



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA

FABIANE SOARES GOMES

**ACEITABILIDADE E INÍCIO DO USO DA PROFILAXIA PRÉ-
EXPOSIÇÃO AO HIV EM POPULAÇÕES-CHAVE PARA EPIDEMIA
DE HIV/AIDS**

Salvador
2023

FABIANE SOARES GOMES

**ACEITABILIDADE E INÍCIO DO USO DA PROFILAXIA PRÉ-
EXPOSIÇÃO AO HIV EM POPULAÇÕES-CHAVE PARA EPIDEMIA
DE HIV/AIDS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Inês Costa Dourado
Coorientador: Prof. Dr. Laio Magno Santos de Sousa

Área de concentração: Epidemiologia

Salvador
2023

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

G663a Gomes, Fabiane Soares.

Aceitabilidade e início do uso da profilaxia pré-exposição ao HIV em |
populações-chave para epidemia de HIV/aids / Fabiane Soares Gomes.
-- Salvador: F.S. Gomes, 2023.

238f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Inês Costa Dourado.
Coorientador: Prof. Dr. Laio Magno Santos de Sousa.

Tese (doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade
Federal da Bahia.

1. Profilaxia pré-exposição ao HIV. 2. Aceitabilidade da PrEP.
3. Iniciação do uso da PrEP. 4. PrEP Uptake. 5. Populações –
chave para o HIV. 5. Homens que fazem sexo com Homens. 6.
Travestis. 7. Mulheres trans. 8. Adolescentes. I. Título.

CDU 616.9



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

FABIANE SOARES GOMES

Aceitabilidade e início do uso da profilaxia pré-exposição ao HIV em populações-chave para epidemia de HIV/AIDS


A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Tese, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 30 de janeiro de 2023.

Banca Examinadora:

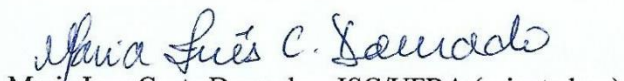

Dandara de Oliveira Ramos – ISC/UFBA


Laio Magno Santos de Sousa – UNEB


Lilian Fátima Barbosa Marinho – UNEB


Marcos Pereira Santos – ISC/UFBA


Maria Amélia de Sousa Mascena Veras – FCMSCSP


Maria Ines Costa Dourado – ISC/UFBA (orientadora)

Salvador
2023

À Deus pela força e pelas oportunidades.

À minha família pelo apoio constante e por sempre acreditarem em mim.

Aos amigos pela escuta sensível e fiel.

AGRADECIMENTOS

Chegar até aqui é resultado de muitas coisas: esforço, dedicação, renúncias e de um caminho traçado por Deus muito antes ´deu acreditar que era possível. Nunca foi sorte. Os caminhos que me levaram até aqui estavam desenhados antes mesmo de tornar-se um sonho meu. O meu primeiro agradecimento vai para a mulher da minha vida, que assim como Deus, tem me dado força, suporte e segurança em toda a minha trajetória. Muito obrigada, mãe, pelo apoio incondicional.

À professora Inês Dourado, minha inspiração e referência. Obrigada por ter aceitado me orientar em 2014. Mesmo sem me conhecer, acreditou que eu poderia dar conta do recado. Quando eu digo que não foi sorte, me refiro também a esse encontro, a essa oportunidade. Serei eternamente grata por isso. Tenho consciência que o seu apoio me permitiu voar tão alto, por ares que jamais imaginei que seriam possíveis ou mesmo sabia que existiam. A senhora é uma estrela que, na sua grandeza e generosidade, permite que as pessoas ao seu redor possam brilhar também.

Ao meu parceiro leal na vida, Cléo Ricardo. Aceitou minhas ausências, meu estresse, minha falta de tempo. Muito obrigada por todo suporte emocional que me ajudou a chegar aqui. Não somente isso, ouviu as minhas lamúrias desse processo que é o doutoramento, por vezes sofrido e angustiante, com muita paciência e carinho.

Aos meus irmãos Fred e Fábio por sempre, absolutamente sempre, acreditarem em mim. Nos diversos momentos da minha vida em que me questioneei se “era para mim”, se conseguiria, eles incansavelmente tentavam me convencer que eu poderia fazer o que bem desejasse. Muito obrigada pelo apoio, força e confiança.

Aos meus amigos do ISC/UFBA pela escuta incansável, pelo apoio durante o doutoramento. Sem vocês, definitivamente, não sei se conseguiria chegar aqui. A construção dessa tese se deu não somente por meio de pesquisas, análises, e da escrita em si. Se deu também por meio de muitas trocas, apoio emocional, escuta qualificada, compartilhamento de saberes e experiências, trocas para além dos muros do Instituto de Saúde Coletiva. Quero dar um agradecimento especial a Flávia Josy, minha parceira diária. Obrigada por sempre acolher minha dúvida, dificuldades e angústias com tanta paciência, empatia e solidariedade. Ao meu amigo e irmão Filipe Mateus; e aos amigos Diana Zeballos, Beo Leite, Diogo Sousa, Maísa Mônica Martins, Camila Teixeira, Acácia Pereira, Ricardo Araújo, Ana Maria Freire e Leonara Silva que seguiram de mãos dadas comigo, numa rede afetuosa e generosa. Obrigada por tanto apoio e acolhimento nos últimos anos.

Ao pesquisador Dr. Laio Magno por tanto ter colaborado e se debruçado nessa construção, por tantas leituras cuidadosas e revisões incansáveis. Saiba que sua dedicação e trajetória me inspiram cotidianamente. Obrigada também por, nessa reta final, ter permitido que eu me dedicasse a conclusão dessa tese. E aos meus amigos e parceiros de trabalho, Priscilla Caires e Carlos Jefferson, que têm me apoiado e escutado atentamente no período laboral e fora dele.

Aos participantes das pesquisas, que aceitaram de forma generosa participar e contribuir com as pesquisas que compuseram esta tese. Sem estes, definitivamente, não haveria este trabalho.

Ao Instituto de Saúde Coletiva da UFBA e seu qualificado quadro de professores, muito obrigada pela excelência no ensino e pesquisa prestados, e por tantas trocas tão relevantes e necessárias para o campo da saúde coletiva. Cresci profissionalmente de forma imensurável. Sem dúvida, estar no Instituto de Saúde Coletiva é um marco na vida das pessoas que têm a oportunidade e o privilégio de aqui estar. A experiência neste Instituto me revelou, por meio das suas construções, pesquisas e feitos, o quanto podemos colaborar e avançar na saúde pública no Brasil. Ao corpo técnico administrativo, muito obrigada por sempre estarem disponíveis, competentes e colaborativos.

Às professoras Lilian Marinho, Maria Amélia Veras e Dandara Ramos, e ao professor Marcos Pereira, muito obrigada por aceitarem compor esta banca, ler esta tese e contribuir nessa construção. Saibam que esse convite surge da confiança e admiração que tenho pelo trabalho de vocês, e por tanto contribuírem nas pesquisas no campo da saúde coletiva. É uma honra e satisfação contar com a participação de vocês nessa etapa final do meu doutoramento.

A todos os outros que, de forma direta ou indireta, me ajudaram e me apoiaram para que eu chegasse aqui e/ou que contribuíram nesta construção. Esta tese é um produto coletivo, feito por muitas mãos e mentes. É assim que fazemos na Saúde Coletiva. A todos, o meu muito obrigada!

“O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta.

O que ela quer da gente é coragem.

O que Deus quer é ver a gente aprendendo a ser capaz de ficar alegre a mais, no meio da alegria, e inda mais alegre ainda no meio da tristeza. A vida inventa!”

João Guimarães Rosa

GOMES, FABIANE SOARES. Aceitabilidade e início do uso da profilaxia pré-exposição ao HIV em populações-chave para epidemia de HIV/aids. 2022. 238 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2022.

RESUMO

Introdução: A epidemia de HIV é um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Entretanto, está concentrada em alguns grupos populacionais, como homens que fazem sexo com homens (HSH), travestis e mulheres transexuais (TrMT), além de outros, chamados de populações-chave para a epidemia. A profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP) é uma importante tecnologia de prevenção do HIV, indicada para pessoas com risco acrescido para o HIV e, no Brasil, se insere no leque de opções de estratégias de prevenção combinada. A aceitabilidade e o início do uso desta tecnologia diferem segundo populações e faixa etária, assim como seus fatores associados. E o conhecimento das etapas para uso da PrEP entre populações-chave no contexto brasileiro é limitado. **Objetivo geral:** Estudar a aceitabilidade e a iniciação do uso da PrEP entre populações-chave da epidemia do HIV no Brasil. **Objetivos específicos:** (1) Analisar a associação entre autopercepção de risco de infecção pelo HIV e a aceitabilidade da PrEP oral diária entre HSH em doze capitais brasileiras; (2) Analisar os perfis sociodemográficos e comportamentais de adolescentes HSH e TrMT quanto à iniciação do uso da PrEP em três capitais brasileiras; (3) Descrever o processo de iniciação do uso da PrEP e analisar seus preditores entre adolescentes HSH e TrMT em três capitais brasileiras. **Métodos:** Essa tese utilizou e analisou dados de dois estudos, e organizou os resultados em três artigos, segundo cada objetivo específico. (1) No primeiro artigo foi estimada a associação entre autopercepção de risco para HIV e aceitabilidade da PrEP oral diária entre HSH brasileiros. A base de dados foi de um inquérito sociocomportamental e biológico com a técnica amostral *Respondent Driven Sampling* (RDS), e recrutou-se 4.176 HSH com 18 anos ou mais em 12 cidades brasileiras, em 2016. Os resultados foram ponderados pelo estimador de Gile para estudos de RDS. Foram estimados *odds ratios* ajustados (ORa) com intervalos de confiança de 95% (IC 95%) por meio de modelos de regressão logística. (2) No segundo artigo a base de dados foi da pesquisa PrEP1519, estudo de coorte demonstrativo da efetividade da PrEP entre adolescentes HSH e TrMT (aHSH) e (aTrMT), de 15 a 19 anos, conduzido em São Paulo, Salvador e Belo Horizonte. Nesta análise, foram utilizados os dados dos participantes inscritos na coorte entre fevereiro/2019 e agosto/2021, entretanto observamos estes participantes até fevereiro de 2022 para analisar a iniciação de PrEP ao longo do período de seguimento. Os adolescentes que procuraram os serviços de PrEP foram classificados em quatro grupos, de acordo com a elegibilidade de PrEP (i.e., elegível ou não elegível), e a decisão de uso de PrEP (i.e., iniciou, não iniciou): *i*) participante sem indicação de uso da PrEP, não elegível; *ii*) elegível e iniciou o uso da PrEP na primeira consulta; *iii*) elegível e iniciou o uso da PrEP após a primeira consulta; e *iv*) com indicação de uso da PrEP, mas não iniciou o uso da PrEP. Os grupos foram descritos e comparados em relação às características sociodemográficas e comportamentais usando testes de χ^2 e Exato de Fisher. As análises foram realizadas no software R v.4.1.0, considerando um nível de significância estatística de 5%. (3) No terceiro artigo foram usados os dados da linha de base da coorte PrEP1519 dos participantes inscritos no estudo entre fevereiro/2019 e fevereiro/2021. Foi aplicado um questionário sociocomportamental na primeira visita aos serviços de PrEP. Foram descritas as proporções de intenção de uso, da elegibilidade ao uso da PrEP, e do início de uso da PrEP. Foi estimada razão de prevalência ajustada (RPa) e IC 95% da associação entre fatores sociocomportamentais e demográficos e início de uso da PrEP, estratificado por faixa etária (15 a 17 anos; 18 e 19 anos), utilizando modelos de regressão logística. **Resultados referentes ao primeiro objetivo:** A aceitabilidade da PrEP

oral diária foi elevada (69,7%) entre os 3.544 HSH que responderam ao questionário. A maioria dos participantes relatou baixo ou moderado risco de infecção pelo HIV (67,2%) e uma pequena proporção (9,3%) relatou alto risco. Foi observada uma relação dose-resposta entre a aceitabilidade da PrEP e o risco autopercebido: a aceitabilidade da PrEP foi 1,88 vezes maior (OR 1,80; IC 95%: 1,24–2,85) entre HSH cujo risco percebido de infecção pelo HIV foi baixo ou moderado, e 5 vezes maior (OR 5,68; IC 95%: 2,54–12,73) entre aqueles que relataram alto risco em comparação com os HSH que relataram não ter risco de infecção pelo HIV. **Resultados referentes ao segundo objetivo:** Dos 1.254 adolescentes que chegaram aos serviços do estudo PrEP1519, 61 (4,9%) não tinham indicação de usar PrEP, por contraindicação clínica ou uma avaliação que indicasse baixo risco ao HIV. Dos 1.193 elegíveis para a iniciação da PrEP no mesmo dia, 1.113 (93,3%) iniciaram a PrEP [1.054 na primeira visita (88,3%) e 59 ao longo do acompanhamento (4,9%)] e 80 (6,7%) não iniciaram. Destes que iniciaram o uso da PrEP ao longo do seguimento, 50,0% começaram a usar PrEP nos primeiros 42 dias após o primeiro atendimento. Os adolescentes que iniciaram o uso da PrEP relataram alto risco de infecção pelo HIV. **Resultados referentes ao terceiro objetivo:** Entre os participantes recrutados, 174 (19,2%) tinham de 15 a 17 anos e 734 (80,8%) de 18 a 19 anos. A proporção de início de uso da PrEP foi de 78,2% e 77,4% para 15-17 anos e 18-19 anos, respectivamente. Os fatores associados ao início de uso da PrEP foram: ser preto ou pardo (RPa 2,31; IC 95%: 1,10 - 4,84) entre os adolescentes mais jovens de 15 a 17 anos; ter sofrido violência e/ou discriminação devido sua orientação sexual e/ou identidade de gênero (RPa 1,21; IC 95%: 1,01 - 1,46); ter recebido dinheiro ou favores em troca de sexo (RPa 1,32; IC 95%: 1,04 - 1,68); e ter tido de 2 a 5 parcerias sexuais nos últimos três meses (RPa 1,39; IC 95%: 1,15 - 1,68) entre os 18-19 anos. A relação anal receptiva desprotegida nos últimos 6 meses foi associada ao início de uso da PrEP em ambas as faixas etárias (RPa 1,98; IC 95%: 1,02 - 3,85 e RPa 1,45; IC 95%: 1,19 - 1,76 entre 15-17 anos e 18-19 anos, respectivamente). **Conclusões:** A PrEP é uma medida efetiva de prevenção do HIV para adultos e adolescentes de populações-chave no Brasil e no mundo. A percepção do risco de infecção pelo HIV desempenha um papel importante na aceitabilidade da PrEP. Para expandir o acesso da PrEP entre populações vulneráveis, os programas de PrEP devem estar organizados e os profissionais de saúde preparados para identificar populações em contexto de vulnerabilidade com indicação de uso da profilaxia, de modo a orientá-las quanto aos seus riscos de infecção ao HIV e a necessidade do uso de métodos preventivos, sendo a PrEP uma dessas opções.

Palavras-chave: Profilaxia pré-exposição ao HIV; Aceitabilidade da PrEP; Iniciação do uso da PrEP; PrEP Uptake; Populações-chave para o HIV; Homens que fazem sexo com homens; Travestis; Mulheres trans; Adolescentes.

GOMES, FABIANE SOARES. Acceptability and initiation of the HIV pre-exposure prophylaxis use in key populations for the HIV/aids epidemic. 2022. 238p. Doctoral dissertation (PhD in Public Health) – Institute of Collective Health, Federal University of Bahia, Salvador, 2022.

ABSTRACT

Background: The HIV epidemic is a public health problem in Brazil and worldwide. It is concentrated in some population groups, such as men who have sex with men (MSM) and transgender women (TGW), also called key populations for the epidemic. HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) is an important technology for HIV prevention, indicates for populations at high HIV risk of infection, and in Brazil, it is part of the range of options for combined HIV prevention strategies. The acceptability and uptake of this technology differ according to populations and age groups, as well as their associated factors, and the knowledge about the steps for PrEP use among key populations in the Brazilian context is still quite limited.

Overall objective: To study the acceptability and uptake of PrEP among key populations of the HIV epidemic in Brazil. **Specific objectives:** (1) To analyze the association between self-perception of the risk of HIV infection and the acceptability of daily oral PrEP among MSM in twelve Brazilian capitals; (2) To analyze the sociodemographic and behavioral profiles of MSM and TrMT adolescents regarding the initiation of PrEP in three Brazilian capitals; (3) To describe the uptake process and analyze predictors for PrEP initiation among MSM and TrMT adolescents in three Brazilian capitals. **Methods:** This thesis was presented in three articles according to each specific objective. (1) In the first article, it was estimated the association between self-perception of HIV risk and acceptability of daily oral PrEP among Brazilian MSM. Respondent-driven sampling (RDS) was used for sociobehavioral and biological surveillance to recruit 4,176 MSM 18 years or over in 12 Brazilian cities in 2016. Results were weighted using Gile's estimator for RDS studies. Adjusted odds ratios (OR) with 95% confidence intervals (95% CI) were calculated using multivariate logistic regression. (2) In paper 2, data from the PrEP1519 study were used, a study demonstrating the use of PrEP among MSM and TGW (aMSM) and (aTGW) adolescents aged 15 to 19 years, in São Paulo, Salvador, and Belo Horizonte. In this analysis, data from participants enrolled in the PrEP1519 cohort between February/2019 to August/2021 were used. However, we observed these participants until February 2022 to analyze PrEP initiation in the follow-up. Adolescents who sought PrEP services were classified into four groups, according to PrEP eligibility (i.e., eligible or non-eligible) and individual decision to use PrEP (i.e., started, not started): i) participant with no indication of use of PrEP, not eligible; ii) eligible and started using PrEP at first visit; iii) eligible and started using PrEP after the first visit; and iv) with the indication of use of PrEP, but without initiation of PrEP. Groups were described and compared for sociodemographic and behavioral characteristics using χ^2 and Fisher's Exact tests. The analyzes were performed using the software R v.4.1.0, considering a level of statistical significance of 5%. (3) In article 3, baseline data from the PrEP1519 cohort of participants enrolled in the study between February/2019 to February/2021 were used. A socio-behavioral questionnaire was applied on the first visit to the PrEP service. The proportions of intention to use, eligibility for PrEP use, and initiation of PrEP use among participants linked to the clinics were described. Socio-behavioral and demographic factors associated with the initiation of PrEP were analyzed, stratified by age group 15 to 17 years old and 18 and 19 years old, using logistic regression with adjusted prevalence ratio (aPR) and 95% CI. **Results referring to the first objective:** Acceptability of daily oral PrEP was high (69.7%) among the 3,544 MSM available for analysis. Most participants self-reported low or moderate risk of HIV infection (67.2%) and a small proportion (9.3%) reported high risk. A

dose-response relationship was observed between acceptability of PrEP and self-reported risk: PrEP acceptability was 1.88 times higher (OR 1.80; 95% CI: 1.24–2.85) among MSM whose perceived risk of HIV infection was low or moderate, and 5 times higher (OR 5.68; 95% CI: 2.54–12.73) among those who self-reported high risk compared to MSM reporting no HIV risk. **Results referring to the second objective:** Of the 1,254 adolescents who arrived at the PrEP1519 services, 61 (4.9%) were not indicated to use PrEP, because they had some clinical contraindication or an assessment that indicated a low risk for HIV. Of the 1,193 eligible for same-day PrEP initiation, 1,113 (93.3%) initiated PrEP [1,054 initiated PrEP in the first visit (88.3%) and 59 in subsequent visits (4.9%)], and 80 (6.7%) did not. Of these initiated PrEP during the follow-up, 50.0% started using PrEP within the first 42 days after the first visit. Adolescents who started using PrEP were at greater risk of HIV infection. **Results referring to the third objective:** Among recruited participants, 174 (19,2%) were aged 15-17 yo and 734 (80,8%) 18-19 yo. The rate of PrEP initiation was 78.2% and 77.4% for 15-17 yo and 18–19 yo, respectively. Factors associated with PrEP initiation were: black or mixed race (aPR 2.31; 95%CI: 1.10 - 4.84) among the younger adolescents 15-17 yo; experienced violence and/or discrimination due to their sexual orientation or gender identity (aPR 1.21; 95%CI: 1.01 - 1.46); received money or favors in exchange for sex (aPR 1.32; 95%CI: 1.04 - 1.68); and having had between 2 to 5 sexual partners in the previous three months (aPR 1.39; 95%CI: 1.15 - 1.68) among those 18-19 yo. Unprotected receptive anal intercourse in the previous 6 months was associated with PrEP initiation in both age groups (aPR 1.98; 95%CI: 1.02 - 3.85 and aPR 1.45; 95%CI: 1.19 - 1.76 among 15-17 yo and 18-19 yo, respectively). **Conclusion:** PrEP is an effective prevention method to control the HIV epidemic among adults and adolescents of the key populations in Brazil and the world. The perceived risk of HIV infection plays an important role in the acceptability of PrEP. And to expand access to PrEP among vulnerable populations, PrEP programs must be organized, and health professionals must be prepared to identify vulnerable populations with an indication of prophylaxis use. So guide them about their risk of HIV infection and the need to use a preventive method, with PrEP as an option.

Keywords: Pre-exposure prophylaxis; PrEP acceptability; PrEP initiation; PrEP uptake; Key-population; Men who have sex with men; Transgender women; Adolescent.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Dimensões da estratégia de prevenção combinada do HIV.	32
Figura 2	Mandala da estratégia de prevenção combinada ao HIV.	33
Figura 3	Modelo conceitual da aceitabilidade e do <i>uptake</i> da PrEP entre HSH e TrMT.	46
Figura 4	Distribution of aMSM and aTGW by eligibility and PrEP initiation in the PrEP1519 Study. February 2019 to August 2021	85
Figura 5	Intention to use, eligibility and PrEP initiation among adolescents MSM and TGW in the PrEP1519 cohort. February 2019 - February 2021.	112

LISTA DE TABELAS

Table 1	Proportion of acceptability of daily oral PrEP according to sociodemographic and behavioral characteristics among MSM, Brazil, 2016 (N=3,544)	65
Table 2	Prevalence of acceptability and knowledge of daily oral PrEP, risk compensation, and barriers to PrEP use among men who have sex with men. Brazil, 2016.	68
Table 3	Multivariate analysis of the association between perceived risk of HIV infection and acceptability of daily oral PrEP among men who have sex with men. Brazil, 2016.	69
Table 1	Description of HIV infection risk criteria and clinical conditions that contraindicate PrEP among adolescents ineligible for same-day PrEP initiation (N=61) in the PrEP1519 cohort, February 2019 to August 2021	86
Table 2	Description of the aMSM and aTGW groups of participants of the PrEP1519 cohort (N=1,254) by eligibility and PrEP initiation. February 2019 to August 2021	87
Table 1	Caracteristics of the adolescents MSM and TGW enrolled in the PrEP1519 cohort by age groups. February 2019 - February 2021.	107
Table 2	Bivariate analysis of PrEP initiation among adolescents MSM and TGW enrolled in the PrEP1519 cohort by age group. February 2019 - February 2021.	109
Table 3	Multivariate analysis of PrEP initiation among adolescents MSM and TGW enrolled in the PrEP1519 cohort. February 2019 - February 2021.	111

ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids
aHSH	Adolescente homem que faz sexo com homem
AKP	Adolescent key population
aPR	Adjusted Prevalence Ratio
ARV	Antirretroviral
aTGW	Adolescent transgender women
BRL	Real brasileiro
CAB-LA	Cabotegravir injetável de longa ação
CDC	Centers for Disease Control Prevention
CI	Confidence Interval
CV	Carga viral
CEP	Conselho de Ética em Pesquisas
DIAHV	Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais
DCCI	Departamento de Doenças Crônicas de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ECR	Ensaio Clínico Randomizado
PrEP-ED	Event-driven oral PrEP
ERC	Ethics Review Committee
FDA	Food and Drug Administration
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FIOTEC	Fundação de Apoio à Fiocruz
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPTN	HIV Prevention Trials Network
HSH	Homens que fazem sexo com homens
IPrEx	Pre-exposure Prophylaxis Initiative
IM	Intramuscular
ISC/UFBA	Instituto de Saúde Coletiva da UFBA
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
JHSH	Jovens homens que fazem sexo com homens

Kg	Quilograma
LGBTT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros, Queer, Intersexo, Assexual +
MS	Ministério da Saúde
MT	Mulheres transgêneros
MTS	Mulheres Trabalhadoras do Sexo
NGO	Nongovernmental Organization
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	Razão de Chances (<i>Odds Ratio</i>)
PCAP	Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas na População Brasileira
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PE	Peer Educator
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PR	Prevalence Ratio
PrEP	Profilaxia Pré-exposição ao HIV
PVHIV	Pessoa Vivendo com HIV
RDS	Respondent Driven Sampling
STI	Sexually Transmitted Infection
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TAF/FTC	Tenofovir Alafenamida - Tenofovir Disoproxil Fumarato
TARV	Terapia antirretroviral
TasP	Treatment as Prevention
TCP	Teoria do Comportamento Planejado
TDF/FTC	Fumarato de Tenofovir Desoproxila – Emtricitabina
TGW	Transgender women
TP	Tratamento como prevenção
TR	Teste rápido
TrMT	Travestis e mulheres trans
UDI	Usuários de drogas injetáveis
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFC	Universidade Federal do Ceará

UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UniBRASIL	Centro Universitário Autônomo do Brasil
US	United States
USA	United States of America
USP	Universidade de São Paulo
YO	Years old
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	20
2 REVISÃO DE LITERATURA	24
2.1 A EPIDEMIA DE HIV/AIDS NO BRASIL	24
2.2 CONTEXTOS DE VULNERABILIDADE AO HIV ENTRE POPULAÇÕES- CHAVE	26
2.2.1 Homens que fazem sexo com outros homens	28
2.2.2 Travestis e mulheres trans (TrMT)	30
2.3 ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO COMBINADA DO HIV	32
2.3.1 PrEP – Profilaxia Pré-Exposição ao HIV	35
2.4 ACEITABILIDADE E <i>UPTAKE</i> DA PrEP ENTRE HSH E TrMT EM RISCO ACRESCIDO DE INFECÇÃO PELO HIV	39
2.4.1 Aceitabilidade da PrEP	39
2.4.2 PrEP uptake	42
3 OBJETIVOS	47
3.1 OBJETIVO GERAL	47
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	47
4 METODOLOGIA	48
4.1 Delineamento da pesquisa	48
4.2 Contexto e participantes	48
4.3 Coleta de dados	50
4.3.1 Pesquisa HSH	51
4.3.2 PrEP1519	51
4.3.3 Gerenciamento de dados	53
5. ARTIGOS	54
5.1 ARTIGO 1: PERCEIVED RISK OF HIV INFECTION AND ACCEPTABILITY OF PrEP AMONG MEN WHO HAVE SEX WITH MEN IN BRAZIL	54
5.1.1 Abstract	54
5.1.2 Introduction	55
5.1.3 Methods	56
5.1.4 Results	59
5.1.5 Discussion	60
5.1.6 Limitations	62
5.1.7 Conclusion	62
5.1.8 Acknowledgments	63

5.1.9 Tables	65
5.1.10 References	70
5.2 ARTIGO 2: SAME-DAY INITIATION OF ORAL PRE-EXPOSURE PROPHYLAXIS IS HIGH AMONG ADOLESCENT MEN WHO HAVE SEX WITH MEN AND TRANSGENDER WOMEN IN BRAZIL	75
5.2.1 Abstract	75
5.2.2 Introduction	76
5.2.3 Methods	77
5.2.4 Results	80
5.2.5 Discussion	81
5.2.6 Limitations	83
5.2.7 Conclusion	84
5.2.8 Figure and tables	85
5.2.9 References	89
5.3 ARTIGO 3: IMPORTANT STEPS FOR PrEP UPTAKE AMONG ADOLESCENT MEN WHO HAVE SEX WITH MEN AND TRANSGENDER WOMEN IN BRAZIL	93
5.3.1 Abstract	93
5.3.2 Introduction	94
5.3.3 Methods	95
5.3.4 Results	100
5.3.5 Discussion	102
5.3.6 Limitations	105
5.3.7 Conclusion	105
5.3.8 Acknowledgments	106
5.3.9 Figure and tables	107
5.3.10 References	113
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
REFERÊNCIAS	123
ANEXO 1 – TCLE do Estudo RDS com HSH em 12 capitais brasileiras, 2016	137
ANEXO 2 – TCLE do Estudo PrEP1519	140
ANEXO 3 – Questionário Sociocomportamental do Estudo “Me Convida que eu vou”	154
ANEXO 4 – Ficha de Elegibilidade clínica do Estudo PrEP1519	210
ANEXO 5 - Questionário Sociocomportamental basal do Estudo PrEP1519	214

1 INTRODUÇÃO

Globalmente, estimou-se que havia 38 milhões de pessoas vivendo com HIV em 2020. Novas infecções por HIV foram reduzidas em 23% desde 2010. Essa redução, em grande parte, ocorreu no leste e sul da África (38%). No entanto, houve aumento do número de casos em outras regiões, como na Europa Oriental e na Ásia Central (72%), no Oriente Médio e norte da África (22%), e na América Latina (21%). Entre 2015 e 2020, houve mais 3,5 milhões de novas infecções por HIV no mundo (UNAIDS, 2020).

No Brasil, de 2007 a junho de 2021, foram notificados 381.793 casos de HIV (BRASIL, 2021), sendo estimada uma prevalência do HIV na população adulta (15 a 49 anos) em torno de 0,4%. A epidemia do HIV, por sua vez, é concentrada em alguns grupos populacionais: como homens que fazem sexo com homens (HSH), travestis e mulheres transexuais (TrMT), profissionais do sexo e usuários de drogas, denominados populações-chave para a epidemia (BRASIL, 2015). Estudos estimaram uma prevalência de HIV entre usuários de drogas injetáveis, trabalhadoras do sexo, HSH e mulheres transexuais e travestis em torno de 6,0%, 5,3%, 17,5% e 33%, respectivamente (BARAL et al., 2013; FERREIRA-JUNIOR et al., 2018; GUIMARÃES et al., 2015; KERR et al., 2018; SZWARCOWALD et al., 2018).

A resposta a epidemia de HIV nas últimas décadas mostrou que metas com prazo determinado impulsionam o progresso, promovem a responsabilização e unem objetivos comuns (UNAIDS, 2014). Em maio de 2014, durante o 1º Fórum Latino-Americano e do Caribe sobre o *HIV Care Continuum*, realizado na Cidade do México, o Brasil e outros países da região estabeleceram as chamadas metas “90/90/90”, a saber: 90% de pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) conhecendo sua condição sorológica; 90% das PVHA recebendo terapia antirretroviral (TARV); e 90% das pessoas que recebem TARV com supressão viral até o ano de 2020 (BRASIL, 2015). E, por conseguinte, alcançar 95% desses objetivos em 2030 (meta “95/95/95”), de modo que em torno de 28 milhões de infecções por HIV sejam evitadas entre 2015 e 2030 (UNAIDS, 2014).

Existe um consenso global de que as ferramentas necessárias para o controle da epidemia já existem e que para alcançar essas metas é preciso, portanto, maiores esforços e dedicação dos governos para implementação e expansão das estratégias hoje existentes para a prevenção e o tratamento do HIV (UNAIDS, 2014). Com o objetivo de reduzir de forma efetiva o número de novas infecções, a UNAIDS, no relatório *Fast-tracking Combination*

Prevention, orienta que os países promovam programas de prevenção combinada a partir da junção de intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais projetadas para atender às necessidades de prevenção do HIV de pessoas e comunidades vulneráveis (UNAIDS, 2017).

Para atender às necessidades de prevenção do HIV das populações que se encontram em contexto de alto risco de infecção, os governos devem oferecer uma gama de ações e serviços, de modo que essas possam acessar e usufruir de acordo com suas necessidades e experiências (UNAIDS, 2017). Estas ações devem ser voltadas, prioritariamente, para populações denominadas chave para a epidemia: 1. Testagem e aconselhamento para HIV; 2. Diagnóstico e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs); 3. Profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP); 4. Profilaxia pós-exposição ao HIV (PEP); 5. Distribuição de preservativos e lubrificantes; 6. TARV para todos (independentemente da contagem de CD4 ou do estágio clínico da infecção); 7. Atividades comunitárias lideradas por pares; e 8. Informação e educação em saúde sexual (UNAIDS, 2017).

As estratégias biomédicas a partir do uso de antirretrovirais – como a PrEP, a PEP e o tratamento como prevenção – têm se mostrado de grande potencial para controle da epidemia de HIV, e a UNAIDS recomenda que o acesso a estas ferramentas de prevenção seja ampliado (UNAIDS, 2014). Estima-se que o impacto das estratégias biomédicas de tratamento e prevenção ao HIV, o que inclui a circuncisão, pode reduzir o número de novas infecções por HIV entre adultos, em países de baixa e média renda, de 2,1 milhões, no ano de 2010, para quase 200.000 em 2030. Para esta redução, acredita-se que as estratégias que dispõem de antirretrovirais seriam responsáveis pela prevenção de 60% das infecções, mediante sua expansão e uso (UNAIDS, 2014). A introdução da PrEP entre o leque de opções de estratégias de prevenção do HIV contribuiu para reduções mais acentuadas nas infecções por HIV entre homens gays e outros HSH em várias cidades da América do Norte, Europa e Austrália (UNAIDS, 2020).

Nesse contexto, o Brasil vem implementando ações e políticas de ampliação do acesso à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento; combate ao estigma e à discriminação; e promoção dos direitos humanos, especialmente para as populações-chave da epidemia e pessoas vivendo com HIV (BRASIL, 2015). Dentre suas ações de prevenção, o Brasil adotou a estratégia de prevenção combinada, que inclui a PrEP (BRASIL, 2017b).

A PrEP oral diária caracteriza-se pelo uso de antirretrovirais (ARV), de modo regular, por pessoas que não têm HIV e que optam por fazer uso do método. A sua efetividade é condicionada à adesão na tomada diária do comprimido (BRASIL, 2015a; GRANT et al.,

2010). Conhecimento e aceitabilidade da PrEP são pressupostos importantes para implementação e uso pelos sujeitos que estão em risco de infecção pelo HIV. O conhecimento sobre a PrEP é um fator associado ao aumento da aceitabilidade da PrEP em países de baixa e média renda (YI et al., 2017) e a aceitabilidade está associada ao comportamento e percepções dos sujeitos, determinando, assim, o uso ou não de uma tecnologia em saúde.

Nessa direção, a aceitabilidade é mediada por fatores relacionados às características físicas e propriedades farmacológicas do produto, atributos do produto, disponibilidade, acesso e efeitos relacionados ao uso, assim como por um conjunto de fatores individuais, familiares, interpessoais, contextuais e estruturais (MENSCH; VAN DER STRATEN; KATZEN, 2012). Dessa forma, a aceitação desta tecnologia e iniciação de seu uso, aqui denominado PrEP *uptake*, pode variar de acordo com a população, localidade, faixa etária, organização dos serviços e localidade (SKOVDAL, 2019; WHO, 2018).

Estudos revelam que o conhecimento adequado da PrEP ainda é restrito, mesmo entre as populações com elevado risco de exposição ao HIV, mas a aceitabilidade desta profilaxia é elevada entre HSH e TrMT em risco de infecção pelo HIV, em torno de 60% ou mais (DOLEZAL et al., 2015; FRANKIS et al., 2016; HOAGLAND et al., 2017a; MAGNO et al., 2019; MIMIAGA et al., 2009; OLDENBURG et al., 2016). Um estudo demonstrativo do uso da PrEP no Brasil, no Rio de Janeiro e São Paulo, observou que o *uptake* da PrEP foi elevado entre adultos HSH e TrMT quando ofertado o método (60,9%) (HOAGLAND et al., 2017b).

Populações-chave em dezenas de países em todo o mundo não têm acesso a vários serviços de prevenção do HIV, e a grande maioria das pessoas que podem se beneficiar da PrEP não conseguem ter acesso a ela. As metas de acesso a PrEP estabelecidas para 2020 já estão fora de alcance, e o progresso na prevenção da transmissão do HIV continua muito lento (UNAIDS, 2020). O que não se pode perder de vista é a necessidade de, além da disponibilidade e ampliação das estratégias biomédicas, promover intervenções estruturais – como a redução do estigma, discriminação e exclusão social – que permitam criar uma ação sinérgica dos componentes de prevenção biomédica e comportamental, sem as quais não conseguiremos avançar de forma exitosa no controle da epidemia do HIV (UNAIDS, 2015, 2017).

No contexto brasileiro, é importante evidenciar as questões associadas à aceitabilidade e ao uso da PrEP entre as populações que se encontram em contextos de vulnerabilidade ao HIV (BRASIL, 2015), de modo a expandir o acesso dessas tecnologias entre os grupos que estão em alto risco de infecção. Nessa direção, como a aceitabilidade e o uso da PrEP são

condições básicas para ampliar o impacto potencial desse método de controle da epidemia no Brasil, a produção dessa tese visa contribuir com esse processo, buscando discutir aspectos relacionados à expansão de seu uso de acordo com as especificidades das populações de HSH e TrMT.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A EPIDEMIA DE HIV/AIDS NO BRASIL

Estima-se que, em 2020, existiam 920 mil pessoas vivendo com HIV no Brasil (BRASIL, 2020a). Entre 2007 e 2021, foram notificados 266.360 (69,8%) casos de homens e 115.333 (30,2%) casos de mulheres com infecção pelo HIV, o que representa uma razão de 2,8 homens infectados para cada mulher. Em relação à faixa-etária, foi observado que a maioria dos casos notificados estavam entre pessoas com 20 a 34 anos, representando 52,9% dos diagnosticados. Em relação à raça/cor há uma distribuição dos casos de forma desigual, de modo que há uma maior prevalência entre os negros – pretos e pardos – (51,7%) quando comparados aos brancos (39,4%) (BRASIL, 2021).

Ao se falar da epidemia de HIV no Brasil é importante ter noção que a distribuição entre as regiões é desigual. No mesmo período reportado acima, foram notificados 381.793 casos de infecção pelo HIV, sendo 43,3% registrados na região Sudeste, 19,8% na região Nordeste, 19,7% na região Sul e, em menor proporção, nas regiões Norte (9,5%) e Centro-Oeste (7,7%) (BRASIL, 2021). O país tem registrado, anualmente, uma média de 36,8 mil novos casos de aids nos últimos cinco anos. Entre 2016 a 2020, a região Norte apresentou uma média anual de 4,4 mil casos, enquanto o Nordeste, 8,7 mil, a região Sudeste, 14,1 mil; o Sul, 6,9 mil; e a região Centro-Oeste apresentou o menor indicador, 2,8 mil (BRASIL, 2021).

Além disso, a epidemia do HIV tem a particularidade de estar concentrada em determinados grupos populacionais, denominados chave para epidemia do HIV, tais como HSH, travestis e mulheres transexuais, profissionais do sexo e pessoas que usam drogas (BRASIL, 2015). Estima-se que a prevalência do HIV na população geral de adultos (15 a 49 anos) do Brasil seja em torno de 0,4% (BRASIL, 2015), enquanto que entre usuários de drogas injetáveis, trabalhadoras do sexo, HSH e mulheres transexuais e travestis a prevalência têm sido registradas, respectivamente, em 6,0%, 5,3%, 17,5% e 33% (BARAL et al., 2013; FERREIRA-JUNIOR et al., 2018; GUIMARÃES et al., 2015; KERR et al., 2018; SZWARCOWALD et al., 2018).

Portanto, as estratégias de prevenção ao HIV no Brasil têm sido majoritariamente direcionadas para esses grupos, tendo por objetivo avançar de forma mais efetiva no controle da epidemia, promovendo o acesso daquelas populações mais vulneráveis às estratégias de prevenção incorporadas no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2015), em consonância com o

definido na lei 8.080/90, no que se refere ao uso da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades e orientação das ações programática (BRASIL, 1990). A partir daqui discutiremos com um pouco mais de profundidade a epidemia de HIV nas populações HSH e TrMT, as quais foram analisadas para responder os objetivos desta tese.

A população de mulheres trans e travestis é uma das mais vulneráveis ao HIV em diferentes continentes, inclusive na América Latina (BARAL et al., 2013; STUTTERHEIM et al., 2021). No Brasil, os poucos estudos entre mulheres trans e travestis estimaram a prevalência de HIV em torno de 25% nesta população (COSTA et al., 2015; GRINSZTEJN et al., 2017; LEITE et al., 2022). Tendo em vista que os boletins nacionais do Ministério da Saúde não têm informações sobre a taxa de incidência nesta população, não temos esse indicador em nível nacional.

Quanto à população de HSH, estudo recente realizado em 12 capitais brasileiras identificou um aumento da prevalência do HIV, estimado em 18,4% (KERR et al., 2018), o que representa aumento de 27% quando comparado às estimativas de 2013 (KERR et al., 2013). Além de elevadas prevalências, tem sido observado um aumento importante da incidência do HIV entre os mais jovens HSH e TrMT (COSTA et al., 2015; SPERHACKE et al., 2018). E uma revisão sistemática da literatura latino-americana e caribenha com a população HSH mostrou que essa tendência crescente da incidência no público jovem nos últimos anos não é específica do Brasil (COELHO et al., 2021).

Diferentes fatores determinam a elevada prevalência de HIV entre HSH e TrMT, dentre as quais pode-se elencar as práticas sexuais desprotegidas, o uso e/ou abuso de substâncias psicoativas, sobretudo durante as relações sexuais, a prática de sexo comercial, as barreiras no acesso aos serviços de saúde, o estigma e a discriminação associados à orientação sexual e à identidade de gênero (CLEMENTS-NOLLE et al., 2001; HAWKES et al., 2009; MALTA et al., 2010; MONTEIRO; BRIGEIRO, 2019). Estudo com escolares no Brasil revelou que, entre 2009 e 2019, o percentual de adolescentes que usaram preservativo na última relação sexual reduziu de 72,5% para 59% (IBGE, 2021).

Além destes, o pouco conhecimento sobre a sorologia do HIV e a baixa percepção de risco de infecção pode promover a manutenção de comportamentos sexuais de risco (GUIMARÃES et al., 2019; JAFFE; VALDISERRI; DE COCK, 2007; MACKELLAR et al., 2005), sem desconsiderar que a escolha pelo não uso do preservativo pode estar associada ao prazer e à satisfação sexual em determinada relação e/ou circunstância (TERTO JR., 2015).

É nesse contexto que o Brasil tem expandido suas ações no campo das políticas de controle da epidemia do HIV por meio da ampliação do acesso à prevenção, além do diagnóstico e tratamento, bem como na promoção dos direitos humanos e combate à discriminação e ao estigma associados à infecção (BRASIL, 2015). Estas ações têm sido prioritariamente voltadas às populações-chave da epidemia, estando esses esforços em consonância com o compromisso firmado entre os Ministros da Saúde do BRICS (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul), em 2014, com a Meta Global “90/90/90” (BRASIL, 2015).

Desse modo, o Brasil segue junto a alguns países do mundo na meta de eliminação da epidemia do HIV/aids até 2030. Há um consenso global de que as ferramentas necessárias para o controle da epidemia já existem – considerando todo o avanço científico e experiências acumuladas em mais de três décadas da pandemia – e que é necessário agora executá-las, ampliá-las e melhor desenvolvê-las (UNAIDS, 2014). Dentre estas estratégias, há muitas oportunidades comprovadas para a prevenção do HIV para além dos medicamentos, como a PrEP e PEP, incluindo o uso de preservativos, mudança de comportamento para redução de danos, circuncisão masculina médica voluntária e programas de aconselhamento e testagem voltados para populações-chave (UNAIDS, 2014).

De acordo com dados do Ministério da Saúde, estima-se que no Brasil 89% das pessoas infectadas foram diagnosticadas, 77% delas estão em tratamento antirretroviral e 94% destas apresentam carga viral indetectável. Em 2020, até outubro, cerca de 642 mil pessoas estavam em tratamento antirretroviral (BRASIL, 2020b). Entretanto, muito precisará ser feito pelos três níveis federativos de governos para viabilizar que serviços de saúde atuem para alcançar a meta de 95% de todas as pessoas vivendo com HIV com conhecimento sobre seu status sorológico; 95% das pessoas diagnosticadas recebendo terapia antirretroviral; e 95% das pessoas em tratamento atingindo a carga viral suprimida, o que possibilitará quebrar a cadeia de transmissão do vírus (UNAIDS, 2014).

2.2 CONTEXTOS DE VULNERABILIDADE AO HIV ENTRE POPULAÇÕES-CHAVE

A infecção pelo HIV é determinada por diversos fatores, desde os individuais, comportamentais até os estruturais. Características como a carga viral, a presença de outras ISTs e a duração da infecção também influenciam o risco de infecção pelo HIV (CDC, 2022; COHEN et al., 2011a; LEMESSURIER et al., 2018), e dentre os comportamentos que tendem

a elevar o risco de exposição ao vírus, há o engajamento em relações sexuais comerciais, práticas sexuais desprotegidas, sexo com múltiplos parceiros e uso de álcool e/ou outras drogas (BECASEN et al., 2019; BRITO et al., 2015; GUIMARÃES et al., 2018; HERBST et al., 2008).

Há uma peculiaridade na epidemia do HIV, que é o estigma e a discriminação associados à doença, que estão na ordem no componente social e estrutural. O estigma é compreendido como um atributo depreciativo que, ao ser associado à pessoa, tende a desqualificar ou desvalorizar o indivíduo (GOFFMAN, 1988), que tem por consequência a discriminação de determinados grupos sociais, sobretudo das populações-chave, ou seja, a impressão de ações e comportamentos depreciativos que reforçam a posição de desvantagem destes grupos. Ambos podem afetar negativamente a vida de indivíduos, gerando danos à saúde e levando à marginalização social (STUBER, MEYER, 2008). E, no contexto do HIV, representam um dos principais obstáculos para o controle da epidemia, uma vez que o medo da discriminação pode gerar resistências para realizar testes sorológicos e o próprio tratamento, contribuindo para a manutenção da cadeia de transmissão da doença (FERNANDEZ, CARDONA, 2014).

Condições estruturais e programáticas – como discriminação, estigma, baixos níveis de escolaridade, condição socioeconômica (ALTMAN et al., 2012; BARAL et al., 2013; BEYRER et al., 2012; PERES, 2004), violência (MAGNO et al., 2018; MAGNO; DOURADO; DA SILVA, 2018; MOREIRA; MENEZES, 2021), e limitado acesso aos serviços de saúde – são tão recorrentes entre a população HSH e TrMT, que influenciam sobremaneira nesse processo de vulnerabilidade à infecção por HIV (BAGGALEY; WHITE; BOILY, 2010; BEYRER; ABDOL KARIM, 2013; VERMUND, 2011; VERMUND; LEIGH-BROWN, 2012). Por esse motivo, estas condições devem ser consideradas nas ações para controle da epidemia entre essas populações-chave.

A interação de múltiplas opressões, como a pobreza, as desigualdades de gênero, a homofobia e o racismo, atuam sinergicamente para situações de elevada vulnerabilidade à infecção pelo HIV, ressaltando que essas atuam em conjunto a outros fatores sociais, culturais e políticos (PARKER; CAMARGO JR., 2000). Assim, os determinantes sociais tem grande impacto nos indicadores do HIV, imprimindo em determinados grupos sociais, sobretudo nos mais pobres, maior risco de infecção pelo HIV e da aids, e o controle dessa pandemia representa um grande desafio para a saúde pública no Brasil. Ademais, diferenças regionais e intermunicipais quanto ao acesso aos serviços de prevenção, atenção e do cuidados aos

portadores do vírus explicam, em parte, o comportamento da epidemia nos últimos anos e as diferenças regionais (PAIM, ALMEIDA-FILHO, 2014).

Assim, o conceito de vulnerabilidade considera que a chance de adoecimento das pessoas é resultante do conjunto desses aspectos – individuais, coletivos e contextuais – que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento (AYRES et al., 2009). Portanto, para reduzir o risco de infecção pelo HIV entre os grupos mais vulneráveis, os programas de prevenção devem considerar os três componentes relacionados à vulnerabilidade. O primeiro componente é o individual, que está relacionado às questões próprias do indivíduo, bem como diz respeito à capacidade que as pessoas têm para identificar e quantificar o problema, bem como as possibilidades de promover ações e práticas protetoras. O segundo componente, denominado social, refere-se aos determinantes sociais, como acesso aos recursos materiais, à escolaridade, à informação, aos meios de enfrentar questões que determinam a capacidade dos indivíduos de incorporar mudanças práticas protetoras. Por fim, o componente programático refere-se às barreiras ou aos esforços de políticas, programas e serviços de saúde destinados à atenção, proteção e cuidado com fins de evitar a exposição ao HIV entre os sujeitos e protegê-los dos danos (AYRES et al., 2009).

2.2.1 Homens que fazem sexo com outros homens

“Gay”, “viado”, “homossexual”, “bicha” e “afeminado” são alguns dos diferentes termos socialmente empregados para se referir às identidades, comportamentos e práticas sexuais entre homens. A partir do ano 2000, surgiu o termo “homens que fazem sexo com homens” (HSH) (em inglês *men who have sex with men*), na literatura internacional, que passou a ser utilizado como o descritor guarda-chuva para um leque de expressões do desejo dos homens por pessoas do mesmo sexo (GOSINE, 2008). Segundo Peter Aggleton e Richard Parker, a origem do termo foi criada por ativistas ingleses preocupadas/os com o alcance das estratégias de prevenção ao HIV em um contexto em que a epidemia assolava a comunidade (AGGLETON, PARKER, 2015). Desse modo, o termo HSH foi proposto como alternativa para termos como “gays” ou “bissexuais”, considerando o fato de que entre os homens que mantinham, ocasionalmente ou frequentemente, práticas homossexuais e estavam sendo afetados pela epidemia, alguns não se reconheciam nem como homossexuais, tampouco como bissexuais (HEILBORN, 1996). O termo HSH revela, então, que há diferentes formas de

organização da sexualidade e que as pessoas podem se perceber e se expressar de diferentes maneiras quanto as suas identidades sexuais (CARRARA; SIMÕES, 2007).

Nesse sentido, as organizações envolvidas no trabalho de prevenção ao HIV/aids passaram a considerar o amplo espectro dos HSH como grupo prioritário para intervenções de saúde sexual, defendendo o uso deste termo por ser “politicamente neutro” (GOSINE, 2008). Em especial, é importante atentar para aquilo que o termo HSH sinaliza, ou seja, para o fato de que no interior das relações entre homens há a produção de diferentes performances que de algum modo conduzem a definição de papéis e de comportamentos. Por exemplo, é possível que um homem que faz sexo com outro homem na posição de “ativo” sexualmente (na condição de insertivo) não se reconheça como pertencente à categoria homossexual e por isso negue o uso do preservativo, pois compreende que ao exercer o papel sexual de “homem” não estaria sujeito à infecção por HIV. Segundo Costa (2009, p. 4-5):

No momento em que os estereótipos de gênero são contrariados, em que homens e mulheres têm um comportamento diferente do papel socialmente atribuído a eles/as, eles/as se tornam alvos da homofobia. Por isso que as travestis e transexuais, dentre os segmentos da população LGBTTT, convivem com uma realidade mais intensa de preconceito, discriminação e violências.

Nesse sentido, as questões relacionadas aos processos identitários e de identificações circunstanciais são levados para a arena da prevenção às ISTs, de modo que as ações e políticas de saúde se dirigem menos às identidades e se concentram mais nas práticas sexuais ao entender que o contato sexual entre homens não implica necessariamente na apresentação de uma identidade (COSTA, 2009).

Além do entendimento destes comportamentos e processos identitários, é necessário compreender que nessa trama de relações complexas se desenvolvem diferentes estratégias e práticas entre os pares a fim de reduzir o risco de infecção pelo HIV. Além das estratégias de prevenção combinada, homens gays e outros HSH lançam mãos de outras estratégias e práticas comportamentais, que não as estabelecidas pela Estratégia de Prevenção Combinada do governo, como modo de manejar e reduzir os riscos que devem ser consideradas e relevadas, dentre elas: comportamento “soroadaptativo”, “segurança negociada” e “soroposicionamento” (TERTO JR., 2015).

O comportamento soroadaptativo é uma tentativa de reduzir o risco de transmissão do HIV por meio da definição do comportamento sexual conforme a sorologia do parceiro. Em geral, este método consiste em restringir o sexo anal desprotegido a parceiros sexuais com mesmo status sorológico, enquanto a segurança negociada se limita a ter relações sexuais

anais desprotegidas com parceiro estável sabidamente soronegativo. Na ocasião de haver encontros sexuais com outras pessoas, há o uso do preservativo. O soroposicionamento, por sua vez, refere-se à prática de ter relações sexuais anais receptivas desprotegidas apenas com parceiros soronegativos e, relações anais insertivas com os parceiros de sorologia desconhecida ou positiva para o HIV (TERTO JR., 2015).

Ainda há uma prática sexual que se distancia por completo da ideia de proteção e redução de risco ao HIV, mas que coexiste entre os HSH, o *barebacking sex*. Trata-se da prática do sexo intencional sem o uso do preservativo entre homens gays. Em termos gerais, caracteriza-se pelo envolvimento intencional/deliberado/voluntário em práticas sexuais sem o uso do preservativo entre homens gays, conscientes dos riscos de infecção de ISTs. O que o diferencia da prática comum do sexo desprotegido realizado por grande parte da população é o caráter intencional, associado à erotização/glamourização do sexo anal desprotegido, vinculado à ideia de contrair o HIV (RIOS et al., 2004). Ter compreensão destes comportamentos é de extrema importância para se produzir e reproduzir, no campo da saúde, ações e discursos de prevenção que se aproximem da prática concreta, ao considerar as práticas comumente existentes, ao invés de se distanciar da experiência sexual da comunidade HSH.

Um estudo realizado em 12 capitais brasileiras comparou os comportamentos de risco para o HIV entre HSH nos anos de 2009 e 2016, evidenciando que comportamentos sexuais de risco permaneceram em níveis elevados nos últimos anos, especialmente no que se refere a sexo anal receptivo desprotegido, sexo com múltiplos parceiros e uso de drogas ilícitas. Importante ressaltar que os HSH mais jovens (<25 anos) apresentaram práticas sexuais mais arriscadas em 2016, e apenas um terço dos HSH receberam aconselhamento sobre ISTs nos dois anos analisados (GUIMARÃES et al., 2018). A maioria destes HSH participantes do segundo inquérito, realizado em 2016, apresentou pouco conhecimento sobre HIV. Apenas 23,7% apresentaram um nível de conhecimento considerado alto (GUIMARÃES et al., 2019).

2.2.2 Travestis e mulheres trans (TrMT)

As travestis e mulheres transexuais são pessoas que nasceram com o órgão genital masculino, no entanto apresentam performance de gênero feminino, imprimindo em seus corpos atributos femininos através de modificações corporais e reivindicando reconhecimento social a este gênero (BENTO, 2012; TAGLIAMENTO, 2012). A aproximação e a distinção

entre esses dois termos são tênues e conceitualmente discutidas na literatura produzida sobre o assunto, seja por acadêmicas cis, seja pelas próprias TrMT.

Há um crescente reconhecimento de que as populações transgênero não se encaixam em nenhuma definição simples. Nos Estados Unidos e em muitos outros países, o termo ‘transgênero’ tem sido amplamente utilizado em referência à indivíduos cujo sexo atribuído no nascimento difere de sua identidade ou expressão de gênero atual. Em muitos contextos, o uso dos termos ‘travesti’ e ‘transexual’ tem sido considerado antiquado e, em determinadas situações, depreciativo (FENWAY HEALTH INSTITUTE, 2020). No entanto, no Brasil, os termos “travestis” ou “mulher trans” são comumente usados pelas próprias comunidades. Estes dois termos indicam diferentes níveis de atuação como mulher e reivindicam a legitimidade de sua identidade para além dos parâmetros binários do masculino e do feminino, a adequação de sua imagem física e de seus corpos por meio da hormonioterapia e do silicone, desejando ser tratada no feminino e pelo nome com o qual se identificam (MNCP, 2018).

Há a definição que as transexuais, semelhante às travestis, buscam alterações permanentes nas características sexuais secundárias e vivem integralmente o gênero feminino. No entanto, há a ideia de que as mulheres transexuais tenham uma relação de conflito com o órgão genital, imprimindo um desejo de “correção” do mesmo à identidade de gênero (PELÚCIO, 2007). Tal noção não é consenso na literatura, pois a ideia de correção está associada à concepção de gênero binário e o estabelecimento de mecanismos para tratar o “desvio”, o “transtorno” (BENTO, 2012). Ademais, a distinção entre os dois grupos não é clara e definida nem mesmo dentro do movimento social organizado, sendo possível observar que em determinados momentos se intitulam como travestis e em outros como mulheres transexuais (TAGLIAMENTO, 2012). Portanto, para reconhecer o contexto brasileiro, usamos o termo travestis e mulheres transexuais – TrMT – para referenciar nossas participantes na tese, e TGW para nos referirmos a mulheres transgêneras de forma mais ampla na literatura internacional.

As TrMT sofrem diversos tipos de violência, com especificidades e diferentes intensidades nos planos físico, psicológico e moral. Cotidianamente, são submetidas a uma cultura de violência marcada por atos concretos de agressões, injustiças e mortes (PERES, 2004). No Brasil, vivenciam condições de extrema vulnerabilidade social, tais como: baixa escolaridade, nenhum ou difícil acesso aos serviços de saúde, violência sexual e prostituição (MARTINS et al., 2012; MONTEIRO; BRIGEIRO, 2019; MULLER; KNAUTH, 2008).

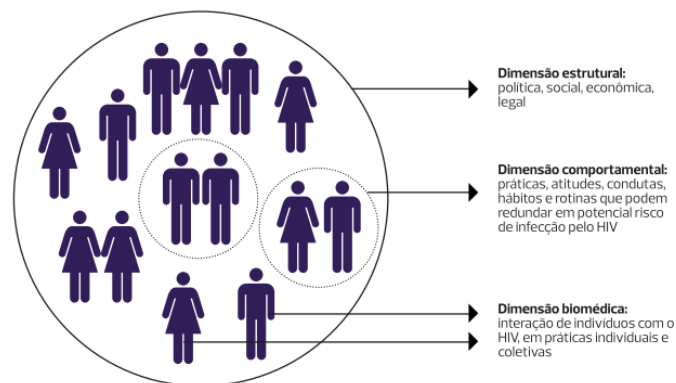
Estes fatores, associados à discriminação, estão relacionados a um risco acrescido à aquisição de IST e, por consequência, maior vulnerabilidade ao HIV (COSTA et al., 2015; POTEAT et al., 2017; YAN et al., 2019). E, numa perspectiva de articulação dos marcadores sociais, mulheres transexuais e travestis negras aparecem nos índices de maior vulnerabilidade social e ao HIV (CDC, 2021), devido às desigualdades de gênero, fruto da estruturação patriarcal da sociedade brasileira (SAFFIOTI, 2011) e aliadas ao racismo e às históricas desigualdades de classe (MOREIRA; MENEZES, 2021).

Portanto, para controlar a epidemia do HIV/aids nestas populações, é preciso que os programas governamentais promovam estratégias e ações que reduzam as vulnerabilidades individuais, socioestruturais e programáticas que incidem nas trajetórias de vida de TrMT (AYRES et al., 2009). Isso implica que sejam promovidas políticas de diminuição do estigma e da marginalização, o que implica na formação educacional dos indivíduos, que inclui informações sobre a saúde sexual, e no acesso aos bens e aos serviços de prevenção e tratamento ao HIV e outras IST, bem como outras políticas governamentais que reduzam a vulnerabilidade social.

2.3 ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO COMBINADA DO HIV

No Brasil a estratégia denominada prevenção combinada reúne diferentes medidas preventivas e pressupõe a combinação de três abordagens na formulação de ações que sejam efetivas para a prevenção do HIV: a abordagem biomédica, a abordagem comportamental e a abordagem estrutural (Figura 1). Importante ressaltar, então, que essa estratégia tem o foco na combinação de ações centradas nos indivíduos, nos grupos sociais e na sociedade em que vivem (BRASIL, 2017b).

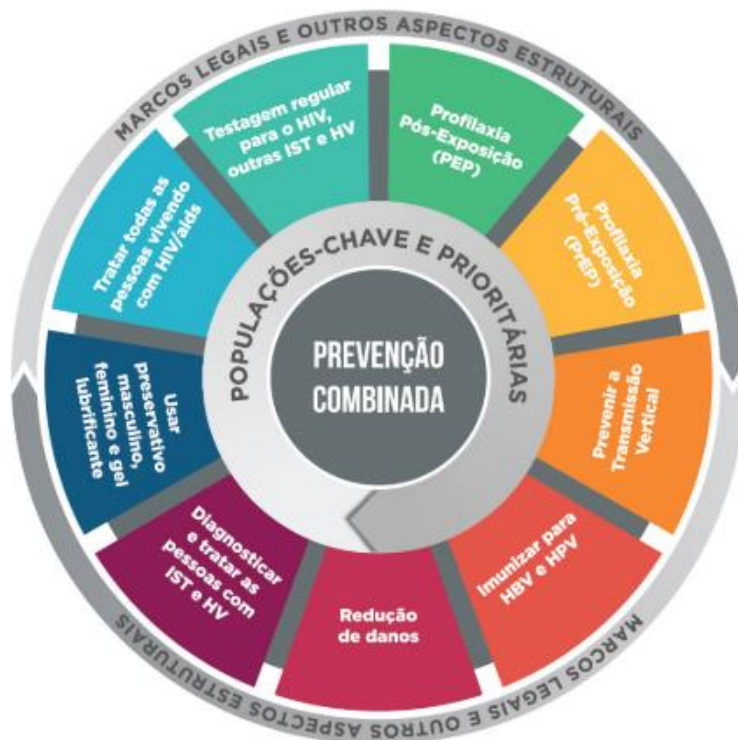
Figura 1. Dimensões da estratégia de prevenção combinada do HIV.



