epidemia, tanto em sua distribuição quanto em campanhas informativas com auxílio da mídia (Brasil, 2020a; World Bank, 2004). Assim, segundo a Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 2013 (PCAP 2013), 95% da população brasileira sabe que o uso de preservativo é a melhor maneira de evitar a infecção pelo HIV, independentemente da escolaridade (Brasil, 2016). Os preservativos são o método de prevenção ao HIV e outras ISTs mais conhecido, de maior acesso,

aceitação e frequência de uso e que apresenta o menor número de efeitos adversos (Grangeiro et al., 2015).

Quanto à utilização, um estudo de 2008 registrou um aumento do uso do preservativo entre os anos de 1998 e 2005 (Berquó et al., 2008). A PCAP 2013 informa que 23,5% dos brasileiros sexualmente ativos entre 15 e 64 anos utilizaram preservativo em todas as relações sexuais nos últimos 12 meses; levando em conta somente parcerias casuais, a porcentagem sobe para 54,9% (Brasil, 2016). Em relação aos HSH, em 2016, um estudo realizado em 12 cidades brasileiras estimou o percentual de homens que realizou sexo anal receptivo desprotegido nos seis meses anteriores à pesquisa, totalizando 36,4% (Guimarães et al., 2018)

Diretrizes publicadas por instituições de referência, como a UNAIDS e o Ministério da Saúde, destacam a promoção e a distribuição gratuita de preservativo como importantes ferramentas para explorar o potencial de prevenção do insumo (Brasil, 2017; UNAIDS, 2016).

A distribuição de preservativo no Brasil

O oferecimento de preservativo gratuito integra o conjunto de estratégias de prevenção ao HIV/Aids, e permite que os indivíduos mais vulneráveis à infecção possam utilizar este método de prevenção ao HIV e a outras ISTs. De acordo com a UNAIDS, para a redução da incidência do HIV/Aids nos próximos anos, uma das prioridades dos planos de ação deve ser o preservativo, sendo o planejamento da distribuição do insumo fundamental (Dehne et al., 2016).

Uma revisão sistemática sobre intervenções para distribuição de preservativo, incluindo estudos de 1988 a 2007, mostrou que as intervenções que aumentam a disponibilidade e a acessibilidade de preservativos aos indivíduos ou a uma comunidade são eficazes em aumentar o uso do preservativo (Charania et al., 2011).

Estudos realizados com diferentes metodologias e com diferentes populações foram capazes de ilustrar que a oferta do preservativo está

associada ao seu uso. Pesquisas realizadas com estudantes de Ensino Médio estadunidenses, por exemplo, demonstraram que alunos que estudavam em escolas que possuíam distribuição de preservativo tinham mais chance de usar preservativo na última relação sexual do que alunos que estudavam em escolas sem distribuição de preservativo. Os estudos apresentaram razões de chance de 2,1 (IC95%: 1,5 – 2,9) e 1,3 (IC95%: 1,2 – 1,5) (Blake et al., 2003; Guttmacher et al., 1997).

A associação entre disponibilidade e uso do preservativo foi demonstrada também em estudos com populações de alto risco para HIV/Aids. Foi realizado um estudo a respeito do comportamento sexual de profissionais do sexo que trabalham na estrada que liga a cidade de Mombasa (Quênia) a Kampala (Uganda). As mulheres do Quênia tiveram 2,54 mais chances (IC95%: 1,89 – 3,41) de utilizar preservativo do que as mulheres de Uganda; ao mesmo tempo, 25% dos estabelecimentos da estrada (como bares e pousadas) no Quênia possuíam dispensadores de preservativo, comparados a 1% dos estabelecimentos de Uganda ($p < 0,01$) (Morris et al., 2009).

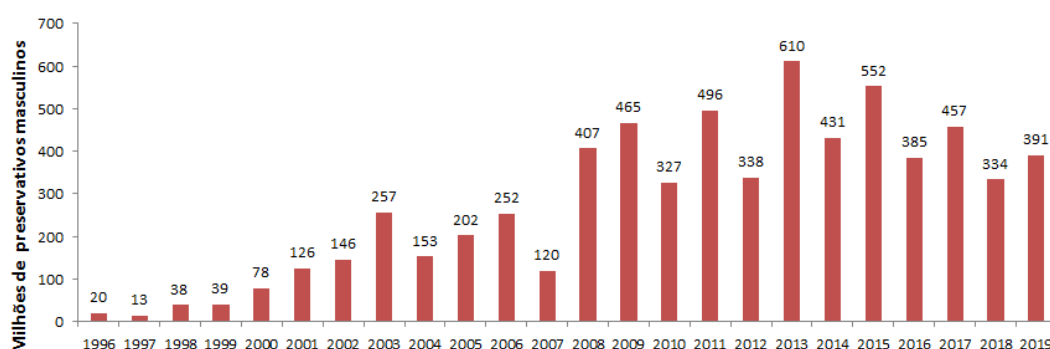
Além da oferta em locais específicos, o acesso a preservativos pode se dar através de redes sociais. Na África do Sul, os serviços de saúde oferecem preservativos, contudo muitas pessoas têm dificuldade de acessar o setor. Por isso, se estabeleceu uma distribuição informal de preservativo através de redes sociais fora dos serviços de saúde; um estudo avaliou essa forma de oferta, e mostrou que obter preservativo por essa rede informal de distribuição esteve associado ao uso recente do insumo, aumentando a chance de uso em 53% (IC95%: 1,11 – 2,11) (Myer et al., 2002).

A UNAIDS destaca a importância da distribuição de preservativos para os grupos mais vulneráveis ao HIV/Aids, a fim de reduzir as taxas de HIV e outras ISTs (UNAIDS, 2015). Em relação aos HSH, um estudo realizado nos Estados Unidos mostrou que a aquisição de preservativo gratuito reduziu em 9% (IC95%: 4% – 15%) a chance de homens que fazem sexo com homens realizarem sexo anal desprotegido ao longo de 12 meses (Khosropour and Sullivan, 2013).

Dessa forma, planejamento e investimento em distribuição de preservativo para a população são estratégias importantes no combate ao HIV/Aids. Na América Latina, todos os países possuem políticas de distribuição de preservativos para HSH. O Brasil se destaca por oferecer gratuitamente todas as intervenções de prevenção ao HIV/Aids disponíveis e preconizadas por evidências científicas; além disso, atualmente todo o investimento em prevenção é financiado pelo próprio governo brasileiro, sem a utilização de fundos internacionais (Pan American Health Organization and UNAIDS, 2017).

Como já mencionado na seção anterior, a distribuição de preservativo gratuito no país foi, desde os anos 90, uma das estratégias de prevenção utilizada pelo Ministério da Saúde, e que se mantém até hoje. A distribuição do insumo iniciou em 1994 (Dourado et al., 2015). A figura 2 mostra o número de preservativos distribuídos anualmente no Brasil desde 1996 de acordo com os relatórios do Ministério da Saúde. Apesar das flutuações ao longo dos anos, identifica-se uma tendência de aumento no número de preservativos ofertados até 2009. A partir daí, observa-se oscilações a cada ano, variando aproximadamente entre 300 e 600 milhões de preservativos por ano.

Figura 2 - Número em milhões de preservativos distribuídos gratuitamente pelo Ministério da Saúde por ano



Fonte: elaborado pela autora a partir dos dados disponíveis no site do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis⁵

⁵ O Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis produz anualmente o relatório da distribuição de preservativos no Brasil; esses documentos foram encontrados por meio de pesquisa no site: <http://www.aids.gov.br/>.

O atual modelo de prevenção do HIV preconizado é a Prevenção Combinada. Este modelo pretende ofertar aos indivíduos diferentes estratégias biomédicas além da já bem conhecida camisinha, como o conhecimento do status sorológico por meio de testagem regular, e o uso de tratamento como profilaxia. Ainda assim, o Ministério da Saúde recomenda que o uso de preservativo seja estimulado mesmo quando outros métodos são utilizados (Brasil, 2017).

De acordo com o Ministério da Saúde, o acesso aos preservativos deve se dar de forma simples, sem dificuldades de acesso. A oferta deve ser realizada sem restrições, sem limitações de quantidades de retiradas e sem exigência de documentos de identificação (Brasil, 2017).

Ainda que a oferta de camisinha gratuita seja realizada, a forma como ela é feita continua em pauta para vários segmentos populacionais (Paiva et al., 2020; Taquette, 2010). Na cidade do Rio de Janeiro, foi realizado um estudo com jovens vivendo com HIV/Aids para analisar as suas concepções sobre como prevenir a infecção pelo HIV; os entrevistados enfatizaram, em relação a ações programáticas, a necessidade de distribuição de preservativos em larga escala, de forma desburocratizada e sigilosa, sem identificação de quem está pegando, ainda que as questões relativas à distribuição nas escolas ou voltada para jovens tenha dividido opiniões (Taquette and Souza, 2019).

Poucos estudos têm avaliado a distribuição gratuita de preservativos em relação aos locais em que se dá a distribuição e ao uso que a população faz dessa política de prevenção. Um dos estudos que preenche essa lacuna da literatura é a PCAP 2013 (Brasil, 2016), que inquiriu sobre o acesso a preservativo nos últimos 12 meses. Em relação à amostra de homens sexualmente ativos, independente da orientação ou práticas sexuais, 63,7% acessaram preservativos gratuitos ou comprados no período. 28,3% dos homens afirmaram que acessaram preservativo por meio da distribuição gratuita em serviço da saúde; 3,4% afirmaram que acessaram preservativo gratuito por ONGs; e 4,2% acessaram de graça em outros locais. A compra de preservativo nos últimos 12 meses foi feita por 34,2% dos entrevistados. De

acordo com esses dados, ainda que a maior parte do acesso de homens a preservativos ocorra por meio da compra, os serviços de saúde representam um importante local para o acesso à prevenção.

