

Milton Roberto Furst Crenitte

**Fatores sociodemográficos associados a pior acesso à saúde em
brasileiros com 50 anos ou mais: o impacto do gênero e da
orientação sexual.**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Doutor em Ciências

Programa de Ciências (Fisiopatologia Experimental)

Área de concentração: Fisiopatologia Experimental

Orientador: Prof. Dr. Thiago Junqueira Avelino da Silva

São Paulo – SP

2021

Milton Roberto Furst Crenitte

**Fatores sociodemográficos associados a pior acesso à saúde em
brasileiros com 50 anos ou mais: o impacto do gênero e da
orientação sexual.**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Doutor em Ciências

Programa de Ciências (Fisiopatologia Experimental)

Área de concentração: Fisiopatologia Experimental

Orientador: Prof. Dr. Thiago Junqueira Avelino da Silva

São Paulo – SP

2021

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Crenitte, Milton Roberto Furst

Fatores sociodemográficos associados a pior
acesso à saúde em brasileiros com 50 anos ou mais :
o impacto do gênero e da orientação sexual / Milton
Roberto Furst Crenitte. -- São Paulo, 2021.

Tese (doutorado) -- Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.

Programa de Fisiopatologia Experimental.

Orientador: Thiago Junqueira Avelino da Silva.

Descritores: 1.Acesso aos serviços de saúde
2.Barreiras ao acesso aos cuidados de saúde
3.Efeitos contextuais das desigualdades em saúde
4.Minorias sexuais e de gênero 5.Idosos
6.Fragilidade

USP/FM/DBD-432/21

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

Os pânicos morais cristalizam medos e ansiedades muito difundidos, e muitas vezes lidamos com eles não pela procura das reais causas dos problemas e as condições que eles demonstram, mas deslocando-os como “Demônios do Povo” em um certo grupo social identificado (comumente chamado de “imoral” ou “degenerado”). A sexualidade tem tido uma centralidade particular em tais pânicos, e os “desviantes” sexuais tem sido bodes expiatórios onipresentes.

(Jefrey Weeks, 1981, p. 14)

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Thiago Junqueira Avelino Silva por sempre apoiar meus projetos, por ser um exemplo de cientista e por mostrar a todos como a ciência pode ajudar a melhorar a vida da nossa população. Agradeço em especial toda a paciência, disposição e interesse ao me orientar nesse projeto.

Aos Professores Alexandre Leopold Busse, Marcia Thereza Couto Falcão e Maria Amélia de Souza Mascena Veras pela disponibilidade e excelentes contribuições que fizeram em meu exame de qualificação para o aperfeiçoamento desta tese.

Ao Prof. Dr. Wilson Jacob Filho por sempre surpreender a todos, sendo um exemplo de pioneirismo, de excelência e de respeito à diversidade dentro e fora dos muros do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da FMUSP.

À minha família, por sempre acreditar nos meus sonhos e por incentivar a descoberta do papel social que todos temos.

À Associação Não Governamental “Eternamente SOU”, por seu pioneirismo no Brasil na luta por direitos, por espaços e por políticas públicas para as pessoas idosas LGBT, e também por toda ajuda na divulgação do questionário dessa pesquisa.

A todos meus colegas que também acreditaram na importância da ciência e que me ajudaram muito na ampliação da divulgação da pesquisa.

A todos os 6.693 participantes da pesquisa, que doaram um pouco de seu tempo para que pudéssemos conhecer um pouco mais sobre uma realidade ainda invisível no Brasil.

NORMATIZAÇÃO ADOTADA

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação: Referências: adaptado de International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias.

Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE QUADROS

RESUMO

ABSTRACT

1.INTRODUÇÃO.....	20
1.1. VULNERABILIDADE EM SAÚDE E ENVELHECIMENTO.....	20
1.2. VULNERABILIDADE EM SAÚDE E LÉSBICAS, GAYS, BISEXUAIS E PESSOAS TRANSGÊNERAS.....	22
1.3. ENVELHECIMENTO E SAÚDE LGBT.....	24
1.4. ACESSO À SAÚDE.....	26
1.4.1. ACESSO À SAÚDE E INTERSECCIONALIDADE.....	28
1.4.2. AVALIAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE.....	31
2. OBJETIVOS.....	33
2.1. OBJETIVO GERAL.....	33
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	33
3. MÉTODOS.....	34
3.1. DESENHO DO ESTUDO.....	34
3.2. POPULAÇÃO ESTUDADA.....	34
3.3. MEDIDAS E DESFECHOS.....	35
3.3.1. QUESTIONÁRIO.....	35
3.3.2. DESFECHOS.....	39
3.3.3. ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	39
3.4. ASPECTOS ÉTICOS.....	41
4. RESULTADOS.....	42

4.1. RECRUTAMENTO.....	42
4.2. CARACTERÍSTICAS GERAIS DA AMOSTRA.....	44
4.3. CARACTERÍSTICA DE SAÚDE LGBT E VIDA SEXUAL.....	49
4.4. CARACTERÍSTICAS DE ACESSO À SAÚDE.....	54
4.5. ANÁLISES MULTIVARIADAS.....	60
5. DISCUSSÃO.....	66
5.1. AVALIAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE.....	66
5.2. EXPERIÊNCIAS NEGATIVAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE.....	70
5.3. VULNERABILIDADE INDIVIDUAL, SOCIAL E PROGRAMÁTICA DA POPULAÇÃO LGBT COM 50 ANOS OU MAIS.....	72
5.4. FORÇAS E LIMITAÇÕES.....	76
6. CONCLUSÕES.....	78
7. REFERÊNCIAS.....	79
6. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	(ANEXO 1)
7. QUESTIONÁRIO COMPLETO.....	(ANEXO 2)
8. APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP-FMUSP).....	(ANEXO 3)
9. ARTIGO PUBLICADO NA REVISTA "LANCET LONGEVITY".....	(APÊNDICE 1)

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papilomavírus Humano
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
PCA-Tool	Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (Primary Assessment Tool)
APS	Atenção Primária à Saúde
AB	Atenção Básica
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
IIQ	Intervalo Interquartil
DP	Desvio Padrão
SM	Salário-mínimo
≥	Maior ou igual
>	Maior
<	Menor
%	Por cento
=	Igual
IC95%	Intervalo de confiança de 95%
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
DM	Diabetes mellitus
CA	Câncer (excluindo carcinoma basocelular)
DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crônica

DAC	Doença arterial coronariana
IC	Insuficiência cardíaca
AVE	Acidente vascular encefálico
DRC	Doença renal Crônica
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Fluxograma de inclusão no estudo..... Página 42
- Figura 2.** Distribuição geográfica das respostas (n=6.693)..... Página 43
- Figura 3.** Histograma (A) e *box plots* (B) da pontuação na *Primary Care Assessment Tool* (PCATool-Brasil), conforme ser LGBT ou não (n=6.693).....Página 59
- Figura 4.** Diagrama causal para identificação do esquema mínimo de ajuste para associação entre ser LGBT e acesso à saúde.....Página 61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-A. Características sociodemográficas da população, conforme ser LGBT ou não (n=6.693).....	Página 45
Tabela 1-B. Identidade de gênero e orientação sexual da amostra, conforme ser LGBT ou não (n=6.693).....	Página 46
Tabela 1-C. Características socioeconômicas da amostra, conforme ser LGBT ou não (n=6.693).....	Página 47
Tabela 1-D. Características clínicas da amostra, conforme ser LGBT ou não (n=6.693).....	Página 48
Tabela 1-E. Hábitos de vida da amostra, conforme ser LGBT ou não (n=6.693)....	Página 49
Tabela 2-A. Suporte social e de percepções em relação à morte, conforme ser LGBT ou não (n=6.693).....	Página 51
Tabela 2-B. Situações de violência e discriminação ao longo da vida dos participantes LGBT, conforme identidade de gênero e orientação sexual (n=1.332).....	Página 52
Tabela 2-C. Características da vida sexual, conforme ser LGBT ou não (n=6.693).....	Página 53
Tabela 3-A. Utilização do sistema de saúde e realização de exames de promoção de saúde, conforme ser LGBT ou não (n=6.693).....	Página 56
Tabela 3-B. Acesso à saúde pela pontuação no Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil), conforme ser LGBT ou não (n=6.693).....	Página 57
Tabela 3-C. Acesso à saúde pela pontuação no Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil), conforme ser LGBT e cor da pele (n=6.693).....	Página 57

Tabela 3-D. Acesso à saúde pela pontuação no Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil), conforme ser LGBT e viver com HIV (n=251).....Página 58

Tabela 4-A. Regressão de Poisson investigando a associação entre ser LGBT e estar no pior quintil de pontuação de acesso à saúde (PCATool-Brasil <4,0) (n=6.693).....Página 62

Tabela 4-B. Regressão de Poisson investigando a associação entre ser LGBT e corte nacional de pontuação de acesso à saúde (PCATool-Brasil <4,24) (n=6.693).....Página 63

Tabela 4-C. Regressão de Poisson investigando a associação entre ser LGBT e corte internacional de pontuação de acesso à saúde (PCATool-Brasil <6,6) (n=6.693).....Página 64

Tabela 4-D. Regressão de Poisson investigando a associação entre ser LGBT e não realizar exames de rastreio para neoplasias (n=6.693).....Página 65

RESUMO

Crenitte MRF. Fatores sociodemográficos associados a pior acesso à saúde em brasileiros com 50 anos ou mais: o impacto do gênero e da orientação sexual [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo: 2021.

INTRODUÇÃO: Fatores como pobreza, opressão sexual, racismo e exclusão social podem estar associados com maior vulnerabilidade em saúde. Sabe-se ainda que acesso a saúde é um aspecto central desta vulnerabilidade. O entendimento dos fatores determinantes de uma pior atenção à saúde é particularmente importante entre idosos, já que estes compõem a população que mais frequentemente necessita de cuidados. No entanto, pouco se sabe se características individuais básicas, como gênero e orientação sexual, interferem no acesso à saúde no Brasil, e, conseqüentemente, conferem uma maior vulnerabilidade em saúde àqueles que envelhecem. **OBJETIVOS:** (1) Descrever o perfil de saúde de adultos brasileiros com 50 anos ou mais, comparando suas características conforme gênero e orientação sexual. (2) Investigar a associação entre gênero, orientação sexual e acesso à saúde nessa população. **MÉTODOS:** Estudo de corte transversal realizado através da divulgação de um questionário online sigiloso, distribuído em diferentes plataformas digitais e estimulando o recrutamento em “bola de neve” (*snowball sampling*). Foram incluídas as respostas de todos os brasileiros com 50 anos ou mais que aceitaram participar da pesquisa após a leitura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, entre agosto de 2019 e janeiro de 2020. Foi solicitado que os participantes respondessem questões detalhadas sobre suas características sociodemográficas, sobre sua saúde e experiências no sistema de saúde, e sobre sua sexualidade. O

desfecho primário foi acesso à saúde, avaliado através da pontuação na escala *Primary Care Assessment Tool* (PCATool-Brasil). Como desfecho secundário, foi caracterizada a utilização do sistema de saúde conforme o número de exames preventivos realizados pelos participantes. A variável independente primária foi definida como pertencimento ou não à comunidade de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT). Foram definidos como não-LGBT participantes que se identificaram como homens ou mulheres heterossexuais cisgênero, e como LGBT aqueles que se identificaram como transgênero, gênero não-binário, travestis, homossexuais, bissexuais e pansexuais. A associação entre ser LGBT e acesso à saúde foi analisada em modelos de regressão de Poisson. **RESULTADOS:** Foram incluídos 6693 participantes, sendo 1332 LGBT e 5361 não-LGBT, com mediana de idade de 60 anos. Na amostra geral, 77% das respostas tiveram origem na região Sudeste e 79% tinham escolaridade com nível superior completo. Pessoas LGBT relataram uma frequência semelhante de doenças como Diabetes Mellitus ($p=0,76$), Hipertensão Arterial Sistêmica ($p=0,2$), Insuficiência Cardíaca ($p=0,37$) e Fragilidade ($p=0,068$) quando comparadas às não-LGBT. No entanto, depressão foi mais comum no grupo LGBT, atingindo 37% da amostra, contra 28% ($p<0,001$) no grupo não-LGBT. A mediana de pontuação na PCATool-Brasil foi 5,68, mas com diferença significativa entre pessoas LGBT e não-LGBT (5,13 contra 5,82; $p<0,001$). Além disso, enquanto 31% dos participantes LGBT estavam no pior quintil de acesso à saúde nessa população, o mesmo foi verificado em apenas 18% dos não-LGBT ($p<0,001$). As frequências de realização de exames de rastreio para câncer de mama, câncer de cólon e câncer de colo uterino também foram menores no grupo LGBT. Por fim, após análise multivariada, foi confirmada a associação independente entre ser LGBT e ter pior acesso à saúde, com razão de prevalências de 2,5 (IC95%=2,04-

3,06). **CONCLUSÕES:** Em uma população de brasileiros com 50 anos ou mais, pessoas LGBT relataram sinais sugestivos de depressão com uma frequência maior que as não-LGBT. Além disso, ser LGBT associou-se com pior acesso à saúde, sugerindo que a elaboração de políticas públicas promovendo a inclusão dessas pessoas nos serviços de saúde seja necessária para melhorar seus cuidados durante o processo de envelhecimento.

Descritores: acesso aos serviços de saúde; barreiras ao acesso aos cuidados de saúde; Efeitos contextuais das desigualdades em saúde; minorias sexuais e de gênero; idosos; fragilidade.

ABSTRACT

Crenitte MRF. Prognostic factors associated to a worse healthcare access in Brazilian aging adults: the impact of gender and sexual orientation [thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”: 2021.

BACKGROUND: Factors such as poverty, sexual oppression, racism, and social exclusion may be associated with greater health vulnerability. It is also known that healthcare access is a central aspect of this vulnerability. Understanding the determinants of healthcare access inequities is particularly important in older adults, as they make up the population that most often needs care. However, little is known whether basic individual characteristics, such as gender and sexual orientation, interfere with healthcare access in Brazil and, consequently, confer greater vulnerability on those who age. **OBJECTIVES:** (1) To describe the health profile of Brazilian adults aged 50 years and over, comparing their characteristics according to gender and sexual orientation. (2) To investigate the association between gender, sexual orientation, and healthcare access in this population. **METHODS:** Cross-sectional study carried out by disseminating a confidential online questionnaire, distributed on different digital platforms and encouraging recruitment in “snowball sampling”. We included responses from all eligible individuals who agreed to participate after reading the Free and Informed Consent Form, between August 2019 and January 2020. Participants were asked to answer detailed questions about their sociodemographic characteristics, their health and experiences in the health system, and their sexuality. Our primary outcome was healthcare access as measured by the Primary Care Assessment Tool scale (PCATool-Brasil). Our secondary outcome was

healthcare utilization as measured by the number of preventive tests performed by the participants. Our primary independent variable was defined as belonging or not to the Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) community. Heterosexual cisgender men and women were defined as Non-LGBT, and those who identified as transgender, non-binary gender, travestis, homosexuals, bisexuals, or pansexuals were defined as LGBT participants. The association between being LGBT and healthcare access was analyzed in Poisson regression models. **RESULTS:** We included 6693 participants, 1332 LGBT and 5361 non-LGBT, with a median age of 60. Overall, 77% of the answers came from the Brazilian Southeast, and 79% had completed higher education. LGBT participants reported a similar frequency of diseases such as Diabetes Mellitus ($p=0.76$), Hypertension ($p=0.2$), Heart Failure ($p=0.37$) and Frailty ($p = 0.068$) when compared to non-LGBT participants. However, depression was more common in the LGBT group, reaching 37% of the sample, against 28% ($p<0.001$) in the non-LGBT group. The median PCATool-Brasil score was 5.68, but with a significant difference between the LGBT and non-LGBT groups (5.13 versus 5.82; $p<0.001$). In addition, while 31% of LGBT participants were in the worst quintile of healthcare access, the same was found in only 18% of non-LGBT participants ($p<0.001$). The frequencies of screening tests for breast cancer, colon cancer and cervical cancer were also lower in the LGBT group. Finally, after multivariable analysis, we confirmed the independent association between being LGBT and having worse healthcare access, with a prevalence ratio of 2.5 (95% CI = 2.04-3.06). **CONCLUSIONS:** In a population of Brazilian adults aged 50 or over, LGBT persons reported signs suggestive of depression more frequently than non-LGBT persons. In addition, being LGBT was associated with worse healthcare access, suggesting that

the elaboration of public policies promoting their inclusion in health services is necessary to improve care as they age.

Descriptors: health services accessibility; barriers to access of health services; Contextual Effects of Health Disparities; sexual and gender minorities; aged; frailty.

1. INTRODUÇÃO

Desde a década de 1990, vem se desenvolvendo o conceito de vulnerabilidade em saúde, principalmente a partir do conhecimento adquirido com experiências relacionadas ao risco de adoecimento pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) (1). Enquanto inicialmente a suscetibilidade à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) era estimada apenas com base na exposição individual ao HIV, o amadurecimento conceitual levou à inclusão de novos parâmetros nessa avaliação, como características sociais, coletivas e institucionais (2). Mais especificamente, percebeu-se que fatores como pobreza, opressão sexual, racismo e exclusão social também influenciavam no risco de aquisição da SIDA, independentemente de variáveis mais diretamente relacionadas à exposição ao vírus (3).

Assim, elaborou-se um novo modelo de vulnerabilidades, que pode ser aplicado em outros cenários de atenção à saúde. De acordo com esse novo modelo, as diferentes vulnerabilidades podem ser agrupadas em três categorias (3):

- Individual: relacionada aos comportamentos e atitudes dos indivíduos, influenciados por características do corpo e organismo, de sua memória e capacidade de decisão;
- Social: diz respeito a temas relacionados a aspectos culturais, sociais e econômicos, os quais influenciam o acesso a bens e serviços;
- Programática: compreende os serviços de saúde e como eles atuam para proteger os indivíduos e para promover o bem-estar bio-psico-social.

1.1. Vulnerabilidade em saúde e envelhecimento

Mais recentemente, esses conceitos vêm sendo estudados no contexto do envelhecimento populacional (4,5).

Funções biológicas em declínio, como observado em doenças crônicas, em doenças neuropsiquiátricas e na síndrome de fragilidade, adicionam mais uma camada de risco para o desenvolvimento de vulnerabilidades (4). Podem interferir na maneira como a pessoa idosa percebe sua própria saúde, em sua necessidade de suporte social e no grau de dependência aos serviços de saúde (6,7).

Aspectos socioeconômicos e culturais, incluindo renda, escolaridade, desigualdades sociais e arranjos domiciliares pouco acolhedores, também permeiam o envelhecimento, com impactos variáveis na qualidade do acesso à saúde e na promoção do envelhecimento saudável (7).

O estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE) (8) reuniu dados representativos de 2.143 idosos da cidade de São Paulo (SP) e, em uma de suas análises, evidenciou que escolaridade, renda e posse de um seguro saúde associaram-se com uso e acesso a serviços de saúde. Entre idosos de menor renda, os principais motivos para não-utilização do sistema de saúde foram a ausência de autopercepção sobre a gravidade de seus problemas, além da distância e a qualidade dos serviços disponíveis (7).

Em outro estudo de corte transversal envolvendo 688 idosos da cidade de Campinas (SP), Rodrigues e Neri (4) verificaram a hipótese de que variáveis indicadoras de vulnerabilidade programática se combinariam a vulnerabilidades social e individual, na determinação de condições deficitárias de saúde física e psíquica em idosos de comunidade. Através de análises em *clusters*, nas quais agruparam idosos com menor renda familiar, residentes em regiões de maior vulnerabilidade social, com menor frequência de consultas médicas e atendimento odontológico, maior dependência do sistema público de saúde, sem cobertura pelo sistema de saúde complementar, e com pior autopercepção de saúde, verificaram que condições

sociais e renda familiar influenciam as vulnerabilidades individuais na velhice. Encontraram, por exemplo, maior prevalência de incontinência urinária, perda de apetite, quedas, problemas de memória e distúrbios do sono entre idosos de menor renda.

Apesar dos recentes avanços, ainda existe uma série de fatores relevantes para a vida da pessoa idosa que precisam ser estudados no contexto das vulnerabilidades e acesso à saúde. Em especial, não existem informações consistentes sobre como gênero ou orientação sexual afetam o acesso aos serviços de saúde no Brasil, e, conseqüentemente, interferem no processo de envelhecimento de sua população (9).

1.2. Vulnerabilidade em saúde e lésbicas, gays, bissexuais e pessoas transgênero (LGBT)

Os aspectos socioculturais relacionados ao machismo, ao conservadorismo e à LGBTfobia podem expor pessoas LGBT a desigualdades e particularidades de saúde. O preconceito e a discriminação impactam essas pessoas desde a sua juventude, possivelmente condicionando-as a estruturas frágeis de suporte familiar, social e de saúde. Não é incomum estudos observacionais evidenciarem maiores prevalências de depressão, abuso de substâncias psicoativas e de comportamentos sexuais de maior risco em minorias sexuais (10). Esses estudos também já mostraram que a população LGBT apresenta maior prevalência de fatores de risco modificáveis para doenças crônicas, como sedentarismo e uso de álcool e de tabaco (11) quando comparada a pessoas heterossexuais e cisgênero, corroborando para maior chance de doenças cardiovasculares (12) e neoplasias (11).

Em 2003, Ilan H Meyer (13), através de estudos de meta-análises, elaborou o modelo teórico do “estresse de minorias”, buscando entender razões pelas quais pessoas LGBT são mais propensas a transtornos mentais e abuso de substâncias (14). Mais recentemente, o modelo também vem sendo empregado para explicar piores desfechos de saúde física, como menor sobrevivência no câncer, nessa população (15). De acordo com a teoria do estresse de minorias, o estigma e o preconceito criam um ambiente hostil e estressor, que, associado a experiências discriminatórias, ao medo antecipado de discriminação, à invisibilidade e à homofobia internalizada (o sentimento e a percepção negativa que a pessoa LGBT sente em relação a si própria), explicaria, por exemplo, a elevada ocorrência de transtornos mentais na população LGBT.

Nos EUA, o inquérito *Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS)* (16) avaliou a adesão populacional de mais de 200 mil adultos a hábitos saudáveis como "nunca fumar", "beber moderadamente", "manter índice normal de massa corpórea", "envolver-se com atividade física para lazer" e "dormir mais que 7 horas ao dia ". Evidenciou tanto que mulheres cis lésbicas e bissexuais, em relação às heterossexuais, e como mulheres trans, em relação às cisgênero, tinham uma menor chance de realização dessas práticas.

Uma condição central para a qualidade no acesso e na adesão às orientações de promoção à saúde se refere à relação entre usuários e profissionais da saúde, a qual pode ser apontada como uma condição para a revelação ou não da orientação e/ou identidade de gênero por pessoas LGBT em serviços de saúde (17). Pode, ainda, representar uma barreira ao acesso à saúde, como evidenciado por uma pesquisa envolvendo mulheres lésbicas em São Paulo, em que o receio antecipado de sofrer

discriminações e ter que revelar sua sexualidade foi descrito como uma das principais dificuldades enfrentadas pelas participantes (18).

Elliot e colaboradores (19) analisaram dados de mais de dois milhões de ingleses (incluindo 27.497 gays, lésbicas e bissexuais) e, ao comparar as experiências dos usuários nos serviços de atenção primária à saúde, observaram que pessoas pertencentes a minorias sexuais relatavam sentimentos desagradáveis sobre seu atendimento com uma frequência maior, incluindo ausência de confiança em seus médicos, percepção de comunicação ruim ou muito ruim por médicos e enfermeiros, e insatisfação geral com os cuidados prestados a sua saúde. Igualmente, uma pesquisa realizada na Irlanda (20) com 144 idosos LGBT constatou que 22% da amostra (n=28) preferia não divulgar sua identidade LGBT a seus agentes de saúde por medo de encontrarem uma reação inapropriada.

Apesar desses dados, existem aqueles que ainda questionam a relevância de conhecer a identidade de gênero e orientação sexual de quem é assistido. Porém, Steele e colaboradores (21) mostraram que este é um aspecto relevante dos cuidados à saúde. Em seu estudo, os autores mostraram que mulheres lésbicas que se abrem para seus médicos e percebem que serão acolhidas, mostram melhores índices de utilização dos serviços de saúde, passo essencial para um melhor controle de doenças crônicas e uma maior adesão a medidas de promoção da saúde (22).

1.3. Envelhecimento e saúde LGBT

O envelhecimento de pessoas LGBT vem caminhando em paralelo ao processo de envelhecimento populacional verificado em todo mundo (9,23). Contudo, esses indivíduos, além de sofrerem com o “etarismo” da sociedade, são vítimas de diversas outras formas de preconceito e discriminação, incluindo a presunção pela

maioria de que são heterossexuais e cisgênero (23,24). Como mencionado para população LGBT em geral, os idosos deste grupo também apresentam maior prevalência de fatores potencialmente lesivos à saúde, como solidão e redes de suporte social inadequadas (25–28). Da mesma forma, estão expostos a desigualdades de acesso à saúde, e a um maior risco de desenvolver doenças crônicas e transtornos mentais, o que pode influenciar negativamente o seu processo de envelhecimento (29–31).

Esse potencial impacto negativo fica claro em trabalhos como de Canêdo e colaboradores (32), que ao analisar dados de 845 idosos da comunidade, concluíram que ausência ou número reduzido de doenças, ausência de depressão e de obesidade, altos índices de atividade física e de participação social, estiveram relacionados a melhor performance física e cognitiva, e melhores condições de saúde em geral. Por outro lado, a discriminação ao longo da vida, a homofobia internalizada, a falta de acesso à saúde, a obesidade e o sedentarismo já foram apontados como possíveis fatores de risco para dependência, depressão, declínio cognitivo e piores condições de saúde em idosos LGBT (33–35).