Fonte: BRASIL, 2017b.

Esta estratégia engloba a PEP, a PrEP e tratamento como prevenção para todas as pessoas com HIV/aids (TP); promover diagnóstico, tratamento e vacinação contra IST; distribuição de insumos de prevenção (preservativos e gel lubrificante) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); ampliação da oferta de testagem rotineira e regular de HIV e outras ISTs, bem como do aconselhamento; redução de danos para pessoas que usam álcool e outras drogas, silicone industrial e hormônios (Figura 2). Estas ações específicas de prevenção ao HIV são prioritariamente voltadas às populações-chave (gays e outros HSH, usuários de álcool e outras drogas, trabalhadoras/es do sexo, transgêneros, pessoas privadas de liberdade) e prioritárias (população em situação de rua, população negra, população jovem e população indígena) no controle da pandemia de HIV no Brasil (BRASIL, 2017b).

Figura 2. Mandala da estratégia de prevenção combinada ao HIV.



Fonte: BRASIL, 2017b.

Assim sendo, a definição dos métodos a serem usados da prevenção combinada é definida a partir do perfil, contexto e necessidades dos usuários. Propõem-se, então, que estratégias possam ser escolhidas pelos sujeitos, de modo que sejam eficazes, interessantes e acessíveis. Ao considerar os diferentes contextos e comportamentos que levam a diferentes

níveis de vulnerabilidade, o princípio de equidade deve ser basilar na medida em que as ações e condutas são realizados de acordo com as necessidades de cada pessoa, oferecendo, assim, maior atenção a quem mais precisa (BRASIL, 2017b).

As intervenções biomédicas são aquelas em que o foco está na redução do risco à exposição dos indivíduos ao HIV a partir de ações e estratégias que inviabilizem a transmissão, ainda que haja interação e contato com indivíduo portador do vírus, seja através de relações sexuais desprotegidas ou por contatos com material biológico contaminado. Essas intervenções dividem-se em dois grupos: as intervenções biomédicas clássicas e àquelas ligadas ao uso de ARV. O primeiro grupo refere-se às intervenções biomédicas que empregam, entre outras, métodos de barreira física ao vírus, a exemplo dos preservativos para pênis e vagina. O segundo grupo de intervenções é aquele voltado à utilização de antirretrovirais, tendo por objetivo limitar a capacidade do HIV de infectar indivíduos (BRASIL, 2017b).

A PrEP e a PEP são duas dessas estratégias caracterizadas pelo uso de antirretrovirais e indicadas para indivíduos não infectados pelo HIV. Distinguem-se pelo momento em que a medida de prevenção é indicada e pelo tempo de ingestão dos ARV. A PEP é indicada para situações em que houve risco de exposição ao HIV ocorrida nas últimas 72 horas e não mais por categoria de exposição (acidente com material biológico, violência sexual e exposição sexual consentida). Por ser recomendada em situação de urgência, é preconizada para ser oferecida gratuitamente e de modo exclusivo pelo SUS em serviços de atendimento 24 horas (BRASIL, 2021b; UNAIDS, 2017). A PrEP oral, por sua vez, consiste no uso diário de antirretrovirais por pessoas que estão em risco acrescido ao HIV (BRASIL, 2022). Esse método será apresentado com mais detalhes a seguir.

Além destas, há a estratégia de prevenção conhecida como Tratamento como Prevenção (TP) (em inglês *Treatment as Prevention* – TasP), caracterizada pela redução da transmissão do vírus HIV por meio do uso regular de ARV entre as pessoas vivendo com vírus (PVHIV). Isto se deve ao fato de que, ao atingir carga viral indetectável no sangue, o indivíduo não mais transmite o HIV em suas relações sexuais, quebrando assim a cadeia de transmissão. Essa estratégia, além de reduzir o risco de transmissão, melhora a expectativa e a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV (BRASIL, 2017b) e tem sido considerada em diversas instâncias como a tecnologia mais efetiva para o controle da epidemia, um vez que ao suprimir a replicação viral reduz-se a transmissibilidade do HIV em 96% (COHEN et al., 2011b).

Assim, a estratégia de prevenção combinada do HIV busca romper com a dicotomia entre prevenção e tratamento, sobretudo com a inserção dos antirretrovirais com o objetivo de prevenir a infecção (BRASIL, 2017b; UNAIDS, 2015). Os diversos programas de prevenção ao HIV/aids buscam aumentar o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV, para que seja viabilizado o tratamento e cuidado contínuo entre as pessoas vivendo com HIV, sobretudo entre as populações-chave para a epidemia, nas quais a discriminação e o estigma constituem grandes barreiras de acesso aos serviços de saúde (WIRTZ et al., 2018). E para atingir as metas 90/90/90, o Brasil se comprometeu a ampliar a testagem rápida, juntamente com a política de oferta de tratamento como prevenção, garantir o direito das pessoas de fazer a escolha de iniciar o tratamento, independentemente de sua carga viral (BRASIL, 2015).

Há ainda as intervenções comportamentais, cujas abordagens referem-se às intervenções com foco no comportamento dos indivíduos como forma de evitar situações de risco. O objetivo é oferecer aos diferentes segmentos sociais um conjunto amplo de informações e conhecimentos pertinentes para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento ao HIV/aids e de gestão dos riscos a que estão expostos, como suas práticas sexuais cotidianas, o uso de álcool e outras drogas ou outros comportamentos que aumentem o risco de infecção ao HIV (BRASIL, 2017b).

Para que a prevenção seja efetiva, faz-se necessário ainda intervenções estruturais, que busquem modificar as causas e/ou estruturas que afetam os riscos e as vulnerabilidades ao HIV. Este componente da prevenção combinada remete aos fatores e às características sociais, políticas, culturais e econômicas que potencializam e geram vulnerabilidades a determinados grupos populacionais. O reconhecimento desses fatores demanda que sejam desenvolvidas e implementadas ações de acordo com os múltiplos contextos e relevâncias locais, de modo a combater preconceitos, discriminações ou intolerâncias que comprometem a prevenção ao HIV, tendendo a não ser exitosa ou efetiva (BRASIL, 2017b).

2.3.1 PrEP – Profilaxia Pré-Exposição ao HIV

A PrEP oral diária consiste no uso de dois ARV de modo regular e contínuo por pessoas que não têm HIV e que estão sob risco acrescido de infecção, a fim de preveni-la (GRANT et al., 2010; BRASIL, 2015a). A sua efetividade foi comprovada por meio de pesquisas em diferentes países e com a participação de populações-chave, dentre elas HSH, TrMT, casais heterossexuais sorodiferentes e usuários de drogas (WHO, 2012).

O primeiro ensaio clínico randomizado (ECR) que comprovou a eficácia da PrEP oral diária foi o iPrEx (*Pre-exposure Prophylaxis Initiative*), estudo que contou com a participação de HSH e TrMT inscritos entre 2007 e 2009. Utilizou uma combinação de 300 mg de Fumarato de Tenofovir Desoproxila e 200 mg de Emtricitabina (TDF/FTC) em comprimido único. Houve uma redução geral de 44% da infecção ao HIV entre os que usaram de PrEP. Neste estudo, os participantes com alto nível de adesão tiveram eficácia maior que 90%, constatando-se que a eficácia da PrEP estava relacionada a adesão (ANDERSON et al., 2012; GRANT et al., 2010).

Além deste, outros ensaios clínicos foram realizados com populações em contexto de risco elevado para a infecção por HIV, dentre eles casais heterossexuais sorodiferentes, usuários de drogas e HSH, corroborando com achados que associam a eficácia da PrEP oral diária e adesão ao uso dos antirretrovirais (BAETEN et al., 2012; CHOOPANYA et al., 2013; MCCORMACK et al., 2016; THIGPEN et al., 2012). Os ensaios VOICE e FEM-PrEP, realizados com mulheres na África, entretanto, não identificaram redução das taxas de incidência do HIV entre as usuárias de PrEP, sendo tal resultado explicado pela baixa adesão à profilaxia, pois menos de 40% das participantes fizeram uso regular do antirretroviral (MARRAZZO et al., 2015; VAN DAMME et al., 2012).

Vale ressaltar que a efetividade desta tecnologia biomédica não depende só da sua eficácia, mas de várias outras condições como: conhecimento e adesão ao uso pelas populações mais vulneráveis, redução de estigma e vulnerabilidade, bem como conhecimento e atitude dos profissionais de saúde nos locais em que a PrEP está disponível. Por mais eficaz que um medicamento se mostre nos ensaios clínicos, é imprescindível que os serviços de saúde ofertem com qualidade os ARV, possibilitando que as pessoas possam acessar e aderir à profilaxia de modo efetivo (FERRAZ, 2016).

Após os ECR demonstrarem alta eficácia da PrEP, estudos de implementação e demonstração da efetividade foram realizados. Nos Estados Unidos, em 12 cidades, foram identificadas alta aceitabilidade e efetividade entre jovens HSH de 18 a 22 anos, porém a adesão diminuiu após 3 meses de acompanhamento (HOSEK et al., 2017). Resultado semelhante quanto a efetividade foi encontrado em estudo em Nova Gales do Sul, na Austrália, onde pesquisadores identificaram redução importante nas taxas de infecção por HIV, cerca de 75%, entre adultos HSH (GRULICH et al., 2018). Estudo de demonstração da efetividade da PrEP entre HSH e TrMT no Brasil, denominado PrEP-Brasil, identificou alta adesão e aceitação para uso desta profilaxia. Mais de 78% dos/das participantes tinham

tomado o equivalente a 4 comprimidos ou mais por semana no início de uso da profilaxia (4ª semana) (HOAGLAND et al., 2017a).

Em 2012, a PrEP foi aprovada pela FDA - *Food and Drug Administration* (CDC-US, 2012), nos EUA, e passou a ser comercializada, sendo indicada para todos os indivíduos com risco substancial de adquirir o HIV, o que inclui casais sorodiferentes, HSH, adultos heterossexuais com práticas sexuais desprotegidas e usuários de drogas injetáveis (CDC-US, 2012). Em 2015, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendou a oferta de PrEP oral para todas as pessoas com risco substancial de infecção por HIV (WHO, 2022a), havendo uma aceitação global da PrEP, com ampla implementação dos serviços de PrEP (SCHAEFER et al., 2021). No final de 2017 a PrEP foi inserida no programa brasileiro de prevenção ao HIV, sendo ofertada para pessoas que estão em contextos de risco de infecção dentre as populações denominadas chave para a pandemia de HIV – homens gays e outros HSH, pessoas trans, profissionais do sexo, parcerias sorodiferentes para o HIV (BRASIL, 2017a).

Em 2018, a FDA aprovou rotulagem revisada para TDF/FTC que expandiu a indicação de PrEP para incluir adolescentes com peso de pelo menos 35 kg (77 lb) que estão em risco de adquirir HIV (US FOOD AND DRUG ADMINISTRATION, 2018). Em 2019, a FDA aprovou o produto Tenofovir Alafenamida (TAF) associado ao FTC como profilaxia pré-exposição para adolescentes e adultos com peso mínimo de 35 kg (77 lb), excluindo aqueles em risco de adquirir HIV por meio de sexo vaginal receptivo (FDA, 2019). Essa exclusão se deve à falta de dados clínicos sobre a eficácia do TAF/FTC para mulheres cisgênero.

No Brasil, em 2022, o Ministério da Saúde publicou novo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para PrEP (PCDT), e a profilaxia oral diária está indicada para todos os adultos e adolescentes sexualmente ativos que se encontram em risco elevado de infecção pelo HIV. Este novo protocolo preconiza a dispensa de Fumarato de Tenofovir Desoproxila associado a Emtricitabina (TDF/FTC) para pessoas a partir de 15 anos com peso corporal de 35Kg ou mais (BRASIL, 2022).

Diante das potenciais dificuldades relacionadas ao regime de uso diário da PrEP, sendo a adesão condição necessária para sua efetividade, estão em desenvolvimento outras modalidades de medicamentos de longa duração para a PrEP, dentre essas a PrEP injetável com o medicamento cabotegravir de longa ação - CAB-LA), e a PrEP sob demanda. A OMS recomenda o uso destas duas últimas modalidades como opções adicionais para prevenção ao HIV para pessoas em contexto de alto risco à infecção (WHO, 2022b; WORLD HEALTH

ORGANIZATION, 2019), mas de acordo com o novo PCDT (BRASIL, 2022) ambas ainda não estão indicadas ou disponibilizadas no Sistema Único de Saúde.

A modalidade de PrEP sob demanda (*Event-driven oral PrEP / ED-PrEP*) para prevenir a infecção do HIV pode ser usada por homens cisgênero e TrMT que não estão tomando hormônios exógenos à base de estradiol (WHO, 2022a). De acordo com o preconizado atualmente pela OMS, nessa modalidade está indicada a tomada, via oral, do comprimido de TDF/FTC (300 mg/200 mg) em um esquema de doses de “2+1+1” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019). Ou seja, o uso de uma primeira dose de dois comprimidos como dose de ataque de TDF/FTC no período entre 2 a 24 horas que antecedem a relação sexual; um terceiro comprimido 24 horas após a tomada dos dois primeiros comprimidos e, por fim, um último comprimido 48 horas após o início do esquema. Sempre que o usuário reiniciar um novo esquema de PrEP sob demanda, ele deverá tomar dois comprimidos entre 24 e 2 horas de antecedência à relação sexual (WHO, 2019).

O estudo IPERGAY, desenvolvido na França e no Canadá, investigou a PrEP sob demanda e verificou que o método reduziu em 86% as infecções pelo HIV (MOLINA et al., 2015). Estudo mais recente também realizado na França, a coorte Prevenir acompanhou mais de 1.500 HSH por um período de um ano e comparou o uso da PrEP sob demanda e da PrEP diária, observando que ambas modalidades protegeram contra a infecção pelo HIV. Não ocorreu nenhuma infecção por HIV entre os participantes no período investigado (MOLINA et al., 2018).

O uso do CAB-LA foi indicado recentemente pela OMS como uma opção adicional de prevenção do HIV para pessoas com risco substancial de infecção. Esta modalidade demonstrou ser altamente eficaz na redução do risco de aquisição do vírus HIV (WHO, 2022b). Conhecida como PrEP injetável, essa modalidade de profilaxia tem sua administração iniciada com uma primeira dose de 600 mg do antirretroviral cabotegravir, por meio de injeção intramuscular (IM). Após intervalo de quatro semanas desde a primeira aplicação, o usuário toma uma segunda injeção e, posteriormente, segue a aplicação a cada oito semanas (WHO, 2022b).

Dois estudos, denominados HIV Prevention Trials Network (HPTN) 083 e 084, avaliaram a eficácia de CAB-LA comparando-o à PrEP oral diária com TDF/FTC, sendo o primeiro entre HSH e TrMT nos Estados Unidos, América Latina (inclusive no Brasil), África e Ásia, e o segundo entre mulheres em sete países da África. O HPTN 083 estimou que o uso de CAB-LA resultou em uma redução relativa de 66% no risco de infecção pelo HIV em

comparação com a PrEP oral. Já o HPTN 084 estimou uma redução de risco relativo de 88% (DELANY-MORETLWE et al., 2022; LANDOVITZ et al., 2021).

O campo da prevenção ao HIV tem tido grandes avanços por meio de estratégias com uso de antirretrovirais, demonstrando grande potencial para o controle global da epidemia (UNAIDS, 2015). A expansão do uso dessas estratégias é necessária para que sejam alcançadas as metas de redução de novos casos, firmadas para 2030 (UNAIDS, 2014). A importância de se disponibilizar múltiplas opções de profilaxia pré-exposição está relacionada ao potencial de se ampliar o *uptake* e o uso efetivo dessa tecnologia de prevenção entre as populações vulneráveis. Desse modo, permite-se que as pessoas escolham a profilaxia de acordo com suas experiências sexuais e preferências.

2.4 ACEITABILIDADE E *UPTAKE* DA PrEP ENTRE HSH E TrMT EM RISCO ACRESCIDO DE INFECÇÃO PELO HIV

2.4.1 Aceitabilidade da PrEP

Pressupostos importantes para implementação e incorporação dessas medidas de prevenção pelos sujeitos é o conhecimento e a aceitabilidade delas. O conhecimento é uma condição básica e necessária para aceitar usar uma tecnologia, enquanto a aceitabilidade está associada ao comportamento e percepções dos sujeitos, determinando assim a intenção de uso ou não de determinada tecnologia em saúde. Aceitabilidade, portanto, é mediada por fatores relacionados às características físicas e propriedades farmacológicas do produto, atributos do produto, disponibilidade, acesso e efeitos relacionados ao uso, bem como um conjunto de fatores individuais, familiares, interpessoais, contextuais e estruturais (MENSCH; VAN DER STRATEN; KATZEN, 2012).

Nesse sentido, a aceitabilidade de uma tecnologia de prevenção ao HIV depende das percepções dos indivíduos frente a um produto ou tecnologia, bem como está associada aos diferentes fatores – segundo a população e localidade – que podem influenciar esta decisão. Há uma limitação ao se avaliar a aceitabilidade em estudos transversais a partir da declaração da intenção de usar ou do interesse e disposição para usar, devido à complexidade da aceitabilidade de uma tecnologia – que não se trata de um evento pontual, mas dinâmico, processual e multideterminado (MENSCH; VAN DER STRATEN; KATZEN, 2012). Além

disso, a aceitabilidade de uma tecnologia em saúde não garante ou expressa o uso subsequente do produto (MINNIS; SHIBOSKI; PADIAN, 2003).

Estudos têm investigado a aceitabilidade das tecnologias por meio da identificação dos fatores que motivam ou comprometam o seu uso, avaliando estes a partir da vontade de usar, do interesse ou mesmo da disposição para usar o produto. Entretanto, por ser um tema complexo, não há consenso entre pesquisadores sobre o conceito de aceitabilidade e o modo de avaliação.

A literatura nacional e, sobretudo, a internacional tem revelado achados sobre a aceitabilidade da PrEP entre HSH e TrMT. Estudos realizados nas Américas, na Europa e Ásia entre HSH e TrMT identificaram que mais da metade da amostra estava disposta a usar a PrEP diariamente, oscilando entre 58,5% a 82,1% (FRANKIS et al., 2016; GOEDEL et al., 2016; HOAGLAND et al., 2017a; LÉBOUCHÉ et al., 2016; MIMIAGA et al., 2009; OLDENBURG et al., 2016). A PrEP apresentou-se como uma alternativa ao uso do preservativo entre aqueles que não gostam ou não estão dispostos a usá-lo (GREDIG et al., 2016).

A compreensão de que a aceitabilidade de tecnologias é determinada por diversos fatores, como o comportamento e a percepção dos sujeitos, tem indicado que ela varia de acordo com a localidade e as populações. Estudos indicam que HSH e TrMT que têm elevado número de parceiros sexuais ou relações sexuais frequentes sem preservativo são bastante dispostos a usar esta nova tecnologia de prevenção (FRANKIS et al., 2016; GOEDEL et al., 2016; HOAGLAND et al., 2017a; LÉBOUCHÉ et al., 2016; OLDENBURG et al., 2016). Outros estudos, por sua vez, mostraram que o uso de álcool, a realização de teste de HIV e histórico de infecção sexualmente transmissível estão associados à maior aceitabilidade da PrEP entre HSH e TrMT, como foi identificado em pesquisas desenvolvidas na Tailândia e no Brasil (HOAGLAND et al., 2017a; YANG et al., 2013).

Em relação ao conhecimento da PrEP, ainda nesta pesquisa realizada na Tailândia, observou-se que o conhecimento anterior sobre a PrEP esteve associado à maior aceitabilidade desta profilaxia. No entanto, em outra pesquisa realizada em Boston, EUA, indicou que HSH que conheciam menos a PrEP estavam mais dispostos a usá-la no futuro, evidenciando que um maior conhecimento acerca dos efeitos da PrEP podem desencorajá-los a usar esse método de prevenção (MIMIAGA et al., 2009). Em outro estudo, também com HSH, realizado na Escócia, País de Gales, Irlanda do Norte e República da Irlanda não foi

observada associação estatisticamente significativa entre conhecimento e aceitabilidade da PrEP (FRANKIS et al., 2016).

Em 2010, uma pesquisa realizada com HSH membros de uma rede social online, nos EUA, identificou que participantes que conheciam a PEP tiveram um menor interesse na PrEP (KRAKOWER et al., 2012). Considerando que as experiências prévias influenciam na aceitabilidade de uma tecnologia, uma vez que o indivíduo tenha tomado a PEP e sua experiência tenha sido negativa, pode se desmotivar a usar a PrEP por associá-la à vivência anterior.

Estudos realizados com HSH e TrMT nos EUA identificaram que os participantes brancos eram menos propensos a aceitar a PrEP quando comparados aos negros (EATON et al., 2017; GOLUB et al., 2010; MANTELL et al., 2014). Isto pode ser explicado pelas elevadas taxas de infecção pelo HIV entre os HSH e TrMT negros (EATON et al., 2017), e, por conseguinte, consciência do risco de infecção a que estão expostos. Ainda nessa linha de raciocínio, outro estudo com HSH, também nos EUA, indicou que os homens que estavam em maior risco de infecção pelo HIV – homens negros, mais jovens, de menor nível socioeconômico – tiveram maior disposição para usar a PrEP, ou seja, maior a aceitabilidade (RENDINA et al., 2017).

Outras questões relacionadas à não aceitabilidade do uso da PrEP foram apresentadas em estudos, dentre elas: gastos com a medicação, preocupação com a efetividade, potenciais efeitos colaterais, efeitos negativos a longo prazo na saúde e interações medicamentosas, em especial com os hormônios femininos entre as TrMT (GOEDEL et al., 2016; GOLUB et al., 2013; GREDIG et al., 2016; MIMIAGA et al., 2009; YANG et al., 2013). Ainda em relação aos custos, ter seguro de saúde está associado a maior aceitabilidade à PrEP – nos casos em que o seguro paga pelo medicamento (DOLEZAL et al., 2015).

Em um estudo qualitativo com HSH realizado em Salvador, na Bahia, foram relatadas algumas barreiras socioestruturais à aceitabilidade e ao uso da PrEP, dentre as quais destacam-se: o longo tempo de espera para o atendimento nos centros de saúde; a dificuldade para se locomover por meio do transporte público; a distância entre a residência o serviço de saúde; o medo de sofrer discriminação nos serviços de saúde devido à orientação sexual; o medo de ter sua orientação sexual revelada devido ao uso da PrEP; o medo de que as pessoas julguem que estão usando a PrEP por terem comportamento sexual considerado promíscuo, bem como de pensarem que é portador do vírus HIV ao confundirem o uso da PrEP com o da terapia antirretroviral (MAGNO et al., 2019).

Em outra pesquisa com TrMT, também desenvolvida em Salvador, destacou-se que a não-aceitabilidade da PrEP foi maior entre as participantes maiores de 25 anos, brancas, com maior renda e que tinham relações sexuais anais sem preservativo com parceiros casuais (SOARES et al., 2019). Importante evidenciar neste resultado que aquelas TrMT que tinham relações sexuais com maior risco de infecção ao HIV, sem preservativo, foram as que menos estavam dispostas a usar a PrEP, talvez por não se perceberem em risco de infecção.

A condição de maior vulnerabilidade entre HSH e TrMT coloca-os em maior risco de infecção pelo HIV e a percepção deste risco é um fator associado à aceitabilidade de novas tecnologias de prevenção (GOLUB et al., 2013; HOAGLAND et al., 2017a; PENG et al., 2018) devido à consciência da necessidade de se prevenir cotidianamente, principalmente entre as pessoas que não se sentem satisfeitas ou não estão dispostas a usar preservativo (GREDIG et al., 2016). Este processo de aceitação da PrEP, por sua vez, é dinâmico e influenciado pelo contexto e pelo risco percebido em cada momento (HOJILLA et al., 2016).

A percepção de risco ao HIV é uma condição importante para aceitabilidade de uma tecnologia de prevenção ao HIV, especialmente a PrEP. Logo, a percepção do risco entre as populações que estão em maior risco de exposição ao HIV é um ponto relevante para expandir o uso da PrEP entre as populações-chave, como HSH e TrMT (HILL et al., 2020). Além disso, é imprescindível considerar que a percepção deste risco, muitas vezes, não reflete o risco real (PLOTZKER et al., 2017).

Importante ter clareza de que a aceitabilidade da PrEP reflete uma decisão a partir de uma condição ideal ou situação hipotética. Embora as pessoas possam estar dispostas a iniciar o uso da PrEP, a decisão pode ser definida considerando uma condição ideal, o que não garante ou condiciona a mudança de um comportamento e/ou uma ação (iniciar o uso da profilaxia) (RENDINA et al., 2017).

2.4.2 PrEP uptake

Compreendido o que é a aceitabilidade de uma tecnologia de prevenção, há um passo posterior que diz respeito ao ato de iniciar o uso da profilaxia. Na literatura, há uma distinção entre a declaração do desejo de usar PrEP e as intenções reais de fazê-lo. Ao declarar a aceitabilidade pela PrEP, as pessoas indicam que consideram a possibilidade de um novo comportamento (usar PrEP), mas não necessariamente há uma ação concreta planejada para fazê-lo (RENDINA et al., 2017).

Os estudos têm definido a PrEP *uptake* pela prescrição da PrEP, ou pelo início do uso dos antirretrovirais (EATON et al., 2017; GOLUB et al., 2019; PILLAY et al., 2020; POTEAT et al., 2019; SEROTA et al., 2020). Apesar de definido nos estudos como uma etapa pontual, o *uptake* consiste em um processo complexo, que compreende a avaliação dos indivíduos quanto ao risco de aquisição do HIV, o fornecimento de orientações para iniciação da PrEP, a compreensão das informações recebidas, a vinculação ao serviço de saúde e recebimento da prescrição de PrEP, e o início do uso dos antirretrovirais (EZENNIA; GETER; SMITH, 2019). Optamos por utilizar o termo PrEP *uptake* nessa tese para facilitar a definição e padronizar com o termo usado no artigo 2.

A Teoria do Comportamento Planejado (TCP) explica a distinção entre a aceitabilidade hipotética e intenções comportamentais (AJZEN, 1991), já usado nos estudos de HIV (ALBARRACÍN et al., 2001; SHEERAN; TAYLOR, 1999). Esta teoria se concentra especificamente nas intenções comportamentais como mediadores de atitudes, ações e comportamentos, sendo o ato/comportamento final definido também por fatores externos e contextuais (AJZEN, 1991).

Um estudo conduzido nos EUA com HSH, em 2015, revelou uma discrepância entre a aceitabilidade da PrEP e o início de uso da profilaxia, o que pode ser parcialmente explicado pela forma como os participantes são questionados sobre a aceitabilidade da PrEP (RENDINA et al., 2017), ou por distintos fatores serem associados à aceitabilidade e à iniciação da PrEP. Anteriormente, discutimos sobre a aceitabilidade da PrEP e neste bloco trataremos alguns elementos e conceitos necessários para a compreensão do *uptake* da PrEP.

Até o momento do início de uso da PrEP ao HIV, há etapas denominada de cascata do PrEP *uptake*. O *uptake*, portanto, compreende desde: facilitar o acesso de potenciais usuários aos serviços de PrEP; acesso e vinculação aos serviços de saúde; avaliação clínica para o uso dos antirretrovirais; até a prescrição e início do uso (EZENNIA; GETER; SMITH, 2019; NUNN et al., 2017). Essa cascata é importante para orientar profissionais e pesquisadores quanto às etapas que precisam ser promovidas para ampliar o *uptake* da PrEP. E, com isso, possibilitar o desenvolvimento de intervenções eficazes e exitosas dos programas de implementação de PrEP (NUNN et al., 2017).

Assim como no caso da aceitabilidade da PrEP, há evidências na literatura que o *uptake* da PrEP varia de acordo com a população e localidade. Estudo realizado no Brasil, com adultos HSH e TrMT, revelou que o *uptake* da PrEP é elevado nestas populações (60,9%) (HOAGLAND et al., 2017b). Entre HSH e TrMT, nos EUA, estudos observaram que

o *uptake* da PrEP é maior entre aqueles que têm parceiro soropositivo, histórico de ISTs, que apresentaram comportamentos de risco, como sexo anal desprotegido, e se percebiam em alto risco de infecção (GOLUB et al., 2019; GRANT et al., 2014; SEROTA et al., 2020).

É sabido desde a década de 90 que o risco percebido pelo indivíduo pode impactar numa ação de proteção ou comportamento para saúde (WEINSTEIN, 1993). A percepção de risco de infecção pelo HIV é uma preditora importante para o *uptake* da PrEP, como foi revelado em pesquisas com HSH e TrMT nos EUA, e em países da África e da Ásia (GOLUB et al., 2019; PILLAY et al., 2020; PLOTZKER et al., 2017). O risco pode ser definido como a probabilidade de ocorrência de um dano ou de uma doença caso nenhuma ação seja tomada, considerando determinadas condições de comportamento e contexto. No entanto, o risco percebido por um indivíduo reflete uma combinação de crenças sobre a probabilidade do risco e a eficácia das medidas de precaução (WEINSTEIN, 1993). Considerando que a percepção do risco de HIV tem um papel importante no PrEP *uptake* e que esta percepção entre pessoas vulneráveis ao HIV nem sempre reflete de forma consistente o risco real, é fundamental avaliar a percepção de risco de um potencial usuário de PrEP, e informar sobre os fatores de risco para o HIV, a fim de contribuir com o gerenciamento do risco individual (PLOTZKER et al., 2017).

Ainda em relação aos fatores associados ao PrEP *uptake*, outro estudo também desenvolvido nos EUA com mulheres trans e HSH negros, mostrou que aqueles que tiveram mais experiências de homofobia e um número maior de parcerias sexuais femininas iniciaram mais o uso da PrEP. E aqueles com maior nível de escolaridade e com uso frequente de preservativo optaram por usar menos a PrEP (EATON et al., 2017). Enquanto que entre mulheres transgêneras negras e latinas, nos EUA, uma pesquisa revelou que a maior barreira ao *uptake* da PrEP foi a preocupação com as interações medicamentosas com a hormonização (POTEAT et al., 2019). Uma pesquisa desenvolvida na zona rural de Uganda destacou, ainda, que a distância da residência dos usuários às clínicas que ofertavam PrEP, bem como não ter a possibilidade de iniciar a PrEP no mesmo dia da testagem para o HIV, representaram barreiras ao início de uso da PrEP (MAYER et al., 2019).

E em relação ao público mais jovem, para atingí-los requer uma atenção específica, pois apresentam limitado acesso aos serviços de saúde, sobretudo aos de prevenção às IST. Potenciais barreiras desse público para o uso da PrEP – como o pouco conhecimento sobre prevenção ao HIV e familiaridade com métodos profiláticos com antirretrovirais, falta de apoio familiar e social, dificuldade em armazenar a PrEP em sigilo, estigma associado ao HIV

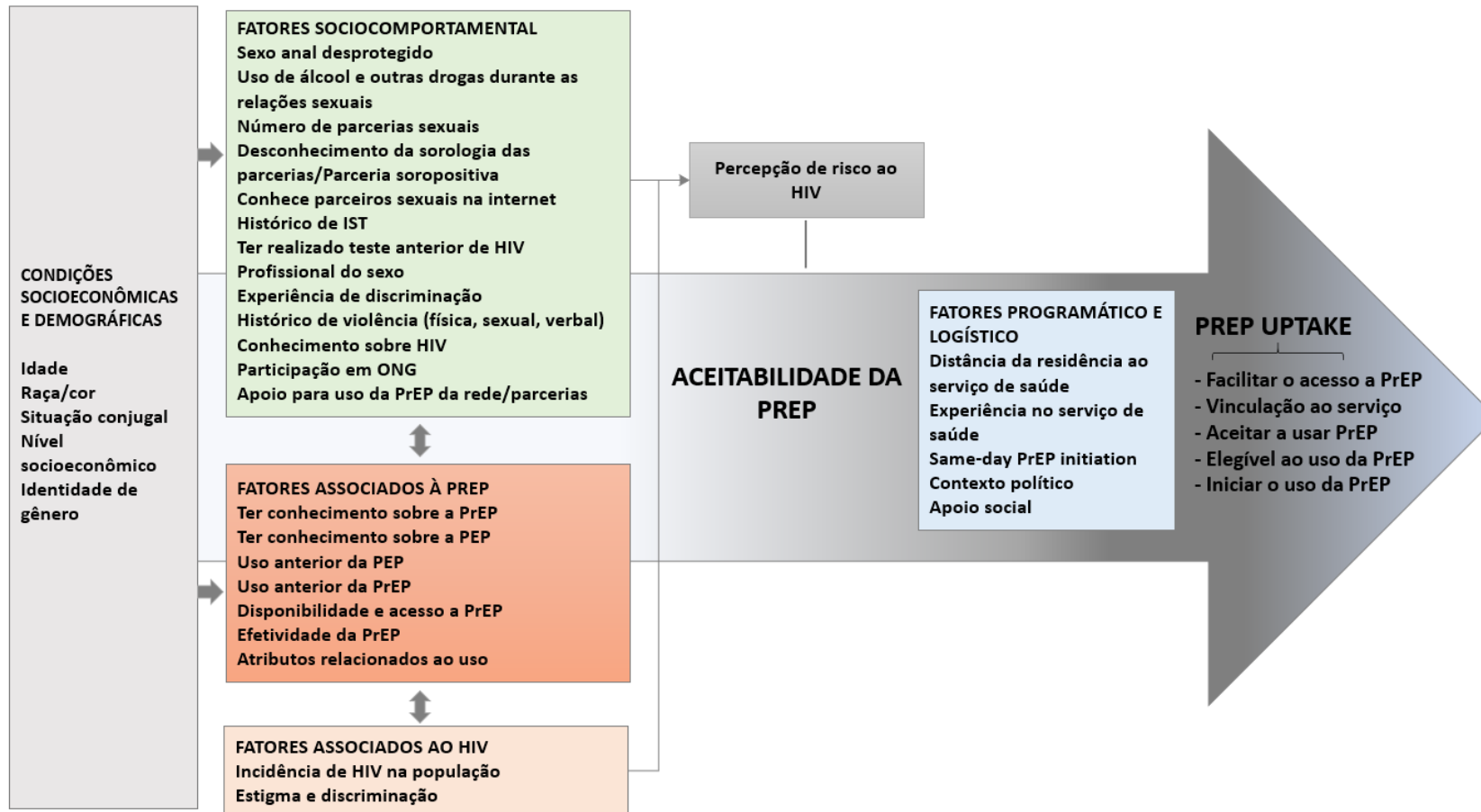
– devem ser consideradas pelos programas de PrEP durante o acolhimento para iniciação da profilaxia (HOSEK et al., 2016).

Uma maneira de aumentar o *uptake* é fornecer a PrEP no mesmo dia para o usuário elegível e com interesse de usar. Nesta estratégia, denominada em inglês, *same-day PrEP initiation*, é realizada a prescrição da PrEP no dia da consulta inicial, com ou sem o fornecimento de medicação naquele dia (MIKATI; JAMISON; DASKALAKIS, 2019). A prescrição da PrEP no mesmo dia é uma estratégia que reduz as barreiras para iniciar a PrEP, e diminui o tempo entre a avaliação de elegibilidade e o recebimento da prescrição (ROWAN et al., 2021). A estratégia *same-day PrEP initiation* é considerada viável e segura, com boa aceitação entre os usuários, além de apresentar altas taxas de vinculação dos indivíduos aos cuidados contínuos da PrEP (KAMIS et al., 2019).

A partir disso, observa-se que as razões para a adoção da PrEP, ou mesmo sua recusa, entre populações que estão em contexto de elevado risco de infecção ao HIV são complexas e ocorrem no nível do indivíduo, do profissional de saúde/prescritor, da comunidade e do sistema de saúde (HANNAFORD et al., 2018). Assim, a compreensão dos fatores que são considerados barreiras e facilitadores para a início de uso da PrEP é necessária para melhor orientar os programas e políticas de prevenção incluindo a PrEP (BAUERMEISTER et al., 2013).

A partir dessa discussão, temos a hipótese que a auto percepção de maior risco para o HIV está associada à aceitabilidade da PrEP entre HSH, assim como o PrEP *uptake* está associado aos fatores sociodemográficos e comportamentais próprios do contexto brasileiro entre adolescentes HSH e TrMT. A seguir, apresento um modelo conceitual da aceitabilidade e do *uptake* da PrEP elaborado à luz dos fatores e determinantes estabelecidos na literatura (Figura 3).

Figura 3. Modelo conceitual da aceitabilidade e do *uptake* da PrEP entre HSH e TrMT



Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Investigar a aceitabilidade e o *uptake* da PrEP entre HSH e TrMT no Brasil.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar a associação entre autopercepção de risco de infecção pelo HIV e a aceitabilidade da PrEP oral diária entre HSH residentes em doze capitais brasileiras;
- Analisar os perfis sociodemográficos e comportamentais de adolescentes HSH e TrMT quanto à iniciação de PrEP em três capitais brasileiras;
- Descrever o processo de *uptake* e analisar preditores do início de uso da PrEP entre adolescentes HSH e TrMT em três capitais brasileiras.

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento da pesquisa

Esta tese utilizou dados de dois estudos, sendo um inquérito sociocomportamental e sorológico, e o outro um estudo demonstrativo da efetividade da PrEP entre adolescentes HSH e TrMT. O primeiro é denominado “*Estudo de abrangência nacional de comportamentos, atitudes, práticas e prevalência de HIV, Sífilis e Hepatites B e C entre Homens que fazem sexo com homens*”, conhecido por “Me convida que eu vou”, realizado em 2016, em 12 capitais brasileiras: Belém (PA), Belo Horizonte (MG), Brasília (DF), Campo Grande (MS), Curitiba (PR), Fortaleza (CE), Manaus (AM), Porto Alegre (RS), Recife (PE), Salvador (BA), Rio de Janeiro (RJ) e São Paulo (SP). Este estudo teve por objetivo principal investigar os modos de vida, questões socioeconômicas, culturais, comportamentos de risco ao HIV e outras questões relacionadas à saúde na população de HSH, sendo coordenado pela pesquisadora Lígia Regina Franco Sansigolo Kerr, da Universidade Federal do Ceará (UFC).

O segundo é o “*Estudo da efetividade da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e das estratégias de captação e vinculação para o HIV entre adolescentes homens que fazem sexo com homens, travestis e mulheres transexuais com risco substancial de infecção pelo HIV no Brasil*”, também conhecido por PrEP1519. Este estudo teve por objetivo principal avaliar a efetividade do uso da PrEP entre adolescentes HSH e TrMT, de 15 a 19 anos, durante 3 anos de seguimento (2019 a 2021), em três grandes capitais brasileiras: Belo Horizonte, Salvador e São Paulo. Essa pesquisa teve três coordenadores locais: em Salvador, a profa. dra. Maria Inês Costa Dourado, do ISC/UFBA; em São Paulo, o prof. Alexandre Grangeiro, da USP; e em Belo Horizonte, o prof. Dirceu Greco, da UFMG.

A seguir será descrito a metodologia de cada desses estudos.

4.2 Contexto e participantes

Os critérios de inclusão na Pesquisa “*Me Convida que eu vou*” foram: se declarar homem cis; residir e/ou trabalhar em um dos 12 municípios do estudo; ter idade igual ou superior a 18 anos; ter tido pelo menos uma relação sexual com homem cis nos últimos 12 meses; aceitar as condições para participar do estudo, que incluíam responder um questionário estruturado, realizar teste rápido para HIV, sífilis e hepatites virais B e C; e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 1). Foram considerados critérios de exclusão o não atendimento aos requisitos supracitados, não apresentar o cupom/convite para

participar do estudo, bem como estar sob o efeito/influência de drogas, incluindo álcool, no momento da entrevista, de forma a dificultar o entendimento da pesquisa. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ; e, como parte do protocolo, obtido o consentimento por escrito de todos os participantes na admissão no estudo.

Neste estudo utilizou-se a técnica amostral *Respondent Driven Sampling* (RDS) por ser indicada para pesquisas com populações de difícil acesso, ou seja, que não há registros do número populacional, onde trabalham ou residem. Trata-se de uma amostragem dirigida pelos participantes, que convidam seus conhecidos compondo uma amostra de rede de contatos sociais (KENDALL et al., 2008). Os primeiros participantes selecionados são denominados “sementes”. Estas atendem aos critérios da pesquisa e são escolhidas com bastante cautela pelos pesquisadores de cada sítio, de forma não aleatória, e devem representar a heterogeneidade da população segundo as diferentes condições sociais, laborais, locais de moradia e idade. Cada “semente” deve recrutar novos indivíduos de sua rede social e, por conseguinte, cada indivíduo convidado irá recrutar novos contatos (limitado pelo número de convites que recebem, que neste estudo foram 3), e assim a amostra segue crescendo em “ondas” de recrutamento.

A partir da técnica amostral RDS é possível produzir cadeias de recrutamento independentes das sementes. Isto acontece quando se chega a um ponto do recrutamento que atinge um “equilíbrio”, assim os participantes já não são mais dependentes ou tem relação com as sementes escolhidas por conveniência pelos pesquisadores. No entanto, estudos têm revelado que mesmo ao obter mais de seis ondas de recrutamento, conforme foi indicado por Heckathorn (1997), não necessariamente chegam a uma situação de equilíbrio. Além disso, segundo o tamanho das redes sociais de cada participante, é possível criar estimadores para ponderar os dados produzidos na pesquisa a fim de corrigir a influência do tamanho da rede e do recrutamento diferencial. Estimou-se uma amostra de 350 indivíduos por município, com um acréscimo nas capitais mais populosas, como o Rio de Janeiro e São Paulo.

O estudo PrEP1519, por sua vez, teve por objetivo contribuir para a diminuição da incidência do HIV entre adolescentes HSH e TrMT, bem como avaliar a efetividade do uso da PrEP entre estes adolescentes. A população elegível para o serviço de PrEP eram adolescentes HSH e TrMT, entre 15 e 19 anos, identificados pelas estratégias de recrutamento ou que procurassem espontaneamente os serviços em cada cidade do projeto. Além destes critérios de inclusão na coorte, para início do uso da PrEP, avaliou-se: (1) ter teste negativo para HIV; (2) risco substancial de infecção e/ou maior vulnerabilidade ao HIV: *i*) relato de prática de sexo anal (receptiva ou insertiva) ou vaginal sem uso de preservativo nos últimos seis meses; *ii*)

episódio de IST e/ou uso de PEP no último ano; ou *iiii*) maior vulnerabilidade ao HIV, devido ao uso constante de drogas e álcool antes ou durante as relações sexuais, troca de sexo por dinheiro ou favores, e relato de discriminação e violência relacionados à sua vida afetivo-sexual; e (4) manifestação do desejo de utilizar PrEP, de acordo com a prescrição no projeto. Os critérios de exclusão para uso da PrEP eram apresentar: comprometimento clínico, definido pelo clearance de creatinina $< 60\text{ml/min}/1,75\text{m}^2$, estimado pela fórmula de Cockcroft-Galt para os maiores de 17 anos e pela fórmula de Schwartz para os menores de 17 anos; osteopenia detectada por história clínica de fraturas ósseas espontâneas na ausência de traumas; infecção pelo HIV definida por teste rápido anti-HIV reagente em amostra de sangue total, e sinais e sintomas de infecção viral aguda nos últimos trinta dias; e apresentar comprometimento mental que impeça o uso de PrEP.

O Estudo PrEP1519 foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Organização Mundial da Saúde (OMS) e das universidades brasileiras (USP, UFBA e UFMG). Obtido o consentimento escrito de todos os participantes inscritos no projeto no momento de sua admissão (Anexo 2). Os adolescentes com idade superior a 18 anos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), enquanto os menores tiveram excepcionalidades em cada sítio do estudo devido a diferentes decisões judiciais. Em São Paulo, aos menores eram exigidos apenas assinatura do termo de assentimento (TA); enquanto em Salvador, os menores assinavam o TA e os seus respectivos responsáveis o TCLE; ou ainda, quando identificado ruptura de vínculo familiar ou risco de violência devido à orientação sexual ou identidade de gênero por meio de avaliação da equipe psicossocial, era exigido apenas a assinatura do TA pelo adolescente; e em Belo Horizonte, aos menores eram solicitados assinatura do TA e dos seus responsáveis o TCLE.

Os adolescentes com risco acrescido de infecção por HIV identificados pelas estratégias de captação foram convidados a participar do projeto e vinculados aos serviços de prevenção combinada em cada sítio. As estratégias utilizadas para captação dos adolescentes foram: (1) captação por intervenção de educadores pares em locais de sociabilidade dos adolescentes; (2) captação em ONG; (3) encaminhamentos feitos por profissionais de serviços de saúde, por participantes do projeto, amigos e/ou parcerias sexuais que conhecem a clínica; (4) captação por meio de estratégias nas redes sociais, dentre elas o Instragram, Facebook, Grindr, Tinder, Badoo, Scruff e whatsapp (MAGNO, 2022).

4.3 Coleta de dados

Foram realizadas pesquisas formativas em ambos os estudos, em cada cidade participante, para identificar questões consideradas relevantes para as populações em questão. Através da pesquisa formativa, foi possível conhecer um pouco da realidade e dinâmica das populações dos estudos, de modo a auxiliar na implementação dos projetos, orientando na escolha de materiais educativos a serem distribuídos, na logística do estudo (local, dias e horários de funcionamento), identificação dos locais de sociabilidade, e outros encaminhamentos importantes.

4.3.1 Pesquisa HSH

Participou do estudo os convidados que compareceram ao campo com o cupom/convite e que atendiam aos critérios de elegibilidade. Utilizou-se *software* específico para controle e acompanhamento dos cupons. Ao chegar no espaço da pesquisa, o potencial participante entregava ao entrevistador o cupom e recebia as orientações pertinentes sobre a pesquisa, seus objetivos, os procedimentos, riscos e benefícios da participação.

A coleta dos dados se deu por meio de entrevistas face a face conduzidas por entrevistadores devidamente treinados ou autoaplicado pelo participante por meio de tablet. Todos os participantes receberam um ressarcimento (incentivo primário) no valor de R\$25,00 (vinte e cinco reais) para despesas com alimentação e transporte, e um incentivo secundário no mesmo valor por cada convidado elegível que compareceu e participou da pesquisa.

Após a aplicação do questionário (Anexo 3), os participantes eram encaminhados a uma sala para o aconselhamento pré-teste para HIV, sífilis e hepatites virais B e C. Em seguida, encaminhados à sala de testagem para realização dos testes rápidos. Profissionais de saúde capacitados realizaram a coleta do material biológico e procederam de acordo com os fluxogramas estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Todos os participantes passaram por pós aconselhamento em espaço reservado para este fim, garantindo a confidencialidade e o sigilo dos resultados, sendo fornecidas informações sobre os modos de prevenção e cuidado. Os participantes com resultados de sorologias positivos foram orientados e encaminhados às unidades de referência da rede pública para fazer o teste confirmatório e dar prosseguimento aos procedimentos necessários.

4.3.2 PrEP1519

Os participantes do estudo PrEP1519 foram acompanhados por equipe multiprofissional treinada formada por enfermeira, médicos, assistente social, farmacêutico e técnico de laboratório, sendo avaliados quanto a elegibilidade para uso da PrEP (Anexo 4) e registrado todos os atendimentos dos participantes em um sistema de dados – desde o recrutamento e cadastro, até as visitas clínicas e os respectivos exames laboratoriais de monitoramento –. Além dessas fichas, realizado um questionário sociocomportamental (Anexo 5), aplicado por um profissional ou autoaplicado pelo participante, que contém informações referentes aos modos de vida, comportamentos sexuais, experiência de discriminação e violência, e métodos preventivos às IST.

Ao serem inseridos no estudo, os adolescentes com risco acrescido ao HIV poderiam ter acesso às estratégias de prevenção combinada com uso de PrEP (braço PrEP) ou sem uso de PrEP (braço Não-PrEP). Sendo este estudo de demonstração da efetividade do uso oral diário da PrEP com a combinação TDF/FTC (dose fixa combinada, em que cada comprimido contém 200 mg de FTC e 300 mg de TDF), teve um desenho de coorte. O medicamento foi financiado pelo Ministério da Saúde, conforme aquisições realizadas para o suprimento da oferta pública de PrEP realizada pelo SUS, e fornecido aos adolescentes sem custo.

Os adolescentes com risco acrescido que não optaram por usar a PrEP ou não puderam utilizar a profilaxia, foram convidados a permanecer vinculados aos serviços de prevenção combinada do projeto, de forma a ter o acesso oportuno – e conforme suas necessidades – ao conjunto de ações de cuidado e prevenção disponibilizadas em cada serviço, sendo oferecido: testagem para HIV (incluindo autoteste), sífilis, hepatite B e C, informação e aconselhamento sobre HIV e outras IST, preservativos, gel lubrificante, PEP, vacinação (ou encaminhamento) para hepatite B e HPV, e tratamento (ou encaminhamento) para IST. Estes adolescentes puderam, também, optar pelo uso da PrEP ao longo do acompanhamento, caso desejassem e tivessem indicação de uso.

Em Belo Horizonte, o estudo aconteceu no Centro de Treinamento e Referência de Doenças Infecciosas e Parasitárias (CTR DIP Orestes Diniz/ UFMG/PBH), enquanto em Salvador, a Clínica de PrEP funcionou no Casarão da Diversidade, um Centro de Promoção dos Direitos Humanos da População LGBT, criado pela Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social do Estado da Bahia. Em São Paulo, aconteceu no Centro de Testagem e Aconselhamento Henfil, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, que foi criado em 1989, como o primeiro serviço de testagem do município, localizado na região central da cidade.

Na visita de triagem do participante houve avaliação clínica e do risco/vulnerabilidade ao HIV; teste sorológico para detecção do HIV utilizando teste rápido, coleta de material biológico para IST e exames de segurança para o uso de PrEP (creatinina sérica, dosagem das enzimas hepáticas AST, ALT), e avaliação de proteinúria (que foi realizada em fita reagente ou pela relação albumina/creatinina em amostra única de urina); orientação para adesão e prescrição de PrEP para 30 dias (com retorno programado em um mês). As demais visitas foram agendadas a cada trimestre, e sempre que o participante desejasse se consultar com a equipe multiprofissional. Os participantes receberam um ressarcimento no valor de R\$ 30,00 (trinta reais) nas visitas regulares programadas para custeio do transporte e lanche.

4.3.3 Gerenciamento de dados

O gerenciamento dos dados produzidos em cada município esteve sob responsabilidade compartilhada do coordenador local dos estudos e da coordenação geral.

No estudo *Me Convida que eu vou*, todas as unidades da pesquisa tinham acesso à internet, o que possibilitava que os dados fossem colhidos e imediatamente enviados para um programador central encarregado pelo gerenciamento. A fim de promover maior qualidade dos dados, os supervisores de campo local realizavam o controle do armazenamento e transferência eletrônica das bases de dados à coordenação central. Imediatamente após o fechamento do questionário no tablet, os dados eram salvos e transferidos através de internet para as bases de dados centrais em um sistema de gerenciamento de dados centralizado e seguro. Todas as bases repassadas à coordenação geral foram submetidas à revisão e limpeza.

O Estudo PrEP1519 teve um sistema de dados próprio – o *sisprep1519.org* -, no qual todos os contatos e atendimentos dos participantes eram registrados. Assim, os bancos de dados eram atualizados em tempo real, sendo criado diferentes bancos para cada ficha/questionário registrado. Neste estudo também houve monitoramento da qualidade dos registros, sendo submetidos à validação e avaliação da qualidade dos dados sistematicamente por equipe responsável em cada sítio do estudo.

Para essa tese, utilizamos o banco de dados das 12 cidades da pesquisa *Me Convida que eu vou* para a construção do primeiro artigo; e o banco de dados das três capitais do estudo PrEP1519 para elaboração do segundo e terceiro artigos. Nos artigos serão descritos o plano de análise definido para responder cada objetivo específico proposto nesta tese.

5. ARTIGOS

5.1 ARTIGO 1: PERCEIVED RISK OF HIV INFECTION AND ACCEPTABILITY OF PrEP AMONG MEN WHO HAVE SEX WITH MEN IN BRAZIL

Publicado em: *Archives of Sexual Behavior* (Fator de impacto em 2021 - 4.891), em 28.09.2022.

5.1.1 Abstract

Introduction The HIV epidemic affects men who have sex with men (MSM) disproportionately in Brazil, and pre-exposure prophylaxis (PrEP) is effective for preventing HIV in this population. However, low perceived risk of HIV may influence the acceptability and decision to use PrEP.

Methods This study estimated the association between self-perception of HIV risk and acceptability of daily oral PrEP among Brazilian MSM. Respondent-driven sampling (RDS) was used for behavioral and biological surveillance to recruit 4,176 MSM 18 years or over in 12 Brazilian cities in 2016. Results were weighted using Gile's estimator in RDS Analyst software. Adjusted odds ratios (OR) with 95% confidence intervals were calculated using multivariate logistic regression.

Results Acceptability of daily oral PrEP was high (69.7%) among the 3,544 MSM available for analysis. Most participants self-reported low or moderate risk of HIV infection (67.2%) and a small proportion (9.3%) reported high risk. A dose-response relationship was observed between acceptability of PrEP and self-reported risk: PrEP acceptability was 1.88 times higher (OR 1.8; 95% CI: 1.24–2.85) among MSM whose perceived risk of HIV infection was low or moderate, and 5 times higher (OR 5.68; 95% CI: 2.54–12.73) among those who self-reported high risk compared to MSM reporting no HIV risk.

Conclusion MSM with the highest risk perception of HIV reported higher rates of PrEP acceptability. Given the availability of daily oral PrEP in the public health care system in Brazil, we suggest emphasizing counseling about self-perception of HIV risk as part of routine HIV prevention services.

Key words: MSM, HIV infection, acceptability, PrEP, Brazil

5.1.2 Introduction

In Latin America, the HIV epidemic disproportionately affects men who have sex with men (MSM), who accounted for 40% of new HIV infections in 2018 (UNAIDS, 2019). In Brazil, in two nationwide surveys of MSM aged 18 and older conducted seven years apart, the prevalence of HIV among this age range was estimated to be 14.2% in 2009 and 18.4% in 2016 (KERR et al., 2018, 2013). Analyses of the data from these surveys show that MSM have little knowledge of HIV prevention, transmission, and treatment (GUIMARÃES et al., 2019), or which sexual practices increase the risk of HIV, as well as low perceived risk of HIV (GUIMARÃES et al., 2018).

In this context, pre-exposure prophylaxis for HIV (PrEP) adds value to a set of combination prevention measures for MSM. Oral PrEP is available for daily use or as an event-driven antiretroviral for individuals who are HIV negative (WHO, 2012, 2019). Its efficacy has been proven in different clinical trials (BAETEN et al., 2012; GRANT et al., 2010; MOLINA et al., 2017; THIGPEN et al., 2012), and its effectiveness has been shown in demonstration studies (COHEN et al., 2015; GRINSZTEJN et al., 2018; LIU et al., 2016; MOLINA et al., 2019; MONTGOMERY et al., 2016). In 2018, daily oral PrEP was included in the Brazilian national health system (Sistema Único de Saúde or SUS), for free, as part of the national public policy for HIV prevention targeting key population groups (PrEP-SUS) (BRASIL, 2017).

Nonetheless, despite the progress seen in HIV prevention in recent years, the prevalence of HIV among MSM is still high (SAFFIER; KAWA; HARLING, 2017). As for PrEP, socio-structural and contextual barriers have been observed, such as access to health services, fear of disclosing sexual orientation, HIV-related stigma, and fear of being perceived as promiscuous (DA SILVA et al., 2021), as well as individual barriers, such as uncertainty about the efficacy of PrEP, concerns about side effects, low perceived risk of HIV (MAGNO et al., 2019), the incorporation of daily medication in the routine, and the impact on their social lives due to HIV stigma (ZUCCHI et al., 2021).

Risk perception may be understood as a potential susceptibility assimilated by an individual of being affected by a danger, disease or injury, under certain behavioral conditions (BREWER et al., 2007). It is determined by multiple factors, including access to information, years of schooling, participation in HIV/AIDS NGO and HIV knowledge (WILLIAMS; NOYES, 2007). It is generally agreed that the likelihood of an individual changing his/her behavior and adopting protective attitudes is largely influenced by their state

of mind in assessing a risk, danger, or severity of an outcome (ROGERS, 1983). It's important to consider that risk is not a neutral concept (LUPTON, 1999), but has symbolic, cultural and moral dimensions which affect how people evaluate their behaviors and practices. In addition, values and meanings of risk also contribute to the way people position themselves in their practices and relationships.

Studies have shown that high perceived risk of HIV among MSM is associated with the adoption of preventive measures like HIV testing (KHAWCHAROENPORN et al., 2019; STEPHENSON et al., 2015), and PrEP use (GOLUB et al., 2013; PENG et al., 2018). Condom use is long known to be effective and associated with safer sex among MSM (KLEIN; KAPLAN, 2012). Shaefer et al. (2020) reported an association of high-risk perception of HIV and lack of condom use and also showed that an increase in condom use leads to a decrease in risk perception. However, a direct correlation between risk perception and real risk of HIV is highly complex (PLOTZKER et al., 2017), since other studies have shown that individuals at higher risk may perceive themselves at low or no risk of infection (KHAWCHAROENPORN et al., 2019; MACKELLAR et al., 2007; RUTSTEIN et al., 2020).

HIV risk perception is considered an important predictor of HIV preventive measures. However, studies on the association of perceived risk of HIV and the acceptability of daily oral PrEP among MSM are still scarce in Latin America. In this paper, we aimed at investigating this association among MSM residing in 12 capital cities in Brazil.

5.1.3 Methods

Study design

This study reports findings from a cross-sectional biological and behavioral survey among MSM, conducted in 12 Brazilian capital cities in the five regions of Brazil, from June to December 2016: Manaus, Belém (North Region), Fortaleza, Recife, Salvador (Northeast Region), Brasília, Campo Grande (Central-West Region), Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo (Southeast Region), Curitiba, and Porto Alegre (South Region). Participants were eligible for the study if they self-identified themselves as cisgender men; 18 years of age or older; had at least one sexual intercourse with another man or transgender woman in the past 12 months; reported spending most of their time in the selected city (i.e., living, studying, and/or working there); and received a valid study coupon. Each study participant was screened for eligibility prior to enrollment. The study was approved by the Research Ethics

Committee of the Federal University of Ceará and registered with the National Ethics Research Committee (n. 1.024.053). As mentioned, written informed consent was asked and obtained from all participants, who could withdraw consent at any stage of the process or skip any questions perceived as too sensitive, too personal, or distressing.

Data collection

Participants were recruited using respondent-driven sampling (RDS) as a sampling method aiming at obtaining a more robust and diverse sample (GILE; HANDCOCK, 2010; HECKATHORN, 1997). The formative phase of the study comprised group discussions with local MSM leaders, non-governmental organizations (NGO), potential participants, and local researchers. It aimed at identifying HIV risk-related behaviors, social and geographic organization of the MSM communities, potential limitations to recruitment, and decide on study operational issues, including the selection of seeds to start recruitment. As required by the RDS methods, 5 to 7 initial participants in each city—called seeds—were chosen purposively, following formative qualitative research. After participating in the interview and testing, each seed received three non-reproducible coupons to distribute to other MSM from their social networks. The interviewees recruited by the seeds were defined as the first wave of the study. This process was repeated until the a priori defined sample size was achieved in each site. Other methodological details may be found in Kendall et al. (2019).

Measures

The outcome variable in this analysis was acceptability of daily oral PrEP, as elicited in the question: “Are you willing to use PrEP?” (yes; no). It was explained to the participants that PrEP consisted of taking daily HIV-prevention drugs for those who were HIV negative to keep them free of the virus. MSM who self-reported HIV-positive at the time of the interview were excluded from the analysis because PrEP is recommended only for people who are HIV-negative. Also, at the time of data collection, PrEP was not yet available in Brazil. Therefore, the number of participants who had used PrEP before the study was too small ($n = 46$) for actually affecting the results, and they were not excluded from this analysis. The main exposure variable was perceived risk of HIV at the time of the interview (none; low; moderate; high). Because the proportions of acceptability among those with low or moderate risk perception were very similar, we decided to collapse these into one category due to power

considerations for the multivariate analysis. Other covariates were selected from a literature review: i - sociodemographic: age (< 25 years; \geq 25 years); race (black; non-black); schooling (<12 or 12+ years of formal education); stable partnership (yes; no); and socioeconomic class (A-B—higher; C-D-E—lower)—defined by the Brazilian Association of Research Organizations (ABEP, 2016) ; ii - sociobehavioral: condom use in receptive anal sex in the previous 6 months (always used; irregular use); any illicit drug use (cannabis, cocaine, crack, amphetamines, glue, solvents, ecstasy) within the last 6 months (yes; no); commercial sex in the last 6 months (yes; no); history of forced sexual intercourse (yes; no); at least one symptom of a STI—secretion, wart, ulcer, or lesion on penis or anus—in the previous 12 months (yes; no); previous HIV test in the lifetime (yes; no); history of discrimination due to sexual orientation in a lifetime (yes; no); number of sexual partners in the last 6 months (\leq 4; $>$ 4 to \leq 10; $>$ 10); used online platforms to find partners in the last 6 months (yes; no); iii - HIV and prevention related variables: ever heard of PrEP (yes; no); self-reported participation in HIV/AIDS non-governmental organizations (NGOs) (yes; no); previous post-exposure prophylaxis (PEP) use (yes; no); and an indicator of HIV knowledge (low; medium; high). The knowledge score was based on 12 questions about HIV transmission and prevention, using item response theory, and dividing the answers into < 25%, 25% to 75%, and $>$ 75% for low, medium, and high knowledge, respectively (GUIMARÃES et al., 2019); iv - PrEP variables related to barriers to PrEP use and risk compensation (evaluated by stopping condom use while taking PrEP) were: would have trouble remembering to take PrEP daily (yes; no); is afraid of side effects (yes; no); is afraid of people thinking he is HIV-positive (yes; no); fear of getting other STI if using PrEP (yes; no); would not use PrEP if regular HIV testing was required (yes; no); would stop using condom if using PrEP (yes; no).