Fatores associados à obtenção de preservativo gratuito

A distribuição de preservativo gratuito, enquanto política pública de prevenção ao HIV/Aids, é uma ação bem estabelecida no Brasil, sendo realizada há mais de 20 anos. O valor desta estratégia é reconhecido pelo Ministério da Saúde, pela UNAIDS e pela literatura do tema, de acordo com documentos já citados nesta revisão, que reconhecem o direito a insumos de prevenção como política importante para o combate ao HIV/AIDS. Portanto, este trabalho não pretendeu avaliar o impacto da distribuição de preservativo, a fim de justificar sua existência; mas analisou como uma das populações mais atingidas pelo HIV/Aids tem acessado a distribuição de preservativo gratuito, a fim de sugerir melhorias em processos.

As atuais diretrizes do Ministério da Saúde para a oferta de preservativo sugerem a incorporação de abordagens mais inovadoras e que dialoguem com a autonomia dos usuários, considerando as singularidades de cada um. Para tanto, é preciso conhecer os fatores e determinantes sociais que podem interferir nos objetivos da ação de prevenção, que, nesse caso, prevê o amplo acesso ao preservativo (Brasil, 2017).

O presente trabalho utilizou a “obtenção” de preservativo gratuito por homens que fazem sexo com homens como desfecho de análise, o que corresponde a ter pego ou recebido preservativo gratuito. Assim, a obtenção e outras expressões relacionadas, como aquisição ou acesso, foram usadas para nortear essa etapa de revisão da literatura. Foram identificados três trabalhos que avaliaram os fatores relacionados à obtenção de preservativo. Um dos artigos foi realizado com uma amostra de HSH estadunidenses (n=2.893), que responderam a um inquérito online. Dentre os participantes, 59% adquiriram camisinha gratuita no ano anterior à pesquisa, o que foi associado a ser mais jovem, ter maior escolaridade, ter sido testado para HIV no ano anterior à

pesquisa e ter maior número de parceiros sexuais (Khosropour and Sullivan, 2013).

O segundo artigo avaliou o acesso a preservativos de outra população-chave – trabalhadoras do sexo em Shenzhen, cidade do sudeste chinês (Cai et al., 2015). Os fatores associados ao acesso à distribuição de preservativo foram ser mais velha e ser trabalhadora do sexo há mais tempo. O terceiro estudo avaliou o mesmo grupo-chave (n=6.465), porém em um dos estados da Índia (Andhra Pradesh). Nessa população, a distribuição de preservativos é feita em grande parte por ONGs. Os fatores associados à obtenção do insumo foram: ser mais jovem e participar de grupo de apoio a profissionais do sexo (Kumar et al., 2006).

Cabe ainda citar um artigo que avaliou a testagem para HIV no último ano em trabalhadoras do sexo no Irã. Um dos fatores associados a esse desfecho foi ter recebido preservativo gratuito no último ano. Por se tratar de um estudo transversal, não é possível fazer inferência de causalidade, portanto essa associação é interessante para o escopo deste trabalho (Shokoohi et al., 2016).

Na literatura brasileira, a PCAP 2013 mostrou fatores associados ao acesso a preservativo gratuito pela população sexualmente ativa de 15 a 64 anos, comparando aqueles que obtiveram o insumo pelo menos uma vez na vida com aqueles que não obtiveram. O acesso ao preservativo gratuito foi maior entre aqueles que: são mais jovens, não vivem com companheiro, tem ensino médio completo, são de classe econômica superior, residem em área urbana, declaram-se não religiosos, trabalham e acessam a internet (diferença entre os grupos estão disponíveis na Tabela 1). A raça foi um fator sociodemográfico que não apresentou associação com a obtenção de preservativo. Infelizmente, o estudo não discriminou o inquirido por orientação sexual (Brasil, 2016).

A tabela 1 mostra o compilado de fatores associados à obtenção de preservativo gratuito conforme os artigos citados acima. Todos são estudos transversais, e quatro dos cinco trabalhos apresentados foram realizados com populações vulneráveis ao HIV/Aids; porém somente um deles investigou os

HSH, evidenciando uma lacuna na literatura. Fatores associados à obtenção de preservativo que aparecem em mais de um estudo são: (i) a idade, ainda que não haja um consenso em relação à direção da associação; (ii) a escolaridade, sendo que possuir mais anos de estudo aumenta a chance de obter preservativo; e (iii) ter realizado teste de HIV no último ano.

Tabela 1 – Dados de artigos que apresentaram fatores associados à obtenção de preservativo gratuito

Autor, ano de publicação	Amostra (n)	Desenho do estudo e amostragem	Desfecho	Medidas de associação	Fatores associados à obtenção de preservativo gratuito
Brasil, 2016	Indivíduos de 15 a 64 anos residentes do Brasil (12.000)	Transversal; amostra probabilística	Acesso a preservativo gratuito pelo menos uma vez na vida	<p>Frequência dos indivíduos que obtiveram preservativo e que não obtiveram**:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 63,7% dos homens X 41,9% das mulheres - 67,4% dos que não viviam com companheiro X 43,3% dos que viviam sem companheiro - 76,9% entre 15 a 24 anos X 24,9% entre 60 a 64 anos - 60,7% dos que possuem ensino médio completo X 28,3% dos que possuem fundamental incompleto - 62,9% dos que se consideram religiosos X 49,8% dos que não se consideram - 57,9% dos que trabalham X 44,5% dos que não trabalham - 58,2% da classe A/B X 42,5% da classe D/E - 54,2% da zona urbana X 44,2% da zona rural - 63% dos que acessam internet X 40% dos que não acessam internet 	<ul style="list-style-type: none"> - Sexo: homem - Situação conjugal: não viver com companheiro - Idade: ser mais jovem - Escolaridade: mais anos de estudo - Religiosidade: Não ter - Situação de trabalho: empregado - Classe social: alta - Zona de residência: urbana - Acesso a internet: sim

Shokoohi et al., 2016	MPS, 18 anos ou mais, residentes em cidades do Irã (714)	Transversal; amostra por conveniência	Testagem para HIV no último ano	Razão de chances (IC95%)*: - ter obtido preservativo gratuito no último ano: 3,90 (1,67 – 9,14)	- Ter realizado teste de HIV no último ano
Cai et al., 2015	MPS, ≥16 anos, em Shenzhen – China (1656)	Transversal; amostra por conveniência	Não obter intervenções relacionadas à prevenção do HIV no último ano, exemplo: promoção de preservativo e aconselhamento.	Razão de chances (IC95%)*: - Idade (crescente): 0,97 (0,95–0,99) - Trabalhar < 1 mês na prostituição X Trabalhar > 1 ano (ref): 3.23 (2,27 – 4,76)	- Idade: ser mais velha - Tempo de trabalho na prostituição: mais tempo
Khosropour & Sullivan, 2013	HSH, ≥18 anos, Estados Unidos (2893)	Transversal, amostra por conveniência	Aquisição de preservativo gratuito no último ano	Razão de chances (IC95%)*: - Não ter realizado Ensino médio: 0,74 (0,55 – 1,00) - Teste de HIV no último ano: 1,37 (1,28 – 1,47) - Nº parceiros sexuais nos últimos 12 meses – 5 ou mais X 1 ou 2 (ref): 1,30 (1,20 – 1,39)	- Escolaridade: mais anos de estudo - Ter realizado teste de HIV no último ano - Número de parceiros sexuais: maior
Kumar et al., 2006	MPS, ≥16 anos, Andra Pradexe – Índia (6465)	Transversal, amostra por conveniência	Acesso a preservativos gratuitos nos últimos 15 dias	Razão de chances (IC95%)**: - 30 a 54 anos X 16 a 30 anos (ref): 0,75 (0,60 – 0,94) - Participar de grupo de apoio: 3,74 (1,54 – 9,09)	- Idade: ser mais jovem - Participação em grupo de apoio

HSH: homens que fazem sexo com homens; MPS: mulheres profissionais do sexo; IC95%: intervalo de confiança de 95%. Valores de p: *p<0,05; *p=0,003; **p<0,001.

As variáveis escolhidas para a análise deste trabalho são contempladas pela figura 3, e se relacionam com as presentes hipóteses. As análises trazem comparações entre os HSH que obtiveram preservativo gratuito nos últimos 12 meses e os que não obtiveram, quanto a: (a) características sociodemográficas, (b) características comportamentais e (c) características de acesso a serviços de saúde.

Figura 3 – Variáveis utilizadas nas análises no estudo “Análises da distribuição de preservativo gratuito para homens que fazem sexo com homens a partir de um questionário comportamental”



Fonte: elaborada pela autora

Levando em conta a literatura de determinantes sociais de saúde, e sabendo que as condições de vida estão relacionadas com situações de saúde (Buss and Pellegrini Filho, 2007), as análises sobre a obtenção de preservativo gratuito levaram em conta as seguintes características sociodemográficas dos HSH: idade, escolaridade, renda, cor e situação conjugal. Além disso, os artigos citados nessa revisão, conforme tabela 1, já demonstraram que fatores sociodemográficos, sobretudo a idade e a escolaridade, influenciam a obtenção de preservativo.

Sabe-se que os serviços de saúde são os principais locais de oferta de preservativo gratuito no Brasil (Brasil, 2020; Brasil, 2017). Assim, uma das hipóteses deste trabalho é de que a interação dos HSH com os serviços de saúde pode influenciar a obtenção de preservativo. Nesse sentido, cabe avaliar se os HSH que obtiveram preservativo gratuito realizaram consulta médica no mesmo período de tempo; e se eles acessaram serviços públicos e/ou privados. Além disso, o diagnóstico de ISTs e a realização de testagem são momentos oportunos para o oferecimento de insumos de prevenção por parte dos profissionais de saúde (Brasil, 2017), então essas experiências também foram incluídas na análise.

Algumas variáveis comportamentais foram incluídas, como: participação em ONG e ter hábito de comprar preservativo. As ONGs de

apoio LGBT ou de apoio ao HIV/Aids, bem como os serviços de saúde, são locais que podem oferecer preservativo, então a participação em ONG foi incluída na análise. A compra de preservativos é também uma forma comum de acesso ao insumo (Brasil, 2016), e se hipotetiza que pode concorrer com a obtenção gratuita.

