



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



BEO OLIVEIRA LEITE

**MIGRAÇÃO E HIV ENTRE TRAVESTIS E MULHERES TRANS NO NORDESTE
DO BRASIL**

Salvador - BA

2024

BEO OLIVEIRA LEITE

**MIGRAÇÃO E HIV ENTRE TRAVESTIS E MULHERES TRANS NO NORDESTE
DO BRASIL**

Tese apresentada ao programa de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Bahia, na área de concentração em Epidemiologia, como requisito de obtenção do título de doutorado.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Inês Costa Dourado

Coorientador: Prof. Dr. Laio Magno Santos de Sousa

Salvador - BA

2024

*Dedico este trabalho a todas as travestis,
todas as que existiram, existem, resistem e persistem,
para que este espaço acadêmico também seja nosso,
a todas nós!*

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

L533m Leite, Beo Oliveira.

Migração e HIV entre travestis e mulheres trans no nordeste do Brasil / Beo Oliveira Leite. – Salvador: B.O. Leite, 2025.

194 f.: 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. HIV. 2. Migração Humana. 3. Migração Interna. 4. Travesti. 5. Mulher Transgênero.
I. Título.

CDU 616.9



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

BEO OLIVEIRA LEITE

Migração e HIV entre travestis e mulheres trans no nordeste do Brasil.

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: 13 de dezembro de 2024.

Banca Examinadora:

Profª. Dra. Maria Ines Costa Dourado - Orientadora – ISC/UFBA

Prof. Dr. Laio Magno Santos de Sousa – Coorientador – UNEB

Profª. Dra. Dandara de Oliveira Ramos – ISC/UFBA

Prof. Dr. Thiago Silva Torres – INI/FIOCRUZ



Documento assinado digitalmente
MARIA AMELIA DE SOUSA MASCENA VERAS
Data: 23/01/2025 17:17:34-0300
verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profª. Dra. Maria Amélia de Sousa Mascena Veras - FCMSCSP

Salvador
2024

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha mãe pelo apoio e suporte que sempre têm me dado para ser quem eu sou e um dia pudesse ter a oportunidade de ser doutora;

Aos meus orientadores, Prof.^a. Ines Dourado e Prof. Laio Magno, por todo suporte, apoio, aprendizado, por terem acreditado no meu trabalho e enxergar em mim algum potencial, mesmo antes que eu pudesse sonhar em ter;

Ao Prof. Francisco Inácio Bastos (Chico), por todos os ensinamentos e trabalho de orientação, mesmo através de longos emails, me fez amar ainda mais o que faço hoje;

A Prof^a. Danielle Medeiros, por primeiro acreditar no meu potencial e ter me iniciado no mundo da epidemiologia;

Aos meus coordenadores e amigos, Fabiane Soares, Priscilla Caires e Carlos Jefferson, por sempre me incentivarem nos momentos de incerteza e acreditarem no meu trabalho, mesmo eu reclamando sempre que pude;

A todos os amigos que fiz neste percurso, que me suportaram de alguma forma, e me incentivaram a continuar;

A minha comunidade, todas as travestis e mulheres trans, em especial aquelas que vieram antes de mim, que deram (e dão) força, braço e sangue, por me manterem firme e forte nos piores momentos e lutas quase que diárias;

A Universidade Federal da Bahia e Instituto de Saúde Coletiva pelo suporte durante toda minha trajetória acadêmica e durante a realização desta pesquisa;

Ao Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis, HIV/AIDS e hepatites virais do Ministério da Saúde, pelo financiamento de ambos os estudos DIVAS e PopTrans, os quais compõe esta tese;

Ao apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES)
– CÓDIGO DE FINANCIAMENTO 001;

"Eles me disseram tanta asneira, disseram só besteira
Feito todo mundo diz
Eles me disseram que a coleira e um prato de ração
Era tudo o que um cão sempre quis
Eles me trouxeram a ratoeira com um queijo de primeira
Que me, que me pegou pelo nariz
Me deram uma gaiola como casa, amarraram minhas asas
E disseram para eu ser feliz
Mas como eu posso ser feliz num poleiro?
Como eu posso ser feliz sem pular?
Mas como eu posso ser feliz num viveiro,
Se ninguém pode ser feliz sem voar?
Ah, segurei o meu pranto para transformar em canto
E para meu espanto minha voz desfez os nós
Que me apertavam tanto
E já sem a corda no pescoço, sem as grades na janela
E sem o peso das algemas na mão
Eu encontrei a chave dessa cela
Devorei o meu problema e engoli a solução
Ah, se todo o mundo pudesse saber
Como é fácil viver fora dessa prisão
E descobrisse que a tristeza tem fim
E a felicidade pode ser simples como um aperto de mão
É esse o vírus que eu sugiro que você contraia
Na procura pela cura da loucura
Quem tiver cabeça dura vai morrer na praia"

*A carta
Djavan*

LEITE, Beo Oliveira. **Migração e HIV entre travestis e mulheres trans no nordeste do Brasil**. 194 f. 2024 Tese (Doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2024.

RESUMO

Introdução: A epidemia de HIV continua desproporcionalmente alta entre travestis e mulheres trans (TrMT) no Brasil. As TrMT sofrem pelo estigma e discriminação de gênero, fatores estes que as tornam vulneráveis ao HIV, e que também podem aumentar o fluxo migratório nesta população pela fuga de contextos degradantes ou busca por meio de melhor subsistência. Este estudo estimou a prevalência de HIV de fatores associados, assim como investigou o efeito da migração na chance de infecção por HIV em TrMT em três capitais do Nordeste do Brasil.