Assim, recentemente vem se discutindo que os modelos e referenciais baseados no envelhecimento heterossexual e cisgênero são insuficientes para entender as particularidades do envelhecimento de minorias sexuais e de gênero (9,22). Por exemplo, algumas questões específicas a essa população, como a menor confiança nos serviços de saúde e o medo de sofrer discriminação nesses locais, fazem com que idosos LGBT deixem de os procurar, ou os procurem somente em emergências, prejudicando sua saúde (36). Neste contexto, pode ser citado o fato de mulheres idosas lésbicas realizarem menos exames preventivos como mamografia ou coletas cérvico-vaginais do que suas contemporâneas heterossexuais (36,37).

A existência de estudos revelando que a presença de suporte social, sentimentos positivos quanto à identidade sexual, hábitos de vida saudável, e recursos socioeconômicos (renda, emprego e escolaridade), associam-se a maior qualidade de vida entre pessoas LGBT, corrobora a importância de se desenvolverem estratégias, dentro do âmbito de cuidados à saúde, que favoreçam a aceitação, adaptação e bem-estar emocional dessa população (29,38,39).

1.4. Acesso à saúde

De acordo com Ayres(40)

Saúde não se refere a regularidades dadas que nos permitem definir um modo de fazer algo, mas diz respeito à própria busca de que algo fazer. Estamos sempre em movimento, em transformação, em devir, e porque somos finitos no tempo e no espaço e não temos a possibilidade de compreensão da totalidade de nossa existência, individual ou coletiva, é que estamos sempre, a partir de cada nova experiência vivida, em contato com o desconhecido e buscando reconstruir o sentido de nossas experiências.

Assim como a definição de 'Saúde', o conceito de 'Acesso' é amplo, complexo e tem diferentes definições na literatura (40,41). No entanto, diversos autores concordam que ele vai além da entrada pela porta da unidade de saúde. Acesso à saúde envolve desde características que facilitam ou dificultam o uso dos serviços de saúde por potenciais usuários, até os próprios resultados produzidos pelos cuidados, como efeitos na saúde e satisfação das pessoas.

Para compreender essa visão mais ampla de acessibilidade em saúde e discutir suas possíveis melhorias, é importante conhecer o trabalho de Branch e colaboradores (42). De acordo com estes autores, o uso dos serviços de saúde depende de fatores que podem ser classificados conforme três dimensões:

capacidade; necessidade; e predisposição. A primeira dimensão diz respeito à capacidade de uma pessoa procurar e receber os cuidados de saúde, condicionados por características como renda, posse de planos de saúde privados, suporte social, disponibilidade e proximidade. Necessidade se refere à percepção das pessoas sobre seu estado de saúde e sobre a necessidade de procurar um serviço de saúde. Enquanto predisposição abrange variáveis como características sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, cor), que podem aumentar a chance de uso de unidades de saúde. No entendimento de alguns autores (7), equidade de acesso à saúde ocorre fundamentalmente quando a utilização dos diferentes serviços é determinada pela necessidade.

Conforme citado anteriormente, inúmeros estudos populacionais já identificaram a existência de barreiras no acesso à saúde pela população LGBT. Como sua definição é ampla, diversos indicadores podem ser utilizados em sua mensuração, incluindo cobertura vacinal, frequência de consultas médicas e odontológicas regulares, e abrangência de programas de rastreamento de neoplasias (41).

Contudo, em uma revisão integrativa da literatura, foi proposto que as barreiras ao acesso à saúde fossem avaliadas segundo três dimensões complexas e correlacionadas: relacional; organizacional; e contextual. A dimensão relacional diz respeito à relação entre usuários e profissionais de saúde, na qual o acolhimento e escuta dignos são essenciais para uma boa qualidade de assistência. Na dimensão organizacional, as barreiras se originam da forma como os serviços e processos são efetivados dentro dos serviços de saúde. Por exemplo, estruturas fundamentadas na cultura cis heteronormativa favorecem o não reconhecimento do nome social de pessoas transgênero nas comunicações, a dificuldade de acessar locais como

banheiros, a ausência de materiais educativos em salas de espera que contemplem pessoas LGBT, e a exposição desse grupo a situações vexatórias ou a quebra de privacidade (43). E as barreiras contextuais se referem a determinantes sociais do processo saúde-adoecimento, como pobreza, violência, discriminação e estigmatização, que ampliam a vulnerabilidade das pessoas e comunidades. A LGBTfobia é um desses principais determinantes, em especial quando associada ao racismo.

1.4.1. Acesso à saúde e interseccionalidade

A perspectiva teórico-metodológica da interseccionalidade oferece um passo adicional na avaliação de acesso à saúde. Esta perspectiva deriva originalmente do trabalho de estudiosas do campo do feminismo negro norte americano, como Kimberlé Crenshaw, e propõe que fatores de risco biológicos, socioeconômicos, raciais e de gênero sejam entendidos no contexto de sua sobreposição e interação, e não como características independentes (44). Neste sentido, a intersecção entre estes auxilia a apreensão das relações entre fatores sociais e fatores de risco biológicos. Pode, por exemplo, trazer atenção a potenciais diferenças dentro de grupos aparentemente homogêneos como mulheres, indígenas, negros, idosos ou outras minorias políticas ou culturais.

O racismo estrutural já é conhecido como um fator de risco para o pior acesso à saúde em populações vulneráveis, por motivos que extrapolam experiências negativas individuais (45). Uma análise do estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE), com dados representativos de 1.345 idosos da cidade de São Paulo, evidenciou um cenário mais favorável ao envelhecimento entre idosos brancos, em relação aos pretos e pardos (46). Além de uma pior autopercepção de

saúde, pessoas pretas e pardas também tinham uma maior prevalência de hipertensão arterial, diabetes mellitus, doença cerebrovascular e déficit cognitivo.

Nesse sentido, Kim, Jen e Fredriksen-Goldsen conduziram um estudo de corte transversal envolvendo 2.450 pessoas LGBT com 50 anos ou mais nos Estados Unidos(47), e verificaram que americanos LGBT hispânicos e negros apresentavam piores condições de renda, escolaridade e suporte social, quando comparados a pessoas LGBT brancas. Características que sabidamente impactam em qualidade de vida, saúde física e bem-estar psicossocial.

Com esses conhecimentos em mente, pesquisadores que utilizam os referenciais da interseccionalidade analisam os determinantes sociais da saúde não como estruturas rígidas ou aditivas, mas como questões indivisíveis e com efeitos potencialmente multiplicadores em desfechos adversos de saúde. Lisa Bowleg (48) ao examinar as experiências de mulheres negras lésbicas, afirma que “ser uma mulher negra lésbica é diferente de ser mulher + negra + lésbica”. Segundo a autora, é quase impossível entender as experiências separadamente, e desafiador tentar perceber qual identidade recebeu alguma opressão ou discriminação primeiro.

Em outras palavras, para um pesquisador entender e analisar populações através da perspectiva da interseccionalidade não basta adicionar variáveis em um modelo estatístico aditivo, é necessário considerar as dimensões de identidades (autorreferidas) forjadas em contextos de pertencimento social, portanto coletivo.

Entretanto, tal abordagem de interpretação envolve desafios para os pesquisadores e estudiosos, marcadamente no campo da saúde. Há um debate tanto em pesquisas qualitativas quanto em quantitativas sobre a maneira de elaboração de instrumentos, os melhores modelos estatísticos para análise e a melhor forma de interpretar os dados encontrados(48).

Em relação às perguntas realizadas pelos pesquisadores, Lisa Bowleg (48) resumiu bem que “ao realizar perguntas aditivas teremos respostas aditivas”, visto que a maneira como os questionários são elaborados irão influenciar o jeito que as respostas são executadas.

Além disso, determinadas indagações podem se aproximar diferentemente de uma realidade mais marcadamente masculina ou feminina. Apesar de se alinharem em algumas experiências, são únicas e heterogêneas as maneiras como mulheres e homens negros, por exemplo, enfrentam as opressões de uma sociedade racista, mas também sexista(49). Por um lado, perguntas relacionadas à violência física e ao estereótipo de “criminoso” podem afetar e se assemelhar à realidade de muitos homens negros. Por outro, àquelas relativas à violência verbal e ao estereótipo de “sexualizada” influenciam diferentemente as mulheres negras.

O próximo passo na incorporação da perspectiva interseccional em pesquisas científicas se refere ao modelo estatístico utilizado para análise, uma vez que ainda não há um consenso sobre qual seria o mais apropriado. Nesse debate, a análise de interação é descrito como um método possível(49), com as críticas de não ter sido desenhado para esses fins e podendo não refletir as complexidades da realidade.

Lisa Bowleg(48) também argumenta sobre a existência da interseccionalidade invisível ou não computada, já que existem dados mais explícitos do que outros. Além disso, a maior parte dos modelos estatísticos existentes é implicitamente aditiva, mesmo após uma análise de interação. Nesse sentido, quando há uma forte associação entre uma variável e um desfecho, por exemplo, como a influência separadamente da cor da pele e do gênero em inequidades de saúde, a chance de não encontrarmos interação entre tais variáveis aumenta. Em outras palavras, forças poderosas como racismo, sexismo e heterossexismo são interações desafiadoras de

analisar, já que podem, ao olhar menos experiente, ocultar os efeitos de suas interações.

Portanto, a interseccionalidade das experiências e vivências de múltiplas identidades minoritárias (ser LGBT, ter cor da pele preta, ter idade mais avançada) deve ser explorada como possível determinante de desfechos adversos na saúde.

1.4.2. Avaliação do acesso à saúde

Muitos instrumentos de avaliação sobre acesso à saúde provêm de estudos e questionários relacionados à qualidade da Atenção Básica (AB) ou da Atenção Primária à saúde (APS) (50). Entre eles estão o *Components of Primary Care Instrument* (51), o *Primary Care Assessment Survey* (52), o *EUROPEP questionnaire* (53), o *Primary Care Assessment Tool* (PCA-Tool) (54), e o *QUALICOPC* (55).

Todos esses instrumentos já se mostraram bons preditores da satisfação de usuários e da qualidade de acesso à saúde. Contudo, no Brasil destaca-se a versão nacional do *Primary Care Assessment Tool* (*PCATool-Brasil*) (54), que avalia a presença e extensão dos atributos da APS, dentre eles a acessibilidade. A pontuação nessa escala gera um escore de zero a dez, sendo que valores maiores são considerados indicativos de APS de melhor qualidade. A ferramenta é recomendada pelo Ministério da Saúde (56) e foi utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) na Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 (57). Além disso, uma revisão integrativa da literatura brasileira, analisando publicações de 2007 a 2017, mostrou que foi o instrumento mais utilizado para avaliação de APS no período (50).

PCATool-Brasil já foi utilizado para estudar o acesso de primeiro contato à saúde em populações da Paraíba e de Goiás, com números revelando baixas médias de acessibilidade nesses locais, e expondo a necessidade de políticas públicas

direcionadas para melhoria desse componente da APS (58)(59). O instrumento também pode ser utilizado para investigar possíveis diferenças entre políticas de saúde numa mesma cidade. Por exemplo, um estudo recente (60) comparou o modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF) com a assistência convencional em serviços odontológicos em Curitiba (PR). Empregando o PCATool-Brasil, foi possível demonstrar uma maior pontuação nas unidades que adotavam a ESF em relação ao modelo convencional.

O PCATool-Brasil é vantajoso, em relação a instrumentos equivalentes, principalmente por sua simplicidade quanto ao uso, aplicação e cálculo de escores. Permite avaliar os serviços de saúde sob a perspectiva do usuário e também, por ter sido adaptado e validado em diferentes regiões do mundo(50), possibilita comparações internacionais.

Apesar da importância do assunto, poucos estudos investigaram a vulnerabilidade em saúde de idosos LGBT, ou analisaram se o acesso à saúde deste grupo é inferior ao da população geriátrica em geral (9,30). Portanto, pretendemos preencher esta lacuna estudando o acesso à saúde em brasileiros com 50 anos ou mais, avaliando sua associação com gênero e orientação sexual.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

- Investigar a associação entre gênero e orientação sexual e acesso à saúde em brasileiros com 50 anos ou mais.

2.2. Objetivos específicos

- Descrever o perfil de saúde de brasileiros com 50 anos ou mais, comparando suas características conforme gênero e orientação sexual.
- Descrever as percepções sobre envelhecimento e saúde sexual dessa população, conforme gênero e orientação sexual.
- Investigar a associação entre ser LGBT e acesso à saúde nessa população.
- Investigar a interação entre ser LGBT e (1) sexo, (2) cor/raça/etnia, (3) utilização do Sistema Único de Saúde (SUS) na associação com acesso à saúde nessa população.

3. MÉTODOS

3.1. Desenho

Este foi um estudo de corte transversal envolvendo brasileiros com 50 anos ou mais. Um questionário de saúde *online*, sigiloso e anônimo (Anexo 2) foi divulgado em mídias sociais (*Instagram, WhatsApp, Facebook e YouTube*), hospitais, consultórios médicos, clubes recreativos, organizações públicas e não-governamentais. Influenciadores digitais e associações como ANTRA (Associação Nacional de Travestis e Transexuais), GGB (Grupo Gay da Bahia), Eternamente SOU (Organização não-Governamental voltada ao público LGBT 60+), entre outros, foram contactados e apoiaram informalmente esta pesquisa auxiliando em sua divulgação. Materiais impressos de divulgação da pesquisa também foram confeccionados e distribuídos em associações, encontros e simpósios.

Os participantes do estudo também foram estimulados a redistribuírem o questionário para seus contatos, seguindo os princípios do recrutamento em “bola de neve” (ou *snowball sampling*), para atingir o maior número possível de candidatos (61). O *link* de acesso para o questionário permaneceu disponível para respostas por seis meses, entre Agosto de 2019 a Janeiro de 2020.

Para diminuir o risco de vieses no recrutamento, o questionário foi divulgado sob o escopo mais genérico da pesquisa, a investigação de aspectos sociodemográficos associados a acesso à saúde no envelhecimento, caracterizando-se como um inquérito que podia ser respondido tanto por pessoas LGBT como não-LGBT.

3.2. População

Brasileiros com idade igual ou superior a 50 anos eram elegíveis para participação no estudo. Foram incluídos aqueles que registraram ter lido e concordado com o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE – Anexo 1), disponibilizado na primeira etapa de acesso ao questionário *online*.

Foram excluídos participantes com dados incompletos nas variáveis de interesse do estudo.

3.3. Medidas e desfechos

3.3.1. Questionário de saúde

Um questionário de autopreenchimento *online* (Anexo 2) foi elaborado para a coleta dos dados de interesse do estudo. Para tal, foram utilizados os recursos da plataforma eletrônica *Research Electronic Data Capture* (REDCap), que incluem funcionalidades de edição e distribuição de inquéritos (por exemplo, ferramentas de proteção contra robôs), além do armazenamento e gerenciamento de informações.

Foi solicitado que os participantes respondessem perguntas sobre as seguintes variáveis:

- Características sociodemográficas:
 - Sexo designado no nascimento (registrado na certidão de nascimento);
 - Ano de nascimento;
 - Cidade de residência;
 - Cor da pele, raça ou etnia;
 - Estado civil;
 - Religião;
 - Escolaridade;

- Situação de emprego e aposentadoria;
- Renda familiar;
- Plano de previdência privada;
- Características da moradia;
- Filhos;
- Autopercepção de saúde;
- Comorbidades: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, asma, artrite, acidente vascular encefálico e doença renal crônica;
- Polifarmácia (uso crônico de cinco medicamentos ou mais);
- Hábitos de vida: prática de exercícios físicos, consumo de tabaco, álcool e outras substâncias (maconha, cocaína, ecstasy e crack);
- Funcionalidade: medida pelo *Brazilian Multidimensional Functional Assessment Questionnaire* (BOMFAQ)(62). Trata-se de uma escala que avalia o grau de dificuldade do indivíduo na realização de 15 atividades básicas de vida diária e sete atividades instrumentais de vida diária. Cada atividade é pontuada numa escala de zero a dois pontos, com maiores pontuações indicando maior o grau de dependência;
- Síndrome de fragilidade: a síndrome de fragilidade é caracterizada pela redução da força muscular, da resistência e das reservas fisiológicas do indivíduo, aumentando sua vulnerabilidade a potenciais estressores, e se associando a declínio funcional e menor sobrevida(63). Fragilidade foi caracterizada neste estudo pela escala FRAIL(64), já adaptada e validada para idosos brasileiros. Ela avalia fadiga, resistência física, capacidade aeróbica,

perda de peso e a presença de cinco ou mais doenças para identificar a síndrome, agrupando pacientes como normais, pré-frágeis ou frágeis;

- Risco de quedas:
 - Uso de dispositivos de marcha;
 - Número de quedas no último ano;
- Sintomas depressivos: rastreio pela escala de depressão geriátrica de 4 itens (GDS4) (65,66);
- Percepção sobre o envelhecimento;
- Indicadores de acesso à saúde:
 - Realização de exames de rastreio para neoplasias de mama, cólon e colo uterino. A pergunta sobre realização de mamografia foi feita a mulheres cis, enquanto a pergunta sobre o papanicolaou, para mulheres cis e homens trans;
 - Hospitalizações em 12 meses;
 - Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) (54,56): existem três versões validadas da ferramenta, sendo uma para crianças, outra para adultos, e uma última para profissionais de saúde. Em sua versão original, é composta por 55 itens, mas nesse estudo utilizamos apenas as 12 perguntas referentes aos indicadores de acesso de primeiro contato e acessibilidade a serviços de saúde da versão para adultos, descritas abaixo:

PCATool-Brasil: Acesso de primeiro contato – Acessibilidade (12 itens)

- O serviço de saúde, ou médico(a), ou enfermeiro(a) fica aberto ou disponível no sábado ou no domingo?
- O serviço de saúde, ou médico(a), ou enfermeiro(a) fica aberto ou disponível, pelo menos algumas noites de dias úteis, pelo menos até às 20 horas?
- Quando o seu serviço de saúde, ou médico(a), ou enfermeiro(a) está aberto ou disponível, e você adoece, alguém o(a) atende no mesmo dia?
- Quando o seu serviço de saúde, ou médico(a), ou enfermeiro(a) está aberto ou disponível, você consegue aconselhamento pelo telefone rapidamente, se precisar?
- Quando o seu serviço de saúde, ou médico(a), ou enfermeiro(a) está fechado ou indisponível, existe algum número de telefone para o qual você possa ligar se ficar doente?
- Quando o seu serviço de saúde, ou médico(a), ou enfermeiro(a) está fechado ou indisponível nos finais de semana, e você fica doente, alguém desse serviço o(a) atende no mesmo dia?
- Quando o seu serviço de saúde, ou médico(a), ou enfermeiro(a) está fechado ou indisponível, e você fica doente durante a noite, alguém desse serviço o(a) atende na mesma noite?
- É FÁCIL agendar uma consulta de revisão (consulta de rotina, "check-up") nesse serviço de saúde, ou médico(a), ou enfermeiro(a)?
- Quando você chega no seu serviço de saúde, ou médico(a), ou enfermeiro(a), você precisa esperar mais que 30 minutos para consultar com o(a) médico(a) ou enfermeiro(a) (sem contar triagem ou acolhimento)?
- Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para agendar atendimento no seu serviço de saúde, ou médico(a), ou enfermeiro(a)?
- É DIFÍCIL para você conseguir atendimento médico no seu serviço de saúde, ou médico(a), ou enfermeiro(a), quando julga ser necessário?
- Quando você precisa ir ao seu serviço de saúde, ou médico(a), ou enfermeiro(a), você precisa faltar no seu ambiente de trabalho ou estudo?

- Suporte social;
- Práticas religiosas;
- Saúde sexual (importância para vida, satisfação, frequência, número de parceiros, prevenção e diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis);
- Saúde e vivência LGBT:
 - Identidade de gênero: homem cisgênero, mulher cisgênero, homem transgênero, mulher transgênero, travesti, não-binário, outras identidades, ou prefere não responder;

- Orientação sexual: heterossexual, homossexual, bissexual, pansexual, assexual, não sabe ou prefere não responder;
- Homofobia internalizada: questões baseadas na escala de avaliação de homofobia internalizada validada no Brasil por Pereira e Leal (67);
- Experiências de vitimização e discriminação ao longo da vida.

3.3.2. Desfechos

- **Primário:**

- Acesso à saúde conforme o PCATool-Brasil. A pontuação final na escala gera um escore que vai de zero a 10, sendo que números maiores representam uma melhor qualidade de APS. Segundo o estudo de validação do PCATool, ambientes com elevado acesso à saúde têm uma média de 6,6 pontos no instrumento(56). Já no Brasil, Rech e colaboradores encontraram uma média de 4,24 pontos na avaliação de acesso à saúde(68). Nesse estudo, também utilizamos o quintil inferior da pontuação obtida para definir o grupo de pior acesso à saúde.

- **Secundário:**

- Utilização do sistema de saúde conforme realização de exames para rastreio de neoplasias.

3.4. Análise estatística

As análises foram realizadas com o pacote estatístico Stata para Mac, versão 16 (*Stata Corp, College Station, Tx*). Todos os testes estatísticos foram bicaudais e foi admitido um erro alfa de até 0,05.

As variáveis numéricas foram reportadas como médias e desvios padrão (DP), ou medianas e intervalos interquartis (IIQ) dependendo de sua distribuição. Esta foi checada pela inspeção visual dos histogramas de cada variável, com o cálculo dos coeficientes de assimetria (skewness), e curtose (kurtosis) e efetuação do teste de D'Agostinho-Pearson para determinar a normalidade da distribuição, rejeitada com valores de p menores que 0,05. Algumas dessas variáveis também foram estratificadas em categorias para facilitar a interpretação clínica dos valores encontrados. Variáveis categóricas foram descritas em contagens absolutas e proporções.

Para fins analíticos, os participantes foram divididos em dois grupos: não-LGBT (pessoas cisgênero heterossexuais); e LGBT (homossexuais, bissexuais, pansexuais, transgênero, travestis, não-binários, ou outros). As comparações entre as distribuições das variáveis numéricas foram realizadas com teste t de Student ou teste da soma dos postos de Wilcoxon, conforme apropriado. As distribuições das variáveis categóricas foram comparadas utilizando o teste do qui-quadrado, ou teste exato de Fisher, quando apropriado.

Foram ainda elaborados modelos de regressão de Poisson para explorar a associação entre ser LGBT e os desfechos propostos, e as forças de associação foram reportadas em razões de prevalência. Inicialmente, selecionamos as seguintes covariáveis de ajuste: idade (anos); sexo designado ao nascer; cor da pele; estado civil; escolaridade; renda (salários-mínimos); utilização do SUS; macrorregião do país; polifarmácia; hipertensão arterial; diabetes mellitus; câncer; doença pulmonar

obstrutiva crônica; asma; doença coronariana; insuficiência cardíaca; artrite; acidente vascular encefálico; doença renal crônica; infecção pelo HIV; depressão; fragilidade. Com bases nessas variáveis, elaboramos um diagrama causal para identificação do esquema mínimo de ajuste para associação entre ser LGBT e acesso à saúde.

Análises de interação foram realizadas para explorar (1) sexo, (2) cor da pele (preta e parda vs. outras), e (3) utilização do SUS como possíveis modificadores da associação entre ser LGBT e acesso à saúde, em modelos nos quais foram inseridos como fatores de interação (ao invés de entrarem em separado como fatores de ajuste). Por fim, em uma análise de subgrupo, avaliamos as pontuações de acesso a saúde em pessoas vivendo com HIV, conforme sexo e grupos LGBT.

3.5. Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CEP-FMUSP), conforme parecer número 3.492.814, e seguiu os preceitos das resoluções vigentes para ética em pesquisa.

Foi aplicado TCLE eletrônico, sendo que apenas os candidatos que confirmavam ter lido, compreendido e consentido em participar do estudo eram encaminhados para o questionário *online*. Não foram solicitadas informações identificadoras para garantia de anonimato aos participantes e o sigilo dos registros foi mantido pelos recursos de segurança do REDCap.

4. RESULTADOS

4.1. Recrutamento

Foram incluídos 6.693 casos a partir de uma amostra inicial de 7.164 candidatos (Figura 1). Um total de 347 (5%) pessoas recusou participar após leitura do TCLE e 124 foram excluídas (2%) por apresentarem dados incompletos nas variáveis de interesse. A população final foi composta por 5.361 pessoas não-LGBT e 1.332 LGBT. Embora todas as unidades da federação tenham sido representadas, a maioria das respostas se originou na região Sudeste (Figura 2).