Justificativa

A prevenção do HIV/Aids tem se modificado ao longo do tempo, oferecendo aos HSH, além das ferramentas tradicionais, como os preservativos, novas tecnologias, como o uso de antirretrovirais. Frente a essas novas opções, é importante entender como a população HSH tem se relacionado com a oferta do preservativo. Considerar a realidade do sujeito a que se destina uma política é necessário para promover uma melhor adequação da intervenção e, conseqüentemente, maiores êxitos (Sampaio; Araújo Jr, 2006).

Análises epidemiológicas permitem o estudo da distribuição e dos determinantes de estados ou eventos relacionados à saúde em populações específicas. (Last; Abramson; International Epidemiological Association, 1995). Uma população é dividida em categorias, e busca-se identificar associações probabilísticas regulares e estatisticamente significantes entre tais grupos e o fenômeno em estudo (Ayres et al., 2009). De acordo com Ayres, as categorias construídas em estudos epidemiológicos auxiliam a analisar determinadas situações de saúde, mas, por serem categorias artificiais, devem ser interpretadas a partir do conceito de vulnerabilidade. A ideia de vulnerabilidade deve ser utilizada para entender as variáveis das análises de risco à luz de seus significados sociais concretos. Nesse sentido, o presente trabalho propôs categorias de comportamentos e de características dos HSH, construídas a partir de um questionário, como ponto de partida para analisar a interação desses indivíduos com uma política de prevenção ao HIV/Aids.

Para atingir a redução dos índices de HIV/Aids na população HSH não basta o acúmulo de conhecimento biomédico e inovações tecnológicas; é

preciso pensar a forma de oferecimento dos serviços (Brasil, 2017). De acordo com Bonita e colaboradores (2006), até os dias de hoje, a Epidemiologia não tem preenchido o seu potencial no campo das decisões de políticas de saúde; os autores Sampaio e Araújo Jr. (2006) afirmam que grande parte das políticas públicas é desenvolvida a partir de preferências, predileções, orientações e expectativas de seus formuladores. Contudo, espera-se que os resultados e as discussões deste trabalho possam ser levados em conta nos processos de ampliação e inovação de políticas de prevenção ao HIV/Aids.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Identificar os fatores associados à obtenção de preservativo gratuito na população de homens que fazem sexo com homens (HSH).

Objetivos Específicos

- Comparar os HSH que obtiveram preservativo gratuito nos doze meses anteriores à pesquisa com HSH que não obtiveram, quanto a características sociodemográficas, comportamentais e de acesso a serviços de saúde;
- Mensurar a associação dos fatores sociodemográficos, fatores comportamentais e fatores relacionados ao acesso a serviços de saúde ao desfecho – obtenção de preservativo gratuito nos doze meses anteriores à pesquisa.
- Realizar levantamento dos principais locais em que os HSH obtiveram preservativo gratuito nos doze meses anteriores à pesquisa;
- Discutir possibilidades para melhorar o acesso a preservativos para a população HSH.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aggleton P, Parker R. Moving Beyond Biomedicalization in the HIV Response: Implications for Community Involvement and Community Leadership Among Men Who Have Sex with Men and Transgender People. *Am J Public Health* 2015;105:1552–8. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302614>.
- Alcamí J. [Introduction. A brief history of AIDS]. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2008;26 Suppl 11:1–4. [https://doi.org/10.1016/s0213-005x\(08\)76556-x](https://doi.org/10.1016/s0213-005x(08)76556-x).
- Altman D, Aggleton P, Williams M, Kong T, Reddy V, Harrad D, et al. Men who have sex with men: stigma and discrimination. *The Lancet* 2012;380:439–45. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60920-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60920-9).
- Arreola S, Santos G-M, Beck J, Sundararaj M, Wilson PA, Hebert P, et al. Sexual Stigma, Criminalization, Investment, and Access to HIV Services Among Men Who Have Sex with Men Worldwide. *AIDS Behav* 2015;19:227–34. <https://doi.org/10.1007/s10461-014-0869-x>.
- Ayres JR de CM, Calazans GJ, Saletti filho HC, Franca Junior I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. *Tratado de saúde coletiva* 2009.
- Baggaley RF, White RG, Boily M-C. HIV transmission risk through anal intercourse: systematic review, meta-analysis and implications for HIV prevention. *Int J Epidemiol* 2010;39:1048–63. <https://doi.org/10.1093/ije/dyq057>.
- Beksinska M, Wong R, Smit J. Male and female condoms: Their key role in pregnancy and STI/HIV prevention. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2019. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.12.001>.
- Berquó E, Barbosa RM, Lima LP de. Uso do preservativo: tendências entre 1998 e 2005 na população brasileira. *Revista de Saúde Pública* 2008;42:34–44.
- Blake SM, Ledsky R, Goodenow C, Sawyer R, Lohrmann D, Windsor R. Condom Availability Programs in Massachusetts High Schools: Relationships With Condom Use and Sexual Behavior. *Am J Public Health* 2003;93:955–62.
- Bonita R, Beaglehole R, Kjellström T. *Basic epidemiology*. 2. ed. Geneva: World Health Organization; 2006.
- Brasil. *Campanhas – Linha do tempo*. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020a.

<http://www.aids.gov.br/pt-br/centrais-de-conteudos/campanhas%E2%80%93linha-do-tempo> (accessed April 27, 2020).

Brasil. O que fazemos. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020b. <http://www.aids.gov.br/pt-br/o-departamento/o-que-fazemos> (accessed May 6, 2020).

Brasil. Preservativo. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020. <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/prevencao-combinada/preservativo> (accessed May 23, 2020).

Brasil. Boletim Epidemiológico de HIV e Aids 2019. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.

Brasil. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE. 2019.

Brasil. Prevenção Combinada do HIV: Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

Brasil. Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira - PCAP 2013 2016.

Brasil. Controle do HIV/Aids: a Experiência Brasileira. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.

Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis* 2007;17:77–93. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>.

Cai R, Tan J, Chen L, Looman CWN, Richardus JH, de Vlas SJ. Determinants of the low uptake of HIV-related intervention services by female sex workers in Shenzhen, China: an observational study (2009-2012). *Sex Health* 2015;12:257–62. <https://doi.org/10.1071/SH14189>.

Calazans GJ, Pinheiro TF, Ayres JR de CM, Calazans GJ, Pinheiro TF, Ayres JR de CM. Vulnerabilidade programática e cuidado público: Panorama das políticas de prevenção do HIV e da Aids voltadas para gays e outros HSH no Brasil. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)* 2018:263–93. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2018.29.13.a>.

Cartaxo MG. A POLÍTICA DE AIDS (2006-2016): CONFLITOS E TRANSFORMAÇÕES. Universidade de Brasília, 2018.

Charania MR, Crepaz N, Guenther-Gray C, Henny K, Liao A, Willis LA, et al. Efficacy of Structural-Level Condom Distribution Interventions: A Meta-Analysis of U.S. and International Studies, 1998–2007. *AIDS Behav* 2011;15:1283–97. <https://doi.org/10.1007/s10461-010-9812-y>.

Conselho Nacional de Combate à Discriminação. Brasil Sem Homofobia - Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Coordenação Nacional de DST e Aids. Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes. 1st ed. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.

Côrrea S. A resposta brasileira ao HIV e à AIDS em tempos tormentosos e incertos. Mito vs realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016, Rio de Janeiro: ABIA; 2016, p. 9–17.

Dehne KL, Dallabetta G, Wilson D, Garnett GP, Laga M, Benomar E, et al. HIV Prevention 2020: a framework for delivery and a call for action. *The Lancet HIV* 2016;3:e323–32. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(16\)30035-2](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(16)30035-2).

Dourado I, MacCarthy S, Reddy M, Calazans G, Gruskin S. Revisitando o uso do preservativo no Brasil. *Rev bras epidemiol* 2015;18:63–88. <https://doi.org/10.1590/1809-4503201500050006>.

Facchini R. Movimento homossexual no Brasil: recompondo um histórico. *Cadernos AEL* 2003.

Galvão J. AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia. Editora 34; 2000.

Garcia J, Parker RG, Parker C, Wilson PA, Philbin M, Hirsch JS. The limitations of ‘Black MSM’ as a category: Why gender, sexuality, and desire still matter for social and biomedical HIV prevention methods. *Global Public Health* 2016;11:1026–48. <https://doi.org/10.1080/17441692.2015.1134616>.

Global Burden Diseases. GBD Compare 2017. <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare> (accessed May 21, 2020).

Grangeiro A. Da estabilização à reemergência: os desafios para o enfrentamento da epidemia de HIV/Aids no brasil. Mito vs realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016, Rio de Janeiro: ABIA; 2016, p. 16–23.

Grangeiro A, Ferraz D, Calazans G, Zucchi EM, Díaz-Bermúdez XP. The effect of prevention methods on reducing sexual risk for HIV and their potential impact on a large-scale: a literature review. *Rev bras epidemiol* 2015;18:43–62. <https://doi.org/10.1590/1809-4503201500050005>.

Guimarães MDC, Kendall C, Magno L, Rocha GM, Knauth DR, Leal AF, et al. Comparing HIV risk-related behaviors between 2 RDS national samples of MSM in Brazil, 2009 and 2016. *Medicine (Baltimore)* 2018;97. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000009079>.

Guttmacher S, Lieberman L, Ward D, Freudenberg N, Radosh A, Des Jarlais D. Condom availability in New York City public high schools: relationships to condom use and sexual behavior. *Am J Public Health* 1997;87:1427–33. <https://doi.org/10.2105/ajph.87.9.1427>.

Hatzenbuehler ML, Nolen-Hoeksema S, Erickson SJ. Minority stress predictors of HIV risk behavior, substance use, and depressive symptoms: Results from a prospective study of bereaved gay men. *Health Psychology* 2008;27:455. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.4.455>.