Métodos: Dados de duas pesquisas com TrMT e com desenho de corte transversal foram utilizados. Essas pesquisas foram realizadas entre 2014-2016 em Salvador (PopTrans); e 2016-2017 em Salvador, Recife e Fortaleza (DIVAS). Ambos os estudos utilizaram amostragem Respondent Driven Sampling (RDS). Foram realizados testes rápidos para HIV de 3ª geração seguindo o protocolo do Ministério da Saúde para exames de HIV. A prevalência de HIV e fatores associados foram estimados através de regressão logística em ambos os estudos realizados em Salvador. Foi desenvolvida uma revisão de escopo que estudos nacionais e internacionais sobre a relação entre migração e infecção por HIV entre TrMT. A regressão logística binomial estratificada por idade foi utilizada para determinar a associação da migração interna na infecção pelo HIV e ajustada por potenciais fatores confusão. **Resultados:** A prevalência de HIV estimada em Salvador foi de 9,0% no estudo PopTrans e de 24,3% no estudo DIVAS. Fatores como discriminação pela família e vizinhos, e infecção prévia por sífilis estiveram significativamente associados à infecção por HIV. A revisão de escopo incluiu 8 estudos e indicou que a migração está associada a maior chance de infecção ao HIV devido a comportamentos com maior risco, ou acesso limitado a serviços de saúde. A migração interna aumentou a chance de infecção por HIV, especialmente entre TrMT com mais de 35 anos. **Conclusão:** A alta vulnerabilidade ao HIV entre TrMT, acrescida pela migração, destaca a necessidade de serviços e iniciativas que ampliem o acesso à informação, prevenção, cuidado e tratamento, combatam a discriminação, descentralizem a atenção à saúde voltado para pessoas trans.

Palavras-chave: HIV; Migração humana; Migração interna; Travesti; Mulher transgênero.

LEITE, Beo Oliveira. **Migration and HIV infection among *travestis* and transgender women in northeast Brazil**. 194 f. 2024 Tese (Doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2024.

ABSTRACT

Introduction: The HIV epidemic remains disproportionately high among travestis and transgender women (TrTGW) in Brazil. TrTGW face significant stigma and gender discrimination, factors that not only heighten their vulnerability to HIV but also may contribute to increased migration within this population, as they flee degrading environments or seek better means of livelihood. This study estimated the prevalence of HIV and its associated factors, while also investigating the effect of migration on the likelihood of HIV infection among TrTGW in three capital cities of Northeast Brazil. **Methods:** Data from two cross-sectional studies involving TrTGW were used. These studies were conducted between 2014-2016 in Salvador (PopTrans) and 2016-2017 in Salvador, Recife, and Fortaleza (DIVAS). Both studies employed Respondent Driven Sampling (RDS) methodology. Third-generation rapid HIV tests were administered in accordance with the Ministry of Health's HIV testing protocol. The prevalence of HIV and associated factors were estimated using logistic regression in both studies conducted in Salvador. A scoping review of national and international studies on the relationship between migration and HIV infection among transgender women was also developed. Binomial logistic regression, stratified by age, was used to assess the effect of internal migration on HIV infection, adjusted for potential confounding factors. **Results:** The estimated HIV prevalence in Salvador was 9.0% in the PopTrans study and 24.3% in the DIVAS study. Factors such as family and neighbor discrimination, as well as a history of syphilis infection, were significantly associated with HIV infection. The scoping review included eight studies and indicated that migration is associated with a higher likelihood of HIV infection due to riskier behaviors or limited access to healthcare services. Internal migration increased the likelihood of HIV infection, particularly among TrTGW over 35 years of age. **Conclusion:** The high vulnerability to HIV among TrTGW, exacerbated by migration, highlights the urgent need for services and initiatives that enhance access to information, prevention, care, and treatment, combat discrimination, and decentralize health services for transgender individuals.

Keywords: HIV; Human migration; Internal migration; Travestis; Transgender women.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1.** Estrutura do HIV
- Figura 2.** Curso da infecção ao longo tempo pela carga de linfócitos T CD4+ e carga viral.
- Figura 3.** Matriz heurística da vulnerabilidade ao HIV.
- Figura 4.** Representação da relação entre as TrMT
- Figura 5.** Trajetória individual em tempo e espaço.
- Figura 6.** Modelo conceitual da associação entre migração interna e infecção por HIV.
- Figura 7.** Sequência da pesquisa de campo- Estudo PopTrans
- Figura 8.** Sequência da pesquisa de campo- Estudo DIVAS
- Figura 9.** Elegibilidade dos estudos incluídos pela revisão de escopo, 2022.
- Figura 10.** Variáveis do estudo

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Descrição da população do estudo e prevalência da infecção pelo HIV em Salvador, Nordeste do Brasil.
- Tabela 2.** Fatores associados à infecção pelo HIV entre TrMT em Salvador, Nordeste do Brasil.
- Tabela 3.** Fatores associados à infecção pelo HIV entre TrMT em Salvador, Nordeste do Brasil.
- Tabela 4.** Definição dos critérios de inclusão dos estudos, segundo a estrutura PECO.
- Tabela 5.** Características dos estudos.
- Tabela 6.** Descrição dos resultados de estudos quantitativos;
- Tabela 7.** Descrição dos resultados de estudos qualitativos;
- Tabela 8.** Distribuição das variáveis do estudo de acordo a migração interna entre TrMT do Nordeste do Brasil, 2017.
- Tabela 9.** Distribuição da descrição da migração interna de acordo à idade entre TrMT do Nordeste do Brasil, 2017.
- Tabela 10.** Análise bivariada dos fatores associados a infecção por HIV entre TrMT no Nordeste do Brasil, 2017.
- Tabela 11.** Ajuste multivariado da associação entre migração interna e infecção por HIV entre TrMT no Nordeste do Brasil, 2017.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Humana