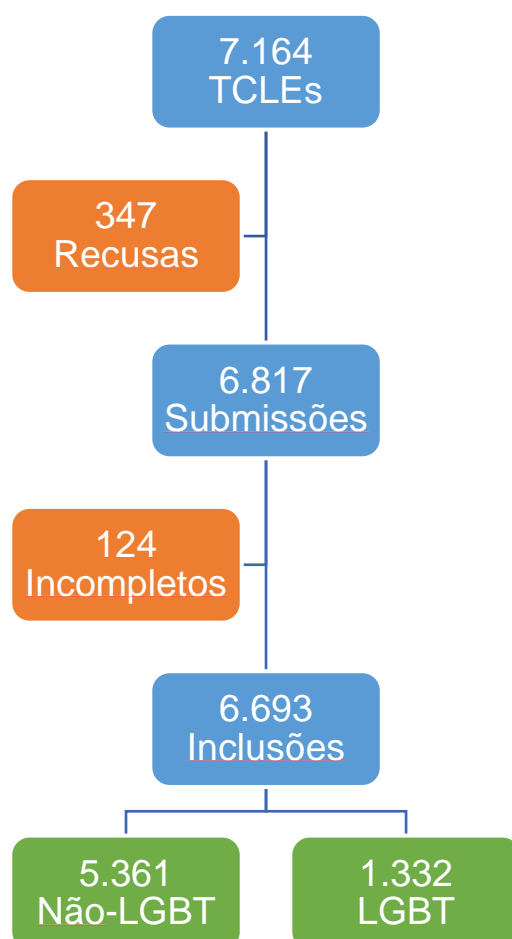
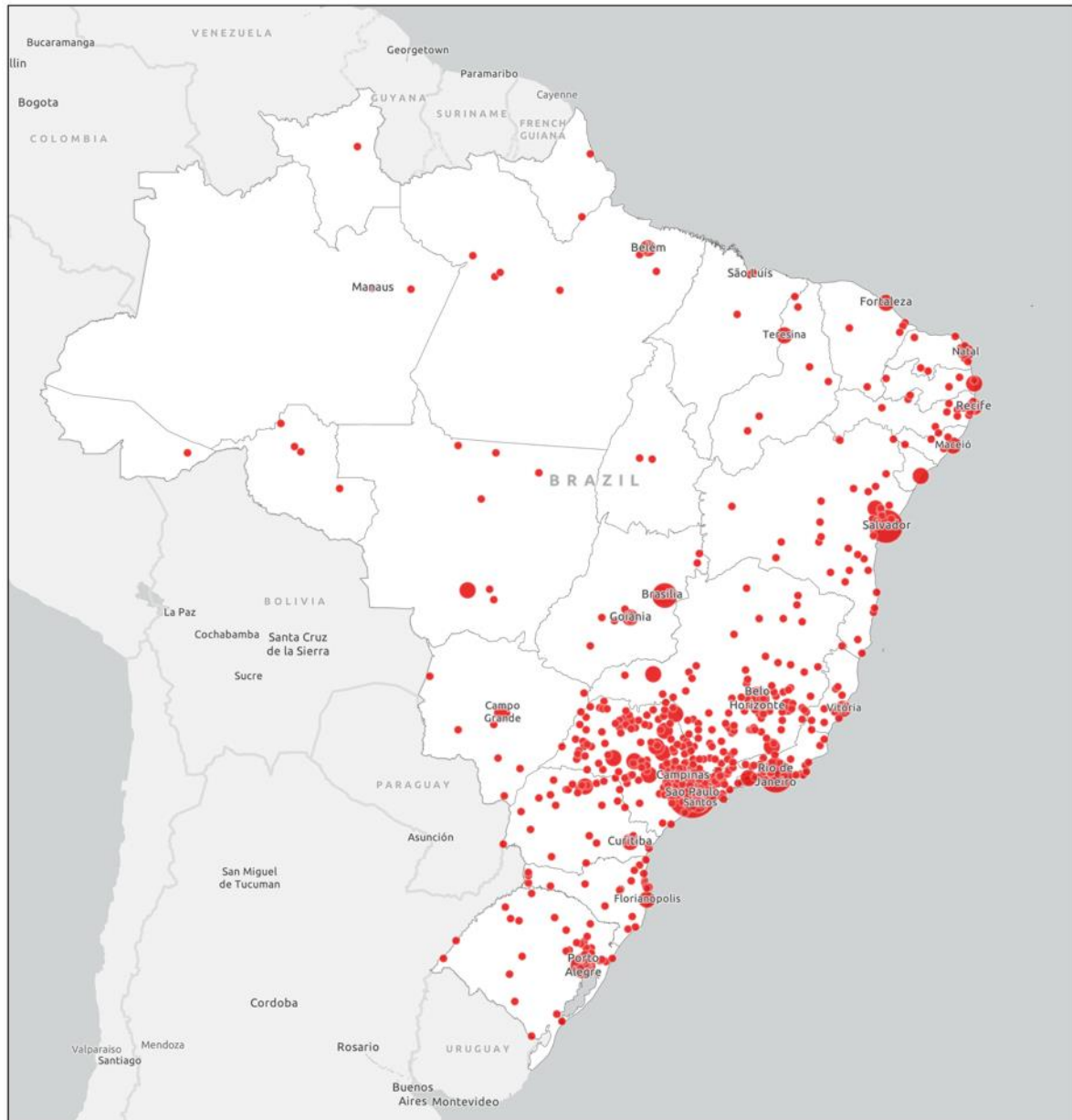
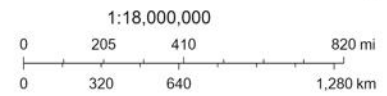
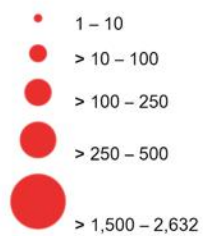


Figura 1. Fluxograma de inclusão no estudo.



2/18/2021



Sources: Esri, HERE, Garmin, FAO, NOAA, USGS, © OpenStreetMap contributors, and the GIS User Community

Figura 2. Distribuição geográfica das respostas (n=6.693).

4.2. Características gerais da amostra

A mediana de idade da população foi de 60 anos (Tabela 1-A), com predomínio de indivíduos entre 50-59 anos (65% no grupo LGBT e 45% no grupo não-LGBT, $p < 0,001$). No geral, 68% eram do sexo feminino, com predomínio desse grupo ainda mais evidente entre participantes não-LGBT (75 vs. 42%, $p < 0,001$).

Na caracterização do gênero, a maior parte das pessoas se identificou como cisgênero (96%) (Tabela 1-B). Ainda assim, no grupo LGBT, três pessoas se identificaram como homens transgênero, 29 como mulheres transgênero, 6 como mulheres travestis, 68 como não-binários, e 100 como outras identificações de gênero. Em relação à orientação sexual no grupo LGBT, 80 indivíduos se reconheceram como heterossexuais, 939 como homossexuais, 217 como bissexuais, e 50 como pansexuais.

Enquanto apenas 10% das pessoas heterossexuais e cisgênero eram solteiras, esse número chegou a 38% no grupo LGBT ($p < 0,001$). Constatamos ainda que a maioria dos participantes, independentemente de ser LGBT ou não, apresentava elevada escolaridade (Tabela 1-C), com 79% deles tendo cursado nível superior ou pós-graduação. Apesar disso, verificamos que pessoas LGBT tinham uma maior proporção de indivíduos com renda menor do que dois salários-mínimos, não tinham residência própria, nem plano de previdência privada.

Não observamos diferenças significativas entre os dois grupos quanto a sua autopercepção de saúde, polifarmácia ou na maior parte das comorbidades levantadas (Tabela 1-D). Contudo, encontramos uma maior prevalência de depressão no grupo LGBT (37 vs. 28%, $p < 0,001$), assim como de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) (13 vs. 1%, $p < 0,001$). A população LGBT foi caracterizada por uma maior proporção de indivíduos sedentários e com menor

adesão às recomendações de prática de atividade física regular. Esse grupo também apresentou maior prevalência de tabagismo, consumo de álcool e uso de substâncias ilícitas (Tabela 1-E).

Tabela 1-A. Características sociodemográficas da população, conforme ser LGBT ou não (n=6.693).

	Total N=6693	Não-LGBT N=5361	LGBT N=1332	Valor de p
Idade (anos), mediana (IIQ)	60 (55, 66)	61 (55, 67)	57 (53, 62)	<0,001
Idade (anos)				<0,001
50-59	3257 (49%)	2387 (45%)	870 (65%)	
60-69	2490 (37%)	2112 (39%)	378 (28%)	
≥70	946 (14%)	862 (16%)	84 (6%)	
Sexo designado ao nascimento				<0,001
Masculino	2115 (32%)	1343 (25%)	772 (58%)	
Feminino	4578 (68%)	4018 (75%)	560 (42%)	
Cor ou raça/etnia				<0,001
Branca	5272 (79%)	4298 (80%)	974 (73%)	
Parda	836 (13%)	610 (11%)	226 (17%)	
Preta	228 (3%)	152 (3%)	76 (6%)	
Amarela	251 (4%)	225 (4%)	26 (2%)	
Indígena	21 (0,3%)	16 (0,3%)	5 (0,4%)	
Outra	85 (1%)	54 (1%)	31 (2%)	
Estado civil				<0,001
Solteiro(a)	1051 (16%)	551 (10%)	500 (38%)	
Casado(a), amasiado(a) ou união estável	3749 (56%)	3206 (60%)	543 (41%)	
Separado(a) ou divorciado(a)	1372 (20%)	1137 (21%)	235 (18%)	
Viúvo(a)	521 (8%)	467 (9%)	54 (4%)	
Macrorregião				<0,001
Sudeste	5186 (77%)	4241 (79%)	945 (71%)	
Sul	458 (7%)	350 (7%)	108 (8%)	
Centro-Oeste	247 (4%)	171 (3%)	76 (6%)	
Nordeste	739 (11%)	553 (10%)	186 (14%)	
Norte	63 (1%)	46 (1%)	17 (1%)	
Tem religião				<0,001
Sim	5538 (83%)	4554 (85%)	984 (74%)	
Não	991 (15%)	679 (13%)	312 (23%)	
Prefere não responder	164 (2%)	128 (2%)	36 (3%)	

LGBT = Lésbicas, gays, bissexuais e pessoas transgênero

Tabela 1-B. Identidade de gênero e orientação sexual da amostra, conforme ser LGBT ou não (n=6.693).

	Total	Não-LGBT	LGBT	
	N=6693	N=5361	N=1332	Valor de p
Identidade de gênero				<0,001
Homem Cisgênero	2010 (30%)	1343 (25%)	667 (50%)	
Mulher Cisgênero	4434 (66%)	4018 (75%)	416 (31%)	
Homem Transgênero	3 (0%)	0 (0%)	3 (0%)	
Mulher Transgênero	29 (0%)	0 (0%)	29 (2%)	
Travesti	6 (0%)	0 (0%)	6 (0%)	
Não-binário/ Não faz definições	68 (1%)	0 (0%)	68 (5%)	
Outro	100 (1%)	0 (0%)	100 (8%)	
Não sabe/ Prefere não responder	43 (1%)	0 (0%)	43 (3%)	
Orientação sexual				<0,001
Heterossexual	5441 (81%)	5361 (100%)	80* (6%)	
Homossexual	939 (14%)	0 (0%)	939 (70%)	
Bissexual	217 (3%)	0 (0%)	217 (16%)	
Pansexual	50 (1%)	0 (0%)	50 (4%)	
Outra	46 (1%)	0 (0%)	46 (3%)	

LGBT = Lésbicas, gays, bissexuais e pessoas transgênero

*Esse número se refere às 80 pessoas não cisgênero do grupo que se declararam heterossexuais;

Tabela 1-C. Características socioeconômicas da amostra, conforme ser LGBT ou não (n=6.693).

	Total	Não-LGBT	LGBT	
	N=6693	N=5361	N=1332	Valor de p
Escolaridade				0,24
Superior completo ou mais	5272 (79%)	4235 (79%)	1037 (78%)	
Ensino médio incompleto a superior incompleto	1201 (18%)	944 (18%)	257 (19%)	
Até fundamental completo	220 (3%)	182 (3%)	38 (3%)	
Situação de trabalho				<0,001
Empregado + aposentado	1259 (19%)	1066 (20%)	193 (14%)	
Apenas empregado	2314 (35%)	1716 (32%)	598 (45%)	
Apenas aposentado	2199 (33%)	1865 (35%)	334 (25%)	
Desempregado + não aposentado	865 (13%)	669 (12%)	196 (15%)	
Prefere não responder	56 (1%)	45 (1%)	11 (1%)	
Situação de moradia.				<0,001
Residência própria	5373 (80%)	4420 (82%)	953 (72%)	
Residência alugada	793 (12%)	550 (10%)	243 (18%)	
Residência de familiares	381 (6%)	285 (5%)	96 (7%)	
Residência de amigos ou conhecidos	40 (1%)	25 (0%)	15 (1%)	
Outra	70 (1%)	50 (1%)	20 (2%)	
Prefere não responder	36 (1%)	31 (1%)	5 (0%)	
Renda familiar				<0,001
Menor que 2 salários-mínimos	462 (7%)	335 (6%)	127 (10%)	
2 a 5 salários-mínimos	1947 (29%)	1522 (28%)	425 (32%)	
5 a 10 salários-mínimos	2054 (31%)	1660 (31%)	394 (30%)	
Maior que 10 salários-mínimos	2230 (33%)	1844 (34%)	386 (29%)	
Plano de previdência privada				<0,001
Não	3521 (53%)	2756 (51%)	765 (57%)	
Sim	3120 (47%)	2561 (48%)	559 (42%)	
Prefere não responder	52 (1%)	44 (1%)	8 (1%)	

LGBT = Lésbicas, gays, bissexuais e pessoas transgênero

Tabela 1-D. Características clínicas da amostra, conforme ser LGBT ou não (n=6.693).

	Total	Não-LGBT	LGBT	
	N=6693	N=5361	N=1332	Valor de p
Auto-percepção de saúde				0,1
Muito Ruim	49 (1%)	36 (1%)	13 (1%)	
Ruim	141 (2%)	105 (2%)	36 (3%)	
Regular	1312 (20%)	1019 (19%)	283 (21%)	
Boa	3675 (55%)	2966 (55%)	709 (53%)	
Muito boa	1516 (23%)	1225 (23%)	291 (22%)	
Polifarmácia	2113 (32%)	1680 (31%)	433 (33%)	0,41
Hipertensão arterial sistêmica	2483 (37%)	2009 (37%)	474 (36%)	0,2
Diabetes mellitus	1028 (15%)	827 (15%)	201 (15%)	0,76
Câncer	357 (5%)	288 (5%)	69 (5%)	0,78
Doença pulmonar obstrutiva crônica	234 (3%)	185 (3%)	49 (4%)	0,69
Doença coronariana	225 (3%)	177 (3%)	48 (4%)	0,58
Insuficiência cardíaca	201 (3%)	156 (3%)	45 (3%)	0,37
Asma	420 (6%)	352 (7%)	68 (5%)	0,049
Artrite	1147 (17%)	966 (18%)	181 (14%)	<0,001
Acidente vascular cerebral	98 (1%)	69 (1%)	29 (2%)	0,015
Doença renal crônica	87 (1%)	57 (1%)	30 (2%)	<0,001
Infecção pelo HIV	251 (4%)	74 (1%)	177 (12%)	<0,001
Depressão	1986 (30%)	1487 (28%)	499 (37%)	<0,001
Fragilidade				0,068
Ausente	3577 (53%)	2901 (54%)	676 (51%)	
Pré-fragilidade	2742 (41%)	2170 (40%)	572 (43%)	
Fragilidade	374 (6%)	290 (5%)	84 (6%)	

LGBT = Lésbicas, gays, bissexuais e pessoas transgênero; HIV = vírus da imunodeficiência humana

Tabela 1-E. Hábitos de vida da amostra, conforme ser LGBT ou não (n=6.693).

	Total N=6693	Não-LGBT N=5361	LGBT N=1332	Valor de p
Prática de exercícios físicos				0,009
Nunca	1831 (27%)	1435 (27%)	396 (30%)	
Menos de uma vez por semana	643 (10%)	496 (9%)	147 (11%)	
1 vez por semana	800 (12%)	657 (12%)	143 (11%)	
2 a 3 vezes por semana	2293 (34%)	1882 (35%)	411 (31%)	
4 a 5 vezes por semana	870 (13%)	689 (13%)	181 (14%)	
Mais de 5 vezes por semana	256 (4%)	202 (4%)	54 (4%)	
Tabagismo				<0,001
Não, mas fumava no passado	2320 (35%)	1839 (34%)	481 (36%)	
Sim	818 (12%)	585 (11%)	233 (17%)	
Não, e nunca fumou	3521 (53%)	2915 (54%)	606 (45%)	
Ingesta de bebidas alcoólicas				<0,001
Nunca	1820 (27%)	1518 (28%)	302 (23%)	
Menos de uma vez por semana	1961 (29%)	1587 (30%)	374 (28%)	
1 vez por semana	1338 (20%)	1049 (20%)	289 (22%)	
2 a 3 vezes por semana	1062 (16%)	808 (15%)	254 (19%)	
4 a 5 vezes por semana	290 (4%)	227 (4%)	63 (5%)	
Mais de 5 vezes por semana	188 (3%)	142 (3%)	46 (3%)	
Não sabe/ Prefere não responder	34 (1%)	30 (1%)	4 (0%)	
Consumo de substâncias ilícitas	235 (4%)	101 (2%)	134 (10%)	<0,001
Consumo de maconha	168 (3%)	66 (1%)	102 (8%)	<0,001

LGBT = Lésbicas, gays, bissexuais e pessoas transgênero

4.3. Características de saúde LGBT e vida sexual

Ao avaliar o possível suporte social para participantes LGBT, notamos que um maior número deles afirmou nunca ter alguém que pudesse os ajudar caso ficassem doentes e acamados (19 vs. 13%, $p < 0,001$) (Tabela 2-A). Também foi maior a proporção de pessoas desse grupo que relataram sentirem-se sozinhas (25 vs. 16%,

p<0,001), e com medo de morrerem com dor (35 vs. 26%, p<0,001) ou sozinhas (16 vs. 10%, p<0,001).

Em relação ao processo de violência e discriminações que a população LGBT está sujeita ao longo de sua vida, observamos que 15% da amostra referiu já ter sentido a necessidade de mudar de cidade por ser LGBT, 11% disseram ter sido expulsos de suas casas por serem LGBT, 53% haviam sofrido alguma violência verbal por serem LGBT e 20% algum tipo de violência física, com destaque dessa prevalência em homens e mulheres trans, 34% e 14% respectivamente. Pessoas transgênero também foram especialmente vulneráveis à discriminação em suas moradias, quando comparadas à população cis.

Os participantes LGBT atribuíram uma maior importância à vida sexual (63 vs. 53%, p<0,001) (Tabela 2-C). Apesar de declararem uma maior frequência de atividade sexual e um maior número de parceiros no último ano, relataram uma proporção maior de insatisfação em relação à vida sexual quando comparados a pessoas não-LGBT (19 vs. 15%, p<0,001).

Embora o grupo LGBT tenha reportado uma maior frequência de uso de preservativos para prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) (34 vs. 10%, p<0,001), o antecedente delas também foi maior nesse grupo (39% vs. 15%, p<0,001). Destacaram-se os relatos de HIV (12% vs. 1%, p<0,001), HPV (6,8% vs. 3,6%, p<0,001), gonorreia (12,4% vs. 3%, p<0,001) e sífilis (15,3% vs. 0,81%, p<0,001).

Tabela 2-A. Suporte social e de percepções em relação à morte, conforme ser LGBT ou não (n=6.693).

	Total	Não-LGBT	LGBT	
	N=6693	N=5361	N=1332	Valor de p
Se ficasse de cama, com que frequência teria alguém para ajudar?				<0,001
Nunca ou quase nunca	982 (15%)	723 (13%)	259 (19%)	
Sempre ou quase sempre	5098 (76%)	4161 (78%)	937 (70%)	
Não sabe / prefere não responder	613 (9%)	477 (9%)	136 (10%)	
Sente-se sozinho(a)?	1212 (18%)	875 (16%)	337 (25%)	<0,001
Tem medo de morrer com dor?	1849 (28%)	1380 (26%)	469 (35%)	<0,001
Tem medo de morrer sozinho(a)?	734 (11%)	525 (10%)	209 (16%)	<0,001

LGBT = Lésbicas, gays, bissexuais e pessoas transgênero

Tabela 2-B. Situações de violência e discriminação ao longo da vida dos participantes LGBT, conforme identidade de gênero e orientação sexual (n=1.332)

	Total N=1332	Sexo masculino		Sexo feminino		Valor de p
		Cisgênero N=667	Trans/ outros N=105	Cisgênero N=416	Trans/ outros N=144	
Sentiu necessidade de mudar de cidade por ser LGBT	185 (15%)	118 (18%)	21 (22%)	37 (10%)	9 (8%)	<0,001
Famíliares disseram que deveria sair de casa por ser LGBT	138 (11%)	67 (10%)	16 (17%)	40 (11%)	15 (13%)	<0,001
Situação de moradia já foi afetada por ser LGBT	85 (7%)	36 (5%)	15 (16%)	21 (6%)	13 (11%)	<0,001
Tem receio de perder moradia por ser LGBT	58 (5%)	30 (5%)	10 (10%)	12 (3%)	6 (5%)	<0,001
Já sofreu violência física por ser LGBT	255 (20%)	175 (26%)	33 (34%)	31 (8%)	16 (14%)	<0,001
Já sofreu discriminação verbal por ser LGBT	656 (53%)	407 (61%)	55 (57%)	154 (41%)	40 (35%)	<0,001

LGBT = Lésbicas, gays, bissexuais e pessoas transgênero

Tabela 2-C. Características da vida sexual, conforme ser LGBT ou não (n=6.693).

	Total N=6693	Não-LGBT N=5361	LGBT N=1332	Valor de p
Importância da vida sexual para a vida				<0,001
Nada ou quase nada importante	1254 (19%)	1069 (20%)	185 (14%)	
Indiferente	1414 (21%)	1161 (22%)	253 (19%)	
Importante ou muito importante	3659 (55%)	2824 (53%)	835 (63%)	
Não sabe ou prefere não responder	366 (5%)	307 (6%)	59 (4%)	
Satisfeito com vida sexual				<0,001
Muito insatisfeito(a)	571 (9%)	472 (9%)	99 (7%)	
Insatisfeito(a)	1066 (16%)	812 (15%)	254 (19%)	
Nem satisfeito(a), nem insatisfeito(a)	2272 (34%)	1818 (34%)	454 (34%)	
Satisfeito(a)	1951 (29%)	1568 (29%)	383 (29%)	
Muito satisfeito(a)	393 (6%)	310 (6%)	83 (6%)	
Não sabe/ Prefere não responder	440 (7%)	381 (7%)	59 (4%)	
Frequência de atividade sexual no último ano				<0,001
Nenhuma vez	2099 (31%)	1790 (33%)	309 (23%)	
Menos de uma vez por semana	1982 (30%)	1540 (29%)	442 (33%)	
1 vez por semana	1382 (21%)	1101 (21%)	281 (21%)	
2 a 3 vezes por semana	728 (11%)	543 (10%)	185 (14%)	
4 a 5 vezes por semana	90 (1%)	55 (1%)	35 (3%)	
Mais que 5 vezes por semana	68 (1%)	47 (1%)	21 (2%)	
Não sabe/ Prefere não responder	344 (5%)	285 (5%)	59 (4%)	
Parceiro(a)s sexuais diferentes no último ano				<0,001
Sempre o(a) mesmo(a)	3425 (51%)	2931 (55%)	494 (37%)	
2 a 3	455 (7%)	233 (4%)	222 (17%)	
4 a 5	103 (2%)	38 (1%)	65 (5%)	
Mais que 5	205 (3%)	48 (1%)	157 (12%)	
Não sabe/ Prefere não responder	64 (1%)	38 (1%)	26 (2%)	
Utilização de camisinha	978 (15%)	531 (10%)	447 (34%)	<0,001

LGBT = Lésbicas, gays, bissexuais e pessoas transgênero

4.4. Características de acesso à saúde

Comparando participantes LGBT e não-LGBT, observamos uma maior proporção de usuários do SUS entre os primeiros (Tabela 3-A). Esse grupo também referiu ter precisado de atendimento médico no último ano e não conseguido com uma frequência maior (15 vs. 10%, $p<0,001$), e ter necessitado visitar o pronto atendimento e optado por não ir com uma frequência maior (26% vs. 21%, $p<0,001$).

Em relação à realização de exames de rastreio, enquanto 74% das mulheres heterossexuais contaram já ter realizado pelo menos uma mamografia na vida, apenas 40% das mulheres lésbicas tiveram o mesmo relato ($p<0,001$). O número de pessoas LGBT que realizaram exames preventivos contra câncer de colo de útero ou de cólon também foi menor, sendo respectivamente de 39% (contra 73% entre as não-LGBT, $p<0,001$) e 50% (contra 57%, $p<0,001$).

A relação médico-paciente, dimensão essencial para adequado acesso à saúde, também tem características que chamam atenção entre participantes LGBT. Entre aqueles que tinham médico e responderam se seus médicos conheciam sua identidade de gênero e/ou orientação sexual, 34% ($n=357$) responderam que não. Destes, 40% afirmaram que seria importante conversar sobre o assunto com seus médicos. Entre os participantes LGBT que não tinham médico, 51% ($n=69$) responderam que seria importante ter um profissional da área com quem pudessem conversar sobre identidade de gênero e/ou orientação sexual. Em contraposição, 9% ($n=73$) dos participantes LGBT que tinham médico e revelaram sua identidade de gênero e/ou orientação sexual perceberam uma reação inapropriada do profissional. No geral, 53% do grupo LGBT não sabe ou não acredita que médicos tenham preparo para gerenciar particularidades da saúde LGBT.

A pontuação média de acesso à saúde pela PCATool-Brasil foi de 5,68 ($\pm 2,07$), sendo de 5,13 ($\pm 2,02$) no grupo LGBT e 5,82 ($\pm 2,16$) no grupo não-LGBT ($p < 0,001$). As distribuições das pontuações na amostra geral e subgrupos estão ilustradas na Figura 3. Independentemente do ponto de corte utilizado, a proporção de pessoas com pior acesso à saúde foi maior no grupo LGBT (Tabela 3-B). Observamos que a pontuação média de acesso à saúde foi particularmente baixa entre pessoas LGBT pardas ou pretas (4,62 [$\pm 2,05$]), e entre pessoas LGBT pretas (4,29 [$\pm 1,92$]) (Tabela 3-C). Entre estes subgrupos, respectivamente 41% e 47% estavam no pior quintil de acesso à saúde.

Por fim, realizamos uma análise de subgrupo separando as pessoas vivendo com HIV (Tabela 3-D). Considerando que, nessa amostra, 95% do grupo LGBT HIV+ era do sexo masculino e que 55% do grupo não-LGBT HIV+ era do sexo feminino, verificamos uma pontuação menor do escore PCATool-Brasil e uma proporção maior de pessoas não-LGBT HIV+ entre aqueles no pior quintil de acesso à saúde e abaixo da média nacional. Tal tendência não foi demonstrada no grupo de pessoas LGBT HIV+.

Tabela 3-A. Utilização do sistema de saúde e realização de exames de promoção de saúde, conforme ser LGBT ou não (n=6.693).