Data analysis

The analysis was weighted due to the dependence between observations resulting from referral chains, and the probabilities of unequal selections due to the different sizes of each participant's network (HECKATHORN, 1997). Each one of the 12 cities was defined as a stratum. In each stratum, the weighting was inversely proportional to the size of each participant's network, totaling the stratum size. The questions in the questionnaire that measured the network size of each MSM were: “How many men do you know and who also know you, who have sex with other men (oral or anal) in the last 12 months, live, study and/or work in [municipality], are 18 years old or older, you encountered or spoke with in the last

two months?”. Overall proportions were weighted with Gile’s estimator in RDS Analyst software (KENDALL et al., 2019). The analysis was conducted using the library for complex samples of STATA software version 15 (College Station, TX: StataCorp LLC).

A descriptive analysis of the weighted frequency of acceptability of daily oral PrEP use, risk compensation, and potential barriers to PrEP use was conducted. In the analysis of the association between perceived risk of HIV and acceptability of PrEP, we fitted independent models yielding odds ratios adjusted for potential confounding factors, as well as their respective 95% confidence intervals (CIs). Variables with a p-value $\leq .10$ in the bivariate analysis or considered epidemiologically relevant were chosen to start multivariate modeling. Percent change in the effect of unadjusted to adjusted OR was used to evaluate confounding (ROTHMAN; GREENLAND; LASH, 2008). Only variables with $p < .05$ remained in the final model.

5.1.4 Results

A total of 4,176 MSM were recruited in the study, and those who were known to be HIV-positive were excluded from this analysis ($n=303$). In addition, those who did not answer the question “Are you willing to use PrEP? ($n=329$)” were also excluded, leaving 3,544 MSM available for this analysis. The proportion of PrEP acceptability was 69.7%. When asked about their perceived risk of HIV, 23.5% declared none, 67.2% said it was low or moderate, and 9.3% said it was high. Most participants were black (66.1%), less than 25 years old (61.0%), had no stable partnership (86.9%), and they were of a lower socioeconomic class (57.0%). The PrEP acceptability was highest among those who also reported a high perceived risk of HIV (88.0%), followed by those who reported a low or moderate perceived risk (72.8%), and lowest among those who believed they had no risk of HIV (57.4%) ($p=0.001$) (Table 1).

The acceptability of daily oral PrEP use was higher among MSM under 25 years of age, who reported condomless anal intercourse, experienced discrimination due to their sexual orientation, who used online platforms to find partners, and who had previously used PEP ($p < .05$), and it was lower among who participate in HIV/AIDS NGOs ($p < .05$). The acceptability of PrEP was also higher among MSM who had experienced sexual violence ($p = .06$), although of borderline statistical significance at p-value level of .05 (Table 1).

Regarding risk compensation, and potential barriers to PrEP use, 27.6% reported they would have trouble remembering to take PrEP every day, and 25.6% indicated they would not

use PrEP if regular HIV testing was required. As for the fears associated with PrEP use, 61.6% reported fear of side effects, 34.2% feared they could be mistaken for having HIV, and 73.4% feared getting other STI upon using PrEP. Only 18.6% said they would stop using condoms if they were using PrEP. When analyzing this by the practice of condom use, it was observed that among those who used condoms irregularly 26.2% would not use condoms if on PrEP, while 14.5% would stop it among those who always used condoms in anal sex (Table 2).

In the multivariate analysis, a dose–response relationship was observed between acceptability of PrEP and self-reported risk: PrEP acceptability was two times higher (OR 1.88; 95% CI: 1.24–2.85) among MSM whose perceived risk of HIV infection was low or moderate, and six times higher (OR 5.68; 95% CI: 2.54–12.73) among MSM who self-reported high risk compared to MSM reporting no HIV risk (Table 3).

5.1.5 Discussion

PrEP is an effective preventive strategy for reducing the risk of HIV infection among MSM (BRASIL, 2017). In this study, a dose–response relationship was observed, whereby MSM with the highest risk perception of HIV reported higher rates of PrEP acceptability. Perceived risk of HIV infection varies across population groups and contexts (CARDONA et al., 2012; GOLUB et al., 2013), while acceptability of a preventive technology is a complex, multidimensional phenomenon determined by the socioeconomic, political, and cultural context (MENSCH; VAN DER STRATEN; KATZEN, 2012). In low- and middle-income countries, in a context of limited use of PrEP and socioeconomic inequalities, specific factors tend to determine how acceptable PrEP is among MSM, such as level of schooling, knowledge of PrEP, and HIV risk perception (YI et al., 2017). Individuals who believe they are at risk of acquiring a disease are more likely to adapt their behavior in order to reduce such a risk, while those who feel less at risk may be unlikely to adopt protective behaviors (MACKELLAR et al., 2007). It is important to stress that perceived and actual risk of acquiring HIV are not directly associated (MACKELLAR et al., 2007; PLOTZKER et al., 2017). A study conducted in northeastern Brazil found that transgender women who had condomless anal intercourse were almost seven times less likely to use PrEP (SOARES et al., 2019) than the ones who always used a condom, indicating that involvement in contexts of increased vulnerability to HIV does not necessarily prompt increased interest in this prevention strategy.

There is evidence that a significant proportion of people who seroconvert may perceive themselves to be at no or low risk of HIV (CORNELI et al., 2014; MACKELLAR et al., 2005), which suggests that individuals who engage in sexual practices that involve a substantial risk of acquiring HIV may not perceive their context and/or sexual behavior as risky (MACKELLAR et al., 2005; PLOTZKER et al., 2017), leading to underestimation of real risk. For example, in this analysis, we observed that a lower proportion of participants who did not have commercial sex perceived themselves to be at a higher risk of HIV infection (7.87%), as compared to those who had commercial sex (17.84%) ($p < .05$) (Data not shown). However, those who did not have commercial sex were more willing to use PrEP, as indicated in Table 1. After adjustment for the perception of risk, this variable remains in the multivariate analysis (Table 3).

Since the 1970s, the perceived risk of acquiring a disease has been shown to be an important motivator for diagnostic testing and an important component of health behaviors and interventions designed to protect or improve health (KOWALEWSKI; HENSON; LONGSHORE, 1997). Risk perception is therefore an important pre-condition for intention to use HIV prevention methods including PrEP (CHAKRAPANI et al., 2022; HOLLOWAY et al., 2017).

It is known that, when a protective health measure is relatively simple for the target public to adopt, the association between perceived risk and the measure tends to be stronger. However, the opposite also applies: When a measure is overly complex, the association tends to be weaker, because decisions about whether to adopt such a measure tend to be influenced by multiple factors (BREWER et al., 2007). In the case of PrEP, important issues have to be considered as it involves incorporating a routine—the daily ingestion of a pill; concerns with side effects and social impacts due to the stigma associated with HIV (CHAN et al., 2016; GALEA et al., 2011; HOLLOWAY et al., 2017; MEYERS et al., 2014; PENG et al., 2018; PLOTZKER et al., 2017).

Notwithstanding, the barriers and resistance to the daily use of PrEP, such as fear of getting other STIs when using PrEP, side effects, or being perceived as having HIV because of the use of antiretrovirals, a high proportion of the participants who felt they were at moderate or high risk of HIV infection reported they would accept daily PrEP. Furthermore, a small proportion (18.6%) declared they would not use a condom if they were using PrEP. However, we should note that the practice of anal sex without always using condoms was reported by a large proportion of MSM interviewed in our study (37%). In this group, 26.2% would not use condoms if on PrEP, as compared to 14.5% among those who always used

condoms in anal sex in the past six months. This illustrates why HIV prevention programs should guide users about the available methods and their specificities, even when using PrEP. Programs should encourage MSM to make conscious decisions about their sexual health and affinities (TERTO JR, 2015).

While risk perceptions are dynamic and mutable as sexual behaviors and context change (RUTSTEIN et al., 2020), the main driver behind people's decision to not take PrEP in our study appears to be a low self-perception of HIV (WHITFIELD et al., 2018). Given the availability of oral PrEP in the public health care system in Brazil, we suggest emphasizing counseling about self-perception of HIV risk as part of routine HIV prevention services (MANSERGH; KOBLIN; SULLIVAN, 2012).

5.1.6 Limitations

The limitations of studies involving RDS have been described widely in the literature (GILE; HANDCOCK, 2010). As the sampling was non-random and depended on chain-referrals via contact networks, the results of this article cannot be generalized to the MSM in the 12 cities studied. It is important to note that, as found in other studies investigating PrEP acceptability, a stated intention to use does not necessarily translate into actual use. The participants may misclassify their answers to the questions of PrEP acceptability because it is hard for people to accurately know exactly what they would do in hypothetical situations. The data were self-reported, which could mean under- or over-reporting the acceptability of daily PrEP, especially because these questions were asked when PrEP was not yet available in the public health service and the previous knowledge about PrEP was limited among the participants. In order to reduce such bias, a brief explanation of PrEP was given before the questions about it were asked.

Furthermore, during the study, questions were asked about sexual experiences and behaviors that are subject to social desirability bias, which could be a weakness given that the data were gathered in face-to-face interviews. To counteract this bias, interviews were conducted in an MSM-friendly environment and fieldworkers were trained to remain neutral and supportive throughout the interview.

5.1.7 Conclusion

In this study, risk perception was found to be associated with the acceptability of daily PrEP. This suggests that the development of HIV prevention measures designed to increase risk perception among MSM who are vulnerable to HIV should be considered, whether through communication campaigns about the PrEP services on offer at the public health service or through health education initiatives run by health workers or NGOs. In addition, it is necessary to promote strategies of communication that do not increase PrEP stigma or HIV anxiety, but rather focus on the positive aspects associated with its use, including sexual autonomy and health empowerment, among others.

At a time when global concern for HIV has been somewhat diminished by both effective treatments and the current COVID-19 pandemic, the need for HIV guidance designed to help MSM re-assess their own risk is important, especially for those who may underestimate or deny such risks, in order to enable the identification of MSM who could benefit from incorporating PrEP into their daily routine. This implies tackling the challenge of helping individuals at higher risk of infection to gain awareness of their status and ensuring the availability of PrEP as a viable, effective option at their disposal.

5.1.8 Acknowledgments

This study was developed with data provided by the Department of Chronic Conditions and Sexually Transmitted Infections of the Health Surveillance Secretariat of the Brazilian Ministry of Health. The authors also thank all the respondents and their participation, without them this study would not be possible. The Brazilian HIV/MSM Surveillance Group: Alexandre K Pontes, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brazil; Ana C Camillo, Fundação Alfredo da Mata, Manaus, Brazil; Ana M Brito, Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Brazil; Ana RC Motta-Castro, FIOCRUZ/Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Campo Grande, Brazil; Daniela R Knauth, Andréa F Leal, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brazil; Edgar Merchan-Hermann e Ximena P Diaz, Universidade de Brasília, Brasília, Brazil; Luana NC Lima, Instituto Evandro Chagas, Belém, Brazil; Maria A Veras, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, Brazil; Inês Dourado, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brazil; Lígia R F S Kerr, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Brazil; Lisangela C Oliveira, Centro Universitário Autônomo do Brasil – UNIBRASIL, Curitiba, Brazil; Mark D C Guimarães, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brazil; Raimunda H M Macena, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Brazil;

Rosa S Mota, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Brazil; Maria S Cavalcante, Secretaria de Saúde do Ceará, Fortaleza, Brazil; Carl Kendall, Tulane University, New Orleans, The USA, and Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Brazil; George Rutherford, University of California San Francisco, San Francisco, The USA; Willi McFarland, University of California San Francisco, San Francisco, The USA.

5.1.9 Tables

Table 1. Proportion of acceptability of daily oral PrEP according to sociodemographic and behavioral characteristics among MSM, Brazil, 2016 (N=3,544).

Variables	Total		PrEP acceptability			
	N ^a	% ^b	n ^c	(%) ^d	P-Value ^e	OR ^f (95% CI)
Perceived risk of HIV infection						
None	706	23.5	471	(57.4)	0.001	1.0
Low to moderate	2453	67.2	1819	(72.8)		1.9 (1.3 – 3.1)
High	252	9.3	213	(88.0)		5.5 (2.5 – 12.1)
Sociodemographic						
Schooling						
<12 years	822	31.9	606	(69.5)	0.88	1
12+ Years	2690	68.0	1962	(70.1)		1.06 (0.71 – 1.58)
Age						
< 25 years	2235	61.0	1675	(73.5)	0.01	1
≥ 25 years	1277	38.9	893	(64.1)		0.64 (0.45 – 0.92)
Race						
Non-black	1252	33.9	906	(66.6)	0.28	1
Black	2276	66.1	1672	(70.8)		1.22 (0.85 – 1.75)
Stable partnership						
Yes	441	13.1	322	(70.2)	0.90	1
No	3095	86.9	2265	(69.6)		0.97 (0.60 – 1.56)
Socioeconomic class						
Higher (A-B)	1661	42.9	1234	(71.5)	0.38	1
Lower (C-D-E)	1883	57.0	1358	(68.2)		0.86 (0.60 – 1.21)
Socio-behavioral						
Condom use in receptive anal sex in the previous 6 months						
Always used	2022	63.0	1147	(66.4)	0.01	1
Irregular use	1504	37.0	1436	(74.7)		1.49 (1.08 – 2.08)
Illicit drug use in previous 6 months						
No	1695	46.9	1229	(67.2)	0.20	1
Yes	1803	53.0	1338	(71.9)		1.25 (0.88 – 1.77)

History of forced sexual Intercourse						
No	2780	78.9	2016	(67.9)	0.06	1
Yes	742	21.1	562	(76.3)		1.52 (0.98 – 2.36)
STI symptoms						
Yes	628	17.7	481	(66.2)	0.43	1
No	2909	82.3	2106	(70.4)		0.83 (0.51 – 1.33)
Previous HIV test in the lifetime						
No	1072	35.2	795	(69.1)	0.83	1
Yes	2470	64.8	1795	(69.9)		1.04 (0.73 – 1.49)
History of discrimination due to sexual orientation in a lifetime						
					0.001	
No	1037	63.6	744	(63.1)		1
Yes	2494	65.4	1842	(73.2)		1.59 (1.12 – 2.27)
Number of sexual partners in previous 6 months						
≤ 4	1998	59.8	1426	(68.2)	0.66	1
> 4 to ≤ 10	836	23.5	629	(71.4)		1.16 (0.78 – 1.76)
> 10	710	16.7	537	(72.3)		1.21 (0.71 – 2.07)
Used online platforms for searching partners						
No	1133	36.9	815	(63.1)	0.01	1
Yes	2373	63.0	1754	(73.3)		1.60 (1.11 – 2.31)
Self-reported participation in HIV/AIDS NGO						
No	3176	90.4	2335	(71.2)	0.01	1
Yes	347	9.6	245	(56.1)		0.51 (0.29 – 0.89)
Commercial sex in previous 6 months						
Yes	557	14.9	405	(61.2)	0.07	1
No	2955	85.1	2170	(71.1)		1.56 (0.96 – 2.54)
<hr/> <i>HIV Prevention</i> <hr/>						
Ever heard of PrEP						
No	2608	69.6	1908	(68.7)	0.44	1
Yes	917	30.4	670	(71.9)		1.16 (0.79 – 1.72)
Previous PEP use						
No	3369	94.9	2458	(68.9)	0.001	1
Yes	175	5.0	134	(83.7)		2.3 (1.28 – 4.17)

HIV Knowledge

Low	792	27.9	563	(72.9)	0.57	1
Medium	1883	46.9	1379	(68.2)		0.79 (0.52 – 1.23)
High	869	25.1	650	(68.8)		0.82 (0.49 – 1.37)

^a Total in each category for each variable.

^b Weighted distribution of categories according to each variable, considering that missing data varies.

^c Number of participants with PrEP acceptability in each category of each variable.

^d Weighted proportion of PrEP acceptability according to each category of each variable

^e P-value comparing PrEP acceptability for each variable

^f Univariate Weighted Odds Ratio of PrEP acceptability with 95% confidence interval for each variable.

Table 2. Prevalence of acceptability and knowledge of daily oral PrEP, risk compensation, and barriers to PrEP use among men who have sex with men. Brazil, 2016.

<i>Variable</i>	N	%^a
Acceptability of daily PrEP use	2592	69.7
Trouble remembering to take PrEP daily	1007	27.6
Would not use PrEP if regular testing was required	838	25.6
Afraid of side effects	2137	61.6
Fear of people thinking they are HIV-positive	1092	34.2
Fear of getting other STIs if using PrEP	2563	73.4
Would stop using condom if use PrEP	622 ^b	18.6
<i>Among those who always use condom in receptive anal sex</i>	285	14.5
<i>Among those who used condoms irregularly in receptive anal sex</i>	335	26.2

^a Weighted using Gile's estimator

^b 2 participants did not have receptive anal sex in the last 6 months

Table 3. Multivariate analysis of the association between perceived risk of HIV infection and acceptability of daily oral PrEP among men who have sex with men. Brazil, 2016.

<i>Variable</i>	<i>Acceptability of PrEP (N=3.345)^b</i>		
	OR^a	95%CI	p-values
Perceived risk of HIV infection			
None	1.00	-	
Low to moderate	1.88	1.24 - 2.85	0.00
High	5.68	2.54 - 12.73	0.00
Race			
Non-black	1.00	-	
Black	1.44	1.00 – 2.07	0.05
Used online platforms for searching partners			
No	1.00	-	
Yes	1.68	1.17 – 2.41	0.00
Commercial sex in previous 6 months			
Yes	1.00	-	
No	1.80	1.06 – 3.06	0.03
Previous PEP use			
No	1.00	-	
Yes	1.87	0.99 – 3.54	0.05

^a Weighted by Gile's estimator

^b Due to missing variables, the final model had a reduction in the number of observations.

5.1.10 References

- BAETEN, J. M. et al. Antiretroviral Prophylaxis for HIV Prevention in Heterosexual Men and Women. **N Engl J Med.**, v. 367, n. 5, p. 399–410, ago. 2012. Available from: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1108524>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Clinical Protocol and Therapeutic Guidelines for Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) for Risk of HIV Infection.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_profilaxia_prep.pdf
- BREWER, N. T., et al. Meta-analysis of the relationship between risk perception and health behavior: the example of vaccination. **Health Psychol.**, v. 26, n. 2, p. 136–145, mar. 2007. Available from: <https://doi.org/10.1037/0278-6133.26.2.136>
- CARDONA, O. D. et al. Determinants of risk: exposure and vulnerability. *In*: IPCC. **Managing the risks of extreme events and disasters to advance climate change adaptation: a special report of the Intergovernmental Panel on Climate Change.** Cambridge, UK; New York, NY: Cambridge University Press, 2012. p. 65–108. Available from: https://www.ipcc.ch/site/assets/uploads/2018/03/SREX_Full_Report-1.pdf
- CHAKRAPANI, V. et al. PrEP eligibility, HIV risk perception, and willingness to use PrEP among high-risk men who have sex with men in India: a cross-sectional survey. **AIDS Care**, v. 34, n. 3, p. 301-309, mar. 2022. Available from: <https://doi.org/10.1080/09540121.2021.1887801>
- CHAN, P. A. et al. Implementation of preexposure prophylaxis for human immunodeficiency virus prevention among men who have sex with men at a New England sexually transmitted diseases clinic. **Sex Transm Dis.**, v. 43, n. 11, p. 717–723, nov. 2016. Available from: <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000514>
- COHEN, S. E. et al. High interest in preexposure prophylaxis among men who have sex with men at risk for HIV infection: Baseline data from the US PrEP demonstration project. **J Acquir Immune Defic Syndr.**, v. 68, n. 4, p. 439–448, apr. 2015. Available from: <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000000479>
- CORNELI, A. L. et al. A descriptive analysis of perceptions of HIV risk and worry about acquiring HIV among FEM-PrEP participants who seroconverted in Bondo, Kenya, and Pretoria, South Africa. **J Int AIDS Soc.**, v. 17, n. 3, p. 19152, sep. 2014. Available from: <https://doi.org/10.7448/IAS.17.3.19152>
- ABEP. **Brazilian Criteria 2015 and social class distribution update for 2016.** Brazilian Market Research Association, 2016. Available from: <https://www.abep.org/criterio-brasil>
- DA SILVA, L. A. V. et al. Moral barriers to HIV prevention and care for gay and bisexual men: challenges in times of conservatism in Brazil. **Sociol Health Illn.**, v. 43, n. 2, p. 424–440, feb. 2021. Available from: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13230>
- GALEA, J. T. et al. Acceptability of pre-exposure prophylaxis as an HIV prevention strategy: barriers and facilitators to pre-exposure prophylaxis uptake among at-risk Peruvian populations. **Int J STD AIDS**, v. 22, n. 5, p. 256–262, may 2011. Available from: <https://doi.org/10.1258/ijsa.2009.009255>
- GILE, K. J.; HANDCOCK, M. S. Respondent-driven sampling: an assessment of current methodology. **Sociol Methodol.**, v. 40, n. 1, p. 285–327, aug. 2010. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9531.2010.01223.x>

GOLUB, S. A. et al. From efficacy to effectiveness: facilitators and barriers to PrEP acceptability and motivations for adherence among MSM and transgender women in New York City. **AIDS Patient Care STDS**, v. 27, n. 4, p. 248–254, abr. 2013. Available from: <https://doi.org/10.1089/apc.2012.0419>

GRANT, R. M. et al. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. **N Engl J Med**, v. 363, n. 27, p. 2587–2599, dez 2010. Available from: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1011205>

GRINSZTEJN, B. et al. Retention, engagement, and adherence to pre-exposure prophylaxis for men who have sex with men and transgender women in PrEP Brasil: 48 week results of a demonstration study. **Lancet HIV**, v. 5, n. 3, p. e136–e145, mar. 2018. Available from: [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(18\)30008-0](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(18)30008-0)

GUIMARÃES, M. D. C. et al. Comparing HIV risk-related behaviors between 2 RDS national samples of MSM in Brazil, 2009 and 2016. **Medicine**, Baltimore, v. 97, n. 1S Suppl 1, p. S62–S68, maio 2018. Available from: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000009079>

GUIMARÃES, M. D. C. et al. HIV/AIDS knowledge among MSM in Brazil: a challenge for public policies. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 22, n. Suppl 1, p. E190005, 2019. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190005.supl.1>

HECKATHORN, D. D. Respondent-driven sampling: a new approach to the study of hidden populations. **Social Problems**, v. 44, n. 2, p. 174–199, may. 1997. Available from: <https://doi.org/10.2307/3096941>

HOLLOWAY, I. W. et al. Facilitators and barriers to pre-exposure prophylaxis willingness among young men who have sex with men who use geosocial networking applications in California. **AIDS Patient Care STDS**, v. 31, n. 12, p. 517–527, dec. 2017. Available from: <https://doi.org/10.1089/apc.2017.0082>

KENDALL, C. et al. The 12 city HIV surveillance survey among MSM in Brazil 2016 using respondent-driven sampling: a description of methods and RDS diagnostics. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 22, e190004, 2019. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190004>

KERR, L. et al. HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil: results of the 2nd national survey using respondent-driven sampling. **Medicine**, Baltimore, v. 97, p. S1, maio 2018. Available from: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000010573>

KERR, L. R. F. S. et al. HIV among MSM in a large middle-income country. **AIDS**, v. 27, n. 3, p. 427–435, 2013. Available from: <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e32835ad504>

KHAWCHAROENPORN, T. et al. HIV risk, risk perception and uptake of HIV testing and counseling among youth men who have sex with men attending a gay sauna. **AIDS Res Ther.**, v. 16, n. 1, p. 13, jun. 2019. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12981-019-0229-z>

KLEIN, H.; KAPLAN, R. L. Condom use attitudes and HIV risk among American MSM seeking partners for unprotected sex via the internet. **Int Public Health J.**, v. 4, n.4, p. 419–434, dec. 2012.

KOWALEWSKI, M. R.; HENSON, K. D.; LONGSHORE, D. Rethinking perceived risk and health behavior: a critical review of HIV prevention research. **Health Educ Behav.**, v. 24, n. 3, p. 313–325, jun 1997. Available from: <https://doi.org/10.1177/109019819702400305>

- LIU, A. Y. et al. Preexposure prophylaxis for HIV infection integrated with municipal- and community-based sexual health services. **JAMA Int Med.**, v. 176, n. 1, p. 75–84, jan. 2016. Available from: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.4683>
- LUPTON, D. **Risk**. London: Routledge, 1999.
- MACKELLAR, D. A. et al. Unrecognized HIV infection, risk behaviors, and perceptions of risk among young men who have sex with men: opportunities for advancing HIV prevention in the third decade of HIV/AIDS. **J Acquir Immune Defic Syndr.**, v. 38, n. 5, p. 603–14, abr. 2005. Available from: <https://doi.org/10.1097/01.qai.0000141481.48348.7e>
- MACKELLAR, D. A. et al. Perceptions of lifetime risk and actual risk for acquiring HIV among young men who have sex with men. **AIDS Behav.**, v. 11, n. 2, p. 263–270, mar. 2007. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10461-006-9136-0>
- MAGNO, L. et al. Knowledge and willingness to use pre-exposure prophylaxis among men who have sex with men in Northeastern Brazil. **Global Public Health**, v. 14, n. 8, 1098-1111, ago. 2019. Available from: <https://doi.org/10.1080/17441692.2019.1571090>
- MANSERGH, G.; KOBLIN, B. A.; SULLIVAN, P. S. Challenges for HIV pre-exposure prophylaxis among men who have sex with men in the United States. **PLoS Med.**, v. 9, n. 8, e1001286, aug. 2012. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001286>
- MENSCH, B. S.; VAN DER STRATEN, A.; KATZEN, L. L. Acceptability in microbicide and PrEP trials: current status and a reconceptualization. **Curr Opin HIV AIDS**, v. 7, n. 6, p. 534–541, nov. 2012. Available from: <https://doi.org/10.1097/COH.0b013e3283590632>
- MEYERS, K. et al. High interest in a long-acting injectable formulation of pre-exposure prophylaxis for HIV in young men who have sex with men in NYC: a P18 cohort substudy. **PLoS One**, v. 9, n. 12, p. e114700, dez. 2014. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0114700>
- MOLINA, J.-M. et al. Incidence of HIV-infection with daily or on-demand PrEP with TDF/FTC in Paris area. Update from the ANRS Prevenir Study. *In: 10th IAS Conference on HIV Science (IAS) 2019*, Mexico City, Mexico, July 21-24, 2019. Available from: https://www.natap.org/2019/IAS/IAS_41.htm
- MOLINA, J. M. et al. Efficacy, safety, and effect on sexual behaviour of on-demand pre-exposure prophylaxis for HIV in men who have sex with men: an observational cohort study. **Lancet HIV**, v. 4, n. 9, p. e402–e410, set. 2017. Available from: [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(17\)30089-9](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(17)30089-9)
- MONTGOMERY, M. C. et al. Adherence to Pre-Exposure Prophylaxis for HIV Prevention in a Clinical Setting. **PloS One**, v. 11, n. 6, p. e0157742, jun. 2016. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157742>
- PENG, P. et al. A global estimate of the acceptability of pre-exposure prophylaxis for HIV among men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis. **AIDS Behav.**, v. 22, n. 4, p. 1063–1074, abr. 2018. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10461-017-1675-z>
- PLOTZKER, R. et al. Importance of Risk Perception: Predictors of PrEP Acceptance Among Thai MSM and TG Women at a Community-Based Health Service. **J Acquir Immune Defic Syndr.**, v. 76, n. 5, p. 473–481, dez. 2017. Available from: <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001536>
- ROGERS, R. W. Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: a revised theory of protection motivation. *In: CACIOPPO, J.; PETTY, R. (ed.) Social psychology: a sourcebook*. New York: Guilford Press, 1983. p. 153-176. Available from:

<https://www.researchgate.net/publication/229068371> Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change A revised theory of protection motivation

ROTHMAN, K. J.; GREENLAND, S.; LASH, T. L. **Modern Epidemiology**. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008.

RUTSTEIN, S. E. et al. Initiation, discontinuation, and restarting HIV pre-exposure prophylaxis: ongoing implementation strategies. **Lancet HIV**, v. 7, n. 10, p. e721–e730, oct. 2020. Available from: [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(20\)30203-4](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(20)30203-4)

SAFFIER, I. P., KAWA, H., & HARLING, G. A scoping review of prevalence, incidence and risk factors for HIV infection amongst young people in Brazil. **BMC Infect Dis.**, v. 17, n. 1, p. 675, oct. 2017. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12879-017-2795-9>

SCHAEFER, R. et al. Relationships between changes in HIV risk perception and condom use in East Zimbabwe 2003-2013: population-based longitudinal analyses. **BMC Public Health**, v. 20, n. 1, p. 756, may. 2020. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08815-1>

SOARES, F. et al. Factors associated with PrEP refusal among transgender women in Northeastern Brazil. **AIDS Behav.**, v. 23, n. 10, out 2019. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02501-z>

Stephenson, R., White, D., Darbes, L., Hoff, C., & Sullivan, P. HIV Testing Behaviors and Perceptions of Risk of HIV Infection Among MSM with Main Partners. **AIDS Behav.**, v. 19, n. 3, p. 553–560, 2015. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10461-014-0862-4>

TERTO JR, V. Different preventions methods lead to different choices? Questions on HIV/AIDS prevention for men who have sex with men and other vulnerable populations. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 18 (suppl. 1), p. 156-168, sept 2015. Available from: <https://doi.org/10.1590/1809-4503201500050012>

THIGPEN, M. C. et al. Antiretroviral preexposure prophylaxis for heterosexual HIV transmission in Botswana. **N Engl J Med.**, v. 367, n. 5, p. 423–434, ago. 2012. Available from: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1110711>

UNAIDS. **UNAIDS DATA 2019**. Geneva, Switzerland: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2019. Available from: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2019/2019-UNAIDS-data>

WHITFIELD, T. H. F. et al. Why I quit pre-exposure prophylaxis (PrEP)? A mixed-method study exploring reasons for PrEP discontinuation and potential re-initiation among gay and bisexual men. **AIDS Behav.**, v. 22, n. 11, p. 3566–3575, nov. 2018. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2045-1>

WILLIAMS, D. J.; NOYES, J. M. How does our perception of risk influence decision-making? Implications for the design of risk information How does our perception of risk influence decision-making? Implications for the design of risk information. **Theoretical Issues in Ergonomics Science**, v. 8, n. 1, p. 1–35, feb. 2007. Available from: <https://doi.org/10.1080/14639220500484419>

WHO. **Guidance on oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) for serodiscordant couples, men and transgender women who have sex with men at high risk of HIV**: recommendations for use in the context of demonstration projects. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2012. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75188/1/9789241503884_eng.pdf?ua=1

WHO. **What's the 2+1+1?** Event-driven oral pre-exposure prophylaxis to prevent HIV for men who have sex with men: update to WHO's recommendation on oral PrEP. Geneva,

Switzerland: World Health Organization, 2019. Available from:

<https://www.who.int/publications/i/item/what-s-the-2-1-1-event-driven-oral-pre-exposure-prophylaxis-to-prevent-hiv-for-men-who-have-sex-with-men>

YI, S. et al. Awareness and willingness to use HIV pre-exposure prophylaxis among men who have sex with men in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. **J Int AIDS Soc.**, v. 20, n. 1, p. 21580, jun 2017. Available from:

<https://doi.org/10.7448/IAS.20.1.21580>

ZUCCHI, E. M., et al. Acceptability of daily pre-exposure prophylaxis among adolescent men who have sex with men, travestis and transgender women in Brazil: a qualitative study. **PLoS One**, v. 16, n. 5, e0249293, may. 2021. Available from:

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249293>

5.2 ARTIGO 2: SAME-DAY INITIATION OF ORAL PRE-EXPOSURE PROPHYLAXIS IS HIGH AMONG ADOLESCENT MEN WHO HAVE SEX WITH MEN AND TRANSGENDER WOMEN IN BRAZIL

Em revisão na revista: *Journal of Adolescent Health* (Fator de Impacto 7,83 em 2021), submetido em janeiro/2023.

5.2.1 Abstract

Purpose: This study analyzed the sociodemographic and behavioral characteristics of adolescent men who have sex with men (aMSM) and transgender women (aTGW) initiating oral PrEP in HIV prevention clinics.

Methods: PrEP1519 is a prospective, multicenter, open-label PrEP demonstration cohort study of aMSM and aTGW aged 15–19 living in three large Brazilian capital cities. For this analysis, we included adolescents who enrolled in PrEP1519 from February 2019 to August 2021. Adolescents who visited PrEP clinics were classified into four groups based on PrEP eligibility and on their decision to use PrEP: i) ineligible for same-day PrEP initiation; ii) eligible for same-day PrEP initiation, initiated PrEP at first visit; iii) eligible for PrEP initiation, initiated PrEP after the first visit; and iv) eligible for same-day PrEP initiation but declined. The groups that were eligible for same-day PrEP initiation were described and compared using the χ^2 and Fisher's Exact tests.

Results: Of the 1,254 adolescents enrolled in the PrEP1519 study, 61 (4.9%) were considered ineligible for same-day PrEP initiation. Of the 1,193 eligible for same-day PrEP initiation, 1,113 (93.3%) initiated PrEP [1,054 initiated PrEP in the first visit (88.3%) and 59 in subsequent visits during the follow-up (4.9%)], and 80 (6.7%) did not. Despite 90% of the PrEP decliners reporting a low risk of HIV infection, most reported condomless anal sex in the past six months (70%).

Conclusions: Same-day PrEP initiation among aMSM and aTGW was high, highlighting that this strategy was important to promote PrEP initiation among adolescents with increased vulnerability to HIV in Brazil.

Keywords: PrEP, prevention, HIV, adolescents, men who have sex with men, transgender women

5.2.2 Introduction

The incidence of the human immunodeficiency virus (HIV) has been increasing among adolescent men who have sex with men (aMSM) and transgender women (aTGW) in Brazil [1]–[3]. A systematic review of HIV prevalence studies in Latin America and the Caribbean found that HIV prevalence was higher among MSM younger than 25 years compared to the general population, with an increasing trend from 2006 to 2020 [4].

Increased vulnerability to HIV infection in these populations can be explained by multiple biological, social, structural, and behavioral factors [5]–[7]. Characteristics such as the presence of other STIs, as well as discrimination, stigma, low levels of education, socioeconomic status, and limited access to health services, are associated with increased vulnerability to HIV infection [5], [6], [8]–[15]. Furthermore, some sexual behaviors can increase exposure to HIV, for example, if condoms are not used during anal or group sex or by consumption of alcohol and/or other drugs during sexual intercourse or transactional sex [16]–[18]. Despite these unprotected sexual practices, aMSM and aTGW in a context of increased vulnerability to HIV may have a low infection risk perception [19], [20], and therefore a lack of interest in using HIV prevention methods such as HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) [21].

PrEP is a highly effective component of a combined HIV prevention strategy for populations at high risk of HIV. In oral PrEP, individuals who are seronegative for HIV take two antiretroviral drugs, daily or on demand, to prevent HIV infection [22], [23]. Daily oral PrEP was recommended for key populations by WHO in 2014 [24]. In Brazil, PrEP is available for sexually active individuals aged >15 years at increased risk of HIV infection, including aMSM and aTGW [25], as one of the combination HIV prevention strategies available in Brazil's National Health System (*Sistema Único de Saúde* – SUS) [26]. However, progression from PrEP awareness to initiation has been slow, and access is limited in many countries [27]. To reduce access barriers and to avoid missing opportunities, PrEP programs, including the PrEP-SUS program in Brazil which has implemented same-day PrEP initiation [25]. In this approach, eligible individuals initiate PrEP on the same day of their first visit, thereby reducing barriers and the time between the initial assessment by providers and PrEP initiation [28].

However, knowledge about PrEP initiation among key adolescent populations and effective strategies to promote its use still needs to be improved [29]. PrEP1519 is the first prospective, multicenter, open-label PrEP demonstration cohort study in Latin America and is

one of the largest cohorts of adolescents using PrEP. A detailed understanding of aMSM and aTGW who initiate or decline PrEP is critical for developing strategies for PrEP initiation and expansion specific to these populations. Therefore, we aimed to examine the sociodemographic and behavioral characteristics of aMSM and aTGW in PrEP clinics in three Brazilian state capitals.

5.2.3 Methods

Study design

In this analysis, we used baseline data from 2019 to 2021 of the demonstration cohort study PrEP1519 carried out in three large Brazilian capitals: Belo Horizonte (Minas Gerais State), Salvador (Bahia State), and São Paulo [30]. Adolescents MSM and TGW vulnerable to HIV were recruited using demand-creation strategies, including face-to-face and online approaches, on digital youth platforms and social media. Further information on procedures for recruiting adolescents to enroll in PrEP clinics is described elsewhere [31].

The PrEP1519 study included individuals meeting the following inclusion criteria: aged 15 to 19 years; living, working, or studying in one of the three study sites; and self-declared aMSM or aTGW at study enrollment. The exclusion criteria were to be under the effect/influence of drugs and/or alcohol during the interview, in a manner that rendered it difficult for them to understand the research questions, or to have any mental health impairments that would compromise PrEP and/or participation in the study. At enrollment in PrEP1519, a multidisciplinary team – consisting of physicians, nurses, a pharmacist, a psychologist, and a social worker, assessed adolescents.

In addition to the inclusion criteria to participate in the study, the participants were then assessed for their eligibility for PrEP, which consisted of having a negative HIV test and having at least one of the following criteria: having had condomless anal sex in the past six months; having had an STI episode or used PEP in the past 12 months; reporting frequent drug and/or alcohol use during sexual intercourse; having had transactional sex (in exchange for money or favors); history of discrimination or violence due to sexual orientation, or any other situation evaluated by the healthcare professional as high risk for HIV infection. Furthermore, if adolescents had any of the following clinical criteria, then they were temporarily or permanently not indicated for PrEP:

History of spontaneous bone fracture.

Clinical condition suggestive of acute viral infection within 30 days from the consultation.

Risky sexual intercourse in the last 72 hours (in this case, with an indication for PEP). Renal failure (defined as glomerular filtration rate (GFR) <60 mL/min/1.73m², using the Cockcroft-Galt formula for adolescents aged ≥ 18 years and the Schwartz formula for adolescents aged 15 to 17 years).

If adolescents reported risky sex in the last 72 hours and/or presented with clinical symptoms characteristics of an acute HIV, a short-term follow-up was scheduled for testing to confirm the diagnosis (if recently infected with HIV) or to reassess their eligibility for PrEP. Nevertheless, 100% of the adolescents considered ineligible for same-day PrEP initiation at their first visit did not return to the clinical consultation to reassess their indication for PrEP during the study period despite attempts to contact them.

All eligible individuals were asked at the first visit if they wanted to initiate daily oral PrEP, with a fixed dose of 200 mg emtricitabine (FTC), and 300 mg tenofovir disoproxil fumarate (TDF) in one pill. Generic TDF/FTC was provided (Blanver Pharmaceuticals S.A., São Paulo, Brazil) by the Brazilian Ministry of Health. Those who did not want to initiate PrEP at the first visit were scheduled for follow-up visits. Participants initiating same-day PrEP were prescribed and dispensed a PrEP bottle containing 30 pills. Follow-up visits occurred at 30 days, 60 days, and then quarterly. At each visit, enough PrEP bottles containing 30 pills each were delivered to cover the days between visits. Further details of the study have been published elsewhere [30].

The participants had access to other HIV prevention strategies such as counseling, condoms, lubricants, HIV self-testing, HIV post-exposure prophylaxis (PEP), rapid tests for HIV and other sexually transmitted infections (STIs), including syphilis and viral hepatitis B and C. Swab samples were collected for STI testing, including chlamydia, gonorrhea, and human papilloma virus (HPV). Blood was collected for safety tests to assess kidney and liver function.

Data collection

Participants enrolled in PrEP1519 from February 2019 to August 2021 were followed up until February 2022 to assess PrEP initiation. Specifically, we considered whether participants initiated PrEP at the first visit, and for those ineligible for same-day PrEP due to temporary clinical contraindications requiring results of safety exams or who declined PrEP at their first visit, whether they initiated PrEP at follow-up visits.

Data collected by a healthcare professional at the first visit included: (1) sociodemographic characteristics (population [aMSM, aTGW]; age in years (15 to 17, 18 to 19); race/color (black [brown, black], non-black [white, asian and indigenous]); education (1 to 11 years, ≥ 12 years); study area (Salvador, São Paulo, Belo Horizonte)); (2) PrEP eligibility (HIV infection and risk, inclusion and exclusion criteria, willingness to use PrEP); and (3) behavioral characteristics (condom use at first sexual intercourse, yes or no; condomless anal sex in the past 6 months, yes or no; STI episode in the past 12 months, yes or no; frequent drug and/or alcohol use during sexual intercourse, yes or no; transactional sex, yes or no; history of violence and discrimination due to their affective-sexual life, yes or no; history of sexual violence, yes or no; number of male casual sex partners in the past 3 months [0 – 1, 2 – 5; ≥ 6]); having had group sex in the past 3 months, yes or no; having been tested for HIV before the study, yes or no; broken condom during sexual intercourse, yes or no; self-perceived risk of HIV infection [low – 1 to 5, moderate to high – 6 to 10]).

Data analysis

For this analysis, adolescents enrolled in PrEP clinics were categorized into study groups by PrEP eligibility, and their decision to initiate PrEP: Group 1. Eligible participants who accepted same-day PrEP initiation; Group 2. Eligible participants who accepted PrEP initiation at follow-up visits; Group 3. Eligible participants who declined PrEP initiation (referred to as PrEP decliners hereafter). For each study group, sociodemographic and behavioral characteristics were described and compared using the chi-square or Fisher's exact test. Analyses were performed using the R v.4.1.0 software. The significance level was set at 5% for all statistical tests.

Ethical aspects

The PrEP1519 study was conducted in accordance with the Brazilian (Resolution CNS no. 466, Brazil, 2012) and international research ethics guidelines, and it was approved by the ethics research committees (ERC) of the World Health Organization, Federal University of Bahia (#3,224,384), University of São Paulo (#3,082,360), and Federal University of Minas Gerais (#2,027,889). An informed consent form (ICF) was signed by 18- and 19-year-old adolescents. For those aged <18 years, each city followed a different protocol according to local court decisions: for Belo Horizonte the ICF was signed by the parents or guardian as mandatory, followed by the assent form (AF) signed by the adolescents; for Salvador, there

were two possibilities: i) the ICF was signed by a parent or guardian and the AF by the adolescent, or ii) the adolescent signed the AF in cases in which the team's psychologist and social worker judged that the family ties of the individual were broken or that the individual was at risk of physical, psychological, or moral violence due to his sexual orientation; and for São Paulo, only the AF was signed by the adolescents. All participants could withdraw consent at any stage of the process or skip any questions perceived as too sensitive, personal, or distressing. The data were stored in a secured database, and no personally identifiable information was used for any public presentation or publication to guarantee confidentiality.

5.2.4 Results

Of the 1,254 participants enrolled in the PrEP1519 study between February 2019 and August 2021, 1,193 (95.1%) were eligible for PrEP initiation and thus indicated for PrEP by the provider, and 61 (4.9%) were ineligible for same-day PrEP initiation. Among those eligible, 1,113 participants initiated PrEP [1,054 in the first visit (88.3%) and 59 in subsequent visits during the follow-up (4.9%)], and eighty (6.7%) declined PrEP initiation (Figure 1). Half of those who initiated PrEP in subsequent visits did so within 42 days from the first visit.

Of the 61 adolescents ineligible for same-day PrEP initiation, 44.0% reported having condomless anal sex in the past six months, 17.0% reported frequent drug and/or alcohol use during sexual intercourse and experienced violence and discrimination due to their affective-sexual life, and 8.0% reported having an STI episode in the past 12 months and transactional sex. Among the 22 adolescents with clinical contraindications for same-day PrEP initiation, 17 reported having had condomless sexual intercourse at risk of HIV infection in the last 72 hours – they were thus indicated for post-exposure prophylaxis (PEP) –, four presented with clinical symptoms suggestive of acute HIV infection and underwent other examinations to confirm the diagnosis, and 2 reported a history of spontaneous bone fracture. No adolescent presented with chronic renal and/or cognitive impairment. Among the ineligible participants, 40 were not indicated for PrEP initiation as the clinical team evaluated them to be at low risk of HIV infection, and one of them also had a clinical contraindication to same-day PrEP initiation (Table 1).

In all study groups, most participants were black MSM older than 18. Use of a condom in their first sexual intercourse was reported by 55.0%, 57.0%, and 51.0% of same-day PrEP initiators, follow-up PrEP initiators, and PrEP decliners, respectively. Similarly,

most eligible participants indicated condomless anal sex in the past six months (85.0, 79.0, and 70.0% among same-day PrEP initiators, follow-up PrEP initiators, and PrEP decliners, respectively). In all groups, more than 75.0% of adolescents had a low self-perceived risk of HIV infection. The same-day PrEP initiation group had the highest rate of participants with a self-perceived moderate-to-high risk of HIV infection (23.0%) (Table 2).

Transactional sex was reported by 16.0% and 22.0% of same-day PrEP initiators and follow-up PrEP initiators, respectively. This prevalence was lower among PrEP decliners (6.0%). Having 2 to 5 male casual sex partners in the past three months was reported by approximately half of same-day PrEP initiators, and follow-up PrEP initiators groups (52.0%, and 53.0%, respectively), whereas 58.0% of the PrEP decliners reported having zero or one causal sexual partner. A broken condom during sexual intercourse was reported more frequently by same-day PrEP initiators, followed by follow-up PrEP initiators (67.0%, and 57.0%, respectively). The two groups of participants who initiated PrEP had the highest percentages of adolescents who had been tested for HIV before the study (about 60.0%) (Table 2).

5.2.5 Discussion

In this study, examining the sociodemographic and behavioral characteristics of a large cohort of adolescents enrolled in the PrEP1519 study in Brazil, we found that PrEP initiation was high (>90%). Most aMSM and aTGW were eligible for PrEP, and most accepted same-day PrEP initiation.

Other studies have found that PrEP acceptability and initiation may vary with population and location. A study among adult MSM in Kenya, East Africa, found that 82.4% of eligible individuals initiated PrEP [32]. However, several other studies with adults MSM and TGW reported lower initiation (e.g., ≤60.0%) [20], [33], [34].

Some of the challenges and factors associated with PrEP initiation among adult MSM and TGW include the waiting time for a PrEP consultation, fear of short- and long-term side effects, PrEP adherence, having to take a daily pill, low HIV risk perception, low frequency of sexual intercourse and being in a monogamous affective-sexual relationship [35]–[38].

Little is known about the factors associated with PrEP initiation among key adolescent populations. Still, among adult MSM and TGW, high HIV risk perception, STI diagnosis, and condomless anal sex are associated with high PrEP initiation [20], [39]. In our study, the groups vastly differed concerning condomless anal sex and condom use in the first

sexual intercourse, with a higher proportion among those who initiated PrEP. Similarly, having a higher number of sexual partners, having been previously tested for HIV, having had transactional sex, having had a broken condom during sexual intercourse, and having a high HIV risk perception was more prevalent among PrEP initiation groups. Thus, most adolescents at high risk of exposure to HIV had heightened self-awareness of their risk for HIV and accepted same-day PrEP initiation.

Our study also found that a small percentage of adolescents (6.7%) who were eligible for PrEP declined it. Despite 90% of the PrEP decliners declaring a low risk of HIV infection, most reported condomless anal sex in the past six months (70%). Furthermore, they reported few or no sex partners in the last three months. These findings highlight the importance of discussing the risk of HIV infection with adolescents and for those with few partners, and perhaps on-demand PrEP may be an option to be offered [40]. Healthcare professionals must identify why some at-risk adolescents with an indication for PrEP initiation decline PrEP. Rendina et al., in a study among adults, showed a disconnection between the actual risk of HIV infection and perceived risk, similar to what we observed in this study among adolescents [41]. Understanding the reasons for declining PrEP among adolescents with an indication for PrEP will help facilitate approaches to guide and support these adolescents toward PrEP initiation [37].

Demand creation refers to creating awareness of and interest in PrEP, for example, helping adolescents understand their potential vulnerability to HIV infection, providing specific information on HIV prevention and PrEP use, and promoting access to PrEP clinics. In a study conducted in South Africa with MSM and sex workers from 2017 to 2018, information, education, and communication materials influenced the decision to initiate PrEP [38]. Qualified counseling by the healthcare team may increase PrEP acceptance among adolescents [42]. In this approach, healthcare professionals must discuss the risks to which users are exposed since users at high risk of infection with an indication for PrEP initiation may perceive themselves to be at low or no risk of infection [43]. In addition, adolescents with an indication for PrEP initiation who are uninterested in daily use should also be informed and instructed about on-demand PrEP and potentially long-acting injectable PrEP, when available and recommended for adolescents [44].

Our study also underscores the importance of same-day PrEP initiation strategies to increase PrEP uptake. Individuals often struggle to visit the clinics and return for follow-up consultations, whether due to travel distance, open clinic hours, working and school hours and/or transportation resources, and stigma associated with HIV [28], [45]–[47]. Besides,

those adolescents, who are still developing their independence and agency to make healthcare decisions, have difficulty finding friendly health clinics [48]. Therefore, healthcare professionals must be proactive about assessing HIV risk and promoting PrEP prescription when adolescents visit the clinic for the first time.

Same-day PrEP prescription and medication provision is an urgent implementation approach [28]. The crucial elements of safe and effective same-day PrEP programs include ordering laboratory tests during the clinical consultation and contacting participants when the laboratory results are available. Same-day PrEP initiation has the potential to reduce the lag time commonly observed in health services between the initial assessment and the PrEP prescription, reducing follow-up losses [28]. A study in Uganda showed that participants eligible for PrEP but without the same-day PrEP initiation option were less likely to use the prophylaxis [47].

Few participants were ineligible for same-day PrEP initiation due to clinical contraindications. No participant had renal failure and intellectual or cognitive impairment precluding daily PrEP use, and two participants had a history of spontaneous bone fracture. Most participants ineligible for same-day PrEP initiation were temporarily ineligible for having had risky sex in the last 72 hours and/or presenting with clinical symptoms characteristics of an acute HIV infection, requiring short-term follow-up and further testing. However, as shown in this analysis, none of the 61 participants who were initially considered ineligible for same-day PrEP initiation returned for a reassessment of PrEP eligibility during the study period, despite attempts to contact them for follow-up visits. This highlights the need for innovative strategies for the follow-up and retention of these individuals to optimize opportunities for PrEP initiation.

5.2.6 Limitations

This study had several strengths and few limitations. We leveraged one of the first and largest real-world studies of PrEP use among adolescents to characterize aMSM and aTGW who were ineligible for PrEP, initiated PrEP at the first visit or during follow-up, and declined PrEP. It is important to note that this study reached adolescents in a context of high vulnerability to HIV, including blacks and low socioeconomic status individuals, for PrEP initiation based on its demand creation strategies, beyond the reimbursement for transportation and snacks. During the enrollment period analyzed, the COVID-19 pandemic impacted PrEP1519 recruitment procedures and clinical care of adolescents concerning PrEP.

To minimize the effect of quarantine measures on PrEP initiation and PrEP care, the PrEP clinics provide additional telehealth as the default care provision platforms, digital participant recruitment, peer support, and navigation via text messages and online social media, as described in our prior publication [49]. A limitation of this study was its low number of aTGW, which precluded more representative analyses. Furthermore, our analyses were descriptive; however, our investigation of characteristics of adolescents attending PrEP clinics who were ineligible for same-day PrEP initiation, PrEP initiators, and PrEP decliners provides unique insight into this understudied population.

5.2.7 Conclusion

This study found a high percentage of same-day PrEP initiation among adolescents at risk of HIV infection who were offered PrEP, supporting the demand to expand PrEP access among aMSM and aTGW. The same-day PrEP initiation strategy is essential to facilitate access to PrEP, increase PrEP initiation among those vulnerable to HIV, and reduce missed opportunities to promote PrEP among eligible adolescents. Some participants in our study were considered ineligible for same-day PrEP initiation due to temporary contraindications. Others eligible for PrEP initiation declined it, despite having a high risk of HIV infection. Our finding that no adolescent initially ineligible for same-day PrEP initiation returned for a new clinical evaluation underscores the importance of the same-day PrEP initiation strategy for PrEP initiation among eligible adolescents at high risk of HIV, especially since these adolescents have more difficulty accessing PrEP clinics and other health services.

Sexual health clinics for adolescents must consider innovative strategies to link this population to care so that they can initiate PrEP as soon as they have an indication of and willingness to use it or access other prevention methods. In this context, on-demand PrEP (2-1-1 PrEP) may be more suitable and preferred among some adolescents, especially among those who do not have frequent sex. Therefore, this modality should also be offered. In addition to these strategies, knowledge about PrEP must be promoted among adolescents to better guide them in choosing preventive methods that are optimal for their needs and preferences.

5.2.8 Figure and tables

Figure 1. Distribution of aMSM and aTGW by eligibility and PrEP initiation in the PrEP1519 Study. February 2019 to August 2021.

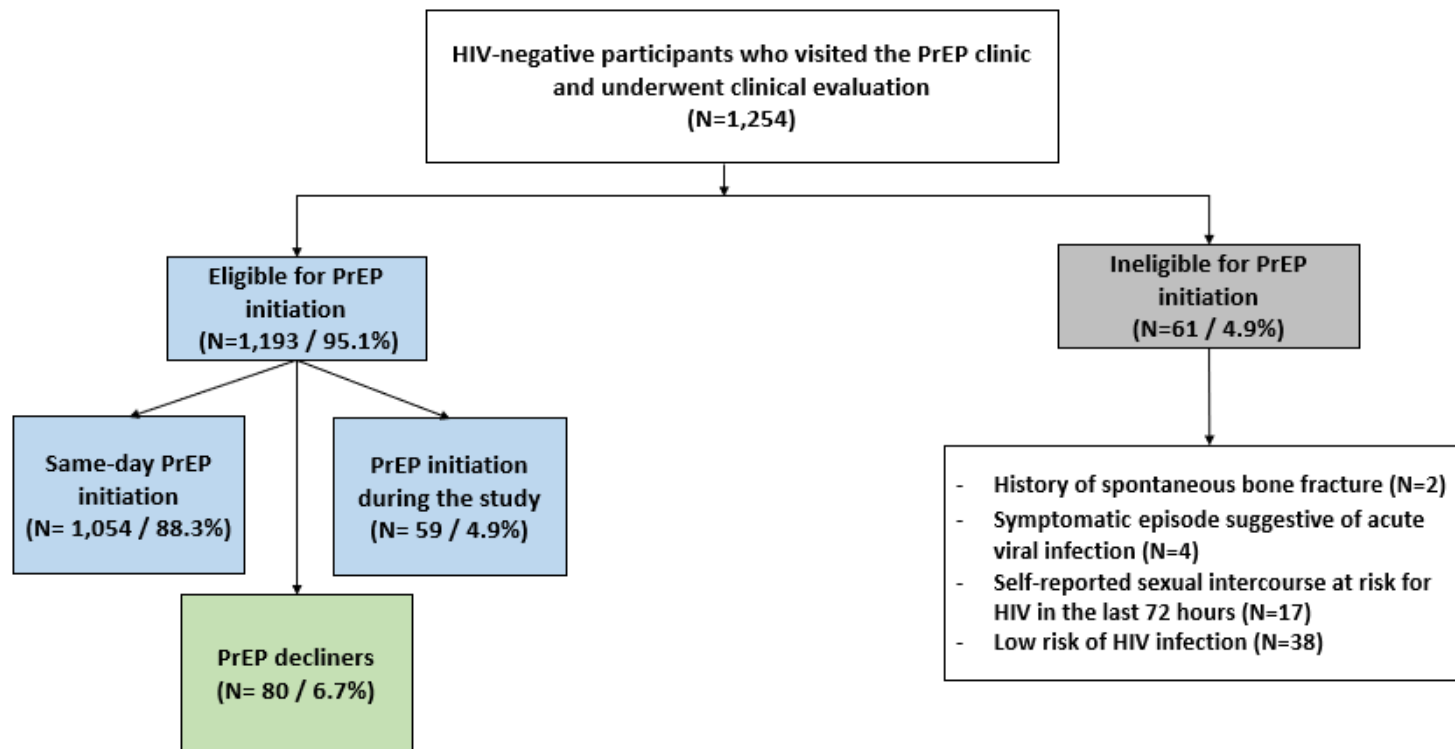


Table 1. Description of HIV infection risk criteria and clinical conditions that contraindicate PrEP among adolescents ineligible for same-day PrEP initiation (N=61) in the PrEP1519 cohort, February 2019 to August 2021.

<i>HIV infection risk criteria</i>	Yes	%
Having used or currently using PrEP	0	0.0
Condomless vaginal sex in the past 6 months	2	3.3
PEP use in the past 12 months	3	4.9
STI episode in the past 12 months	5	8.2
Transactional sex	5	8.2
Self-reported frequent drugs and/ or alcohol use before or during sexual intercourse	10	16.4
Self-reported frequent violence and discrimination experiences related to their affective-sexual life	10	16.4
Condomless anal sex in the past 6 months	27	44.3
<i>Clinical conditions that contraindicate PrEP</i>	Yes	%
Renal failure	0	0.0
Cognitive and/or intellectual impairment	0	0.0
History of spontaneous bone fracture	2	3.3
Syndrome episode suggestive of acute viral HIV infection	4	6.5
Self-reported sexual intercourse at risk for HIV in the last 72 hours	17	27.9

Yes	148	16.0	11	22.0	4	6.0	0.46
No	791	84.0	40	78.0	67	94.0	
History of violence and discrimination due to their affective-sexual life							
Yes	327	35.0	17	33.0	17	24.0	0.88
No	612	65.0	34	67.0	54	76.0	
History of sexual violence							
Yes	290	29.0	14	25.0	17	26.0	0.00
No	700	71.0	41	75.0	48	74.0	
Number of male casual sex partners in the past 3 months							
0 – 1	146	21.0	10	28.0	21	58.0	0.62
2 – 5	372	52.0	19	53.0	9	25.0	
6 or more	194	27.0	7	19.0	6	17.0	
Having had group sex in the past 3 months							
Yes	179	25.0	8	22.0	8	22.0	0.04
No	547	75.0	29	78.0	29	78.0	
Having been tested for HIV before the study							
Yes	599	60.0	32	59.0	29	44.0	0.04
No	406	40.0	22	41.0	37	56.0	
Broken condom during sexual intercourse							
Yes	689	67.0	33	57.0	30	45.0	0.02
No	339	33.0	25	43.0	37	55.0	
Self-perceived risk of HIV infection							
Low (1 – 5)	787	77.0	47	84.0	61	92.0	0.02
Moderate to high (6 – 10)	231	23.0	9	16.0	5	8.0	

*Fisher's Exact Test

5.2.9 References

- [1] M. D. S. Brasil, “Protocolo clínico e diretrizes terapêutica para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV,” p. 47, 2017, [Online]. Available: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pre-exposicao-prep-de-ri>.
- [2] A. B. Costa *et al.*, “Population-based HIV prevalence and associated factors in male-to-female transsexuals from Southern Brazil,” *Arch. Sex. Behav.*, vol. 44, no. 2, pp. 521–524, Feb. 2015, doi: 10.1007/S10508-014-0386-Z.
- [3] R. D. Sperhackle *et al.*, “HIV prevalence and sexual behavior among young male conscripts in the Brazilian army, 2016,” *Medicine (Baltimore)*, vol. 97, no. 1S Suppl 1, pp. S25–S31, May 2018, doi: 10.1097/MD.00000000000009014.
- [4] L. E. Coelho *et al.*, “The Prevalence of HIV Among Men Who Have Sex With Men (MSM) and Young MSM in Latin America and the Caribbean : A Systematic Review,” *AIDS Behav.*, 2021, doi: 10.1007/s10461-021-03180-5.
- [5] D. Altman *et al.*, “Men who have sex with men: stigma and discrimination,” *Lancet*, vol. 380, no. 9839, pp. 439–445, Jul. 2012, doi: 10.1016/S0140-6736(12)60920-9.
- [6] S. D. Baral, T. Poteat, S. Strömdahl, A. L. Wirtz, T. E. Guadamuz, and C. Beyrer, “Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis,” *Lancet. Infect. Dis.*, vol. 13, no. 3, pp. 214–22, Mar. 2013, doi: 10.1016/S1473-3099(12)70315-8.
- [7] T. Wansom, T. E. Guadamuz, and S. Vasan, “Transgender populations and HIV: unique risks, challenges and opportunities,” *J. virus Erad.*, vol. 2, no. 2, pp. 87–93, 2016.
- [8] C. for D. C. and P. CDC, “Factors That Increase HIV Risk | HIV Transmission | HIV Basics | HIV/AIDS | CDC,” CDC, 2022. <https://www.cdc.gov/hiv/basics/hiv-transmission/increase-hiv-risk.html> (accessed Nov. 16, 2022).
- [9] C. Beyrer *et al.*, “Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men,” *Lancet (London, England)*, vol. 380, no. 9839, pp. 367–77, Jul. 2012, doi: 10.1016/S0140-6736(12)60821-6.
- [10] W. S. Peres, “Violência estrutural e AIDS na comunidade travesti brasileira TT - Structural violence and AIDS in the Brazilian Transgender Community,” *Rev. psicol. UNESP*, vol. 3, no. 1, pp. 21–31, 2004, [Online]. Available: <http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/view/24/43>.
- [11] L. Magno, I. Dourado, and L. A. V. Da Silva, “Stigma and resistance among travestis and transsexual women in Salvador, Bahia State, Brazil,” *Cad. Saude Publica*, vol. 34, no. 5, 2018, doi: 10.1590/0102-311x00135917.
- [12] L. Moreira and D. J. Menezes, “Vulnerabilidades de saúde e sexuais de mulheres transexuais e travestis negras,” vol. 22, pp. 97–111, 2021.
- [13] R. F. Baggaley, R. G. White, and M. C. Boily, “HIV transmission risk through anal intercourse: systematic review, meta-analysis and implications for HIV prevention,” *Int. J. Epidemiol.*, vol. 39, no. 4, pp. 1048–1063, Apr. 2010, doi: 10.1093/IJE/DYQ057.
- [14] C. Beyrer and Q. Abdool Karim, “The changing epidemiology of HIV in 2013,” *Curr. Opin. HIV AIDS*, vol. 8, no. 4, p. 1, Jun. 2013, doi: 10.1097/COH.0b013e328361f53a.