EUA – Estados Unidos da América

CDC – Centro de Controle de Doenças

CMV – Citomegalovírus

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HSH – homens que fazem sexo com homens

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

LGBTT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

OR – *Odds Ratio*

RDS - *Respondent Driven Sampling*

RP – Razão de prevalência

PEP - Profilaxia Pós-Exposição

PCP - *Pneumocystis carinii*

PrEP - Profilaxia Pré-Exposição

SK – Sarcoma de *Kaposi*

TrMT – Travestis e mulheres trans

UNAIDS – *Joint United Nations Programme on HIV and AIDS*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 OBJETIVOS	21
2.1 OBJETIVO GERAL.....	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3 HIPÓTESES	21
4 REVISÃO DE LITERATURA	22
4.1 HIV/aids	22
4.1.1 Características do vírus e da infecção.....	22
4.1.2 Epidemia do HIV/aids	25
4.1.3 Epidemia, risco e vulnerabilidade.....	28
4.2 TRAVESTIS E OUTRAS MULHERES TRANS	33
4.3 MOBILIDADE E HIV	36
4.3.1 Contextualizando o fenômeno migratório	36
4.3.2 Migração e vulnerabilidade ao HIV entre as TrMT.....	40
5 MÉTODOS	44
5.1 DESENHO	44
5.2 POPULAÇÃO	44
5.3 AMOSTRAGEM E RECRUTAMENTO.....	45
5.4 COLETA DOS DADOS.....	46
5.5 VARIÁVEIS	48
5.6 ANÁLISES DOS DADOS	48
5.7 REVISÃO DE ESCOPO	49
5.7.1 Definição da exposição e desfecho.....	49
5.7.2 Busca e seleção dos estudos	49
5.7.3 Qualidade dos artigos	50
5.8 ASPECTOS ÉTICOS	51
7 RESULTADOS	52
7.1 ARTIGO 1: <i>PREVALÊNCIA DE HIV ENTRE TRAVESTIS E MULHERES TRANS NO NORDESTE DO BRAZIL – RESULTADOS DE DOIS ESTUDOS RESPONDET DRIVEN SAMPLING</i>	52
7.2 ARTIGO 2: <i>MIGRAÇÃO E VULNERABILIDADE AO HIV ENTRE MULHERES TRANS: UMA REVISÃO DE ESCOPO</i> 74	
7.3 ARTIGO 3: <i>MIGRAÇÃO INTERNA COMO UM PREDITOR PARA A INFECÇÃO PELO HIV ENTRE TRAVESTIS E MULHERES TRANS DO NORDESTE DO BRASIL</i>	96
8 CONCLUSÃO	112
REFERÊNCIAS	113
ANEXO A	131
ANEXO B	181
ANEXO C	189

1 INTRODUÇÃO

A migração é um fenômeno que está associado à pobreza, desemprego, exclusão social, discriminação e desfechos negativos de saúde (CASTAÑEDA *et al.*, 2015; OLIVEIRA, 2011; PFARRWALLER; SURIS, 2012; WICKRAMAGE *et al.*, 2018). Além disso, tem sido considerada como um importante aspecto de agravamento da vulnerabilidade ao vírus da imunodeficiência humana (HIV) (UNAIDS, 2014b, 2020a).

A 10ª Conferência em Ciência do HIV, vinculada à Associação Internacional de aids (IAS), realizada na cidade do México, em 2019, pautou a relação entre migração e a vulnerabilidade ao HIV/aids, especialmente por conta do contexto de crise mundial, que têm aumentado o fluxo de pessoas, bem como a adoção de políticas anti-migratórias por alguns países (DZOMBA *et al.*, 2019; LEWIS; WILSON, 2017; ROSS; CUNNINGHAM; HANNA, 2018; WEINE; KASHUBA, 2012).

O efeito da migração sobre a vulnerabilidade ao HIV foi descrito através de uma complexa rede de fatores individuais, sociais e programáticos, aos quais os imigrantes podem estar submetidos. A UNAIDS (2014) chama atenção para o acesso à informação, uso de tecnologias e serviços de saúde, experiências de estigma, discriminação e exclusão social, bem como contextos econômicos, políticos e sociais, como elementos que podem estar associados à maior vulnerabilidade ao HIV entre migrantes.

Na literatura, existem diferentes estudos que investigam a associação entre migração e infecção pelo HIV. Um estudo de revisão sistemática com metanálise identificou uma chance 69% maior entre a população migrante interna¹ sul africana quando comparado à não migrante (DZOMBA *et al.*, 2018). Este efeito é ainda maior quando estratificado por gênero: na Uganda, mulheres cis migrantes tiveram um risco maior de infecção pelo HIV quando comparadas aos homens cis migrantes (OLAWORE *et al.*, 2018). Mais recente, outro estudo de revisão sistemática, com metanálise, demonstrou que que migrantes internacionais² têm uma prevalência de HIV 70% quando comparada com a população residente de origem (SANTOSO *et al.*, 2022).

¹ Migração interna consiste no deslocamento temporário ou permanente de indivíduos dentro das regiões fronteiriças de um país.

² Migração internacional ou externa consiste no deslocamento temporário ou permanente de indivíduos que cruzam as fronteiras de um país.

Ainda que o crescente avanço científico tenha desacelerado o avanço da epidemia de HIV/aids na população em geral, alguns grupos são afetados desproporcionalmente (WANG *et al.*, 2016) . A população de travestis e mulheres trans (TrMT) é conhecida na literatura como uma das “populações-chaves”, termo adotado pelo *The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS) para se referir às populações com vulnerabilidade acrescida à infecção por este agente etiológico (UNAIDS, 2020a) .