Huebner DM, Davis MC, Nemeroff CJ, Aiken LS. The Impact of Internalized Homophobia on HIV Preventive Interventions. *American Journal of Community Psychology* 2002;30:327–48. <https://doi.org/10.1023/A:1015325303002>.

Kashubeck-West S, Szymanski DM. Risky Sexual Behavior in Gay and Bisexual Men: Internalized Heterosexism, Sensation Seeking, and Substance Use. *The Counseling Psychologist* 2008;36:595–614. <https://doi.org/10.1177/0011000007309633>.

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. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2019;22. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190004>.

Kerr L, Kendall C, Guimarães MDC, Salani Mota R, Veras MA, Dourado I, et al. HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil: results of the 2nd national survey using respondent-driven sampling. *Medicine (Baltimore)* 2018;97. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000010573>.

Kerr LRFS, Mota RS, Kendall C, Pinho A de A, Mello MB, Guimarães MDC, et al. HIV among MSM in a large middle-income country: *AIDS* 2013;27:427–35. <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e32835ad504>.

Khosropour C, Sullivan PS. Receipt and Use of Free Condoms Among U.S. Men Who Have Sex with Men. *Public Health Rep* 2013;128:385–92.

Kumar GA, Dandona R, Gutierrez JP, McPHERSON S, Bertozzi SM, Dandona L. Access to condoms for female sex workers in Andhra Pradesh. *THE NATIONAL MEDICAL JOURNAL OF INDIA* 2006;19:8.

Last JM, Abramson JH, International Epidemiological Association, editors. A dictionary of epidemiology. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 1995.

Lomando E, Wagner A. REFLEXÕES SOBRE TERMOS E CONCEITOS DAS RELAÇÕES ENTRE PESSOAS DO MESMO SEXO 2009:18.
Malta M, Beyrer C. The HIV epidemic and human rights violations in Brazil. J Int AIDS Soc 2013;16. <https://doi.org/10.7448/IAS.16.1.18817>.

Mattos MB. Sobre os limites e as possibilidades dos estudos acerca dos impactos das políticas públicas relativas a epidemia de HIV/AIDS: algumas reflexões metodológicas feitas a partir do caso brasileiro. Saúde, Desenvolvimento e Política: Respostas frente à AIDS no Brasil, 1999, p. 29–90.

Merson MH, O'Malley J, Serwadda D, Apisuk C. The history and challenge of HIV prevention. The Lancet 2008;372:475–88.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60884-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60884-3).

Monteiro AL, Villela WV. The Building of the Brazilian National DST/Aids Program as a Standpoint to the Inclusion of Citizen Rights in the Governmental Agenda. . PP 2009;9:21.

Montenegro L, Velasque L, LeGrand S, Whetten K, de Mattos Russo Rafael R, Malta M. Public Health, HIV Care and Prevention, Human Rights and Democracy at a Crossroad in Brazil. AIDS Behav 2020;24:1–4.
<https://doi.org/10.1007/s10461-019-02470-3>.

Morris CN, Morris SR, Ferguson AG. Sexual behavior of female sex workers and access to condoms in Kenya and Uganda on the Trans-Africa highway. AIDS Behav 2009;13:860–5. <https://doi.org/10.1007/s10461-008-9431-z>.

Myer L, Mathews C, Little F. Improving the accessibility of condoms in South Africa: The role of informal distribution. AIDS Care 2002;14:773–8.
<https://doi.org/10.1080/0954012021000031840>.

Paiva V, Antunes MC, Sanchez MN, Paiva V, Antunes MC, Sanchez MN. O direito à prevenção da Aids em tempos de retrocesso: religiosidade e sexualidade na escola. Interface - Comunicação, Saúde, Educação 2020;24. <https://doi.org/10.1590/interface.180625>.

Pan American Health Organization, UNAIDS. HIV prevention in the SPOTLIGHT. Washington D.C.: PAHO and UNAIDS; 2017.

Prata MR. A discriminação contra os homossexuais e os movimentos em defesa de seus direitos. PUC-Rio, 2009.

Programa Nacional de DST e Aids. Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e DST entre Gays, outros Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) e Travestis. Brasília: 2007.

Sampaio J, Araújo Jr JL. Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em Aids. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2006;6:335–46. <https://doi.org/10.1590/S1519-8292006000300010>.

Shokoohi M, Karamouzian M, Khajekazemi R, Osooli M, Sharifi H, Haghdoost AA, et al. Correlates of HIV Testing among Female Sex Workers in Iran: Findings of a National Bio-Behavioural Surveillance Survey. *PLoS ONE* 2016;11:e0147587. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0147587>.

Susan O. Fighting HIV — Lessons from Brazil. *N Engl j Med* 2006;5.

Szwarcwald CL, Pascom ARP, Souza Júnior PR. Estimation of the HIV incidence and of the number of people living with HIV/AIDS in Brazil, 2012. *J Aids Clin Res* 2015; 6, 3.

Taquette SR. Interseccionalidade de gênero, classe e raça e vulnerabilidade de adolescentes negras às DST/aids. *Saúde e Sociedade* 2010;19:51–62. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000600006>.

Taquette SR, Souza LMB da M. HIV-AIDS prevention in the conception of HIV-positive young people. *Rev saúde pública* 2019;53:80. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001174>.

UNAIDS. 2020 Global AIDS Update □— Seizing the moment □— Tackling entrenched inequalities to end epidemics. Geneva: UNAIDS; 2020.

UNAIDS. UNAIDS Data 2019 2019.

UNAIDS. UNAIDS calls for 20 billion condoms by 2020. UNAIDS 2016. https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2016/february/20160212_condoms (accessed May 20, 2020).

UNAIDS. UNFPA, WHO and UNAIDS: Position statement on condoms and the prevention of HIV, other sexually transmitted infections and unintended pregnancy. UNAIDS 2015. https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2015/july/20150702_condoms_prevention (accessed July 28, 2020).

UNAIDS. UNAIDS Terminology Guidelines (October 2011) 2011.
World Bank. First and Second AIDS and STD Control Projects. Brazil: 2004.

World Health Organization. HIV and young men who have sex with men: A technical brief . Geneva: World Health Organization, 2015.

World Health Organization. Global Health Sector Strategy on HIV 2016–2021: Towards Ending AIDS World Health Organization, , 2016. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246178/WHO-HIV-2016.05-eng.pdf> (accessed April 27, 2020)

World Health Organization. Policy Brief: Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations, 2016 update. Geneva: World Health Organization, 2017.

World Health Organization. WHO | Data and statistics. <http://www.who.int/hiv/data/en/> (accessed April 27, 2020)

ARTIGO

Título: Fatores associados à obtenção de preservativo gratuito por homens que fazem sexo com homens / Factors associated with acquisition of free condom by men who have sex with men

Autores:

Izabela Amaro Espíndula – Bacharela em Biomedicina. Aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Daniela Riva Knauth – Professora Titular da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutora em Antropologia Social pela École des Hautes Etudes em Sciences Sociales.

A ser enviado a: Cadernos de Saúde Pública

Resumo

A distribuição de preservativo gratuito é uma estratégia de prevenção importante no controle do HIV/Aids. O objetivo do estudo foi identificar os fatores associados à obtenção de preservativo gratuito (OPG) por homens que fazem sexo com homens (HSH), que são um grupo desproporcionalmente afetado pelo HIV/Aids, a fim de promover reflexões sobre o oferecimento de serviços para essa população. Este foi um estudo transversal realizado em 2016 por meio de questionário em doze capitais brasileiras. Homens que reportaram sexo com homens nos últimos doze meses foram recrutados pelo método Respondent Driven Sampling (RDS). Usando regressão logística univariável e multivariável, analisaram-se os fatores associados à OPG nos últimos doze meses. Os resultados mostraram que 79,7% dos HSH obtiveram preservativo gratuito nos últimos doze meses. Foi encontrada associação entre a OPG e a participação em ONG (RC=2,74; IC95%=1,9 – 3,95). Para os HSH que possuem 11 anos de estudo ou mais, ter um diagnóstico prévio de IST aumentou a chance de obtenção de preservativo em relação aos que não tiveram diagnóstico (RC=2,36; IC95%=1,55 – 3,62); analisando o grupo que já teve um diagnóstico de IST, ter realizado teste de HIV no último ano aumentou a chance de obtenção de preservativo (RC=2,66; IC95%=1,55 – 4,56); e para aqueles que não possuem plano de saúde, realizar consulta médica no último ano aumentou a chance de OPG (RC=1,92; IC95%=1,33 – 2,77). O estudo evidenciou o papel das ONGs e dos serviços públicos de saúde para a obtenção de preservativo gratuito pelos HSH. Visto que uma parcela importante dos HSH não estão presentes nesses espaços, é preciso aumentar e diversificar os locais de distribuição de camisinha. Além disso, ter um diagnóstico prévio de IST é um fator que influencia a OPG. Destaca-se a importância de fornecer aos HSH informações que possam auxiliar na autogestão de riscos de contrair HIV e outras ISTs antes de os indivíduos se infectarem.

Palavras-chave: Homens que fazem sexo com homens; Prevenção; Preservativo; HIV; RDS.

Abstract

Free condom distribution is an important prevention strategy to control HIV/Aids. The aim of this study was to identify factors associated with acquisition of free condom (AFC) by men who have sex with men (MSM), which are a group disproportionately affected by HIV/Aids, in order to promote reflections about the offer of services to this population. A cross-sectional study was performed in 12 Brazilian cities in 2016 using a questionnaire. Men who report sex with another man in the previous 12 months were recruited by respondent driven sampling (RDS). Univariate and multivariate logistic regression were used to analyze the factors associated with AFC in the past 12 months. The results showed that 79.7% of MSM acquired free condoms in the past 12 months. There was an association between AFC and participation in NGO (OR=2.74; CI95%=1.9 – 3.95). For those MSM reporting 11 years or more of schooling, a previous STI diagnosis increased the chances of acquiring free condoms comparing to those didn't have a previous diagnosis (OR=2.36; CI95%=1.55 – 3.62); analyzing the group with previous STI diagnosis, having a HIV test in the previous 12 months increased the chances of condom acquiring (OR=2.66; CI95%=1.55 – 4.56); and for those MSM without a health insurance, having a medical appointment in the last year increased the chances of AFC (OR=1.92; CI95%=1.33 – 2.77). This study showed the role of NGOs and public health services for acquisition of free condoms by MSM. In regard of not all MSM are in these places, it is necessary increase and diversify places for distribution of free condoms. Besides having a previous STI diagnosis affects AFC. It is important provide to MSM informations helping them in self-management of the HIV and STI risks before they infected.