- [15] S. H. Vermund and A. J. Leigh-Brown, “The HIV Epidemic: High-Income Countries,” *Cold Spring Harb. Perspect. Med.*, vol. 2, no. 5, 2012, doi: 10.1101/CSHPERSPECT.A007195.
- [16] S. Brignol, I. Dourado, and L. Denise, “Práticas sexuais desprotegidas entre homens homossexuais, bissexuais, outros homens que fazem sexo com homens e travestis,” Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.
- [17] T. A. Martins *et al.*, “Travestis , an unexplored population at risk of HIV in a large metropolis of northeast Brazil : A respondent- driven sampling survey,” *AIDS Care Psychol. Socio-medical Asp. AIDS/HIV*, vol. 25, no. Issue 5, pp. 37–41, 2012, doi: 10.1080/09540121.2012.726342.
- [18] T. S. Torres, L. M. S. Marins, V. G. Veloso, B. Grinsztejn, and P. M. Luz, “How heterogeneous are MSM from Brazilian cities? An analysis of sexual behavior and perceived risk and a description of trends in awareness and willingness to use pre-exposure prophylaxis,” *BMC Infect. Dis.*, vol. 19, no. 1, Dec. 2019, doi: 10.1186/s12879-019-4704-x.
- [19] D. A. MacKellar *et al.*, “Perceptions of lifetime risk and actual risk for acquiring HIV among young men who have sex with men,” *AIDS Behav.*, vol. 11, no. 2, pp. 263–270, Mar. 2007, doi: 10.1007/s10461-006-9136-0.
- [20] R. Plotzker *et al.*, “Importance of Risk Perception: Predictors of PrEP Acceptance Among Thai MSM and TG Women at a Community-Based Health Service,” *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, vol. 76, no. 5, pp. 473–481, 2017, doi: 10.1097/QAI.0000000000001536.
- [21] F. Soares *et al.*, “Perceived Risk of HIV Infection and Acceptability of PrEP among Men Who Have Sex with Men in Brazil,” *Arch. Sex. Behav.*, no. 0123456789, 2022, doi: 10.1007/s10508-022-02342-3.
- [22] R. M. Grant *et al.*, “Preexposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men,” *N Engl J Med*, vol. 363, no. 27, pp. 2587–2599, 2010, doi: 10.1056/NEJMoa1011205.
- [23] J.-M. Molina *et al.*, “On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection,” *N. Engl. J. Med.*, vol. 373, no. 23, pp. 2237–2246, Dec. 2015, doi: 10.1056/NEJMoa1506273.
- [24] WHO, “Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations,” *Who*, p. 8, 2016, [Online]. Available: <http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/keypopulations-2016-update/en/>.
- [25] M. da S. BRASIL, *Protocolo clínico e diretrizes para Profilaxia Pré-Exposição De Risco (PrEP) à infecção pelo HIV*, 1ª. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
- [26] M. da S. BRASIL, “PREVENÇÃO COMBINADA DO HIV - Bases conceituais para profissionais, trabalhadores (as) e gestores (as) de saúde,” 2017.
- [27] M. N. Pyra, J. E. Haberer, N. Hasen, J. Reed, N. R. Mugo, and J. M. Baeten, “Global implementation of PrEP for HIV prevention: setting expectations for impact,” *J. Int. AIDS Soc.*, vol. 22, no. 8, pp. 1–16, 2019, doi: 10.1002/jia2.25370.
- [28] S. E. Rowan, R. R. Patel, J. A. Schneider, and D. K. Smith, “Same-day prescribing of daily oral pre-exposure prophylaxis for HIV prevention,” *Lancet HIV*, vol. 8, no. 2, pp. e114–e120, 2021, doi: 10.1016/S2352-3018(20)30256-3.

- [29] D. A. Moskowitz, K. O. Moran, M. Matson, A. Alvarado-Avila, and B. Mustanski, "The PrEP Cascade in a National Cohort of Adolescent Men Who Have Sex with Men," *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, vol. 86, no. 5, pp. 536–543, Apr. 2021, doi: 10.1097/QAI.0000000000002613.
- [30] I. Dourado, L. Magno, D. B. Greco, D. Ferraz, M. R. Westin, and A. Grangeiro, "Interdisciplinarity in HIV prevention research: the experience of the PrEP1519 study protocol among adolescent MSM and TGW in Brazil.," *Cad Saúde Pública*, vol. 39, no. Suppl 1, p. e00143221, 2023.
- [31] L. Magno *et al.*, "Reaching adolescents at high risk of HIV infection in Brazil : demand creation strategies for PrEP and other combination prevention methods enrolment among adolescent men who have sex with men and transgender women," *Arch. Sex. Behav.*, no. under review, 2021.
- [32] E. W. Wahome *et al.*, "PrEP uptake and adherence in relation to HIV-1 incidence among Kenyan men who have sex with men," *EClinicalMedicine*, vol. 26, Sep. 2020, doi: 10.1016/j.eclinm.2020.100541.
- [33] P. A. Chan *et al.*, "Implementation of Preexposure Prophylaxis for Human Immunodeficiency Virus Prevention among Men Who Have Sex with Men at a New England Sexually Transmitted Diseases Clinic," *Sex. Transm. Dis.*, vol. 43, no. 11, pp. 717–723, Nov. 2016, doi: 10.1097/OLQ.0000000000000514.
- [34] B. Hoagland *et al.*, "High pre-exposure prophylaxis uptake and early adherence among men who have sex with men and transgender women at risk for HIV Infection: the PrEP Brasil demonstration project," *J. Int. AIDS Soc.*, vol. 20, no. 1, 2017, doi: 10.7448/IAS.20.1.21472.
- [35] S. K. Calabrese *et al.*, "Putting PrEP into Practice: Lessons Learned from Early-Adopting U.S. Providers' Firsthand Experiences Providing HIV Pre-Exposure Prophylaxis and Associated Care," *PLoS One*, vol. 11, no. 6, Jun. 2016, doi: 10.1371/JOURNAL.PONE.0157324.
- [36] R. M. Grant *et al.*, "Uptake of pre-exposure prophylaxis, sexual practices, and HIV incidence in men and transgender women who have sex with men: A cohort study," *Lancet Infect. Dis.*, vol. 14, no. 9, pp. 820–829, 2014, doi: 10.1016/S1473-3099(14)70847-3.
- [37] A. Lockard *et al.*, "Contrasting Self-Perceived Need and Guideline-Based Indication for HIV Pre-Exposure Prophylaxis Among Young, Black Men Who Have Sex with Men Offered Pre-Exposure Prophylaxis in Atlanta, Georgia," *AIDS Patient Care STDS*, vol. 33, no. 3, pp. 112–119, Mar. 2019, doi: 10.1089/APC.2018.0135.
- [38] D. Pillay *et al.*, "Factors influencing uptake, continuation, and discontinuation of oral PrEP among clients at sex worker and MSM facilities in South Africa," *PLoS One*, vol. 15, no. 4, Apr. 2020, doi: 10.1371/journal.pone.0228620.
- [39] D. P. Serota *et al.*, "Pre-exposure prophylaxis uptake and discontinuation among young black men who have sex with men in atlanta, Georgia: A prospective cohort study," *Clin. Infect. Dis.*, vol. 71, no. 3, pp. 574–582, Aug. 2020, doi: 10.1093/cid/ciz894.
- [40] J. Zhang *et al.*, "Preference for daily versus on-demand pre-exposure prophylaxis for HIV and correlates among men who have sex with men: the China Real-world Oral PrEP Demonstration study," *J. Int. AIDS Soc.*, vol. 24, no. 2, pp. 1–22, 2021, doi: 10.1002/jia2.25667.

- [41] H. J. Rendina, T. H. F. Whitfield, C. Grov, T. J. Starks, and J. T. Parsons, “Distinguishing hypothetical willingness from behavioral intentions to initiate HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP): Findings from a large cohort of gay and bisexual men in the U.S.,” *Soc. Sci. Med.*, vol. 172, pp. 115–123, Jan. 2017, doi: 10.1016/j.socscimed.2016.10.030.
- [42] A. Desrosiers *et al.*, “A Randomized Controlled Pilot Study of a Culturally-Tailored Counseling Intervention to Increase Uptake of HIV Pre-exposure Prophylaxis Among Young Black Men Who Have Sex with Men in Washington, DC,” *AIDS Behav.*, vol. 23, no. 1, pp. 105–115, Jan. 2019, doi: 10.1007/S10461-018-2264-5.
- [43] J. S. Haukoos *et al.*, “HIV Risk and Pre-Exposure Prophylaxis Eligibility among Emergency Department Patients,” *AIDS Patient Care STDS*, vol. 35, no. 6, pp. 211–219, Jun. 2021, doi: 10.1089/apc.2021.0012.
- [44] WHO, *Differentiated and Simplified Pre-Exposure Prophylaxis for HIV Prevention. Update to WHO Implementation Guidance*. Geneva: WHO, World Health Organization, 2022.
- [45] R. A. Babel, P. Wang, E. J. Alessi, H. F. Raymond, and C. Wei, “Stigma, HIV Risk, and Access to HIV Prevention and Treatment Services Among Men Who have Sex with Men (MSM) in the United States: A Scoping Review,” *AIDS Behav.*, vol. 25, no. 11, pp. 3574–3604, Nov. 2021, doi: 10.1007/S10461-021-03262-4.
- [46] L. Magno *et al.*, “Knowledge and willingness to use pre-exposure prophylaxis among men who have sex with men in Northeastern Brazil,” *Glob. Public Health*, vol. 14, no. 8, pp. 1098–1111, Aug. 2019, doi: 10.1080/17441692.2019.1571090.
- [47] C. M. Mayer *et al.*, “Distance to clinic is a barrier to PrEP uptake and visit attendance in a community in rural Uganda,” *J. Int. AIDS Soc.*, vol. 22, no. 4, Apr. 2019, doi: 10.1002/jia2.25276.
- [48] I. Mocerro, P. J. Sandhu, S. Rowniak, and A. Leonard, “Initiation of HIV pre-exposure prophylaxis in adolescents and young adults: Barriers and opportunities,” *J. Am. Assoc. Nurse Pract.*, vol. 33, no. 9, pp. 700–708, Aug. 2020, doi: 10.1097/JXX.0000000000000485.
- [49] I. Dourado *et al.*, “Adapting to the COVID-19 Pandemic: Continuing HIV Prevention Services for Adolescents Through Telemonitoring, Brazil,” *AIDS Behav.*, vol. 24, no. 7, pp. 1994–1999, Jul. 2020, doi: 10.1007/S10461-020-02927-W.

5.3 ARTIGO 3: IMPORTANT STEPS FOR PrEP UPTAKE AMONG ADOLESCENT MEN WHO HAVE SEX WITH MEN AND TRANSGENDER WOMEN IN BRAZIL

Publicado na revista: *PLoS One* (Fator de Impacto 3,752 em 2022), em 04.04.2023.

5.3.1 Abstract

Introduction HIV Pre-exposure prophylaxis (PrEP) is an effective prevention tool, but there are still few studies about PrEP uptake among adolescents. We aimed to analyze the PrEP uptake process and factors associated with daily oral PrEP initiation among adolescent men who have sex with men (aMSM) and transgender women (aTGW) in Brazil.

Methods Baseline data from the first demonstration PrEP cohort study among aMSM and aTGW 15-19 years old (yo) ongoing in three large Brazilian cities (PrEP1519). After completing informed consent procedures, participants were enrolled in the cohort from February/2019 to February/2021. A socio-behavioral questionnaire was applied. Factors associated with PrEP initiation were assessed using a logistic regression model with adjusted prevalence ratios (aPR) and 95% confidence intervals (95%CI).

Results Among recruited participants, 174 (19.2%) were aged 15-17 yo and 734 (80,8%) 18-19 yo. The rate of PrEP initiation was 78.2% and 77.4% for 15-17 yo and 18-19 yo, respectively. Factors associated with PrEP initiation were: black or mixed race (aPR 2.31; 95%CI: 1.10 - 4.84) among the younger adolescents 15-17 yo; experienced violence and/or discrimination due to their sexual orientation or gender identity (aPR 1.21; 95%CI: 1.01 - 1.46); transactional sex (aPR 1.32; 95%CI: 1.04 - 1.68); and having had between 2 to 5 sexual partners in the previous three months (aPR 1.39; 95%CI: 1.15 - 1.68) among those 18-19 yo. Unprotected receptive anal intercourse in the previous six months was associated with PrEP initiation in both age groups (aPR 1.98; 95%CI: 1.02 - 3.85 and aPR 1.45; 95%CI: 1.19 - 1.76 among 15-17 yo and 18-19 yo, respectively).

Conclusion The biggest challenge to promoting PrEP use for aMSM and aTGW was in the first steps of the PrEP uptake process. Once they were linked to the PrEP clinic, initiation rates were high.

Keywords: MSM; TGW; adolescents; PrEP uptake; Brazil

5.3.2 Introduction

In Brazil, the HIV epidemic disproportionately affects gays and other men who have sex with men (MSM) and transgender women (TGW) (BASTOS et al., 2018; BRASIL, 2015; KERR et al., 2018; SZWARCOWALD; PASCOM; DE SOUZA JÚNIOR, 2015; UNAIDS, 2020). Studies show that these populations face barriers to gaining access to HIV prevention and care services (UNAIDS, 2020; MAYER et al., 2021; SULLIVAN et al., 2021).

In Brazil, respondent-driven sampling (RDS) surveys reported a high prevalence of HIV among adults MSM (KERR et al., 2013, 2018) and TGW (BASTOS et al., 2018; GRINSZTEJN et al., 2017), approaching 18% and 30%, respectively. In recent years, an increase in HIV incidence among young and adolescent MSM and TGW have been observed (COELHO et al., 2021; SAFFIER; KAWA; HARLING, 2017; BRASIL, 2020a; 2022). In addition, recent data from the Brazilian Ministry of Health Epidemiological Bulletin, based on cases reported in health care services, show an increase of 64.9% and 74.8% in AIDS incidence rates among young men aged 15 to 19 years and 20 to 24 years, respectively, from 2009 to 2019. In 2019, the highest estimated rate was 52.0 cases per 100,000 among people aged 25 to 29 years, which exceeded the rates in men aged 30 to 39 years, which were higher until 2015. And an increased trend from 2000 onwards is observed among adolescents from key populations (KP), such as MSM and TGW (BRASIL, 2020b).

Despite these alarming statistics, there has been a dearth of effective HIV prevention interventions for this population (UNAIDS, 2019). Among adolescents MSM (aMSM) and TGW (aTGW), many intersecting vulnerabilities expose them to greater HIV risk (BRASIL, 2022), amongst them discrimination due to their sexual orientation and gender identity, experiences of stigma and violence (MAGNO et al., 2018; MAGNO; DOURADO; DA SILVA, 2018; ALTMAN, 2012), socioeconomic and political power inequalities (ALTMAN, 2012; GUTTMACHER INSTITUTE, 2022), and low access to education, especially to sex education specific to sexual or gender minorities youth (UNAIDS, 2019; GUTTMACHER INSTITUTE, 2022; RAIFMAN; BEYRER; ARRINGTON-SANDERS, 2018).

Daily oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) is an effective component of combination HIV prevention and is based on the use of an oral fixed-dose of a combination of nucleoside analogs antiretroviral-tenofovir (TDF) and emtricitabine (FTC), co-formulated in a single pill. The World Health Organization (WHO) recommends PrEP for adults and adolescent MSM and TGW at increased risk for HIV infection as an additional prevention strategy (WHO, 2012, 2016). Its high efficacy has been proven in clinical trials upon adherence to daily pill

use (ANDERSON et al., 2012; GRANT et al., 2010; GROHSKOPF et al., 2013). In demonstration trials, PrEP was shown effective and safe for HIV prevention among MSM and TGW adults and adolescents (GRINSZTEJN et al., 2018; HOSEK et al., 2017; MONTGOMERY et al., 2016).

PrEP was introduced in the Brazilian National Health System (in Portuguese – Sistema Único de Saúde - SUS) in late 2017 for population groups at a higher risk of infection (BRASIL, 2022). PrEP is also safe and effective for adolescents from key populations (KP) (MULLINS; LEHMANN, 2018) and was approved for adolescents by the US Food and Drug Administration in 2018 (FDA, 2018). Recently, in 2022, it was released in Brazil for these adolescents and other people who are at risk for HIV infection over 15 years old, weighing at least 35 kg (77 lb).

PrEP access and use are processes that involve different steps, from assessing the HIV risk of potential users, promoting information, accessing and connecting them to health services, to prescribing and beginning use (PrEP uptake process) (EZENNIA; GETER; SMITH, 2019; NUNN, 2017). Currently, PrEP prescriptions are suggested on the same day as the clinical checkup takes place, with a negative rapid test for HIV, while waiting for the results of safety laboratory tests is not mandatory (MULLINS; LEHMANN, 2018; CDC-US, 2017). This strategy is considered safe and adopted by PrEP programs in Latin American countries and the United States of America (USA), in addition to being effective for the expansion of PrEP uptake (KAMIS et al., 2019; KHOSROPOUR et al., 2020; MIKATI; JAMISON; DASKALAKIS, 2019; ROWAN et al., 2021; VELOSO et al., 2019).

However, there is limited knowledge about PrEP uptake among adolescents' MSM and TGW. Studies with this population are still scarce and have small sample sizes (HAN et al., 2019; MORGAN et al., 2018; STRAUSS et al., 2017), especially among adolescents younger than 18 years old (yo). The decision to use PrEP is determined by factors related to the prophylaxis characteristics and a set of individual, family, interpersonal, contextual, and structural conditions (MENSCH; VAN DER STRATEN; KATZEN, 2012). Thus, different age groups of adolescents will have different experiences and considerations about PrEP, and specific factors may be associated with PrEP initiation according to age groups. This article aims to describe the PrEP uptake process and analyze predictors for PrEP initiation among adolescent MSM and TGW in Brazil.

5.3.3 Methods

Study design

For this analysis, we used data from the baseline of the PrEP1519 study, the first cohort to demonstrate the effectiveness of PrEP in Brazil among aMSM and aTGW 15-19 year old at high risk of HIV infection, ongoing in three major Brazilian capitals: in Salvador (located at a Diversity Center that advocates for the rights of Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, Intersexual, Asexual and others (LGBTQIA+), in Belo Horizonte (located at a youth reference center), and in São Paulo (located in an HIV testing and counseling center), the last two in the public health system. The location of the PrEP clinics was carefully chosen, considering the accessibility and demands of sexual minorities adolescents to facilitate their access and linking to the services.

Eligibility criteria for enrollment in the cohort were: self-identification as MSM or TGW; 15-19 years old at the time of the study admission; sexual practices with cisgender men, and/or TGW; reside, work or study in one of the study cities, and test HIV negative at the time of enrollment. MSM and TGW were excluded if they were under the effect/influence of drugs and alcohol during the interview or had a mental illness that made it difficult to understand the research questions and the need for daily PrEP use. Upon eligibility criteria and the proposed steps for the study were informed, those who agreed to participate signed an informed consent (according to the court orders decisions defined for each city), were tested at the initial visit (baseline) for HIV using a 4th generation Rapid Test (Ag/Ab) followed by another 3rd generation Rapid Test and serological tests for other sexually transmitted infections (STIs). Participants self-selected into one out of two arms to participate in the study: (a) the PrEP arm included those that enrolled in daily use of oral PrEP with the TDF/FTC combination; (b) the non-PrEP arm included those who were not eligible for PrEP, and those who were eligible but chose not to use the prophylaxis and opted to receive only other HIV combination prevention methods (counseling, condoms, lubricant, HIV post-exposure prophylaxis (PEP) and HIV self-test).

After enrollment in the cohort, the participants were followed by a multidisciplinary team composed of physicians, nurses, social workers, psychologists, and pharmacists on regular visits or visits scheduled by the adolescents' demand. The participants are also assigned a study peer-navigator and are monitored by the health team. These activities take place in person, via smartphone, and over WhatsApp, Instagram, and Facebook messages.

Theoretical framework

The PrEP uptake amongst adolescents in this study included necessary steps before PrEP initiation: (i) *Facilitating PrEP access* – strategies that facilitate access to PrEP for adolescents at higher risk of HIV; (ii) *Linking to PrEP care* – linking to the study PrEP clinics; (iii) *Intention to use PrEP* – willingness to use PrEP; (iv) *Eligible for PrEP* – meeting the clinical criteria for PrEP use; (v) *Initiating PrEP* – the adolescent possesses the PrEP pills and starts using them (adapted from Nunn, 2017). Next, we describe the PrEP uptake process for participants enrolled in PrEP.

Facilitating PrEP access

The aMSM and aTGW were recruited by young peer educators (PE) through different strategies: mobilization activities in places where adolescents meet, such as high schools, universities, public squares, bars, parks and beaches; intervention on social media such as Instagram, Facebook, WhatsApp, Twitter, Youtube; as well as hook-up apps such as Grindr, Tinder, and Badoo. During recruitment, the PE guided on the importance of combined HIV prevention, PrEP, scheduled clinical checkups, and guidance on how to get to the service. In addition, adolescents could also spontaneously attend clinics or were referred by other health services, friends, sexual partners, and Non-Governmental Organizations (NGOs) LGBTQIA+ (MAGNO et al., 2021a). Recruited aMSM and aTGW who arrived at PrEP clinics and underwent clinical examination by members of the multidisciplinary team for HIV risk and vulnerability assessments, counseling on combination prevention, and clinical follow-up. During scheduled visits, participants had available a reimbursement of BRL 30.00 for transportation and food costs.

Linking to PrEP care

Upon enrolling in the project, the adolescents were assisted by a multidisciplinary team and were instructed about HIV prevention measures, including PrEP. The most appropriate prevention strategies for each adolescent were evaluated during clinical care, along with the participants, based on their vulnerability to STIs, clinical condition, and willingness to use them. At this time, participants could choose to enroll in the PrEP or non-PrEP arm.

Intention to use PrEP

Participants were asked about their willingness to use PrEP during clinical care after the provider explained the PrEP use, side effects, and effectiveness.

PrEP eligibility

For PrEP initiation, besides the intention to use, the participants had to meet clinical criteria, which includes at least one of the following: unprotected anal sex in the last 6 months, episode of STI and use of HIV PEP in the last 12 months, frequent use of alcohol or drugs before or during sexual intercourse (chemsex), reports transactional sex (sex in exchange for money or favors), or any specific situation shared between the adolescent and interviewer, considered vulnerable to HIV and other STI. Those who have renal impairment (defined by Glomerular Filtration Rate < 60 ml/min/1.75m², using the Cockcroft-Galt formula for people over 17 years and Schwartz formula for people under 17 years), history of spontaneous bone fracture, clinical condition suggesting acute retroviral syndrome in the last 30 days or risky sexual intercourse in the last 72 hours, in the latter case, immediately referred for PEP use and, were temporarily or permanently excluded from the group using PrEP. Laboratory and clinical criteria were evaluated after 30 days, with the availability of results.

Prescribing and initiating PrEP

Participants eligible for PrEP who chose to use it initiated PrEP on the same day of their first visit to the clinic. The PrEP prescription happens after the rapid test for HIV, with a non-reactive result, and the collection of biological material for tests to monitor the safety of drug use. During the clinical visit, health professionals advise participants on the importance of adherence and side effects, and answer questions and concerns about using of PrEP. At the end of the visit, adolescents received a PrEP prescription and a bottle with 30 pills for one month. Follow-up visits were scheduled quarterly after the first visit (three months, six months, nine months, and so on).

Data collection

This analysis used the cohort baseline data from February 2019 to February 2021 and three sources of information: a) participant registration form with sociodemographic information filled out upon admission to the PrEP clinic; b) clinical eligibility form filled out during the clinical checkup that assessed the eligibility and intention to use PrEP; and c) the socio-behavioral questionnaire with information regarding lifestyles, sexual practices, experiences of discrimination and violence, and preventive methods for STIs, applied in the clinics by an interviewer, or self-administered by the participant if they choose to do so or because of the COVID-19 contingency plan (DOURADO et al., 2020).

Study variables

The outcome variable was PrEP initiation defined by inclusion into the PrEP arm (PrEP prescription). The predictor variables for PrEP initiation were:

1. *Sociodemographics*: age (15 to 17 years; 18 and 19 years), a subpopulation (MSM; TGW), race/skin color (black - black and brown; non-black); schooling (at primary school; high school; higher education) and study site (Salvador, São Paulo and Belo Horizonte);
2. *Sexual behavior*: unprotected sex at sexual debut (yes; no); unprotected anal sex in the last 6 months (yes; no); previous PEP use (yes; no); perceived risk of HIV infection on a scale of 0 to 10 (low - 0 to 2; moderate - 3 to 5; high - 6 to 10); sex in exchange for money or favors in the last 3 months (yes; no); use of hook-up apps in the previous three months (yes; no); an STI episode in the previous 12 months (yes; no); frequent use of alcohol and/or drugs before or during sexual intercourse (yes; no); and number of male casual partners in the previous three months (0 or 1; 2 to 5; 6 or more);
3. *Violence and discrimination*: frequent experience of violence and discrimination due to sexual orientation or gender identity (yes; no); experience of sexual violence in a lifetime (yes; no).

Data analysis

A descriptive analysis of the study population was conducted, as well as a bivariate analysis of sociodemographic and behavioral variables with PrEP initiation, stratified by the two age brackets. The variables with a p-value ≤ 0.05 or defined as relevant by their magnitude

in the bivariate analysis were included in the final models. In the evaluation of the predictors of PrEP initiation, we fitted independent models yielding prevalence ratios (PR) and respective 95% confidence intervals (CI) using logistic regression models and the delta method for CI estimation (AMORIM, 2015). Multicollinearity was analyzed using association tests between selected covariates for the models, and the adequacy of the final models was analyzed using the Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit test (HOSMER; LEMESHOW, 2000), considering a cutoff p value of 0.05.

Ethical consideration

This study was carried out in accordance with the principles emanating from the Brazilian Research Ethics Commission and complies with all Brazilian laws and regulations on adolescents' rights. The research protocol was approved by WHO Ethics Review Committee (ERC) and by the ERC of the study coordinating universities: Universidade de São Paulo (number 3.082.360, ERC-USP), Universidade Federal de Minas Gerais (number 2.027.889, ERC-BH), and Universidade Federal da Bahia (number 3.224.384, ERC-ISC). All participation was voluntary and all data was collected with adequate protection of their privacy and confidentiality.

An informed consent (IC) form explaining the research aims and procedures as well as participants' rights was presented and explained to each participant before their decision to take part in this study. Written consent was obtained from all participants. Regarding parental consent of minors under the age of 18, special judicial authorization was obtained to allow for waiver of parental consent in São Paulo; in Salvador, the waiver applies to adolescents deemed at risk of violence and neglect, and we had the parents' consent in all other cases; and in Belo Horizonte, legal guardians had to give written consent to all participants.

5.3.4 Results

Nine hundred-eight adolescents were linked to PrEP care and enrolled in the study. Among all adolescents linked to the PrEP clinic, 174 (19.2%) were between 15 and 17 years old, and 734 (80.8%) were between 18 and 19 years old. The majority self-identified as MSM (86.8% and 93.6%, respectively), as black (70.1% and 67.8%, respectively) and attended high school (74.7% and 66.2%, respectively). Other reported sexual behavior variables: frequent use of alcohol and/or drugs before or during sexual intercourse (31.5% and 32.5%,

respectively); frequent experience of violence and discrimination due to sexual orientation or gender identity (33.3% and 33.0%, respectively); experience of sexual violence in a lifetime (30.0% and 27.2%, respectively); 2 to 5 sex partners in the previous three months (31.0% and 34.6%, respectively); unprotected sex at sexual debut (57.8% and 53.7%, respectively); unprotected anal sex in the previous six months (81.0% and 78.6%, respectively); use of hook-up apps in the previous three months (63.8% and 71.0%, respectively); at least one STI episode in the last 12 months (16.1% and 22.6%, respectively); previously use of PEP (6.4% and 13.8%, respectively); 46.5% moderate risk perception of HIV infection and 20% high risk perception in both age groups; sex in exchange for money or favors in the last 3 months (16.5% and 12.4%, respectively) (Table 1).

Among adolescents linked to the PrEP clinics, 87.9% (798) indicated an intention to use oral PrEP, and 87.3% (793) were considered eligible to use PrEP at the first clinical visit. 704 (77.5%) initiated PrEP on the same day. And among the 798 who indicated an intention to use oral PrEP, 721 (90.4%) were considered eligible to start PrEP on the same day. Among those 15 to 17 years old, 150 (86.2%) indicated an intention to use PrEP, 154 (88.5%) met the clinical criteria for PrEP use and were eligible for same-day PrEP initiation, and 136 (78.2%) initiated at the first visit. Among those 18 and 19 years old, 648 (88.3%) indicated an intention to use PrEP, 639 (87.1%) met the clinical criteria for PrEP use and were eligible for same-day PrEP initiation, and 568 (77.4%) initiated at the first visit (Fig 1).

In the bivariate analysis, among adolescents aged 15 to 17, black adolescents (82.8%) and those who reported unprotected anal sex (83.7%) had a higher proportion of PrEP initiation ($p < 0.05$). While among adolescents aged 18 and 19, a higher proportion of PrEP initiation ($p < 0.05$) occurred among those who had experienced violence and discrimination frequently due to sexual orientation or gender identity (83.2%); those who experienced sexual violence in a lifetime (83.2 %); those who engaged in sex in exchange for money or favors in the previous three months (86.8%); those who had between 2 to 5 sexual partners in the previous three months (84.6%), and those who reported unprotected anal sex in the previous six months (81.5 %) (Table 2).

In the multivariate analysis, a statistically significant association with PrEP initiation was found for black adolescents aged 15 to 17 years as compared to non-blacks (PR = 2.31; 95% CI = 1.10 – 4.84). And among adolescents aged 18 and 19, a statistically significant association with PrEP initiation was estimated for those who engaged in sex in exchange for money or favors in the last 3 months (PR 1.32 =; 95% CI = 1.04 – 1.68); those who experienced violence and discrimination due to sexual orientation or gender identity (PR =

1.21; 95% CI = 1.01 - 1.46); those who reported 2 to 5 male sexual partners during the last 3 months (PR = 1.39; 95% CI = 1.15 - 1.68). Unprotected anal sex in the last 6 months was associated with PrEP initiation in both age groups (15 to 17 years old: PR = 1.98; 95% CI = 1.02 – 3.85; 18 and 19 years old: PR = 1.45; 95% CI = 1.19 266– 1.76) (Table 3).

5.3.5 Discussion

The proportion of PrEP initiation was high among aMSM and aTGW who arrived at services and were enrolled in the cohort, demonstrating the interest and use among participants through active demand creation. This finding is consistent with other studies with adult MSM and TGW, in which PrEP initiation was greater than 60% (CHAN et al. 2016; GRANT et al. 2014; HOAGLAND et al., 2017). There is a need to reach and inform a large number of adolescents from the key population about HIV prevention. Twenty percent of adolescent MSM and TGW reached out by the demand creation strategies of PrEP1519 did reach the PrEP clinics (MAGNO et al., 2021a, 2021b). Online interventions can be more cost-effective and easily scaled up to increase service coverage. Face-to-face recruitment can reach proportionally more underserved adolescents from key populations. In combination, online and peer-driven face-to-face strategies can provide a critical balance between offering comprehensive coverage and equitable sexual health services for adolescents of key populations from different socioeconomic backgrounds (MAGNO et al., 2021a).

The possibility of starting PrEP on the same day of the first visit may have contributed to the high rate of PrEP initiation among this population, as starting on the same day can increase uptake by reducing the time for PrEP initiation among individuals that are eligible and willing to use it (KHOSROPOUR et al., 2020; MIKATI; JAMISON; DASKALAKIS, 2019). Studies show that the referral of adolescents to obtain a PrEP prescription at another moment, either in future clinical visits or at another site, causes losses in PrEP initiation rates (BHATIA et al., 2018; MAYER et al., 2019). It is also important to emphasize that in our study, PrEP was widely promoted through demand creation strategies with the active role of peer educators' team (adolescents and young MSM or TGW). And the participants were cared for by a multidisciplinary team, which may have increased their PrEP initiation.

The number of black adolescents who started PrEP in the study was more significant than the number of non-blacks. In addition, among those aged 15 to 17 years, there was a strong association between PrEP initiation and self-reported black skin color, which may be related to the range of racial diversity recruitment strategies implemented in the study

(MAGNO et al., 2021a). This is an important finding, as black MSMs and TGWs have been more exposed to HIV in several countries around the world (DOUGAN et al., 2005; KOBLIN et al., 2006) and in Brazil (ANDRADE; LIMA; OLIVEIRA, 2018) due to social inequalities, racial discrimination, and less access to formal education, information, and health services (FRY et al, 2007; PASCOM; MEIRELES; BENZAKEN, 2018). Despite this, the rate of PrEP use in Brazil has been higher among white adults than among blacks (BRASIL, 2021).

Among adolescents aged 18 to 19, risky sexual practices (having unprotected sex, receiving money or favors in exchange for sex, and the number of sexual partners) and discrimination experiences were associated with PrEP initiation. In both age groups, having unprotected anal intercourse was associated with PrEP initiation, as seen in other studies with adult MSMs and TGWs (GRANT et al., 2014; COHEN et al., 2015; GOLUB et al., 2019; KRAKOWER et al., 2012; SEROTA et al., 2020; WAHOME et al., 2020).

The practice of unprotected anal sex among adult MSMs and TGWs in Brazil is documented in the literature (MAGNO et al., 2018; DOURADO et al., 2015; GUIMARÃES et al., 2018), despite the National Ministry of Health having several campaigns recommending the use of condoms for more than three decades (MARINHO, 2000). The Brazilian Survey on Knowledge, Attitudes, and Practices among the Brazilian Population (PCAP), carried out in 2013, revealed that about a third of the adolescents and youth aged 15 to 24 (36.9%) used a condom during sexual intercourse in the last 12 months, with steady and casual partners, and 19.5% had more than five casual partners in the last 12 months (BRASIL, 2016). In our study, we observed a high proportion of unprotected anal sex among aMSM and aTGW, which may also reflect the tendency of a higher HIV risk among younger individuals. Thus, PrEP represents an important prevention strategy for this population.

Transactional sex can be an opportunity for MSM and TGW to have access to material goods and/or represent a means for survival (NADAL; DAVIDOFF; FUJII-DOE, 2014; TUCKER et al., 2014). In this study, we chose to ask youth about receiving money or favors in exchange for sex as a way to indirectly identify those who had transactional sex. Notably, among people under 18, transactional sex represents sexual exploitation (BRASIL, 1990a), defined as a heinous crime in Brazil (BRASIL, 1990b), highlighting an essential problem with violations of fundamental rights among adolescents. In PrEP1519, the health team provided psychosocial care as well as the necessary referrals for minors that reported sexual exploitation. This situation may pose an increased risk of HIV infection (ZHENG et al., 2016; FENG et al., 2015), as in some cases, the ability to decide on the use of condoms is limited,

or even discouraged, in response to offers of increased payment for the service (VUYLSTEKE; JANA, 2001; YI et al., 2019).

In our study, discrimination was identified as a factor associated with PrEP initiation among adolescents aged 18 to 19. The experience of discrimination due to gender identity and/or sexual orientation is still quite present among adolescents MSM and TGW, in our study as well as in a survey carried out with 521 MSM in the USA, in which about half of the participants revealed such experiences during adolescence (RAYMOND et al., 2011). Daily experiences with this discrimination and violence can negatively affect the health of aMSM and aTGW, affecting family bonds (DE SOUZA et al., 2015), the use of condoms in sexual relations (caused by the limited ability to negotiate their use with partners) (MAGNO et al., 2017; MAGNO et al., 2018), job opportunities, and access to goods and services, especially health care (BALIK et al., 2020; MONTEIRO; BRIGEIRO et al., 2019).

Our study showed that to promote PrEP uptake and embrace marginalized adolescents who exchange sex for money or favors, who experience discrimination, violence and high-risk sexual practices, culturally sensitive health services that are attentive to the specific demands of the LGBTQIA+ population is fundamental (MAYER et al., 2021; BALIK et al., 2020; VAN DER ELST et al., 2015; REISNER et al., 2016). Therefore, it is increasingly necessary that health professionals are qualified, do not reproduce discriminatory practices at the service facilities (VAN DER ELST et al., 2013), and offer a respectful environment, similar to the PrEP1519 care clinics.

During the period of this analysis, the COVID-19 pandemic impacted the access to HIV prevention services among key populations in various countries (RAO et al., 2021; SANCHEZ et al., 2020), increasing their vulnerability to HIV infection (GRANGEIRO et al., 2021). In the PrEP1519 study, we developed a contingency plan for maintaining the PrEP clinic open, which included the intensification of online recruitment strategies and telehealth during the pandemic (DOURADO et al., 2020). Therefore, the quarantine and physical isolation measures did not significantly impact on the enrollment of adolescents. The proportion of enrolled participants in the cohort was similar before and after the COVID-19 pandemic (MAGNO et al., 2021a), as we quickly adapt the online strategies for the pandemic using social media and telemonitoring infrastructure.

Given the above, the PrEP uptake is high among aMSM and aTGW once the method is offered. Considering that these populations are among the most vulnerable to HIV in Brazil and the world (SAFFIER; KAWA; HARLING, 2017), and their access to HIV prevention methods are still limited (UNAIDS, 2019; CDC-US, 2017), it is necessary to expand access

to PrEP worldwide through strategies capable of identifying and linking adolescents in these contexts of vulnerability to offer PrEP.

5.3.6 Limitations

Although we recognize the existence of essential differences between MSM and TGW, our study only included a small proportion of adolescent TGW due to the difficulty in accessing this population that is usually undergoing gender transition processes in this age group (GIOVANARDI et al., 2019). A similar difficulty, it was observed during the enrollment of adolescents aged 15 to 17 years, given the legal requirements established in Salvador and Belo Horizonte cities to include minors in the study, mainly related to the need for consent from parents or legal guardians.

The reimbursement for transportation and food costs is an incentive to reach and to link vulnerable adolescents MSM/TGW at high risk of HIV to the PrEP clinics, which may differ in PrEP services from the Brazilian National Health System. In addition, sexual practices, and experiences that are subject to social desirability bias were investigated. The interviewers were trained to maintain an objective and judgment-free language during the application of the questionnaires. Social desirability may have influenced the report of “intention to use PrEP”. Some adolescents may have expressed an intention to use PrEP because they had come to the PrEP clinic, received an incentive, and interacted with clinic staff, but did not intend to initiate PrEP on the same day. All interviews were conducted carefully, in a friendly space, and by a LGBTQIA+ friendly interviewer. The study excluded adolescents with mental illness, although they are also at HIV risk and may use PrEP. So, it is necessary also to investigate their PrEP initiation and use in the future.

5.3.7 Conclusion

This study is the first to assess the PrEP uptake process and factors associated with PrEP initiation among aMSM and aTGW in Brazil. It was possible to observe that socio-behavioral conditions that represent a greater vulnerability to HIV and experiences of violence and discrimination were associated with PrEP initiation. These aspects highlight the need to inform and promote PrEP use, and other HIV combination prevention strategies among aMSM and aTGW at high HIV risk.

In addition, the biggest challenge to promoting the use of PrEP for aMSM and aTGW is in the first steps of the PrEP uptake process, as well as in accessing and linking to care. Once individuals are linked to the PrEP clinic, the prophylaxis initiation rates among them tend to be high. In this sense, the results indicate the challenges the services that offer this prevention strategy need to face as not only identifying but also reaching adolescents at higher HIV risk and promoting access to the prophylaxis, as well as motivating the continued use of PrEP, for whom this prevention strategy may be relevant at a given time in their lives.

Services can use the lessons learned from PrEP1519 to enable PrEP care access and link to HIV prevention, to facilitate effective demand creation strategies among these adolescents. A culturally sensitive approach, attentive to the specific demands of the LGBTQIA+ population is needed. In addition, it is necessary to organize the health service for the other stages of PrEP uptake, and promote the same-day PrEP initiation.

5.3.8 Acknowledgments

The authors would like to acknowledge the local team that carried out the fieldwork in Salvador, São Paulo and Belo Horizonte. We are also grateful to the adolescents in the study and their parents or guardians, and to the *Fundação Oswaldo Cruz* (Fiocruz Foundation) and *Fundação de Apoio à Fiocruz* (FIOTEC) that supports the study.

5.3.9 Figure and tables

Table 1. Characteristics of the adolescents MSM and TGW enrolled in the PrEP1519 cohort by age groups. February 2019 - February 2021.

Variable	Total (N=908)		15 to 17 yo (N=174)		18 and 19 yo (N=734)	
	N	%	N	%	N	%
<i>Sociodemographic</i>						
Subpopulation						
MSM	838	92.3	151	86.8	687	93.6
TGW	70	7.7	23	13.2	47	6.4
Race/ skin color						
Non-black	288	31.7	52	29.9	236	32.2
Black	620	68.3	122	70.1	498	67.8
Schooling						
Primary school	60	6.6	37	21.3	23	3.1
High school	616	67.8	130	74.7	486	66.2
Higher education	232	25.5	7	4	225	30.7
Study site						
Salvador	301	33.2	47	27.0	254	34.6
São Paulo	416	45.8	76	43.7	340	46.3
Belo Horizonte	191	21.0	51	29.3	140	19.1
<i>Sexual behavior</i>						
Unprotected sex at sexual debut						
Yes	491	54.5	100	57.8	391	53.7
No	410	45.5	73	42.2	337	46.3
Unprotected anal sex in the previous six months						
Yes	718	79.1	141	81.0	577	78.6
No	190	20.9	33	19.0	157	21.4
Previous PEP use						
Yes	112	12.4	11	6.4	101	13.8
No	792	87.6	161	93.6	631	86.2
Perceived risk of HIV infection						
Low	295	32.9	57	33.5	238	32.7
Moderate	417	46.5	79	46.5	338	46.5
High	185	20.6	34	20.0	151	20.8
Transactional sex in the previous three months						
Yes	119	13.2	28	16.5	91	12.4
No	782	86.8	142	83.5	640	87.6

Use of hook-up apps in the previous three months						
Yes	632	69.6	111	63.8	521	71
No	276	30.4	63	36.2	213	29
STI episode in the previous 12 months						
Yes	186	21.4	27	16.1	159	22.6
No	684	78.6	141	83.9	543	77.4
Frequent use of alcohol and/or drugs before or during sexual intercourse						
Yes	281	32.3	53	31.5	228	32.5
No	589	67.7	115	68.5	474	67.5
Number of male casual partners in the previous three months						
0 – 1	439	48.4	92	52.9	347	47.3
2 – 5	308	33.9	54	31.0	254	34.6
6 or more	161	17.7	28	16.1	133	18.1
<i>Violence and discrimination</i>						
Frequent experience of violence and discrimination due to sexual orientation or gender identity						
Yes	288	33.1	56	38.8	232	33
No	582	66.9	112	66.7	470	67
Experience of sexual violence in a lifetime						
Yes	248	27.7	51	30.0	197	27.2
No	647	72.3	119	70.0	528	72.8

Table 2. Bivariate analysis of PrEP initiation among adolescents MSM and TGW enrolled in the PrEP1519 cohort by age group. February 2019 - February 2021.

Variables	<i>PrEP initiation</i>					
	15 to 17 yo			18 and 19 yo		
	N	%	p-value	N	%	p-value
	136/174	78.2	-	568/734	77.4	-
<i>Sociodemographics</i>						
Subpopulation			1.00			0.21
MSM	118	78.1		528	76.9	
TGW	18	78.3		40	85.1	
Race/ skin color			0.03			0.92
Non-black	35	67.3		182	77.1	
Black	101	82.8		386	77.5	
Schooling			0.10			0.45
Primary school	24	64.9		20	87.0	
High school	106	81.5		378	77.8	
Higher education	6	85.7		170	75.6	
Study site			0,02			0,06
Salvador	30	63,8		188	74	
São Paulo	62	81,6		262	77,1	
Belo Horizonte	44	86,3		118	84,3	
<i>Sexual behavior</i>						
Unprotected sex at sexualdebut			0.35			0.66
Yes	81	81.0		305	78.0	
No	54	74.0		258	76.6	
Unprotected anal sex in the previous six months			0.001			<0.000
Yes	118	83.7		470	81.5	
No	18	54.5		98	62.4	
Previous PEP use			1,00			0.37
Yes	9	81.8		82	81.2	
No	126	78.3		484	76.7	
Perceived risk of HIV infection			0.23			0.17
Low	45	78.9		178	74.8	
Moderate	58	73.4		260	76.9	
High	30	88.2		125	82.8	
Transactional sex in the previous three months			0.80			0.02
Yes	23	82.1		79	86.8	
No	110	77.5		486	75.9	
Use of hook-up apps in the previous three months			0.13			0.06
Yes	91	82.0		413	79.3	
No	45	71.4		155	72.8	
STI episode in the previous			1,00			0.75

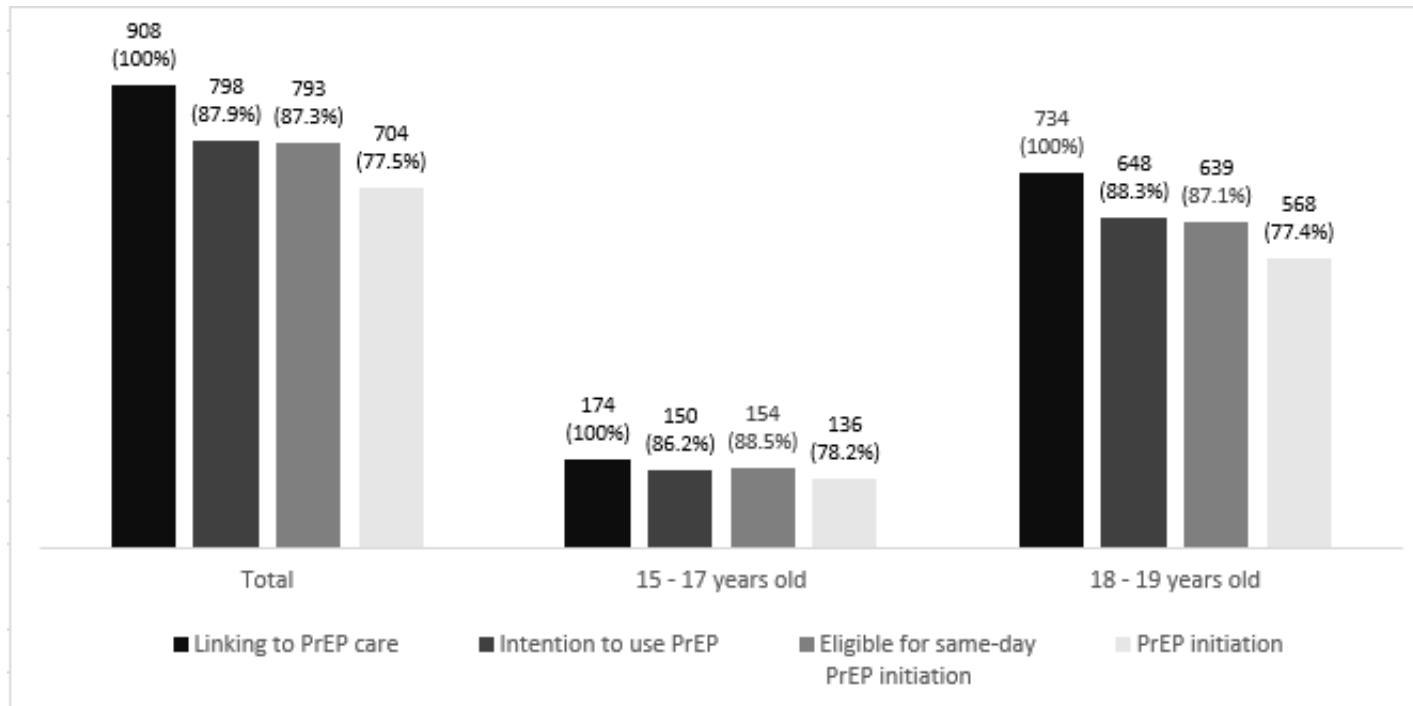
12 months					
Yes	21	77.8	124	78.0	
No	111	78.7	415	76.4	
Frequent use of alcohol and/or drugs before or during sexual intercourse					
			1,00		0.21
Yes	42	79,2	182	79.8	
No	90	78.3	357	75.3	
Number of male casual partners in the previous three months					
			0.52		0.001
0 –1	69	75,0	251	72.3	
2 – 5	45	83,3	215	84,6	
6 or more	22	78.6	102	76.7	
<i>Violence and discrimination</i>					
Frequent experience of violence and discrimination due to sexual orientation or gender identity					
			0.84		0.00
Yes	45	80.4	193	83.2	
No	87	77.7	346	73.6	
Experience of sexual violence in a lifetime					
			0.69		0.03
Yes	41	80.4	164	83.2	
No	91	76.5	398	75.4	

Table 3. Multivariate analysis of PrEP initiation among adolescents MSM and TGW enrolled in the PrEP1519 cohort. February 2019 - February 2021.

Variable	<i>PrEP initiation</i>			
	15 to 17 yo		18 and 19 yo	
	PR	95% CI	PR	95% CI
Race/ skin color				
Non-black	1			
Black	2.31	[1.10 – 4.84]		
Unprotected anal sex in the previous six months				
No	1		1	
Yes	1.98	[1.02 - 3.85]	1.45	[1.19 - 1.76]
Study site				
Salvador	1		1	
São Paulo	2.31	[1.06 – 5.05]	0.99	[0.81 – 1.21]
Belo Horizonte	2.30	[1.05 – 5.04]	1.25	[0.99 – 1.58]
Transactional sex in the previous three months				
No			1	
Yes			1.32	[1.04 - 1.68]
Frequent experience of violence and discrimination due to sexual orientation or gender identity				
No			1	
Yes			1.21	[1.01 - 1.46]
Experience of sexual violence in a lifetime				
Yes			1	
No			1.12	[0.91 - 1.38]
Use of hook-up apps in the previous three months				
Yes			1	
No			0.91	[0.69 - 1.19]
Number of male casual partners in the previous three months				
0 – 1			1	
2 – 5			1.39	[1.15 - 1.68]
6 or more			1.01	[0.75 - 1.35]

*Regression Model adjusted by schooling.

Fig 1. Intention to use, eligibility and PrEP initiation among adolescents MSM and TGW in the PrEP1519 cohort. February 2019 - February 2021.



5.3.10 References

- ALTMAN, D. et al. Men who have sex with men: stigma and discrimination. **Lancet**, v. 380, n. 9839, p. 439–445, jul 2012. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60920-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60920-9)
- AMORIM, L. D. Package “prLogistic” title estimation of prevalence ratios using logistic models. 2015. Available from: <http://www.umass.edu/statdata/statdata/stat->
- ANDERSON, P. L. et al. Emtricitabine-tenofovir concentrations and pre-exposure prophylaxis efficacy in men who have sex with men. **Sci Transl Med.**, v. 4, n. 151, p. 151–125, set. 2012. Available from: <https://doi.org/10.1126/scitranslmed.3004006>
- ANDRADE, J. S.; LIMA, G. DOS S.; OLIVEIRA, F. B. M. Analysis of the vulnerability factors to HIV/AIDS infection in the black population. **ReonFacema**, v. 4, n. 3, p. 986–992, 2018.
- BHATIA, R. et al. Outcomes of preexposure prophylaxis referrals from public STI clinics and implications for the preexposure prophylaxis continuum. **Sex Transm Dis.**, v. 45, n. 1, p. 50–55, 2018 Jan. Available from: <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000690>
- BALIK, C. A. B. et al. A systematic review of the discrimination against sexual and gender minority in health care settings. **Int J Health Serv.**, v. 50, n. 1, p. 44–46, 2020. Available from: <https://doi.org/10.1177/0020731419885093>
- BASTOS, F. I. et al. HIV, HCV, HBV, and syphilis among transgender women from Brazil: Assessing different methods to adjust infection rates of a hard-to-reach, sparse population. **Medicine**, Baltimore, v. 97, 1S Suppl 1, p. S16-S24, 2018 May. Available from: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000009447>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Clinical Protocol and Therapeutic Guidelines for Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) for Risk of HIV Infection**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Available from: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_profilaxia_prep.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Painel PrEP**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/painel-prep>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2020**. Brasília: MS/SVS, 2020a. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2020/hiv-aids/boletim_hiv_aids_2020_com_marcas.pdf/view
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira (PCAP)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores e dados básicos do HIV/AIDS nos municípios brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. Available from: <http://indicadores.aids.gov.br/>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **The Brazilian Response to HIV and AIDS** - Global AIDS Response Progress Reporting (GARPR). Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Available from:

http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/BRA_narrative_report_2015.pdf

BRASIL. **Lei nº 8.069**, de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 jul 1990a. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm

BRASIL. **Lei nº 8.072**, de 25 de Julho de 1990. Dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do art. 5o, inciso XLIII, da Constituição Federal, e determina outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jul 1990b. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8072.htm

CDC-US. **Compendium of evidence-based interventions and best practices for HIV prevention**. 2017. Available from:

<https://www.cdc.gov/hiv/research/interventionresearch/compendium/index.html>

CDC-US. **Preexposure prophylaxis for the prevention of HIV infection in the United States-2017**: Update a clinical practice guideline. 2018. Available from:

<https://www.cdc.gov/hiv/pdf/risk/prep/cdc-hiv-prep-guidelines-2017.pdf>

CHAN, P. A. et al. Implementation of preexposure prophylaxis for human immunodeficiency virus prevention among men who have sex with men at a New England sexually transmitted diseases clinic. **Sex Transm Dis.**, v. 43, n. 11, p. 717–723, nov. 2016. Available from: <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000514>

COELHO, L. E. et al. The prevalence of HIV among men who have sex with men (MSM) and young MSM in Latin America and the Caribbean: a systematic review. **AIDS Behav.**, v. 25, n. 10, p. 3223-3237, out 2021. Disponível em:

<https://doi.org/10.1007/s10461-021-03180-5>

COHEN, S. E. et al. High interest in preexposure prophylaxis among men who have sex with men at risk for HIV infection: Baseline data from the US PrEP demonstration project. **J Acquir Immune Defic Syndr.**, v. 68, n. 4, p. 439–448, apr. 2015. Available from:

<https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000000479>

DE SOUZA, M. H. T. et al. Violência e sofrimento social no itinerário de travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 4, p. 767–776, 2015 Apr. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00077514>

DOUGAN S. et al. Epidemiology of HIV among black and minority ethnic men who have sex with men in England and Wales. **Sex Transm Infect.**, v. 81, n. 4; p. 345–350, 2005 Aug. Available from: <https://doi.org/10.1136/sti.2004.012328>

DOURADO, I. et al. Adapting to the COVID-19 pandemic: continuing hiv prevention services for adolescents through telemonitoring, Brazil. **AIDS Behav.**, v. 24, n. 7, p. 1994–1999, 2020 Jul. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02927-w>

DOURADO, I. et al. Revisitando o uso do preservativo no Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 18, Suppl 1, 2015 Sep. Available from: <https://doi.org/10.1590/1809-4503201500050006>

EZENIA, O.; GETER, A.; SMITH, D. K. The PrEP care continuum and black men who have sex with men: a scoping review of published data on awareness, uptake, adherence, and retention in PrEP care. **AIDS Behav.**, v. 23, n. 10, p. 2654–2673, out 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02641-2>

FDA. **Truvada supplement approval**. 2018 Aug Available from: <http://www.fda.gov/ForIndustry/DataStandards/StructuredProductLabeling/default.htm>

FENG, Y. et al. [Meta-analysis of HIV infection incidence and risk factors among men who have sex with men in China]. **Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi**, v. 36, n. 7, p. 752–758, 2015. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26564708/>

FRY, P. H. et al. Does AIDS have a race or color? Data interpretation and health policymaking in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 497–523, 2007 Mar. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300002>

GIOVANARDI, G. et al. Transition memories: experiences of trans adult women with hormone therapy and their beliefs on the usage of hormone blockers to suppress puberty. **J Endocrinol Invest.**, v. 42, n. 10, p. 1231–1240, 2019 Oct. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40618-019-01045-2>

GRANT, R. M. et al. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. **N Engl J Med**, v. 363, n. 27, p. 2587–2599, dez 2010. Available from: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1011205>

GRINSZTEJN, B. et al. Retention, engagement, and adherence to pre-exposure prophylaxis for men who have sex with men and transgender women in PrEP Brasil: 48 week results of a demonstration study. **Lancet HIV**, v. 5, n. 3, p. e136–e145, mar. 2018. Available from: [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(18\)30008-0](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(18)30008-0)

GROHSKOPF, L. A. et al. Randomized trial of clinical safety of daily oral tenofovir disoproxil fumarate among HIV-uninfected men who have sex with men in the United States. **J AIDS J Acquir Immune Defic Syndr.**, v. 64, n. 1, p. 79–86, 2013 Sep. Available from: <https://journals.lww.com/00126334-201309010-00013>

GOLUB, S. et al. Predictors of PrEP uptake among patients with equivalent access. **AIDS Behav.**, v. 23, n. 7, p. 1917–1924, jul. 2019. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2376-y>

GRANGEIRO, A. et al. High risk sexual behavior, access to HIV prevention services and HIV incidence during the COVID-19 pandemic among men who have sex with men and transgender women in Brazil. *In: 11th IAS Conference on HIV Science (IAS 2021)*, Berlin, Germany, July 18–21, 2021. Available from: <https://theprogramme.ias2021.org/Abstract/Abstract/1187>

GRANT, R. M. et al. Uptake of pre-exposure prophylaxis, sexual practices, and HIV incidence in men and transgender women who have sex with men: a cohort study. **Lancet Infect Dis.**, v. 14, n. 9, p. 820–829, set 2014. Available from: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(14\)70847-3](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(14)70847-3)

GRINSZTEJN, B. et al. Unveiling of HIV dynamics among transgender women: a respondent-driven sampling study in Rio de Janeiro, Brazil. **Lancet HIV**, v. 4, n. 4, p. 169–176, abr 2017. Available from: [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(17\)30015-2](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(17)30015-2)

GUIMARÃES, M. D. C. et al. Comparing HIV risk-related behaviors between 2 RDS national samples of MSM in Brazil, 2009 and 2016. **Medicine**, Baltimore, v. 97, n. 1S Suppl 1, p. S62–S68, maio 2018. Available from:

<https://doi.org/10.1097/MD.00000000000009079>

GUTTMACHER INSTITUTE. **State laws and policies: sex and HIV education**. New York: Guttmacher Institute, 2022. Available from: <https://www.guttmacher.org/state-policy/explore/sex-and-hiv-education>

HAN J. et al. PrEP uptake preferences among men who have sex with men in China: results from a National Internet Survey. **J Int AIDS Soc.**, v. 22, n. 2, p. e25242, 2019 Feb. Available from: <https://doi.org/10.1002/jia2.25242>

HOAGLAND, B. et al. High pre-exposure prophylaxis uptake and early adherence among men who have sex with men and transgender women at risk for HIV infection: the PrEP Brasil demonstration project. **J Int AIDS Soc.**, v. 20, n. 1, 2017. Available from: <https://doi.org/10.7448/IAS.20.1.21472>

HOSEK, S. G. et al. An HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) demonstration project and safety study for young MSM. **J Acquir Immune Defic Syndr.**, v. 74, n. 1, p. 21–29, jan. 2017. Available from: <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001179>

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. Applied Logistic Regression. 2nd ed. New York: Wiley Interscience Publication, 2000. 376 p. Available from: http://resource.heartonline.cn/20150528/1_3kOQSTg.pdf

KAMIS, K. F. et al. Same-day HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) initiation during drop-in sexually transmitted diseases clinic appointments is a highly acceptable, feasible, and safe model that engages individuals at risk for HIV into PrEP care. **Open Forum Infect Dis.**, v. 6, n. 7, jun 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ofid/ofz310>

KERR, L. et al. HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil: results of the 2nd national survey using respondent-driven sampling. **Medicine**, Baltimore, v. 97, p. S1, maio 2018. Available from: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000010573>

KERR, L. R. F. S. et al. HIV among MSM in a large middle-income country. **AIDS**, v. 27, n. 3, p. 427–435, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e32835ad504>

KHOSROPOUR, C. M. et al. A pharmacist-led, same-day, HIV pre-exposure prophylaxis initiation program to increase PrEP uptake and decrease time to PrEP initiation. **AIDS Patient Care STDS**, v. 34, n. 1, p. 1–6, 2020 Jan. Available from: <https://doi.org/10.1089/apc.2019.0235>

KOBLIN, B. A. et al. Risk factors for HIV infection among men who have sex with men [Internet]. **AIDS**, London, v. 20, n. 5, p. 731–739, 2006 Mar. Available from: <https://doi.org/10.1097/01.aids.0000216374.61442.55>