	Total	Não-LGBT	LGBT	Valor de p
	N=6693	N=5361	N=1332	
Utiliza Sistema Único de Saúde (SUS)	1117 (17%)	788 (15%)	329 (25%)	<0,001
Possui convênio médico ou plano de saúde	5249 (78%)	4296 (80%)	953 (72%)	<0,001
Tem médico(a) particular	3182 (48%)	2588 (48%)	594 (45%)	0,038
Acompanhamento médico regular	5097 (76%)	4119 (77%)	978 (73%)	0,018
Já mediu glicemia ou colesterol	6523 (97%)	5239 (98%)	1284 (96%)	0,020
Já realizou uma mamografia?	4481 (67%)	3945 (74%)	536 (40%)	<0,001
*Não se aplica	2115 (32%)	1343 (25%)	772 (58%)	
Quando realizou mamografia				0,048
Neste ano	2010 (30%)	1790 (33%)	220 (17%)	
Há cerca de 1 ano	1477 (22%)	1307 (24%)	170 (13%)	
Há cerca de 2 anos	513 (8%)	437 (8%)	76 (6%)	
*Não se aplica	2212 (33%)	1416 (26%)	796 (60%)	
Já realizou papanicolaou?	4445 (66%)	3923 (73%)	522 (39%)	<0,001
*Não se aplica	2115 (32%)	1343 (25%)	772 (58%)	
Quando realizou papanicolaou				0,029
Neste ano	1714 (26%)	1521 (28%)	193 (14%)	
Há cerca de 1 ano	1384 (21%)	1243 (23%)	141 (11%)	
Há cerca de 2 anos	579 (9%)	502 (9%)	77 (6%)	
*Não se aplica	2248 (34%)	1438 (27%)	810 (61%)	
Já pesquisou câncer de intestino?	3700 (55%)	3032 (57%)	668 (50%)	<0,001

LGBT = Lésbicas, gays, bissexuais e pessoas transgênero

Tabela 3-B. Acesso à saúde pela pontuação no Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil), conforme ser LGBT ou não (n=6.693).

	Total	Não-LGBT	LGBT	
	N=6693	N=5361	N=1332	Valor de p
Pontuação média [DP]	5,68 [±2,07]	5,82 [±2,02]	5,13 [±2,16]	<0,001
Quintis de acesso a saúde:				<0,001
<4 pontos	1407 (21%)	991 (18%)	416 (31%)	
4 a 5,4 pontos	1450 (22%)	1118 (21%)	322 (24%)	
5,5 a 6,4 pontos	1385 (21%)	1134 (21%)	251 (18%)	
6,5 a 7,5 pontos	1225 (18%)	1045 (19%)	178 (13%)	
>7,5 pontos	1226 (18%)	1033 (19%)	193 (14%)	
Pontuação <4,24 pontos	1654 (25%)	1172 (22%)	482 (36%)	<0,001
Pontuação <6,6 pontos	4198 (63%)	3221 (60%)	977 (73%)	<0,001

LGBT = Lésbicas, gays, bissexuais e pessoas transgênero; DP= Desvio Padrão

Tabela 3-C. Acesso à saúde pela pontuação no Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil), conforme ser LGBT e cor da pele (n=6.693).

	Total	Não-LGBT	LGBT	Não-LGBT	LGBT	
	N=6693	Não preta ou parda	Não preta ou parda	Preta ou parda	Preta ou parda	Valor de p
		N=4599	N=762	N=1030	N=302	
Pontuação média [DP]	5,68 [±2,1]	5,91 [±2,0]	5,25 [±2,1]	5,27 [±2,2]	4,62 [±2,1]	<0,001
Pior quintil de acesso à saúde (<4 pontos)	1407 (21%)	775 (17%)	216 (29%)	291 (28%)	125 (41%)	<0,001
Pontuação <4,24 pontos	1654 (25%)	925 (20%)	247 (33%)	342 (33%)	140 (46%)	<0,001
Pontuação <6,6 pontos	4198 (63%)	2692 (59%)	529 (71%)	725 (70%)	252 (83%)	<0,001

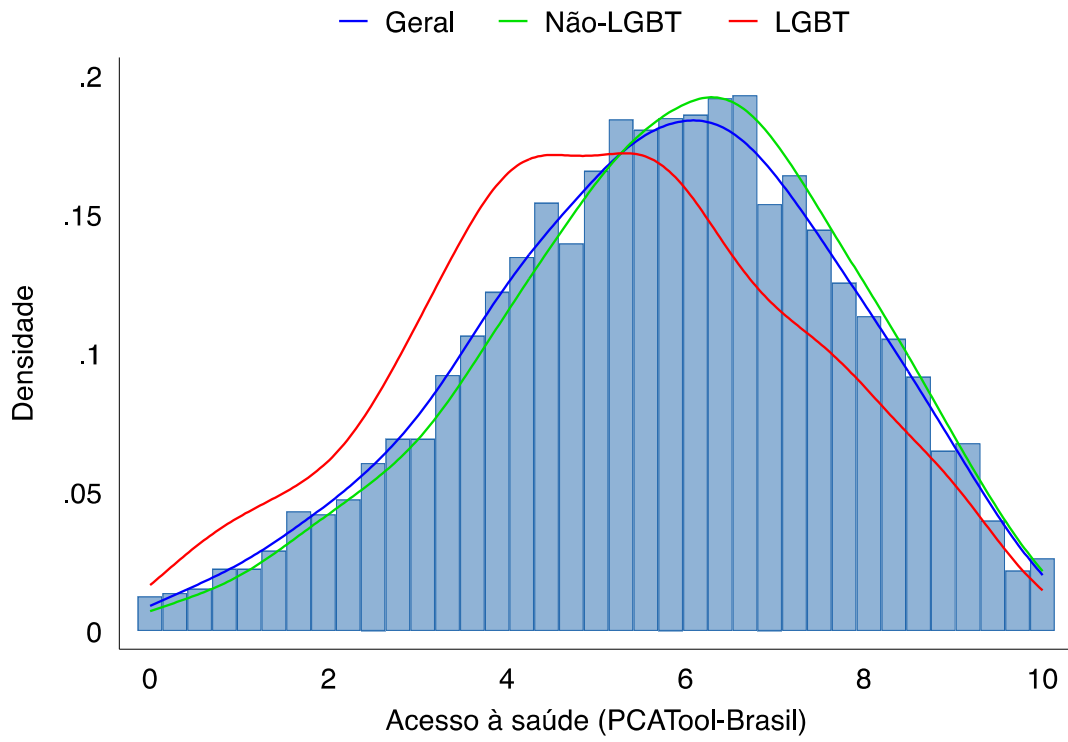
LGBT = Lésbicas, gays, bissexuais e pessoas transgênero; DP = Desvio Padrão

Tabela 3-D. Acesso à saúde pela pontuação no Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil), conforme ser LGBT e viver com HIV (n=251).

	Média [DP]		Valor de p	Pior quintil (<4 pontos)		Valor de p	Média nacional < 4,24 pontos		Valor de p
	HIV-	HIV+		HIV-	HIV+		HIV-	HIV+	
Amostra total (n=251)	5,7 [2,1]	4,8 [4,8]	<0,001	21%	36%	<0,001	24%	40%	<0,001
Não-LGBT (n=74)	5,8 [2,0]	4,6 [2,0]	<0,001	19%	36%	<0,001	22%	38%	0,001
LGBT (n=177)	5,2 [2,2]	4,9 [2,1]	0,084	30%	37%	0,090	36%	41%	0,182

LGBT = Lésbicas, gays, bissexuais e pessoas transgênero; HIV+ = pessoa vivendo com HIV; DP = Desvio Padrão

A.



B.

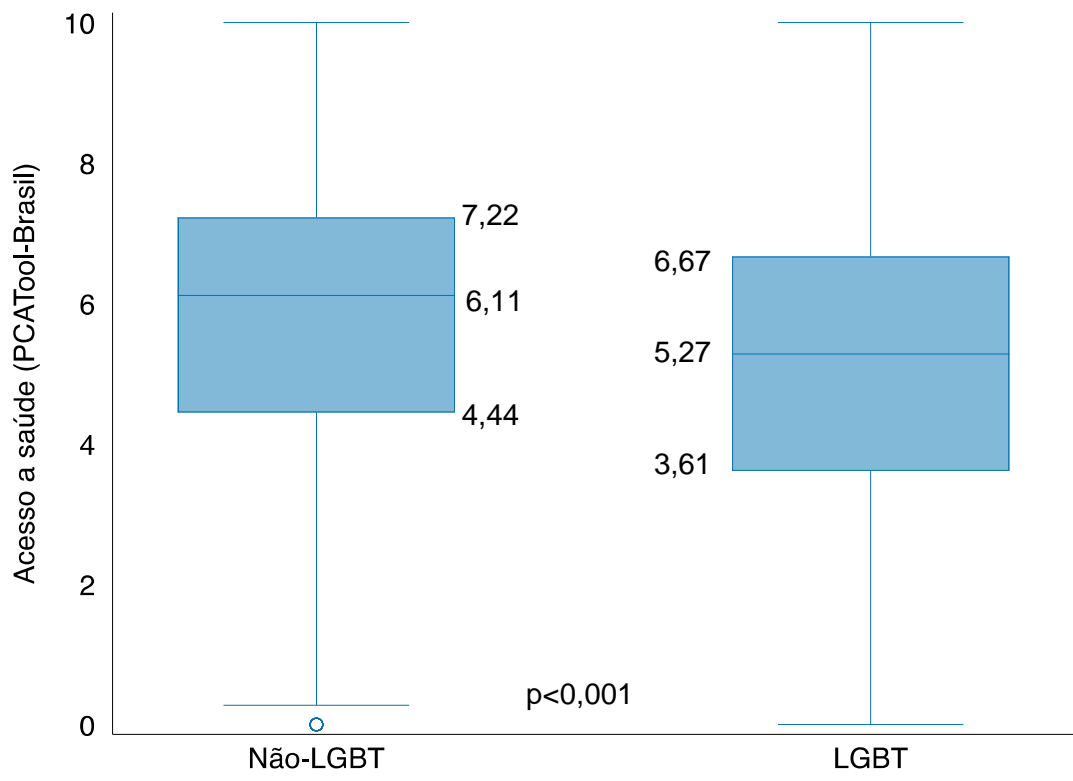


Figura 3. Histograma (A) e *box plots* (B) da pontuação na *Primary Care Assessment Tool* (PCATool-Brasil), conforme ser LGBT ou não (n=6.693).

4.5. Análises multivariadas

Como existem diversos fatores individuais, sociais e programáticos potencialmente relacionados com um possível pior acesso à saúde, utilizamos modelos de regressão multivariada para investigar a associação entre ser LGBT ou não e acesso à saúde (Tabelas 4-A-D). Após elaboração do diagrama causal (Figura 4), foram mantidas as seguintes covariáveis de ajuste nos modelos: inicialmente, selecionamos as seguintes covariáveis de ajuste: idade (anos); sexo designado ao nascer; cor da pele; estado civil; escolaridade; renda (salários-mínimos); utilização do SUS; macrorregião do país; polifarmácia; hipertensão arterial; diabetes mellitus; câncer; doença pulmonar obstrutiva crônica; doença coronariana; insuficiência cardíaca; artrite; acidente vascular encefálico; doença renal crônica; infecção pelo HIV; depressão; fragilidade.

Observamos uma associação independente do grupo LGBT com pior acesso à saúde, mantendo-se para todos os pontos de corte testados de pontuação pela PCATool-Brasil, com razões de prevalência ajustadas variando entre 1,10 e 1,36. Tal achado também foi observado na análise de sensibilidade realizada, na qual as pessoas transgênero foram excluídas, com razões de prevalência ajustadas de 1,34 (IC95% 1,17-1,54) e de 1,35 (IC95% 1,19-1,53) para o pior quintil de acesso à saúde e para a média nacional, respectivamente.

Apesar de não termos encontrado uma associação entre o grupo LGBT e a não realização de exames de rastreio de neoplasia recomendados, verificamos que esta associação era modificada pelo sexo designado ao nascer ($p=0,08$). Procedemos, portanto, com a estratificação do modelo, e observamos que participantes LGBT do sexo feminino tiveram associação independente com não

Tabela 4-A. Regressão de Poisson investigando a associação entre ser LGBT e estar no pior quintil de pontuação de acesso à saúde (PCATool-Brasil <4,0) (n=6.693).

	RP	IC95%	Valor de p	RPa	IC95%	Valor de p
LGBT	1,66	1,48 1,86	<0,001	1,36	1,19 1,56	<0,001
Idade (anos)	0,97	0,96 0,97	<0,001	0,98	0,97 0,98	<0,001
Sexo ao nascer	1,02	0,91 1,14	0,716	1,12	0,98 1,27	0,098
Cor preta ou parda	1,70	1,50 1,92	<0,001	1,26	1,10 1,43	0,001
Estado civil	Ref.			Ref.		
Separado(a), divorciado(a) ou viúvo(a)	1,20	1,07 1,36	0,003	1,07	0,94 1,21	0,312
Solteiro(a)	1,55	1,35 1,78	<0,001	1,07	0,93 1,24	0,336
Escolaridade	Ref.			Ref.		
Ensino médio a superior incompleto	1,45	1,28 1,64	<0,001	1,04	0,91 1,19	0,553
Até fundamental completo	1,59	1,24 2,04	<0,001	1,20	0,93 1,55	0,169
Renda (salários-mínimos)	Ref.			Ref.		
5 a 10	2,14	1,86 2,46	<0,001	1,76	1,52 2,03	<0,001
Menor que 2	3,58	2,97 4,32	<0,001	2,13	1,73 2,63	<0,001
Utiliza SUS	2,51	2,24 2,80	<0,001	1,96	1,73 2,21	<0,001
Macrorregião	Ref.			Ref.		
Sul	0,92	0,74 1,14	0,432	0,83	0,67 1,04	0,107
Centro-Oeste	1,02	0,77 1,35	0,884	0,96	0,73 1,28	0,798
Nordeste	1,16	0,99 1,36	0,062	1,10	0,93 1,30	0,273
Norte	1,36	0,86 2,17	0,193	0,98	0,61 1,57	0,934
Polifarmácia	0,79	0,70 0,89	<0,001	0,83	0,73 0,95	0,006
Hipertensão arterial	0,92	0,83 1,03	0,152	0,98	0,87 1,10	0,683
Diabetes mellitus	0,88	0,76 1,03	0,106	0,90	0,77 1,06	0,197
Câncer	0,61	0,46 0,82	0,001	0,71	0,53 0,95	0,022
DPOC	0,98	0,74 1,31	0,908	0,91	0,67 1,24	0,559
Doença coronariana	0,96	0,72 1,29	0,799	0,99	0,72 1,37	0,961
Insuficiência cardíaca	1,04	0,77 1,41	0,777	0,99	0,71 1,37	0,938
Artrite	1,20	1,05 1,37	0,007	1,19	1,04 1,37	0,013
AVE	0,97	0,62 1,50	0,882	0,86	0,55 1,35	0,521
Doença renal crônica	1,41	0,96 2,08	0,083	1,29	0,87 1,93	0,205
Infecção pelo HIV	1,76	1,42 2,17	<0,001	0,88	0,69 1,11	0,277
Depressão	1,70	1,53 1,89	<0,001	1,32	1,18 1,48	<0,001
Fragilidade	1,78	1,49 2,13	<0,001	1,26	1,03 1,53	0,023

LGBT = Lésbicas, gays, bissexuais e pessoas transgênero; RP = razão de prevalências; RPa = razão de prevalências ajustada; IC95% = intervalo de confiança de 95%; SUS = Sistema Único de Saúde; DPOC = doença pulmonar obstrutiva crônica; AVE = acidente vascular encefálico

Tabela 4-B. Regressão de Poisson investigando a associação entre ser LGBT e corte nacional de pontuação de acesso à saúde (PCATool-Brasil <4,24) (n=6.693).

	RP	IC95%	Valor de p	RPa	IC95%	Valor de p
LGBT	1,63	1,46 1,81	<0,001	1,35	1,19 1,53	<0,001
Idade (anos)	0,97	0,96 0,98	<0,001	0,98	0,97 0,99	<0,001
Sexo ao nascer	1,00	0,90 1,11	0,978	1,09	0,97 1,22	0,173
Cor preta ou parda	1,62	1,45 1,81	<0,001	1,23	1,09 1,39	0,001
Estado civil	Ref.			Ref.		
Separado(a), divorciado(a) ou viúvo(a)	1,19	1,07 1,34	0,002	1,08	0,96 1,21	0,200
Solteiro(a)	1,50	1,32 1,70	<0,001	1,07	0,93 1,22	0,353
Escolaridade	Ref.			Ref.		
Ensino médio a superior incompleto	1,43	1,28 1,61	<0,001	1,08	0,95 1,22	0,234
Até fundamental completo	1,57	1,25 1,98	<0,001	1,24	0,98 1,58	0,074
Renda (salários-mínimos)	Ref.			Ref.		
5 a 10	1,94	1,71 2,19	<0,001	1,61	1,42 1,84	<0,001
Menor que 2	3,12	2,62 3,71	<0,001	1,93	1,59 2,34	<0,001
Utiliza SUS	2,28	2,05 2,53	<0,001	1,81	1,62 2,04	<0,001
Macrorregião	Ref.			Ref.		
Sul	0,92	0,75 1,13	0,42	0,85	0,69 1,04	0,115
Centro-Oeste	1,08	0,84 1,39	0,53	1,03	0,80 1,32	0,839
Nordeste	1,14	0,98 1,32	0,088	1,07	0,91 1,25	0,422
Norte	1,16	0,73 1,84	0,539	0,85	0,53 1,36	0,503
Polifarmácia	0,79	0,71 0,89	<0,001	0,84	0,74 0,94	0,004
Hipertensão arterial	0,93	0,84 1,03	0,141	0,98	0,88 1,09	0,710
Diabetes mellitus	0,92	0,80 1,05	0,22	0,94	0,82 1,09	0,428
Câncer	0,65	0,50 0,85	0,001	0,76	0,58 0,99	0,040
DPOC	0,96	0,73 1,25	0,751	0,95	0,72 1,25	0,701
Doença coronariana	0,91	0,69 1,20	0,488	0,93	0,69 1,26	0,635
Insuficiência cardíaca	1,03	0,78 1,36	0,84	1,01	0,75 1,37	0,938
Asma	1,13	0,93 1,36	0,21	1,13	0,99 1,29	0,070
Artrite	1,13	1,00 1,27	0,059	0,79	0,51 1,22	0,284
AVE	0,86	0,56 1,33	0,501	1,21	0,82 1,77	0,339
Doença renal crônica	1,29	0,89 1,87	0,182	0,85	0,68 1,07	0,171
Infecção pelo HIV	1,64	1,34 2,00	<0,001	1,34	1,21 1,49	<0,001
Depressão	1,67	1,51 1,84	<0,001	1,20	0,99 1,44	0,059
Fragilidade	1,62	1,37 1,93	<0,001	1,35	1,19 1,53	<0,001

LGBT = Lésbicas, gays, bissexuais e pessoas transgênero; RP = razão de prevalências; RPa = razão de prevalências ajustada; IC95% = intervalo de confiança de 95%; SUS = Sistema Único de Saúde; DPOC = doença pulmonar obstrutiva crônica; AVE = acidente vascular encefálico

Tabela 4-C. Regressão de Poisson investigando a associação entre ser LGBT e corte internacional de pontuação de acesso à saúde (PCATool-Brasil <6,6) (n=6.693).

	RP	IC95%		Valor de p	RPa	IC95%		Valor de p
LGBT	1,20	1,12	1,29	<0,001	1,10	1,01	1,19	0,028
Idade (anos)	0,98	0,98	0,99	<0,001	0,99	0,98	0,99	<0,001
Sexo ao nascer	1,03	0,96	1,10	0,43	1,05	0,97	1,12	0,239
Cor preta ou parda	1,21	1,12	1,31	<0,001	1,07	0,98	1,16	0,115
Estado civil	Ref.				Ref.			
Separado(a), divorciado(a) ou viúvo(a)	1,05	0,98	1,13	0,145	1,02	0,95	1,10	0,574
Solteiro(a)	1,17	1,08	1,27	<0,001	1,03	0,94	1,13	0,494
Escolaridade	Ref.				Ref.			
Ensino médio a superior incompleto	1,11	1,03	1,20	0,008	Ref.	0,93	1,09	0,941
Até fundamental completo	1,26	1,08	1,47	0,003	1,18	1,01	1,39	0,042
Renda (salários-mínimos)	Ref.				Ref.			
5 a 10	1,28	1,20	1,37	<0,001	1,21	1,13	1,30	<0,001
Menor que 2	1,55	1,38	1,74	<0,001	1,31	1,15	1,49	<0,001
Utiliza SUS	1,36	1,27	1,47	<0,001	1,24	1,14	1,35	<0,001
Macrorregião	Ref.				Ref.			
Sul	1,00	0,89	1,13	0,982	0,97	0,86	1,10	0,678
Centro-Oeste	1,04	0,89	1,22	0,617	1,02	0,87	1,20	0,825
Nordeste	1,09	0,99	1,20	0,073	1,07	0,97	1,18	0,199
Norte	1,04	0,76	1,41	0,823	0,93	0,68	1,26	0,632
Polifarmácia	0,92	0,86	0,99	0,018	0,97	0,90	1,04	0,366
Hipertensão arterial	0,96	0,9	1,02	0,221	0,99	0,93	1,06	0,782
Diabetes mellitus	0,97	0,89	1,05	0,436	0,98	0,90	1,07	0,697
Câncer	0,94	0,82	1,08	0,371	1,01	0,88	1,16	0,875
DPOC	0,95	0,81	1,13	0,578	0,96	0,80	1,14	0,598
Doença coronariana	0,93	0,78	1,11	0,422	0,96	0,80	1,15	0,661
Insuficiência cardíaca	1,01	0,85	1,20	0,919	1,03	0,86	1,25	0,730
Artrite	1,02	0,95	1,11	0,562	1,04	0,96	1,13	0,376
AVE	0,99	0,77	1,27	0,932	0,97	0,75	1,26	0,829
Doença renal crônica	1,01	0,78	1,32	0,926	1,01	0,77	1,32	0,944
Infecção pelo HIV	1,23	1,06	1,42	0,006	0,95	0,81	1,12	0,550
Depressão	1,23	1,16	1,31	<0,001	1,14	1,06	1,22	<0,001
Fragilidade	1,17	1,03	1,32	0,015	1,04	0,91	1,19	0,552

LGBT = Lésbicas, gays, bissexuais e pessoas transgênero; RP = razão de prevalências; RPa = razão de prevalências ajustada; IC95% = intervalo de confiança de 95%; SUS = Sistema Único de Saúde; DPOC = doença pulmonar obstrutiva crônica; AVE = acidente vascular encefálico

Tabela 4-D. Regressão de Poisson investigando a associação entre ser LGBT e não realizar exames de rastreio para neoplasias (n=6.693).

	RP	IC95%	Valor de p	RPa	IC95%	Valor de p
LGBT	1,16	1,06 1,26	0,001	1,05	0,96 1,16	0,290
Idade (anos)	0,98	0,97 0,98	<0,001	0,98	0,97 0,99	<0,001
Sexo ao nascer	0,96	0,89 1,04	0,31	0,96	0,88 1,05	0,361
Cor preta ou parda	1,29	1,18 1,41	<0,001	1,13	1,03 1,25	0,013
Estado civil	Ref.			Ref.		
Separado(a), divorciado(a) ou viúvo(a)	1,05	0,96 1,14	0,28	1,05	0,96 1,14	0,294
Solteiro(a)	1,09	0,99 1,21	0,078	0,98	0,88 1,09	0,679
Escolaridade	Ref.			Ref.		
Ensino médio a superior incompleto	1,16	1,06 1,27	0,001	1,06	0,96 1,17	0,229
Até fundamental completo	1,28	1,07 1,53	0,008	1,23	1,02 1,48	0,034
Renda (salários-mínimos)	Ref.			Ref.		
5 a 10	1,25	1,16 1,36	<0,001	1,20	1,10 1,30	<0,001
Menor que 2	1,58	1,38 1,81	<0,001	1,34	1,15 1,56	<0,001
Utiliza SUS	1,32	1,21 1,44	<0,001	1,21	1,10 1,34	<0,001
Macrorregião	Ref.			Ref.		
Sul	1,01	0,88 1,16	0,904	0,98	0,85 1,13	0,755
Centro-Oeste	0,97	0,80 1,18	0,737	0,92	0,76 1,12	0,418
Nordeste	1,10	0,98 1,22	0,11	1,02	0,91 1,15	0,711
Norte	1,50	1,11 2,04	0,009	1,28	0,94 1,74	0,117
Polifarmácia	0,81	0,74 0,87	<0,001	0,87	0,79 0,95	0,002
Hipertensão arterial	0,92	0,86 1,00	0,039	0,98	0,90 1,06	0,574
Diabetes mellitus	1,00	0,90 1,10	0,969	1,06	0,95 1,17	0,298
Câncer	0,79	0,67 0,95	0,01	0,89	0,75 1,07	0,205
DPOC	0,97	0,79 1,18	0,74	1,01	0,83 1,24	0,910
Doença coronariana	1,11	0,92 1,34	0,279	1,22	Ref. 1,50	0,054
Insuficiência cardíaca	0,97	0,79 1,20	0,791	0,98	0,78 1,23	0,850
Artrite	0,88	0,80 0,97	0,011	0,93	0,84 1,03	0,171
AVE	0,88	0,64 1,21	0,438	0,89	0,65 1,23	0,488
Doença renal crônica	0,92	0,66 1,28	0,611	0,93	0,67 1,30	0,684
Infecção pelo HIV	0,98	0,81 1,19	0,848	0,76	0,62 0,93	0,009
Depressão	1,14	1,06 1,23	0,001	1,05	0,97 1,14	0,265
Fragilidade	1,17	1,01 1,35	0,035	1,14	0,97 1,33	0,105

LGBT = Lésbicas, gays, bissexuais e pessoas transgênero; RP = razão de prevalências; RPa = razão de prevalências ajustada; IC95% = intervalo de confiança de 95%; SUS = Sistema Único de Saúde; DPOC = doença pulmonar obstrutiva crônica; AVE = acidente vascular encefálico

5. DISCUSSÃO

5.1. Avaliação do acesso à saúde

Verificamos, em um estudo de corte transversal com mais de seis mil brasileiros com 50 anos ou mais, que ser LGBT associou-se de forma independente a um pior acesso à saúde. Observamos ainda que as piores pontuações de acesso à saúde pelo instrumento PCATool-Brasil aconteceram entre pessoas LGBT pretas ou pardas, e que mulheres cis lésbicas realizam exames de rastreamento para neoplasias em uma frequência menor que mulheres cis heterossexuais.