Keywords: Men who have sex with men; Prevention; Condom; HIV; RDS.

Introdução

O HIV/Aids ainda é considerado uma epidemia mundial. Em 2017, em torno de 940.000 pessoas morreram por causas relacionadas à Aids, o que representa 1,7% das causas de morte no mundo. Em 2018, foram estimados 1,7 milhões de novos casos de HIV^{1,2}. Ao analisar a incidência mundial nos últimos anos, é possível observar um declínio no número de novos casos; contudo essa diminuição não está ocorrendo em todos os continentes. De acordo com o *Global AIDS Update*³, desde 2010, houve um aumento no número de infecções pelo HIV de 72% no leste europeu e Ásia Central, 22% no Oriente Médio e Norte da África, e 21% na América Latina.

Em diversos países, alguns grupos populacionais são desproporcionalmente afetados pelo HIV. No Brasil, a partir de dados de prevalência em subpopulações, o Ministério da Saúde reconhece como populações-chave do HIV/Aids os seguintes grupos: homens que fazem sexo com homens (HSH); pessoas que usam álcool e outras drogas; trabalhadoras do sexo; pessoas trans; e pessoas privadas de liberdade⁴. Um estudo brasileiro recente estimou a prevalência de HIV entre os HSH em 18,4% no ano de 2016 (IC95%: 15,4 – 21,7%), sendo que a prevalência na população geral é estimada em 0,4%⁵.

As estratégias de prevenção são essenciais para o controle da epidemia de HIV/Aids. O modelo de prevenção preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil prevê a oferta de diferentes tecnologias, priorizando as populações mais afetadas pela infecção. Os serviços públicos de saúde disponibilizam recursos de prevenção como preservativos (masculinos e femininos), profilaxia pré e pós-exposição (PrEP e PEP) e testagem para HIV⁴.

Frente a essas ferramentas, o preservativo masculino, popularmente conhecido como “camisinha”, se mantém como o principal método contra a infecção pelo HIV pelo seu menor custo e maior disseminação. A camisinha oferece muitas vantagens aos usuários, pois é de fácil utilização, não necessita de prescrição médica, previne outras ISTs e não apresenta efeitos adversos^{6,7}.

O oferecimento de preservativos gratuitos à população integra o conjunto de estratégias de prevenção ao HIV/Aids, e permite que os indivíduos mais vulneráveis à infecção possam utilizar este método de prevenção ao HIV e a outras ISTs. De acordo com a UNAIDS, para a redução da incidência do HIV/Aids nos próximos anos, uma das prioridades dos planos de ação deve ser o preservativo, sendo fundamental o planejamento da distribuição do insumo⁸.

No Brasil, desde o início da epidemia, houve investimentos na promoção do uso de preservativo, tanto em sua distribuição quanto em campanhas informativas com auxílio da mídia^{9,10}. A distribuição gratuita no país iniciou em 1994, e o número de preservativos para distribuição aumentou ao longo dos anos, sendo que atualmente são disponibilizados entre 300 e 600 milhões de preservativos por ano^{11,12}. De acordo com o Ministério da Saúde, a distribuição deve se dar de forma simples, sem dificuldades de acesso, sem limitações de quantidades de retiradas e sem exigência de documentos de identificação⁴.

Diante da relevância da política de distribuição de preservativos gratuitos para a prevenção do HIV/Aids e de outras ISTs, é importante compreender como os HSH têm acessado esse preservativo. Considerar a realidade dos sujeitos a quem se destina uma política é necessário para promover uma intervenção adequada e, conseqüentemente, maiores êxitos¹³. Existem poucos estudos na literatura que discutem os fatores associados à obtenção de preservativo gratuito. Estes escassos trabalhos divergem em relação à população de estudo, apresentando dados sobre HSH¹⁴, profissionais do sexo¹⁵⁻¹⁷, e população geral¹⁸. Contudo, alguns deles convergem em relação a algumas características associadas à obtenção de preservativo, como maior nível de escolaridade, ter realizado teste de HIV no último ano e idade (havendo divergência em relação à direção da associação desta).

Assim, o presente estudo busca entender como a população HSH tem se relacionado com a oferta do preservativo. O objetivo do estudo é identificar os fatores associados à obtenção de preservativo gratuito por

homens que fazem sexo com homens, a fim de promover reflexões sobre o oferecimento de serviços.

Métodos

Os dados deste trabalho são oriundos da “Pesquisa Nacional de Vigilância Biológica e Comportamental do HIV, sífilis e hepatite B e C entre os homens que fazem sexo com homens no Brasil”. Esse foi um estudo transversal realizado em 2016 em doze capitais brasileiras: Manaus, Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Campo Grande, Brasília, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre. O estudo foi composto por um questionário conduzido por entrevistador e pela realização de testes para HIV, sífilis e hepatites. Os participantes incluídos eram homens maiores de 18 anos, que tiveram pelo menos uma relação sexual com outro homem nos últimos 12 meses, e que residiam, estudavam ou trabalhavam nas cidades em que o estudo foi conduzido.

Para recrutar a amostra, foi utilizado o método Respondent Driven Sampling (RDS); esse é um método de amostragem por bola-de-neve, em que os participantes recrutam seus conhecidos para o estudo, e um modelo matemático ajusta as inferências de acordo com o recrutamento. A descrição detalhada de como foi feita a amostragem encontra-se na publicação de Kendall¹⁹. Inicialmente, foram escolhidos alguns indivíduos da população de interesse por meio de pesquisa formativa, os quais são chamados de “sementes”. As sementes receberam informações sobre o propósito e o funcionamento do estudo; cada uma delas ganhou três cupons, que serviram como convites para recrutar seus conhecidos para a pesquisa. Em cada cidade, foram selecionadas de 5 a 7 sementes. Quando os participantes convidados pelas sementes completaram o questionário, eles constituíram a primeira onda do estudo, e também receberam três cupons para recrutar seus conhecidos. Quando os participantes da primeira onda recrutaram seus pares, estes constituíram a segunda onda. O processo ocorreu sucessivamente, formando diferentes redes de participantes, até o tamanho desejado de amostra ser

atingido (350 participantes por cidade). Para as análises, cada participante recebeu um peso proporcional ao tamanho da rede a que pertencia.

O desfecho analisado no presente estudo é a obtenção de preservativo gratuito nos últimos doze meses. Esse dado foi obtido por meio da seguinte pergunta do questionário aplicado aos HSH: “Nos últimos doze meses, você recebeu ou pegou preservativos gratuitos?”. Para as análises, os participantes foram divididos entre HSH que obtiveram preservativo e HSH que não obtiveram, e analisaram-se os fatores associados à obtenção. Dentre estes, foram incluídas características sociodemográficas, comportamentais e de assistência à saúde. Os participantes também foram questionados quanto ao tipo de local em que pegaram ou receberam preservativo gratuitamente.

Os fatores sociodemográficos considerados foram: idade (menos de 25 anos ou 25 anos ou mais), cor (branco ou não branco), escolaridade (menos de 11 anos de estudo ou 11 anos ou mais), classe econômica (A/B ou C/D/E, de acordo com a classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa)²⁰, e situação conjugal (solteiro/divorciado ou casado/união estável). As variáveis relacionadas à assistência à saúde foram: ter plano de saúde, diagnóstico prévio de ISTs, realização de teste de HIV nos últimos doze meses e realização de consulta médica nos últimos doze meses. Por fim, as variáveis comportamentais foram: participação em ONG e ter hábito de comprar preservativo.

As características dos participantes da amostra foram apresentadas por meio de frequências absolutas e relativas. Para as análises estatísticas, foi levada em conta a técnica de amostragem RDS, sendo aplicados diferentes pesos amostrais para cada participante. As estimativas populacionais de tamanho da rede da ponderação da amostra foram realizadas através do software RDS Analyst versão 1.7-16. As variáveis dos HSH foram todas analisadas de forma binária.

Os HSH que obtiveram preservativo gratuito no último ano e os HSH que não obtiveram foram comparados quanto às variáveis de interesse por meio de regressão logística univariável, considerando significativos os resultados que apresentaram $p < 0,05$. Foi construído um modelo de regressão

logística multivariável para medir as associações entre as características da população e a obtenção de preservativo gratuito. As associações foram estimadas por razão de chances ajustada com intervalo de confiança de 95%, sendo considerada significativa quando $p < 0,05$.

O modelo foi construído com as variáveis que apresentaram $p < 0,20$ na análise univariável. Para controle de confundidores, algumas variáveis de ajuste foram mantidas no modelo independentemente do p-valor – idade, renda, escolaridade, cor e situação conjugal. Interações entre as variáveis de acesso a serviços de saúde foram testadas e incluídas no modelo quando p-valor foi menor que 0,05. As medidas de associação das variáveis que apresentaram interação foram estimadas a partir da equação do modelo e apresentadas separadamente. As análises foram realizadas por meio do procedimento PROC SURVEYLOGISTIC, disponível em *SAS OnDemand for Academics platform* (https://www.sas.com/en_us/software/on-demand-for-academics.html). O procedimento considerou os pesos amostrais devido à amostragem complexa.

Resultados

Participaram da pesquisa 4.176 HSH, porém 631 indivíduos foram excluídos da análise por falta de informações a respeito das variáveis analisadas. Assim, o presente estudo contou com uma amostra de 3.545 participantes.