KRAKOWER, D. S. et al. Limited awareness and low immediate uptake of pre-exposure prophylaxis among men who have sex with men using an internet social networking site. **PloS One**, v. 7, n. 3, e33119, 2012. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0033119>

MAGNO, L. et al. Reaching adolescents at high risk of HIV infection in Brazil: demand creation strategies for PrEP and other combination prevention methods enrolment among adolescent men who have sex with men and transgender women. **Arch Sex Behav.** p. 1–17, jul. 2021a; Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10508-022-02371-y>

MAGNO, L. et al. Effectiveness of strategies for generating demand for PrEP and combination prevention among adolescent's men who have sex with men and transgender women in Brazil. *In: 11th IAS Conference on HIV Science (IAS 2021)*, Berlin, Germany, July 18-21, 2021b. Available from: <https://theprogramme.ias2021.org/Abstract/Abstract/2071>

MAGNO, L. et al. Gender-based discrimination and unprotected receptive anal intercourse among transgender women in Brazil: a mixed methods study. **PLoS One**, v. 13, n. 4, p. e0194306, abr. 2018. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194306>

MAGNO, L. et al. Factors associated with self-reported discrimination against men who have sex with men in Brazil. **Rev Saude Publica**, v. 51, 2017. Available from: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000016>

MAGNO, L.; DOURADO, I.; DA SILVA, L. A. V. Stigma and resistance among travestis and transsexual women in Salvador, Bahia State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 5, maio 2018. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00135917>

MARINHO, M.B. Between functionality and playfulness: condom in aids prevention campaigns. **Interface: Communication, Health, Education**, v4, n.6, fevereiro 2000. Available from: <https://www.scielo.br/j/icse/a/hG5yHvXhFQMRH6KQqbzgr5K/?lang=pt>

MAYER, K. H. et al. The persistent and evolving HIV epidemic in American men who have sex with men. **Lancet**, London, v. 397, n. 10279, p. 1116-1126, 2021 Mar. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00321-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00321-4)

MAYER, C. M. et al. Distance to clinic is a barrier to PrEP uptake and visit attendance in a community in rural Uganda. **J Int AIDS Soc.**, v. 22, n. 4, abr. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jia2.25276>

MENSCH, B. S.; VAN DER STRATEN, A.; KATZEN, L. L. Acceptability in microbicide and PrEP trials: current status and a reconceptualization. **Curr Opin HIV AIDS**, v. 7, n. 6, p. 534–541, nov. 2012. Available from: <https://doi.org/10.1097/COH.0b013e3283590632>

MIKATI, T.; JAMISON, K.; DASKALAKIS, D. Immediate PrEP initiation at New York City sexual health clinics. *In: Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI 2019)*, Seattle, Washington, EUA, March 7, 2019. Abstract 962. Available from: https://www.natap.org/2019/CROI/croi_115.htm

MONTEIRO, S.; BRIGEIRO, M. Experiences of transgender women/transvestites with access to health services: Progress, limits, and tensions. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 4, 2019. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00111318>

MONTGOMERY, M. C. et al. Adherence to Pre-Exposure Prophylaxis for HIV

- Prevention in a Clinical Setting. **PloS One**, v. 11, n. 6, p. e0157742, jun. 2016. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157742>
- MORGAN, E. et al. Three-fold increase in PrEP uptake over time with high adherence among young men who have sex with men in Chicago. **AIDS Behav.**, v. 22, n. 11, p. 3637–3644, 2018 Nov. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2122-5>
- MULLINS, T. L. K.; LEHMANN, C. E. Oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) for HIV prevention in adolescents and young adults. **Curr Pediatr Rep.**, v. 6, n. 2, p. 114–122, 2018 Jun. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40124-018-0163-x>
- NADAL, K. L.; DAVIDOFF, K. C.; FUJII-DOE, W. Transgender women and the sex work industry: roots in systemic, institutional, and interpersonal discrimination. **J Trauma Dissociation**, v. 15, n. 2, p. 169–183, 2014. Available from: <https://doi.org/10.1080/15299732.2014.867572>
- NUNN, A. S. et al. Defining the HIV pre-exposure prophylaxis care continuum. **AIDS**, v. 31, n. 5, p. 731-734, mar. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000001385>
- PASCOM, A. R. P.; MEIRELES, M. V.; BENZAKEN, A. S. Sociodemographic determinants of attrition in the HIV continuum of care in Brazil, in 2016. **Medicine**, Baltimore, v. 97, 1S Suppl 1, p. S69–S74, 2018 May. Available from: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000009857>
- RAIFMAN, J.; BEYRER, C.; ARRINGTON-SANDERS, R. HIV Education and Sexual Risk Behaviors Among Young Men Who Have Sex with Men. **LGBT Health**, v. 5, n. 2, p. 131–138, 2018 Feb. Available from: <https://doi.org/10.1089/lgbt.2017.0076>
- RAO, A. et al. Perceived interruptions to HIV prevention and treatment services associated with COVID-19 for gay, bisexual, and other men who have sex with men in 20 countries. **J Acquir Immune Defic Syndr.**, v. 87, n. 1, p. 644–51, 2021 May. Available from: <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002620>
- RAYMOND, H. F. et al. Adolescent experiences of discrimination, harassment, connectedness to community and comfort with sexual orientation reported by adult men who have sex with men as a predictor of adult HIV status. **AIDS Behav.**, v. 15, n. 3, p. 550–556, 2011. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10461-009-9634-y>
- REISNER, S. L. et al. Global health burden and needs of transgender populations: a review. **Lancet**, v. 388, n. 10042, p. 412-436, 2016 Jul. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00684-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00684-X)
- ROWAN, S. E. et al. Same-day prescribing of daily oral pre-exposure prophylaxis for HIV prevention. **Lancet HIV**, v. 8, n. 2, p. e114–e120, fev. 2021. Available from: [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(20\)30256-3](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(20)30256-3)
- SAFFIER, I. P.; KAWA, H.; HARLING, G. A scoping review of prevalence, incidence and risk factors for HIV infection amongst young people in Brazil. **BMC Infect Dis.**, v. 17, n. 1, p. 675, oct. 2017. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12879-017-2795-9>
- SANCHEZ, T. H. et al. Characterizing the impact of COVID-19 on men who have sex

with men across the United States in April, 2020. **AIDS Behav.**, v. 24, n. 7, p. 2024–2032, 2020 Jul. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02894-2>

SEROTA, D. P. et al. Pre-exposure prophylaxis uptake and discontinuation among young black men who have sex with men in Atlanta, Georgia: a prospective cohort study. **Clin Infect Dis.**, v. 71, n. 3, p. 574–582, ago. 2020. Available from: <https://doi.org/10.1093/cid/ciz894>

STRAUSS, B. B. et al. Exploring patterns of awareness and use of hiv pre-exposure prophylaxis among young men who have sex with men. **AIDS Behav.**, v. 21, n. 5, p. 1288–1298, 2017 May. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1480-0>

SULLIVAN, P. S. et al. Epidemiology of HIV in the USA: epidemic burden, inequities, contexts, and responses. **Lancet**, London, v. 397, n. 10279, p. 1095–1106, 2021 Feb. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00395-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00395-0)

SZWARCWALD, C. L.; PASCOM, A. R. P.; DE SOUZA JÚNIOR, P. R. Estimation of the HIV incidence and of the number of people living with HIV/AIDS in Brazil, 2012. **J AIDS Clin Res.**, v. 6, n. 3, jan. 2015. Available from: <https://doi.org/10.4172/2155-6113.1000430>

TUCKER, C. et al. Understanding social and sexual networks of sexual minority men and transgender women in Guatemala City to improve HIV prevention efforts. **J Health Care Poor Underserved**, v. 25, n. 4, p. 1698–1717, 2014 Nov. Available from: <https://doi.org/10.1353/hpu.2014.0163>

UNAIDS. **Global AIDS update 2020**. Seizing the moment: tackling entrenched inequalities to end epidemics. Geneva : Unaids, 2020. Available from: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/global-aids-report>

UNAIDS. **UNAIDS DATA 2019**. Geneva, Switzerland: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2019. Available from: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2019/2019-UNAIDS-data>

VAN DER ELST, E. M. et al. Strengthening healthcare providers' skills to improve HIV services for MSM in Kenya. **AIDS**, v. 29, Suppl 3, p. S237–S240, 2015 Dec. Available from: <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000000882>

VAN DER ELST, E. M. et al. Men who have sex with men sensitivity training reduces homophobia and increases knowledge among Kenyan healthcare providers in coastal Kenya. **J Int AIDS Soc.**, v. 16, p. 18748, 2013 Dec. Available from: <https://doi.org/10.7448/IAS.16.4.18748>

VELOSO, V. G. et al. Safety, early continuation and adherence of same day PrEP initiation among MSM and TGW in Brazil, Mexico and Peru: the ImPrEP Study. *In*: **10th IAS Conference on HIV Science (IAS 2019)**, Mexico City, Mexico, July 21-24, 2019. Available from: <https://programme.ias2019.org/Abstract/Abstract/4894>

VUYLSTEKE, B.; JANA, S. Reducing HIV risk in sex workers, their clients and partners. *In*: LAMPTEY, P. R.; GAYLE, H. D. (ed.) **HIV/AIDS prevention and care in resource-constrained settings**. Arlington, Virginia: Family Health International, 2001. p. 187-210. Available from: https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnacy892.pdf

WAHOME, E. et al. Assessment of PrEP eligibility and uptake among at-risk MSM

participating in a HIV-1 vaccine feasibility cohort in coastal Kenya. **Wellcome Open Res.** v. 4, p. 138, 2020 Sep. Available from:

<https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.15427.2>

WHO. **Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection:** recommendations for a public health approach. 2nd ed. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2016. Available from:

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549684>

WHO. **Guidance on oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) for serodiscordant couples, men and transgender women who have sex with men at high risk of HIV:** recommendations for use in the context of demonstration projects. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2012. Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75188/1/9789241503884_eng.pdf?ua=1

YI, S. et al. Factors associated with condom use with non-commercial partners among sexually-active transgender women in Cambodia: Findings from a national survey using respondent-driven sampling. **BMC Public Health**, v. 19, n. 1, p. 326, 2019 Mar.

Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6656-x>

ZHENG, C. et al. Commercial sex and risk of HIV, syphilis, and herpes simplex virus-2 among men who have sex with men in six Chinese cities. **BMC Infect Dis.**, v. 16, n. 1, 2016 Dec.

Available from: <https://doi.org/10.1186/s12879-016-2130-x>

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aceitabilidade e o *uptake* da PrEP podem ser diferentes entre populações vulneráveis no Brasil, como os HSH e as TrMT, considerando suas especificidades regionais, socioculturais, comportamentais, de faixa etária e as questões programáticas da rede de atenção à saúde brasileira. Esta tese evidenciou que a percepção do risco de infecção pelo HIV desempenha um papel importante na aceitabilidade da PrEP entre HSH adultos, de modo que quanto maior a percepção de risco, maior a aceitabilidade desta profilaxia. A aceitabilidade é um passo anterior para iniciação de PrEP, pois a intenção de usar esta profilaxia influencia na atitude e no comportamento em direção ao início do seu uso.

Tendo em vista que a percepção de risco entre pessoas vulneráveis ao HIV nem sempre reflete de forma consistente o risco real, demonstra ser fundamental avaliar a percepção de risco de um potencial usuário da PrEP e promover aconselhamento sobre fatores de risco ao HIV, a fim de melhorar a precisão do risco percebido. Dada a disponibilidade da PrEP oral diária no sistema público de saúde brasileiro, sugerimos enfatizar o aconselhamento sobre percepção do risco de infecção pelo HIV como parte dos serviços de rotina de prevenção às IST.

Nos resultados da tese foi possível observar que dentre os adolescentes vinculados aos serviços de PrEP, a maior parte deles tinha indicação de uso da profilaxia, interesse em usar o método, e iniciaram o uso na primeira oportunidade em que esta foi ofertada. Portanto, além de ofertar e disponibilizar a PrEP, é preciso torná-la conhecida e acessível entre as populações que estão em contexto de vulnerabilidade ao HIV. Mediante a promoção da iniciação de PrEP, há ainda o desafio de se manter a adesão ao uso dos antirretrovirais em níveis protetores entre os adolescentes.

Considerando que houve perdas de seguimento para aqueles que não puderam iniciar a PrEP no primeiro atendimento, a oferta e acesso a essa tecnologia a partir da estratégia *same-day PrEP initiation* é bastante relevante para o aumento do *uptake* entre populações em contexto de alta vulnerabilidade ao HIV. Dito isso, é necessário também que os serviços de saúde estejam preparados para acolher os adolescentes LGBTQIA+ e promovam estratégias para melhor vincular estes aos serviços, para que possam iniciar o uso da PrEP assim que tenham indicação ou desejem fazer uso da profilaxia.

Diversos fatores podem contribuir na aceitação desse método entre populações vulneráveis, variando segundo a faixa-etária. Esta tese evidenciou que condições sociocomportamentais que representam maior vulnerabilidade ao HIV e experiências de violência e discriminação estiveram associadas à iniciação da PrEP. Esses aspectos reforçam a recomendação de que os programas de PrEP devem estar organizados e os profissionais preparados para identificar populações em contexto de alto risco ao HIV, bem como estejam treinados para discutir a necessidade do uso de um método preventivo, sensibilizando-as sobre os riscos de infecção por HIV e a necessidade do uso de um método preventivo, sendo a PrEP uma dessas opções. Importante ressaltar, também, que os programas de PrEP precisam desenvolver estratégias de comunicação efetivas para o público jovem e que considerem as particularidades das populações-chave durante a atenção ao usuário de PrEP. E para mobilização e criação de demanda do público jovem, as escolas se apresentam como um espaço potente para discutir sobre a saúde sexual dos adolescentes, bem como sobre a PrEP e outras estratégias de prevenção às IST.

A partir do exposto e dos dados evidenciados nos artigos, diante da alta aceitabilidade e *uptake* da PrEP entre HSH e TrMT, identificamos que a PrEP é uma tecnologia com grande potencial de impacto na redução das infecções por HIV entre populações-chave no Brasil, especialmente entre o público jovem, que tem apresentado um aumento importante da incidência de HIV. Portanto, é preciso expandir o acesso à PrEP entre HSH e TrMT, tendo em vista a ampla iniciação da PrEP entre aqueles que tinham indicação de uso mediante oferta do método. Nesse contexto, a estratégia de iniciação da PrEP no mesmo dia em que há indicação de uso (*same-day PrEP initiation*) é importante para reduzir as barreiras e facilitar o acesso à profilaxia e ampliar as chances de promover o uso deste método.

REFERÊNCIAS

AGGLETON, P.; PARKER, R. Moving beyond biomedicalization in the hiv response: implications for community involvement and community leadership among men who have sex with men and transgender people. **Am J Public Health**, v. 105, n. 8, p. 1552–1558, ago 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302614>

AJZEN, I. The theory of planned behavior. **Organizational Behavior and Human Decision Processes**, v. 50, n. 2, p. 179–211, 1991. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)

ALBARRACÍN, D. et al. Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: a meta-analysis. **Psychol bull.**, v. 127, n. 1, p. 142–161, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.1.142>

ALTMAN, D. et al. Men who have sex with men: stigma and discrimination. **The Lancet**, v. 380, n. 9839, p. 439–445, jul 2012. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60920-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60920-9)

AMORIM, S. M. G.; VIEIRA, F. DE S.; BRANCALEONI, A. P. Percepções acerca da condição de vida e vulnerabilidade à saúde de travestis. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 98, p. 525–535, set. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-11042013000300016>

ANDERSON, P. L. et al. Emtricitabine-tenofovir concentrations and pre-exposure prophylaxis efficacy in men who have sex with men. **Sci Transl Med.**, v. 4, n. 151, p. 151–125, set. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1126/scitranslmed.3004006>

AYRES, J. R. C. M. . et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 121–143.

BAETEN, J. M. et al. Antiretroviral prophylaxis for HIV prevention in heterosexual men and women. **N Engl J Med.**, v. 367, n. 5, p. 399–410, ago. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1108524>

BAGGALEY, R. F.; WHITE, R. G.; BOILY, M. C. HIV transmission risk through anal intercourse: systematic review, meta-analysis and implications for HIV prevention. **Int J Epidemiol.**, v. 39, n. 4, p. 1048–1063, abr. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ije/dyq057>

BARAL, S. D. et al. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. **Lancet Infect Dis.**, v. 13, n. 3, p. 214–222, mar. 2013. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(12\)70315-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(12)70315-8)

BAUERMEISTER, J. A. et al. PrEP awareness and perceived barriers among single young men who have sex with men. **Curr HIV Res.**, v. 11, n. 7, p. 520–527, out. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.2174/1570162x12666140129100411>

BECASEN, J. S. et al. Estimating the prevalence of HIV and sexual behaviors among the US transgender population: a systematic review and meta-analysis, 2006–2017. **Am J Public Health**, v. 109, n. 1, p. e1–e8, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304727>

BENTO, B. Sexualidade e experiências trans: do hospital à alcova. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2655–2664, out. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000015>

BEYRER, C. et al. Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. **Lancet**, London, v. 380, n. 9839, p. 367–377, jul 2012. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60821-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60821-6)

BEYRER, C.; ABDOOL KARIM, Q. The changing epidemiology of HIV in 2013. **Curr Opin HIV AIDS**, v. 8, n. 4, p. 306-310, jul 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/COH.0b013e328361f53a>

BIELLO, K. B. et al. Preferences for injectable PrEP among young U.S. cisgender men and transgender women and men who have sex with men. **Arch Sex Behav.**, v. 47, n. 7, p. 2101–2107, out 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1049-7>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pré-exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pré-exposição (PrEP) de risco à infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_profilaxia_prep.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **The Brazilian Response to HIV and AIDS - Global AIDS Response Progress Reporting (GARPR)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Available from: http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/BRA_narrative_report_20_15.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Prevenção combinada do HIV: bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. 123 p. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/2017/prevencao_combinada_-_bases_conceituais_web.pdf/view

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2020**. Brasília: MS/SVS, 2020a. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2020/hiv-aids/boletim_hiv_aids_2020_com_marcas.pdf/view

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Casos de Aids diminuem no Brasil**. Brasília, DF: MS/SVS/DCCI, dez. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/noticias/2022/maio/casos-de-aids-diminuem-no-brasil>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV IST e hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeuticas_profilaxia_exposicao_HIV_IST_hepatites_virais.pdf

BRASIL. **Lei nº 8080**, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set 1990. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2021**. Número Especial. Brasília: MS/SVS/DCCI, 2021. p. 72. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2021/boletim-epidemiologico-especial-hiv-aids-2021.pdf/view>

BRIGNOL, S.; DOURADO, I.; AMORIM, L. D. Práticas sexuais desprotegidas entre homens homossexuais, bissexuais, outros homens que fazem sexo com homens e travestis. *In*: BRIGNOL, S. **Estudo epidemiológico das práticas sexuais desprotegidas em uma população de homens e travestis**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008. p. 82-112. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/10695>

BRITO, M. O. et al. Risk behaviours and prevalence of sexually transmitted infections and HIV in a group of Dominican gay men , other men who have sex with men and transgender women. **BMJ Open**, v. 5, n. 4, p. 1–6, abr 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-007747>

CALABRESE, S. K. et al. Putting PrEP into practice: lessons learned from early-adopting U.S. providers' firsthand experiences providing hiv pre-exposure prophylaxis and associated care. **PloS One**, v. 11, n. 6, e0157324, jun. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157324>

CDC-US. Transgender women urgently need more HIV prevention and treatment services, new CDC data show. CDC Online Newsroom, 15 abril 2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/media/releases/2021/p0414-trans-HIV.html#print>

CDC-US. Factors that increase HIV risk. HIV Transmission, 21 abril 2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/hiv/basics/hiv-transmission/increase-hiv-risk.html>

CHAN, P. A. et al. Implementation of preexposure prophylaxis for human immunodeficiency virus prevention among men who have sex with men at a New England sexually transmitted diseases clinic. **Sex Transm Dis.**, v. 43, n. 11, p. 717–723, nov. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000514>

CHOOPANYA, K. et al. Antiretroviral prophylaxis for HIV infection in injecting drug users in Bangkok, Thailand (the Bangkok Tenofovir Study): a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial. **Lancet**, London, v. 381, n. 9883, p. 2083–2090, jun 2013. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61127-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61127-7)

CLEMENTS-NOLLE, K. et al. HIV prevalence, risk behaviors, health care use, and mental health status of transgender persons: Implications for public health intervention. **Am J Public Health**, v. 91, n. 6, p. 915–921, jun 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.2105/ajph.91.6.915>

COELHO, L. E. et al. The prevalence of HIV among men who have sex with men (MSM) and young MSM in Latin America and the Caribbean: a systematic review. **AIDS Behav.**, v. 25, n. 10, p. 3223-3237, out 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10461-021-03180-5>

COHEN, M. S. et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. **N Engl J Med.**, v. 365, n. 6, p. 493–505, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1105243>

COSTA, A. B. et al. Population-based HIV prevalence and associated factors in male-to-female transsexuals from Southern Brazil. **Arch Sex Behav.**, v. 44, n. 2, p. 521–524, fev. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0386-z>

DELANY-MORETLWE, S. et al. Cabotegravir for the prevention of HIV-1 in women: results from HPTN 084, a phase 3, randomised clinical trial. **Lancet**, v. 399, n. 10337, p. 1779–1789, maio 2022. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00538-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00538-4)

DESROSIERS, A. et al. A Randomized controlled pilot study of a culturally-tailored counseling intervention to increase uptake of HIV pre-exposure prophylaxis among young black men who have sex with men in Washington, DC. **AIDS Behav.**, v. 23, n. 1, p. 105–115, jan. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2264-5>

DOLEZAL, C. et al. Awareness of post-exposure prophylaxis (PEP) and pre-exposure prophylaxis (PrEP) is low but interest is high among men engaging in condomless anal sex with men in Boston, Pittsburgh, and San Juan. **AIDS Educ Prev.**, v. 27, n. 4, p. 289–97, ago. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1521/aeap.2015.27.4.289>

EATON, L. A. et al. A Multi-US City Assessment of Awareness and Uptake of Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) for HIV Prevention Among Black Men and Transgender Women Who Have Sex with Men. **Prev Sci.**, v. 18, n. 5, p. 505–516, jul. 2017. <https://doi.org/10.1007/s11121-017-0756-6>

FERNANDES, S. E. T. et al. Sexual behavior of women in the process of transexualization in front of safe sex: integrative review. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, e25010111679, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11679>

EZENIA, O.; GETER, A.; SMITH, D. K. The PrEP care continuum and black men who have sex with men: a scoping review of published data on awareness, uptake, adherence, and retention in PrEP care. **AIDS Behav.**, v. 23, n. 10, p. 2654–2673, out 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02641-2>

FDA. **FDA approves second drug to prevent HIV infection** as part of ongoing efforts to end the HIV epidemic. 2019. Disponível em: <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-approves-second-drug-prevent-hiv-infection-part-ongoing-efforts-end-hiv-epidemic>

FENWAY HEALTH INSTITUTE. **LGBTQIA+ Glossary of terms for health care teams**. Boston, Massachusetts: National LGBTQIA+ Health Education Center, 2020. 12 p. Disponível em: <https://www.lgbtqihealtheducation.org/publication/lgbtqi-glossary-of-terms-for-health-care-teams/>

FERREIRA-JUNIOR, O. D. C. et al. Prevalence estimates of HIV, syphilis, hepatitis B and C among female sex workers (FSW) in Brazil, 2016. **Medicine**, Baltimore, v. 97, n. 1S, p. S3–S8, maio 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000009218>

FRANKIS, J. S. et al. Towards preparedness for PrEP: PrEP awareness and acceptability among MSM at high risk of HIV transmission who use sociosexual media in four Celtic nations: Scotland, Wales, Northern Ireland and The Republic of Ireland: an online survey. **Sex Transm Infect.**, v. 92, n. 4, p. 6, jun 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/sextrans-2015-052101>

GOEDEL, W. C. et al. Correlates of awareness of and willingness to use pre-exposure prophylaxis (PrEP) in gay, bisexual, and other men who have sex with men who use

- geosocial-networking smartphone applications in New York City. **AIDS Behav.**, v. 20, p. 1435–1442, jul 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1353-6>
- GOLUB, S. et al. Predictors of PrEP uptake among patients with equivalent access. **AIDS Behav.**, v. 23, n. 7, p. 1917–1924, jul. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2376-y>
- GOLUB, S. A. et al. From efficacy to effectiveness: facilitators and barriers to PrEP acceptability and motivations for adherence among MSM and transgender women in New York City. **AIDS Patient Care STDS**, v. 27, n. 4, p. 248–254, abr. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/apc.2012.0419>
- GOLUB, S. A. et al. Preexposure prophylaxis and predicted condom use among high-risk men who have sex with men. **J Acquir Immune Defic Syndr.**, v. 54, n. 5, p. 548–555, ago. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e3181e19a54>
- GOMES, R. R. de F. M. et al. Fatores associados ao baixo conhecimento sobre HIV/AIDS entre homens que fazem sexo com homens no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 10, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00125515>
- GOSINE, A. Raça, cultura, poder, sexo, desejo e amor – inscrevendo os “homens que fazem sexo com homens”. In: Cornwall, A.; Jolly, S. (org.) **Questões de sexualidade ensaios transculturais**. Rio de Janeiro: ABIA, 2008. p. 69–80. Disponível em: <http://sxpolitics.dreamhosters.com/wp-content/uploads/2009/04/questoes-de-sexualidade.pdf>
- GRANT, R. M. et al. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. **N Engl J Med**, v. 363, n. 27, p. 2587–2599, dez 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1011205>
- GRANT, R. M. et al. Uptake of pre-exposure prophylaxis, sexual practices, and HIV incidence in men and transgender women who have sex with men: a cohort study. **Lancet Infect Dis.**, v. 14, n. 9, p. 820–829, set 2014. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(14\)70847-3](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(14)70847-3)
- GREDIG, D. et al. Acceptability and willingness to use HIV pre-exposure prophylaxis among HIV-negative men who have sex with men in Switzerland. **AIDS Care**, v. 28, Suppl 1, n. sup1, p. 44–47, mar. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1146212>
- GRINSZTEJN, B. et al. Unveiling of HIV dynamics among transgender women: a respondent-driven sampling study in Rio de Janeiro, Brazil. **Lancet HIV**, v. 4, n. 4, p. 169–176, abr 2017. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(17\)30015-2](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(17)30015-2)
- GRULICH, A. E. et al. Population-level effectiveness of rapid, targeted, high-coverage roll-out of HIV pre-exposure prophylaxis in men who have sex with men: the EPIC-NSW prospective cohort study. **Lancet HIV**, v. 5, n. 11, p. e629–e637, 1 nov. 2018. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(18\)30215-7](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(18)30215-7)
- GUIMARÃES, M. D. C. et al. Comparing HIV risk-related behaviors between 2 RDS national samples of MSM in Brazil, 2009 and 2016. **Medicine**, Baltimore, v. 97, n. 1S Suppl 1, p. S62–S68, maio 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000009079>
- GUIMARÃES, M. D. C. et al. HIV/AIDS knowledge among MSM in Brazil: a challenge for public policies. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 22, n. Suppl 1, p. E190005, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190005.supl.1>

GUIMARÃES, M. L. et al. Assessing the HIV-1 epidemic in Brazilian drug users: a molecular epidemiology approach. **PloS One**, v. 10, n. 11, nov. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141372>

HANNAFORD, A. et al. The use of online posts to identify barriers to and facilitators of HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) among men who have sex with men: a comparison to a systematic review of the peer-reviewed literature. **AIDS Behav.**, v. 22, n. 4, p. 1080–1095, abr. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10461-017-2011-3>

HAUKOOS, J. S. et al. HIV Risk and pre-exposure prophylaxis eligibility among emergency department patients. **AIDS Patient Care STDS**, v. 35, n. 6, p. 211–219, jun. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/apc.2021.0012>

HAWKES, S. et al. HIV and other sexually transmitted infections among men, transgenders and women selling sex in two cities in Pakistan: a cross-sectional prevalence survey. **Sex Transm Infect.**, v. 85, n. S2, abr. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/sti.2008.033910>

HERBST, J. H. et al. Estimating HIV prevalence and risk behaviors of transgender persons in the United States: A systematic review. **AIDS Behav.**, v. 12, n. 1, p. 1–17, jan 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10461-007-9299-3>

HILL, L. M. et al. HIV risk, risk perception, and PrEP interest among adolescent girls and young women in Lilongwe, Malawi: operationalizing the PrEP cascade. **J Int AIDS Soc.**, v. 23, n. S3, jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jia2.25502>

HOAGLAND, B. et al. Awareness and willingness to use pre-exposure prophylaxis (PrEP) among men who have sex with men and transgender women in Brazil. **AIDS Behav.**, v. 21, n. 5, p. 1278–1287, maio 2017a. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1516-5>

HOAGLAND, B. et al. High pre-exposure prophylaxis uptake and early adherence among men who have sex with men and transgender women at risk for HIV infection: the PrEP Brasil demonstration project. **J Int AIDS Soc.**, v. 20, n. 1, 2017b. Disponível em: <https://doi.org/10.7448/IAS.20.1.21472>

HOJILLA, J. C. et al. Sexual behavior, risk compensation, and HIV prevention strategies among participants in the San Francisco PrEP demonstration project: a qualitative analysis of counseling notes. **AIDS Behav.**, v. 20, n. 7, p. 1461–1469, jul. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10461-015-1055-5>

HOSEK, S. G. et al. An HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) demonstration project and safety study for young MSM. **J Acquir Immune Defic Syndr.**, v. 74, n. 1, p. 21–29, jan. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001179>

HOSEK, S. G. et al. Preventing HIV among adolescents with oral PrEP: observations and challenges in the United States and South Africa. **J Int AIDS Soc.**, v.19, Suppl 6, p.21107, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5071778/pdf/JIAS-19-21107.pdf>

IBGE. Coordenação de população e indicadores sociais. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. 162p.

JAFFE, H. W.; VALDISERRI, R. O.; DE COCK, K. M. The reemerging HIV/AIDS epidemic in men who have sex with men. **JAMA**, v. 298, n. 20, p. 2412-2414, nov. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.298.20.2412>

KAMIS, K. F. et al. Same-day HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) initiation during drop-in sexually transmitted diseases clinic appointments is a highly acceptable, feasible, and safe model that engages individuals at risk for HIV into PrEP care. **Open Forum Infect Dis.**, v. 6, n. 7, jun 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ofid/ofz310>

KERR, L. et al. HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil: results of the 2nd national survey using respondent-driven sampling. **Medicine**, Baltimore, v. 97, p. S1, maio 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000010573>

KERR, L. R. F. S. et al. HIV among MSM in a large middle-income country. **AIDS**, v. 27, n. 3, p. 427–435, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e32835ad504>

KHAWCHAROENPORN, T. et al. HIV risk, risk perception and uptake of HIV testing and counseling among youth men who have sex with men attending a gay sauna. **AIDS Res Ther.**, v. 16, n. 1, p. 13, jun. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12981-019-0229-z>

KRAKOWER, D. S. et al. Limited awareness and low immediate uptake of pre-exposure prophylaxis among men who have sex with men using an internet social networking site. **PLoS One**, v. 7, n. 3, e33119, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0033119>

LANDOVITZ, R. J. et al. Cabotegravir for HIV Prevention in Cisgender Men and Transgender Women. **N Engl J Med.**, v. 385, n. 7, p. 595–608, ago. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2101016>

LEBOUCHÉ, B. et al. Predictors of interest in taking pre-exposure prophylaxis among men who have sex with men who used a rapid HIV-testing site in Montreal (Actuel sur Rue). **HIV Med.**, v. 17, n. 2, p. 152–158, fev. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/hiv.12286>

LEITE, B. O. et al. HIV prevalence among transgender women in Northeast Brazil – Findings from two Respondent Driven Sampling studies. **BMC Public Health**, v. 22, n. 1, p. 1–10, nov. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14589-5>

LEMESSURIER, J. et al. Risk of sexual transmission of human immunodeficiency virus with antiretroviral therapy, suppressed viral load and condom use: A systematic review. **CMAJ**, v. 190, n. 46, p. E1350–E1360, nov. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1503/cmaj.180311>

LIU, A. et al. Early experiences implementing pre-exposure prophylaxis (PrEP) for HIV prevention in San Francisco. **PLoS Med.**, v. 11, n. 3, e1001613, mar. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001613>

LOCKARD, A. et al. Contrasting self-perceived need and guideline-based indication for HIV pre-exposure prophylaxis among young, black men who have sex with men offered pre-exposure prophylaxis in Atlanta, Georgia. **AIDS Patient Care STDS**, v. 33, n. 3, p. 112–119, mar. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/apc.2018.0135>

MACKELLAR, D. A. et al. Unrecognized HIV infection, risk behaviors, and perceptions of risk among young men who have sex with men: opportunities for advancing HIV prevention in the third decade of HIV/AIDS. **J Acquir Immune Defic Syndr.**, v. 38, n. 5, p. 603–14, abr. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.qai.0000141481.48348.7e>

- MACKELLAR, D. A. et al. Perceptions of lifetime risk and actual risk for acquiring HIV among young men who have sex with men. **AIDS Behav.**, v. 11, n. 2, p. 263–270, mar. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10461-006-9136-0>
- MAGNO, L. et al. Gender-based discrimination and unprotected receptive anal intercourse among transgender women in Brazil: A mixed methods study. **PLoS One**, v. 13, n. 4, p. e0194306, abr. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194306>
- MAGNO, L. et al. Knowledge and willingness to use pre-exposure prophylaxis among men who have sex with men in Northeastern Brazil. **Global Public Health**, v. 14, n. 8, 1098-1111, ago. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/17441692.2019.1571090>
- MAGNO, L.; DOURADO, I.; DA SILVA, L. A. V. Estigma e resistência entre travestis e mulheres transexuais em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 5, maio 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00135917>
- MALTA, M. et al. HIV prevalence among female sex workers, drug users and men who have sex with men in Brazil: a systematic review and meta-analysis. **BMC Public Health**, v. 10, n. 1, p. 317, dez. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-317>
- MANTELL, J. E. et al. Knowledge and attitudes about pre-exposure prophylaxis (PrEP) among sexually active men who have sex with men (MSM) participating in New York City Gay Pride Events. **LGBT Health**, v. 13, n. 12, p. 22–27, jun 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/lgbt.2013.0047>
- MARRAZZO, J. M. et al. Tenofovir-based preexposure prophylaxis for hiv infection among african women. **N Engl J Med.**, v. 372, n. 6, p. 509–518, fev. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1402269>
- MARTINS, T. A. et al. Travestis, an unexplored population at risk of HIV in a large metropolis of northeast Brazil: a respondent- driven sampling survey. **AIDS Care**, v. 25, n. 5, p. 37–41, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09540121.2012.726342>
- MAYER, C. M. et al. Distance to clinic is a barrier to PrEP uptake and visit attendance in a community in rural Uganda. **J Int AIDS Soc.**, v. 22, n. 4, abr. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jia2.25276>
- MCCORMACK, S. et al. Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. **Lancet**, v. 387, n. 10013, p. 53–60, jan. 2016. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00056-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00056-2)
- MENEZES, L. M. de J. Vulnerabilidades de saúde e sexuais de mulheres transexuais e travestis negras. **BIS Boletim do Instituto de Saúde**, v. 22, n. 1, p. 97–110, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.52753/bis.v22i1.38610>
- MENSCH, B. S.; VAN DER STRATEN, A.; KATZEN, L. L. Acceptability in microbicide and PrEP trials: current status and a reconceptualization. **Curr Opin HIV AIDS**, v. 7, n. 6, p. 534–541, nov. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/COH.0b013e3283590632>
- MEYERS, K. et al. High interest in a long-acting injectable formulation of pre-exposure prophylaxis for HIV in young men who have sex with men in NYC: a P18 cohort substudy. **PLoS One**, v. 9, n. 12, p. e114700, dez. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0114700>

- MIKATI, T.; JAMISON, K.; DASKALAKIS, D. Immediate PrEP initiation at New York City sexual health clinics. *In: Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI) 2019*, Seattle, Washington, EUA, March 7, 2019. Abstract 962. Disponível em: https://www.natap.org/2019/CROI/croi_115.htm
- MIMIAGA, M. J. et al. Preexposure antiretroviral prophylaxis attitudes in high-risk Boston area men who report having sex with men: limited knowledge and experience but potential for increased utilization after education. *J Acquir Immune Defic Syndr.*, v. 50, n. 1, p. 77–83, jan. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e31818d5a27>
- MINNIS, A. M.; SHIBOSKI, S. C.; PADIAN, N. S. Barrier contraceptive method acceptability and choice are not reliable indicators of use. *Sex Transm Dis.*, v. 30, n. 7, p. 556–561, jul. 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00007435-200307000-00005>
- MNCP. **Guia de advocacy para lideranças**. 2ª ed. Porto Alegre: Movimento Nacional das Cidadãs Posithivas; UNESCO; UNAIDS, 2018. 70 p. Disponível em: https://unaid.org.br/2018/10/gt-unaid-realiza-ultima-reuniao-de-2018-na-sede-da-onu-em-brasil/guia-de-advocacy-para-liderancas-do-mnncp-digital-web_2018/
- MOLINA, J.-M. et al. On-demand preexposure prophylaxis in men at high risk for HIV-1 infection. *N Engl J Med.*, v. 373, n. 23, p. 2237–2246, dez. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1506273>
- MOLINA, J.-M. et al. Incidence of HIV-infection with daily or on-demand PrEP with TDF/FTC in Paris area. Update from the ANRS Prevenir Study. *In: 10th IAS Conference on HIV Science (IAS) 2019*, Mexico City, Mexico, July 21-24, 2019. Disponível em: https://www.natap.org/2019/IAS/IAS_41.htm
- MOLINA, J.-M. et al. Incidence of HIV-infection in the ANRS Prevenir study in Paris region with daily or on-demand PrEP with TDF/FTC. *In: 22nd International AIDS Conference 2018*, Amsterdam, Netherlands, July 23-27, 2018. Disponível em: https://www.natap.org/2018/IAC/IAC_32.htm
- MONTEIRO, S.; BRIGEIRO, M. Experiences of transgender women/transvestites with access to health services: Progress, limits, and tensions. *Cad. Saúde Pública*, v. 35, n. 4, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00111318>
- MOREIRA, L; MENEZES, D. J. Vulnerabilidades de saúde e sexuais de mulheres transexuais e travestis negras. *Boletim Do Instituto De Saúde*, vol. 22, n.1, pp. 97–111, 2021.
- MOSKOWITZ, D. A. et al. The PrEP cascade in a national cohort of adolescent men who have sex with men. *J Acquir Immune Defic Syndr.*, v. 86, n. 5, p. 536–543, abr. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002613>
- MULLER, M. I.; KNAUTH, D. R. Desigualdades no SUS: o caso do atendimento às travestis é ‘babado’! *Cad. EBAPE.BR*, v. 6, n. 2, p. 1–14, jun. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-39512008000200002>
- NUNN, A. S. et al. Defining the HIV pre-exposure prophylaxis care continuum. *AIDS*, v. 31, n. 5, p. 731-734, mar. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000001385>
- OGUNBAJO, A. et al. Acceptability of and preferences for long-acting injectable HIV PrEP and other PrEP modalities among sexual minority men in Nigeria, Africa. *AIDS Behav.*, v.

26, n. 7, p. 2363–2375, jan. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10461-022-03575-y>

OLDENBURG, C. E. et al. HIV Pre-exposure prophylaxis indication and readiness among HIV-uninfected transgender women in Ho Chi Minh City, Vietnam. **AIDS Behav.**, v. 20, n. Suppl 3, p. 365–370, dez. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1483-x>

ONGWANDEE, S. et al. Implementation of a test, treat, and prevent hiv program among men who have sex with men and transgender women in Thailand, 2015-2016. **PLoS One**, v. 13, n. 7, 1 jul. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201171>

PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. DE. Saúde coletiva: teoria e prática. 1 ed., Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

PARKER, R.; CAMARGO JR., K. R. Poverty and HIV/AIDS: anthropological and sociological aspects. **Cad. Saúde Pública**, v.16, Sup. 1, p.89-102, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/kLpwTL3XQyJjpQMfmCHdP9c/?format=pdf&lang=pt>

PELÚCIO, L. M. Nos nervos, na carne, na pele : uma etnografia sobre prostituição travesti e o modelo preventivo de AIDS. 2007. 313 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2007. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/1399?show=full>

PENG, P. et al. A global estimate of the acceptability of pre-exposure prophylaxis for HIV among men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis. **AIDS Behav.**, v. 22, n. 4, p. 1063–1074, abr. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10461-017-1675-z>

PERES, W. S. Violência estrutural e AIDS na comunidade travesti brasileira. **Rev. Psicol. UNESP**, v. 3, n. 1, p. 21–31, mar. 2004. Disponível em: <https://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/991>

PILLAY, D. et al. Factors influencing uptake, continuation, and discontinuation of oral PrEP among clients at sex worker and MSM facilities in South Africa. **PLoS One**, v. 15, n. 4, abr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228620>

PLOTZKER, R. et al. Importance of Risk Perception: Predictors of PrEP Acceptance Among Thai MSM and TG Women at a Community-Based Health Service. **J Acquir Immune Defic Syndr.**, v. 76, n. 5, p. 473–481, dez. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001536>

POTEAT, T. et al. HIV prevalence and behavioral and psychosocial factors among transgender women and cisgender men who have sex with men in 8 African countries: a cross-sectional analysis. **PLoS Med.**, v. 14, n. 11, p. 1–17, nov. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002422>

POTEAT, T. et al. A gap between willingness and uptake: findings from mixed methods research on HIV prevention among black and latina transgender women. **J Acquir Immune Defic Syndr.**, v. 82, n. 2, p. 131–140, 1 out. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002112>

RENDINA, H. J. et al. Distinguishing hypothetical willingness from behavioral intentions to initiate HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP): findings from a large cohort of gay and bisexual men in the U.S. **Soc Sci Med.**, v. 172, p. 115–123, jan. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.10.030>

- RIOS, L. F. et al. **HOMOSSEXUALIDADE: Produção cultural, cidadania e saúde**. Rio de Janeiro: ABIA, 2004.
- ROLLE, C. P. et al. Challenges in translating PrEP interest into uptake in an observational study of young black MSM. **J Acquir Immune Defic Syndr.**, v. 76, n. 3, p. 250–258, nov. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001497>
- ROWAN, S. E. et al. Same-day prescribing of daily oral pre-exposure prophylaxis for HIV prevention. **Lancet HIV**, v. 8, n. 2, p. e114–e120, fev. 2021. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(20\)30256-3](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(20)30256-3)
- SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, Patriarcado, Violência**. 2 ed. São Paulo: Expressão Popular; Fundação Perseu Abramo, 2015. Disponível em: https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2021/10/genero_web.pdf
- SCHAEFER, R. et al. Adoption of guidelines on and use of oral pre-exposure prophylaxis: a global summary and forecasting study. **Lancet HIV**, v. 8, n. 8, p. e502–e510, ago. 2021. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(21\)00127-2](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(21)00127-2)
- SEROTA, D. P. et al. Pre-exposure prophylaxis uptake and discontinuation among young black men who have sex with men in Atlanta, Georgia: a prospective cohort study. **Clin Infect Dis.**, v. 71, n. 3, p. 574–582, ago. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/cid/ciz894>
- SHEERAN, P.; TAYLOR, S. Predicting intentions to use condoms: a meta-analysis and comparison of the theories of reasoned action and planned behavior. **J Applied Soc Psych.**, v. 29, n. 8, p. 1624–1675, ago. 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1999.tb02045.x>
- SKOVDAL, M. Facilitating engagement with PrEP and other HIV prevention technologies through practice-based combination prevention. **J Int AIDS Soc.**, v. 22, n. S4, p. e25294, jul. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jia2.25294>
- SOARES, F. et al. Factors associated with PrEP refusal among transgender women in Northeastern Brazil. **AIDS Behav.**, v. 23, n. 10, out 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02501-z>
- SOARES, F. et al. Perceived risk of HIV infection and acceptability of PrEP among men who have sex with men in Brazil. **Arch Sex Behav.**, p. 1-10, set. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10508-022-02342-3>
- SPERHACKE, R. D. et al. HIV prevalence and sexual behavior among young male conscripts in the Brazilian army, 2018. **Medicine**, Baltimore, v. 97, n. 1S Suppl 1, p. S25–S31, maio 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000009014>
- STUTTERHEIM, S. et al. The worldwide burden of HIV in transgender individuals: An updated systematic review and meta-analysis. **PLoS One**, v. 16, n. 12, e0260063, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260063>
- SZWARCWALD, C. L. et al. Changes in attitudes, risky practices, and HIV and syphilis prevalence among female sex workers in Brazil from 2009 to 2016. **Medicine**, Baltimore, v. 97, n. 1S, p. S46–S53, maio 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000009227>

- TAGLIAMENTO, G. (IN) **Visibilidades caleidoscópicas**: a perspectiva das mulheres trans sobre o seu acesso à saúde integral. 2012. Tese (Doutorado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-21052012-153242/pt-br.php>
- TERTO JR, V. Diferentes prevenções geram diferentes escolhas? Reflexões para a prevenção de HIV/AIDS em homens que fazem sexo com homens e outras populações vulneráveis. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 18 (suppl. 1), p. 156-168, set 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-4503201500050012>
- THIGPEN, M. C. et al. Antiretroviral preexposure prophylaxis for heterosexual HIV transmission in Botswana. **N Engl J Med.**, v. 367, n. 5, p. 423-434, ago. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1110711>
- TORRES, T. S. et al. How heterogeneous are MSM from Brazilian cities? An analysis of sexual behavior and perceived risk and a description of trends in awareness and willingness to use pre-exposure prophylaxis. **BMC Infect Dis.**, v. 19, n. 1, 1067, dez. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12879-019-4704-x>
- UNAIDS. **The Fast-Trac**: ending the AIDS epidemic by 2030. Geneva: UNAIDS, 2014. Disponível em: https://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/JC2686_WAD2014report
- UNAIDS. **90-90-90** Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS. Genebra: [s.n.]. Disponível em: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf
- UNAIDS. **HIV prevention in the SPOTLIGHT**. An analysis from the perspective of the health sector in Latin America and the Caribbean. Washington: PAHO, 2017. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34381>
- UNAIDS. **Global AIDS update 2020**. Seizing the moment: tackling entrenched inequalities to end epidemics. Geneva: Unaid, 2020. Available from: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/global-aids-report>
- FDA. **Truvada supplement approval**. 2018 Aug Available from: <http://www.fda.gov/ForIndustry/DataStandards/StructuredProductLabeling/default.htm>
- VAN DAMME, L. et al. Preexposure prophylaxis for HIV infection among african women. **N Engl J Med.**, v. 367, n. 5, p. 411-422, 2 ago. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1202614>
- VERMUND, S. H. Modeling interventions to assess HIV epidemic impact in Africa. **J Acquir Immune Defic Syndr.**, v. 58, n. 2, p. 121-124, out. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/QAI.0B013E31822FF904>
- VERMUND, S. H.; LEIGH-BROWN, A. J. The HIV epidemic: high-income countries. **Cold Spring Harb Perspect Med.**, v. 2, n. 5, a007195, maio 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1101/cshperspect.a007195>
- WAHOME, E. W. et al. PrEP uptake and adherence in relation to HIV-1 incidence among Kenyan men who have sex with men. **EClinicalMedicine**, v. 26, set. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100541>

WANSOM, T.; GUADAMUZ, T. E.; VASAN, S. Transgender populations and HIV: unique risks, challenges and opportunities. **J Virus Erad.**, v. 2, n. 2, p. 87–93, abr 2016. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2055-6640\(20\)30475-1](https://doi.org/10.1016/S2055-6640(20)30475-1)

WEINSTEIN, N. D. Testing Four Competing Theories of Health-Protective Behavior. **Health Psychology**, v. 12, n. 4, p. 324–333, 1993. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/0278-6133.12.4.324>

WHO. **Differentiated and simplified pre-exposure prophylaxis for HIV prevention:** update to WHO implementation guidance. Technical Brief. Geneva: World Health Organization, 2022a. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240053694>

WHO. **Guidelines on long-acting injectable cabotegravir for HIV prevention.** Geneva: World Health Organization, 2022b. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240054097>

WHO. **WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis (PrEP) of HIV infection.** Module 12: adolescents and young adults. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/273172>

WIRTZ, A. L. et al. HIV self-testing among men who have sex with men and transgender women in Myanmar. *In: 25th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI) 2018*, Boston, Massachusetts, EUA, 2018. Abstract 994. Disponível em: <https://www.croiconference.org/abstract/hiv-self-testing-among-men-who-have-sex-men-and-transgender-women-myanmar/>

WHO. **Guidance on oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) for serodiscordant couples, men and transgender women who have sex with men at high risk of HIV:** recommendations for use in the context of demonstration projects. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2012. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75188/1/9789241503884_eng.pdf?ua=1

WHO. **What's the 2+1+1?** Event-driven oral pre-exposure prophylaxis to prevent HIV for men who have sex with men: update to WHO's recommendation on oral PrEP. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2019. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/what-s-the-2-1-1-event-driven-oral-pre-exposure-prophylaxis-to-prevent-hiv-for-men-who-have-sex-with-men>

YAN, H. et al. High HIV prevalence and associated risk factors among transgender women in China: a cross-sectional survey. **J Int AIDS Soc.**, v. 22, n. 11, nov 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jia2.25417>

YANG, D. et al. Acceptability of pre-exposure prophylaxis among men who have sex with men and transgender women in Northern Thailand. **PLoS One**, v. 8, n. 10, p. e76650, out. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0076650>

YI, S. et al. Awareness and willingness to use HIV pre-exposure prophylaxis among men who have sex with men in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. **J Int AIDS Soc.**, v. 20, n. 1, p. 21580, jun 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.7448/IAS.20.1.21580>

YOUNG, I.; FLOWERS, P.; MCDAID, L. M. Barriers to uptake and use of pre-exposure prophylaxis (PrEP) among communities most affected by HIV in the UK: findings from a

qualitative study in Scotland. **BMJ Open**, v. 4, n. 11, p. 8, nov 2014. Disponível em:
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005717>

ANEXO 1 – TCLE do Estudo RDS com HSH em 12 capitais brasileiras, 2016



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
COMUNITÁRIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DOUTORADO EM SAÚDE
COLETIVA

Rua Prof. Costa Mendes, 1608- 5º andar - Fortaleza-Ce - Tel/fax: 85-3366.8045
 e-mail: dscoletiva@ufc.br

ID do participante

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado por Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr como participante de uma pesquisa. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos. Esta pesquisa será realizada em _____ (nome da cidade), entre homens que fazem sexo com outros homens (HSH), com 18 anos de idade ou mais. Os objetivos principais deste estudo são: avaliar o que vem ocorrendo entre estes homens em relação a seu comportamento, atitudes e práticas sexuais, assim como as taxas de infecção pelo HIV, pela sífilis, pela hepatite B e C e os fatores que estão associados a estes aspectos, em diferentes regiões do país. As informações colhidas poderão redirecionar as políticas de prevenção das DST e da aids e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida destes homens.

Para participar do estudo você deverá responder um questionário e será convidado a realizar testes rápidos para o HIV, para sífilis e hepatite B e C. É muito importante que, mesmo que você já tenha feito um ou mais testes oferecidos neste estudo, você faça novamente os testes, pois somente com estes resultados podemos saber a situação real destas infecções na comunidade e elaborar campanhas baseadas neste conhecimento. Além dos testes rápidos, iremos fazer os testes confirmatórios se um ou mais teste resultar positivo. É muito importante saber que tipo de vírus HIV está circulando em sua cidade ou entre sua comunidade, e se ele é resistente aos medicamentos antirretrovirais modernos. O exame que nos diz o tipo de vírus e se ele é resistente ou não a algum medicamento usado no tratamento da aids chama-se genotipagem. Além deste exame, queremos saber se as pessoas que foram infectadas pelo HIV adquiriram o vírus recentemente ou se a infecção é mais antiga. O exame que nos informa isto chama-se Lag_Avidity. O último exame a ser realizado é o da carga viral, também para aqueles participantes que tiverem HIV positivo. A carga viral mede a quantidade de HIV presente numa gota de sangue. O ideal é de que se tenha o menor número possível, de preferência indetectável. Este exame ajuda o médico a orientar o tratamento.

Se você concordar em participar, nós iremos coletar aproximadamente 12 ml de sangue colhido em alguma veia do braço (ou equivalente), se você concordar com todos os testes que estamos oferecendo. Este exame é parecido com um exame de sangue de rotina, que você

pode ter feito para avaliar se tem ou não anemia ou diabetes, por exemplo. Você poderá sentir um pequeno desconforto no lugar da picada da agulha e, depois desse exame, você poderá ficar com uma pequena marca roxa neste local. Para diminuir estes problemas, serão utilizados equipamentos modernos para coletar seu sangue e as pessoas responsáveis pela coleta são experientes e bem treinadas. Os resultados dos testes rápidos serão fornecidos em meia hora ou, no máximo, uma hora após seu sangue ter sido colhido, por um profissional de saúde qualificado que irá discutir o significado deste resultado com você.

Se algum teste for positivo, você vai ser encaminhado a um centro de referência da rede de assistência do Sistema Único de Saúde do seu município para receber acompanhamento de saúde e tratamento gratuitos.

Após ter recebido o resultado de seus exames, você receberá seu ressarcimento por despesas com refeição, com transporte e por seu tempo gasto com os procedimentos do estudo. Caso o número de pessoas necessárias ao estudo ainda não tenha sido atingido, será pedido para que você convide três conhecidos seus que lhe conhecem pelo nome e que também tenham feito sexo com outros homens no último ano. Você receberá mais um ressarcimento para cobrir suas despesas com locomoção, alimentação e tempo gasto para cada um de seus conhecidos elegíveis que você recrutar e que participar do estudo. Se o número de pessoas necessárias para o estudo já tiver sido atingida, não lhe será pedido para convidar mais ninguém, ou seus convidados podem não participar da pesquisa.

Será garantido o total sigilo das informações que você fornecer, assim como seu anonimato. Seu nome não será relacionado às respostas que você der quando responder o questionário, mas será relacionado aos testes realizados, que somente profissionais da saúde terão acesso para lhe dar assistência, se necessário. Os questionários serão identificados somente com um número. A entrevista e a coleta de sangue não oferecerão riscos à sua saúde. Você tem o direito de deixar de responder as questões que não se sentir confortável e pode parar de participar do estudo a qualquer momento que desejar e, também poderá retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo.

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ, Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas, de segunda a sexta-feira). O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Endereço dos responsáveis pela pesquisa:

Nome: Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Endereço: R: Prof Costa Mendes, 1608 - 5o. andar - Rodolfo Teófilo - CEP: 60.430-140 - Fortaleza - CE - Brasil

Telefones para contato: (85) 3366-8645

Nome: _____ (Coordenador local)

Instituição: _____

Endereço: _____

Telefones para contato: _____

O abaixo assinado _____, ____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante deste estudo.

Assinatura do participante: _____

Polegar Direito (analfabeto)

Abaixo indico a minha vontade com relação ao tipo de teste a ser feito:

Sim, eu quero fazer todos os testes (sífilis, HIV, hepatite B e C) e genotipagem (que tipo de vírus está circulando na sua comunidade), carga viral para o HIV e Lag-Avidity (calcula o tempo aproximado da infecção).

Assinatura: _____

Sim, eu quero fazer o(s) seguinte(s) teste(s):

() HIV

() Sífilis

() Hepatite B

() Hepatite C

() genotipagem (que tipo de vírus está circulando na sua comunidade)

() Lag-Avidity (calcula o tempo aproximado da infecção).

Assinatura: _____

Eu não quero fazer nenhum teste. Assinatura: _____

Entrevistador: _____

Assinatura do entrevistador: _____

Local _____ e data ____/____/____

(1ª Via Entrevistador/Pesquisador; 2ª Via Voluntário)

ANEXO 2 – TCLE do Estudo PrEP1519

COMPONENTE 5 - ESTUDO DEMONSTRATIVO DA EFETIVIDADE DA PREP

A SER APLICADO PARA ADOLESCENTES ENTRE 18-19 ANOS COM RISCO SUBSTANCIAL PARA INFECÇÃO PELO HIV E QUE OPTAREM POR UTILIZAR A PREP

PROJETO DE PESQUISA: Estudo da efetividade da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV e das estratégias de captação e vinculação entre adolescentes brasileiros (Estudo PrEP15-19).

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-

Esta pesquisa será realizada de acordo com as diretrizes éticas em Pesquisa com Seres Humanos emanadas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/CONEP

Pesquisadores responsáveis:

Alexandre Grangeiro, Universidade de São Paulo (USP), Brasil

Dirceu Greco, Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Inês Dourado, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Brasil

Financiamento e apoio: Ministério da Saúde do Brasil e UNITAID

Nome: _____

Data de Nascimento: __/__/____

Estamos convidando você a participar de pesquisa que vai avaliar a efetividade de uma nova estratégia de prevenção contra a infecção pelo HIV, chamada profilaxia pré-exposição, que chamaremos a partir de agora de PrEP. Este Termo de Consentimento pode conter palavras que você não entende. Peça ao pesquisador que explique as palavras ou informações não compreendidas completamente. Antes de decidir se deseja participar deste estudo, queremos que saiba mais do que se trata. Você deverá assinar este formulário apenas se concordar e mesmo que assine poderá desistir de participar da pesquisa no momento que quiser.

O QUE É A PrEP? Trata-se da profilaxia pré-exposição sexual, que é o uso diário de um comprimido que junta dois medicamentos, sendo eles: tenofovir e emtricitabina. São medicamentos conhecidos como antirretrovirais, utilizados no tratamento de pessoas com HIV, mas que, nesse estudo, serão usados por pessoas não infectadas como forma de prevenir a infecção pelo HIV.

QUAIS OS MÉTODOS PREVENTIVOS ALTERNATIVOS EXISTENTES? Para prevenção do HIV existem outros métodos preventivos, como o uso de preservativo em todas as relações sexuais e o uso de profilaxia pós-exposição (PEP) ao HIV (que é o uso de antirretrovirais por 28 dias, iniciado em até 72 horas após uma exposição de risco).

O QUE ESTA PESQUISA PRETENDE ESTUDAR? Avaliar a efetividade do uso de PrEP entre homens que fazem sexo com homens (HSH) e mulheres transgênero com idade entre 15 e 19 anos, por um período de 3 anos, entre 2018 e 2020, nas seguintes cidades brasileiras: Belo Horizonte, Salvador e São Paulo. Isso significa responder se os medicamentos antirretrovirais de fato protegem contra o HIV e se todas as pessoas que tomaram corretamente o medicamento não se infectaram por HIV. Pretende também avaliar a segurança da PrEP, isso é se ela causa e quais são os eventos adversos em adolescentes de 15 a 19 anos, e a adesão (quanto do medicamento que você recebeu você conseguiu tomar e por que você teve ou não dificuldade em tomá-lo) Vamos estudar, ainda, os comportamentos sexuais e riscos de se infectar com o HIV.

POR QUE ESSA PESQUISA ESTÁ SENDO PROPOSTA? Estudos realizados em diferentes regiões do mundo e com diferentes populações mostraram que a PrEP foi capaz de prevenir o HIV em adultos que utilizaram o medicamento de forma correta. Mas como ainda não há estudos suficientes realizados entre adolescentes e adultos jovens como você, está é a razão principal para que você esteja sendo convidado a participar.

O QUE PODERIA ACONTECER SE EU NÃO CONCORDAR EM PARTICIPAR? A participação é voluntária - você não precisa participar se não desejar. Sua participação é voluntária e se você decidir não participar da pesquisa, tudo bem e nada muda. Você terá todos os seus direitos à saúde respeitados, mesmo se decidir não participar. Mesmo se você disser "sim" agora, você pode mudar de ideia depois e ainda sim estará tudo bem.

O QUE EU DEVO FAZER SE EU CONCORDAR EM PARTICIPAR DESTE ESTUDO?

Há duas possibilidades de participar do estudo: a primeira se você quiser e tiver indicação para utilizar a PrEP; e a segunda se você não quiser ou não tiver indicação para usar PrEP. Essas formas de participação estão descritas a seguir:

1. Se quiser e tiver indicação de PrEP: Você deverá responder uma entrevista sócio-comportamental que abordará questões sobre suas práticas sexuais e o uso de drogas e álcool. Na sequência passará por consulta médica e coletará 30 ml de sangue (correspondente a pouco mais de uma colher de sopa cheia) para realizar exames laboratoriais para o diagnóstico do HIV, sífilis e hepatites B e C, assim como para avaliar se você tem alterações no fígado e no rim que impedem o uso da PrEP. Será também colhida amostra de urina e amostra de material anal, uretral e oral para realizar exames de clamídia e gonorreia. Além destes, será realizado testes sorológicos para o diagnóstico da COVID-19, no qual identifica se você teve contato com o vírus SARS-CoV2. Você sempre terá acesso a preservativos e gel lubrificante e passará, também, por uma consulta na qual discutiremos alternativas e estratégias possíveis de prevenção do HIV, das IST e como lidar com situações de violência e preconceito. Se o seu exame HIV for negativo e se você não tiver nenhuma doença renal ou de fígado estará apto para PrEP e receberá no mesmo dia os medicamentos tenofovir com emtricitabina para usar diariamente. Se os exames derem alguma alteração, vamos realizar o tratamento ou encaminhá-lo para outro serviço público de referência. Se o exame de hepatite B for negativo, você será encaminhado para vacinação, se necessário. Poderá ser encaminhado também para a vacinação de hepatite A e HPV.