Esta vulnerabilidade pode ser explicada segundo algumas vias: 1) fatores comportamentais, tais como sexo sem preservativo ou sem uso de profilaxia pré-exposição ou pós-exposição, que expõe o sujeito a um maior risco à infecção; 2) aspectos programáticos que impactam o modo como os sujeitos obtêm os meios necessários para proteção, como por exemplo, a falta de informação sobre prevenção ou barreiras no acesso aos serviços de saúde; e 3) aspectos socioestruturais que refletem a própria forma que a sociedade é estruturada, com estigma e discriminação contra as identidades trans, que resulta muitas vezes em situações de exclusão e marginalização social e econômica (POTEAT; REISNER; RADIX, 2014; UNAIDS, 2020a) .

O fenômeno migratório na população TrMT se constitui como processo inerente de seu contexto social. O estigma e a discriminação de gênero sofrido em suas comunidades locais de nascimento podem implicar em necessidade de migração para garantia de sobrevivência. Na migração, as TrMT encontram suporte dentro da própria comunidade para formação de novos vínculos sociais e redes de apoio. A construção da identidade também se faz inerente neste processo: seja na busca pelo acesso à serviços de saúde especializados e modificações corporais (hormonização e/ou cirurgias); acesso facilitado à processos burocráticos como a retificação de nome e gênero em documentos oficiais; ou através da exploração do mercado de trabalho sexual (MOUNTIAN, 2015; THEODORO; COGO, 2019; VARTABEDIAN, 2014).

Dado que as TrMT se movimentam geograficamente, é possível que estas também estejam sujeitas a vulnerabilidade ao HIV em função da migração. Até o momento, os resultados disponíveis na literatura mundial para mulheres trans e outras identidades transfemininas, descrevem uma maior vulnerabilidade e risco para a infecção pelo HIV entre migrantes quando comparados à não migrantes. Esta associação pode ser explicada por algumas vias: através da modificação das redes de contato sociais, mudança comportamental, novas parcerias sexuais e dificuldade de negociar práticas sexuais seguras; e menor acesso a serviços de saúde e estratégias de prevenção para o HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST)(ALESSI *et al.*, 2020; BARRINGTON, C *et al.*, 2018; BIANCHI, FERNANDA T *et al.*,

2014; MORIARTY *et al.*, 2019; NUTTBROCK; HWAHNG, 2017; RANA *et al.*, 2016; WILSON, ERIN *et al.*, 2011; ZEA *et al.*, 2013).

Entender a associação entre os deslocamentos migratórios e à vulnerabilidade ao HIV pode contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas específicas e ações que visem a redução do risco de infecção nessas populações. Assim como, contribuir para o debate e a análise das vulnerabilidades relacionadas ao HIV, uma vez que a discussão acerca da mobilidade não envolve apenas o direito à saúde de TrMT, mas também o direito à cidadania. Desta forma este estudo foi guiado pelas seguintes perguntas de investigação:

- Qual a prevalência de HIV entre TrMT no Nordeste do Brasil?
- Existe uma associação entre migração e infecção pelo HIV entre TrMT?
- Existem outros fatores que explicam a associação entre migração e infecção pelo HIV entre TrMT?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Investigar o efeito da migração com fator de vulnerabilidade ao HIV entre travestis e mulheres trans residentes de três capitais do nordeste do Brasil.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar fatores associados a prevalência de HIV em travestis e mulheres trans residentes em Salvador, Bahia, em dois estudos realizados entre 2014 e 2017.
- Sistematizar dados da literatura científica que investiguem a associação entre migração interna e/ou internacional, infecção pelo HIV e vulnerabilidade individual ao HIV em travestis e mulheres trans.
- Investigar a associação entre migração interna e prevalência de HIV em três capitais do Nordeste do Brasil.

3 HIPÓTESES

Os deslocamentos migratórios aumentam a vulnerabilidade ao HIV entre TrMT, devido à formação de novas redes de contato sexual, ao menor acesso a serviços de prevenção ao HIV e à limitação no uso de estratégias de prevenção individual e promoção da saúde.

4 REVISÃO DE LITERATURA

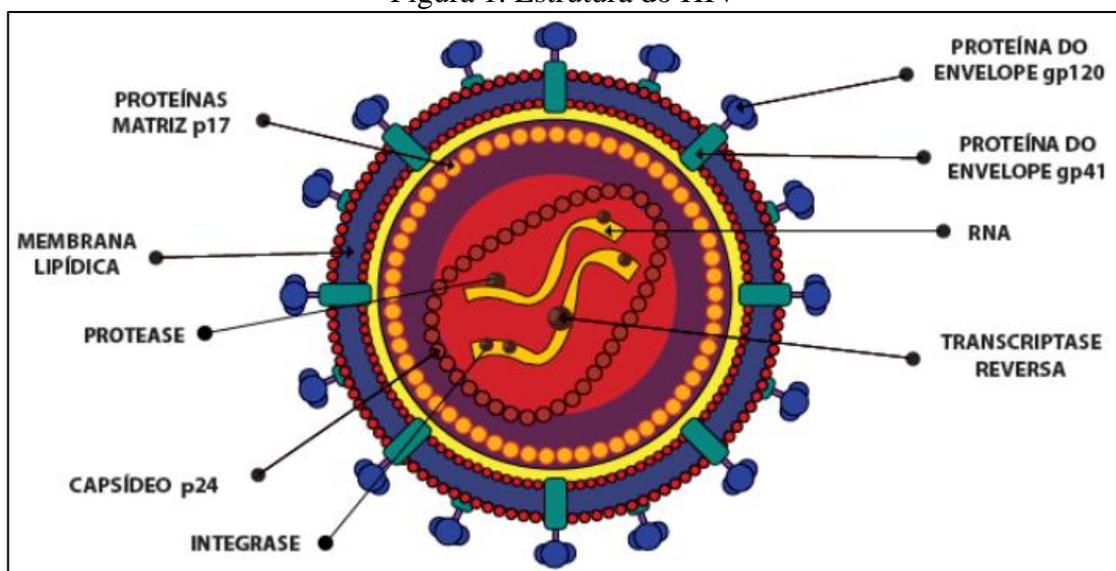
A compreensão sobre a relação entre os deslocamentos migratórios das TrMT e a vulnerabilidade ao HIV/aids envolve uma complexa rede de fatores explicativos e que podem ser analisados por meio de campos de conhecimento interdisciplinares. Nesta revisão, propomos investigar e estabelecer relações a partir do aporte teórico e científico presente na literatura acerca dos seguintes temas relacionados: o HIV/aids, a população de TrMT e a migração e sua relação com a prevalência infecção nesta população.