A pontuação geral média desse instrumento foi maior do que a média nacional (68) e aquela encontrada em outras cidades brasileiras, como Ilhéus (Bahia) (70), Petrópolis (Rio de Janeiro)(71), além de municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul (72), o que pode ser explicado por nosso elevado número de participantes com boas condições socioeconômicas. Entretanto, pessoas LGBT pretas e pardas de nossa amostra pontuaram menos do que adultos de distritos da Cidade do Cabo e de Wineland (África do Sul) (73). Em relação a outros estudos internacionais, também encontramos pontuações de acesso à saúde menores do que aquelas encontradas em Córdoba (Argentina) (74), Seul (Coréia do Sul) (75) e Québec (Canadá) (76).

Nosso trabalho contribui com novas evidências em relação a estudos observacionais que mostram piores condições de saúde e piores experiências em serviços de saúde por pessoas LGBT idosas (77). Com a utilização do instrumento validado PCA-Tool foi possível quantificar essas questões objetivamente, inclusive com análises de interseccionalidade.

Não encontramos evidências de que cor da pele ou utilização do SUS modificaram a associação entre ser LGBT e acesso à saúde, possivelmente explicado pelo método utilizado para análise e porque forças poderosas como o racismo, o

sexismo e o classicismo podem ter seus efeitos ocultos quando analisadas separadamente(48).

Uma publicação de 2018 com dados representativos de 1.263 idosos paulistanos (46) já mostrava piores condições de acesso à saúde por pessoas idosas pretas e pardas, revelando nesse grupo uma maior proporção daqueles sem um plano de saúde privado e uma menor realização de exames complementares. Porém, tal pesquisa não analisou a influência de pertencer a uma minoria sexual e de gênero nessas tendências.

Um dos principais trabalhos que investigaram a influência da orientação sexual sobre hábitos de vida e acesso à saúde em pessoas idosas foi publicada em 2013 por Fredriksen-Goldsen e colaboradores (78). Reuniram dados de 96.992 norte-americanos com 50 anos ou mais, e, apesar de mostrarem que mulheres lésbicas e bissexuais tinham uma menor probabilidade de realizar mamografia do que heterossexuais, concluíram, após ajustes para variáveis sociodemográficas, que o acesso à saúde não era inferior em minorias sexuais. Mas o estudo limitou sua avaliação de acesso à saúde a três aspectos: possuir plano de saúde privado; ter um profissional de saúde de referência; ou sentir uma barreira financeira para visitar um médico no último ano. Nosso estudo se aprofunda na análise sobre acesso à saúde em adultos LGBT em uma outra realidade de saúde que conta com um sistema universal (SUS), e utilizando um questionário mais detalhado e baseado em uma medida objetiva sobre o assunto.

Outros indicadores também já foram avaliados para descrever o possível pior acesso à saúde na comunidade LGBT, como as menores taxas de realização de exames preventivos, como mamografia, papanicolaou e rastreamento de câncer de cólon. Nossos dados corroboram uma realidade verificada em outros países (79–81), mas

que permanecia desconhecida no Brasil. Por exemplo, um estudo recente no Estados Unidos mostrou que 43,3% das mulheres lésbicas realizaram o rastreamento de câncer de colo de útero com papanicolaou nos últimos 12 meses, contra 68,5% de suas contemporâneas heterossexuais (82).

A menor frequência de realização de exames preventivos possivelmente resulta das discriminações a que pessoas LGBT se sentem expostas (36). Seja por medo de sofrer algum tipo de violência, ou por falta de confiança nos serviços de saúde, elas podem evitar atendimentos que julgam desnecessários e realizar menos exames preventivos (83). O desconhecimento dos profissionais de saúde sobre questões específicas da saúde LGBT também pode contribuir para os resultados encontrados. No caso do rastreamento de câncer de colo uterino em mulheres lésbicas, por exemplo, é possível que o papanicolaou deixe de ser solicitado se houver uma presunção de que mulheres que não se relacionam com homens não têm risco de desenvolver a doença (36). Sabe-se, no entanto, que a prevalência de infecção cervical pelo vírus papiloma humano (HPV), em mulheres lésbicas sem nenhum contato sexual prévio com homens, pode chegar a 21% (36,84).

Outras constatações de nossa pesquisa também apontam para uma pior qualidade de acesso à saúde na população LGBT, como um maior número de pessoas desse grupo que precisariam de atendimento de urgência ou emergência, mas evitaram procurá-lo, e daquelas que necessitariam de atendimento no último ano, mas que não o receberam. Além do receio antecipado de sofrer discriminação, de experiências negativas prévias e da falta de confiança nos serviços e profissionais de saúde, participantes LGBT também apresentaram números mais desfavoráveis em características potencialmente relacionadas a desigualdades de acesso à saúde, como suporte social, renda familiar, acesso a um plano de previdência privada,

situação de emprego e moradia, e sentimento de pertencimento a uma comunidade religiosa.

Pessoas idosas reconhecem diversos obstáculos possíveis que podem impedi-las de acessar uma unidade de saúde, como alto custo de alguns cuidados, falta de transporte adequado e distância geográfica(85). Porém, pertencer ao grupo LGBT na velhice adiciona outras barreiras, como experiências prévias discriminatórias, receio antecipado de tratamento inadequado e a percepção da falta de serviços e profissionais de saúde adequadamente treinados para lidar com suas particularidades de saúde(86). Dessa forma, estudar as possíveis barreiras de acesso à saúde é fundamental para melhorar os desfechos em saúde e, assim, garantir um processo de envelhecimento mais saudável para pessoas LGBT.

Tais evidências indicam que unidades adaptadas às demandas e culturas de comunidades minoritárias garantem avaliações e utilizações mais eficazes por seus usuários. Dessa forma, exemplos como sinalizações inclusivas no website do local ou em sua sala de espera, treinamento da equipe sobre saúde LGBT e inclusão de pessoas idosas em unidades já acolhedoras à diversidade poderiam facilitar a inserção de pessoas idosas LGBT nas unidades de saúde(87,88).

Levando em consideração que pessoas vivendo com HIV realizam atendimentos frequentes e estão incluídas em estratégias para vinculação e aderência à terapia antirretroviral (89), realizamos uma avaliação do acesso à saúde entre os 251 indivíduos vivendo com HIV. Encontramos piores escores de acesso à saúde no grupo não-LGBT HIV+, mas essa tendência não foi verificada entre os LGBT HIV+. Justificar tais achados foge do escopo dessa pesquisa, mas diferenças, por exemplo, nas características demográficas dos grupos (95% do grupo LGBT HIV+ era

do sexo masculino, enquanto 55% do grupo não-LGBT HIV+ era do sexo feminino) merecem uma investigação mais aprofundada em estudos futuros.

É preciso destacar ainda a realidade enfrentada por travestis e pessoas transexuais, as quais dentre a população LGBT, são as que mais enfrentam dificuldades de acesso aos serviços públicos de saúde (90). Essas pessoas enfrentam desafios adicionais como o desrespeito ao nome social, a transfobia, a patologização da identidade trans e a vivência de outras barreiras sociais como pobreza, racismo e desemprego (91).

Ademais, apesar do apoio informal que recebemos durante a divulgação de nosso questionário *online* por entidades como a Associação Nacional de Travestis e Transsexuais (ANTRA), apenas seis travestis com 50 anos ou mais participaram da pesquisa. Portanto, não foi possível reunir dados representativos dessa população, a qual sabidamente sofre com elevadas taxas de morte violenta e suicídio, em nosso país (90).

Estudiosos refletem que embora em diversas situações a população transgênero seja colocada em análises no mesmo grupo que lésbicas, gays e bissexuais, é um grupo com características distintas e heterogêneas. Dessa forma, pesquisá-la pode ser desafiador, não só para recrutar participantes de uma pesquisa, mas também para realizar as melhores perguntas e interpretá-las da maneira mais fidedigna(92). Por isso, pesquisas futuras neste tema devem ser pensadas e desenhadas especialmente para estudar a realidade de pessoas trans mais velhas.

5.2. Experiências negativas em serviços de saúde

Uma porção significativa de nossos participantes LGBT disseram que seria importante conversar com seus profissionais de saúde sobre identidade de gênero e

orientação sexual. No entanto, muitos deles perceberam alguma reação inapropriada no momento de “abertura” de sua sexualidade, e um terço contou acreditar que seus médicos e médicas não tem preparo adequado para lidar com as particularidades de sua saúde.

Uma em cada 10 pessoas LGBT relatou em nosso estudo já ter sofrido alguma discriminação em serviços de saúde, em uma frequência mais que duas vezes maior do que a relatada por pessoas heterossexuais e cisgênero. O cenário culmina em uma realidade em que um quarto de nossa amostra LGBT é acompanhada por profissionais da saúde que desconhecem sua identidade de gênero ou orientação sexual.

Ou seja, mesmo que muitas pessoas LGBT desejem conversar com seus médicos e médicas sobre sua sexualidade, elas frequentemente não se sentem à vontade para tocar no assunto ou acreditam que não receberão cuidados adequados se tocarem, realidade também encontrada em outros países como Inglaterra (19) e Irlanda (20).

O entendimento dos comportamentos, atitudes, estereótipos e vieses (explícitos e implícitos) dos profissionais de saúde são fundamentais para compreender esses achados. Vivemos em uma sociedade cuja cultura tem forte influência nessas imagens construídas, e mesmo que conscientemente alguns possam rejeitar ideias discriminatórias, vieses inconscientes podem passar despercebidos, permanecendo com potencial impacto negativo nas condutas, diagnósticos, tomada de decisões e qualidade da assistência(93,94).

Algumas pesquisas qualitativas já demonstraram que tais indivíduos reproduzem conceitos estereotipados sobre gênero, carecendo de mais informações sobre essas relações como um determinante social da saúde(95). Além disso, Silva

e colaboradores (96) identificaram perspectivas heteronormativas e religiosas, ocasionalmente LGBTfóbicas no discurso de 15 trabalhadores da atenção básica de Florianópolis (SC), contribuindo assim para importantes prejuízos no acesso e na qualidade à saúde de pessoas LGBT (96), uma vez que conhecimentos e opiniões que desqualificam sexualidades não hegemônicas favorecem comportamentos discriminatórios e não acolhedores por parte dos profissionais de saúde, contribuindo para ambientes de saúde hostis e segregadores (97).

Pereira e colaboradores (98) realizaram uma pesquisa semelhante com médicos e médicas da atenção primária de Teresina (PI). Entre as potenciais barreiras de acesso à saúde para população LGBT, encontraram confusão entre igualdade e equidade, visões da homossexualidade como desvio, negação da existência de barreiras de acesso e invisibilidade nesse grupo. Infelizmente alguns desses conceitos também estiveram presentes em uma pesquisa qualitativa realizada com 11 agentes comunitários de saúde de Goiânia (Goiás) (99). Os pesquisadores desse estudo destacaram dois discursos principais. Um que nega situações de preconceito e discriminação, com a percepção de que as demandas LGBT são pequenas comparadas com outros problemas de saúde; e outro que entende ações específicas para pessoas LGBT como discriminatórias com a população geral. Concluem que tais trabalhadores de saúde ainda não compreendem o conceito de equidade e que é preciso realizar ações educativas para a nomeação, reconhecimento e superação das desigualdades de acesso nos ambientes em que atuam.

5.3. Vulnerabilidade individual, social e programática da população LGBT com 50 anos ou mais

Buscar o entendimento dos possíveis fatores individuais, sociais e programáticos que pessoas em processo de envelhecimento estão expostas é fundamental, uma vez que a qualidade do acesso à saúde e o risco de adoecimento se relacionam não só com questões individuais e entrada pela porta do serviço de saúde, mas também com aspectos sociais, econômicos, e étnico-raciais, entre outros (100). Essa visão mais ampla de possíveis vulnerabilidades é melhor representada pela análise interseccional das desigualdades sociais. Esta presume que os variados determinantes na área da saúde não se resumem a fatores de risco isolados, mas resultam de uma dinâmica complexa, com intersecções entre diferentes estruturas de risco que podem se potencializar (101).

Nesse contexto, pessoas com maior vulnerabilidade social e piores condições socioeconômicas tendem a apresentar conjunturas de saúde mais fragilizadas e maiores riscos de adoecer (102). No caso dos idosos, o risco também é maior para perda funcional, institucionalização, e até mesmo de morte(63).

Em nosso estudo observamos que os brasileiros LGBT com 50 anos ou mais tinham um suporte social mais precário do que seus contemporâneos não-LGBT. Eles eram mais frequentemente solteiros e relatavam não ter qualquer pessoa que pudesse ajudar caso ficassem acamados em uma proporção maior. Também não seguiam nenhuma religião em uma proporção maior, o que merece destaque, principalmente porque a espiritualidade e o sentimento de pertencimento a uma comunidade podem estar relacionados a melhores indicadores de qualidade de vida, além de serem potenciais fatores de resiliência de minorias sexuais, mesmo na presença de homofobia internalizada (103).

Nossos participantes LGBT também revelaram sofrer de sedentarismo, tabagismo, etilismo, consumo de substâncias ilícitas, infecção pelo HIV e depressão

em uma frequência superior a de pessoas não-LGBT. Especificamente em relação à saúde mental, diversos autores já descreveram maior prevalência de transtornos como a depressão e ansiedade nessa população (104,105), potencialmente explicada pelo modelo de estresse de minorias. Entende-se nesse contexto que minorias sexuais e de gênero estão expostas a estressores crônicos derivados de sua condição de minoria, culminando com uma maior vulnerabilidade psicossocial (13).

Pessoas LGBT também registraram maior preocupação em morrerem sozinhas ou com dor. Elas têm menos suporte social e maiores chances de não terem ninguém para chamar em caso de emergências, o que pode se agravar no contexto de cuidados paliativos. Ademais, questões relacionadas ao preconceito, inequidades no acesso à saúde e dificuldades de comunicação também estão presentes.

Pesquisas prévias identificaram que sentimentos de não pertencimento, isolamento, medo antecipado de discriminação pela sexualidade são possíveis emoções negativas que pessoas LGBT podem enfrentar no final de suas vidas (106). A falta de instituições de longa permanência acolhedoras também leva esses indivíduos a permanecerem em casa, mesmo quando cuidado e assistência são inadequados(107).

Uma recente revisão integrativa da literatura identificou que discussões e preparações para o fim de vida são raras entre pacientes LGBT e seus médicos (108). Estudos observacionais também mostram que até o luto pode ser vivenciado diferentemente por pessoas LGBT, com maiores taxas de culpa e de não acolhimento de familiares de indivíduos LGBT pelos profissionais de saúde (109). Nesse sentido, um programa educacional piloto sobre saúde LGBT foi aplicado em 200 médicos oncologistas e paliativistas (110), os quais sentiram-se mais preparados e confiantes para promoverem o cuidado de seus pacientes após a intervenção.

Encontramos evidências de piores condições socioeconômicas no grupo LGBT, com menores frequências de casa própria, planos de previdência privada, e renda familiar acima de dois salários-mínimos. Tais achados condizem com um relatório do censo norte-americano, segundo o qual um quarto dos indivíduos LGBT vivem abaixo da linha da pobreza, contra cerca de 15% entre homens heterossexuais e 21% entre mulheres heterossexuais. Nessa mesma publicação, raça e identidade de gênero associaram-se a piores condições de renda e moradia (111).

Outros quesitos relacionados à vulnerabilidade social das pessoas LGBT dizem respeito às discriminações que sofreram ao longo da vida e à LGBTfobia, expressa por antipatia, desprezo, preconceito, e aversão, além agressões físicas e verbais (112). Um em cada dez participantes LGBT contou já ter sido expulso de casa por sua identidade de gênero ou orientação sexual. Um quinto deles já sofreu alguma violência física e mais da metade alguma discriminação verbal. São achados preocupantes, visto que sociedades e atitudes LGBTfóbicas podem agravar inequidades de saúde em pessoas idosas LGBT (113), devido a fatores como estresse de minorias, necessidade de esconder sexualidade em ambientes familiares e de trabalho, e discriminações enfrentadas ao longo da vida.

No contexto das vulnerabilidades programáticas, o Ministério da Saúde lançou, em 2011, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (43), uma referência para as discussões sobre acesso à saúde e qualidade da assistência nessas populações. O programa trazia propostas arrojadas, como a expansão do acesso ao sistema único de saúde, a garantia ao processo transexualizador gratuito, o respeito ao nome social de pessoas trans em serviços de saúde, a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, e a prevenção de neoplasias ginecológicas em mulheres lésbicas e bissexuais, e prostáticas em

homens gays e bissexuais. Entretanto, esse programa vem enfrentando grandes obstáculos para sua implementação prática, com falhas na coordenação e comunicação entre gestores e representantes dos governos federal, estadual e municipal (114). Consequentemente, produziu poucas melhorias para qualidade da assistência a pessoas LGBT.

Já há em tramitação no Congresso Nacional um projeto de lei que altera o Estatuto do Idoso, a fim de incluir nessa legislação o respeito à orientação sexual e à identidade de gênero dessa população (115). Dessa forma, pretendemos que uma grande contribuição desse trabalho também seja a sensibilização dos congressistas para a aprovação dessa política pública.

5.4. Forças e limitações

Nosso estudo teve limitações. A principal delas se refere a um evidente viés de seleção de participantes com melhores condições socioeconômicas que a média da população brasileira. Como a pesquisa foi divulgada principalmente em mídias sociais, necessitando de recursos eletrônicos para participação, o alcance a comunidades mais vulneráveis foi limitado. Destacamos também a baixa taxa de respostas por pessoas transgênero, limitando nossa análise sobre a realidade vivida por esse grupo populacional em nosso país.

O uso de um questionário *online* também pode ter limitado a participação de idosos brasileiros de faixas etárias mais elevadas. Ainda assim, conseguimos incluir um grande número de participantes e pesquisas recentes mostraram o uso crescente da internet por idosos nos últimos cinco anos (116)(117).

Trata-se também de um estudo de corte transversal, abordando um tópico complexo e multifacetado. É possível que existam fatores relevantes no contexto do acesso à saúde que não foram medidos em nosso levantamento.

Por outro lado, o trabalho também teve importantes pontos positivos. Obtivemos uma elevada taxa de respostas completas e conseguimos incluir um grande número de participantes, tanto não-LGBT como LGBT, avaliando em detalhe diversos aspectos da saúde de nossos respondedores. O anonimato dos participantes é outro aspecto central de nossa investigação, por aumentar a chance de obtermos respostas verdadeiras sobre assuntos que são, muitas vezes, considerados tabu.

Trata-se ainda de um estudo quantitativo pioneiro no país, visto que, até hoje, a maior parte dos dados usados por pesquisadores brasileiros para retratar o perfil de idosos LGBT provinha de contextos anglo-saxões. A utilização do PCATool-Brasil também é uma força de nosso estudo, já que é uma ferramenta objetiva de acesso à saúde, validada para o contexto brasileiro, recomendada pelo Ministério da Saúde para avaliação da Atenção Primária à Saúde, com escores facilmente calculados e comparáveis com outras publicações nacionais e internacionais.

6. CONCLUSÕES

Em um modelo ajustado para idade, sexo, etnia, estado civil, escolaridade, renda, comorbidades, região habitada do país e utilização do SUS, ser LGBT associou-se com um pior acesso à saúde em brasileiros com 50 anos ou mais.

Verificamos que pessoas LGBT apresentaram maior frequência de solidão, isolamento social, hábitos de vida não saudáveis, síndrome de fragilidade, depressão e infecções sexualmente transmissíveis. Preocupações e medos em relação ao futuro e à morte também foram mais prevalentes nesse grupo.

Cor da pele preta ou parda e utilização do SUS não se confirmaram como modificadores da associação entre ser LGBT e pior acesso à saúde, mas ambas as variáveis tiveram associação independente com estar no pior quintil de acesso à saúde em nossa população. Por outro lado, verificamos uma interação entre sexo ao nascimento e ser LGBT para realização de exames de promoção à saúde, havendo um maior risco de não realizar mamografia ou papanicolaou entre mulheres LGBT.

Políticas públicas visando à redução de vulnerabilidades programáticas são fundamentais para incluir pessoas de diferentes histórias e perfis nos serviços de saúde. Esse processo de inclusão é fundamental não apenas para garantir que pessoas LGBT tenham mais saúde e envelheçam melhor, como também para combater a invisibilidade de uma parcela significativa da população.

7. REFERÊNCIAS

1. Mann J TD. From epidemiology, to vulnerability, to human rights. In: Mann J TD, editor. *AIDS in the World II*. 1st ed. New York (NY): Oxford; 1996. p. 427–476.
2. Ayres JRJM, França I Jr, Calazans GJ SFH. Vulnerabilidade em tempos de AIDS [Vulnerability in times of AIDS]. In: Barbosa RM, Parker RG eds, editor. *Sexualidades Pelo Averso: Direitos, Identidades e Poder [Sexualities Reversed: Rights, Identities, and Power]*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1999. p. 49–72.
3. Ayres JRJM et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos G, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho YM organizadores, editor. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Editora Fiocruz; 2006. p. 375–417.
4. Rodrigues NO, Neri AL. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. *Cien Saude Colet [Internet]*. 2012 Aug;17(8):2129–39. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800023&lng=pt&tlng=pt
5. Fernandes Bolina A, Rodrigues RAP, Tavares DM dos S, Haas VJ. Factors associated with the social, individual and programmatic vulnerability of older adults living at home. *Rev da Esc Enferm da USP [Internet]*. 2019 [cited 2020 Mar 1];53(1):1–9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100414&tlng=en

6. Chittleborough CR, Taylor AW, Baum FE, Hiller JE. Monitoring Inequities in Self-Rated Health Over the Life Course in Population Surveillance Systems. *Am J Public Health* [Internet]. 2009 Apr;99(4):680–9. Available from: <http://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2008.141713>
7. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES de. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2008 Aug;42(4):733–40. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400021&lng=pt&tlng=pt
8. Lebrão ML, Duarte YA de O, Santos JLF, Silva NN da. 10 Anos do Estudo SABE: antecedentes, metodologia e organização do estudo. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2018;21(suppl 2):1–21. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2018000300200&tlng=pt
9. Henning CE. Gerontologia LGBT: velhice, gênero, sexualidade e a constituição dos “idosos LGBT.” *Horizontes Antropológicos* [Internet]. 2017 Apr [cited 2019 Jul 24];23(47):283–323. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832017000100283&lng=pt&tlng=pt
10. The Lancet. Meeting the unique health-care needs of LGBTQ people. *Lancet* [Internet]. 2016 Jan;387(10014):95. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673616000131>
11. Blosnich JR, Farmer GW, Lee JGL, Silenzio VMB, Bowen DJ. Health Inequalities Among Sexual Minority Adults. *Am J Prev Med* [Internet]. 2014

- Apr;46(4):337–49. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0749379713006326>
12. Clark CJ, Borowsky IW, Salisbury J, Usher J, Spencer RA, Przedworski JM, et al. Disparities in long-term cardiovascular disease risk by sexual identity: The National Longitudinal Study of Adolescent to Adult Health. *Prev Med (Baltim)* [Internet]. 2015 Jul;76:26–30. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0091743515001000>
 13. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull* [Internet]. 2003 Sep;129(5):674–97. Available from:
<http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0033-2909.129.5.674>
 14. Mereish EH, O’Cleirigh C, Bradford JB. Interrelationships between LGBT-based victimization, suicide, and substance use problems in a diverse sample of sexual and gender minorities. *Psychol Health Med* [Internet]. 2014 Jan 2;19(1):1–13. Available from:
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13548506.2013.780129>
 15. Kamen C, Jabson JM, Mustian KM, Boehmer U. Minority stress, psychosocial resources, and psychological distress among sexual minority breast cancer survivors. *Heal Psychol* [Internet]. 2017 Jun;36(6):529–37. Available from:
<http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/hea0000465>
 16. Cunningham TJ, Xu F, Town M. Prevalence of Five Health-Related Behaviors for Chronic Disease Prevention Among Sexual and Gender Minority Adults — 25 U.S. States and Guam, 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. 2018 Aug 17;67(32):888–93. Available from:
http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/wr/mm6732a4.htm?s_cid=mm6732a4_

w

17. Rufino AC, Madeiro A, Trinidad AS, Rodrigues dos Santos R, Freitas I. Disclosure of Sexual Orientation Among Women Who Have Sex With Women During Gynecological Care: A Qualitative Study In Brazil. *J Sex Med* [Internet]. 2018 Jul;15(7):966–73. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743609518309779>
18. Barbosa RM, Facchini R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2009;25(suppl 2):s291–300. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400011&lng=pt&tlng=pt
19. Elliott MN, Kanouse DE, Burkhart Q, Abel GA, Lyratzopoulos G, Beckett MK, et al. Sexual Minorities in England Have Poorer Health and Worse Health Care Experiences: A National Survey. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2015 Jan 5;30(1):9–16. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11606-014-2905-y>
20. Sharek DB, McCann E, Sheerin F, Glacken M, Higgins A. Older LGBT people’s experiences and concerns with healthcare professionals and services in Ireland. *Int J Older People Nurs* [Internet]. 2015 Sep;10(3):230–40. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/opn.12078>
21. Steele LS, Tinmouth JM, Lu A. Regular health care use by lesbians: a path analysis of predictive factors. *Fam Pract* [Internet]. 2006 Jul 11;23(6):631–6. Available from: <https://academic.oup.com/fampra/article-lookup/doi/10.1093/fampra/cml030>
22. Baker K, Beagan B. Making Assumptions, Making Space: An Anthropological