A primeira consulta de retorno será realizada em um mês e depois trimestralmente. Nelas serão realizadas os seguintes procedimentos: (i) consultas clínica e de aconselhamento para avaliar o uso do medicamento (adesão), eventuais efeitos colaterais do medicamento, a presença de alguma infecção sexualmente transmissível e suas práticas sexuais; (ii) serão repetidos os mesmos exames laboratoriais da primeira consulta e os testes rápidos para HIV, sífilis e hepatite C; (iii) se algum exame realizado estiver alterado, você será tratado pela equipe do projeto ou encaminhado para um serviço público de referência; (iv) você receberá quantidade suficiente do medicamento da PrEP para durar até o próximo retorno; (v) responderá a um questionário comportamental e de qualidade de vida; e (vi) anualmente os exames para clamídia e gonorreia serão repetidos. Periodicamente, você poderá receber, caso deseje, telefonemas ou outros contatos do projeto para discutir a adesão ou se está tendo algum efeito colateral relacionado aos medicamentos. Se você decidir parar de usar a PrEP deve nos procurar, para receber orientações de como fazer isso de forma segura.

2. Se você não tiver indicação ou não quiser usar PrEP: A participação será muito parecida, mas sem usar a PrEP e você poderá optar por realizar os procedimentos à distância, usando a internet. Assim, nesse caso, você responderá agora a uma entrevista sócio-comportamental sobre suas práticas sexuais e o uso de drogas e álcool. Na sequência passará por consulta médica e coletará 30 ml de sangue (correspondente a pouco mais de uma colher de sopa cheia) para realizar exames laboratoriais

para o diagnóstico do HIV, sífilis e hepatites B e C. Será também colhida amostra de urina e amostra de material anal, uretral e oral para realizar exames de clamídia e gonorreia. Além destes, será realizado testes sorológicos para o diagnóstico da COVID-19, no qual identifica se você teve contato com o vírus SARS-CoV2. Você sempre terá acesso a preservativos e gel lubrificante e passará, também, por uma consulta para discutirmos alternativas e estratégias possíveis de prevenção do HIV, das IST e como lidar com situações de violência e preconceito. Se o seu exame HIV for negativo agendaremos seu retorno para daqui a três meses. Se os exames derem alguma alteração, vamos realizar o tratamento ou encaminhá-lo para outro serviço público de referência. Se o exame de hepatite B for negativo, você será encaminhado para vacinação. Poderá ser encaminhado também para a vacinação de hepatite A e HPV, caso haja indicação. Se você não quiser realizar a consulta médica, terá que fazer somente os exames sorológicos para HIV, sífilis e hepatites e você poderá agendar a consulta médica para outro dia, de acordo com seu interesse.

As consultas de retorno serão realizadas trimestralmente. Nelas serão realizadas os seguintes procedimentos: (i) consultas clínica e de aconselhamento para avaliar a presença de alguma infecção sexualmente transmissível e suas práticas sexuais; (ii) serão repetidos os testes rápidos para HIV, sífilis e hepatite C. Caso algum exame estiver alterado, você será tratado pela equipe do projeto ou encaminhado para um serviço público de referência; (iii) responderá a um questionário comportamental e de qualidade de vida; e (iv) anualmente os exames para clamídia e gonorreia serão repetidos. Periodicamente, você poderá receber, caso deseje, telefonemas ou outros contatos do projeto para discutir a prevenção do HIV e outras IST. Se você preferir, esse seguimento trimestral poderá ser feito à distância, mas, nesse caso, não serão realizadas trimestralmente as consultas médicas e os exames de sífilis, hepatite C e gonorréia e clamídia. No seguimento à distância você responderá o questionário sociocomportamental pela internet e receberá o autoteste anti-HIV para fazer em casa ou em algum lugar que escolher. Deverá, também, agendar as consultas médicas e os outros exames para IST e hepatite C de acordo com a sua necessidade.

Você poderá escolher por usar a PrEP a qualquer momento que desejar. Nessa oportunidade, os exames de PrEP serão realizados e será avaliada a indicação de uso.

Independente da forma de participação que escolha, você sempre deverá ir ao serviço do estudo quando tiver com algum problema de saúde relacionado às infecções sexualmente transmissíveis, como ardência, dor corrimento ou ferida nos órgãos genitais, ânus ou boca. Também deve procurar o serviço sempre que estiver com sintomas de infecção, como febre, gânglio ou dor no corpo. Não é necessário ter consulta agendada.

Você, também, poderá procurar o estudo sempre que desejar ou necessitar receber algum método preventivo do HIV, sendo eles: orientação e informação; preservativos; gel lubrificante; testagem para o HIV, sífilis e hepatite C, profilaxia pré-exposição sexual (PrEP) e a profilaxia pós-exposição sexual (PEP), que é a utilização dos medicamentos de aids após uma relação sexual desprotegida.

Durante o estudo você poderá ser convidado a participar de grupos de discussão para compartilhar suas experiências com outros participantes que também estejam em uso do medicamento. A equipe de psicólogos do projeto vai coordenar esses grupos.

Nós entraremos em contato com você para lembrá-lo das consultas e das entrevistas. Usaremos, preferencialmente, as redes sociais, como o Messenger ou WhatsApp. Caso concorde com isso, precisará nos orientar sobre a melhor forma de entrarmos em contato de modo a garantirmos o sigilo e a confidencialidade.

Tempo necessário a cada visita: cada visita clínica/laboratorial durará entre 45 minutos e uma hora e meia. O tempo para responder aos questionários será em torno de 45 minutos.

Todas as consultas e exames presenciais serão realizados nos serviços de cada sítio do projeto. O endereço está no final do TCLE. Em todas as suas consultas será enfatizada a importância de medidas de prevenção contra o HIV e você terá à sua disposição preservativo e gel lubrificante.

Na ocorrência de diagnóstico positivo para o HIV, o participante será encaminhado a um serviço de saúde especializado da rede pública para realização de outros exames e obter tratamento com antirretrovirais. Neste caso, autoriza o acesso às informações clínico laboratoriais nos sistemas de informação Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral (SISCEL) do HIV e Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM). Estas informações são alimentadas pelos serviços de saúde a partir da sua admissão para confirmação diagnóstica e tratamento da infecção pelo HIV, e serão utilizadas neste projeto para fins de pesquisa.

QUAIS OS RISCOS QUE EU CORRO SE EU CONCORDAR EM PARTICIPAR NESTE ESTUDO? As entrevistas e as consultas clínicas podem causar desconforto ou constrangimento, devido aos temas abordados e os locais do corpo examinados. Tais questões abordarão temas como sexualidade, uso de drogas ou violência sexual. Esses assuntos podem deixa-lo(a) pensativo(a) ou desconfortável, mesmo depois de terminada a entrevista ou a consulta. Esses desconfortos e/ou riscos podem ser também para sua vida social, devido a possibilidade de discriminação, por estar participando de um estudo que aborda o tema HIV. A coleta de sangue pode provocar desconforto e mancha arroxeadada na pele, onde a agulha penetrar. O diagnóstico de alguma infecção pode causar preocupação ou algum transtorno emocional. Se você tiver algum desses eventos, mesmo que de uma forma leve, deverá pedir assistência do pesquisador ou de um profissional do serviço do estudo. Se houver o diagnóstico de alguma infecção, nos responsabilizamos por toda a assistência, diretamente no serviço do estudo ou em outro serviço público de referência.

Caso decida usar a PrEP, é importante saber que ela pode causar algum efeito colateral, mas em geral, o medicamento é bem tolerado não tendo sido relatados efeitos colaterais graves relacionados com o seu uso. Com relação à emtricitabina os efeitos colaterais relatados foram insônia, erupção cutânea, dor de cabeça, diarreia, alteração da coloração da pele (mais escura), aumento da acidez do sangue (acidose) e aumento do fígado e da gordura do fígado em raros casos. As alterações nos exames laboratoriais incluem diminuição de algumas células do sangue (neutrófilos) e, especialmente em pessoas que tem hepatite B, aumento transitório de enzimas hepáticas (chamadas transaminases AST, ALT). Esses efeitos colaterais são descritos para as pessoas infectadas pelo HIV que usam o medicamento por muito tempo. Com relação ao tenofovir, foram relatados náuseas, vômitos e perda de apetite. Em algumas pessoas o tenofovir aumenta os níveis de creatinina (que serve como aviso de alteração da função dos rins) e transaminases (enzimas do fígado). Pode ocorrer anemia e diminuição de uma das células do sangue (neutrófilos), e ainda mais raramente desconforto abdominal, náuseas, atrofia muscular, prostração, fraqueza, aumento do fígado (hepatomegalia) com aumento de gordura hepática (esteatose) e acidose no sangue (acidose láctea), além de alterações cardíacas (miocardiopatia) e reação alérgica. Os exames para verificar alteração de fígado e rim são realizados para garantir que o medicamento não será usado em situação que cause algum mal relevante a você. Sempre que houver risco, o uso do medicamento será suspenso. Além disso, todos os efeitos colaterais são reversíveis (ou seja, você volta a estar como estava antes do uso do medicamento) após um determinado tempo de uso ou quando se deixa de usar o medicamento. Você também poderá pedir para interromper sua participação no estudo, sempre que desejar, sem nenhum prejuízo. Você pode fazer essa solicitação mesmo depois de terminada as entrevistas ou as consultas. Da nossa parte, faremos todo o possível para minimizar os riscos de acontecer qualquer um desses eventos e para manter a completa confidencialidade de tudo que se refere à sua participação. Para isso, os profissionais que participam do estudo serão treinados e toda a coleta de material ocorrerá de acordo com as normas de segurança e com material esterilizado e descartável.

O QUE ACONTECERÁ SE EU TIVER ALGUM DANO POR PARTICIPAR

Se você adoecer durante sua participação no estudo ou se tiver efeitos colaterais já descritos, a equipe do projeto se responsabilizará por seus cuidados e você terá acesso a todo o atendimento clínico e/ou psicológico necessário. Você tem a garantia de indenização diante de eventuais danos comprovadamente decorrentes da pesquisa.

QUANTO TEMPO TEREI QUE FICAR NO ESTUDO? Você ficará no estudo por cerca de 48 semanas, mas poderá interromper sua participação quando desejar. Ao completar este tempo, ou se interromper o uso de PrEP, você coletará o último exame e voltará dentro de trinta dias para a última consulta médica e realização do exame HIV.

Se você estiver usando PrEP poderá continuar a receber o medicamento pelo Sistema Único de Saúde, caso o presente estudo mostre resultados positivos, que embasem a oferta pública deste método para pessoas de 15 a 18 anos. Atualmente, a PrEP já está disponível no SUS para pessoas que têm mais de 18 anos e você poderá continuar utilizando gratuitamente se assim desejar.

Caso seu exame de HIV mostre-se positivo a participação no estudo será encerrada e você será encaminhado para o tratamento da infecção pelo HIV em um serviço de sua preferência na rede pública de saúde. Se você estiver usando PrEP, será orientado a interromper o uso do medicamento e exames serão coletados para verificar se a infecção ocorreu com algum vírus resistente ao tenofovir ou à emtricitabina.

QUAIS OS BENEFÍCIOS DA PARTICIPAÇÃO NESTE ESTUDO? Esperamos com este estudo diminuir sua chance de se infectar pelo HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis, mas não podemos garantir este benefício e sua participação poderá não lhe trazer quaisquer benefícios diretos. Com este estudo esperamos conhecer melhor os resultados do uso de PrEP em adolescentes brasileiros.

CONFIDENCIALIDADE: Toda a informação pessoal obtida nesta pesquisa é confidencial. Todos os registros serão mantidos em um fichário trancado e eles poderão ser vistos apenas por indivíduos que trabalham neste estudo. Os resultados deste estudo deverão ser publicados em revistas científicas ou apresentados em congressos médicos, mas seu nome ou qualquer informação que possa identificá-lo não será revelado em qualquer publicação ou apresentação científica resultante da informação recolhida neste estudo.

HÁ ALGUM CUSTO PARA MIM? Não há nenhum custo para você relacionado à sua participação neste estudo.

EU RECEBEREI ALGUM PAGAMENTO? Você não receberá qualquer compensação financeira para sua participação neste estudo, caracterizando o seu envolvimento como voluntário. Caso deseje, você receberá auxílio transporte e de alimentação para os dias que estiver envolvido com as atividades do estudo.

QUAIS SÃO MEUS DIREITOS COMO PARTICIPANTE DESTA ESTUDO? Você receberá no final do estudo toda informação necessária. Um membro da equipe o notificará de qualquer nova descoberta científica ou achados deste estudo e também qualquer descoberta científica de importância.

O QUE DEVO FAZER SE TIVER PROBLEMAS OU DÚVIDAS? Nós responderemos a qualquer questão relativa ao estudo, agora ou em qualquer momento que for necessário. Os pesquisadores responsáveis pelo estudo são os professores Inês Dourado –Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia (UFBA), localizado na R. Basílio da Gama, 316 - Canela, Salvador - BA, CEP: 40110-040; Dirceu Bartolomeu Greco- Departamento de Clínica Médica, Faculdade de

Medicina/Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), localizado na Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - Santa Efigênia, Belo Horizonte - MG, CEP: 30130-100; Alexandre Grangeiro - Faculdade de Medicina/ Universidade de São Paulo (USP), localizado na Av. Dr Arnaldo, 455 2º andar - CEP:01246-903, São Paulo, São Paulo. Você também poderá consultar para dúvidas ou denúncias sobre a pesquisa os Comitês de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, localizado na Rua General Jardim, 36. 8º andar, Telefone: 3397 2464. E-mail: smscep@gmail.com e/ou da Faculdade de Medicina/ Universidade de São Paulo, telefone (11) 3893-4401ou 3893-4407. Também para dúvidas ou denuncia você pode entrar em contato, a qualquer momento, com o pesquisador responsável por São Paulo, Alexandre Grangeiro, pelo telefone: 11.98230 0600. Na cidade de Salvador-BA, você também poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do ISC-UFBA (o CEP visa defender os interesses dos participantes do estudo), telefone (71) 3283-7419, para questões sobre a condução ética deste estudo, no seguinte endereço: Rua Basílio da Gama, s/n – 2º andar – 40110-040 – Salvador – Bahia; Horário de funcionamento: 2ª a 6ª feira, das 08 às 15h. E-mail:cepisc@ufba.br

ENDEREÇOS E TELEFONES DE CONTATO DO SERVIÇO DO ESTUDO EM SÃO PAULO:

Centro de Testagem e Aconselhamento – Henfil, Rua Libero Badaró, 144, Centro, São Paulo, (11) 3241-2224

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Eu li este formulário de consentimento (ou alguém leu e o explicou para mim), todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e eu concordo em participar deste estudo. Estou ciente de que posso sair a qualquer momento, sem perder o direito de receber cuidados médicos. Autorizo os pesquisadores a entrarem em contato comigo caso haja necessidade pelo:

telefone – não () sim ()

e-mail – não () sim ()

correio – não () sim ()

pessoalmente – não () sim ()

Eu receberei uma via deste consentimento informado assinado pelo pesquisador e, se aplicável, pela testemunha.

_____ Data: __/__/__
 Nome Assinatura do Participante

_____ Data: __/__/__
 Nome da Testemunha (se aplicável) Assinatura da Testemunha

COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Declaro que discuti as questões acima apresentadas com o participante do estudo. E declaro que todas as exigências da resolução 422/2011 foram cumpridas nesta pesquisa.

_____, _____ Data: __/__/__
 Assinatura do Pesquisador Município

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O ARMAZENAMENTO DE AMOSTRAS

Depois que você decidiu a participar do estudo e assinou o termo de consentimento informado, durante sua participação no projeto toda vez que uma amostra de sangue é colhida, parte dela (cerca de 10 mL) será armazenada para ser testada mais tarde durante o estudo ou após o seu término. Se você estiver usando PrEP, estes testes irão medir os níveis do medicamento no seu organismo ou, se você for infectado pelo HIV, utilizaremos testes para determinar com mais precisão quando você se infectou. Você tem direito de receber os resultados destes exames – para isto basta comunicar este desejo aos membros do projeto e manter seus contatos atualizados

Nós estamos aqui pedindo seu consentimento para que os pesquisadores armazenem as amostras coletadas para outros procedimentos descritos no consentimento informado de sua participação no projeto e, se necessário, que estes sejam enviados para outros laboratórios.

As amostras de sangue serão congeladas em pequenos tubos ou em papel de filtro especial e uma parte poderá ser enviada para laboratórios nos Estados Unidos para exames específicos. Suas amostras serão mantidas por até 10 anos e este tempo poderá ser expandido para mais 10 anos. No material armazenado não terá nem seu nome ou nem qualquer outra informação que possa identificá-lo(a). Você não precisa concordar com o armazenamento do sangue colhido durante o projeto e, se concordar agora, você pode mudar de opinião sobre isto a qualquer momento. Leia com atenção texto abaixo e se você concordar, por favor marque onde está indicado e assine.

Consentimento esclarecido para o armazenamento de amostras

Eu li este formulário de consentimento (ou alguém leu e o explicou para mim), relacionado á possibilidade do armazenamento de amostras colhidas durante a pesquisa, todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e

eu concordo () Não concordo ()

com o armazenamento destas amostras durante minha participação neste estudo. Estou ciente de que posso sair a qualquer momento, sem perder o direito de receber todos os cuidados médicos. Eu recebi uma via deste termo de consentimento assinado pelo pesquisador.

_____ Data: ___/___/___ Nome do Assinatura do Participante

_____ Data: ___/___/___ Nome da Testemunha (se aplicável) Assinatura da Testemunha

COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Declaro que discuti as questões acima apresentadas com o participante do estudo. E declaro que todas as exigências da resolução 422/2011 foram cumpridas nesta pesquisa.

_____, _____ Data: ___/___/___
Assinatura do Pesquisador Município

Componente 5- Estudo demonstrativo da efetividade da PrEP

A SER APLICADO PARA ADOLESCENTES MENORES DE 18 ANOS COM RISCO SUBSTANCIAL PARA INFECÇÃO PELO HIV E QUE OPTAREM POR UTILIZAR A PREP

Pesquisadores responsáveis:

Alexandre Grangeiro, Universidade de São Paulo (USP), Brasil

Dirceu Greco, Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Inês Dourado, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Brasil

Financiamento e apoio: Ministério da Saúde do Brasil e UNITAID

PROJETO DE PESQUISA: Estudo da efetividade da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV e das estratégias de captação e vinculação” entre adolescentes brasileiros (Estudo PrEP15-19).

TERMO ASSENTIMENTO-

Esta pesquisa será realizada de acordo com as diretrizes éticas em Pesquisa com Seres Humanos emanadas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/CONEP

Nome: _____

Data de Nascimento: __/__/____

Estamos convidando você a participar de pesquisa que vai avaliar a efetividade de uma nova estratégia de prevenção contra a infecção pelo HIV, chamada profilaxia pré-exposição, que chamaremos a partir de agora de PrEP. Este Termo de Assentimento é um documento que te dá informações e estamos convidando você a participar deste estudo. Este Termo de Assentimento pode conter palavras que você não entende. Peça ao pesquisador que explique as palavras ou informações não compreendidas completamente. Antes de decidir se deseja participar deste estudo, queremos que saiba mais do que se trata. Você pode discutir qualquer parte deste Termo de Assentimento com seus pais, amigos ou qualquer outra pessoa que você se sinta confortável para conversar. Você pode decidir participar ou não após ter conversado sobre o suficiente sobre isto. Você não precisa decidir imediatamente. Você deverá assinar este formulário apenas se você tiver entendido e estiver satisfeito com as informações e concordar em participar.

O QUE É A PrEP? Trata-se da profilaxia pré-exposição sexual, que é o uso diário de um comprimido que junta dois medicamentos, sendo eles: tenofovir e emtricitabina. São medicamentos conhecidos como antirretrovirais, utilizados no tratamento de pessoas com HIV, mas que, nesse estudo, serão usados por pessoas não infectadas como forma de prevenir a infecção pelo HIV.

QUAIS OS MÉTODOS PREVENTIVOS ALTERNATIVOS EXISTENTES? Para prevenção do HIV existem outros métodos preventivos, como o uso de preservativo em todas as relações sexuais e o uso de profilaxia pós-exposição (PEP) ao HIV (que é o uso de antirretrovirais por 28 dias, iniciado em até 72 horas após uma exposição de risco).

POR QUE ESTAMOS FAZENDO ESTA PESQUISA? Estudos realizados em diferentes regiões do mundo e com diferentes populações mostraram que a PrEP foi capaz de prevenir o HIV em adultos que utilizaram o medicamento de forma correta. Mas como ainda não há estudos suficientes realizados entre adolescentes e adultos jovens como você, está é a razão principal para que você esteja sendo convidado a participar.

QUAL É O OBJETIVO DESTA PESQUISA? Avaliar a efetividade do uso de PrEP entre homens que fazem sexo com homens (HSH) e mulheres transgênero com idade entre 15 e 19 anos, por um período de 3 anos, entre 2018 e 2020, nas seguintes cidades brasileiras: Belo Horizonte, Salvador e

São Paulo. Isso significa responder se os medicamentos antirretrovirais de fato protegem contra o HIV e se todas as pessoas que tomaram corretamente o medicamento não se infectaram por HIV. Pretende também avaliar a segurança da PrEP, isso é se ela causa e quais são os eventos adversos em adolescentes de 15 a 19 anos, e a adesão (quanto do medicamento que você recebeu você conseguiu tomar e por que você teve ou não dificuldade em tomá-lo) Vamos estudar, ainda, os comportamentos sexuais e riscos de se infectar com o HIV.

O QUE PODERIA ACONTECER SE EU NÃO CONCORDAR EM PARTICIPAR? A participação é voluntária - você não precisa participar se não desejar. Sua participação é voluntária e se você decidir não participar da pesquisa, tudo bem e nada muda. Você terá todos os seus direitos à saúde respeitados, mesmo se decidir não participar. Mesmo se você disser "sim" agora, você pode mudar de ideia depois e ainda sim estará tudo bem.

O QUE EU DEVO FAZER SE EU CONCORDAR EM PARTICIPAR DESTE ESTUDO?

Há duas possibilidades de participar do estudo: a primeira se você quiser e tiver indicação para utilizar a PrEP; e a segunda se você não quiser ou não tiver indicação para usar PrEP. Essas formas de participação estão descritas a seguir:

1. Se quiser e tiver indicação de PrEP: Você deverá responder uma entrevista sócio-comportamental que abordará questões sobre suas práticas sexuais e o uso de drogas e álcool. Na sequência passará por consulta médica e coletará 30 ml de sangue (correspondente a pouco mais de uma colher de sopa cheia) para realizar exames laboratoriais para o diagnóstico do HIV, sífilis e hepatites B e C, assim como para avaliar se você tem alterações no fígado e no rim que impedem o uso da PrEP. Será também colhida amostra de urina e amostra de material anal, uretral e oral para realizar exames de clamídia e gonorreia. Além destes, será realizado testes sorológicos para o diagnóstico da COVID-19, no qual identifica se você teve contato com o vírus SARS-CoV2. Você sempre terá acesso a preservativos e gel lubrificante e passará, também, por uma consulta na qual discutiremos alternativas e estratégias possíveis de prevenção do HIV, das IST e como lidar com situações de violência e preconceito. Se o seu exame HIV for negativo e se você não tiver nenhuma doença renal ou de fígado estará apto para PrEP e receberá no mesmo dia os medicamentos tenofovir com emtricitabina para usar diariamente. Se os exames derem alguma alteração, vamos realizar o tratamento ou encaminhá-lo para outro serviço público de referência. Se o exame de hepatite B for negativo, você será encaminhado para vacinação, se necessário. Poderá ser encaminhado também para a vacinação de hepatite A e HPV.

A primeira consulta de retorno será realizada em um mês e depois trimestralmente. Nelas serão realizadas os seguintes procedimentos: (i) consultas clínica e de aconselhamento para avaliar o uso do medicamento (adesão), eventuais efeitos colaterais do medicamento, a presença de alguma infecção sexualmente transmissível e suas práticas sexuais; (ii) serão repetidos os mesmos exames laboratoriais da primeira consulta e os testes rápidos para HIV, sífilis e hepatite C; (iii) se algum exame realizado estiver alterado, você será tratado pela equipe do projeto ou encaminhado para um serviço público de referência; (iv) você receberá quantidade suficiente do medicamento da PrEP para durar até o próximo retorno; (v) responderá a um questionário comportamental e de qualidade de vida; e (vi) anualmente os exames para clamídia e gonorreia serão repetidos. Periodicamente, você poderá receber, caso deseje, telefonemas ou outros contatos do projeto para discutir a adesão ou se está tendo algum efeito colateral relacionado aos medicamentos. Se você decidir parar de usar a PrEP deve nos procurar, para receber orientações de como fazer isso de forma segura.

2. Se você não tiver indicação ou não quiser usar PrEP: A participação será muito parecida, mas sem usar a PrEP e você poderá optar por realizar os procedimentos à distância, usando a internet. Assim, nesse caso, você responderá agora a uma entrevista sócio-comportamental sobre suas práticas sexuais e o uso de drogas e álcool. Na sequência passará por consulta médica e coletará 30 ml de

sangue (correspondente a pouco mais de uma colher de sopa cheia) para realizar exames laboratoriais para o diagnóstico do HIV, sífilis e hepatites B e C. Será também colhida amostra de urina e amostra de material anal, uretral e oral para realizar exames de clamídia e gonorreia. Além destes, será realizado testes sorológicos para o diagnóstico da COVID-19, no qual identifica se você teve contato com o vírus SARS-CoV2. Você sempre terá acesso a preservativos e gel lubrificante e passará, também, por uma consulta para discutirmos alternativas e estratégias possíveis de prevenção do HIV, das IST e como lidar com situações de violência e preconceito. Se o seu exame HIV for negativo agendaremos seu retorno para daqui a três meses. Se os exames derem alguma alteração, vamos realizar o tratamento ou encaminhá-lo para outro serviço público de referência. Se o exame de hepatite B for negativo, você será encaminhado para vacinação. Poderá ser encaminhado também para a vacinação de hepatite A e HPV, caso haja indicação. Se você não quiser realizar a consulta médica, terá que fazer somente os exames sorológicos para HIV, sífilis e hepatites e você poderá agendar a consulta médica para outro dia, de acordo com seu interesse.

As consultas de retorno serão realizadas trimestralmente. Nelas serão realizadas os seguintes procedimentos: (i) consultas clínica e de aconselhamento para avaliar a presença de alguma infecção sexualmente transmissível e suas práticas sexuais; (ii) serão repetidos os testes rápidos para HIV, sífilis e hepatite C. Caso algum exame estiver alterado, você será tratado pela equipe do projeto ou encaminhado para um serviço público de referência; (iii) responderá a um questionário comportamental e de qualidade de vida; e (iv) anualmente os exames para clamídia e gonorreia serão repetidos. Periodicamente, você poderá receber, caso deseje, telefonemas ou outros contatos do projeto para discutir a prevenção do HIV e outras IST. Se você preferir, esse seguimento trimestral poderá ser feito à distância, mas, nesse caso, não serão realizadas trimestralmente as consultas médicas e os exames de sífilis, hepatite C e gonorréia e clamídia. No seguimento à distância você responderá o questionário sociocomportamental pela internet e receberá o autoteste anti-HIV para fazer em casa ou em algum lugar que escolher. Deverá, também, agendar as consultas médicas e os outros exames para IST e hepatite C de acordo com a sua necessidade.

Você poderá escolher por usar a PrEP a qualquer momento que desejar. Nessa oportunidade, os exames de PrEP serão realizados e será avaliada a indicação de uso.

Independente da forma de participação que escolha, você sempre deverá ir ao serviço do estudo quando tiver com algum problema de saúde relacionado às infecções sexualmente transmissíveis, como ardência, dor corrimento ou ferida nos órgãos genitais, ânus ou boca. Também deve procurar o serviço sempre que estiver com sintomas de infecção, como febre, gânglio ou dor no corpo. Não é necessário ter consulta agendada.

Você, também, poderá procurar o estudo sempre que desejar ou necessitar receber algum método preventivo do HIV, sendo eles: orientação e informação; preservativos; gel lubrificante; testagem para o HIV, sífilis e hepatite C, profilaxia pré-exposição sexual (PrEP) e a profilaxia pós-exposição sexual (PEP), que é a utilização dos medicamentos de aids após uma relação sexual desprotegida.

Durante o estudo você poderá ser convidado a participar de grupos de discussão para compartilhar suas experiências com outros participantes que também estejam em uso do medicamento. A equipe de psicólogos do projeto vai coordenar esses grupos.

Nós entraremos em contato com você para lembrá-lo das consultas e das entrevistas. Usaremos, preferencialmente, as redes sociais, como o Messenger ou WhatsApp. Caso concorde com isso, precisará nos orientar sobre a melhor forma de entrarmos em contato de modo a garantirmos o sigilo e a confidencialidade.

Tempo necessário a cada visita: cada visita clínica/laboratorial durará entre 45 minutos e uma hora e meia. O tempo para responder aos questionários será em torno de 45 minutos.

Todas as consultas e exames presenciais serão realizados nos serviços de cada sítio do projeto. O endereço está no final do TCLE. Em todas as suas consultas será enfatizada a importância de medidas de prevenção contra o HIV e você terá à sua disposição preservativo e gel lubrificante.

Na ocorrência de diagnóstico positivo para o HIV, o participante será encaminhado a um serviço de saúde especializado da rede pública para realização de outros exames e obter tratamento com antirretrovirais. Neste caso, autoriza o acesso às informações clínico laboratoriais nos sistemas de informação Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral (SISCEL) do HIV e Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM). Estas informações são alimentadas pelos serviços de saúde a partir da sua admissão para confirmação diagnóstica e tratamento da infecção pelo HIV, e serão utilizadas neste projeto para fins de pesquisa.

QUAIS OS RISCOS QUE EU CORRO SE EU CONCORDAR EM PARTICIPAR NESTE ESTUDO? As entrevistas e as consultas clínicas podem causar desconforto ou constrangimento, devido aos temas abordados e os locais do corpo examinados. Tais questões abordarão temas como sexualidade, uso de drogas ou violência sexual. Esses assuntos podem deixa-lo(a) pensativo(a) ou desconfortável, mesmo depois de terminada a entrevista ou a consulta. Esses desconfortos e/ou riscos podem ser também para sua vida social, devido a possibilidade de discriminação, por estar participando de um estudo que aborda o tema HIV. A coleta de sangue pode provocar desconforto e mancha arroxeadada na pele, onde a agulha penetrar. O diagnóstico de alguma infecção pode causar preocupação ou algum transtorno emocional. Se você tiver algum desses eventos, mesmo que de uma forma leve, deverá pedir assistência do pesquisador ou de um profissional do serviço do estudo. Se houver o diagnóstico de alguma infecção, nos responsabilizamos por toda a assistência, diretamente no serviço do estudo ou em outro serviço público de referência.

Caso decida usar a PrEP, é importante saber que ela pode causar algum efeito colateral, mas em geral, o medicamento é bem tolerado não tendo sido relatados efeitos colaterais graves relacionados com o seu uso. Com relação à emtricitabina os efeitos colaterais relatados foram insônia, erupção cutânea, dor de cabeça, diarreia, alteração da coloração da pele (mais escura), aumento da acidez do sangue (acidose) e aumento do fígado e da gordura do fígado em raros casos. As alterações nos exames laboratoriais incluem diminuição de algumas células do sangue (neutrófilos) e, especialmente em pessoas que tem hepatite B, aumento transitório de enzimas hepáticas (chamadas transaminases AST, ALT). Esses efeitos colaterais são descritos para as pessoas infectadas pelo HIV que usam o medicamento por muito tempo. Com relação ao tenofovir, foram relatados náuseas, vômitos e perda de apetite. Em algumas pessoas o tenofovir aumenta os níveis de creatinina (que serve como aviso de alteração da função dos rins) e transaminases (enzimas do fígado). Pode ocorrer anemia e diminuição de uma das células do sangue (neutrófilos), e ainda mais raramente desconforto abdominal, náuseas, atrofia muscular, prostração, fraqueza, aumento do fígado (hepatomegalia) com aumento de gordura hepática (esteatose) e acidose no sangue (acidose láctea), além de alterações cardíacas (miocardiopatia) e reação alérgica. Os exames para verificar alteração de fígado e rim são realizados para garantir que o medicamento não será usado em situação que cause algum mal relevante a você. Sempre que houver risco, o uso do medicamento será suspenso. Além disso, todos os efeitos colaterais são reversíveis (ou seja, você volta a estar como estava antes do uso do medicamento) após um determinado tempo de uso ou quando se deixa de usar o medicamento. Você também poderá pedir para interromper sua participação no estudo, sempre que desejar, sem nenhum prejuízo. Você pode fazer essa solicitação mesmo depois de terminada as entrevistas ou as consultas. Da nossa parte, faremos todo o possível para minimizar os riscos de acontecer qualquer um desses eventos e para manter a completa confidencialidade de tudo que se refere à sua participação. Para isso, os

profissionais que participam do estudo serão treinados e toda a coleta de material ocorrerá de acordo com as normas de segurança e com material esterilizado e descartável.

O QUE ACONTECERÁ SE EU TIVER ALGUM DANO POR PARTICIPAR? Se você adoecer durante sua participação no estudo ou se tiver efeitos colaterais já descritos, a equipe do projeto se responsabilizará por seus cuidados e você terá acesso a todo o atendimento clínico e/ou psicológico necessário. Você tem a garantia de indenização diante de eventuais danos comprovadamente decorrentes da pesquisa.

QUAIS OS BENEFÍCIOS DA PARTICIPAÇÃO NESTE ESTUDO? Esperamos com este estudo diminuir sua chance de se infectar pelo HIV, mas não podemos garantir este benefício e sua participação poderá não lhe trazer quaisquer benefícios diretos. Com este estudo esperamos conhecer melhor os resultados do uso de PrEP em adolescentes brasileiros.

QUANTO TEMPO TEREI QUE FICAR NO ESTUDO? Você ficará no estudo por cerca de 48 semanas, mas poderá interromper sua participação quando desejar. Ao completar este tempo, ou se interromper o uso da PrEP, você coletará o último exame e voltará dentro de trinta dias para a última consulta médica e realização do exame HIV.

Se você estiver usando a PrEP poderá continuar a receber o medicamento pelo Sistema Único de Saúde, caso o presente estudo mostre resultados positivos, que embasem a oferta pública deste método para pessoas de 15 a 18 anos. Atualmente, a PrEP já está disponível no SUS para pessoas que têm mais de 18 anos e você poderá continuar utilizando gratuitamente se assim desejar.

Caso seu exame de HIV mostre-se positivo a participação no estudo será encerrada e você será encaminhado para o tratamento da infecção pelo HIV em um serviço de sua preferência na rede pública de saúde. Se você estiver usando PrEP, será orientado a interromper o uso do medicamento e exames serão coletados para verificar se a infecção ocorreu com algum vírus resistente ao tenofovir ou à emtricitabina.

QUAIS SÃO MEUS DIREITOS COMO PARTICIPANTE DESTA ESTUDO? Você receberá no final do estudo toda informação necessária. Um membro da equipe o notificará de qualquer nova descoberta científica ou achados deste estudo e também qualquer descoberta científica de importância.

HÁ ALGUM CUSTO PARA MIM? Não há qualquer custo para você relacionado à sua participação neste estudo.

EU RECEBEREI ALGUM PAGAMENTO? Você não receberá qualquer compensação financeira para sua participação neste estudo, caracterizando o seu envolvimento como voluntário. Caso deseje, você receberá auxílio transporte e de alimentação para os dias de atividades do estudo.

CONFIDENCIALIDADE: Toda a informação pessoal obtida nesta pesquisa é confidencial. Todos os registros serão mantidos em um fichário trancado e eles poderão ser vistos apenas por indivíduos que trabalham neste estudo. Os resultados deste estudo deverão ser publicados em revistas científicas ou apresentados em congressos médicos, mas seu nome ou qualquer informação que possa identificá-lo não será revelado em qualquer publicação ou apresentação científica resultante da informação recolhida neste estudo.

O QUE DEVO FAZER SE TIVER PROBLEMAS OU DÚVIDAS? Nós responderemos a qualquer questão relativa ao estudo, agora ou em qualquer momento que for necessário. Os pesquisadores responsáveis pelo estudo são os professores Inês Dourado –Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia (UFBA), localizado na R. Basílio da Gama, 316 - Canela, Salvador - BA, CEP:

40110-040; Dirceu Bartolomeu Greco- Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina/Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), localizado na Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - Santa Efigênia, Belo Horizonte - MG, CEP: 30130-100; Alexandre Grangeiro - Faculdade de Medicina/ Universidade de São Paulo (USP), localizado na Av. Dr Arnaldo, 455 2º andar - CEP:01246-903, São Paulo, São Paulo. Você também poderá consultar para dúvidas ou denúncias sobre a pesquisa os Comitês de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, localizado na Rua General Jardim, 36. 8º andar, Telefone: 3397 2464. E-mail: smscep@gmail.com e/ou da Faculdade de Medicina/ Universidade de São Paulo, telefone (11) 3893-4401ou 3893-4407. Também para dúvidas ou denuncia você pode entrar em contato, a qualquer momento, com o pesquisador responsável por São Paulo, Alexandre Grangeiro, pelo telefone: 11.98230 0600. Na cidade de Salvador-BA, você também poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do ISC-UFBA (o CEP visa defender os interesses dos participantes do estudo), telefone (71) 3283-7419, para questões sobre a condução ética deste estudo, no seguinte endereço: Rua Basílio da Gama, s/n – 2º andar – 40110-040 – Salvador – Bahia; Horário de funcionamento: 2ª a 6ª feira, das 08 às 15h. E-mail:cepisc@ufba.br

ENDEREÇOS E TELEFONES DE CONTATO DO SERVIÇO DO ESTUDO EM SÃO PAULO:

Centro de Testagem e Aconselhamento – Henfil, Rua Libero Badaró, 144, Centro, São Paulo, (11) 3241-2224

ASSENTIMENTO INFORMADO

Li este formulário de Assentimento Informado (ou alguém leu e explicou para mim), tive tempo suficiente para decidir, todas as minhas perguntas foram respondidas e concordo em participar deste estudo. Entendo que posso sair a qualquer momento, sem perder o direito ao atendimento médico. Autorizo os pesquisadores a entrar em contato comigo caso haja necessidade por:

telefone - Não Sim

email - Não Sim

mail - Não Sim

pessoalmente - Não Sim

VOCÊ RECEBERÁ UMA VIA COMPLETA DESTA TERMO DE ASSENTIMENTO

 Nome Assinatura do Participante Data: __/__/__

 Nome da Testemunha (se aplicável) Assinatura da Testemunha Data: __/__/__

COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Declaro que discuti as questões acima apresentadas com o participante do estudo. E declaro que todas as exigências da resolução 422/2011 foram cumpridas nesta pesquisa.

_____, _____ Data: __/__/__
 Assinatura do Pesquisador Município

Pai ou responsável assinou um consentimento informado:

sim não Não se aplica

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O ARMAZENAMENTO DE AMOSTRAS

Depois que você decidiu a participar do estudo e assinou o termo de consentimento informado, durante sua participação no projeto toda vez que uma amostra de sangue é colhida, parte dela (cerca de 10 mL) será armazenada para ser testada mais tarde durante o estudo ou após o seu término. Se você estiver usando PrEP estes testes irão medir os níveis do medicamento no seu organismo ou, se você for infectado pelo HIV, utilizaremos testes para determinar com mais precisão quando você se infectou. Você tem direito de receber os resultados destes exames – para isto basta comunicar este desejo aos membros do projeto e manter seus contatos atualizados

Nós estamos aqui pedindo seu consentimento para que os pesquisadores armazenem as amostras coletadas para outros procedimentos descritos no consentimento informado de sua participação no projeto e, se necessário, que estes sejam enviados para outros laboratórios.

As amostras de sangue serão congeladas em pequenos tubos ou em papel de filtro especial e uma parte poderá ser enviada para laboratórios nos Estados Unidos para exames específicos. Suas amostras serão mantidas por até 10 anos e este tempo poderá ser expandido para mais 10 anos. No material armazenado não terá nem seu nome ou nem qualquer outra informação que possa identificá-lo(a). Você não precisa concordar com o armazenamento do sangue colhido durante o projeto, e, se concordar agora, você pode mudar de opinião sobre isto a qualquer momento. Leia com atenção texto abaixo e se você concordar, por favor marque onde está indicado e assine.

Assentimento para o armazenamento de amostras

Eu li este formulário de consentimento (ou alguém leu e o explicou para mim), relacionado á possibilidade do armazenamento de amostras colhidas durante a pesquisa, todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e

eu concordo () Não concordo ()

com o armazenamento destas amostras durante minha participação neste estudo. Estou ciente de que posso sair a qualquer momento, sem perder o direito de receber todos os cuidados médicos. Eu recebi uma via deste termo de consentimento assinado pelo pesquisador.

Nome

Data

Assinatura

Idade

Membro da equipe do estudo Assinatura do membro da equipe

Data que realizou a entrevista de consentimento _____

COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Declaro que discuti as questões acima apresentadas com o participante do estudo. E declaro que todas as exigências da resolução 422/2011 foram cumpridas nesta pesquisa.

_____, _____ Data: __/__/__

Assinatura do Pesquisador

Município

ANEXO 3 – Questionário Sociocomportamental do Estudo “Me Convida que eu vou”

ETAPA 1: ELEGIBILIDADE

A.1. ID SEQUENCIAL DO PARTICIPANTE: _____.____.____.____ (conforme cupom)

A.2. CONFIRMAÇÃO DO ID DO PARTICIPANTE : _____.____.____.____

Checar se A1 = A2, se não for, enviar mensagem para entrevistador “ID participante diferente entre si.”

A.5. DATA DA ENTREVISTA [____/____/____]
[DD MM AA]

[Sincronizar com a data do tablete e confirmar se a data informada está correta?]

BLOCO A: CRITÉRIO DE INCLUSÃO NA PESQUISA

A.7. LOCAL DA ENTREVISTA:

0. Unidade sede da pesquisa
1. Entrevista externa, fora da unidade sede ou secundária

A.8. Qual a sua idade ?

___ ___ anos

A.9. Qual é a data de seu nascimento?

[____/____/____]

[DD MM AAAA]

[Checar se a data da entrevista – data de nascimento = A.8, caso contrário aparecer a mensagem M1 em nova tela]

M1: “Entrevistador, checar novamente a idade e data de nascimento do entrevistado”]

Se o cálculo mostrar que idade está correta e esta idade for menor que 18 anos faça A.20 = 1, termine exibindo a mensagem M2

M2: “Desculpe, mas você não é elegível para esta pesquisa porque você tem menos de 18 anos”

A.10. Qual seu grau de instrução? (RESPOSTA ÚNICA, espontânea)

- 1 Analfabeto / Fundamental I incompleto
2. Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
3. Fundamental II completo / Médio incompleto
4. Médio completo / Superior incompleto
5. Superior completo
98. Não quer responder

A.11. Em que cidade você mora?

1. [nome do município selecionado]
2. Outro _____

A.11.1 Em que cidade você trabalha?

1. [nome do município selecionado]

2. Outro _____

A.11.2. Em que cidade você estuda?

1. [nome do município selecionado]
2. Outro _____

A.11 ou A.11.1 ou A.11.2 tem que ser igual a 1. Se a condição não for verdadeira, faça A.20 = 2, termine exibindo a mensagem M3

M3: “Desculpe, mas você não é elegível para esta pesquisa porque não reside, ou não trabalha ou não estuda na cidade de estudo”

A.12. Em que bairro você mora? _____

B.9. Pensando no convite que você trouxe para participar do estudo hoje, você ganhou, encontrou em algum lugar, comprou ou trocou com alguém?

1. Ganhou
2. Encontrou (inelegível)
3. Comprou (inelegível)
4. Trocou (inelegível)

[Se B.9=1, vá para B.11]

[Se B.9=2, 3 ou B.9=4, agradeça e diga que ele não pode participar, pois a pesquisa requer que ele tenha recebido o cupom de um homem que ele conhece e que faz sexo com outros homens. Encerre o questionário fazendo A.20=9, 10 ou 11”]

B.10. Quanto você pagou pelo convite?

R\$ __ __ __,00 Reais

Agradeça e diga que ele não pode participar, pois a pesquisa requer que ele tenha recebido o cupom de um homem que ele conhece e que faz sexo com outros homens. Encerre o questionário fazendo A.20=10”]

B.11. Quem deu o convite para você participar deste estudo?

1. Companheiro, namorado ou ficante
2. Amigo
3. Parente
4. Colega de trabalho
5. Conhecido
6. Desconhecido

B.8. Você já teve relação sexual, ou seja, fez sexo oral (pênis na boca) ou anal (pênis no ânus / por trás), com a pessoa que lhe deu o convite nos últimos 12 meses?

1. Sim
2. Não
3. Recusou-se a responder

A.13. Nos últimos 12 meses, você teve algum contato sexual com homem ou com travesti, ou seja, você fez sexo oral (pênis na boca – receber ou fazer) ou sexo anal (pênis no ânus – receber ou fazer) com homem ou com travesti

1. Sim
2. Não

Se A.13 = 2, faça A.20 = 3, termine exibindo a mensagem M4

M4: “Desculpe, mas você não é elegível para esta pesquisa porque você não tem contato sexual com outro homem”

A.14. Você se considera travesti, transgênero ou transexual?

1. Sim
2. Não

Se A.14 = 1, faça A.20 = 4, termine exibindo a mensagem M5

M5: “Desculpe, mas você não é elegível para esta pesquisa porque sua categoria faz parte de outro projeto de estudo”

A.15. Quais os principais motivos de sua vinda ao projeto: [Entrevistador, não leia as opções, se for o caso, registre mais de uma opção]

1. Por motivo econômico/ Por causa do ressarcimento
2. Por causa dos resultados do teste para o HIV
3. Por causa dos resultados do teste para Sífilis
4. Por causa dos resultados do teste para hepatite B
5. Por causa dos resultados do teste para hepatite C
6. Receber informação sobre IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis) /HIV/Aids
7. Receber informação sobre medicação antirretroviral (contra o vírus da aids)
8. Colaborar com uma pesquisa para gays/homossexuais
9. Conversar com o aconselhador
10. Estava com tempo livre
11. Outro motivo: Qual? _____

A.16. Entrevistador, registre se o participante está em condições de responder o questionário (não está sob efeito de álcool ou drogas e se encontra em condições emocionais de responder):

1. Sim
2. Não

Se A.16 ≠ 1, faça A.20 = 5 aparecer a mensagem M6

M6: “Desculpe, mas você não é elegível para esta pesquisa porque não apresenta condições de responder adequadamente. Agradeço sua participação até aqui”

A.17. Você quer participar do estudo?

1. Sim
2. Não

Se A.17 = 2, faça A.20 = 6 e vá para A.18

A.18. Por que você não quer participar? [Entrevistador, não leia as opções, se for o caso, registre mais de uma opção]

1. Medo que outras pessoas saibam que está participando do projeto
2. Medo que outras pessoas saibam que é gay/homossexual
3. Medo que outras pessoas saibam os resultados dos exames
4. Medo que outras pessoas saibam que está procurando ou toma antirretrovirais ou está buscando informações sobre eles
5. Está muito ocupado, sem tempo
6. Não tem interesse em participar
7. Outro motivo: Qual? _____

Ao término da A.18, exiba a mensagem M7

M7: “Agradecemos sua participação até aqui, muito obrigada!”

A.19. Você já participou desta pesquisa anteriormente, em 2016?

1. Sim
2. Não

Se A.19 = 1, faça A.20 = 7 e exiba a mensagem M8:

M8: “Agradecemos sua participação até aqui, mas você só pode participar uma vez da pesquisa”

A.20. Motivo da não elegibilidade

1. Participante tem menos de 18 anos
2. Participante não reside, ou não trabalha ou não estuda no município participante
3. Participante não teve sexo com outro homem
4. Participante pertence a categoria (travesti ou transgênero) que faz parte de outro projeto
5. Participante não apresenta condições de responder adequadamente
6. Não quer participar
7. Participante já participou anteriormente nesta pesquisa
8. Elegível (sem motivo de inelegibilidade)
9. Participante refere que encontrou o cupom (B.9=2)
10. Participante refere que comprou o cupom (B.9=3)
11. Participante refere que trocou o cupom (B.9=4)

Se A.20=8

Aparecer em nova tela

M9: “Aplique o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” e inicie o próximo bloco após aplica-lo (ir para questão B1 do Bloco B)

ETAPA 2: QUESTIONÁRIO SOCIOCOMPORTAMENTAL

BLOCO B: REDE SOCIAL

[ENTREVISTADOR: “Agora, gostaríamos de perguntar sobre sua rede social”]

B.1. Quantos homens você conhece e que também conhecem você, que fazem sexo com outros homens (oral ou anal) nos últimos 12 meses?

__ __ __ __ homens

B.2. Quantos destes [repita o número respondido pelo participante na pergunta B.1] homens moram, estudam ou trabalham em [município]?

__ __ __ __ homens

[B.2 deve ser menor ou igual a B.1]

B.3. Quantos destes [repita o número respondido pelo participante na pergunta B.2] homens que você mencionou têm 18 anos ou mais?

__ __ __ __ homens

[B.3 deve ser menor ou igual a B.2]

B.4. Quantos destes homens [repita o número respondido pelo participante na pergunta B.3] você encontrou ou falou com eles pessoalmente, por telefone, Whatsapp ou outro aplicativo ou sala de conversa ou internet nos últimos dois meses?

__ __ __ __ homens

[B.4 deve ser menor ou igual a B.3]

B.5. Destes [repita o número respondido pelo participante na pergunta B.4] homens que fazem sexo com homens que você encontrou ou falou nos últimos dois meses, quantos você convidaria para participar deste estudo?

__ __ __ __ homens [se nenhum, digite 0]

[B.5 deve ser menor que ou igual a B.4]

B.6. Se pudéssemos dar o número de cupons que você desejasse para estes [repita o número respondido pelo participante na pergunta B.4] homens, para quantos deles você daria um cupom nas próximas 24h??

__ __ __ __ homens [se nenhum, digite 0]

B.7. Destes [repita o número respondido pelo participante na pergunta B.4] homens que você mencionou, com quantos você já teve relações sexuais, ou seja, fez sexo oral (pênis na boca) ou anal (pênis no ânus / por trás)?

__ __ __ __ homens [se nenhum, digite 0]

BLOCO C: INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICAS

[Entrevistador: Leia para o entrevistado todas as categorias para cada pergunta, exceto para as perguntas cujas respostas são numéricas e do tipo sim/não. Se a pergunta requer resposta espontânea, você será avisado para não ler as categorias de respostas]

C.1. Qual é a sua cor de pele ou raça? (Resposta única, estimulada)

Leia as categorias de 1 a 6 e assinale APENAS uma delas. Não leia as alternativas 6 e 98 e só as utilize em último caso. Se necessário explique que são as categorias com as quais o IBGE trabalha no Censo.

1. Branca
2. Preta
3. Amarela
4. Parda
5. Indígena
6. Outra (espontânea, anote): _____
98. Não quer responder

C.2. Você tem religião?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

Se C.2 = 2 ou C.2 = 98, pule para C.5

C.3. Você pratica sua religião?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

C.4. Qual sua religião?

1. Católica
2. Evangélica ou protestante
3. Religião de raiz/matriz afro-brasileira
4. Outra religião, qual? _____

C.5. Qual é sua situação conjugal?

1. Solteiro
2. Casado
3. Junto ou em união estável com companheiro do mesmo sexo
4. Junto ou em união estável com companheiro do sexo oposto
5. Separado/Divorciado
6. Viúvo
98. Não quer responder

C.6. Pensando em tudo que você recebeu no último mês, qual foi sua renda?

[Se participante não ganhou nenhum dinheiro, digite "0"]

R\$ _____ reais

C.7. Qual foi a renda no último mês, somando o que todas as pessoas que moram com você receberam, incluindo a sua renda?

[Se a família do participante não ganhou nenhum dinheiro, digite "0", se não sabe digite "9999"]

R\$ _____ reais

C.8. Em que tipo de lugar você mora)?

1. Casa ou apartamento próprio
2. Casa ou apartamento alugado
3. Casa dos seus pais ou de um de seus pais
4. Casa de amigos, companheiro, parentes
5. Quarto alugado
6. Quarto de hotel, pensão ou similar
7. Quarto cedido no local do trabalho
8. Abrigo ou instituição
9. Sem endereço fixo (rua, etc)
10. Outro _____
98. Não quer responder

[Se C.8= 8 ou 9, vá para o Bloco D]

C.9. Quantas pessoas moram na sua casa, incluindo você?

[Se mora sozinho, digite "0"]

__ __ pessoas

[Se C.9 = 0, faça C.13 = 1 e vá para C.14]

C.10. Com quem você mora atualmente? (PODE MARCAR MAIS DE UMA OPÇÃO)

1. Parceiro homem
2. Parceira mulher
3. Parceira travesti
4. Parceira transexual
5. Amigos(as)
6. Mãe e/ou pai
7. Parentes (excluindo pai ou mãe)
8. Outros _____
98. Não quer responder

Se C.10 ≠ 1, 2, 3 ou 4, vá para C.13

C.11. Qual a idade deste parceiro?
 _____ anos

C.13. Você é o chefe de seu domicílio?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

Critério Brasil: Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

INSTRUÇÃO: Todos os itens devem ser perguntados pelo entrevistador e respondidos pelo entrevistado.

Vamos começar?

C.14. No domicílio onde você mora tem: (LEIA CADA ITEM)

ITENS DE CONFORTO	NÃO POSSUI	1	2	3	4+
C.14.1. Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular (não considere taxi ou carros de uso comercial)					
C.14.2. Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
C.14.3. Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
C.14.4. Quantidade de banheiros					
C.14.5. DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
C.14.6. Quantidade de geladeiras					
C.14.7. Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex					
C.14.8. Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
C.14.9. Quantidade de lavadora de louças					
C.14.10. Quantidade de fornos de micro-ondas					
C.14.11. Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
C.14.12. Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

C.15. A água utilizada neste domicílio é proveniente de?

1. Rede geral de distribuição
2. Poço ou nascente

3. Outro(a) _____

C.16. Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:

1. Asfaltada ou paralelepípedo (calçamento)
2. Terra/Cascalho

C.17. Qual é o grau de instrução do chefe da família? (Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio)

1. Analfabeto / Fundamental I incompleto
2. Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
3. Fundamental II completo / Médio incompleto
4. Médio completo / Superior incompleto
5. Superior completo

C.18. Qual é a sua principal fonte de renda?

1. Emprego com salário mensal
2. Trabalho temporário com salário
3. Autônomo
4. Benefício (Afastado por doença)
5. Aposentado por doença
6. Aposentado por idade ou tempo de serviço
7. Desempregado
8. Outro(a) _____
98. Não quer responder

Se C.18 ≠ 7, vá para D.1 do Bloco D

C.19. Qual a principal razão de você não estar trabalhando atualmente?

1. Procurou, mas não conseguiu encontrar trabalho
2. Está trabalhando como voluntário
3. Está estudando ou em treinamento não remunerado
4. Do lar/cuidando da família
5. Por motivo de doença
6. Outro(a) _____
98. Não quer responder

BLOCO D: CONHECIMENTO SOBRE IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis), AIDS, HEPATITES VIRAIS

[Agora, vou fazer algumas afirmativas sobre HIV/aids, sífilis e hepatite. Na medida que eu falar, gostaria que me dissesse se concorda, discorda ou não sabe responder. Não se preocupe com o que seja de fato certo ou errado. Apenas responda de acordo com o seu conhecimento]

D.1. Quais das seguintes doenças listadas podem ser transmitidas por meio das relações sexuais?

	1.Sim	2.Não	98. Não sei/ Não quer responder
D.1.1. Sífilis			
D.1.2. Hepatite A			
D.1.3. Hepatite B			
D.1.4. Hepatite C			
D.1.5. Malária			

D.1.6. Dengue			
D.1.7. HIV			
D.1.8. Gonorreia			
D.1.9. HPV			

[Agora, gostaria de afirmar algumas coisas sobre o HIV, ou seja, o vírus da aids. Na medida em que eu falar me diga se concorda ou discorda.

D.2. Uma pessoa pode pegar o HIV (vírus da aids) se usar banheiros públicos.

1. Concorda
2. Discorda
9. Não Sabe

D.3. Uma pessoa pode pegar o HIV (vírus da aids) se compartilhar talheres, copos ou refeições.

1. Concorda
2. Discorda
9. Não Sabe

D.4. Uma pessoa pode pegar o HIV (vírus da aids) se compartilhar com outras pessoas instrumentos para o uso de drogas, tais como seringa, agulha, cachimbo, latinha, canudo, etc.

1. Concorda
2. Discorda
9. Não Sabe

D.5. Uma pessoa pode pegar o HIV (vírus da aids) se for picada por um inseto, como pernilongo ou mosquito.

1. Concorda
2. Discorda
9. Não Sabe

D.6. Uma pessoa pode pegar o HIV (vírus da aids) se não usar preservativos em relações sexuais.

1. Concorda
2. Discorda
9. Não Sabe

D.7. Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo vírus da aids.

1. Concorda
2. Discorda
9. Não Sabe

D.8. Se uma pessoa tiver relações sexuais somente com um parceiro fiel, não infectado pelo vírus da aids, o risco de pegar o vírus é menor.

1. Concorda
2. Discorda
9. Não Sabe

D.9. Uma mulher grávida infectada pelo HIV que recebe medicamento para aids durante o pré-natal e no parto terá menor chance de transmitir o vírus para o bebê.

1. Concorda
2. Discorda
9. Não Sabe

D.10. Existe cura para a aids.

1. Concorda
2. Discorda
9. Não sabe

D.11. Uma pessoa infectada pelo HIV e que está tomando medicamento para aids tem menor risco de transmitir o vírus da aids para outra pessoa.

1. Concorda
2. Discorda
7. Não sabe

D.12. Existem medicamentos para o tratamento do HIV/Aids para serem usados após uma situação de risco de infecção (sexo sem preservativo, violência sexual etc).

1. Concorda
2. Discorda
9. Não sabe

Se D.12 ≠ 1, vá para D.13

D.12.1. Poderia dizer o(s) nome(s) deste(s) medicamento(s) ou tratamento?

1. PEP
2. Não sei
3. Outro(a) _____

D.13. Existem medicamentos para pessoas HIV negativas tomarem antes de fazerem sexo com outras pessoas para prevenir a infecção pelo HIV.

1. Concorda
2. Discorda
9. Não sabe

Se D.13 ≠ 1, vá para D.14

D.13.1. Poderia dizer o(s) nome(s) deste(s) medicamento(s) ou tratamento?

1. PrEP
2. Não sei
3. Outro(a) _____

D.14. Uma pessoa pode contrair hepatite compartilhando escova de dente.

1. Concorda
2. Discorda
9. Não sabe

D.15. Uma pessoa pode contrair hepatite compartilhando material para manicure (algodão, palito, alicate...).

1. Concorda
2. Discorda
9. Não sabe

D.16. Uma pessoa pode contrair hepatite fazendo tatuagem ou colocando piercing.

1. Concorda
2. Discorda

9. Não sabe

D.17. Uma pessoa pode contrair hepatite se compartilhar com outras pessoas instrumentos para o uso de drogas, tais como seringa, agulha, cachimbo, latinha, canudo, etc.

1. Concorda
2. Discorda
9. Não sabe

BLOCO E: ASSISTÊNCIA À SAÚDE, PREVENÇÃO E TRATAMENTO ÀS IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis)

ASSISTÊNCIA À SAÚDE GERAL AMARELO - INDICE

AZUL - DESCRITIVA

E. 0. O seu domicílio está cadastrado na unidade de saúde da família?

1. Sim
2. Não
98. Não sei / Não quer responder

E.1. Com que frequência o seu domicílio recebeu uma visita de algum Agente Comunitário ou algum membro da Equipe de Saúde da Família?

1. Mensalmente
2. A cada 2 meses
3. De 2 a 4 vezes por ano
4. Uma vez por ano
5. Nunca recebeu
98. Não sei / Não quer responder

E.2. Você tem algum plano de saúde (médico ou odontológico), particular, de empresa ou órgão público (que não o SUS)?

1. Sim
2. Não
98. Não sei / Não quer responder

Se E.2 ≠ 1, vá para E.3.1.

E.3. Se sim, especificar: _____

E.3.1. Você costuma procurar o mesmo lugar, mesmo médico ou mesmo serviço de saúde quando precisa de atendimento de saúde?

1. Sim
2. Não
98. Não sei / Não quer responder

E.4. Em geral, quando você está doente ou precisando de atendimento à saúde qual local você costuma buscar?

1. Farmácia
2. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)
3. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica
4. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)

5. Pronto-socorro ou emergência de hospital público
6. Ambulatório de hospital público
7. Consultório particular
8. Ambulatório ou consultório de clínica privada
9. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado
10. Profissional da equipe de saúde da família no domicílio
11. Curandeiro ou rezadeira ou similar
12. Outro (a) _____
13. Não procurou nenhum local
98. Não sei / Não quer responder

E.5. Em geral, quando você precisa fazer algum exame laboratorial solicitado por um profissional de saúde, não emergencial, qual local você costuma buscar?

1. Unidade Básica de Saúde/Unidade de Saúde da Família/Posto de saúde
2. Hospital público
3. Hospital particular
4. Laboratório particular
5. Farmácia
6. Outro(a) _____
98. Não sei / Não quer responder

E.6. Quando consultou um médico pela última vez?

1. Nos últimos doze meses
2. De 1 a 2 anos
3. Há mais de 2 anos
4. Nunca foi ao médico
98. Não sei / Não quer responder

E.7. Você já tomou a vacina contra o vírus da Hepatite B?

1. Sim
2. Não
98. Não sei / Não quer responder

Se E.7 \neq 1, vá para E.8

E.7.1. Se SIM, quantas doses da vacina contra Hepatite B você tomou?