4.1 HIV/aids

4.1.1 Características do vírus e da infecção

Neste tópico, revisamos os principais aspectos que envolvem a biologia do HIV/aids. HIV é uma sigla que, no inglês, refere-se ao vírus da imunodeficiência humana, o agente etiológico causador da síndrome da imunodeficiência adquirida, ou também conhecida como aids. Este agente pertence à Família *Retroviridae*, ou seja, um retrovírus constituído por uma membrana lipídica externa e duas principais glicoproteínas de membrana, gp120 e gp41; um envelope interno à membrana constituído pela proteína p17; um capsídeo viral constituído pela proteína p24; interno ao capsídeo, duas cópias de RNA e três enzimas virais, a transcriptase reversa, integrase e protease (Figura 1) (COWLEY, 2001; PETERLIN, 1995) .

Figura 1. Estrutura do HIV



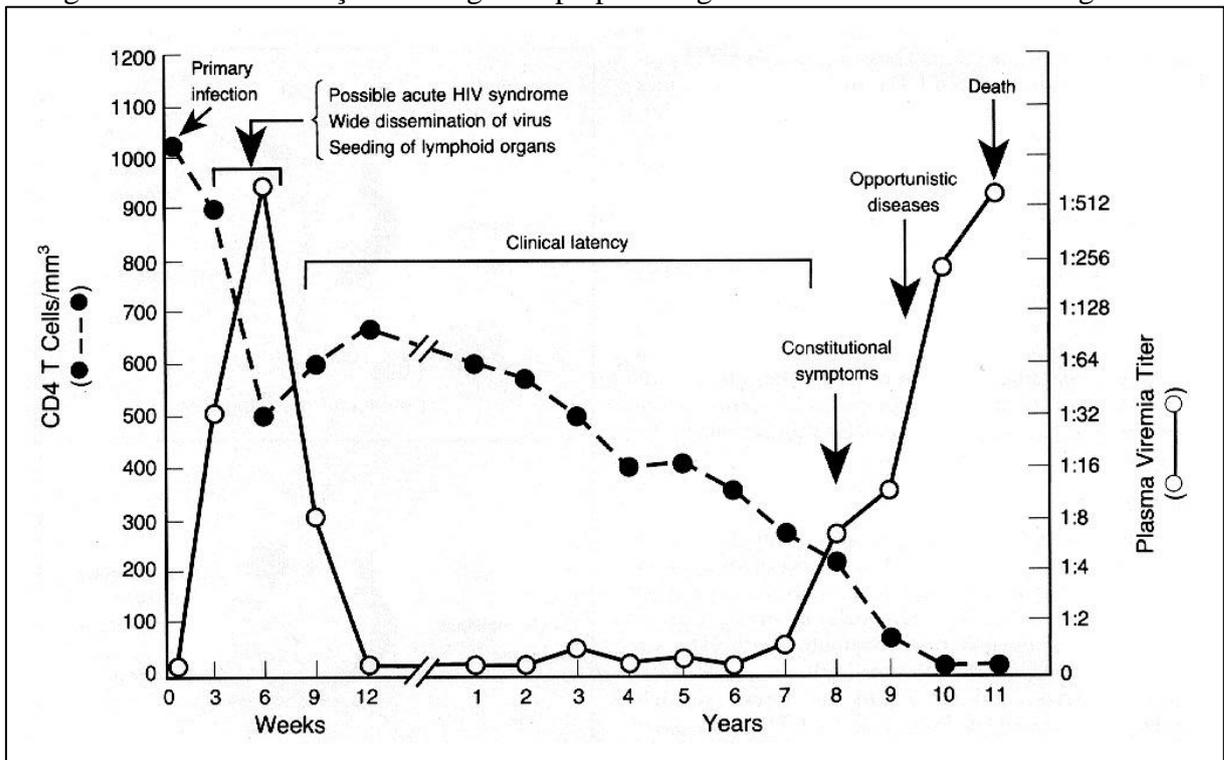
FONTE: (BRASIL, 2016)

A transmissão deste vírus entre seres humanos se dá através de algumas formas: relação sexual, vaginal ou anal desprotegido; contato com material infectado, como transfusão, acidentes com perfurocortantes contaminados, ou compartilhamento de seringas contaminadas; e vertical, durante a gestação, parto ou aleitamento. Faz-se necessário salientar que apenas algumas secreções biológicas, como sangue, esperma, secreção vaginal e leite materno, possuem carga viral suficiente para causar a transmissão (BRASIL, 2021; RONEN; SHARMA; OVERBAUGH, 2015; SHAW; HUNTER, 2012) .