- Critique of Cultural Competency and Its Relevance to Queer Patients. *Med Anthropol Q* [Internet]. 2014 Dec [cited 2019 Jul 24];28(4):578–98. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/maq.12129>
23. Henning CE. Paizões, Tiozões, Tias e Cacuras: envelhecimento, meia idade, velhice e homoerotismo masculino na cidade de São Paulo [Internet]. Universidade Estadual de Campinas; 2014. Available from: chrome-extension://oemmdcbldboiebfnladdacbfmadadm/http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/281147/1/Henning_CarlosEduardo_D.pdf
 24. Debert G, Brigeiro M. Fronteiras de gênero e a sexualidade na velhice. *Rev Bras Ciências Sociais* [Internet]. 2012 Oct [cited 2019 Jul 24];27(80):37–54. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092012000300003&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
 25. Bauer M, McAuliffe L, Nay R. Sexuality, health care and the older person: an overview of the literature. *Int J Older People Nurs* [Internet]. 2007 Mar [cited 2019 Jul 24];2(1):63–8. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1748-3743.2007.00051.x>
 26. Shankle MD, Maxwell CA, Katzman ES, Landers S. An Invisible Population: Older Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Individuals. *Clin Res Regul Aff* [Internet]. 2003 Jan 27 [cited 2019 Jul 24];20(2):159–82. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1081/CRP-120021079>
 27. Bradford JB, Putney JM, Shepard BL, Sass SE, Rudicel S, Ladd H, et al. Healthy Aging in Community for Older Lesbians. *LGBT Heal* [Internet]. 2016 Apr;3(2):109–15. Available from: <http://www.liebertpub.com/doi/10.1089/lgbt.2015.0019>
 28. Shiu C, Muraco A, Fredriksen-Goldsen K. Invisible Care: Friend and Partner

- Care Among Older Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Adults. *J Soc Social Work Res* [Internet]. 2016 Sep [cited 2019 Jul 24];7(3):527–46. Available from: <https://www.journals.uchicago.edu/doi/10.1086/687325>
29. Fredriksen-Goldsen KI, Kim H-J, Shiu C, Goldsen J, Emler CA. Successful Aging Among LGBT Older Adults: Physical and Mental Health-Related Quality of Life by Age Group. *Gerontologist* [Internet]. 2015 Feb 1;55(1):154–68. Available from: <https://academic.oup.com/gerontologist/gerontologist/article/2957461/Successful>
30. Crenitte MRF, Miguel DF, Filho WJ. Abordagem das particularidades da velhice de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros. *Geriatr Gerontol Aging* [Internet]. 2019 Mar [cited 2019 Jul 24];13(1):50–6. Available from: <http://www.ggaging.com/details/515/pt-BR/abordagem-das-particularidades-da-velhice-de-lesbicas--gays--bissexuais-e-transgeneros>
31. Fredriksen-Goldsen KI, Kim H-J, Barkan SE, Muraco A, Hoy-Ellis CP. Health Disparities Among Lesbian, Gay, and Bisexual Older Adults: Results From a Population-Based Study. *Am J Public Health* [Internet]. 2013 Oct;103(10):1802–9. Available from: <http://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2012.301110>
32. Canêdo AC, Lopes CS, Lourenço RA. Prevalence of and factors associated with successful aging in Brazilian older adults: Frailty in Brazilian older people Study (FIBRA RJ). *Geriatr Gerontol Int* [Internet]. 2018 Aug;18(8):1280–5. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/ggi.13334>
33. Fredriksen-Goldsen KI, Emler CA, Kim H-J, Muraco A, Erosheva EA, Goldsen J, et al. The Physical and Mental Health of Lesbian, Gay Male, and Bisexual

- (LGB) Older Adults: The Role of Key Health Indicators and Risk and Protective Factors. *Gerontologist* [Internet]. 2013 Aug 1;53(4):664–75. Available from: <https://academic.oup.com/gerontologist/article-lookup/doi/10.1093/geront/gns123>
34. Fredriksen-Goldsen KI, Cook-Daniels L, Kim H-J, Erosheva EA, Emlet CA, Hoy-Ellis CP, et al. Physical and Mental Health of Transgender Older Adults: An At-Risk and Underserved Population. *Gerontologist* [Internet]. 2014 Jun;54(3):488–500. Available from: <http://academic.oup.com/gerontologist/article/54/3/488/717913/Physical-and-Mental-Health-of-Transgender-Older>
35. Fredriksen-Goldsen KI, Jen S, Bryan AEB, Goldsen J. Cognitive Impairment, Alzheimer’s Disease, and Other Dementias in the Lives of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender (LGBT) Older Adults and Their Caregivers: Needs and Competencies. *J Appl Gerontol* [Internet]. 2018 May 10;37(5):545–69. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0733464816672047>
36. McNair RP. Lesbian health inequalities: a cultural minority issue for health professionals. *Med J Aust* [Internet]. 2003 Jun 16;178(12):643–5. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.5694/j.1326-5377.2003.tb05394.x>
37. Meads C, Moore D. Breast cancer in lesbians and bisexual women: systematic review of incidence, prevalence and risk studies. *BMC Public Health* [Internet]. 2013 Dec 5 [cited 2019 Jul 24];13(1):1127. Available from: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-1127>
38. Romo RD, Wallhagen MI, Yourman L, Yeung CC, Eng C, Micco G, et al. Perceptions of Successful Aging Among Diverse Elders With Late-Life

- Disability. *Gerontologist* [Internet]. 2013 Dec 1;53(6):939–49. Available from: <https://academic.oup.com/gerontologist/article-lookup/doi/10.1093/geront/gns160>
39. Laditka SB, Corwin SJ, Laditka JN, Liu R, Tseng W, Wu B, et al. Attitudes About Aging Well Among a Diverse Group of Older Americans: Implications for Promoting Cognitive Health. *Gerontologist* [Internet]. 2009 Jun 1;49(S1):S30–9. Available from: <https://academic.oup.com/gerontologist/article-lookup/doi/10.1093/geront/gnp084>
40. Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 2007 Apr;17(1):43–62. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100004&lng=pt&tlng=pt
41. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2004;20(suppl 2):S190–8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=pt&tlng=pt
42. Branch L, Jette A, Evashwick C, Polansky M, Rowe G, Diehr P. Toward understanding elders' health service utilization. *J Community Health* [Internet]. 1981 Dec;7(2):80–92. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/BF01323227>
43. Ferreira B de O, Bonan C. Abrindo os armários do acesso e da qualidade: uma revisão integrativa sobre assistência à saúde das populações LGBTT. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2020 May;25(5):1765–78. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

- 81232020000501765&tIng=pt
44. Kapilashrami A, Hankivsky O. Intersectionality and why it matters to global health. *Lancet* [Internet]. 2018 Jun;391(10140):2589–91. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673618314314>
 45. Krieger N. Discrimination and Health Inequities. In: *Social Epidemiology* [Internet]. Oxford University Press; 2014. p. 63–125. Available from: <http://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780195377903.001.0001/med-9780195377903-chapter-3>
 46. Silva A da, Rosa TE da C, Batista LE, Kalckmann S, Louvison MCP, Teixeira DS da C, et al. Iniquidades raciais e envelhecimento: análise da coorte 2010 do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2018;21(suppl 2):1–14. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2018000300401&tIng=pt
 47. Kim H-J, Jen S, Fredriksen-Goldsen KI. Race/Ethnicity and Health-Related Quality of Life Among LGBT Older Adults. *Gerontologist* [Internet]. 2017 Feb 13;57(suppl 1):S30–9. Available from: <https://academic.oup.com/gerontologist/article-lookup/doi/10.1093/geront/gnw172>
 48. Bowleg L. When Black + Lesbian + Woman \neq Black Lesbian Woman: The Methodological Challenges of Qualitative and Quantitative Intersectionality Research. *Sex Roles* [Internet]. 2008 Sep 21;59(5–6):312–25. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11199-008-9400-z>
 49. Harnois CE, Ifatunji M. Gendered measures, gendered models: toward an intersectional analysis of interpersonal racial discrimination. *Ethn Racial Stud*

- [Internet]. 2011 Jun 1;34(6):1006–28. Available from:
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01419870.2010.516836>
50. D’Avila OP, Pinto LF da S, Hauser L, Gonçalves MR, Harzheim E. O uso do Primary Care Assessment Tool (PCAT): uma revisão integrativa e proposta de atualização. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2017 Mar;22(3):855–65. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002300855&lng=pt&tlng=pt
 51. Flocke SA. Measuring attributes of primary care: development of a new instrument. *J Fam Pract* [Internet]. 1997 Jul;45(1):64–74. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9228916>
 52. Safran DG, Kosinski M, Tarlov AR, Rogers WH, Taira DA, Lieberman N, et al. The Primary Care Assessment Survey. *Med Care* [Internet]. 1998 May;36(5):728–39. Available from: <http://journals.lww.com/00005650-199805000-00012>
 53. Grol R, Wensing M, Mainz J, Jung HP, Ferreira P, Hearnshaw H, et al. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *Br J Gen Pract* [Internet]. 2000 Nov;50(460):882–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11141874>
 54. Harzheim E, Oliveira MMC de, Agostinho MR, Hauser L, Stein AT, Gonçalves MR, et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2013;8(29):274–84.
 55. Schäfer W LA, Boerma WG, Kringos DS, De Maeseneer J, Greß S, Heinemann S, et al. QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2011 Dec

- 20;12(1):115. Available from:
<https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-12-115>
56. Harzheim, Erno; Gonçalves, Marcelo Rodrigues ; de Oliveira Mônica Maria Celestina; Trindade, Thiago Gomes; Agostinho, Milena Rodrigues; Hauser L. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil. Brasília; 2010.
57. Pinto LF, Silva VSTM. Primary Care Assessment Tool (PCAT): a construção de uma nova linha de base para avaliação dos serviços de saúde no Brasil. Cien Saude Colet [Internet]. 2021 Feb;26(2):651–6. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021000200651&tIng=pt
58. Alves A do N, Coura AS, França ISX de, Magalhães IM de O, Rocha MA, Araújo R da S. Acesso de primeiro contato na atenção primária: uma avaliação pela população masculina. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2020;23:1–14. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2020000100459&tIng=pt
59. Maia LG, Silva LA da, Guimarães RA, Pelazza BB, Leite GR, Barbosa MA. A qualidade de serviços de atenção primária, a formação profissional e o Programa Mais Médicos em uma região de saúde do sudoeste goiano. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2020;23:1–14. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2020000100413&tIng=pt
60. Nascimento AC, Moysés ST, Werneck RI, Gabardo MCL, Moysés SJ. Assessment of public oral healthcare services in Curitiba, Brazil: a cross-

- sectional study using the Primary Care Assessment Tool (PCATool). *BMJ Open* [Internet]. 2019 Jan;9(1):e023283. Available from:
<https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2018-023283>
61. Biernacki P, Waldorf D. Snowball Sampling: Problems and Techniques of Chain Referral Sampling. *Sociol Methods Res* [Internet]. 1981 Nov 29;10(2):141–63. Available from:
<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/004912418101000205>
 62. Blay SL, Ramos LR, de Mari JJ. Validity of a Brazilian Version of the Older Americans Resources and Services (OARS) Mental Health Screening Questionnaire. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 1988 Aug;36(8):687–92. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.1988.tb07169.x>
 63. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older Adults : Evidence for a Phenotype. 2001;56(3):146–57.
 64. Aprahamian I, Cezar NO de C, Izbicki R, Lin SM, Paulo DLV, Fattori A, et al. Screening for Frailty With the FRAIL Scale: A Comparison With the Phenotype Criteria. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2017 Jul;18(7):592–6. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1525861017300567>
 65. Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 1999 Oct;14(10):858–65. Available from:
[https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(199910\)14:10%3C858::AID-GPS35%3E3.0.CO;2-8](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1099-1166(199910)14:10%3C858::AID-GPS35%3E3.0.CO;2-8)
 66. Van Marwijk HW, Wallace P, De Bock GH et al. Evaluation of the feasibility, reliability and diagnostic value of shortened versions of the geriatric depression

- scale. *Br J Gen Pr.* 1995;45(393):195–9.
67. Pereira H, Leal IP. Medindo a homofobia internalizada: A validação de um instrumento. *Análise Psicológica* [Internet]. 2012 Dec 10;23(3):323–8. Available from: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/96>
68. Rech MRA, Hauser L, Wollmann L, Roman R, Mengue SS, Kemper ES, et al. Qualidade da atenção primária à saúde no Brasil e associação com o Programa Mais Médicos. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2018;42. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49522>
69. Textor J, van der Zander B, Gilthorpe MS, Liskiewicz M, Ellison GTH. Robust causal inference using directed acyclic graphs: the R package “dagitty”. *Int J Epidemiol* [Internet]. 2016 Jan 1;45(6):1887–94. Available from: <https://academic.oup.com/ije/article-lookup/doi/10.1093/ije/dyw341>
70. Honorato dos Santos de Carvalho VC, Rossato SL, Fuchs FD, Harzheim E, Fuchs SC. Assessment of primary health care received by the elderly and health related quality of life: a cross-sectional study. *BMC Public Health* [Internet]. 2013 Dec 24;13(1):605. Available from: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-605>
71. Macinko J, Almeida C, de Sa PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Health Policy Plan* [Internet]. 2007 May 1;22(3):167–77. Available from: <https://academic.oup.com/heapol/article-lookup/doi/10.1093/heapol/czm008>
72. van Stralen CJ, Belisário SA, van Stralen TB de S, Lima ÂMD de, Massote AW, Oliveira C di L. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2008;24(suppl

- 1):s148–58. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300019&lng=pt&tlng=pt
73. Bresick GF, Sayed A-R, Le Grange C, Bhagwan S, Manga N, Hellenberg D. Western Cape Primary Care Assessment Tool (PCAT) study: Measuring primary care organisation and performance in the Western Cape Province, South Africa (2013). *African J Prim Heal care Fam Med* [Internet]. 2016 May 19;8(1):e1–12. Available from:
<https://phcfm.org/index.php/phcfm/article/view/1057>
74. Berra S, Hauser L, Audisio Y, Mántaras J, Nicora V, Oliveira MMC de, et al. Validez y fiabilidad de la versión argentina del PCAT-AE para evaluar la atención primaria de salud. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2013 Jan;33(1):30–9. Available from:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
75. Lee JH, Choi Y-J, Sung NJ, Kim SY, Chung SH, Kim J, et al. Development of the Korean primary care assessment tool--measuring user experience: tests of data quality and measurement performance. *Int J Qual Heal Care* [Internet]. 2009 Apr 1;21(2):103–11. Available from:
<https://academic.oup.com/intqhc/article-lookup/doi/10.1093/intqhc/mzp007>
76. Tourigny A, Aubin M, Haggerty J, Bonin L, Morin D, Reinharz D, et al. Patients' perceptions of the quality of care after primary care reform: Family medicine groups in Quebec. *Can Fam Physician* [Internet]. 2010 Jul;56(7):e273-82. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20631263>
77. Westwood S, Willis P, Fish J, Hafford-Letchfield T, Semlyen J, King A, et al.

- Older LGBT+ health inequalities in the UK: setting a research agenda. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 2020;74(5):408–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32086374>
78. Fredriksen-Goldsen KI, Kim HJ, Barkan SE, Muraco A, Hoy-Ellis CP. Health disparities among lesbian, gay, and bisexual older adults: Results from a population-based study. *Am J Public Health*. 2013 Oct;103(10):1802–9.
79. Blosnich JR, Farmer GW, Lee JGL, Silenzio VMB, Bowen DJ. Health Inequalities Among Sexual Minority Adults: Evidence from Ten U.S. states, 2010. *Am J Prev Med* 2014;46(4):337–349. *Am J Prev Med* [Internet]. 2014 Jul;47(1):103. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S074937971400227X>
80. Tracy JK, Schluterman NH, Greenberg DR. Understanding cervical cancer screening among lesbians: a national survey. *BMC Public Health* [Internet]. 2013 Dec 4;13(1):442. Available from: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-442>
81. Aaron DJ, Markovic N, Danielson ME, Honnold JA, Janosky JE, Schmidt NJ. Behavioral risk factors for disease and preventive health practices among lesbians. *Am J Public Health* [Internet]. 2001 Jun;91(6):972–5. Available from: <http://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.91.6.972>
82. Agénor M, Krieger N, Austin SB, Haneuse S, Gottlieb BR. Sexual Orientation Disparities in Papanicolaou Test Use Among US Women: The Role of Sexual and Reproductive Health Services. *Am J Public Health* [Internet]. 2014 Feb;104(2):e68–73. Available from: <http://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2013.301548>
83. Harrison AE. Primary care of lesbian and gay patients: educating ourselves

- and our students. *Fam Med* [Internet]. 1996 Jan;28(1):10–23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8720222>
84. Marrazzo J, Koutsky L, Kiviat N, Kuypers J, Stine K. Papanicolaou Test Screening and Prevalence of Genital Human Papillomavirus Among Women Who Have Sex With Women. *J Low Genit Tract Dis* [Internet]. 2002 Jan;6(1):61–2. Available from: http://doi.wiley.com/10.1046/j.1526-0976.2002.61012_2.x
85. van Gaans D, Dent E. Issues of accessibility to health services by older Australians: a review. *Public Health Rev* [Internet]. 2018 Dec 16;39(1):20. Available from: <https://publichealthreviews.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40985-018-0097-4>
86. Alba B, Lyons A, Waling A, Minichiello V, Hughes M, Barrett C, et al. Older lesbian and gay adults' perceptions of barriers and facilitators to accessing health and aged care services in Australia. *Health Soc Care Community* [Internet]. 2021 Jul 5;29(4):918–27. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hsc.13125>
87. Croghan CF, Moone RP, Olson AM. Working With LGBT Baby Boomers and Older Adults: Factors That Signal a Welcoming Service Environment. *J Gerontol Soc Work* [Internet]. 2015 Aug 18;58(6):637–51. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01634372.2015.1072759>
88. Hughes M. Lesbian and Gay People's Concerns about Ageing and Accessing Services. *Aust Soc Work* [Internet]. 2009 Jun;62(2):186–201. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03124070902748878>
89. Kay ES, Batey DS, Mugavero MJ. The HIV treatment cascade and care

- continuum: updates, goals, and recommendations for the future. *AIDS Res Ther* [Internet]. 2016 Dec 8;13(1):35. Available from:
<http://aidsrestherapy.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12981-016-0120-0>
90. Mello L, Perilo M, Braz CA de, Pedrosa C. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sex Salud y Soc* (Rio Janeiro) [Internet]. 2011 Dec;(9):7–28. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872011000400002&lng=pt&tlng=pt
91. Rocon PC, Rodrigues A, Zamboni J, Pedrini MD. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2016 Aug;21(8):2517–26. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000802517&lng=pt&tlng=pt
92. Feldman J, Brown GR, Deutsch MB, Hembree W, Meyer W, Meyer-Bahlburg HFL, et al. Priorities for transgender medical and healthcare research. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes* [Internet]. 2016 Apr;23(2):180–7. Available from: <http://journals.lww.com/01266029-201604000-00016>
93. Marcelin JR, Siraj DS, Victor R, Kotadia S, Maldonado YA. The Impact of Unconscious Bias in Healthcare: How to Recognize and Mitigate It. *J Infect Dis* [Internet]. 2019 Aug 20;220(Supplement_2):S62–73. Available from:
https://academic.oup.com/jid/article/220/Supplement_2/S62/5552356
94. FitzGerald C, Hurst S. Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC Med Ethics* [Internet]. 2017 Dec 1;18(1):19. Available from:
<http://bmcmethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-017-0179-8>

95. Silva ÉB de O, Pereira AL de F, Penna LHG. Estereótipos de gênero no cuidado psicossocial das usuárias de cocaína e crack. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2018 May 10;34(5). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000505004&lng=pt&tlng=pt
96. Silva ALR da, Finkle M, Moretti-Pires RO. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE TRABALHADORES DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE SOBRE PESSOAS LGBT. *Trab Educ e Saúde* [Internet]. 2019 [cited 2020 Mar 17];17(2):1–20. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000200506&tlng=pt
97. Alencar Albuquerque G, de Lima Garcia C, da Silva Quirino G, Alves MJH, Belém JM, dos Santos Figueiredo FW, et al. Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights* [Internet]. 2016 Dec 14;16(1):2. Available from: <http://bmcinthealthhumrights.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12914-015-0072-9>
98. Pereira EO, Ferreira BDO, Do Amaral GS, Cardoso CV, Garcia Lorenzo CF. Unidades Básicas de Saúde em Teresina-PI e o acesso da população LGBT: o que pensam os médicos? *Tempus Actas de Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 Nov 13;11(1):51. Available from: <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1812>
99. Guimarães R de CP, Cavadinha ET, Mendonça AVM, Sousa MF. Assistência a população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os Agentes Comunitários de Saúde? *Tempus Actas de Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 Nov 13;11(1):121. Available from:

- <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/2327>
100. INTERSECCIONALIDAD EN DESIGUALDADES EN SALUD EN ARGENTINA: DISCUSIONES TEÓRICO-METODOLÓGICAS A PARTIR DE UNA ENCUESTA POBLACIONAL. *Hacia la Promoción la Salud*. 2018;23(2):13–33.
 101. CRENSHAW K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Rev Estud Fem* [Internet]. 2002 Jan;10(1):171–88. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000100011&lng=pt&tlng=pt
 102. Andrew MK. Frailty and Social Vulnerability. In: *Interdisciplinary Topics in Gerontology and Geriatrics* [Internet]. 2015. p. 186–95. Available from: <https://www.karger.com/Article/FullText/381236>
 103. Walker JJ, Longmire-Avital B. The impact of religious faith and internalized homonegativity on resiliency for black lesbian, gay, and bisexual emerging adults. *Dev Psychol* [Internet]. 2013 Sep;49(9):1723–31. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0031059>
 104. Carr S, Pezzella A. Sickness, “sin” and discrimination: Examining a challenge for UK mental health nursing practice with lesbian, gay and bisexual people. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [Internet]. 2017 Sep;24(7):553–60. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/jpm.12402>
 105. Bränström R, Pachankis JE. Sexual orientation disparities in the co-occurrence of substance use and psychological distress: a national population-based study (2008–2015). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2018 Apr 15;53(4):403–12. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00127-018->

1491-4

106. Wilson K, Kortess-Miller K, Stinchcombe A. Staying Out of the Closet: LGBT Older Adults' Hopes and Fears in Considering End-of-Life. *Can J Aging / La Rev Can du Vieil* [Internet]. 2018 Mar 16;37(1):22–31. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0714980817000514/type/journal_article
107. Daley A, MacDonnell JA, Brotman S, St. Pierre M, Aronson J, Gillis L. Providing Health and Social Services to Older LGBT Adults. *Annu Rev Gerontol Geriatr*. 2016 Oct 25;37(1):143–60.
108. Kcomt L, Gorey KM. End-of-Life Preparations among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Integrative Review of Prevalent Behaviors. *J Soc Work End Life Palliat Care* [Internet]. 2017 Oct 2 [cited 2019 Jul 24];13(4):284–301. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15524256.2017.1387214>
109. Cartwright C, Hughes M, Lienert T. End-of-life care for gay, lesbian, bisexual and transgender people. *Cult Health Sex* [Internet]. 2012 May;14(5):537–48. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13691058.2012.673639>
110. Reygan FCG, D'Alton P. A pilot training programme for health and social care professionals providing oncological and palliative care to lesbian, gay and bisexual patients in Ireland. *Psychooncology* [Internet]. 2013 May [cited 2019 Jul 24];22(5):1050–4. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/pon.3103>
111. Badgett, M. Durso, LE. Schnebaum A. New patterns of poverty in the lesbian, gay, and bisexual community [Internet]. *Economics & Poverty*. 2013 [cited 2021 Feb 2]. p. 1–45. Available from:

- <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/publications/lgb-patterns-of-poverty/>
112. Antunes PPS. Homens homossexuais, envelhecimento e homofobia internalizada. *Rev Kairós Gerontol* [Internet]. 2017 Mar 30;20(1):311. Available from: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/33502>
 113. Goldhammer H, Krinsky L, Keuroghlian AS. Meeting the Behavioral Health Needs of LGBT Older Adults. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2019 Aug 29;67(8):1565–70. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.15974>
 114. Popadiuk GS, Oliveira DC, Signorelli MC. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2017 May;22(5):1509–20. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501509&lng=pt&tlng=pt
 115. Souza M. Projeto assegura tratamento digno a idosos LGBTs em instituições de longa permanência [Internet]. Câmara dos Deputados. 2021. p. 01. Available from: <https://www.camara.leg.br/noticias/745435-projeto-assegura-tratamento-digno-a-idosos-lgbts-em-instituicoes-de-longa-permanencia/>
 116. Fidelis JH. Caracterização da utilização de computador e internet entre idosos residentes no município de São Paulo: estudo SABE (Saúde, Bem-estar e envelhecimento). Universidade de São Paulo; 2018.
 117. Fernandez-Ardevol M. Práticas digitais móveis das pessoas idosas no Brasil: dados e reflexões [Internet]. Panorama setorial da internet. 2019 [cited 2021 Mar 7]. p. 1–20. Available from: <chrome-extension://oemmndcbldboiebfnladdacbfdmadadm/https://www.cetic.br/media/>

[docs/publicacoes/1/panorama_estendido_mar_2019_online.pdf](#)

ANEXO 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA:

FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASSOCIADOS A PIOR ACESSO A SAÚDE EM BRASILEIROS COM 60 ANOS OU MAIS: O IMPACTO DO GÊNERO E ORIENTAÇÃO SEXUAL.

2. PESQUISADOR PRINCIPAL: **Thiago Junqueira Avelino da Silva – CRM-SP 118.132**
SUB-INVESTIGADOR: **Milton Roberto Furst Grenifre – CRM-SP 160.848**

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO	<input checked="" type="checkbox"/>	RISCO MÉDIO	<input type="checkbox"/>
RISCO BAIXO	<input type="checkbox"/>	RISCO MAIOR	<input type="checkbox"/>

4. DURAÇÃO DA PESQUISA: DOIS ANOS

5. SOBRE A PESQUISA:

Convidamos o(a) senhor(a) a responder um questionário sobre fatores que possam facilitar ou dificultar o acesso aos cuidados na área da saúde. O questionário faz parte de uma pesquisa do Serviço de Geriatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, e este documento servirá para explicar a pesquisa e registrar seu consentimento em participar.

a) O que é uma pesquisa e o que é consentimento?