Nos doze meses anteriores à pesquisa, estima-se que 79,7% dos HSH obtiveram preservativo gratuito (IC95%= 74,2%-84,3%). O local mais utilizado para obtenção de camisinha foram os serviços públicos de saúde (Figura 1).

A tabela 1 apresenta as características da amostra recrutada. A amostra é jovem, sendo mais da metade composta por homens de 18 a 24 anos (60,3%); a maioria vive sem companheiro, ou seja, 87,9% se declararam solteiros ou divorciados. Os participantes têm alto nível de escolaridade, 75,4% completou o ensino médio; em relação à renda, 45,3% da amostra se encontra nas classes mais altas (A ou B); e em relação à cor, somente 31,7%

se declararam como brancos. As características relacionadas à saúde dos HSH mostram que 70,3% não possuem plano de saúde; a maioria realizou consulta médica nos últimos doze meses (80,7%), e 47,8% realizaram teste para HIV no mesmo período; ao longo da vida, 26,3% já foram diagnosticados com uma IST. Cerca de 22,5% dos HSH participam de ONG que trabalha com questões LGBT ou HIV/Aids. 61,7% afirmaram que costumam comprar preservativo.

Ao comparar HSH que obtiveram preservativo gratuito nos últimos doze meses e aqueles que não obtiveram, não foram encontradas diferenças nas características sociodemográficas (Tabela 2); contudo os grupos diferiram em relação a características comportamentais e de acesso a serviços de saúde. O grupo dos HSH que obteve preservativo gratuito teve maior percentual de indivíduos que: já tiveram diagnóstico de IST ($p=0,002$), realizaram consulta médica nos últimos doze meses ($p<0,001$), realizaram teste de HIV nos últimos doze meses ($p=0,001$) e participam de ONG ($p<0,001$).

A partir do modelo de regressão logística multivariável construído, identificou-se fatores associados à obtenção de preservativo (Tabela 3). A participação em ONG aproximadamente dobrou as chances dos HSH obterem preservativo gratuito ($RC=2,74$; $IC95\%=1,9 - 3,95$). O diagnóstico prévio de IST aumentou as chances de obtenção de preservativo para aqueles HSH que tem 11 anos ou mais de estudo ($RC=2,36$; $IC95\%=1,55 - 3,62$); contudo, para o grupo que possui menos de 11 anos de estudo, o diagnóstico não está associado à obtenção de preservativo ($p=0,751$). Dentre os indivíduos com diagnóstico prévio de IST, há um aumento de chance de obtenção de preservativo para aqueles que fizeram teste de HIV no último ano em relação aos que não fizeram o teste ($RC=2,66$; $IC95\%=1,55 - 4,56$); para os indivíduos que não tiveram diagnóstico prévio de IST, essa associação não foi encontrada ($p=0,385$). Por fim, entre os HSH que não possuem plano de saúde, ter tido consulta médica nos últimos doze meses aumentou as chances de obterem preservativo ($RC=1,92$; $IC95\%=1,33 - 2,77$); sendo que não foi encontrada essa associação entre aqueles que tem plano de saúde ($p=0,502$).

Discussão

A análise dos dados da pesquisa realizada com uma amostra da população brasileira de homens que fazem sexo com homens mostrou que a maioria deles obteve preservativo gratuito no último ano. Além disso, mais da metade afirmou que tem o hábito de obter preservativo por meio da compra. Assim, a despeito das novas tecnologias biomédicas de prevenção ao HIV/Aids disponíveis para esse grupo, como a PEP e a PrEP, a camisinha continua sendo um insumo importante, e que está sendo acessado gratuitamente por uma grande parcela dos HSH. De acordo com a literatura, a disponibilidade de preservativos para a população é um fator que afeta positivamente o seu uso²¹, sendo, portanto, o resultado do estudo satisfatório em termos de prevenção.

A participação em ONGs esteve expressivamente associada à obtenção de preservativo. Historicamente, as Organizações Não-Governamentais tiveram importante papel no controle do HIV/Aids no Brasil. Desde o início da epidemia, essas organizações envolveram-se na reivindicação por direitos e políticas públicas para as pessoas diagnosticadas com a infecção, além de oferecerem apoio a pessoas vivendo com AIDS e promoverem ações educativas para a população geral²². Principalmente durante a década de 90, o Brasil recebeu importantes empréstimos para o desenvolvimento de projetos de prevenção, e as ONGs encarregaram-se de uma grande parcela do trabalho, pois foram reconhecidas como efetivas para alcançar grupos estigmatizados e marginalizados^{10,23}. Contudo, o cenário atual está bem diferente; a última década foi marcada pelo fechamento de diversas ONGs relacionadas à população LGBT e HIV/Aids, pela perda da autonomia dessas instituições e pela diminuição de recursos disponíveis, dificultando a sobrevivência das ONGs^{19,24}. Mesmo diante desse contexto, o presente estudo registrou que pouco mais de um quinto dos HSH entrevistados participam de ONG, identificando assim, a importância dessas organizações para a prevenção do HIV/Aids. Esse resultado indica que as

ONGs têm sido um recurso subutilizado enquanto estratégia de prevenção, visto que essas instituições têm recebido pouco financiamento e apoio.

A escolaridade e a realização de teste de HIV no último ano aparecem como fatores que aumentam a chance do indivíduo obter preservativo quando este teve um diagnóstico prévio de IST. A associação entre obtenção de preservativo gratuito por HSH e os fatores escolaridade e testagem de HIV no último ano já tinham sido mostrados por Khosropour e Sullivan¹⁴. A escolaridade é um determinante social importante para vários desfechos de saúde; e em relação aos testes de HIV, aqueles que se testam talvez sejam indivíduos mais motivados a se prevenirem do HIV/Aids, além do fato de que a maioria dos locais de testagem oferecem preservativos¹⁴.

Contudo, no presente estudo, o diagnóstico de IST aparece como um modificador de efeito para essas características. Isso é interessante, pois estudos mostram que já ter tido uma IST é uma experiência que está relacionada a comportamentos de prevenção dos HSH, como uso de PrEP²⁵ e já ter realizado teste de HIV²⁶. É possível que essa relação se dê pela mudança que a experiência de ter uma IST produz na percepção de risco para o HIV/Aids. O termo “risco” é bastante utilizado na área da Epidemiologia, designando chances probabilísticas de susceptibilidade calculadas a partir de dados concretos e de eventos que ocorreram no passado^{27,28}. Contudo existe a percepção do risco, a qual cada indivíduo possui e utiliza para autogerir possíveis danos à sua saúde. Essa percepção é influenciada por vários fatores contextuais, pela cultura e por crenças individuais²⁹. Muitos estudos relatam a associação entre autopercepção de risco e ações de prevenção^{15,30,31}. O diferencial do presente resultado é que a autopercepção de risco para o HIV não foi uma variável incluída no modelo, contudo o diagnóstico prévio de IST pode estar atuando como um evento que sinalizou risco na vida do indivíduo, “materializando” para a pessoa o risco de contrair HIV, e aumentando a sua chance de obter a prevenção. Porém a influência dessa experiência depende de outras variáveis, como nível de escolaridade e da realização de testagem para HIV.

Pensando na esfera individual, uma pessoa que nunca teve um diagnóstico de IST poderia utilizar informações sobre os riscos de contrair HIV e outras ISTs para adaptar seus comportamentos e diminuir danos. A maior chance de obtenção de preservativo por aqueles que já se infectaram alguma vez pode estar indicando um distanciamento entre a população e informações úteis sobre HIV e outras ISTs.

Os resultados da presente análise apontaram também a realização de consulta médica como um fator associado à obtenção de preservativo gratuito para aqueles que não possuem plano de saúde. De acordo com a literatura, a utilização de serviços de saúde está relacionada à diminuição de comportamentos de risco em geral³². Observando a associação encontrada, a entrada no serviço público de saúde pode ser uma oportunidade significativa de pegar camisinhas, o que é corroborado pelo expressivo número de participantes que afirmou ter pego preservativo nesses locais. A associação não foi encontrada para aqueles que possuem plano de saúde; esse grupo possivelmente utiliza mais serviços de saúde privados (locais onde não há oferta de preservativo) em detrimento dos públicos.

Esse resultado evidencia a importância do Sistema Único de Saúde em promover o acesso universal a serviços de prevenção, destacando aqui aqueles indivíduos que não dispõem de uma cobertura de serviços privados. Assim, aqueles que não possuem plano e realizaram consulta médica tiveram 92% mais chances de obter preservativo gratuito do que aqueles que não realizaram consulta médica. Isso, ao mesmo tempo, remete ao fato de que aqueles HSH que têm menor acesso a serviços de saúde, além de possivelmente estarem mais vulneráveis a uma série de agravos, também têm menor chance de obter insumos de prevenção ao HIV/Aids. Desta forma, a atenção básica à saúde não se constitui apenas como uma porta de acesso ao sistema de saúde, mas também como um espaço fundamental de acesso à prevenção primária (oferta de insumos) e secundária (oferta de testagem).

Os serviços públicos de saúde possuem a oferta de preservativos e, muitas vezes, possuem estratégias de aceitabilidade, como aconselhamento, mensagens promovendo o uso do preservativo, entre outras. Disponibilidade e

aceitabilidade de recursos são fatores determinantes em intervenções que pretendem promover saúde e prevenção para a população³³. Pensa-se que a implementação de propagandas e oferta de camisinha em outros locais, além dos serviços de saúde e das ONGs, pode ser uma estratégia para ampliar a obtenção de preservativo. Somente 10,2% dos HSH obtiveram preservativos em bares e boates, por exemplo. Não se sabe se esse baixo número está relacionado à menor aquisição pelos HSH nesses locais, mas é possível que esteja relacionado à menor disponibilidade. Em Nova Iorque, o Departamento de Saúde Higiene Mental criou um sistema online em que instituições podem pedir preservativos gratuitos para distribuição em seus espaços; um estudo mostrou que essa estratégia gerou um aumento do número de insumos distribuídos em bares gays. Entre os clientes que viram os preservativos, 80% afirmaram ter pego, e 73% afirmaram ter os utilizado³⁴. Iniciativas como essa podem servir de modelo para a distribuição de preservativos no Brasil, para que a oferta de preservativo não fique restrita à presença dos indivíduos em determinados locais, como os serviços de saúde.