1. 1 dose
2. 2 doses
3. 3 doses
98. Não sei / Não quer responder

E.8. De um modo geral, como você classifica o seu estado de saúde?

1. Muito Bom
2. Bom
3. Regular
4. Ruim
5. Muito Ruim
98. Não sei / Não quer responder

ASSISTÊNCIA À SAÚDE RELACIONADA ÀS IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis)

[Agora, gostaria de perguntar sobre algumas infecções sexualmente transmissíveis, se você já teve alguma, se buscou tratamento, etc.]

E.9. Alguma vez na vida, algum médico ou profissional de saúde lhe disse que você já teve alguma IST (Infecção Sexualmente Transmissível)?

1. Sim
2. Não
98. Não sei / Não quer responder

Se E.9 ≠ 1, vá para E.10

E.9.1. Se SIM, ESPECIFICAR: _____

E.10. Nos últimos 12 meses, você já teve algum dos seguintes sintomas:

	1.Sim	2.Não	98. Não sei/ Não quer responder
E.11.1. Secreção no pênis ou ânus?			
E.11.2. Pequenas bolhas no pênis ou ânus?			
E.11.3. Verrugas no pênis ou ânus?			
E.11.4. Úlceras/feridas no pênis ou ânus?).			

[Se E.11.1 ≠ 1 e E.11.2 ≠ 1 e E.11.3 ≠ 1 e E.11.4 ≠ 1, vá para E.17]

E.11. O que você fez sobre este(s) sintoma(s)? (PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

1. Não fiz nada
2. Tratei sozinho
3. Procurei um local, um profissional e/ou um serviço
98. Não sei / Não quer responder

[SE E.11 =1 ou 98, vá para E.15]

E.12. Qual foi o primeiro local, profissional ou serviço que você procurou para tratar esse(s) sintoma(s)?

1. Farmácia
2. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)
3. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica
4. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)
5. Pronto-socorro ou emergência de hospital público
6. Ambulatório de hospital público
7. Consultório particular
8. Ambulatório ou consultório de clínica privada
9. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado
10. Profissional da equipe de saúde da família no domicílio
11. Curandeiro ou rezadeira ou similar
12. Outro _____
13. Não procurou nenhum local
98. Não sei / Não quer responder

E.13. Você recebeu tratamento para este(s) sintoma(s)?

1. Sim
2. Não
98. Não sei / não quero responder

E.14. No primeiro local que você procurou por causa desse(s) sintoma(s), você recebeu alguma das seguintes orientações do profissional de saúde que te atendeu?

	1.Sim	2.Não	98. Não sei/ Não quer responder
E.14.1. Sempre usar preservativo durante as relações sexuais.			
E.14.2. Informar seus(as) parceiros(as) sobre esse(s) problemas e a importância do tratamento.			
E.14.3. Fazer o teste de sífilis.			
E.14.4. Fazer o teste anti-HIV (vírus da aids).			
E.14.5. Fazer o teste de hepatite.			

Ao término de E.14.5, vá para E.16

E.15. Por qual(is) motivo(s) você não procurou algum serviço de saúde?

	1.Sim	2.Não	98. Não sei/ Não quer responder
E.15.1. Distância da residência à unidade de saúde			
E.15.2. Custo com o transporte para ir a uma consulta			
E.15.3. Horário de funcionamento dos serviços			
E.15.4. Licença do trabalho			
E.15.5. Acha que o profissional de saúde tem preconceito			
E.15.6. Não sabe onde procurar atendimento			
E.15.7. O profissional era uma mulher			
E.15.8. Vergonha			
E.15.9. Automedicação			
E.15.10. Outro Motivo			

Se E.15.10 ≠ 1, vá para E.16

E.15.11. Que outro motivo, Especificar _____

E.16. Você ainda tem este(s) sintoma(s)?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

E.17. Você fez algum exame para as seguintes IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis), nos últimos 12 meses?

	1.Sim	2.Não	98. Não sei/ Não quer responder

E.17.1. Sífilis.			
E.17.2. Hepatite B			
E.17.3. Hepatite C			
E.17.4. Outras infecções sexualmente transmissíveis, exceto o HIV			

[SE Todas forem diferentes de 1 E.17 \neq 1, vá para E.24]

E.18.A. Se fez algum destes exames citados acima, quais os resultados?

Somente será respondida se E.18.1 até E.18.4 tiver algum item=1

	1. Positivo	2. Negativo	3. Inconclusivo	98. Não sei/ Não quer responder
E.18.A.1 Sífilis				
E.18.A.2. Hepatite B				
E.18.A.3. Hepatite C				
E.18.A.4. Outras infecções sexualmente transmissíveis, exceto o HIV				

E.18.B. Para estes resultados positivos dos feitos nos últimos 12 meses, você recebeu tratamento?

Somente será respondida se E.18.A.1 até E.18.A.4 tiver algum item=1

	1. Sim	2. Não	98. Não sei/ Não quer responder
E.18.B.1. Sífilis.			
E.18.B.2. Hepatite B			
E.18.B.3. Hepatite C			
E.18.B.4. Outras infecções sexualmente transmissíveis, exceto o HIV			

E.19.1. Qual foi o primeiro profissional, serviço ou local que você procurou para o seu tratamento de Sífilis?

Somente será respondida se E.18.B.1 =1

1. Farmácia
2. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)
3. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica
4. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)
5. Pronto-socorro ou emergência de hospital público
6. Ambulatório de hospital público
7. Consultório particular
8. Ambulatório ou consultório de clínica privada
9. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado
10. Profissional da equipe de saúde da família no domicílio
11. Curandeiro ou rezadeira ou similar
12. Outro(a) _____
13. Não procurou nenhum local
98. Não sei / Não quer responder

E.19.1.A. Por qual(is) motivo(s) você não procurou algum serviço de saúde para o seu tratamento de Sífilis? (PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

Somente será respondida se E.19.1 =13

1. Distância da residência à unidade de saúde
2. Custo com o transporte para ir a uma consulta
3. Horário de funcionamento dos serviços
4. Licença do trabalho
5. Acha que o profissional de saúde tem preconceito
6. Não sabe onde procurar atendimento
7. Procurei rezadeira/curandeiro ou similar
8. Automedicação
9. O profissional era uma mulher
10. Vergonha
11. Outro(a) _____

E.19.2. Qual foi o primeiro profissional, serviço ou local que você procurou para o seu tratamento de Hepatite B?

Somente será respondida se E.18.B.2 =1

1. Farmácia
2. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)
3. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica
4. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)
5. Pronto-socorro ou emergência de hospital público
6. Ambulatório de hospital público
7. Consultório particular
8. Ambulatório ou consultório de clínica privada
9. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado
10. Profissional da equipe de saúde da família no domicílio
11. Curandeiro ou rezadeira ou similar
12. Outro(a) _____
13. Não procurou nenhum local
98. Não sei / Não quer responder

E.19.2.A. Por qual(is) motivo(s) você não procurou algum serviço de saúde para o seu tratamento de Hepatite B? (PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

Somente será respondida se E.19.2 =13

1. Distância da residência à unidade de saúde
2. Custo com o transporte para ir a uma consulta
3. Horário de funcionamento dos serviços
4. Licença do trabalho
5. Acha que o profissional de saúde tem preconceito
6. Não sabe onde procurar atendimento
7. Procurei rezadeira/curandeiro ou similar
8. Automedicação
9. O profissional era uma mulher
10. Vergonha
11. Outro(a) _____

E.19.3. Qual foi o primeiro profissional, serviço ou local que você procurou para o seu tratamento de Hepatite C?

Somente será respondida se E.18.B.3 =1

1. Farmácia
 2. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)
 3. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica
 4. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)
 5. Pronto-socorro ou emergência de hospital público
 6. Ambulatório de hospital público
 7. Consultório particular
 8. Ambulatório ou consultório de clínica privada
 9. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado
 10. Profissional da equipe de saúde da família no domicílio
 11. Curandeiro ou rezadeira ou similar
 12. Outro(a) _____
 13. Não procurou nenhum local
 98. Não sei / Não quer responder
- E.19.3.A. Por qual(is) motivo(s) você não procurou algum serviço de saúde para o seu tratamento de Hepatite C? (PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

Somente será respondida se E.19.3 =13

1. Distância da residência à unidade de saúde
2. Custo com o transporte para ir a uma consulta
3. Horário de funcionamento dos serviços
4. Licença do trabalho
5. Acha que o profissional de saúde tem preconceito
6. Não sabe onde procurar atendimento
7. Procurei rezadeira/curandeiro ou similar
8. Automedicação
9. O profissional era uma mulher
10. Vergonha
11. Outro(a) _____

E.19.4. Qual foi o primeiro profissional, serviço ou local que você procurou para o seu tratamento para as Outras Infecções Sexualmente Transmissíveis, exceto o HIV?

Somente será respondida se E.18.B.4 =1

1. Farmácia
2. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)
3. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica
4. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)
5. Pronto-socorro ou emergência de hospital público
6. Ambulatório de hospital público
7. Consultório particular
8. Ambulatório ou consultório de clínica privada
9. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado
10. Profissional da equipe de saúde da família no domicílio
11. Curandeiro ou rezadeira ou similar
12. Outro(a) _____
13. Não procurou nenhum local
98. Não sei / Não quer responder

E.19.4.A. Por qual(is) motivo(s) você não procurou algum serviço de saúde para o seu tratamento para as Outras Infecções Sexualmente Transmissíveis, exceto o HIV? (PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

Somente será respondida se E.19.4 =13

1. Distância da residência à unidade de saúde
2. Custo com o transporte para ir a uma consulta
3. Horário de funcionamento dos serviços
4. Licença do trabalho
5. Acha que o profissional de saúde tem preconceito
6. Não sabe onde procurar atendimento
7. Procurei rezadeira/curandeiro ou similar
8. Automedicação
9. O profissional era uma mulher
10. Vergonha
11. Outro(a) _____

ACESSO A PRESERVATIVOS E FONTES DE INFORMAÇÕES SOBRE IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis)

[Agora, gostaria de perguntar sobre acesso a preservativos e fontes de informações sobre as IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis)]

E.24. Nos últimos 12 meses, você recebeu/pegou preservativos gratuitos?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

[Se E.24 ≠ 1, vá para E.29]

E.25. Onde você recebeu/pegou gratuitamente as camisinhas?

	1.Sim	2.Não	98. Não quer responder
E.25.1. Em serviço público de saúde			
E.25.2. Em ONG geral			
E.25.3. Em ONG que trabalha com HIV/Aids			
E.25.4. Em ONG que trabalha com LGBTTT			
E.25.5. Em instituições de ensino			
E.25.6. Em bares, boates ou saunas			
E.25.7. Na rua			
E.25.8. Outro(a)			

E.26. No último mês quantas camisinhas você recebeu/pegou gratuitamente?
 ___ camisinhas (Se nenhuma, digite "00")

[Se 00, vá para E.29]

E.27. Você acha que a quantidade de camisinhas que você recebeu/pegou gratuitamente no último mês foi suficiente?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

E.28. Você costuma comprar camisinhas?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

E.29. Nos últimos 12 meses, você recebeu/pegou lubrificante/gel gratuito?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

[Se E.29 ≠ 1, vá para E.34]

E.30. Onde você recebeu/pegou gratuitamente o lubrificante/gel?

	1.Sim	2.Não	98. Não sei/Não quer responder
E.30.1. Em serviço público de saúde			
E.30.2. Em ONG geral			
E.30.3. Em ONG que trabalha com HIV/Aids			
E.30.4. Em ONG que trabalha com LGBTTT			
E.30.5. Em instituições de ensino			
E.30.6. Em bares, boates ou saunas			
E.30.7. Na rua			
E.30.8. Outro(a)			

E.31. No último mês quantas embalagens de lubrificantes/gel você recebeu/pegou gratuitamente?
 ___ embalagens de lubrificante (Se nenhum, digite "00")

[Se E.31 = 00, vá para E.34]

E.32. Você acha que a quantidade de lubrificante/gel que você recebeu/pegou gratuitamente foi suficiente?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

E.33. Você costuma comprar lubrificante/gel?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

E.34. Nos últimos 12 meses, você recebeu algum material educativo sobre IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis), aids e hepatites?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

[Se E.34 ≠ 1, vá para E.36]

E.35. Onde você recebeu material educativo sobre IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis), aids e hepatites?

	1.Sim	2.Não	98. Não sei/Não quer responder
E.35.1. Em serviço público de saúde			

E.35.2. Em ONG geral			
E.35.3. Em ONG que trabalha com HIV/Aids			
E.35.4. Em ONG que trabalha com LGBTTT			
E.35.5. Em instituições de ensino			
E.35.6. Em bares, boates ou saunas			
E.35.7. Na rua			
E.35.8. Outro(a)			

E.36. Nos últimos 12 meses, você participou de alguma palestra ou oficina sobre IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis) e aids?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

[Se E.36 ≠ 1, vá para E.38]

E.37. Onde você participou de alguma palestra ou oficina sobre IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis) e aids?

	1.Sim	2.Não	98. Não sei/Não quer responder
E.37.1. Em serviço público de saúde			
E.37.2. Em bares, boates ou saunas			
E.37.3. Em ONG geral			
E.37.4. Em ONG que trabalha com HIV/Aids			
E.37.5. Em ONG que trabalha com LGBTTT			
E.37.6. Em instituições de ensino			
E.37.7. Na rua			
E.37.8. Outro(a)			

E.38. Nos últimos 12 meses, você recebeu aconselhamento sobre IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis) e aids?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

[Se E.38 ≠ 1, vá para E.40]

E.39. Onde você recebeu aconselhamento sobre IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis) e aids?

	1.Sim	2.Não	98. Não sei/Não quer responder
E.39.1. Em serviço público de saúde			
E.39.2. Em ONG geral			
E.39.3. Em ONG que trabalha com HIV/Aids			
E.39.4. Em ONG que trabalha com LGBTTT			
E.39.5. Em instituições de ensino			
E.39.6. Em bares, boates ou saunas			
E.39.7. Na rua			
E.39.8. Outro(a)			

TESTAGEM PARA O HIV

[Agora, vamos conversar um pouco sobre exames para HIV, Sífilis e Hepatites, se você fez o teste, quando, onde, etc.]

E.40A. Você sabe aonde ir caso queira fazer um teste de HIV/Aids?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

E.40. Alguma vez na vida você já fez o teste para HIV/Aids?

1. Sim
2. Não
99. Não quer responder

Se E.40 ≠ 1, vá para E.41

E.40.1. Quando foi a última vez que você fez o teste para HIV/Aids?

1. Há menos de 6 meses
2. Entre 6 meses e um ano
3. Entre um e dois anos atrás
98. Mais de dois anos atrás

E.40.2. Qual o resultado do teste?

1. Positivo
2. Negativo
3. Não pegou o resultado
99. Não quer responder

Se E.40.2 ≠ 1, vá para E.40.3

E.40.2.1. Você toma medicamentos antirretrovirais (medicamentos para o HIV/Aids)?

1. Sim
2. Já tomei, mas parei
3. Nunca tomei
98. Não sabe/ Não quer responder

E.40.3. Você já fez o teste rápido para o HIV/Aids (um furinho na ponta do dedo), aquele cujo resultado sai na hora?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

E.40.3.1. Você já fez o teste rápido para o HIV/Aids de fluido oral/ na saliva?

1. Sim, em uma campanha de testagem na rua (Viva Melhor Sabendo)
2. Sim, em um serviço de saúde
3. Não fiz
4. Não sei/ não quero responder

E.40.4. Onde você fez o último exame para HIV/Aids?

1. No CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento, COA ou COAS)

2. Na Rede pública de saúde (Posto/Hospital/Pronto Socorro, Unidade Básica de Saúde, exceto CTA/COA ou COAS)
3. Na doação de sangue
4. Na empresa onde trabalha
5. Em hospitais/laboratórios particulares
6. Em ONG
7. Durante Campanha
8. Outro(a) _____
98. Não quer responder

E.40.5. Qual o principal motivo de ter feito o último exame para HIV/Aids?

1. Por achar que tinha algum risco
2. Exame de rotina
3. Por curiosidade
4. Porque o(a) parceiro(a) pediu
5. Porque o(a) parceiro(a) pediu porque estava infectado pelo HIV ou tinha aids
6. Porque o parceiro estava infectado pelo HIV ou tinha aids
7. Por indicação médica
8. Por exigência do trabalho
9. Doou sangue
10. Outro(a) _____
11. Por ter se sentido doente
98. Não quer responder

Se E.40 = 1, vá para E.42

E.41. Qual o principal motivo de você nunca ter feito o exame para o HIV/ aids?

1. Nunca foi ofertado
2. Porque a unidade de saúde é muito distante da residência ou trabalho
3. Porque não sabe onde fazer o teste
4. Não vê motivo
5. Não se sente em risco
6. Porque tem medo
7. Porque tem medo de estigma e discriminação se for positivo
8. Não quer saber
9. Outro(a) _____
98. Não quer responder

E.42. Se fosse fazer, ou repetir, o exame para HIV/Aids atualmente, quais locais você procuraria? (PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

1. CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento, COA ou COAS)
2. Posto de Saúde
3. Hospital
4. Pronto Socorro
5. Hemocentro (doação de sangue)
6. Laboratório particular
7. ONG
8. Farmácia
9. Outro(a) _____
98. Não quer responder

E.43. Você faria um teste para diagnóstico do HIV/Aids que você aplicasse em você mesmo?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

E.43.1. Quais os motivos para esta sua decisão sobre um teste que você aplique em você mesmo (PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

1. Por achar que tem algum risco
2. Por achar que tem pouco ou nenhum risco
3. Exame de rotina
4. Por curiosidade
5. Porque o(a) parceiro(a) pede
6. Porque o(a) parceiro(a) pede porque estava infectado pelo HIV ou tinha aids
7. Porque o parceiro estava infectado pelo HIV ou tinha aids
8. Por indicação médica
9. Por exigência do trabalho
10. Para poder doar sangue
11. Porque nunca foi ofertado
12. Porque a unidade de saúde é muito distante da residência/trabalho
13. Porque não sabe onde fazer o teste
14. Não vê motivo
15. Porque tem medo
16. Porque não quero que ninguém saiba o resultado
17. Outro(a) _____
98. Não quer responder

E.45. Como você avalia sua chance de se infectar com o HIV ao longo de sua vida?

1. Nenhuma chance
2. Pouca chance
3. Chance moderada
4. Grande chance
5. Não consegue avaliar
6. Já sou positivo
98. Não quer responder

Se E.45 = 6, vá para E.47

E.46. E atualmente, você acha que sua chance de se infectar com o HIV é?

1. Nenhuma
2. Pouca
3. Moderada
4. Grande
5. Não sabe
98. Não quer responder

PROFILAXIA PARA O HIV (PEP e PrEP)

[Agora, gostaria de perguntar sobre seus conhecimentos e uso de medicamentos para a prevenção da infecção pelo HIV.]

E.47. Antes de participar desta pesquisa, você já tinha ouvido falar se existem medicamentos para a prevenção do HIV que podem ser usados APÓS uma situação de risco de infecção (PEP) tais como sexo sem preservativo, violência sexual, acidente de trabalho?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

[Se E.47 ≠ 1 vá para E.48]

E.47.1. De quem ou de onde você ouviu falar de PEP? (PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

- | | | |
|----------------------------------|------------|------------|
| E.47.1.1. Amigos | 1. Sim () | 2. Não () |
| E.47.1.2. Serviços de saúde | 1. Sim () | 2. Não () |
| E.47.1.3. Profissionais da saúde | 1. Sim () | 2. Não () |
| E.47.1.4. Literatura científica | 1. Sim () | 2. Não () |
| E.47.1.5. TV | 1. Sim () | 2. Não () |
| E.47.1.6. Rádio | 1. Sim () | 2. Não () |
| E.47.1.7. Internet | 1. Sim () | 2. Não () |

E.47.2. Você já utilizou medicamentos para prevenção do HIV APÓS uma situação de risco sexual de infecção, tais como sexo sem preservativo, violência sexual?

1. Sim
2. Não
3. Não se aplica
98. Não quer responder

E.48. Antes de participar desta pesquisa, você já tinha ouvido falar de pessoas que NÃO estão com o HIV, mas que tomam medicamentos para se manterem negativos, também chamado de Profilaxia Pré-exposição (PrEP)?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

[Se E.48 ≠ 1 vá para E.49]

E.48.1. De quem ou de onde você ouviu falar de PrEP? (PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

- | | | |
|----------------------------------|------------|------------|
| E.48.1.1. Amigos | 1. Sim () | 2. Não () |
| E.48.1.2. Serviços de saúde | 1. Sim () | 2. Não () |
| E.48.1.3. Profissionais da saúde | 1. Sim () | 2. Não () |
| E.48.1.4. Literatura científica | 1. Sim () | 2. Não () |
| E.48.1.5. TV | 1. Sim () | 2. Não () |
| E.48.1.6. Rádio | 1. Sim () | 2. Não () |
| E.48.1.7. Internet | 1. Sim () | 2. Não () |

E.48.2. Você já fez ou está fazendo uso da PrEP ou medicamento para prevenir a infecção pelo HIV?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

E.49. Você deixaria de usar camisinha se tomasse o medicamento para aids todos os dias, como a PrEP?

1. Sim

2. Não
98. Não quer responder

E.50. Você se sentiria mais seguro para ter um maior número de relações sexuais se fizesse uso do medicamento para prevenir a infecção pelo HIV todos os dias, como a PrEP?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

E.51. Ao pensar em fazer uso da PrEP, responda o que melhor descreve sua opinião

	Concordo	Discordo	Não concordo nem discordo	Não quer responder	Não sei
E.51.0. Eu estaria disposto a usar PrEP					
E.51.0.1. Tomaria um comprimido por dia se isso prevenisse a infecção por HIV					
E.51.0.2. Eu usaria PrEP se ela estivesse disponível no SUS					
E.51.1. Eu teria dificuldade em lembrar de tomar a medicação diária					
E.51.2. Eu teria medo dos efeitos colaterais dos medicamentos					
E.51.3. Eu teria medo das outras pessoas acharem que é HIV positivo					
E.51.4. Eu teria medo de ter outras IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis) que não são preveníveis pela PrEP					
E.51.4.2. Eu tomaria PrEP mesmo que tivesse que me testar regularmente para o HIV					

BLOCO F: DISCRIMINAÇÃO E VIOLÊNCIA

F.1. Você já se sentiu discriminado (maltratado, tratado de forma negativa) por causa da sua orientação sexual?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

Se F.1 ≠ 1, vá para F.2

F.1.a. Dê uma nota de 1 a 6 para impacto emocional que isto lhe causou?

- 1 = “Não causou nenhum impacto” 6 = “Causou um grande impacto”
1. () 2. () 3. () 4. () 5. () 6. ()

F.1.1. Nos últimos 12 meses, você já passou por algumas das seguintes situações devido a sua orientação sexual?

	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Somente uma vez	Nunca	Não quer responder
F.1.1.1. Não foi selecionado ou foi demitido do emprego						
F.1.1.2. Foi mal atendido ou impedido de entrar em comércio/locais de lazer						
F.1.1.3. Foi mal atendido em serviços de saúde ou por profissionais de saúde						
F.1.1.4. Foi maltratado ou marginalizado por professores na escola/faculdade						
F.1.1.4.1. Foi maltratado ou marginalizado por colegas na escola/faculdade						
F.1.1.5. Foi excluído ou marginalizado de grupo de amigos						
F.1.1.5.1. Foi excluído ou marginalizado de grupo de vizinhos						
F.1.1.6. Foi excluído ou marginalizado em seu ambiente familiar						
F.1.1.7. Foi excluído ou marginalizado) em ambiente religioso						
F.1.1.8. Foi impedido de doar sangue						
F.1.1.9. Foi maltratado por policiais ou mal atendido em delegacias						
F.1.1.10. Foi mal atendido ou maltratado em serviços públicos, como albergues, subprefeituras, transporte ou banheiros públicos						
F.1.1.11. Foi chantageado ou sofreu extorsão de dinheiro						
F.1.1.12. Sentiu medo de caminhar em espaços públicos						

F.1.7. Você comunicou esta discriminação que você sofreu a alguém? (PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

1. Ninguém
2. Familiares
3. Esposo(a) / Parceiro(a)
4. Amigo (a)
5. Profissional de saúde
6. Delegacia
7. Profissional da instituição de ensino
8. Outro(a) _____
98. Não quer responder

F.2. Alguma vez você sofreu algum tipo de agressão FÍSICA, ou seja, alguém já te bateu/agrediu, ou você já apanhou de alguém por causa da sua orientação sexual?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

Se F.2 ≠ 1, vá para F.3

F.2.1. Com que frequência isto já aconteceu?

1. Muitas vezes
2. Algumas vezes
3. Poucas vezes
4. Somente uma vez
99. Não quer responder

F.2.2. Este(s) ato(s) de agressão foi(foram) praticado(s) por quem (PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA):

1. Pai e / ou Mãe
2. Irmão
3. Outros Parentes
4. Esposo(a) / Parceiro(a)
5. Amigos(as)
6. Colegas
7. Profissional da saúde
8. Profissional de instituição de ensino
9. Filhos
10. Chefe de trabalho
11. Professor
12. Desconhecido
13. Outro(a) _____
98. Não quer responder

F.2.4. Onde ocorreu esta agressão física? (PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

1. Em casa
2. Na rua
3. No trabalho
4. Em instituições de ensino
5. Em serviço de saúde
6. Outro(a) _____
98. Não quer responder

F.2.6. Você comunicou esta agressão física a alguém? (PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

1. Ninguém
 2. Familiares
 3. Esposo(a) / Parceiro(a)
 4. Amigo (a)
 5. Profissional de saúde
 6. Delegacia
 7. Profissional da instituição de ensino
 8. Outro(a) _____
 98. Não quer responder
- F.3. Alguma vez na vida alguém forçou você a ter relações sexuais?
1. Sim
 2. Não
 98. Não quero responder

Se F.3 ≠1, vá para G1 do Bloco G

F.3.1. Quando ocorreu de forçarem você a ter relações sexuais? (PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

1. Na infância
2. Na adolescência
3. Na idade adulta
98. Não quer responder

F.3.2. Com que frequência forçaram você a ter relações sexuais?

1. Muitas vezes
2. Algumas vezes
3. Poucas vezes
4. Somente uma vez
98. Não quer responder

F.3.3. Este(s) ato(s) de agressão sexual foi(foram) praticado(s) por quem (PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA):

1. Pai e / ou Mãe
2. Irmão
3. Outros Parentes
4. Esposo(a) / Parceiro(a)
5. Amigos(as)
6. Profissional da saúde
7. Profissional de instituição de ensino
8. Filhos
9. Chefe de trabalho
10. Professor
11. Desconhecido
12. Outro(a) _____
98. Não quer responder
13. Colegas

F.3.5. Das vezes em que sofreu agressão sexual, VOCÊ estava sob efeito de alguma droga ou álcool?

1. Nunca
2. Raramente
3. A maioria das Vezes

- 4. Todas as vezes
- 5. Não sabe
- 98. Não quer responder

F.3.6. Das vezes em que sofreu agressão sexual, seu agressor estava sob efeito de alguma droga ou álcool?

- 1. Nunca
- 2. Raramente
- 3. A maioria das vezes
- 4. Todas as vezes
- 5. Não sabe
- 98. Não quer responder

F.3.7. Onde ocorreu esta agressão sexual? (PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

- 1. Em casa
- 2. Na rua
- 3. No trabalho
- 4. Em instituições de ensino
- 5. Em serviço de saúde
- 6. Outro(a) _____
- 98. Não quer responder

F.3.9. Você comunicou a agressão sexual a alguém? (PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

- 1. Ninguém
- 2. Familiares
- 3. Esposo(a) / Parceiro(a)
- 4. Amigo (a)
- 5. Profissional de saúde
- 6. Delegacia
- 7. Profissional da instituição de ensino
- 8. Outro(a) _____
- 98. Não quer responder

F.3.11. Você buscou ajuda de um profissional de saúde por ter sido forçado fisicamente a ter relações sexuais?

- 1. Sim
- 2. Não
- 98. Não quer responder

Se F.3.11 ≠ 1, vá para G.1 do Bloco G

F.53. Você foi orientado a tomar medicação para prevenir a infecção pelo HIV após ter relações sexuais forçadas (PEP)?

- 1. Sim
- 2. Não
- 98. Não quer responder

BLOCO G: VISIBILIDADE LGBTTT, PARTICIPAÇÃO E APOIO SOCIAL

G1. Com qual dessas denominações você mais se identifica? (PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

1. Gay
2. Homossexual
3. Bissexual
4. Bofe/Heterossexual
5. HSH (homem que faz sexo com homens)
6. Entendido
7. Viado
8. Bicha
9. Urso
10. Mulher
11. Goy
12. Nenhuma
13. Outro(a) _____

G2. Você sente atração sexual (tesão) por: (PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA):

1. Homens
2. Mulheres
3. Transexuais
4. Travestis
98. Não quer responder

G3. Você já contou para alguém que você transa ou faz sexo com homens?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

Se G3 ≠ 1 vá para G5

G4. Se sim, para quem? (PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

1. Mãe
2. Pai
3. Outro familiar
4. Amigo
5. Colega de trabalho
6. Outro(a) _____
98. Não quer responder

G5. Como sua família lida com o fato de você sentir atração sexual por homens?

1. Aprova completamente
2. Aprova parcialmente
3. É indiferentes/faz de conta que nada acontece
4. Desaprova parcialmente
5. Desaprova completamente
6. A família não sabe
98. Não quer responder

G6. Você costuma participar de alguma reunião, evento ou atividade organizada de apoio social por igreja ou grupo religioso?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

G7. Você costuma participar de alguma reunião, evento ou atividade organizada de apoio social em serviços de saúde?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

G8. Você costuma participar de alguma reunião, evento ou atividade de algum grupo organizado, movimento social ou ONG (Organização não-governamental) que trabalhe com HIV/Aids?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

G9. Você é membro ou frequenta algum grupo organizado, movimento social ou ONG (Organização não-governamental) de promoção da cidadania e defesa dos direitos LGBTTTT?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

G10. Com quantos amigos ou colegas você conversa sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e aids, como usar camisinha durante as relações sexuais ou usar medicamento para prevenir infecção (PEP ou PrEP)?

1. Todos
2. A maioria deles
3. Alguns deles
4. Poucos
5. Nenhum
98. Não quer responder

BLOCO H: COMPORTAMENTO SEXUAL

[Agora, gostaríamos de perguntar sobre o seu comportamento sexual. Inicialmente faremos perguntas mais gerais, depois perguntas sobre suas atividades sexuais nos últimos seis meses e, por último, perguntaremos algumas informações sobre seus três últimos parceiros(as) sexuais. Lembre-se que toda a informação que você der será anônima, não havendo nenhuma identificação sua ou de seus(as) parceiros(as). Suas respostas sinceras são fundamentais para o estudo]

H.1. Com que idade você teve a sua primeira relação sexual?

__ __ anos

98. Não quer responder

H.2. A pessoa com quem você teve sua primeira relação sexual era:

1. Homem
2. Mulher
3. Travesti
98. Não quer responder
99. Não sabe

H.2.1. Esta primeira relação sexual foi:

1. Forçada
2. Consentida
98. Não quer responder

H.2.2. Vocês usaram camisinha nesta primeira relação sexual?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder
99. Não sabe

H.3. Com que idade você teve a primeira relação sexual consentida com um homem?
 ____ anos

H.4. Pensando nos últimos 12 meses, sua prática sexual com outros homens tem sido, PREDOMINANTEMENTE:

1. Com outros homens pelo menos cinco anos mais jovens
2. Com outros homens pelo menos dez anos mais jovens
3. Com outros homens próximos a sua idade (mais ou menos cinco anos)
4. Com outros homens pelo menos cinco anos mais velhos
5. Com outros homens pelo menos dez anos mais velhos
6. Não sabe
98. Não quer responder

H.5. Ao longo de sua vida, você teve relações sexuais com mulheres?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

Se H.5≠1, vá para H.6

H.5.A. Se sim, com que idade você teve a primeira relação sexual consentida com mulheres?
 ____ anos

98. Não quer responder

H.6. Ao longo de sua vida, você teve relações sexuais com travestis ou transgênero?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

Se H.6≠1, vá para H.7

H.6.A. Se sim, com que idade você teve a primeira relação sexual consentida com travestis ou transgênero?

____ anos

98. Não quer responder

H.7. Ao longo de sua vida, com que frequência você PAGOU para ter relações sexuais com:

	Todas as vezes	Na maioria das vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca	Não quer responder
H.7.1. Homens						
H.7.2. Mulheres						
H.7.3. Travestis						

A CADA ITEM (H.7.1 ATÉ H.7.3), SE FOR=5, O CORRELATO NA QUESTÃO H.7.A DEVERÁ SER PULADO

H.7.A. Destas relações sexuais que você PAGOU, com que frequência você USOU CAMISINHA com:

	Todas as vezes	Na maioria das vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca	Não quer responder
H.7.A.1. Homens						
H.7.A.2. Mulheres						
H.7.A.3. Travestis						

H.11. Ao longo de sua vida, com que frequência você RECEBEU para ter relações sexuais com:

	Todas as vezes	Na maioria das vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca	Não quer responder
H.11.1. Homens						
H.11.2. Mulheres						
H.11.3. Travestis						

A CADA ITEM (H.11.1 ATÉ H.11.3), SE FOR =5, O CORRELATO NA QUESTÃO H.11.A DEVERÁ SER PULADO

H.11.A. Destas relações sexuais que você RECEBEU, com que frequência você USOU CAMISINHA com:

	Todas as veze	Na maioria das vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca	Não quer responder
H.11.A.1. Homens						
H.11.A.2. Mulheres						
H.11.A.3. Travestis						

H.8. Ao longo de sua vida, com que frequência você TROCOU drogas para ter relações sexuais com:

	Todas as veze	Na maioria das vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca	Não quer responder
H.8.1. Homens						
H.8.2. Mulheres						
H.8.3. Travestis						

A CADA ITEM (H.8.1 ATÉ H.8.3), SE FOR =5, O CORRELATO NA QUESTÃO H.8 DEVERÁ SER PULADO

H.8.A. Destas relações sexuais você TROCOU drogas, com que frequência você USOU CAMISINHA com:

	Todas as veze	Na maioria	Algumas vezes	Raramente	Nunca	Não quer responder

		das vezes				
H.8.A.1. Homens						
H.8.A.2. Mulheres						
H.8.A.3. Travestis						

H.14. Você se considera michê, garoto de programa ou trabalhador do sexo?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

H.15. Ao todo, nos últimos seis meses, quantos(as) parceiros(as) sexuais você teve, ou seja, pessoas com quem você fez sexo oral, vaginal ou anal?

- __ __ __ parceiros(as)
98. Não quer responder

Se H.15 = 0, vá para H.4.1.A

H.16. Deste total mencionado, quantas pessoas eram homens, mulheres ou travestis?

- H.16.1. Quantos eram Homens? _____
- H.16.2. Quantos eram Mulheres? _____
- H.16.3. Quantos eram Travestis/ transgênero _____
98. Não quer responder

[Se H16.1 + H16.2 + H16.3 \neq H.15, apresentar a mensagem de erro: “Entrevistador, a soma do número de parceiros (travestis ou transgênero, homens e mulheres) nos últimos seis meses deve ser igual ao número total de parceiros sexuais fixos relatados na questão H.15., refaça as perguntas”. Retornar para H15]

H.17. Nos últimos 6 meses, das vezes que você teve relação sexual, com que frequência você ingeriu alguma bebida alcoólica durante a relação sexual ou até duas horas antes da relação?

1. Sempre
2. Na maioria das vezes
3. Algumas vezes
4. Raramente
5. Nunca
98. Não quer responder

H.18. Nos últimos 6 meses, das vezes que você teve relação sexual, com que frequência você ingeriu droga ilícita, como maconha, cocaína, crack, heroína, ou outras drogas durante a relação sexual ou até duas horas antes da relação?

1. Sempre
2. Na maioria das vezes
3. Algumas vezes
4. Raramente
5. Nunca
98. Não quer responder

[Agora vamos perguntar sobre o tipo de parceiros(as) você manteve ou mantém relações sexuais nos últimos seis meses. Gostaríamos de saber se seus parceiros foram **FIXOS, CASUAIS OU COMERCIAIS**. Vamos começar com os parceiros fixos, quer dizer alguém que você mantém ou manteve relações sexuais regularmente. Pode ser um namorado(a), esposa, marido,

companheiro(a) ou alguém com quem você vive e de quem você não pagou e nem recebeu para ter relações sexuais]

H.A.19. Nos últimos seis meses, com quantos PARCEIROS(AS) FIXOS você fez sexo (oral, vaginal ou anal)?

— — — parceiros(as)

98. Não quer responder

[SE H.A.19 = 0, vá para H.A.21]

[Se H.A.19 > H.15 apresentar a mensagem de erro: “Entrevistador, o número de parceiros fixos não pode ser maior que o número total de parceiros nos últimos seis meses, refaça as perguntas”. Retornar para H15]

H.20. Deste total de PARCEIROS FIXOS:

H.20.1. Quantos eram homens? _____

H.20.2. Quantos eram Mulheres? _____

H.20.3. Quantos eram Travestis/transgênero? _____

98. Não quer responder

[Se H.20.1 + H.20.2 + H.20.3 \neq H.19, apresentar a mensagem de erro: “Entrevistador, a soma do número de parceiros (travestis, homens e mulheres) nos últimos seis meses deve ser igual ao número total de parceiros sexuais fixos relatados na questão H.19., refaça as perguntas”. Retornar para H19]

Se H.20.1 = 0, vá para H.20.11

[Agora, vamos falar do USO DE CAMISINHA com cada TIPO de parceiro em diferentes práticas sexuais, ou seja, anal insertiva, anal receptiva, vaginal, ou oral receptiva que você teve nos últimos seis meses com PARCEIROS(AS) FIXOS(AS)]

PARCEIROS FIXOS HOMENS NOS ÚLTIMOS SEIS MESES:

H.20.4. Durante os últimos seis meses, você fez sexo ANAL RECEPTIVO (você sendo penetrado) PARCEIROS FIXOS homens?

1. Não fez sexo anal receptivo

2. Sempre

3. Na maioria das vezes

4. Algumas vezes

5. Raramente

98. Não quer responder

Se H.20.4 = 1 ou 98, vá para H.20.6

H.20.5. Durante os últimos 6 meses, com que frequência seu parceiro usou camisinha quando penetrou o seu ânus?

1. Sempre

2. Na maioria das vezes

3. Algumas vezes

4. Raramente

5. Nunca

98. Não quer responder

H.20.6. Durante os últimos seis meses, você fez sexo ANAL INSERTIVO (você penetrando) PARCEIROS FIXOS homens?

1. Não fez sexo anal insertivo
2. Sempre
3. Na maioria das vezes
4. Algumas vezes
5. Raramente
98. Não quer responder

Se H.20.6 = 1 ou 98, vá para H.20.8

H.20.7. Durante os últimos 6 meses, com que frequência você usou camisinha quando penetrou o ânus do seu parceiro?

1. Sempre
2. Na maioria das vezes
3. Algumas vezes
4. Raramente
5. Nunca
98. Não quer responder

H.20.8. Durante os últimos seis meses, você fez sexo ORAL RECEPTIVO (você chupando) com PARCEIROS FIXOS homens?

1. Não fez sexo oral receptivo
2. Sempre
3. Na maioria das vezes
4. Algumas vezes
5. Raramente
98. Não quer responder

H.20.9. NOS ÚLTIMOS 6 MESES, pensando NA ÚLTIMA VEZ, que você fez sexo com o último PARCEIRO FIXO HOMEM, você usou camisinha?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

H.20.10. Em relação a este último parceiro homem, você:

1. Sabia que ele tinha o vírus da aids
2. Sabia que ele não tinha o vírus da aids
3. Não sabia se ele tinha ou não o vírus da aids
98. Não quer responder

Se H.20.2 = 0, vá para H.20.17

PARCEIRAS FIXAS MULHERES NOS ÚLTIMOS 6 MESES:

H.20.11. Durante os últimos seis meses, você fez sexo ANAL INSERTIVO (você penetrando) PARCEIRAS FIXAS mulheres?

1. Não fez sexo anal insertivo
2. Sempre
3. Na maioria das vezes
4. Algumas vezes
5. Raramente

98. Não quer responder

Se H.20.11 = 1 ou 98, vá para H.20.13

H.20.12. Durante os últimos 6 meses, com que frequência você usou camisinha quando penetrou o ânus destas parceiras mulheres?

1. Sempre
2. Na maioria das vezes
3. Algumas vezes
4. Raramente
5. Nunca
98. Não quer responder

H.20.13. Durante os últimos seis meses, você fez SEXO VAGINAL com PARCEIRAS FIXAS mulheres?

1. Não fez sexo vaginal
2. Sempre
3. Na maioria das vezes
4. Algumas vezes
5. Raramente
98. Não quer responder

Se H.20.13 = 1 ou 98, vá para H.20.15

H.20.14. Durante os últimos 6 meses, com que frequência você usou camisinha quando penetrou a vagina destas parceiras mulheres?

1. Sempre
2. Na maioria das vezes
3. Algumas vezes
4. Raramente
5. Nunca
98. Não quer responder

H.20.15. NOS ÚLTIMOS 6 MESES, pensando NA ÚLTIMA VEZ que você fez sexo com uma PARCEIRA FIXA MULHER, você usou camisinha?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

H.20.16. Em relação a esta última parceira MULHER, você:

1. Sabia que ela tinha o vírus da aids
2. Sabia que ela não tinha o vírus da aids
3. Não sabia se ela tinha ou não o vírus da aids
98. Não quer responder

Se H.20.3 = 0, vá para H.A.21

PARCEIRAS FIXAS TRAVESTIS OU TRANSGÊNERO NOS ÚLTIMOS 6 MESES:

H.20.17. Durante os últimos seis meses, você fez sexo ANAL RECEPTIVO (você sendo penetrado) com PARCEIRAS FIXAS travestis ou transgêneros?

1. Não fez sexo anal receptivo

2. Sempre
3. Na maioria das vezes
4. Algumas vezes
5. Raramente
98. Não quer responder

Se H.20.17 = 1 ou 98, vá para H.20.19

H.20.18. Durante os últimos 6 meses, com que frequência sua parceira travesti ou transgênero usou camisinha quando penetrou o seu ânus?

1. Sempre
2. Na maioria das vezes
3. Algumas vezes
4. Raramente
5. Nunca
98. Não quer responder

H.20.19. Durante os últimos seis meses, você fez sexo ANAL INSERTIVO (você penetrando) com PARCEIRAS FIXAS travestis ou transgênero?

1. Não fez sexo anal insertivo
2. Sempre
3. Na maioria das vezes
4. Algumas vezes
5. Raramente
98. Não quer responder

Se H.20.19 = 1 ou 98, vá para H.20.21

H.20.20. Durante os últimos 6 meses, com que frequência você usou camisinha quando penetrou o ânus das parceiras fixas travestis ou transgênero?

1. Sempre
2. Na maioria das vezes
3. Algumas vezes
4. Raramente
5. Nunca
98. Não quer responder

H.20.21. Durante os últimos seis meses, você fez sexo ORAL RECEPTIVO (você chupando) com PARCEIRAS FIXAS travestis ou transgênero?

1. Não fez sexo oral receptivo
2. Sempre
3. Na maioria das vezes
4. Algumas vezes
5. Raramente
98. Não quer responder

H.20.22. NOS ÚLTIMOS 6 MESES, pensando NA ÚLTIMA VEZ que você fez sexo com uma PARCEIRA FIXA TRAVESTI ou transgênero, você usou camisinha?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

H.20.23. Em relação a esta última parceira TRAVESTI ou transgênero, você:

1. Sabia que ela tinha o vírus da aids
2. Sabia que ela não tinha o vírus da aids
3. Não sabia se ela tinha ou não o vírus da aids
98. Não quer responder

[Agora vamos perguntar sobre parceiros(as) CASUAIS com quem você manteve ou mantém relações sexuais nos últimos seis meses. Parceiros(as) casuais são aqueles(as) com que você transou uma vez ou mais sem nenhuma regularidade e para quem você não pagou nem recebeu dinheiro para ter relações sexuais. Pode ser um(a) paquera, ficante, rolos, etc.]

H.A.21. Nos últimos seis meses, com quantos PARCEIROS(AS) CASUAIS você fez sexo (oral, vaginal ou anal)?

___ ___ ___ parceiros(as)

98. Não quer responder

H.22. Deste total de parceiros CASUAIS:

H.22.1. Quantos eram homens? _____

H.22.2. Quantos eram Mulheres? _____

H.22.3. Quantos eram Travestis/transgênero? _____

98. Não quer responder

[Se $H.22.1 + H.22.2 + H.22.3 \neq H.22$. apresentar a mensagem de erro: “Entrevistador, a soma do número de parceiros (travestis, homens e mulheres) nos últimos seis meses deve ser igual ao número total de parceiros sexuais casuais, refaça as perguntas”. Retornar para H22]

Se $H.22.1 = 0$, vá para H.22.11

[Agora, vamos falar do USO DE CAMISINHA com cada TIPO de parceiro em diferentes práticas sexuais, ou seja, anal insertiva, anal receptiva, vaginal, ou oral receptiva que você teve nos ÚLTIMOS 6 MESES com PARCEIROS(AS) CASUAL(AIS)].

PARCEIROS CASUAIS HOMENS NOS ÚLTIMOS SEIS MESES:

H.22.4. Durante os últimos seis meses, você fez sexo ANAL RECEPTIVO (você sendo penetrado) PARCEIROS CASUAIS homens?

1. Não fez sexo anal receptivo
2. Sempre
3. Na maioria das vezes
4. Algumas vezes
5. Raramente
98. Não quer responder

Se $H.22.4 = 1$ ou 98, vá para H.22.6

H.22.5. Durante os últimos 6 meses, com que frequência seu parceiro CASUAL HOMEM usou camisinha quando penetrou o seu ânus?

1. Sempre
2. Na maioria das vezes
3. Algumas vezes
4. Raramente

- 5. Nunca
- 98. Não quer responder

H.22.6. Durante os últimos seis meses, você fez sexo ANAL INSERTIVO (você penetrando) PARCEIROS CASUAIS homens?

- 1. Não fez sexo anal insertivo
- 2. Sempre
- 3. Na maioria das vezes
- 4. Algumas vezes
- 5. Raramente
- 98. Não quer responder

Se H.22.6 = 1 ou 98, vá para H.22.8

H.22.7. Durante os últimos 6 meses, com que frequência você usou camisinha quando penetrou o ânus dos seus parceiros CASUAIS HOMEM?

- 1. Sempre
- 2. Na maioria das vezes
- 3. Algumas vezes
- 4. Raramente
- 5. Nunca
- 98. Não quer responder

H.22.8. Durante os últimos seis meses, você fez sexo ORAL RECEPTIVO (você chupando) com PARCEIROS CASUAIS homens?

- 1. Não fez sexo oral receptivo
- 2. Sempre
- 3. Na maioria das vezes
- 4. Algumas vezes
- 5. Raramente
- 98. Não quer responder

H.22.9. NOS ÚLTIMOS 6 MESES, pensando NA ÚLTIMA VEZ, que você fez sexo com o último PARCEIRO CASUAL HOMEM, você usou camisinha?

- 1. Sim
- 2. Não
- 98. Não quer responder

H.22.10. Em relação a este último parceiro homem, você:

- 1. Sabia que ele tinha o vírus da aids
- 2. Sabia que ele não tinha o vírus da aids
- 3. Não sabia se ele tinha ou não o vírus da aids
- 98. Não quer responder

Se H.22.2 = 0, vá para H.22.17

PARCEIRAS CASUAIS MULHERES NOS ÚLTIMOS 6 MESES:

H.22.11. Durante os últimos seis meses, você fez sexo ANAL INSERTIVO (você penetrando) PARCEIRAS CASUAIS mulheres?

- 1. Não fez sexo anal insertivo
- 2. Sempre
- 3. Na maioria das vezes

- 4. Algumas vezes
- 5. Raramente
- 98. Não quer responder

Se H.22.11 = 1 ou 98, vá para H.22.13

H.22.12. Durante os últimos 6 meses, com que frequência você usou camisinha quando penetrou o ânus destas parceiras CASUAIS mulheres?

- 1. Sempre
- 2. Na maioria das vezes
- 3. Algumas vezes
- 4. Raramente
- 5. Nunca
- 98. Não quer responder

H.22.13. Durante os últimos seis meses, você fez SEXO VAGINAL com PARCEIRAS CASUAIS mulheres?

- 1. Não fez sexo vaginal
- 2. Sempre
- 3. Na maioria das vezes
- 4. Algumas vezes
- 5. Raramente
- 98. Não quer responder

Se H.22.13 = 1 ou 98, vá para H.22.15

H.22.14. Durante os últimos 6 meses, com que frequência você usou camisinha quando penetrou a vagina destas parceiras CASUAIS mulheres?

- 1. Sempre
- 2. Na maioria das vezes
- 3. Algumas vezes
- 4. Raramente
- 5. Nunca
- 98. Não quer responder

H.22.15. NOS ÚLTIMOS 6 MESES, pensando NA ÚLTIMA VEZ que você fez sexo com uma PARCEIRA CASUAL MULHER, você usou camisinha?

- 1. Sim
- 2. Não
- 98. Não quer responder

H.22.16. Em relação a esta última parceira CASUAL MULHER, você:

- 1. Sabia que ela tinha o vírus da aids
- 2. Sabia que ela não tinha o vírus da aids
- 3. Não sabia se ela tinha ou não o vírus da aids
- 98. Não quer responder

Se H.22.3 = 0, vá para H.22.23

PARCEIRAS CASUAIS TRAVESTIS OU TRANSGÊNERO NOS ÚLTIMOS 6 MESES:

H.22.17. Durante os últimos seis meses, você fez sexo ANAL RECEPTIVO (você sendo penetrado) com PARCEIRAS CASUAIS travestis ou transgêneros?

1. Não fez sexo anal receptivo
2. Sempre
3. Na maioria das vezes
4. Algumas vezes
5. Raramente
98. Não quer responder

Se H.22.17 = 1 ou 98, vá para H.22.19

H.22.18. Durante os últimos 6 meses, com que frequência sua parceira CASUAL travesti ou transgênero usou camisinha quando penetrou o seu ânus?

1. Sempre
2. Na maioria das vezes
3. Algumas vezes
4. Raramente
5. Nunca
98. Não quer responder

H.22.19. Durante os últimos seis meses, você fez sexo ANAL INSERTIVO (você penetrando) com PARCEIRAS CASUAIS travestis ou transgênero?

1. Não fez sexo anal insertivo
2. Sempre
3. Na maioria das vezes
4. Algumas vezes
5. Raramente
98. Não quer responder

Se H.22.19 = 1 ou 98, vá para H.22.21

H.22.20. Durante os últimos 6 meses, com que frequência você usou camisinha quando penetrou o ânus das parceiras CASUAIS travestis ou transgênero?

1. Sempre
2. Na maioria das vezes
3. Algumas vezes
4. Raramente
5. Nunca
98. Não quer responder

H.22.21. Durante os últimos seis meses, você fez sexo ORAL RECEPTIVO (você chupando) com PARCEIRAS CASUAIS travestis ou transgêneros?

1. Não fez sexo oral receptivo
2. Sempre
3. Na maioria das vezes
4. Algumas vezes
5. Raramente
98. Não quer responder

H.22.22. NOS ÚLTIMOS 6 MESES, pensando NA ÚLTIMA VEZ que você fez sexo com uma PARCEIRA CASUAL TRAVESTI, você usou camisinha?

1. Sim

- 2. Não
- 98. Não quer responder

H.22.23. Em relação a esta última parceira TRAVESTI ou transgênero, você:

- 1. Sabia que ela tinha o vírus da aids
- 2. Sabia que ela não tinha o vírus da aids
- 3. Não sabia se ela tinha ou não o vírus da aids
- 98. Não quer responder

[Agora, vamos perguntar sobre suas experiências sexuais durante os últimos 6 meses com parceiros(as) comerciais, ou seja, alguém com quem você pagou ou recebeu dinheiro para ter relações sexuais].

H.23. Nos últimos seis meses, com quantos PARCEIROS(AS) COMERCIAIS você fez sexo (oral, vaginal ou anal)?

__ __ __ parceiros(as)

- 98. Não quer responder

H.24. Deste total de parceiros **COMERCIAIS**:

H.24.1. Quantos eram homens? _____

H.24.2. Quantos eram Mulheres? _____

H.24.3. Quantos eram Travestis/transgênero? _____

- 98. Não quer responder

[Se H24.1 + H.24.2 + H24.3 \neq H.24, apresentar a mensagem de erro: “Entrevistador, a soma do número de parceiros (travestis, homens e mulheres) nos últimos seis meses deve ser igual ao número total de parceiros sexuais comerciais, refaça as perguntas”. Retornar para H23]

H.4.1. Nos últimos seis meses, pensando em sua última relação sexual com um parceiro homem, (independente de você ser o parceiro receptivo/passivo ou insertivo/ativo), vocês usaram camisinha?

- 1. Sim
- 2. Não
- 98. Não quer responder

[Agora, vamos falar do USO DE CAMISINHA com cada TIPO de parceiro em diferentes práticas sexuais, ou seja, anal insertiva, anal receptiva, vaginal, ou oral receptiva que você teve nos ÚLTIMOS SEIS MESES com PARCEIROS(AS) COMERCIAL (AIS)].

Se H.24.1 = 0, vá para H.24.11

PARCEIROS COMERCIAIS HOMENS NOS ÚLTIMOS SEIS MESES:

H.24.4. Durante os últimos seis meses, você fez sexo ANAL RECEPTIVO (você sendo penetrado) PARCEIROS COMERCIAIS homens?

- 1. Não fez sexo anal receptivo
- 2. Sempre
- 3. Na maioria das vezes
- 4. Algumas vezes
- 5. Raramente
- 98. Não quer responder

Se H.24.4 = 1 ou 98, vá para H.24.6

H.24.5. Durante os últimos 6 meses, com que frequência seu parceiro usou camisinha quando penetrou o seu ânus dos seus parceiros COMERCIAIS HOMENS?

1. Sempre
2. Na maioria das vezes
3. Algumas vezes
4. Raramente
5. Nunca
98. Não quer responder

H.24.6. Durante os últimos seis meses, você fez sexo ANAL INSERTIVO (você penetrando) PARCEIROS COMERCIAIS homens?

1. Não fez sexo anal insertivo
2. Sempre
3. Na maioria das vezes
4. Algumas vezes
5. Raramente
98. Não quer responder

Se H.24.6 = 1 ou 98, vá para H.24.8

H.24.7. Durante os últimos 6 meses, com que frequência você usou camisinha quando penetrou o ânus dos seus parceiros COMERCIAIS HOMEM?

1. Sempre
2. Na maioria das vezes
3. Algumas vezes
4. Raramente
5. Nunca
98. Não quer responder

H.24.8. Durante os últimos seis meses, você fez sexo ORAL RECEPTIVO (você chupando) com PARCEIROS COMERCIAIS homens?

1. Não fez sexo oral receptivo
2. Sempre
3. Na maioria das vezes
4. Algumas vezes
5. Raramente
98. Não quer responder

H.24.9. NOS ÚLTIMOS 6 MESES, pensando NA ÚLTIMA VEZ, que você fez sexo com o último PARCEIRO COMERCIAL HOMEM, você usou camisinha?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

H.24.10. Em relação a este último parceiro homem, você:

4. Sabia que ele tinha o vírus da aids
5. Sabia que ele não tinha o vírus da aids
6. Não sabia se ele tinha ou não o vírus da aids
98. Não quer responder

Se H.24.2 = 0, vá para H.24.17

PARCEIRAS COMERCIAIS MULHERES NOS ÚLTIMOS 6 MESES:

H.24.11. Durante os últimos seis meses, você fez sexo ANAL INSERTIVO (você penetrando) PARCEIRAS COMERCIAIS mulheres?

6. Não fez sexo anal insertivo
7. Sempre
8. Na maioria das vezes
9. Algumas vezes
10. Raramente
98. Não quer responder

Se H.24.11 = 1 ou 98, vá para H.24.13

H.24.12. Durante os últimos 6 meses, com que frequência você usou camisinha quando penetrou o ânus destas parceiras COMERCIAIS mulheres?

1. Sempre
2. Na maioria das vezes
3. Algumas vezes
4. Raramente
5. Nunca
98. Não quer responder

H.24.13. Durante os últimos seis meses, você fez SEXO VAGINAL com PARCEIRAS COMERCIAIS mulheres?

1. Não fez sexo vaginal
2. Sempre
3. Na maioria das vezes
4. Algumas vezes
5. Raramente
98. Não quer responder

Se H.24.13 = 1 ou 98, vá para H.24.15

H.24.14. Durante os últimos 6 meses, com que frequência você usou camisinha quando penetrou a vagina destas parceiras COMERCIAIS MULHERES?

1. Sempre
2. Na maioria das vezes
3. Algumas vezes
4. Raramente
5. Nunca
98. Não quer responder

H.24.15. NOS ÚLTIMOS 6 MESES, pensando NA ÚLTIMA VEZ que você fez sexo com uma PARCEIRA COMERCIAL MULHER, você usou camisinha?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

H.24.16. Em relação a esta última parceira COMERCIAL MULHER, você:

1. Sabia que ela tinha o vírus da aids

2. Sabia que ela não tinha o vírus da aids
3. Não sabia se ela tinha ou não o vírus da aids
98. Não quer responder

Se H.24.3 = 0, vá para (H.4.1.A)

PARCEIRAS COMERCIAIS TRAVESTIS OU TRANSGÊNERO NOS ÚLTIMOS 6 MESES:

H.24.17. Durante os últimos seis meses, você fez sexo ANAL RECEPTIVO (você sendo penetrado) com PARCEIRAS COMERCIAIS travestis ou transgênero?

1. Não fez sexo anal receptivo
2. Sempre
3. Na maioria das vezes
4. Algumas vezes
5. Raramente
98. Não quer responder

Se H.24.17 = 1 ou 98, vá para H.24.19

H.24.18. Durante os últimos 6 meses, com que frequência sua parceira COMERCIAL travesti ou transgênero usou camisinha quando penetrou o seu ânus?

1. Sempre
2. Na maioria das vezes
3. Algumas vezes
4. Raramente
5. Nunca
98. Não quer responder

H.24.19. Durante os últimos seis meses, você fez sexo ANAL INSERTIVO (você penetrando) com PARCEIRAS COMERCIAIS travestis ou transgênero?

1. Não fez sexo anal insertivo
2. Sempre
3. Na maioria das vezes
4. Algumas vezes
5. Raramente
98. Não quer responder

Se H.24.19 = 1 ou 98, vá para H.24.21

H.24.20. Durante os últimos 6 meses, com que frequência você usou camisinha quando penetrou o ânus das parceiras COMERCIAIS travestis ou transgênero?

1. Sempre
2. Na maioria das vezes
3. Algumas vezes
4. Raramente
5. Nunca
98. Não quer responder

H.24.21. Durante os últimos seis meses, você fez sexo ORAL RECEPTIVO (você chupando) com PARCEIRAS COMERCIAIS travestis ou transgênero?

1. Não fez sexo oral receptivo
2. Sempre

3. Na maioria das vezes
4. Algumas vezes
5. Raramente
98. Não quer responder

H.24.22. NOS ÚLTIMOS 6 MESES, pensando NA ÚLTIMA VEZ que você fez sexo com uma PARCEIRA COMERCIAL TRAVESTI ou transgênero, você usou camisinha?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

H.24.23. Em relação a esta última parceira TRAVESTI ou transgênero, você:

1. Sabia que ela tinha o vírus da aids
2. Sabia que ela não tinha o vírus da aids
3. Não sabia se ela tinha ou não o vírus da aids
98. Não quer responder

H.4.1.A Pensando na sua última relação sexual anal com um parceiro homem (independente de ser receptiva/passiva ou insertiva/ativa) e independente deste parceiro homem ser fixo, casual ou comercial, vocês usaram camisinha?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

H.25.A. Agora vamos falar das relações sexuais que você manteve com os seus últimos três parceiros masculinos, independente de ser nos últimos seis meses, COMEÇANDO DO MAIS RECENTE. Para facilitar, vamos chamá-los de parceiro "A", parceiro "B" e parceiro "C" – SE PREFERIR USE NOMES FICTÍCIOS, QUE SERIAM:

Parceiro A _____

Parceiro B _____

Parceiro C _____

As perguntas a seguir referem-se ao **PARCEIRO A**, OU _____

H.25. Em relação ao parceiro A, vocês estavam/estão num relacionamento:

1. Fixo
2. Casual
3. Comercial
98. Não quer responder

H.26. Quando vocês tiveram a primeira relação sexual?

___ / ___ (mês/ano)

Se não lembrar o mês, diga apenas o ano

98. Não quer responder

H.27. Quando vocês fizeram sexo pela última vez?

___ / ___ (mês/ano)

Se não lembrar o mês, diga apenas o ano

98. Não quer responder

H.28. Vocês ainda estão tendo relações sexuais?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

H.29. Ao todo, quantas relações sexuais anais insertivas (VOCÊ PENETRANDO o parceiro A) você teve?

_____ relações sexuais anais insertivas

Nenhuma=0

98. Não quer responder

[SE H.29 = 0, vá para H.32]

H.30. Dessas relações sexuais anais insertivas com o parceiro A, quantas vezes você usou preservativo?

_____ relações sexuais anais insertivas com preservativo

Nenhuma=0

98. Não quer responder

H.31. Dessas relações sexuais anais insertivas com o parceiro A, quantas vezes você usou GEL LUBRIFICANTE?