No organismo humano, as principais células alvo da infecção são os linfócitos T CD4+, entretanto, linfócitos T auxiliares, células dendríticas e outras células do sistema mononuclear fagocítico também podem ser afetadas (monócitos, macrófagos, histiócitos, micróglia e células de Küppfer). O processo infeccioso se dá, inicialmente, pelo contato do vírus com a célula alvo. A proteína viral gp120 é responsável por fazer ligação com o marcador CD4 expresso na superfície celular. Após este reconhecimento, a proteína viral gp41 media o processo de fusão da membrana viral com a membrana celular. Ocorrida a fusão, o RNA viral é convertido em DNA pela ação da transcriptase reversa, e anexado ao material genético cromossômico através da integrase (COWLEY, 2001; RONEN; SHARMA; OVERBAUGH, 2015; SHAW; HUNTER, 2012; WYATT; SODROSKI, 1998) .

A própria célula do organismo, uma vez infectada, é responsável por fazer a replicação do material viral, e a enzima protease é responsável pela estruturação dos novos vírus, cópias idênticas ao agente infectante. Desta forma, as cópias formadas possuem capacidade de reinfectar principalmente novos linfócitos T CD4+, produzindo assim morte celular. A baixa significativa da quantidade de linfócitos T CD4+ e outras células de defesa do organismo é responsável por uma intensa imunodepressão. A aids é caracterizada quando o déficit do sistema imunológico leva ao aparecimento de algumas doenças oportunistas, como: infecções virais, bacterianas, protozoárias, fúngicas; e aparecimento neoplasias características, como sarcoma de Kaposi (KS), linfoma não Hodgkin, neoplasia intraepitelial cervical e anal, e câncer de colo uterino (COWLEY, 2001; RONEN; SHARMA; OVERBAUGH, 2015) .

Figura 2. Curso da infecção ao longo tempo pela carga de linfócitos T CD4+ e carga viral.



FONTE:(PANTALEO; GRAZIOSI; FAUCI, 1993)

A Figura 2 mostra a quantidade de linfócitos T CD4+ e de cópias virais ao longo do curso da infecção. Após o primeiro contato com o HIV no organismo, a carga viral é detectada, normalmente, entre duas e três semanas. A carga viral aumenta subitamente, inversamente proporcional à quantidade de linfócitos T CD4+, até meados da sexta semana. A partir deste momento há um aumento da resposta imune contra o vírus, reduzindo a carga viral e aumentando a quantidade de linfócitos T CD4+ (fase latente). Na ausência de tratamento, o aumento lento e progressivo da carga viral causa um déficit significativo do sistema imunológico, momento propício para o aparecimento de doenças oportunistas e sintomas característicos (aids) (GROSSMAN *et al.*, 2006).

O ciclo de replicação do HIV no organismo depende inteiramente do genoma da variante infectante. Atualmente, existem dois grupos de variantes identificados: o HIV-1 e o HIV-2. O grupo de variantes do tipo HIV-1 são as que possuem maior prevalência mundial, maior risco de transmissibilidade e de desenvolvimento da aids. Já as variantes do tipo HIV-2 possuem uma prevalência mais concentrada na região da África Ocidental, menor risco de transmissibilidade e de desenvolvimento de aids (GROSSMAN *et al.*, 2006; HUTCHINSON, 2001). No próximo tópico discutiremos aspectos históricos da epidemia de HIV/aids.

4.1.2 Epidemia do HIV/aids

Sob uma perspectiva epidemiológica, a aids foi reconhecida inicialmente como uma “doença nova”, na medida que tomou uma dimensão sintomatológica visível, concomitante com uma distribuição pandêmica de casos (GRMEK, M. D., 1993) . Esta série de eventos se iniciaram por volta do final da década de 1970 e início de 1980, nos Estados Unidos, quando surgiram casos raros de pneumonia causada pelo *Pneumocystis carinii* (PCP), formas até então incomuns de câncer de pele, denominada KS, e outras ocorrências de indivíduos infectados por citomegalovírus (CMV) (ENGEL, 2006; GRMEK, M. D., 1993).

Sendo assim, em novembro de 1982, o Centro de Controle de Doenças (CDC) dos Estados Unidos da América do Norte (EUA) anunciara a descoberta de uma “nova infecção” associada aos casos anteriormente relatados, com hipótese de uma doença viral de transmissão sanguínea e quadro geral de imunodeficiência (GRMEK, M. D., 1993) . Tal agência definiu, naquele momento, o que foram chamados de “grupos de risco” para a nova doença: homens que faziam sexo com outros homens (HSH), usuários de drogas, haitianos e hemofílicos (ENGEL, 2006) . Entre 1983 e 1984 o vírus foi descrito, através da contribuição de dois pesquisadores: Luc Montagnier, do Instituto Pasteur, na França, e Robert Gallo, do Instituto de Virologia Humana da Universidade de Maryland, nos Estados Unidos (BARRÉ-SINOUSI *et al.*, 1983; GALLO *et al.*, 1984; NPIN, 2020).