Em relação a questões de aceitabilidade da camisinha, a promoção do preservativo não deve estar presente somente nos serviços de saúde, mas pode ser ampliada pela divulgação em canais de mídia, pois esta influencia a noção de risco da população graças ao seu poder de difundir informações²⁷. Contudo algumas políticas brasileiras de saúde têm vindo na contramão dessa ideia; a última década foi marcada por censura de materiais educativos direcionados a jovens HSH e profissionais do sexo, grupos-chave da prevenção do HIV/Aids³⁵.

Na literatura de prevenção ao HIV/Aids, encontram-se poucos trabalhos sobre a utilização da distribuição de preservativo pela população, e menos ainda em relação aos HSH, a despeito da alta prevalência de HIV no grupo. Assim, este estudo traz uma importante contribuição ao analisar os fatores associados à obtenção de preservativo na população HSH, destacando a importância dos serviços de saúde na oferta deste insumo mas, ao mesmo tempo, evidenciando a ausência de uma maior diversificação de espaços de oferta. As análises realizadas tiveram duas limitações importantes:

primeiramente, os participantes do estudo foram recrutados por meio da metodologia RDS, que é uma técnica de amostragem não probabilística. Portanto é preciso ter cautela ao extrapolar os dados para a população de HSH brasileira. A segunda limitação é que o período de tempo avaliado em relação à obtenção do preservativo – doze meses, é bastante amplo; a utilização de uma menor escala de tempo (obtenção de preservativo gratuito no último mês, por exemplo) possibilitaria identificar melhor o perfil dos HSH que utilizam a distribuição de preservativo, bem como os fatores associados a isto. Ainda assim, foi possível analisar a atual relação entre os HSH, uma das populações-chave das estratégias de prevenção ao HIV/Aids no Brasil, e a distribuição de preservativo, que tem sido uma importante política pública de prevenção desde os anos 90.

Considerações finais

Visto que o preservativo é amplamente conhecido e útil para a população em termos de prevenção do HIV e outras ISTS, é necessário planejar de forma adequada a sua distribuição e promoção, indo ao encontro das necessidades e do estilo de vida dos usuários, e verificando seu acesso pela população.

O presente estudo mostrou que o diagnóstico prévio de IST pode estar influenciando comportamentos de prevenção dos HSH; assim, destaca-se a importância de fornecer a essa população informações que possam auxiliar na autogestão de riscos de contrair HIV e outras ISTs antes de os indivíduos se infectarem. Ficou evidente o papel das ONGs e dos serviços públicos de saúde para a obtenção de preservativo; assim, recomenda-se a ampla disponibilização do insumo nesses locais, e o maior investimento e valorização das ONGs, que já contribuíram tanto para disseminação de estratégias de prevenção. Contudo, visto que nem todos os HSH estão presentes nesses espaços, é preciso aumentar e diversificar os locais de distribuição de camisinha, a fim de abranger de forma mais adequada essa população-chave. Além de estudos mais pontuais em relação à obtenção de

preservativo, destaca-se a importância de investigar possíveis locais que sejam frequentados por HSH e que possam ser estratégicos para a obtenção do preservativo de forma gratuita.

Referências

1. Global Burden Diseases. GBD Compare. Published 2017. Accessed May 21, 2020. <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>
2. UNAIDS. UNAIDS Data 2019. Published online 2019.
3. UNAIDS. *2020 Global AIDS Update* □— *Seizing the Moment* □— *Tackling Entrenched Inequalities to End Epidemics*. UNAIDS; 2020:380. Accessed September 28, 2020. <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/global-aids-report>
4. Brasil. *Prevenção Combinada Do HIV: Bases Conceituais Para Profissionais, Trabalhadores(as) e Gestores(as) de Saúde*. Ministério da Saúde; 2017.
5. Kerr L, 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 (Baltimore)*. 2018;97(1 Suppl). doi:10.1097/MD.00000000000010573
6. Beksinska M, Wong R, Smit J. Male and female condoms: Their key role in pregnancy and STI/HIV prevention. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. Published online December 14, 2019. doi:10.1016/j.bpobgyn.2019.12.001
7. Grangeiro A, Ferraz D, Calazans G, Zucchi EM, Díaz-Bermúdez XP. The effect of prevention methods on reducing sexual risk for HIV and their potential impact on a large-scale: a literature review. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(suppl 1):43-62. doi:10.1590/1809-4503201500050005
8. Dehne KL, Dallabetta G, Wilson D, et al. HIV Prevention 2020: a framework for delivery and a call for action. *Lancet HIV*. 2016;3(7):e323-e332. doi:10.1016/S2352-3018(16)30035-2
9. Brasil. Campanhas – Linha do tempo. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Published 2020. Accessed April 27, 2020. <http://www.aids.gov.br/pt-br/centrais-de-conteudos/campanhas%E2%80%93linha-do-tempo>
10. World Bank. *First and Second AIDS and STD Control Projects*.; 2004. Accessed April 13, 2020.

<http://documents.worldbank.org/curated/en/963411468744108959/pdf/28819.pdf>

11. Brasil. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Published September 28, 2020. Accessed September 28, 2020. <http://www.aids.gov.br/pt-br>
12. Dourado I, MacCarthy S, Reddy M, Calazans G, Gruskin S. Revisitando o uso do preservativo no Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2015;18:63-88. doi:10.1590/1809-4503201500050006
13. Sampaio J, Araújo Jr JL. Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em Aids. *Rev Bras Saúde Materno Infant.* 2006;6(3):335-346. doi:10.1590/S1519-38292006000300010
14. Khosropour C, Sullivan PS. Receipt and Use of Free Condoms Among U.S. Men Who Have Sex with Men. *Public Health Rep.* 2013;128(5):385-392. Accessed May 21, 2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3743287/>
15. Shokoohi M, Karamouzian M, Khajekazemi R, et al. Correlates of HIV Testing among Female Sex Workers in Iran: Findings of a National Bio-Behavioural Surveillance Survey. *PloS One.* 2016;11(1):e0147587. doi:10.1371/journal.pone.0147587
16. Cai R, Tan J, Chen L, Looman CWN, Richardus JH, de Vlas SJ. Determinants of the low uptake of HIV-related intervention services by female sex workers in Shenzhen, China: an observational study (2009-2012). *Sex Health.* 2015;12(3):257-262. doi:10.1071/SH14189
17. Kumar GA, Dandona R, Gutierrez JP, McPHERSON S, Bertozzi SM, Dandona L. Access to condoms for female sex workers in Andhra Pradesh. *Natl Med J INDIA.* 2006;19(6):8.
18. Brasil. Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira - PCAP 2013. Published online 2016.
19. Kendall C, Kerr L, Mota RS, 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. doi:10.1590/1980-549720190004
20. Mazzon JA, Kamakura WA. *Estratificação socioeconômica e consumo no Brasil.* Editora Blucher; 2016.
21. Charania MR, Crepaz N, Guenther-Gray C, et al. Efficacy of Structural-Level Condom Distribution Interventions: A Meta-Analysis of

- U.S. and International Studies, 1998–2007. *AIDS Behav.* 2011;15(7):1283-1297. doi:10.1007/s10461-010-9812-y
22. Silva CLC da. ONGs/Aids, intervenções sociais e novos laços de solidariedade social. *Cad Saúde Pública.* 1998;14(suppl 2):S129-S139. doi:10.1590/S0102-311X1998000600012
23. Monteiro AL, Villela WV. The Building of the Brazilian National DST/Aids Program as a Standpoint to the Inclusion of Citizen Rights in the Governmental Agenda. . *PP.* 2009;9:21.
24. Côrrea S. A resposta brasileira ao HIV e à AIDS em tempos tormentosos e incertos. In: *Mito vs Realidade: Sobre a Resposta Brasileira à Epidemia de HIV e AIDS Em 2016.* ABIA; 2016:9-17.
25. Whitfield THF, Parsons JT, Rendina HJ. Rates of Pre-exposure Prophylaxis Use and Discontinuation Among a Large U.S. National Sample of Sexual Minority Men and Adolescents. *Arch Sex Behav.* 2020;49(1):103-112. doi:10.1007/s10508-019-01602-z
26. Sifakis F, Hylton JB, Flynn C, et al. Prevalence of HIV Infection and Prior HIV Testing among Young Men Who have Sex with Men. The Baltimore Young Men's Survey. *AIDS Behav.* 2010;14(4):904-912. doi:10.1007/s10461-007-9317-5
27. Luiz O do C, Cohn A. Sociedade de risco e risco epidemiológico. *Cad Saúde Pública.* 2006;22:2339-2348. doi:10.1590/S0102-311X2006001100008
28. Ayres J. Sobre o risco. Para compreender a epidemiologia. *Portuguese.* Published online April 30, 2008. https://digitalrepository.unm.edu/lasm_pt/102
29. Conover EA, Polifka JE. The art and science of teratogen risk communication. *Am J Med Genet C Semin Med Genet.* 2011;157C(3):227-233. doi:10.1002/ajmg.c.30308
30. Zou H, Hu N, Xin Q, Beck J. HIV Testing Among Men Who Have Sex with Men in China: A Systematic Review and Meta-Analysis. *AIDS Behav.* 2012;16(7):1717-1728. doi:10.1007/s10461-012-0225-y
31. Brito AM, Kendall C, Kerr L, et al. Factors Associated with Low Levels of HIV Testing among Men Who Have Sex with Men (MSM) in Brazil. *PLoS ONE.* 2015;10(6). doi:10.1371/journal.pone.0130445
32. McKirnan DJ, Du Bois SN, Alvy LM, Jones K. Health Care Access and Health Behaviors Among Men Who Have Sex With Men: The Cost of