_____ relações sexuais com gel lubrificante

Nenhuma=0

98. Não quer responder

H.32. Ao todo, quantas relações sexuais anais receptivas (VOCÊ SENDO PENETRADO pelo parceiro A) você teve?

_____ relações sexuais anais

Nenhuma=0

98. Não quer responder

[SE H.32 = 0, VÁ PARA H.35]

H.33. Dessas relações sexuais anais receptivas com o parceiro A, quantas vezes você usou preservativo?

_____ relações sexuais anais com preservativo

98. Não quer responder

H.34. Dessas relações sexuais anais receptivas com o parceiro A, quantas vezes você usou GEL LUBRIFICANTE?

_____ relações sexuais anais com gel lubrificante

Nenhuma=0

98. Não quer responder

As perguntas a seguir referem-se ao **PARCEIRO B**, OU _____

H.35. Em relação ao parceiro B, vocês estavam/estão num relacionamento:

1. Fixo
2. Casual
3. Comercial
98. Não quer responder

H.36. Quando vocês tiveram a primeira relação sexual?

___ / ___ (mês/ano)

Se não lembrar o mês, diga apenas o ano

98. Não quer responder

H.37. Quando vocês fizeram sexo pela última vez?

___ / ___ (mês/ano)

98. Não quer responder

H.38. Vocês ainda estão tendo relações sexuais?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

H.39. Ao todo, quantas relações sexuais anais insertivas (VOCÊ PENETRANDO o parceiro B) você teve?

_____ relações sexuais anais insertivas

98. Não quer responder

[Se H.39 = 0, vá, para H.42]

H.40. Dessas relações sexuais anais insertivas com o parceiro B, quantas vezes vocês usaram preservativo?

_____ relações sexuais anais insertivas com preservativo

Nenhuma=0

98. Não quer responder

H.41. Dessas relações sexuais anais insertivas com o parceiro B, quantas vezes vocês usaram GEL LUBRIFICANTE?

_____ relações sexuais com gel lubrificante

Nenhuma=0

98. Não quer responder

H.42. Ao todo, quantas relações sexuais anais receptivas (VOCÊ SENDO PENETRADO pelo parceiro B) você teve?

_____ relações sexuais anais

Nenhuma=0

98. Não quer responder

Se H.42 = 0, vá para H.45

H.43. Dessas relações sexuais anais receptivas com o parceiro B, quantas vezes vocês usaram preservativo?

_____ relações sexuais anais com preservativo

Nenhuma=0

98. Não quer responder

H.44. Dessas relações sexuais anais receptivas com o parceiro B, quantas vezes vocês usaram GEL LUBRIFICANTE?

_____ relações sexuais anais com gel lubrificante

Nenhuma=0

98. Não quer responder

As perguntas a seguir referem-se ao **PARCEIRO C**, OU _____

H.A.45. Em relação ao parceiro C, independente de ser nos últimos seis meses, você teve um terceiro parceiro?

1. Sim

2. Não

98. Não quer responder

H.45. Em relação ao parceiro C, vocês estavam/estão num relacionamento:

1. Fixo

2. Casual

3. Comercial

98. Não quer responder

H.46. Quando vocês tiveram a primeira relação sexual?

___ / ___ / ___ (mês / ano)

Nenhuma=0

98. Não quer responder

H.47. Quando vocês fizeram sexo pela última vez?

___ / ___ / ___ (mês / ano)

Nenhuma=0

98. Não quer responder

H.48. Vocês ainda estão tendo relações sexuais?

1. Sim

2. Não

98. Não quer responder

H.49. Ao todo, quantas relações sexuais anais insertivas (VOCÊ PENETRANDO o parceiro C) você teve?

_____ relações sexuais anais insertivas

Nenhuma=0

98. Não quer responder

[Se H.49 = 0, vá para H.52]

H.50. Dessas [relações sexuais anais insertivas com o parceiro C, quantas vezes você usou preservativo?

_____ relações sexuais anais insertivas com preservativo

Nenhuma=0

98. Não quer responder

H.51. Dessas relações sexuais anais insertivas com o parceiro C, quantas vezes você usou GEL LUBRIFICANTE?

_____ relações sexuais com gel lubrificante

Nenhuma=0

98. Não quer responder

H.52. Ao todo, quantas relações sexuais anais receptivas (VOCÊ SENDO PENETRADO pelo parceiro C) você teve?

_____ relações sexuais

Nenhuma=0

98. Não quer responder

[Se H.52 = 0, vá para H.55]

H.53. Dessas relações sexuais anais receptivas com o parceiro C, quantas vezes você usou preservativo?

_____ relações sexuais com preservativo

Nenhuma=0

98. Não quer responder

H.54. Dessas relações sexuais anais receptivas com o parceiro C, quantas vezes você usou GEL LUBRIFICANTE?

_____ relações sexuais anais com gel lubrificante

Nenhuma=0

98. Não quer responder

H.A.55. Você aceitaria fazer sexo sem preservativo?

1. Sim

2. Não

98. Não quer responder

(Se H.55. diferente de 1, vá para H.56)

H.55. Se sim, em que situações você aceitaria fazer sexo sem preservativo?

	Sim	Não	Não se aplica	Não quer responder / não sei
H.55.2. Com meu marido				
H.55.3. Com meu com namorado				

H.55.4. Quando estiver sob efeito de drogas ou de álcool				
H.55.5. Se não tivesse disponível				
H.55.6. Se confiasse no parceiro				
H.55.7. Se pensasse que não há risco de transmissão de doenças				
H.55.8. Se o gozo não fosse dentro				
H.55.9. Se fosse um cliente fixo (só responde se H.23≠0)				
H.55.10. Se o parceiro pagasse mais (só responde se H.23≠0)				
H.55.11. Quando faz muitos programas no mesmo dia e o preservativo acaba (só responde se H.14≠0)				
H.55.12. Quando não está consciente por uso de drogas ou álcool				
H.55.13. Se o parceiro for casado (só responde se H.23≠0)				
H.55.14. Se o parceiro for jovem (só responde se H.23≠0)				
H.55.15. Se o parceiro for bonito (só responde se H.23≠0)				
H.55.16. Se o parceiro for educado (só responde se H.23≠0)				

H.56. Nos últimos seis meses, com que frequência você foi a algum dos lugares que vou mencionar para encontrar parceiros sexuais:

	Quase todos os dias	Uma vez por semana	Uma vez por mês	Menos de uma vez por mês	Nunca	Não quer responder
H.56.1. Bar Gay						
H.56.2. Bar/Boate Heterossexual						
H.56.3. Boate						
H.56.4. Dark Room						
H.56.5. Sauna						
H.56.6. Cinema/cinemão						
H.56.7. Café/Restaurante						
H.56.8. Rua/Praça/Parque						
H.56.9. Banheiro Público						
H.56.10. Festas						
H.56.11. Casa de amigos						
H.56.12. Outros						

H.57. Nos últimos seis meses, com que frequência você utilizou das seguintes tecnologias que vou mencionar para encontrar parceiros sexuais?

	Quase todos os dias	Uma vez por semana	Uma vez por mês	Menos de uma vez por mês	Nunca	Não quer responder
H.57.1. Sala de bate-papo						

H.57.2. Redes Sociais						
H.57.3. Aplicativo de celulares						
H.57.4. Web Sites						
H.57.5. Sex Hotlines						
H.57.6. Sex Phone						
H.57.7. Outros						

BLOCO I: SAÚDE MENTAL

Agora vamos falar sobre problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 15 dias

	Nunca	De vez em quando	Boa parte do tempo	A maior parte do tempo
I.1.Nos últimos 15 dias, com qual frequência você teve problemas no sono, como dificuldade para adormecer, acordar frequentemente à noite ou dormir mais do que de costume?				
I.2.Nos últimos 15 dias, com qual frequência você teve problemas por não se sentir descansado e disposto durante o dia, sentindo-se cansado, sem ter energia?				
I.3.Nos últimos 15 dias, com qual frequência você se sentiu incomodado por ter pouco interesse ou não sentir prazer em fazer as coisas?				
I.4. Nos últimos 15 dias, com qual frequência você teve problemas para se concentrar nas suas atividades habituais?				
I.5.Nos últimos 15 dias, com qual frequência você teve problemas na alimentação, como ter falta de apetite ou comer muito mais do que de costume?				
I.6.Nos últimos 15 dias, com qual frequência você teve lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem, ou ao contrário, ficou muito agitado ou inquieto, andando de um lado para o outro muito mais do que de costume?				
I.7.Nos últimos 15 dias, com qual frequência você se sentiu deprimido, “pra baixo” ou sem perspectiva?				
I.8.Nos últimos 15 dias, com qual frequência você se sentiu mal com você mesmo, se achando um fracasso ou achando que decepcionou sua família?				
I.9.Nos últimos 15 dias, com qual frequência você pensou em se ferir de alguma maneira ou achou que seria melhor estar morto?				

BLOCO J: USO DE ALCOOL E DROGAS

Agora vamos falar sobre uso de álcool e drogas

J1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?

1. Nunca
2. Uma vez por mês ou menos
3. 2 a 4 vezes por mês
4. 2 a 3 vezes por semana
5. 4 ou mais vezes por semana
- 98 Não quer responder

[Se J1=1, vá para J12]

J2. Quantas doses de álcool você consome num dia normal? (Uma dose de álcool significa: 1 lata de cerveja; 1 dose de conhaque ou uísque; 1 taça de vinho; 1 dose de aperitivo; 1 copinho de pinga, cachaça ou caipirinha)

1. 0 ou 1 dose
2. 2 ou 3 doses
3. 4 ou 5 doses
4. 6 ou 7 doses
5. 8 doses ou mais
- 98 Não quer responder

J3. Com que frequência você consome cinco ou mais doses em uma única ocasião?

1. Nunca
2. Menos de uma vez por mês
3. Uma vez por mês
4. Uma vez por semana
5. Quase todos os dias
- 98 Não quer responder

J4. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?

1. Nunca
2. Menos de uma vez por mês
3. Uma vez por mês
4. Uma vez por semana
5. Quase todos os dias
- 98 Não quer responder

J5. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você não conseguiu fazer o que era esperado de você por causa do álcool?

1. Nunca
2. Menos de uma vez por mês
3. Uma vez por mês
4. Uma vez por semana
5. Quase todos os dias
- 98 Não quer responder

J6. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?

1. Nunca
2. Menos de uma vez por mês
3. Uma vez por mês
4. Uma vez por semana
5. Quase todos os dias
- 98 Não quer responder

J7. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você se sentiu culpado ou com remorso após ter bebido?

1. Nunca
2. Menos de uma vez por mês
3. Uma vez por mês
4. Uma vez por semana
5. Quase todos os dias
- 98 Não quer responder

J8. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?

1. Nunca
2. Menos de uma vez por mês
3. Uma vez por mês
4. Uma vez por semana
5. Quase todos os dias
- 98 Não quer responder

J9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?

1. Não
2. Sim, mas não no último ano
3. Sim, durante o último ano
- 98 Não quer responder

J10. Alguém ou algum parente, amigo ou médico, já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?

1. Não
2. Sim, mas não no último ano
3. Sim, durante o último ano
- 98 Não quer responder

[Agora, gostaríamos de perguntar se você já fez ou faz uso de alguma droga].

J12. Nos últimos 6 meses, quantas vezes você fumou maconha?

1. Nenhuma vez
2. Uma vez por mês ou menos
3. Mais ou menos uma vez por semana
4. Várias vezes por semana
5. Todos os dias
- 98 Não quer responder

[Se J12=1, vá para J14]

J14. Nos últimos 6 meses, quantas vezes você fumou crack ou merla?

1. Nenhuma vez
2. Uma vez por mês ou menos
3. Mais ou menos uma vez por semana
4. Várias vezes por semana
5. Todos os dias
- 98 Não quer responder

J16. Nos últimos 6 meses, quantas vezes você tomou bolinha ou anfetaminas (Hipofagin, Moderex, Glucoenergin, Inibex, Calina, etc)?

1. Nenhuma vez
2. Uma vez por mês ou menos
3. Mais ou menos uma vez por semana
4. Várias vezes por semana
5. Todos os dias.
- 98 Não quer responder

J18. Nos últimos 6 meses, quantas vezes você cheirou lança-perfume, loló, cola, éter, esmalte, tinta, clorofórmio ou solventes?

1. Nenhuma vez
2. Uma vez por mês ou menos
3. Mais ou menos uma vez por semana
4. Várias vezes por semana
5. Todos os dias
- 98 Não quer responder

J20. Nos últimos 6 meses, quantas vezes você tomou ecstasy?

1. Nenhuma vez
2. Uma vez por mês ou menos
3. Mais ou menos uma vez por semana
4. Várias vezes por semana
5. Todos os dias
- 98 Não quer responder

J22. Nos últimos 6 meses, quantas vezes você cheirou cocaína?

1. Nenhuma vez
2. Uma vez por mês ou menos
3. Mais ou menos uma vez por semana
4. Várias vezes por semana
5. Todos os dias
- 98 Não quer responder

J24. Nos últimos 6 meses, quantas vezes você injetou cocaína na veia?

1. Nenhuma vez
2. Uma vez por mês ou menos
3. Mais ou menos uma vez por semana
4. Várias vezes por semana
5. Todos os dias
- 98 Não quer responder

M10: “Chegamos ao final do questionário. Sua colaboração será essencial para melhorarmos a saúde dos homens que fazem sexo com homens

ANEXO 4 – Ficha de Elegibilidade clínica do Estudo PrEP1519

ID Entrevistador: |_|_|_|_|_|_|_|_|

Data da avaliação: |_|_|_| / |_|_|_| / |_|_|_|_|_|_|

Nome do usuário: _____ nº prontuário: _____

Telefone/Celular: _____

Este formulário deverá ser preenchido para avaliar os critérios de elegibilidade aos componentes 5 (Estudo de demonstração do uso de PrEP) e componente 3 (Estratégia de Prevenção Combinada para adolescentes com risco substancial à infecção pelo HIV que não escolhem PrEP).

Bloco 0 – Como participante chegou até o projeto?

0.1 – Demanda Espontânea sem qualquer informação prévia do projeto

0.2 – Recrutamento em campo por profissional da pesquisa

0.2.1- Como / onde foi esse recrutamento?

ONG Testagem móvel Serviço de Saúde

Agente de Prevenção Educadores de pares Festa

Locais de encontro (Praça, Parque, etc)

0.3 – Recrutamento por meio virtual (Amanda Selfie, Aplicativos de pegação)

0.4 – Sugestão de amigos que participam do projeto

0.5 – Sugestão de amigos que conhecem o projeto, mas não participam

0.6 – Viu em redes sociais ou material de divulgação e se interessou pelo projeto

0.7 – Encaminhado por outro profissional/serviço de saúde da rede

0.8 – RDS

Bloco 1- Critérios de Inclusão Obrigatórios – todos são requeridos para componente 5 (PrEP) e para componente 3 (Não-PrEP), todos requeridos exceto 1.4

1.1- participante tem idade entre 15 e 19 anos? **Sim**
 Não

1.2- participante é um homem que faz sexo com homem (HSH), é mulher transexual ou travesti? **Sim**
 Não

1.3- participante apresenta teste rápido para HIV com resultado negativo na presente data? **Sim**
 Não

1.4- participante expressa claro desejo no uso de PrEP? **Sim**

Não

Para adolescentes de 15 a 17 anos que utilizarão PrEP

1.4a - Possui discernimento e capacidade de decisão para o uso de PrEP?

 Sim Não

1.4b - Informou os pais ou responsáveis sobre a decisão do uso de PrEP?

 Sim Não

1.4c - (se não informou pais/responsáveis) Quais os motivos para a/o adolescente não ter comunicado aos pais/ responsáveis o uso da PrEP?

- Adolescente responsável por ele/a mesmo/a
- Pais ou responsáveis não sabem que adolescente mantém relações sexuais
- Pais ou responsáveis não sabem da orientação sexual da(o) filha(o)
- Pais ou responsáveis não sabem da identidade de gênero da(o) filha(o)
- Pais ou responsáveis reprovam a orientação sexual e/ou identidade de gênero da(o) filha(o)
- Pais ou responsáveis não estão de acordo com o uso da PrEP
- Adolescente não sabe como informar aos pais (receio, vergonha etc.)
- Adolescente quer apoio para fazer a comunicação
- Adolescente não quer informar o motivo para não ter comunicado aos pais/responsáveis
- outros: _____

1.4.d – (se informou) Pais ou responsáveis assinaram o TCLE?

 Sim Não

1.4e (se pais e responsáveis não assinaram TCLE) Por que pais e responsáveis não assinaram o TCLE

- se opuseram ao uso da PrEP
- não estavam presentes, mas concordam com o uso
- Desaprovam comportamento/prática sexual do filho/a
- outros: _____

Bloco 2- Critérios de Inclusão por Vulnerabilidade Individual – para ser elegível, para componentes 3 (Não-PrEP) e/ou 5 (PrEP), o participante deve ter pelo menos um dos seguintes:

2.1- participante relata sexo anal, insertivo ou receptivo, sem preservativo nos últimos 6 meses? Sim Não2.2- participante (mulher trans) relata sexo vaginal receptivo, sem preservativo nos últimos 6 meses? Sim Não2.3- participante relata algum episódio de IST nos últimos 12 meses? Sim Não2.4- participante relata uso de PEP nos últimos 12 meses? Sim Não

- 2.5- participante relata uso frequente de drogas e/ou álcool antes ou durante as relações sexuais? Sim Não
- 2.6- participante relata ter relações sexuais em troca de dinheiro ou favores diversos? Sim Não
- 2.7- participante relata viver situações frequentes de violência e discriminação relacionados à sua vida afetivo-sexual? Sim Não
- 2.8 – participante já usou ou usa PrEP?
(se usa PrEP) 2.8.1 Quando iniciou e quando foi o último comprimido de PrEP utilizado? Sim Não
Início:
último comprimido:
- 2.9 – avaliação do pesquisador, em decisão compartilhada, identifica situações de vulnerabilidade e/ou risco acrescido à infecção pelo HIV não expressas nos critérios acima (válido para inclusão apenas no componente 3- não-PrEP). Sim Não

Bloco 3- Critérios de Exclusão – será inelegível ao componente 5 (PrEP) se a resposta for “sim” para qualquer um dos seguintes critérios e será inelegível ao componente 3 (Não-PrEP) apenas se apresentar resposta “sim” ao critério 3.3:

- 3.1- participante apresenta comprometimento renal definido por Taxa de Filtração Glomerular < 60 ml/min/1,75m², calculada pela fórmula de Cockcroft-Galt para maiores de 17 anos e pela fórmula de Schwartz para < 17 anos? Sim Não Não disponível
- 3.2- participante apresenta história de fratura óssea espontânea (*i.e.* na ausência de trauma que a justificasse)? Sim Não Não avaliado
- 3.3- Nos últimos 30 dias, o/a participante teve algum episódio sintomático sugestivo de infecção aguda pelo HIV (febre, diarreia, inchaço nos gânglios, dor de garganta, dor no corpo ou manchas vermelhas)? Sim Não Não avaliado
- 3.4- participante teve alguma relação sexual de risco para HIV nas últimas 72h, que justifique indicação de PEP? (se sim, reavaliar elegibilidade para componente 5 – PrEP após 60 dias). Sim Não
- 3.5- participante apresenta, conforme avaliação psicológica especializada, algum comprometimento mental e/ou intelectual que impeça o uso de PrEP Sim Não
- 3.6 – Se sim na questão 4.5, justifique:

Conclusão da elegibilidade

4- Participante elegível para Componente 3 – sem uso de PrEP? **Sim** **Não**

5- Participante elegível para Componente 5 – com uso de PrEP? **Sim** **Não**

6- Participante elegível para Componente 6 – estudo de incidência? **Sim** **Não**

7.1 Elegibilidade foi concluída? **Sim** **Não**

7.2 Qual componente do projeto o participante vai ser incluído?

componente 3 **Componente 5** **componente 6**

Nenhum dos componentes, por início de PEP

Nenhum dos componentes, sem início de PEP

7- Data: / /

Assinatura e carimbo do(a) Profissional:

ANEXO 5 - Questionário Sociocomportamental basal do Estudo PrEP1519

Centro¹ / Participante: |__| |__| |__| |__| |__| |__|

ID Entrevistador: _____

Data da Entrevista: dia |__| |__| mês |__| |__| ano |__| |__| |__| |__|

Boas-Vindas e Instruções de Preenchimento

Este questionário faz parte do Estudo PrEP 15-19, ao qual você acabou de se juntar. Seja bem-vinda(o)!

O objetivo dele é conhecer as/os participantes e suas experiências relacionadas à sexualidade e aos cuidados com a saúde sexual.

Se você tiver qualquer dificuldade de entender as perguntas, por favor, me avise para que eu possa explicar.

A - BLOCO SOCIODEMOGRAFICO

A1. Sobre sua vida amorosa atual, quais dessas afirmações abaixo você se identifica mais:

(marque apenas uma alternativa) Ler as opções de resposta

0. Eu não estou em um relacionamento amoroso no momento
1. Eu estou ficando
2. Eu estou namorando
3. Eu estou casado(a)
4. Convivo com meu companheiro(a)
5. Não sei/ não quero responder

A2. Atualmente, você mora? (marque apenas uma alternativa) Ler as opções de resposta.

0. Sozinho
1. Com meus pais ou outros familiares
2. Com meu parceiro(a)
3. Divido a casa com outras pessoas (amigos, conhecidos, *roomates* etc)
4. Em um abrigo/centro de acolhimento
5. No local de trabalho
6. Em uma pensão
7. Não tenho moradia fixa (fica em diferentes locais, como casas de amigos, em comércios, apresenta insegurança de moradia)
8. Estou em situação de rua
9. Outro. Especifique: _____
10. Não quero responder.

Para as perguntas a seguir de A3 a A10, responda pensando nas coisas às quais você tem acesso e usa na casa ou que são suas, caso você more numa casa dividida com outras pessoas.

A3. Na sua casa tem telefone fixo?

- 0. Não
- 1. Sim
- 2. Não quero responder

A4. Você tem telefone celular?

- 0. Não
- 1. Sim
- 2. Não quero responder

A5. Na sua casa tem computador (de mesa, notebook, laptop etc.)?

- 0. Não
- 1. Sim
- 2. Não quero responder

A6. Na sua casa tem acesso à internet?

- 0. Não
- 1. Sim
- 2. Não quer responder

A7. Alguém que mora na sua casa tem carro?

- 0. Não
- 1. Sim
- 2. Não quero responder

A8. Alguém que mora na sua casa tem moto?

- 0. Não
- 1. Sim
- 2. Não quero responder

A9. Quantos banheiros com chuveiro têm dentro da sua casa?

- 0. Não tem banheiro com chuveiro dentro da minha casa
- 1. 1 banheiro
- 2. 2 banheiros
- 3. 3 banheiros
- 4. 4 banheiros ou mais
- 5. Não quero responder

A10. Tem empregado(a) doméstico(a) recebendo dinheiro para fazer o trabalho em sua casa, três ou mais dias por semana?

- 0. Não
- 1. Sim
- 2. Não quero responder

A11. Somando todos os salários das pessoas que moram contigo, qual a renda mensal da sua casa?

- () Ganhamos apenas benefício do governo (Ex.: Auxílio Brasil ou outro benefício socioassistencial)
- () Menos de um salário mínimo (< 1.212,00)
- () De 1 a 2 salários mínimos (1.212,00 a 2.424,00)
- () Mais que 2 a 5 salários mínimos (2.424,01 a 6.060,00)
- () Mais que 5 a 10 salários mínimos (6.060,01 a 12.120,00)

- () Mais de 10 salários mínimos (12.120,01)
- () Não tenho/temos renda
- () Não sei

A12. Você se identifica com alguma religião? (você pode marcar várias alternativas)

Resposta espontânea.

- 0. Não me identifico com nenhuma religião
- 1. Evangélica pentecostal
- 2. Evangélica não pentecostal
- 3. Umbanda
- 4. Candomblé
- 5. Espírita/Kardecista
- 6. Católica
- 7. Judaica
- 8. Budista
- 9. Acredita em Deus, mas não tem religião
- 10. Ateu
- 11. Agnóstico
- 12. Outra: _____
- 13. Não quero responder

BLOCO B - BLOCO IDENTIDADE DE GÊNERO

B1. Quanto à identidade de gênero, você se considera: (você pode marcar várias alternativas) Seria útil que ao marcar essa alternativa todo o resto do questionário se modificasse, tratando a pessoa pelo artigo adequado ao gênero. *Ler as opções de resposta.*

- 0. Homem cis
- 1. Homem trans
- 2. Mulher trans
- 3. Travesti
- 4. Não binária, designada no masculino ao nascimento
- 5. Não binária, designada no feminino ao nascimento
- 6. Não sei / Não quero responder
- 7. Outro. Especifique: _____

B2. Qual a sua orientação sexual? *Ler as opções de resposta.*

- 0. Heterossexual
- 1. Homossexual
- 2. Bissexual
- 3. Pansexual
- 4. Outro. Especifique.

B3. Você já conversou com alguém sobre sua identidade de gênero e/ou orientação sexual ?

- 0. Não
- 1. Sim
- 2. Não quero responder

B4. Para quem? (você pode marcar várias alternativas) *Ler as opções de resposta*

- 0. Todos sabem
- 1. Mãe
- 2. Pai

3. Irmã
4. Irmão
5. Outro familiar
6. Amigo
7. Amigos/grupos virtuais
8. Colega de trabalho/escola
9. Outros: Especifique: _____
10. Não quero responder

B5. Você é membro ou frequenta algum grupo organizado, movimento social ou ONG LGBTQIAP+?

0. Não
1. Sim
2. Não quero responder

BLOCO C - ASSISTÊNCIA À SAÚDE

C1. Qual o principal local que você costuma buscar quando você precisa de atendimento à saúde? *(marque apenas uma alternativa) Ler as opções de resposta.*

0. Farmácia
1. Posto ou centro de saúde
2. Hospital público
3. Hospital particular
4. Médico do convênio
5. Médico particular
6. Amigos
7. Familiares
8. Não procuro nenhum local
9. Unidade de Pronto Atendimento (UPA)
10. Outro(s). Especifique: _____
11. Não sei / Não quer responder

C2. Você tem algum plano ou seguro de saúde privado?

0. Não
1. Sim
3. Não sei/ Não quero responder

C3. Pensando nas últimas duas semanas, quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

Ler as opções de resposta.

1. Muito insatisfeito
2. Insatisfeito
3. Nem satisfeito nem insatisfeito
4. Satisfeito
5. Muito satisfeito

Conceituar qualidade de vida para o adolescente entender a questão.

C4. Pensando nas últimas duas semanas, como você avaliaria sua qualidade de vida?

Ler as opções de resposta.

1. Muito ruim
2. Ruim
3. Nem ruim nem boa
4. Boa
5. Muito boa

C5. Quais barreiras você encontra para acessar os serviços de saúde?

Ler as opções de resposta.

(Pergunta de múltipla escolha)

0. Sofro discriminação pelos profissionais de saúde
1. Não respeitam meu nome social (*aparecer apenas se for mulher trans, travesti, homem trans ou não binário*)
2. O profissional de saúde não entende os problemas de saúde
3. Horário de funcionamento dos serviços de saúde
4. Distância da minha residência ao serviço
5. Custo com o transporte para ir à unidade de saúde
6. Medo de exposição da minha intimidade e privacidade
7. Não tenho barreiras
8. Nunca fui ao serviço de saúde

BLOCO D - COMPORTAMENTO SEXUAL

D1. Com que idade você teve sua primeira relação sexual? (escreva a idade)

_____anos

0. Não quero responder

D2. A sua primeira relação sexual foi com camisinha? (marque apenas uma alternativa)

0. Não
1. Sim
2. Não me lembro
3. Não quero responder

COMPORTAMENTO SEXUAL NOS ÚLTIMOS 3 MESES

Comportamento Sexual com Parceiros(as) Fixos(as)

Parceiros(as) fixos(as) são aquelas pessoas com quem você teve relações sexuais (marcando encontro, namoro, caso, casamento) e com as quais você teve algum envolvimento emocional, independentemente de quanto tempo durou o relacionamento.

D3. Nos últimos 3 meses, você teve algum(a) parceiro(a) sexual que você considera fixo(a)?

0. Não (Vá para D21)
1. Sim

[se o participante tiver dificuldade de calcular, calcule uma média semanal e multiplique por 12]

D4. Nos últimos 3 meses, com quantos(as) parceiros(as) fixos(as) você teve relações sexuais:

Ler as opções de resposta.

- | | | |
|------------------------------------------------|-----|------------|
| 0. Mulher trans: | _ _ | quantidade |
| 1. Travesti: | _ _ | quantidade |
| 2. Mulheres cis: | _ _ | quantidade |
| 3. Homens trans: | _ _ | quantidade |
| 4. Homem cis: | _ _ | quantidade |
| 5. Não binária designada masculino ao nascer : | _ _ | quantidade |
| 6. Não binária designada feminino ao nascer: | _ _ | quantidade |
| 7. Não quero responder | | |

Considerar sexo anal passivo e ativo.

D5. Com que frequência você foi passivo(a) no sexo anal com seu(s) parceiros(as) fixos(as) nos últimos 3 meses?

Ler as opções de resposta.

0. Nunca (Vá para D7)
1. Raramente
2. Às vezes
3. Frequentemente
4. Sempre
5. Não quero responder

D6. Nessas relações passivas, vocês usaram camisinha?

Ler as opções de resposta.

0. Nunca
1. Raramente
2. Às vezes
3. Frequentemente
4. Sempre
5. Não quero responder

D7. Com que frequência você foi ativo(a) no sexo anal com seu(s) parceiros(as) fixos(as) vocês nos últimos 3 meses? Ler as opções de resposta.

0. Nunca (Vá para D9)
1. Raramente
2. Às vezes
3. Frequentemente
4. Sempre
5. Não quero responder

D8. Nessas relações ativas, vocês usaram camisinha? Ler as opções de resposta.

0. Nunca
1. Raramente
2. Às vezes
3. Frequentemente
4. Sempre
5. Não quero responder

D9. Eu vou te dizer algumas práticas e você me diz quais você usou sempre ou frequentemente, nos últimos três meses, para se prevenir do HIV com seus(a) parceiros(as) fixos(as)?

	Sim	Não
1. Pedi para o meu parceiro ejacular fora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Usei lubrificante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Evitei ser passivo(a) no sexo anal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Eu e meu parceiro fizemos teste de HIV antes de nos relacionarmos sexualmente sem camisinha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Evitei ter relações sexuais anais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Evitei ter relações sexuais vaginais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Fiz sexo sem penetração (<i>gouinage</i>)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Usei PEP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A questão 6 (Evitei ter relações sexuais vaginais) apenas se na questão acima citou que teve relações homens trans, mulheres trans ou travestis e mulheres, não binário designade feminino ao nascer.

Comportamento Sexual com Parceiros(a) Fixo(a) Principal

Nas próximas perguntas continuaremos falando sobre parceiros(as) fixos(as). Porém, se você teve mais de um neste período, por favor, escolha aquele(a) que foi o(a) mais importante ou mais significativo(a) para você.

D10. Nos últimos 3 meses, seu parceiro(a) fixo(a) principal foi um(a): *Ler as opções de resposta.*

1. Mulher trans
2. Travesti
3. Mulheres cis
4. Homens trans
5. Homem cis
6. Não binária designade masculino ao nascer
7. Não binária designade feminino ao nascer:
8. Não quero responder

D11. Há quanto tempo vocês estão juntos (ou quanto tempo vocês ficaram juntos, caso o relacionamento já tenha acabado)? *(Quando o participante indicar um período menor que 1 mês, arredondar para 1 mês. Quando indicar anos incompletos, arredonda para baixo quando for até 6 meses, e para cima quando mais de 6 meses. Ex.: 1 ano e 6 meses, marca 1 ano).*

_____ meses (para resposta no computador, criar barra de rolagem de 1 a 12 meses, depois 1 ano, 2 anos etc)

0. Não quero responder

D12. Qual a idade deste seu parceiro(a) fixo(a) principal? *(Se você não souber a idade exata, pode anotar um valor aproximado)*

|_|_| anos

0. Não quero responder

D13. Qual é o acordo que você tem com seu parceiro(a) fixo(a) principal em relação a ter relações sexuais com outras pessoas? *(você pode marcar várias alternativas) Ler as opções de resposta.*

0. Não temos nenhum acordo
1. Não ter relações sexuais com outras pessoas
2. Sempre usar camisinha com outras pessoas
3. Eu e/ou meu parceiro usarmos PrEP
4. Outro: _____
5. Não quero responder

D14. Você sabe o resultado do teste de HIV de seu/sua parceiro(a) fixo(a) principal?
Ler as opções de resposta.

- 0. Ele/a não tem HIV (vá para a D16)
- 1. Ele/a tem HIV (vá para D15)
- 2. Ele/a nunca se testou (Vá para D17)
- 3. Não sei/Nunca falamos sobre isso (Vá para D17)

(Só abrir se D14=1) (Responda apenas se seu parceiro(a) for HIV positivo/a)

D15. Você sabe o resultado do último exame de carga viral dele(a)? *Ler as opções de resposta.*

- 0. Sei, é indetectável
- 1. Sei, é detectável
- 2. Não sei/não quero responder

(Só abrir se D14=0) (Responda apenas se seu parceiro(a) for HIV negativo/a)

D16. Há quanto tempo o teste de HIV foi feito?

- 0. Há menos de 3 meses (até 90 dias)
- 1. De 4 a 6 meses (91 a 120 dias)
- 2. De 7 meses a 1 ano (121 a 365 dias)
- 3. Há mais de 1 ano (\geq 366 dias)
- 4. Não sabe há quanto tempo

Comportamento Sexual com o(a) Parceiro(a) Sexual Comercial

Nas próximas perguntas falaremos sobre parceiros(as) sexuais comerciais.

D17. Nos últimos três meses, com que frequência você recebeu alguma vez dinheiro ou favores (como presentes ou droga) em troca de sexo? *Ler as opções de resposta.*

- 0. Nunca (vá para D20)
- 1. Raramente (vá para D18)
- 2. Às vezes (vá para D18)
- 3. Frequentemente (vá para D18)
- 4. Sempre (vá para D18)
- 5. Não quero responder (vá para D20)

(se D17 marcar 1, 2, 3, 4, abrir D18)

D18. Destes parceiros, nos últimos 3 meses, quantos foram:

Ler as opções de resposta.

[se o participante tiver dificuldade de calcular, calcule uma média semanal e multiplique por 12]

- 0. Mulher trans: _____ quantidade
- 1. Travesti: _____ quantidade
- 2. Mulheres cis: _____ quantidade
- 3. Homens trans: _____ quantidade
- 4. Homem cis: _____ quantidade
- 5. Não binária designada masculino ao nascer : _____ quantidade
- 6. Não binária designada feminino ao nascer: _____ quantidade
- 7. Não quero responder

D19. Você se considera profissional do sexo?

- 0. Não
- 1. Sim
- 2. Não sei
- 3. Não quero responder

D20. Nos últimos três meses, com que frequência você pagou para ter relações sexuais?

Ler as opções de resposta.

0. Nunca
1. Raramente
2. Às vezes
3. Frequentemente
4. Sempre
5. Não quero responder

Comportamento Sexual com Parceiros(as) Casuais nos Últimos 3 Meses

Nas próximas perguntas falaremos sobre parceiros(as) sexuais casuais. Parceiros(as) casuais são aqueles(as) com quem você teve relações sexuais uma ou mais vezes, mas sem o compromisso de um próximo encontro, incluindo parceiros(as) desconhecidos(as)/anônimos(as). Para estas questões, os parceiros comerciais citados acima não devem ser considerados como parceiros casuais.

D21. Nos últimos 3 meses, você teve parceiros(as) sexuais casuais?

0. Não (Vá para D33)
1. Sim
2. Não quero responder

D22. Nos últimos 3 meses, quantos parceiros(as) sexuais casuais você teve (excluindo os parceiros comerciais): *Ler as opções de resposta.*

[se o participante tiver dificuldade de calcular, calcule uma média semanal e multiplique por 12]

- | | |
|------------------------------------------------|-----------------|
| 1. Mulher trans: | _ _ quantidade |
| 2. Travesti: | _ _ quantidade |
| 3. Mulheres cis: | _ _ quantidade |
| 4. Homens trans: | _ _ quantidade |
| 5. Homem cis: | _ _ quantidade |
| 6. Não binária designada masculino ao nascer : | _ _ quantidade |
| 7. Não binária designada feminino ao nascer: | _ _ quantidade |
| 8. Não quero responder | |

D23. Com que frequência você foi passivo(a) no sexo anal com seu(s) parceiros(as) casuais nos últimos 3 meses? *Ler as opções de resposta.*

0. Nunca (Vá para D25)
1. Raramente
2. Às vezes
3. Frequentemente
4. Sempre
5. Não quero responder

D24. Nessas relações passivas, vocês usaram camisinha? *Ler as opções de resposta.*

0. Nunca
1. Raramente
2. Às vezes
3. Frequentemente
4. Sempre
5. Não quero responder

D25. Com que frequência você foi ativo(a) no sexo anal com seu(s) parceiros(as) casuais vocês nos últimos 3 meses? *Ler as opções de resposta.*

0. Nunca (Vá para D27)

1. Raramente
2. Às vezes
3. Frequentemente
4. Sempre
5. Não quero responder

D26. Nessas relações ativas, vocês usaram camisinha? *Ler as opções de resposta.*

0. Nunca
1. Raramente
2. Às vezes
3. Frequentemente
4. Sempre
5. Não quero responder

(Responda a próxima questão essa questão somente se você teve relações sexuais com mulheres cis, homens trans, não binários designade feminino ao nascer, mulheres trans nos últimos 3 meses)

D27. Com que frequência você teve sexo vaginal com suas parcerias casuais nos últimos 3 meses?

Ler as opções de resposta.

0. Nunca (Vá para D29)
1. Raramente
2. Às vezes
3. Frequentemente
4. Sempre
5. Não quero responder

D28. Nessas relações vaginais você usou camisinha?

Ler as opções de resposta.

0. Nunca
1. Raramente
2. Às vezes
3. Frequentemente
4. Sempre
5. Não quero responder

D29. Nos últimos 3 meses, em quais desses locais você conheceu parceiros(as) para sexo casual? *(você pode marcar várias alternativas)*

Ler as opções de resposta.

0. Internet/Aplicativo de celular
1. Bar/Boteco
2. Baladas/Locais para dançar
3. Banheiro público
4. Sauna
5. Darkroom
6. Cinema
7. Cabines eróticas (glory hole)
8. Rua/Praça/Parque/Praia
9. Trabalho/Escola/Faculdade
10. Espaço religioso (Igreja/Terreiro/Templo)
11. Casa de amigos
12. Na sua casa
13. Academia/Local de esporte
14. Shopping/Lojas
15. Outro, qual? _____
16. Em nenhum lugar, já conhecia meus parceiros casuais
17. Não quero responder

D30. Nos últimos 3 meses, quais desses aplicativos você usou para encontrar parceiros(as):*(você pode marcar várias alternativas) Ler as opções de resposta.*

0. Grindr
1. Hornet
2. Scruff
3. Tinder
4. Facebook
5. Instagram
6. Twitter
7. WhatsApp (grupos)
8. Badoo
9. Nenhum
10. Não quero responder
11. Outro, qual? _____

D31. Nos últimos 3 meses, você diria que seus parceiros casuais foram geralmente: *(marque apenas uma alternativa) Ler as opções de resposta.*

0. Mais novos que você
1. Da mesma idade que você
2. De 20 a 30 anos
3. De 31 a 40 anos
4. De 41 a 50 anos
5. Mais de 50 anos
6. Não quero responder

D32. Nos últimos 3 meses, algum(a) do(s) seu(s) parceiro(a) casual(is) vive com HIV?*Ler as opções de resposta.*

0. Sim
1. Não
2. Não sei
3. Não quero responder

D33. Eu vou te dizer algumas práticas e você me diz quais você usou sempre ou frequentemente, nos últimos três meses, para se prevenir do HIV com seus(a) parceiros(as) casuais(as)?

	Sim	Não
1. Pedi para o meu parceiro ejacular fora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Usei lubrificante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Evitei ser passivo(a) no sexo anal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Eu e meu parceiro fizemos teste de HIV antes de nos relacionarmos sexualmente sem camisinha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Evitei ter relações sexuais anais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Evitei ter relações sexuais vaginais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Fiz sexo sem penetração (<i>gouinage</i>)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Estimulantes para ereção (Viagra® e similares)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anabolizantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Solventes (loló, lança perfume, tiner)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Experiência com camisinha

Nas próximas perguntas falaremos sobre o uso da camisinha.

D37. A camisinha rompeu ou deslizou alguma vez com seu(s) parceiros(a) casuais nos últimos 3 meses? *Ler as opções de resposta.*

0. Nunca
1. Raramente
2. Às vezes
3. Frequentemente
4. Sempre
5. Não usei camisinha nos últimos 3 meses
6. Não quero responder

BLOCO E - CONHECIMENTO SOBRE O HIV/AIDS

Nas próximas perguntas falaremos sobre o seu conhecimento acerca do HIV/aids.

E1. Agora, gostaria de afirmar algumas coisas sobre o HIV, ou seja, o vírus da aids. Na medida em que eu falar, me diga se é “verdadeiro”, “falso” ou “não sabe”

	Verdadeiro	Falso	Não sei
Posso pegar HIV compartilhando talheres, roupas e outros utensílios.			
Ter parceiro fixo é uma estratégia para diminuir o risco de pegar HIV.			
Transar com pessoas com aparência saudável é uma estratégia para diminuir risco de pegar HIV.			
HIV e aids são a mesma coisa.			
A pessoa grávida pode transmitir HIV para o feto/			

bebê.			
A pessoa infectada pelo HIV sempre poderá transmitir o vírus numa relação sexual.			
Existem medicamentos capazes de prevenir o HIV.			
Existem comprimidos que uma pessoa pode tomar para prevenir HIV após uma relação sexual desprotegida.			
É possível tomar injeção para se prevenir o HIV			
Só pessoas que têm muitos parceiros sexuais podem usar medicações para prevenir HIV.			
É possível se infectar pelo HIV em acidentes com agulhas e outros materiais perfurocortantes.			

BLOCO F - TESTAGEM DE HIV NA VIDA

F1. Você já tinha feito teste de HIV antes desse estudo?

0. Não (vá para G1)
1. Sim (vá para F2)

F2. Quando foi o último teste de HIV que você fez? Ler as opções de resposta.

0. Faz menos de seis meses
1. Mais seis meses e menos de 1 ano
2. Mais de 1 ano e menos de 3 anos
3. Mais de 3 anos
4. Não quero responder

BLOCO G - ESCOLHA DA MODALIDADE DE PREP

Nas próximas perguntas falaremos sobre o que você já conhecia antes do projeto e aquilo que você aprendeu durante o mesmo, bem como a sua motivação e escolha de PrEP.

G1. Antes deste estudo, você já ouviu falar em PrEP sob demanda, indicada para pessoas que planejam antecipadamente suas relações sexuais ou têm relações sexuais menos frequentes?

0. Não
1. Sim
2. Não quero responder

G2. E sobre a PrEP que é usada diariamente?

0. Não
1. Sim

2. Não quero responder

G3. Antes deste estudo, você já ouviu falar em PrEP injetável, que é uma forma de usar a PrEP a partir de uma injeção no bumbum, e oferece proteção contra o HIV por 2 meses?

0. Não

1. Sim

2. Não quero responder

G4. Onde você já ouviu falar sobre PrEP, seja a diária, sob demanda ou injetável? (você pode marcar várias alternativas) Ler as opções de resposta.

0. Não ouvi

1. Na divulgação deste estudo (PrEP 15-19)

2. Em um serviço de saúde

3. Na internet

4. Na mídia

5. Pela parceria sexual

6. Pelo amigo(a)

7. Vi um material informativo (cartaz, folder, flyer, cartilha)

8. Em uma ONG

9. Na balada

10. Na escola

11. Em uma instituição de formação profissional

12. Outros lugares. Quais? _____

13. Não quero responder

G5. Você vai começar a usar a PrEP diariamente, sob demanda ou injetável? (marque apenas uma alternativa) Ler as opções de resposta.

0. Já uso a PrEP diária e continuarei a usar (Vá para G6)

1. Já uso a PrEP sob demanda e continuarei a usar (Vá para G6)

2. Sim, quero começar a PrEP sob demanda (Vá para G7)

3. Sim, quero começar a PrEP diária (Vá para G8)

4. Sim, quero começar a usar a PrEP injetável (Vá para G9)

5. Ainda não decidi e vou pensar mais sobre o assunto (Vá para E14)

G6. Há quanto tempo você usa a PrEP, seja a diária ou a sob demanda (ou por quanto tempo usou, caso tenha interrompido)? Ler as opções de resposta.

0. Nunca usei PrEP

1. Menos de 3 meses

2. De 3 a 6 meses

3. Mais de 6 meses

4. Não sei/não quero responder

G7. Por qual razão você prefere a PrEP sob demanda? (Múltipla escolha)

Ler as opções de resposta

0. É melhor do que tomar medicamentos diariamente

1. Pode ter menos efeitos colaterais

2. Não tenho muitas relações sexuais

3. Tenho dificuldade em lembrar de tomar medicamento diariamente

4. Tenho uma vida sexual previsível. Sempre sei quando vou transar.

5. Outro. Qual? _____

G8. Por qual razão você prefere usar PrEP diariamente? (Múltipla escolha)

Ler as opções de resposta

0. Tenho muitas relações sexuais

1. Confio mais na PrEP diária

2. Não sei com antecedência quando terei relações sexuais

3. Acho difícil lembrar a forma correta de uso (2+1+1) antes e depois do sexo

4. Outro. Qual? _____

G9. Por qual razão você prefere usar PrEP injetável? (Múltipla escolha)

Ler as opções de resposta

0. É melhor do que ficar tomando medicamentos diariamente
1. É melhor do que tomar medicamento a cada vez que for transar
2. Pode ter menos efeitos colaterais
3. Não tenho que me preocupar com o HIV por 2 meses
4. Não tenho que me preocupar de ter esquecido de tomar os comprimidos
5. Uma injeção a cada 2 meses e resolve a prevenção do HIV
6. Não tenho que ficar carregando o medicamento comigo
7. Ninguém vai ver que estou com comprimidos de PrEP

G10. Queremos saber se algumas situações poderiam dificultar sua decisão de usar a PrEP injetável e sob demanda:

	Não teria dificuldade	Pouca dificuldade	Média dificuldade	Grande dificuldade
<i>Para PrEP injetável</i>				
a. Ir ao serviço a cada dois meses para tomar a PrEP				
b. Sentir dor na hora ou após a injeção				
c. Tomar a PrEP diária por 12 meses caso tenha que interromper a PrEP injetável				
d. Receio pelos efeitos colaterais				
e. Ter que discutir com parceiro sobre essa modalidade de PrEP				
<i>E para PrEP sob demanda</i>				
a. Saber com antecedência quando terei relações sexuais				
b. Acho difícil lembrar a forma correta de uso (2+1+1) antes e depois do sexo				
c. Receio pelos efeitos colaterais				
d. A possibilidade de outras pessoas verem tomando o comprimido				

G11. Você já teve algum parceiro que usou PrEP (diária ou sob demanda)?

0. Não
1. Sim
2. Não sei/não quero responder

G12. Quais motivos levaram você a decidir usar a PrEP? (você pode marcar várias alternativas)

Ler as opções de resposta

0. Quero ter relações sem preservativos
1. Não gosto de usar a camisinha
2. Tenho dificuldades em usar a camisinha (por exemplo, perco a ereção)
3. Meu parceiro tem dificuldade em usar a camisinha (por exemplo, ele perde a ereção).

4. Quero aumentar a minha proteção nas relações sexuais
5. Meus amigos ou parceiros sugeriram que eu tomasse
6. Tenho dificuldade de usar preservativo quando bebo/uso drogas
7. O preservativo rompe ou sai com frequência
8. Tenho um parceiro que vive com HIV
9. Tenho uma vida sexual bastante ativa, com diversos parceiros
10. Quero ter mais prazer nas minhas relações sexuais
11. Sou profissional do sexo
12. Quero ter sexo mais tranquilo, sem medo
13. Tenho parceiros(s) que usam drogas
14. Quero um método adicional de prevenção
15. Fui encaminhado por profissional de saúde
16. Outros: _____
17. Não quero responder

BLOCO H - EXPECTATIVAS E CONHECIMENTO EM RELAÇÃO À PrEP

Nas próximas perguntas gostaríamos de saber um pouco sobre suas expectativas e conhecimento em relação à PrEP.

H1. Vou dizer algumas situações e gostaria que você me dissesse qual delas você espera que aconteçam com você por causa da PrEP.

Ao usar a PrEP, eu espero:	Sim	Não	Não quero responder
0. Me sentir mais tranquilo(a), sem medo de pegar HIV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1. Não ficar com tanto medo de ter relações anais ou vaginas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ter mais parceiros(as) sexuais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Ter mais prazer no sexo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Me preocupar menos em escolher meus parceiros(as) sexuais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Usar menos o preservativo no sexo oral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Usar menos o preservativo no sexo anal sendo passivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Usar menos o preservativo no sexo anal sendo ativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Parar de usar a camisinha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Me preocupar menos com as IST (infecções sexualmente transmissíveis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Espero alguma mudança na minha vida sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Outras mudanças. Especifique:			

H2. O quadro abaixo traz algumas afirmações sobre a PrEP. Responda se você concorda ou discorda delas:

	Concordo	Discordo	Não sei	Não quero responder
1. A PrEP é mais segura para a prevenção do HIV que camisinha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. A PrEP é só para gays, travestis e transexuais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. A PrEP é só para quem tem muitos parceiros(as)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. A PrEP é um método de prevenção que se encaixa no meu estilo de vida sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. A PrEP vai melhorar minha vida sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. A PrEP me permite assumir o controle da prevenção quando um parceiro recusa usar a camisinha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. A PrEP tem muitos efeitos colaterais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. A PrEP pode causar problemas de saúde para sempre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. A PrEP pode atrapalhar outros medicamentos, como hormônios e anticoncepcionais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. A PrEP pode passar uma imagem negativa de quem a usa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. A PrEP é o mesmo medicamento que as pessoas que vivem com HIV usam para se tratar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. É incômodo que a PrEP seja o mesmo medicamento utilizado para tratar as pessoas que vivem HIV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. É incômodo tomar medicamentos para prevenção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Não é bom usar a PrEP com drogas ou álcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. O uso da PrEP vai aumentar a chance de se infectar para outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

H3. Como você avalia sua chance de se infectar com o HIV? *Ler as opções de resposta.*

0. Nenhum
1. Pouco
2. Moderado
3. Grande
4. Não quer responder

BLOCO I - IST: PREVENÇÃO E TRATAMENTO

I1. Nos últimos 12 meses, você já teve algum dos seguintes sintomas?

	1.Sim	2.Não	Não sei/ Não quer responder
Corrimento no pênis ou ânus ou vagina?			
Pequenas bolhas no pênis ou ânus ou vagina?			
Verrugas no pênis ou ânus ou vagina?			
Úlceras ou feridas no pênis ou ânus ou vagina?			

Se marcou "sim" em alguma questão, responder a próxima questão.

I2. O que você fez sobre este(s) sintoma(s)?

0. Procurei um médico ou profissional de saúde;
1. Fui à farmácia para me tratar por conta própria;
2. Tomei remédios que meus amigos e/ou parceiros indicaram sem receita;
3. Não fiz nada e curei sem nenhum tratamento;
4. Apliquei remédios caseiros (banho de assento, banho de folhas etc.);
5. Não quero responder.

I3. Quão importante você acha a comunicação aos parceiros sexuais quando alguém é diagnosticado com alguma infecção sexualmente transmissível (IST)?

0. Muito importante
1. Importante
2. Pouco importante
3. Nada importante
4. Não quero responder

14. Se você fosse diagnosticado com alguma infecção sexualmente transmissível (IST), quais dessas opções abaixo você escolheria para comunicar aos seus parceiros sexuais?

0. Não falaria a nenhum dos meus parceiros (pular a 5);
1. Falaria abertamente aos meus parceiros;
2. Pediria ao profissional de saúde para comunicar aos meus parceiros;
3. Pediria para algum amigo comunicar;
4. Preferiria levar o tratamento para meu(s) parceiro(s) sem precisar de consulta;
5. Faria uma comunicação sem me identificar;
6. Outra, qual _____?

15. Com quem você conversaria sobre o diagnóstico de IST e convidaria para um serviço de saúde?

0. Com ninguém;
1. Somente com parceiros sexuais fixos;
2. Somente com parceiros sexuais casuais;
3. Somente com amigos próximos;
4. Com os três.

16. Você já ouviu falar em DoxyPEP, que é um comprimido para ser tomado após as relações sexuais sem uso de camisinha para prevenir IST, como sífilis, clamídia e gonorreia (PEP das ISTs)?

0. Sim
1. Não

17. Você tomaria a DoxyPEP após as relações sexuais sem uso de camisinha para prevenir ISTs, como sífilis, clamídia e gonorreia?

0. Sim (responder a questão I8)
1. Não (responder a questão I9)

18. Se sim, por quê? (Só abra se I7=0)

0. Gosto de opções de prevenção
1. Sinto-me mais confortável com essa medida de prevenção
2. Já tive ISTs e não gostei
3. Penso que PrEP não protege para outras IST
4. Sinto-me mais livre para transar
5. Porque o período é curto
6. Outros.

19. Se não, por quê? (Só abra se I7=1)

0. Não gostaria de tomar mais medicamentos;
1. Tenho medo de efeitos colaterais;
2. Prefiro tratar se pegar alguma IST;
3. As outras ISTs são curáveis;
4. Me preocupo com a resistência aos antibióticos;
5. Porque seria difícil lembrar de tomar;
6. Outros.

BLOCO J - DROGAS, DISCRIMINAÇÃO, VIOLÊNCIA E SAÚDE MENTAL

J1. Nos últimos 3 meses, alguma vez você usou agulhas e seringas para injetar drogas?
(marque apenas uma alternativa)

0. Não (Vá para I4)
1. Sim
2. Não quero responder

J2. Nas vezes que você injetou, você compartilhou seringa ou agulha com outras pessoas?

(marque apenas uma alternativa)

0. Não
1. Sim
2. Não quero responder

J3. Você compartilhou seringa ou agulha com outras pessoas para usar anabolizante?

(marque apenas uma alternativa) Ler as opções de resposta.

0. Nunca usei
1. Uso, mas nunca compartilhei seringas
2. Uso e compartilhei seringas
3. Não quero responder

SAÚDE MENTAL

Agora vamos falar sobre como você tem se sentido nas últimas duas semanas. Indique a alternativa que lhe parece mais apropriada e lembre-se, não há resposta certa ou errada, pois trata-se de sua percepção sobre aspectos da vida.

J4. Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas? Ler as opções de resposta.

0. Nenhum dia
1. Menos de uma semana
2. Uma semana ou mais
3. Quase todos os dias

J5. Nas últimas duas semanas, quantos dias você se sentiu para baixo, deprimido(a) ou sem perspectiva? Ler as opções de resposta

0. Nenhum dia
1. Menos de uma semana
2. Uma semana ou mais
3. Quase todos os dias

J6. Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume? Ler as opções de resposta

0. Nenhum dia
1. Menos de uma semana
2. Uma semana ou mais
3. Quase todos os dias

J7. Nas últimas duas semanas, quantos dias você se sentiu cansado(a) ou com pouca energia? Ler as opções de resposta

0. Nenhum dia
1. Menos de uma semana
2. Uma semana ou mais
3. Quase todos os dias

J8. Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve falta de apetite ou comeu demais? Ler as opções de resposta.

0. Nenhum dia
1. Menos de uma semana
2. Uma semana ou mais
3. Quase todos os dias

J9. Nas últimas duas semanas, quantos dias você se sentiu mal consigo mesmo(a) ou achou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a você mesmo(a)? *Ler as opções de resposta.*

0. Nenhum dia
1. Menos de uma semana
2. Uma semana ou mais
3. Quase todos os dias

J10. Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler o jornal ou ver televisão)? *Ler as opções de resposta.*

0. Nenhum dia
1. Menos de uma semana
2. Uma semana ou mais
3. Quase todos os dias

J11. Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve lentidão para se movimentar ou falar (a ponto das outras pessoas perceberem), ou ao contrário, esteve tão agitado(a) que você ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume? *Ler as opções de resposta.*

0. Nenhum dia
1. Menos de uma semana
2. Uma semana ou mais
3. Quase todos os dias

J12. Nas últimas duas semanas, quantos dias você pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)? *Ler as opções de resposta.*

0. Nenhum dia
1. Menos de uma semana
2. Uma semana ou mais
3. Quase todos os dias

J13. Considerando as últimas duas semanas, os sintomas anteriores lhe causaram algum tipo de dificuldade para trabalhar ou estudar ou tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas? *Ler as opções de resposta.*

0. Nenhuma dificuldade
1. Pouca dificuldade
2. Muita dificuldade
3. Extrema dificuldade

VIOLÊNCIA E DISCRIMINAÇÃO

Neste bloco vamos falar sobre situações relacionadas a perigo, violência e ameaças que você, talvez, tenha vivido ou presenciado ao longo da sua vida sexual e/ou relações afetivas.

J15. Alguém já te forçou a ter relações sexuais?

0. Não
1. Sim, uma vez
2. Sim, mais de uma vez
3. Não sei/não quero responder

**Agora vamos falar sobre situações de violência que podem ter acontecido
nos últimos 6 meses**

J16 Nos últimos 6 meses, você sofreu algum tipo de DISCRIMINAÇÃO por causa da sua orientação sexual ou identidade de gênero?

1. Não (Vá para I19)
2. Sim
3. Não quero responder

J17. Esse(s) ato(s) de discriminação foi(foram) praticado(s) por quem: *(você pode marcar várias alternativas)*

1. Pai
2. Mãe
3. Irmã
4. Irmão
5. Namorado(a)/ Parceiro(a)
6. Amigos(as)
7. Colegas
8. Profissional da saúde
9. Professor/Profissional de instituição de ensino
10. Chefe de trabalho
11. Desconhecido
12. Outro(a)
13. Não quero responder

J18. Nos últimos 6 meses, com que frequência você passou por algumas das seguintes situações por causa da sua orientação sexual ou identidade de gênero?.

	Algumas vezes	Uma vez	Nenhuma vez	Não quero responder	Não se aplica
0. Não foi selecionado(a) ou foi demitido(a) do emprego	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1. Foi mal atendido(a) ou impedido(a) de entrar em comércio/locais de lazer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Foi mal atendido(a) em serviços de saúde ou por profissionais de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Foi maltratado(a) ou marginalizado(a) por professores na escola/faculdade/curso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Foi maltratado(a) ou marginalizado(a) por colegas na escola/faculdade/ curso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Foi excluído(a) ou marginalizado(a) de grupo de amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Foi excluído(a) ou marginalizado(a) por vizinhos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Foi excluído(a) ou marginalizado(a) em seu ambiente familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Foi excluído(a) ou marginalizado(a) em ambiente religioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Foi maltratado(a) por policiais ou mal atendido em delegacias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Foi mal tratado(a) em serviços públicos (albergues, subprefeituras, transporte)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Foi chantageado (a) ou sofreu extorsão de dinheiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Sentiu medo de caminhar em espaços públicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Fui maltratado nas redes sociais ou outros ambiente virtuais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Fui maltratado nas ruas, espaços públicos e privados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Foi maltratado(a)/ discriminado(a) no seu trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Se sentiu objetificado/fetichizado (a) de forma humilhante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Se sentiu invisibilizado. Tratado com indiferença.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

J19. Nos últimos 6 meses, você sofreu algum tipo de agressão FÍSICA - ou seja, você já apanhou de alguém - por causa da sua orientação sexual ou identidade de gênero? (marque apenas uma alternativa)

0. Não (Vá para I22)

1. Sim

2. Não quero responder

J20. Este(s) ato(s) de agressão foi(foram) praticado(s) por quem:

(você pode marcar várias alternativas)

0. Pai

1. Mãe

2. Irmã

3. Irmão

4. Esposo(a) / Parceiro(a)

5. Outro parente

6. Amigos(as)

7. Profissional da saúde

8. Professor/Profissional de instituição de ensino
9. Chefe de trabalho
10. Padrasto
11. Desconhecido
12. Outro(a) _____
13. Não quero responder

J21. Você comunicou esta agressão física a alguém?

(você pode marcar várias alternativas)

0. Ninguém
1. Familiares
2. Esposo(a) / Parceiro(a)
3. Amigo (a)
4. Profissional de saúde
5. Delegacia
6. Profissional da instituição de ensino
7. Outro(a) _____
8. Não quero responder

J22. Nos últimos 6 meses alguém forçou você a ter relações sexuais?

(marque apenas uma alternativa)

0. Não (Vá para o FIM)
1. Sim
2. Não quero responder

J23. Este(s) ato(s) de agressão sexual foi(foram) praticado(s) por quem:

(você pode marcar várias alternativas)

0. Pai
1. Mãe
2. Irmã
3. Irmão
4. Esposo(a) / Parceiro(a)
5. Outro parente
6. Amigos(as)
7. Profissional da saúde
8. Professor/Profissional de instituição de ensino
9. Chefe de trabalho
10. Padrasto
11. Desconhecido
12. Outro (a) _____
13. Não quero responder

J24. Você comunicou a agressão sexual a alguém?

(você pode marcar várias alternativas)

0. Ninguém
1. Familiares
2. Esposo(a) / Parceiro(a)
3. Amigo (a)
4. Profissional de saúde/serviço de saúde (se sim, vá para F10)
5. Delegacia
6. Profissional da instituição de ensino
7. Outro(a) _____
8. Não quer responder

AGRADECEMOS PELA SUA COLABORAÇÃO!