Pesquisa é um conjunto de procedimentos que procura criar ou aumentar o conhecimento sobre um assunto. Muitas vezes uma pesquisa depende da participação de voluntários para acontecer, mas é fundamental que as pessoas entendam bem a proposta antes de se voluntariarem.

Para decidir se aceita ou não participar da pesquisa, explicaremos tudo que ela envolve, inclusive seus riscos e benefícios, através deste documento, um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Consentimento significa que você concorda em participar da pesquisa. Portanto, utilize uma parte do seu tempo para ler as informações a seguir e não hesite em nos perguntar caso haja qualquer tipo de dúvida. Você pode ainda conversar com qualquer pessoa de sua confiança para o(a) ajudar a tomar uma decisão.

Quando se sentir completamente informado(a) sobre a pesquisa, e estiver disposto(a) a participar, pedimos que registre seu consentimento eletrônico. Você pode baixar uma cópia deste documento para seu controle e registro.

b) Por que esta pesquisa está sendo realizada?

As pesquisas sobre o envelhecimento no Brasil costumam estudar o risco de idosos adoecerem e precisarem de cuidados a saúde sob três aspectos:

- O individual (as características do corpo e organismo da pessoa, de sua memória e capacidade de decisão, e das atitudes que tem no ambiente onde vive).
- O social (os fatores econômicos, sociais e culturais que podem impactar no dia-a-dia da pessoa)
- O programático (as políticas públicas, programas e serviços de saúde disponíveis para a pessoa).

Mas pouco se sabe sobre a influência de outros aspectos importantes da vida sobre a saúde e sobre as necessidades de cuidados de uma pessoa. Em especial, não sabemos se o gênero ou a orientação sexual podem aumentar o risco de adoecer ou precisar de atendimento a saúde ao longo do envelhecimento. Será que ser homem ou mulher faz alguma diferença? Será que pertencer a alguma minoria sexual pode influenciar no processo de envelhecimento? Ou ainda, podem pessoas transgêneras ter maior dificuldade de acesso a algum serviço de saúde? Essas são algumas das dúvidas que podem ser respondidas com nossa pesquisa.

c) Quais são os riscos e os benefícios desta pesquisa?

Não há benefício direto da pesquisa para o(a) senhor(a). No entanto, as informações obtidas podem gerar dados importantes para compreender melhor o processo de envelhecimento no Brasil e para identificar pontos a serem melhorados na atenção à saúde das pessoas com 50 anos ou mais.

Como não será realizado qualquer tratamento ou intervenção, os riscos para você são mínimos.

Para garantir a segurança de suas informações, informamos que o questionário será anônimo e que suas respostas serão mantidas em uma base de dados protegida, com acesso exclusivo dos pesquisadores envolvidos. Não é necessário apresentar qualquer dado que o identifique para participar do estudo. Além disso, suas respostas serão analisadas em conjunto com as de outras pessoas e não será possível realizar a análise identificada de qualquer questionário.

d) Com quem posso tirar dúvidas sobre o conteúdo da pesquisa ou sobre seu andamento?

Este estudo será parte do projeto de doutoramento do Dr. Milton Roberto Furst Crenitte, sob orientação do Dr. Thiago Junqueira Avelino da Silva. Em qualquer momento, você pode entrar em contato eles através dos endereços abaixo para esclarecimento de dúvidas:

Secretaria de Pesquisa, Laboratório de Investigação Médica em Envelhecimento (LIM-66), Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar 255, Prédio dos Ambulatórios, 8º andar do PAMB

Cerqueira César, CEP 05403-010, São Paulo (SP), Brasil

Telefone: (11) 2661-8116

E-mail: geriatria.pesquisa@hc.fm.usp.br

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre questões éticas dessa pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CEP-FMUSP): Av. Dr. Arnaldo 251, 21º andar, sala 36 – Cerqueira César, CEP 01246-000, São Paulo, SP – Tel: (11) 3893-4401/4407 – E-mail: cep.fm@usp.br – horário de atendimento: 8:00-17:00h.

e) Eu posso me recusar a participar desta pesquisa?

Sua participação é fundamental para respondermos questões importantes sobre envelhecimento e saúde, mas a escolha de participar ou não é inteiramente sua. É feita a ressalva de que, após enviar as respostas, não será possível retirá-las do sistema, já os questionários serão anônimos e não será possível identificar posteriormente seus autores.

f) Existe algum custo ou alguma remuneração para participar desta pesquisa?

Não haverá custo ou remuneração para participação na pesquisa.

6. CONSENTIMENTO:

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo a pesquisa **FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASSOCIADOS A PIOR ACESSO A SAÚDE EM BRASILEIROS COM 50 ANOS OU MAIS: O IMPACTO DO GÊNERO E ORIENTAÇÃO SEXUAL**.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos da pesquisa, os procedimentos a serem realizados, seus potenciais riscos e benefícios, e as garantias de confidencialidade e esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que não receberei qualquer pagamento por ela.

Por fim, concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e autorizo que minhas respostas anônimas, em conjunto com as dos demais participantes, sejam analisadas e discutidas em publicações ou apresentações científicas.

ANEXO 2. Questionário *online* de saúde.

introdução

PESQUISA NACIONAL SOBRE ENVELHECIMENTO E ACESSO A SAÚDE

Page 1 of 119

Olá,

Se você tem pelo menos 50 anos e reside no Brasil, gostaríamos de te convidar para participar dessa pesquisa sobre envelhecimento e acesso a Saúde, desenvolvida pelo Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

Todas as respostas que você submeter serão anônimas e sigilosas - você nem precisa digitar seu nome para responder o questionário!

Sua participação é essencial para identificarmos possíveis barreiras no acesso a Saúde no Brasil. Apenas com essas informações poderemos propor medidas para melhorar o sistema de saúde, e, assim, auxiliar na estruturação de um modelo capaz de cuidar daqueles que estão envelhecendo.

Desde já te agradecemos por dedicar um pouquinho do seu tempo para preencher esse questionário, que pode ser finalizado em cerca de 10 minutos.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

VISUALIZAR

DADOS SOBRE A PESQUISA 1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA:

FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASSOCIADOS A PIOR ACESSO A SAÚDE EM BRASILEIROS COM 50 ANOS OU MAIS.

2. PESQUISADORES:

Milton Roberto Furti-Ceritito - CRM-SP 150.848

Thiago Junqueira Avelino da Silva - CRM-SP 116.132

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA: RISCO MÍNIMO

4. DURAÇÃO DA PESQUISA: DOIS ANOS

5. SOBRE A PESQUISA:

Convidamos o(a) senhor(a) a responder um questionário sobre fatores que possam facilitar ou dificultar o acesso aos cuidados na área da saúde. O questionário faz parte de uma pesquisa do Serviço de Geriatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, e este documento servirá para explicar a pesquisa e registrar seu consentimento em participar.

a) O que é uma pesquisa e o que é consentimento?

Pesquisa é um conjunto de procedimentos que procura criar ou aumentar o conhecimento sobre um assunto. Muitas vezes uma pesquisa depende da participação de voluntários para acontecer, mas é fundamental que as pessoas entendam bem a proposta antes de se voluntariarem.

Para decidir se aceita ou não participar da pesquisa, explicaremos tudo que ela envolve, inclusive seus riscos e benefícios, através deste documento, um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Consentimento significa que você concorda em participar da pesquisa. Portanto, utilize uma parte do seu tempo para ler as informações a seguir e não hesite em nos perguntar caso haja qualquer tipo de dúvida. Você pode ainda conversar com qualquer pessoa de sua confiança para o(a) ajudar a tomar uma decisão.

Quando se sentir completamente informado(a) sobre a pesquisa, e estiver disposto(a) a participar, pedimos que registre seu consentimento eletrônico. Você pode baixar uma cópia deste documento para seu controle e registro.

b) Por que esta pesquisa está sendo realizada?

As pesquisas sobre o envelhecimento no Brasil costumam estudar o risco de idosos adoecerem e precisarem de cuidados a saúde sob três aspectos:

- O individual (as características do corpo e organismo da pessoa, de sua memória e capacidade de decisão, e das atitudes que tem no ambiente onde vive).
- O social (os fatores econômicos, sociais e culturais que podem impactar no dia-a-dia da pessoa).
- O programático (as políticas públicas, programas e serviços de saúde disponíveis para a pessoa).

Mas pouco se sabe sobre a influência de outros aspectos importantes da vida sobre a saúde e sobre a necessidade de cuidados de uma pessoa. Em especial, não sabemos se o gênero ou a orientação sexual podem aumentar o risco de adoecer ou precisar de atendimento à saúde ao longo do envelhecimento. Será que ser homem ou mulher faz alguma diferença? Será que pertencer a alguma minoria sexual pode influenciar no processo de envelhecimento? Ou ainda, podem pessoas transgêneras ter maior dificuldade de acesso a algum serviço de saúde? Essas são algumas das dúvidas que podem ser respondidas com nossa pesquisa.

c) Quais são os riscos e os benefícios desta pesquisa?

Não há benefício direto da pesquisa para o(a) senhor(a). No entanto, as informações obtidas podem gerar dados importantes para compreender melhor o processo de envelhecimento no Brasil e para identificar pontos a serem melhorados na atenção à saúde das pessoas com 50 anos ou mais.

Como não será realizado qualquer tratamento ou intervenção, os riscos para você são mínimos.

Para garantir a segurança de suas informações, informamos que o questionário será anônimo e que suas respostas serão mantidas em uma base de dados protegida, com acesso exclusivo dos pesquisadores envolvidos. Não é necessário apresentar qualquer dado que o identifique para participar do estudo. Além disso, suas respostas serão analisadas em conjunto com as de outras pessoas e não será possível realizar a análise identificada de qualquer questionário.

d) Com quem posso tirar dúvidas sobre o conteúdo da pesquisa ou sobre seu andamento?

Este estudo será parte do projeto de doutoramento do Dr. Milton Roberto Furti-Ceritito, sob orientação do Dr. Thiago Junqueira Avelino da Silva. Em qualquer momento, você pode entrar em contato eles através dos endereços abaixo para esclarecimento de dúvidas:

Secretaria de Pesquisa, Laboratório de Investigação Médica em Envelhecimento (LIM-66), Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar 255, Prédio dos Ambulatórios, 6º andar do PAMB

Carqueia César, CEP 05403-010, São Paulo (SP), Brasil

Telefones: (11) 3861-0116

E-mail: geriatria.pesquisa@hc.fm.usp.br

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre questões éticas dessa pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CEP-FMUSP): Av. Dr. Arnaldo 251, 21º andar, sala 36 - Carqueia César, CEP 01246-000, São Paulo, SP - Tel: (11) 3863-4401/4407 - E-mail: cep_fm@usp.br - Horário de atendimento: 8:00-17:00h.

e) Eu posso me recusar a participar desta pesquisa?

Sua participação é fundamental para respondermos questões importantes sobre envelhecimento e saúde, mas a escolha de participar ou não é inteiramente sua. É feita a ressalva de que, após enviar as respostas, não será possível retirá-las do sistema, já os questionários serão anônimos e não será possível identificar posteriormente seus autores.

f) Existe algum custo ou alguma remuneração para participar desta pesquisa?

Não haverá custo ou remuneração para participação na pesquisa.

6. CONSENTIMENTO:

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo a pesquisa **FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASSOCIADOS A PÓR ACESSO A SAÚDE EM BRASILEIROS COM 50 ANOS OU MAIS**.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos da pesquisa, os procedimentos a serem realizados, seus potenciais riscos e benefícios, e as garantias de confidencialidade e esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é livre de despesas e que não receberei qualquer pagamento por ela.

Por fim, concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e autorizo que minhas respostas anônimas, em conjunto com as dos demais participantes, sejam analisadas e discutidas em publicações ou apresentações científicas.

[Attachment: "TCLE.pdf"]

Você leu e concorda com o termo de consentimento livre e esclarecido para a participação na pesquisa?

Não Sim

Para participar desta pesquisa é importante que você leia, compreenda e concorde com o termo de consentimento livre e esclarecido. Se tiver selecionado "Não", no item anterior, por engano, por favor retorne e altere sua resposta para "Sim". Caso contrário, agradecemos por sua atenção, mas não será possível proceder adiante no questionário.

Qual é o ano de seu nascimento?

- 1910
 - 1911
 - 1912
 - 1913
 - 1914
 - 1915
 - 1916
 - 1917
 - 1918
 - 1919
 - 1920
 - 1921
 - 1922
 - 1923
 - 1924
 - 1925
 - 1926
 - 1927
 - 1928
 - 1929
 - 1930
 - 1931
 - 1932
 - 1933
 - 1934
 - 1935
 - 1936
 - 1937
 - 1938
 - 1939
 - 1940
 - 1941
 - 1942
 - 1943
 - 1944
 - 1945
 - 1946
 - 1947
 - 1948
 - 1949
 - 1950
 - 1951
 - 1952
 - 1953
 - 1954
 - 1955
 - 1956
 - 1957
 - 1958
 - 1959
 - 1960
 - 1961
 - 1962
 - 1963
 - 1964
 - 1965
 - 1966
 - 1967
 - 1968
 - 1969
 - 1970
-

Em qual estado do Brasil você reside?

- Acre (AC)
- Alagoas (AL)
- Amapá (AP)
- Amazonas (AM)
- Bahia (BA)
- Ceará (CE)
- Distrito Federal (DF)
- Espírito Santo (ES)
- Goiás (GO)
- Maranhão (MA)
- Mato Grosso (MT)
- Mato Grosso do Sul (MS)
- Minas Gerais (MG)
- Pará (PA)
- Paraíba (PB)
- Paraná (PR)
- Pernambuco (PE)
- Piauí (PI)
- Rio de Janeiro (RJ)
- Rio Grande do Norte (RN)
- Rio Grande do Sul (RS)
- Rondônia (RO)
- Roraima (RR)
- Santa Catarina (SC)
- São Paulo (SP)
- Sergipe (SE)
- Tocantins (TO)

Por favor, selecione a cidade onde você reside.

Escolha a alternativa que melhor caracteriza sua raça ou etnia.

- Branca
- Negra
- Parda
- Amarela
- Indígena
- Outra
- Prefiro não responder

Qual é o seu sexo designado no nascimento?
(Aquele registrado em sua certidão de nascimento)

- Masculino Feminino

Qual é o seu estado civil?

- Solteiro(a) (nunca casou)
- Casado(a), amasiado(a) ou união estável
- Separado(a) ou divorciado(a)
- Viúvo(a)
- Prefiro não responder

Você tem filhos?

- Não Sim Prefiro não responder

Quantos filhos você tem?

- Um Dois Três Mais que três

Qual é a sua religião?

((Protestante: Anglicana, Batista, Calvinista, Luterana, Metodista, Presbiteriana; Evangélica Neopentecostal: Universal do Reino de Deus, Igreja Internacional da Graça de Deus, Sara Nossa Terra, Renascer em Cristo; Evangélica Pentecostal: Assembleia de Deus, Congregação Cristã no Brasil, Igreja do Evangelho Quadrangular))

- Sem religião, agnosticismo ou ateísmo
- Católica Apostólica Romana
- Católica Ortodoxa
- Protestante
- Evangélica Neopentecostal
- Evangélica Pentecostal
- Testemunha de Jeová
- Espírita
- Judaica
- Muçulmana
- Candomblé
- Umbanda
- Outra
- Prefiro não responder

Qual é a sua escolaridade?

- Nunca frequentou escola
- Ensino fundamental incompleto
- Ensino fundamental completo
- Ensino médio incompleto
- Ensino médio completo
- Ensino superior incompleto
- Ensino superior completo
- Pós-graduação incompleta
- Pós-graduação completa
- Prefiro não responder

Atualmente, você está empregado(a)?

- Não Sim Prefiro não responder

Você é aposentado(a)?

- Não Sim Prefiro não responder

Há quantos anos você está aposentado(a)?

- Menos de 5 anos
 5 a 10 anos
 Mais de 10 anos
 Prefiro não responder

Escolha a alternativa que melhor caracteriza sua moradia.

- Residência própria
 Residência alugada
 Residência de familiares
 Residência de amigos ou conhecidos
 Outra
 Prefiro não responder

Quantas pessoas moram com você?

- Nenhuma Uma 2 a 5 6 a 10 Mais que 10 Prefiro não responder

Aproximadamente, qual é a sua renda familiar?

(Em Salários Mínimos, considerando o salário mínimo de 2019= R\$1006,00)

- Menor que 2 Salários Mínimos
 2 a 5 Salários Mínimos
 5 a 10 Salários Mínimos
 Maior que 10 Salários Mínimos
 Não sei/ Prefiro não responder

Você possui algum plano de previdência privada?

- Não Sim Prefiro não responder

HISTÓRICO DE SAÚDE, HÁBITOS DE VIDA E FUNCIONALIDADE

De modo geral, como você caracterizaria sua saúde?

- Muito ruim
- Ruim
- Regular
- Boa
- Muito boa

Quantos medicamentos você utiliza diariamente?

- Nenhum
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 ou mais
- Não sei

((Incluindo medicamentos prescritos por algum profissional da saúde, auto-medicações, vitaminas, remédios naturais, homeopatia etc.))

POR FAVOR, ASSINALE ABAIXO A(S) DOENÇA(S) QUE VOCÊ TEM OU TRATA.

Pressão alta (ou hipertensão arterial sistêmica) Não Sim

Diabetes mellitus (ou açúcar elevado no sangue) Não Sim

Câncer (sem considerar carcinoma basocelular de pele) Não Sim

DPOC (ou enfisema pulmonar, bronquite crônica, doença pulmonar obstrutiva crônica) Não Sim

Infarto cardíaco (ou infarto do miocárdio, doença coronariana) Não Sim

Insuficiência cardíaca Não Sim

Asma (ou bronquite asmática) Não Sim

Artrite Não Sim

Derrame cerebral (ou AVC, acidente vascular cerebral) Não Sim

Doença renal crônica (Insuficiência dos Rins) Não Sim

No último mês, com que frequência você praticou exercícios físicos ou esportes?

- Nenhuma vez
- Menos de uma vez por semana
- 1 vez por semana
- 2 a 3 vezes por semana
- 4 a 5 vezes por semana
- Mais de 5 vezes por semana

Atualmente, você costuma fumar cigarros, charutos e/ou cachimbos?

- Não, e nunca fumei
- Não, mas fumava no passado
- Sim
- Prefiro não responder

Parou de fumar há mais de um mês?

- Não
- Sim
- Prefiro não responder

Habitualmente, com que frequência você consome bebidas que contêm álcool?

- Nenhuma vez
- Menos de uma vez por semana
- 1 vez por semana
- 2 a 3 vezes por semana
- 4 a 5 vezes por semana
- Mais de 5 vezes por semana
- Não sei/ Prefiro não responder

Atualmente, você costuma consumir algum tipo de substância ilícita?
(Ex. Maconha, cocaína, ecstasy, crack)

- Não
- Sim
- Prefiro não responder

Assinale a(s) substância(s) que você costuma consumir.
(ASSINALE TODAS AS ALTERNATIVAS VÁLIDAS PARA VOCÊ)

- Maconha
- Cocaína
- Crack
- LSD, ecstasy ou anfetaminas
- Outra(s)

Habitualmente, com que frequência você consome uma ou mais dessas substâncias?

- Nenhuma vez
- Menos de uma vez por semana
- 1 vez por semana
- 2 a 3 vezes por semana
- 4 a 5 vezes por semana
- Mais que 5 vezes por semana
- Não sei/ Prefiro não responder

HABITUALMENTE, COM QUAL GRAU DE DIFICULDADE VOCÊ REALIZA CADA UMA DAS ATIVIDADES ABAIXO?

Sair de condução

- Realiza sem dificuldade
- Realiza com dificuldade
- Não realiza

Andar pelo menos 1 quarteirão

- Realiza sem dificuldade
- Realiza com dificuldade
- Não realiza

Andar perto de casa

- Realiza sem dificuldade
- Realiza com dificuldade
- Não realiza

Andar no plano

- Realiza sem dificuldade
- Realiza com dificuldade
- Não realiza

Subir um lance de escada

- Realiza sem dificuldade
- Realiza com dificuldade
- Não realiza

Deitar e levantar da cama

- Realiza sem dificuldade
- Realiza com dificuldade
- Não realiza

Ir ao banheiro em tempo

- Realiza sem dificuldade
- Realiza com dificuldade
- Não realiza

Tomar banho

- Realiza sem dificuldade
- Realiza com dificuldade
- Não realiza

Pentear os cabelos

- Realiza sem dificuldade
- Realiza com dificuldade
- Não realiza

Cortar unhas dos pés

- Realiza sem dificuldade
- Realiza com dificuldade
- Não realiza

Vestir-se

- Realiza sem dificuldade
- Realiza com dificuldade
- Não realiza

Comer

- Realiza sem dificuldade
 Realiza com dificuldade
 Não realiza

Medicar-se na hora certa

- Realiza sem dificuldade
 Realiza com dificuldade
 Não realiza

Fazer compras

- Realiza sem dificuldade
 Realiza com dificuldade
 Não realiza

Preparar refeições

- Realiza sem dificuldade
 Realiza com dificuldade
 Não realiza

Fazer limpeza de casa

- Realiza sem dificuldade
 Realiza com dificuldade
 Não realiza

Você perdeu mais do que 5% do seu peso nos últimos 6 meses?
(Ex. Tinha 80 Kg e perdeu mais que 4 Kg nos últimos 6 meses)

- Não Sim Não sei

De modo geral, você está satisfeito(a) com a sua vida?

- Não Sim

No último ano, você abandonou muitas das suas atividades e dos seus interesses?

- Não Sim

Você prefere ficar em casa ao invés de sair e fazer coisas novas?

- Não Sim

Você se sente feliz na maior parte do tempo?

- Não Sim

Você costuma se sentir cansado(a) na maior parte do tempo (mais do que 4 dias na semana)?

- Não Sim

Você precisa usar bengala, andador ou cadeira de rodas para caminhar ou se locomover?

- Não Sim

No último ano, você sofreu alguma queda?
(Queda é um deslocamento não-intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil - mesmo que você não se machuque!)

- Não Sim

Quantas quedas você sofreu no último ano?

- Uma Duas ou mais

QUESTIONÁRIO SOBRE ACESSO A SAÚDE

Você é atendido rotineiramente pelo Sistema Único de Saúde (SUS)?

- Não Sim Prefiro não responder
-

Você possui algum convênio médico ou plano de saúde?

- Não Sim Prefiro não responder
-

Você é atendido rotineiramente por algum médico ou médica particular?

- Não Sim Prefiro não responder
-

Você faz algum acompanhamento médico regular?

(Ex. Com clínico geral, médico de família, geriatra, ginecologista, infectologista etc.)

- Não Sim Prefiro não responder
-

Qual é o seu nível de confiança no seu médico ou médica?

- Muito baixo
 Baixo
 Regular
 Alto
 Muito alto
 Prefiro não responder
-

Você já colheu exames de sangue para checar se tem problemas de diabetes ou colesterol?

- Não Sim Não sei
-

Quando colheu esse tipo de exame de sangue pela última vez?

- Neste ano
 Há cerca de 1 ano
 Há cerca de 2 anos
 Há mais de 2 anos
 Não sei
-

Você já realizou uma mamografia alguma vez na vida?

- Não Sim Não sei
-

Quando realizou uma mamografia pela última vez?

- Neste ano
 Há cerca de 1 ano
 Há cerca de 2 anos
 Há mais de 2 anos
 Não sei
-

Você já realizou um exame de papanicolaou alguma vez na vida?

- Não Sim Não sei

Quando realizou um exame de papanicolaou pela última vez?

- Neste ano
- Há cerca de 1 ano
- Há cerca de 2 anos
- Há mais de 2 anos
- Não sei

Você já realizou um exame para pesquisar câncer de intestino alguma vez na vida?
(Colonoscopia ou pesquisa de sangue oculto nas fezes)

- Não
- Sim
- Não sei

Qual é a sua posição em relação à vacina contra gripe?

- Nunca tomou porque acredita não ser necessário
- Nunca tomou porque não tem onde receber a vacina
- Prefere não tomar porque tem receio dos efeitos colaterais
- Toma anualmente
- Não toma há 2 anos ou mais
- Não sei/ Prefiro não responder

No último ano, houve alguma situação em que você precisou de um pronto atendimento ou pronto socorro?

- Não
- Sim
- Prefiro não responder

Quem você chamou para te acompanhar quando precisou ir para o pronto atendimento ou pronto socorro?

(ASSINALE TODAS AS ALTERNATIVAS VÁLIDAS PARA VOCÊ)

- Não precisei chamar ninguém
- Não existia ninguém que eu pudesse chamar
- Companheiro(a)
- Familiar
- Cuidador(a)
- Amigo(a)
- Vizinho(a)
- Membro da Igreja
- Outra pessoa

No último ano, você precisou ser hospitalizado(a) ou permanecer em observação no hospital por mais de 24 horas?

- Não
- Sim
- Prefiro não responder

Quantas vezes precisou ser hospitalizado(a) no último ano?

- Uma
- Duas ou mais
- Não sei/ Prefiro não responder

QUESTIONÁRIO SOBRE QUALIDADE DE ATENÇÃO À SAÚDE

De modo geral, como você classificaria o(s) serviço(s) de saúde que utiliza?

- Muito ruim
- Ruim
- Regular
- Bom
- Muito bom
- Não sei/ Prefiro não responder

No último ano, houve alguma situação em que você precisou de atendimento médico ou de algum outro tipo de cuidado para sua saúde, mas não recebeu?