Health Disparities. *Health Educ Behav.* 2013;40(1):32-41.
doi:10.1177/1090198111436340

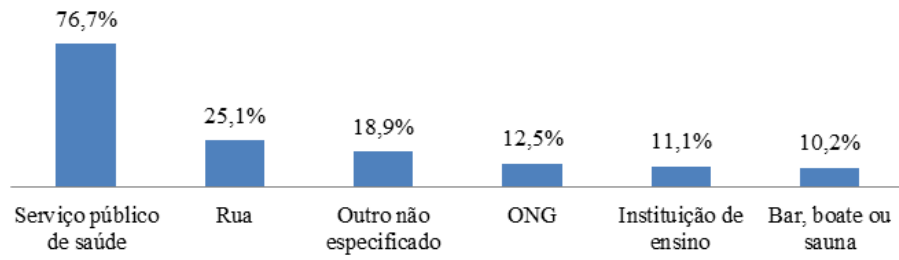
33. Blankenship KM, Bray SJ, Merson MH. Structural interventions in public health. *AIDS.* 2000;14:S11. Accessed August 4, 2020.
https://journals.lww.com/aidsonline/Fulltext/2000/06001/Structural_interventions_in_public_health.3.aspx

34. Renaud TC, Bocour A, Irvine MK, et al. The Free Condom Initiative: Promoting Condom Availability and Use in New York City. *Public Health Rep.* 2009;124(4):481-489. Accessed July 31, 2020.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2693161/>

35. Malta M, Beyrer C. The HIV epidemic and human rights violations in Brazil. *J Int AIDS Soc.* 2013;16(1). doi:10.7448/IAS.16.1.18817

Tabelas e figuras do artigo

Figura 1 - Percentual* de homens que fazem sexo com homens (HSH) que obtiveram preservativo gratuito em cada local



* Percentuais ponderados pelos pesos amostrais

Tabela 1 – Características sociodemográficas, comportamentais e de acesso a serviços de saúde da amostra de homens que fazem sexo com homens (HSH)

Característica	Frequência	
	Absoluta	Relativa (%)
Idade		
<25 anos	2163	60,3
25 anos ou mais	1409	39,7
Escolaridade		
<11 anos de estudo	872	24,6
11 anos ou mais	2673	75,4
Cor		
Não branco	2420	68,3
Branco	1125	31,7
Situação conjugal		
Solteiro/divorciado	3116	87,9
Casado/união estável	429	12,1
Classe socioeconômica		
A/B	1606	45,3
C/D/E	1939	54,7
Diagnóstico de IST prévio		
Não	2617	73,8
Sim	928	26,2
Testagem para HIV nos últimos 12 meses		
Não	1852	52,5
Sim	1693	47,8
Plano de saúde		
Não	2492	70,3
Sim	1053	29,7
Consulta médica nos últimos 12 meses		
Não	684	19,3
Sim	2861	80,7
Participação em ONG		
Não	2748	77,5
Sim	797	22,5
Costuma comprar preservativo		
Não	1358	38,3
Sim	2187	61,7

Tabela 2 – Associação entre as características de homens que fazem sexo com homens (HSH) e a obtenção de preservativo gratuito nos últimos doze meses; regressão logística univariável (RC não ajustado).

Variável	RC (IC 95%)	p-valor
Idade		
<25 anos	1	0,098 ^{**}
25 anos ou mais	1,45 (0,92 - 2,26)	
Escolaridade		
<11 anos de estudo	1	0,312
11 anos ou mais	1,23 (0,81 - 1,88)	
Cor		
Branco	1	0,875
Não branco	1,03 (0,68 - 1,55)	
Classe socioeconômica		
A/B	1	0,836
C/D/E	1,05 (0,65 - 1,69)	
Situação conjugal		
Solteiro/divorciado	1	0,815
Casado/união estável	0,95 (0,59 - 1,51)	
Diagnóstico de IST prévio		
Não	1	0,002*
Sim	2,21 (1,31 - 3,71)	
Testagem para HIV nos últimos 12 meses		
Não	1	0,001*
Sim	1,89 (1,29 - 2,76)	
Plano de saúde		
Não	1	0,361
Sim	0,78 (0,45 - 1,34)	
Consulta médica nos últimos 12 meses		
Não	1	<0,001*
Sim	2,00 (1,41 - 2,83)	
Participação em ONG		
Não	1	<0,001*
Sim	3,30 (2,29 - 4,76)	
Costuma comprar preservativo		
Não	1	0,193 ^{**}
Sim	0,75 (0,49 - 1,16)	

^{**}p<0,2; *p<0,05.

Tabela 3 – Associação entre as características de homens que fazem sexo com homens (HSH) e a obtenção de preservativo gratuito nos últimos doze meses; modelo de regressão logística multivariável (RC ajustado).

	RC (IC 95%)	p-valor
Variáveis		
Idade		
<25 anos	1	0,148
25 anos ou mais	1,28 (0,91 – 1,80)	
Cor		
Branco	1	0,960
Não branco	1,01 (0,64 – 1,59)	
Classe socioeconômica		
A/B	1	0,909
C/D/E	0,98 (0,66 – 1,46)	
Situação conjugal		
Solteiro/divorciado	1	0,246
Casado/união estável	0,75 (0,47 – 1,22)	
Participação em ONG		
Não	1	<0,001*
Sim	2,74 (1,9 – 3,95)	
Costuma comprar preservativo		
Não	1	0,327
Sim	0,79 (0,48 – 1,28)	
Interações entre variáveis		
Escolaridade		
a) <11 anos de estudo; não tem diagnóstico prévio de IST	1	0,751
<11 anos de estudo; tem diagnóstico prévio de IST	0,86 (0,33 – 2,24)	
b) 11 anos ou mais; não tem diagnóstico prévio de IST	1	<0,001*
11 anos ou mais; tem diagnóstico prévio de IST	2,36 (1,55 – 3,62)	
Diagnóstico prévio de IST		
a) Sem diagnóstico de IST prévio e não realizou teste HIV nos últimos 12 meses	1	0,385
Sem diagnóstico de	1,25 (0,75 – 2,06)	

	IST prévio e realizou teste HIV nos últimos 12 meses		
b)	Com diagnóstico de IST prévio; não realizou teste HIV nos últimos 12 meses	1	<0,001*
	Com diagnóstico de IST prévio; realizou teste HIV nos últimos 12 meses	2,66 (1,55 – 4,56)	
Plano de saúde			
a)	Sem plano de saúde e sem consulta médica nos últimos 12 meses	1	<0,001*
	Sem plano de saúde e com consulta médica nos últimos 12 meses	1,92 (1,33 – 2,77)	
b)	Com plano de saúde e sem consulta médica nos últimos 12 meses	1	0,502
	Com plano de saúde e com consulta médica nos últimos 12 meses	0,79 (0,40 – 1,58)	

*p<0,05

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho é uma contribuição à literatura da prevenção ao HIV/Aids, dando enfoque à saúde de uma das populações prioritárias em relação à infecção – os homens que fazem sexo com homens. O trabalho foi possível graças à criação e execução do projeto “Pesquisa Nacional de Vigilância Biológica e Comportamental do HIV, sífilis e hepatite B e C entre os homens que fazem sexo com homens no Brasil”. Esse projeto pretendeu atingir uma população de difícil acesso por meio de uma amostragem não-probabilística; não foi possível obter uma amostra representativa da população, sendo esta uma limitação do estudo. Contudo, os estudos enfocados em populações ditas “minoritárias” são necessários. Os resultados devem ser utilizados com cautela, porém eles podem contribuir para a melhoria dos serviços oferecidos a esses grupos. A realização do projeto permitiu o desenvolvimento do presente trabalho e de outros estudos pelo grupo de pesquisa.

Na perspectiva da prevenção combinada do HIV/Aids, é importante entender como as estratégias de prevenção têm sido utilizadas. Os resultados deste estudo indicam que a maioria dos HSH acessou preservativo gratuito no período de um ano, mostrando a persistente relevância do preservativo nas estratégias de prevenção.

Ao avaliar os fatores associados à obtenção do preservativo, o papel atual das ONGs e dos serviços de saúde ficaram evidentes a partir do modelo de regressão logística desenvolvido. No mesmo sentido, a revisão da literatura já apontava a relevância desses espaços para a promoção da prevenção. O presente trabalho trouxe o panorama histórico das políticas de prevenção ao HIV/Aids no Brasil, em que o SUS e as ONGs apareceram como elementos fundamentais para o combate ao HIV/Aids. A história da saúde pública no Brasil tem muitas lições de sucesso, contudo é necessário que os governantes e administradores do país estejam atentos a essas experiências.

Portanto, o presente trabalho reforça a importância do fortalecimento e investimento: (i) na saúde pública, buscando melhorá-la a partir de dados de vigilância epidemiológica, e de dados publicados por trabalhos como este, ou seja, baseados em evidências; (ii) em ONGs, valorizando estes espaços como potências para atingir populações-chave.

Ainda, os locais de obtenção de preservativo gratuito foram majoritariamente os serviços públicos de saúde. Assim, recomenda-se a ampliação e diversificação de locais que oferecem preservativos, sem abrir mão de ações de promoção e aconselhamento que potencializem o uso de estratégias de prevenção do HIV/Aids pela população.

O desenvolvimento de análises como as que foram realizadas neste trabalho permite o oferecimento de serviços e insumos de prevenção baseado em evidências, entendendo as particularidades da população-alvo. Por isso, faz-se necessário mais estudos que acompanhem a obtenção de insumos de prevenção por populações-chave. A análise de obtenção de preservativo em menores períodos de tempo produziria resultados mais precisos sobre a distribuição do insumo. Na perspectiva da prevenção combinada, recomenda-se que futuros estudos avaliem os fatores associados à obtenção de outros insumos, como a PEP e a PrEP, possibilitando um maior entendimento das necessidades da população HSH em termos de prevenção.

ANEXOS

- a. Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa

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)

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