Em 1994, a epidemia da aids ainda não tinha evidências de transmissão na população geral. Neste momento, especulava-se a hipótese de principal via de transmissão, a sexual. O cenário de incertezas somado à falta de ações resultou em, pelo menos, 1500 mortes nos EUA até então (ENGEL, 2006; GREENE, 2007) . Tal quantitativo de mortes pode ser explicado pela tomada tardia de decisões do governo estadunidense para priorização da aids, somente dois anos após o CDC identificar a existência dos casos. Fato que, também, tais ações só foram possíveis graças à intensa pressão promovida pelos movimentos sociais da comunidade gay, principal acometida neste contexto. Desta forma, os seguintes esforços foram realizados: tornar as práticas sexuais mais seguras com o uso de preservativos; fechamento das saunas, locais ditos favoráveis à prática sexual com mais de um parceiro; testagem para doadores de sangue, ou impedir a doação para indivíduos provenientes das populações alvo; e a testagem do público, que acabara de se iniciar (ENGEL, 2006; GRMEK, M. D., 1993) .

Posteriormente às ações tomadas pelos EUA foi possível perceber uma aparente redução no número de casos registrados. Entretanto, isso poderia não refletir uma baixa prevalência. A demora pela tomada de medidas, coexistente com o grande período de latência da infecção,

poderia significar uma quantidade de casos muito superior ao estimado (ENGEL, 2006; NPIN, 2020).

Diferente dos EUA, em outras regiões do mundo foi identificadas outras configurações para a distribuição de casos. Nas regiões central e sul do continente africano, final dos anos 1970, estimavam-se prevalências superiores quando comparadas com o início da epidemia nos EUA. Entretanto, a maioria dos casos registrados estiveram relacionados ao contato heterossexual, e a proporção da infecção estabelecida entre homens e mulheres era de 1:1. Essa diferença na distribuição de casos na África subsaariana foi explicada por prostituição, maior número de parceiros sexuais, menor uso de preservativos, e a prática do “sexo à seco”³ (BALETA, 1998; GRMEK, M. D., 1993; QUINN *et al.*, 1986). Já na Europa em meados da década de 1980, além da epidemia concentrada em grupos de HSH e usuários de drogas injetáveis, também foi identificada paralelamente uma crescente onda de casos entre imigrantes provenientes da África. Estes possuíam uma proporção significativamente maior entre mulheres, quando comparado com os EUA (ENGEL, 2006).

Embora a epidemia de HIV/aids tenha tido características similares àquela que ocorreu nos EUA, com os primeiros casos identificados em meados de 1982, o percurso dessa epidemia teve algumas especificidades, que é comumente dividido em três fases: na primeira fase (1987-1989), o número de casos novos de aids praticamente triplicou e esteve concentrado entre HSH da zona urbana; na segunda fase (1990-1992), observou-se um aumento dos casos entre usuários de drogas injetáveis, indivíduos com baixo status socioeconômico, superior ao número de casos entre HSH; já na terceira fase (1993-1996), o aumento significativo do número de novos casos foi observado na população de heterossexuais, superando número de casos identificados em HSH e usuários de drogas injetáveis (BRAZIL, 2015; NUNN, 2009; TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015).

O período que sucede o final da década 1980 foi marcado pela intensa inovação científica para o controle do HIV. Especialmente no Brasil, entre 1983 e 1986 foi criado o primeiro programa de controle de IST/AIDS. Logo no início da década de 1990 são licenciados os primeiros testes rápidos para detecção do vírus, os quais foram disponibilizados largamente. Com o surgimento e licenciamento da terapia antiretroviral (TARV) com a zidovudina (AZT), o tratamento começa a ser disponibilizado para as pessoas afetadas pela AIDS através do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1999 é implementada a primeira política nacional para

³ Prática sexual comum na região da África subsaariana, na qual a lubrificação vaginal natural é eliminada através da utilização de ervas e soluções inibitórias, aumentando a fricção e o risco de sangramento.

HIV/AIDS e outras IST no Brasil. Pode-se dizer que tais conquistas para resposta a epidemia no Brasil foi constituída essencialmente entre Estado e sociedade civil organizada (BRAZIL, 2015; TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015).

O tratamento, apesar da baixa adesão devido aos intensos efeitos colaterais, foi responsável por reduzir significativamente as mortes relacionadas à aids. Somente após a substituição da Zidovudina (AZT) e a implementação da classe de antirretrovirais inibidores de protease, que a terapia antirretroviral (TARV) passou a ter menos efeitos e mais bem aderida pelos usuários (GREENE, 2007) . Atualmente, o avanço das tecnologias de TARV para supressão viral permitiu alta eficácia do tratamento, e concomitantemente com baixos efeitos colaterais. Também sugeriram diversas tecnologias de prevenção, permitindo cada vez mais a interrupção da cadeia de transmissão, como a profilaxia pré e pós exposição (PrEP e PEP) (UNAIDS, 2018, 2020a).

As metas mais atuais contra o avanço da epidemia do HIV/aids focam em estratégias mais ambiciosas para interrupção da cadeia de transmissão. Na 20ª Conferência Internacional de aids realizada em Melbourne, Austrália, em 2014, a UNAIDS lança a meta 90-90-90, ao qual pretende que: 90% das pessoas que vivem com o HIV saibam seu diagnóstico; 90% das pessoas que saibam seu diagnóstico tenham acesso ao tratamento; e 90% das pessoas em tratamento alcancem supressão total da carga viral (UNAIDS, 2014a). Mas somente em 2016, na assembleia geral da Organização das Nações Unidas (ONU), que diversos países presentes definem a Declaração Política para o fim da aids com o objetivo de alcançar a meta 90-90-90 até o final de 2020 (UNITED NATIONS, 2016).