- Não
- Sim
- Não sei/ Prefiro não responder

Assinale o(s) motivo(s) que para você não ser atendido(a):
(ASSINALE TODAS AS ALTERNATIVAS VÁLIDAS PARA VOCÊ)

- Demora para agendamento de exames
- Demora para agendamento de consultas
- Indisponibilidade do serviço necessitado
- Excesso de pessoas na fila
- Recusa de atendimento
- Outro(s)

No último ano, houve alguma situação em que você precisaria ter ido a um pronto atendimento ou pronto socorro, mas preferiu não ir?

- Não
- Sim
- Prefiro não responder

Assinale o(s) motivo(s) para você ter evitado ir ao pronto atendimento ou pronto socorro.
(ASSINALE TODAS AS ALTERNATIVAS VÁLIDAS PARA VOCÊ)

- Falta de transporte
- Falta de dinheiro
- Falta de alguém para te acompanhar
- Superlotação do pronto atendimento ou pronto socorro
- Baixa qualidade de atendimento
- Medo de sofrer discriminação
- Outro(s)

Você já sofreu algum tipo de discriminação em um serviço de saúde?

- Não
- Sim
- Não sei/ Prefiro não responder

Por qual(is) motivo(s) você acredita ter sofrido discriminação?
(ASSINALE TODAS AS ALTERNATIVAS VÁLIDAS PARA VOCÊ)

- Sua raça ou etnia
- Seu nível de renda
- Seu gênero
- Sua orientação sexual
- Sua idade
- Outro(s)

AS PRÓXIMAS QUESTÕES SE REFEREM AO SERVIÇO DE SAÚDE, OU MÉDICO(A), OU ENFERMEIRO(A) QUE VOCÊ GERALMENTE PROCURA QUANDO FICA DOENTE OU PRECISA DE CONSELHOS SOBRE A SUA SAÚDE.

O serviço de saúde, ou médico(a), ou enfermeiro(a) fica aberto ou disponível no sábado ou no domingo?

- Com certeza não
- Provavelmente não
- Provavelmente sim
- Com certeza sim
- Não sei/ Não lembro

O serviço de saúde, ou médico(a), ou enfermeiro(a) fica aberto ou disponível, pelo menos algumas noites de dias úteis, pelo menos até as 20 horas?

- Com certeza não
- Provavelmente não
- Provavelmente sim
- Com certeza sim
- Não sei/ Não lembro

Quando o seu serviço de saúde, ou médico(a), ou enfermeiro(a) está aberto ou disponível, e você adoece, alguém o(a) atende no mesmo dia?

- Com certeza não
- Provavelmente não
- Provavelmente sim
- Com certeza sim
- Não sei/ Não lembro

Quando o seu serviço de saúde, ou médico(a), ou enfermeiro(a) está aberto ou disponível, você consegue aconselhamento pelo telefone rapidamente, se precisar?

- Com certeza não
- Provavelmente não
- Provavelmente sim
- Com certeza sim
- Não sei/ Não lembro

Quando o seu serviço de saúde, ou médico(a), ou enfermeiro(a) está fechado ou indisponível, existe algum número de telefone para o qual você possa ligar se ficar doente?

- Com certeza não
- Provavelmente não
- Provavelmente sim
- Com certeza sim
- Não sei/ Não lembro

Quando o seu serviço de saúde, ou médico(a), ou enfermeiro(a) está fechado ou indisponível nos finais de semana, e você fica doente, alguém desse serviço o(a) atende no mesmo dia?

- Com certeza não
- Provavelmente não
- Provavelmente sim
- Com certeza sim
- Não sei/ Não lembro

Quando o seu serviço de saúde, ou médico(a), ou enfermeiro(a) está fechado ou indisponível, e você fica doente durante a noite, alguém desse serviço o(a) atende na mesma noite?

- Com certeza não
- Provavelmente não
- Provavelmente sim
- Com certeza sim
- Não sei/ Não lembro

É FÁCIL agendar uma consulta de revisão (consulta de rotina, "check-up") nesse serviço de saúde, ou médico(a), ou enfermeiro(a)?

- Com certeza não
- Provavelmente não
- Provavelmente sim
- Com certeza sim
- Não sei/ Não lembro

Quando você chega no seu serviço de saúde, ou médico(a), ou enfermeiro(a), você precisa esperar mais que 30 minutos para consultar com o(a) médico(a) ou enfermeiro(a) (sem contar triagem ou acolhimento)?

- Com certeza não
- Provavelmente não
- Provavelmente sim
- Com certeza sim
- Não sei/ Não lembro

Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para agendar atendimento no seu serviço de saúde, ou médico(a), ou enfermeiro(a)?

- Com certeza não
- Provavelmente não
- Provavelmente sim
- Com certeza sim
- Não sei/ Não lembro

É DIFÍCIL para você conseguir atendimento médico no seu serviço de saúde, ou médico(a), ou enfermeiro(a), quando julga ser necessário?

- Com certeza não
- Provavelmente não
- Provavelmente sim
- Com certeza sim
- Não sei/ Não lembro

Quando você precisa ir ao seu serviço de saúde, ou médico(a), ou enfermeiro(a), você precisa faltar no seu ambiente de trabalho ou estudo?

- Com certeza não
- Provavelmente não
- Provavelmente sim
- Com certeza sim
- Não sei/ Não lembro

GOSTARIAMOS DE CONHECER UM POUCO MAIS SOBRE SEU SUPORTE SOCIAL E ESPIRITUAL

Se você ficasse de cama e necessitasse de ajuda, com que frequência teria alguém para ajudá-lo(a)?

- Nunca ou quase nunca
- Quase sempre ou sempre
- Não sei/ Prefiro não responder

Quem poderia te ajudar com as atividades do dia-a-dia se você ficasse acamado(a)?
(ASSINALE TODAS AS ALTERNATIVAS VÁLIDAS PARA VOCÊ)

- Ninguém
- Companheiro(a)
- Familiar
- Cuidador(a)
- Amigo(a)
- Vizinho(a)
- Membro da igreja
- Outra pessoa

Com qual frequência você vai a algum templo religioso?

- Nunca
- Menos de uma vez por semana
- 1 vez por semana
- 2 a 3 vezes por semana
- 4 a 5 vezes por semana
- Mais que 5 vezes por semana
- Prefiro não responder

Qual o nível de importância para você de pertencer a uma comunidade que te apoie?

- Nada ou quase nada importante
- Indiferente
- Importante ou muito importante
- Prefiro não responder

Como você se sentiria se precisasse morar em uma casa de repouso ou asilo*?

(*O termo correto é Instituição de longa permanência para idosos (ILPI))

- Preferiria a morte a morar em um lugar desse tipo
- Ficaria muito triste, mas iria se realmente necessário
- Indiferente
- Ficaria feliz e aproveitaria a experiência
- Outra(s) resposta(s)
- Não sei/ Prefiro não responder

Você se sente sozinho(a)?

- Não
- Sim
- Não sei/ Prefiro não responder

Você tem medo de envelhecer sozinho(a)?

- Não
- Sim
- Não sei/ Prefiro não responder

Qual(is) o(s) seu(s) medo(s) em relação à morte?
(ASSINALE TODAS AS ALTERNATIVAS VÁLIDAS PARA VOCÊ)

- Não tenho qualquer medo em relação à morte
- Mover com dor
- Mover sozinho(a)
- Mover de repente
- Mover dependente dos outros
- Outro(s)
- Não sei/ Prefiro não responder

NÓS TAMBÉM GOSTARÍAMOS DE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SUA SAÚDE SEXUAL

De modo geral, o quanto importante é a sua vida sexual para você?

- Nada ou quase nada importante
- Indiferente
- Importante ou muito importante
- Não sei/ Prefiro não responder

Quanto satisfeito você está com sua vida sexual?

- Muito insatisfeito(a)
- Insatisfeito(a)
- Nem satisfeito(a), nem insatisfeito(a)
- Satisfeito(a)
- Muito satisfeito(a)
- Não sei/ Prefiro não responder

O quanto confortável você se sente para conversar sobre questões ligadas a sua sexualidade com seu médico ou médica?

- Muito desconfortável
- Desconfortável
- Indiferente
- Confortável
- Muito confortável
- Não sei/ Prefiro não responder

O quanto confortável você se sentiria para conversar sobre questões ligadas a sua sexualidade com um médico ou médica que não o(a) acompanha?

- Muito desconfortável
- Desconfortável
- Indiferente
- Confortável
- Muito confortável
- Não sei/ Prefiro não responder

No último ano, com que frequência você manteve alguma atividade sexual?

- Nenhuma vez
- Menos de uma vez por semana
- 1 vez por semana
- 2 a 3 vezes por semana
- 4 a 5 vezes por semana
- Mais que 5 vezes por semana
- Não sei/ Prefiro não responder

No último ano, aproximadamente quanto(a)s parceiro(a)s sexuais diferentes você teve?

- Sempre o(a) mesmo(a)
- 2 a 3
- 4 a 5
- Mais que 5
- Não sei/ Prefiro não responder

Assinale o(s) método(s) para prevenção de HIV e outras infeções sexualmente transmissíveis (ISTs) que você costuma utilizar.

(ASSINALE TODAS AS ALTERNATIVAS VÁLIDAS PARA VOCÊ)

- Não costumo utilizar qualquer tipo de proteção
- Camisinha
- Profilaxia pré-exposição (PrEP)
- Profilaxia pós-exposição (PEP)
- Não fazer sexo com pessoas que não conheço
- Não fazer sexo oral
- Não fazer sexo anal
- Outro(s)

Você tem ou já teve alguma infecção sexualmente transmissível (IST)*?

(*Anteriormente as infeções sexualmente transmissíveis eram chamadas de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs))

- Não Sim Não sei/ Prefiro não responder

Por favor, assinale abaixo a(s) infecção(ões) sexualmente transmissível(is) que você tem ou já teve.

(ASSINALE TODAS AS ALTERNATIVAS VÁLIDAS PARA VOCÊ)

- Cancro mole
- HIV
- HPV
- Gonorréia
- Sífilis
- Outra(s)

Algumas pessoas se descrevem como transgênero quando apresentam uma identidade de gênero diferente de seu sexo designado no nascimento. Por exemplo, uma pessoa nascida em um corpo masculino, mas que se sente feminina ou vive como mulher.

Você se considera transgênero?

- Não Sim Não sei/ Prefiro não responder

Escolha a alternativa que melhor caracteriza sua identidade de gênero.

(A identidade de gênero é relacionada à percepção que a pessoa tem de si mesma, podendo ser considerada homem, mulher ou não-binária, não necessariamente definida ou visível para as demais pessoas)

((Cis= pessoa cujo sexo designado ao nascimento e gênero são os mesmos; Trans= pessoa cujo sexo designado ao nascimento e gênero não são os mesmos))

- Homem Cisgênero (sou homem e meu sexo designado ao nascimento foi masculino)
- Mulher Cisgênero (sou mulher e meu sexo designado ao nascimento foi feminino)
- Homem Transgênero (sou homem e meu sexo designado ao nascimento foi feminino)
- Mulher Transgênero (sou mulher e meu sexo designado ao nascimento foi masculino)
- Travesti
- Não-binário/ Não faço definições
- Outro
- Não sei/ Prefiro não responder

Escolha a alternativa que melhor define sua orientação sexual.

- Heterossexual (sente atração por alguém de gênero oposto)
- Homossexual (sente atração por alguém de mesmo gênero)
- Bissexual (sente atração por pessoas dos dois gêneros)
- Pansexual (sente atração por pessoas de todos os gêneros)
- Assexual (não sente atração romântica ou sexual por outras pessoas)
- Outra
- Não sei/ Prefiro não responder

POR FIM, GOSTARÍAMOS DE CONHECER UM POUCO MELHOR SUA HISTÓRIA COMO PESSOA LGBT+.

Seu médico ou médica conhece sua orientação sexual e/ou identidade de gênero?

- Não
 Sim
 Não tenho médico(a)
 Não sei/ Prefiro não responder
-

Você notou alguma reação que considerou inapropriada no momento de abertura sobre sua sexualidade?

- Não Sim Não sei/ Prefiro não responder
-

Você acredita que seria importante conversar abertamente sobre sua orientação sexual e/ou identidade de gênero com seu médico ou médica?

- Não Sim Não sei/ Prefiro não responder
-

Você acredita que seria importante ter um(a) médico(a) com quem conversar sobre sua orientação sexual e/ou identidade de gênero?

- Não Sim Não sei/ Prefiro não responder
-

Por qual(is) motivo(s) você não conversou abertamente com seu médico ou médica sobre sua orientação sexual e/ou identidade de gênero?
(ASSINALE TODAS AS ALTERNATIVAS VÁLIDAS PARA VOCÊ)

- Não acredito que seja pertinente à consulta
 Não acredito que o(a) médico(a) tenha preparo para conversar sobre o assunto
 Não senti haver espaço para conversar sobre o assunto
 Por medo de ter negado tratamento
 Por medo de sofrer discriminação
 Por medo de ser tratado(a) de modo diferente
 Por medo do que poderão pensar sobre mim
 Outro(s)
-

Independentemente de ter conversado sobre o assunto ou não, você acredita que o seu médico ou médica tenha preparo adequado para lidar com as particularidades de sua saúde como pessoa LGBT+?

- Não Sim Não sei/ Prefiro não responder
-

Alguma vez você sentiu necessidade de mudar de cidade por ser LGBT+?

- Não Sim Prefiro não responder
-

Alguma vez seus pais ou familiares disseram que você deveria sair de casa por ser LGBT+?

- Não Sim Prefiro não responder
-

Alguma vez você teve o aluguel negado ou teve sua situação de moradia afetada por ser LGBT+?

- Não Sim Não sei/ Prefiro não responder
-

Você tem receio de perder sua moradia por ser LGBT+?

Não Sim Não sei/ Prefiro não responder

Você já sofreu alguma violência física ao longo de sua vida por ser LGBT+?

Não Sim Não sei/ Prefiro não responder

Você já sofreu alguma discriminação verbal por ser LGBT+?

Não Sim Não sei/ Prefiro não responder

Alguma vez você teve a atenção a sua saúde prejudicada por ser LGBT+?

Não Sim Não sei/ Prefiro não responder

Por favor, se puder, descreva em poucas palavras como você acredita que sua atenção a saúde foi prejudicada por ser LGBT+.

ESTAMOS ACABANDO!

Como você imagina que estará a sua vida daqui 10 anos?

- Muito pior
- Um pouco pior
- Igual
- Um pouco melhor
- Muito melhor
- Não sei/ Prefiro não responder

Você teria interesse ou disponibilidade para participar de novas pesquisas do Serviço de Geriatria do HCFMUSP no futuro?

Não Sim

Anote, então, seu contato preferencial.

(Esses dados não serão compartilhados ou utilizados com qualquer outro objetivo que não seja te convidar para participar de novas pesquisas)

PARA CONTROLE INTERNO APENAS:

SUSPEITA DE ROBÔ?

ANEXO 3. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fatores sociodemográficos associados a pior acesso a saúde em brasileiros com 50 anos ou mais: o impacto do gênero e da orientação sexual

Pesquisador: THIAGO JUNQUEIRA AVELINO DA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 17523419.0.0000.0065

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.492.814

Apresentação do Projeto:

Algumas questões sociais e programáticas, como a pobreza, a opressão sexual, o racismo e a exclusão social podem estar associadas a uma vulnerabilidade em saúde, que por sua vez está diretamente relacionada ao acesso à saúde no Brasil. Nesse contexto, nas últimas décadas esse conhecimento tem sido agregado às investigações sobre o envelhecimento populacional no país. Porém, apesar do avanço desses estudos, pouco se conhece sobre a influência de outros aspectos importantes da vida sobre a saúde e a necessidade de cuidados. Em especial, não se sabe se o gênero ou a orientação sexual podem ter algum papel no acesso aos serviços de saúde no Brasil, e dessa forma, se teriam alguma interferência no processo de envelhecimento dos brasileiros. Dessa forma, esse estudo pretende ser um dos pioneiros na avaliação quantitativa do acesso à saúde de brasileiros com 50 anos ou mais, focando no papel do gênero e no pertencimento a uma minoria sexual como possíveis determinantes de saúde. Para tal, um questionário on-line anônimo e sigiloso será divulgado afim realizar a maior abrangência possível, seguindo os princípios do recrutamento em forma de "bola de neve" (snowball sampling). Todos os brasileiros com 50 anos ou mais, que aceitarem participar da pesquisa após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) serão elegíveis para o projeto. Assim, será possível comparar variáveis de acesso e cuidado à saúde entre a população LGBT e aqueles que não pertencem a uma minoria sexual, avaliar o perfil de cuidados de saúde em pessoas LGBT com mais de 50 anos e descrever a presença de alterações comuns no envelhecimento de pessoas LGBT com mais de 50 anos.

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 2ª andar sala 98
Bairro: FACACEMBU CEP: 01.246-903
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3803-4401 E-mail: cep.fm@usp.br

Página 11 de 31

Contribuição do Paciente: 3.482,854

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Comparar variáveis de acesso e cuidado à saúde entre a população LGBT e aqueles que não pertencem a uma minoria sexual

Objetivo Secundário:

-Avaliar o perfil de cuidados de saúde em pessoas LGBT com mais de 50 anos;

-Descrever a presença de alterações comuns no envelhecimento de pessoas LGBT com mais de 50 anos;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Riscos mínimos.

O questionário proposto não exigirá a coleta do nome ou de outras características que identifiquem o participante. Por isso, sua participação será anônima e sigilosa.

Benefícios:

Conhecer características de acesso à saúde por brasileiros que estão envelhecendo é fundamental para a proposta de políticas públicas que garantam o envelhecimento ativo e bem-sucedido de todos. Além disso, pouco se sabe se questões como o pertencimento a uma minoria sexual pode ter algum impacto no processo de envelhecimento de brasileiros.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo bem desenhado e com metodologia adequada.

Interessante e relevante por se propor a uma avaliação quantitativa do acesso à saúde de brasileiros com 50 anos ou mais, focando no papel do gênero e no pertencimento a uma minoria sexual como possíveis determinantes de saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termo de consentimento adequado e em linguagem acessível

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21ª andar sala 36

Bairro: FACAEMBU

CEP: 01.246-909

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3363-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

Contribuição do Parecer: 3.492.814

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1392101.pdf	15/07/2019 16:14:57		Aceito
Outros	cep_tese_2019.pdf	15/07/2019 16:08:14	THIAGO JUNQUEIRA	Aceito
Outros	oficio_CEP_2019.pdf	15/07/2019 16:07:13	THIAGO JUNQUEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TESE_MRFC_2019.doc	15/07/2019 16:06:36	THIAGO JUNQUEIRA AVELINO DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_2019.pdf	04/07/2019 22:21:10	THIAGO JUNQUEIRA	Aceito
Brochura Pesquisa	PesquisaNacionalDeAcessoSaDeDe.pdf	03/07/2019 23:12:24	THIAGO JUNQUEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MRFC.pdf	03/07/2019 23:09:06	THIAGO JUNQUEIRA AVELINO DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SÃO PAULO, 08 de Agosto de 2019

Assinado por:

Maris Aparecida Azevedo Kolke Folguera
(Coordenador(a))

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36
Bairro: PÇAEMBU CEP: 01.246-900
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3393-4401 E-mail: cep.fm@usp.br

Safer sex in older age: putting combination HIV prevention strategies into practice



Older adults are often left behind in prevention strategies aimed at preventing sexually transmitted infections (STIs), and often face barriers to HIV and STI prevention. Combination HIV prevention (CHP) promotes autonomy for older adults; however, this strategy is unknown to most geriatricians, gerontologists, and older adults in general.

CHP is the coordinated, non-hierarchical use of different biomedical, structural, and behavioural interventions tailored to the needs and preferences of specific people and communities to prevent HIV and other STIs.¹ Biomedical interventions in CHP include HIV and STI testing and treatment; use of pre-exposure prophylaxis, post-exposure prophylaxis, condoms, and lubricants; vaccination for hepatitis A virus, hepatitis B virus, and human papillomavirus; and male circumcision.¹ Behavioural interventions help to enrich patients' knowledge and risk perception of HIV and STIs through education and incentives that reduce exposure, including education counselling strategies. Structural interventions target political and cultural conditions to reduce the susceptibility of individuals or groups to HIV and other STIs. Examples of structural interventions include political and legal actions against racism, sexism, and homophobia; promotion of human rights; and education and awareness campaigns. CHP should involve government representatives, private sectors, and community members who cooperatively contribute to delivering a package of interventions that match the epidemiological profile of the target population.

Despite its advantages, CHP is insufficiently disseminated in the geriatric population despite their increasing need for tailored prevention strategies.² People living with HIV who are receiving antiretroviral therapy (ART) have a life expectancy and quality of life that is similar to that of age-matched individuals without HIV.³ Simultaneously, older adults have increased opportunities for new sexual partnerships given the past decades' cultural and medical advances (eg, acceptance of marriage terminations, promotion of sexual liberty, and improvements in sexual performance with hormonal and erectile dysfunction treatments).⁴ Hence, it is not uncommon for people older than

50 years to be newly diagnosed with HIV.⁵ Estimates in the USA suggest that more than 50% of all people living with HIV are 50 years or older, and a French study has shown that people living with HIV and receiving ART in this age group has increased 7–19% between 1993 and 2012.⁶ In Brazil, HIV diagnoses increased 9.3–12.7% between 2009 and 2019 in people 50 years or older.⁷ However, older adults are less likely to have HIV and STI testing and more likely to have late HIV diagnosis than younger people.⁷

Older adults are often considered asexual by family members and providers.⁷ Because of this perception, access to HIV and STI prevention (eg, biomedical strategies other than condoms) is often reduced for older adults. ART-based interventions can be contraindicated in older adults due to comorbidities or its potential side-effects. Older adults who engage in sexual activities rarely acknowledge their susceptibility to HIV and other STIs, leading to insufficient uptake of prevention methods.^{2,8} A study done in Brazil showed that 39% of older adults living with HIV did not use condoms consistently. The reasons for not using condoms consistently included preferring sex without condoms, beliefs that condoms ruin the moment, not having immediate access to a condom, not knowing how to use a condom, being concerned about erectile dysfunction, anticipating that monogamous relationships are free from HIV risk, and the accusation of infidelity from partners that are associated with condoms.⁹ Older heterosexual couples might use condoms less often once unplanned pregnancies no longer occur. Additionally, reduced vaginal lubrication can prevent condom use in this population.^{10,11}

Challenges concerning sex in older populations should also be considered. When an older adult lives with family members, the absence of privacy might motivate quicker sexual intercourse, with no time or opportunity to engage in prevention methods.^{10,11} Other limitations can ensue for older adults living in nursing homes,¹² where sexual activities are not expected and are sometimes not allowed.

There is also an absence of sex education and prevention campaigns that target older adults, and



Figure: Biomedical interventions for older adults
 STI—sexually transmitted infection; HBV—hepatitis B virus; HIV—human immunodeficiency virus; HIV—hepatitis C virus.
 *Treatment for all people living with HIV.

studies suggest that older adults and health-care providers can be reluctant to talk about sex during appointments.⁴ This scarcity of opportunity for open communication hinders HIV and STI prevention among older adults.^{1,4,8}

CHP can be adapted to address the specific needs of older adults. Challenges and potential solutions for CHP in the geriatric population are shown in the appendix. No individual strategy is sufficient by itself and multiple biomedical intervention strategies work

See Online for appendix

in combination and can be adopted simultaneously (figure). Interventions are dynamic and preferences can vary from person to person and change over time, highlighting that CHP is a patient-centred approach that is tailored to individual needs and lifestyles.¹ This approach is also consistent with the principle of autonomy, one of WHO's pillars of active ageing.²⁰ Although the end of the HIV epidemic remains distant, both acknowledging older adults' sexuality in combination with CHP can do much to reduce the spread of HIV in this population.

We declare no competing interests. We thank João Paulo Tiago (Sao Paulo, Brazil) for designing the figure.

Copyright © 2021 The Author(s). Published by Elsevier Ltd. This is an Open Access article under the CC BY-NC-ND 4.0 license.

*Milton R F Crenitte, Fernanda Rick, Vivian J Avelino-Silva
 milton.crenitte@online.uscs.edu.br

Laboratório de Investigações Médicas em Envelhecimento, Serviço de Geriatria, Hospital das Clínicas (MRC), and Department of Infections and Parasitic Diseases (VJA-S), Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo 05403-000, Brazil; Medical School, São Carlos do Sul University, São Paulo, Brazil (MRC); Internal Medicine Internship Department, Instituto Sãoerdvidade, São Paulo, Brazil (FR, VJA-S); Education Department, Faculdade Brasileira de Ciências da Saúde Albert Einstein, São Paulo, Brazil (VJA-S)

1. Karth AE, Collins C, Barlow JM, Vermond SH, Wasserbill JM. Combination HIV prevention: significance, challenges, and opportunities. *Curr HIV/AIDS Rep* 2021; 8: 62–72.
2. Robertson DR. Meeting the HIV prevention needs of older adults. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2018; 29: 126–29.
3. Galhar H, Karim A, Holodny M. Health-related quality of life assessment after antiretroviral therapy: a review of the literature. *Drugs* 2020; 73: 651–72.
4. Taylor A, Gossney MA. Sexuality in older age: essential considerations for healthcare professionals. *Age Ageing* 2011; 40: 518–43.
5. Sankar A, Newbold A, Newbold S, Berry R, Luborsky M. What do we know about older adults and HIV? A review of social and behavioral literatures. *AIDS Care* 2011; 23: 1107–20.
6. Costagliola D. Demographics of HIV and aging. *Curr Opin HIV AIDS* 2014; 9: 294–301.
7. Ministério da Saúde do Brasil. Boletim Epidemiológico de HIV e AIDS número especial. December, 2020. <http://www.aids.gov.br/gb-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2020> (accessed June 16, 2021).
8. Stall R. AIDS risk behavior among late middle-aged and elderly Americans. *Arch Intern Med* 1994; 154: 54–57.
9. Serra A, de Lima Sardinha AH, Pereira ANS, Lima SCVS. Percepção de vida dos idosos portadores do HIV/AIDS atendidos em centro de referência estadual. *Saúde em Debate* 2012; 7: 294–304.
10. WHO. Active ageing: a policy framework. Geneva: World Health Organization, 2002.