A estratégia de redução do impacto da epidemia do HIV/aids seguiu o lema “tratamento como prevenção”. Tal proposta surge para promover a disponibilização da TARV para qualquer pessoa diagnosticada com o vírus para que alcance mais rapidamente a supressão viral (WHO, 2012). O *International Center for AIDS Care and Treatment Program* (ICAP), um parceiro do CDC, desenvolveu o slogan para tal campanha, o qual foi denominado pela sigla U=U, ou *undetectable = untransmittable*, que traduzido significa: indetectável = intransmissível (uma vez que a supressão viral seja alcançada, as chances de transmissão do vírus são nulas). Mais recentemente, a UNAIDS atualizou a meta 90-90-90 para 95-95-95 para até o final de 2030, seguindo os mesmos critérios: 95% de diagnóstico, 95% de tratamento e 95% de supressão da carga viral. Concomitante a expansão das metas, novos desafios surgem: garantir equidade no acesso às novas tecnologias de prevenção e tratamento pra toda a população, garantir; alcançar populações mais vulneráveis, em especial em áreas com grandes desigualdades sociais; e garantir que as estratégias de prevenção e tratamento não sejam apenas focadas na tecnologia,

mas também nas peculiaridades e características de cada grupo populacional (UNAIDS, 2020b).

Além de toda inovação técnico-científica para conter o avanço da epidemia de HIV, o seu legado também se faz presente nas experiências e aprendizados gerados ao longo do seu curso. Sob uma perspectiva histórica, o campo sobre a construção do conhecimento relacionado HIV/aids foi, e ainda é, fruto de muitos debates. De fato, houve uma grande dinamicidade para pensar e repensar definições, categorias e conceitos sobre a epidemia. Na próxima sessão, apresentamos alguns destes debates que efervesceram a partir deste contexto.

4.1.3 Epidemia, risco e vulnerabilidade

Como podemos perceber, o início da epidemia do HIV é comumente tratado na literatura como uma “a novidade da aids”. Mas o que significa dizer “uma doença nova”? Para Mirko D. Grmek (1993), este conceito de “novidade da aids” é ambíguo: primeiro, pois parte do pressuposto de negação da pré-existência do HIV antes mesmo da identificação dos primeiros casos; segundo, pois nega a manifestação do vírus em outros lugares do mundo, ou outros indivíduos sem uma realidade clínica diagnosticada. Portanto, fez-se necessário adequar o termo “novo” para “emergente”, uma vez que elimina a ambiguidade de interpretação: a doença ou agente infeccioso pode existir antes mesmo da necessidade de um diagnóstico inicial, antes da observação de pesquisas qualitativas e/ou quantitativas, e estar presente em outros lugares do mundo, em outras populações, diferentes daquelas amplamente divulgadas (GRMEK, M., 1995).

A epidemia foi causada por dois grupos de variantes distintas do vírus, conforme discutido no tópico anterior. Enquanto o grupo de variantes HIV-2 possui baixa transmissibilidade e menor risco de desenvolvimento da aids, é possível que a epidemia desta tenha passado despercebida, em detrimento da epidemia causada pelo HIV-1. Dado o curso histórico, enquanto epidemia do HIV-2 esteve, inicialmente, mais concentrada na África Ocidental, a gerada pelo HIV-1 teve foco inicial na África Central e América do Norte (HUTCHINSON, 2001).

Estes fatos também podem refletir uma certa negligência para com a doença, uma vez que esta precisou ocorrer e, países com maior concentração de capital financeiro para que pudesse ser percebida (ENGEL, 2006; GRMEK, M., 1995).

Desta forma, sugere-se que a hipótese de que um rápido alastramento da transmissão do HIV em um curto período talvez não esteja esclarecida. Na verdade, a epidemia pode ter surgido

de um longo processo silencioso, desconhecido e negligenciado, tornando-se crítico nos anos 80 e ganhado certa notoriedade, especialmente ao ser identificada nos Estados Unidos (GRMEK, M., 1995). Neste ponto, faz-se necessário considerar que a emergência da aids evocou a investigação de fatores específicos causadores da doença aos quais atribuíram negativamente algumas populações como “grupos de alto risco”.

Para a antropóloga Nina Glick Schiller (1992) , tal nomenclatura surge no contexto das intensas discussões entre os pesquisadores no início da epidemia do HIV, dinamizando-se em diferentes modelos explicativos da “cultura do risco”, especialmente entre epidemiologistas da época. Em primeiro momento, o foco da investigação recaiu sobre o indivíduo, ou seja: “quem eram as pessoas ou grupos aos quais foram identificadas as infecções?” Tal abordagem científica fora centralizada na “cultura do infectado”, com um significado amparado pelos valores culturais atribuídos à cada um dos casos para explicar o risco de (SCHILLER, 1992; SCHILLER; CRYSTAL; LEWELLEN, 1994).

A partir do momento em que os casos já eram conhecidos em determinados grupos específicos, o foco investigativo entre os pesquisadores passa a ser em um modelo explicativo a partir de “grupos de alto risco”. Neste período, determinados fatores, aos quais caracterizavam estes diferentes grupos, foram levados em conta para explicar a maior exposição à infecção pelo vírus. Mesmo que neste contexto, diferentes fatores passaram a ser levados em conta, faz-se necessário esclarecer que tal cultura também se centrava significativamente no indivíduo como responsável pela infecção (SCHILLER, 1992) .

O reflexo da atribuição de “grupos de alto risco”, em um cenário em que havia ainda muitas incertezas sobre a epidemia, foi sua propagação generalizada e desenfreada por toda a sociedade. Tal abordagem, além de ter sido insuficiente para compreender toda a complexidade da infecção, também foi responsável por gerar um cenário de grande estigma e exclusão social sobre estes grupos vulneráveis afetados pela epidemia. Outra consequência provocada pela terminologia recaiu sobre a falsa sensação de proteção a infecção pelo HIV por indivíduos que não se enquadravam em nenhum destes grupos (SCHILLER; CRYSTAL; LEWELLEN, 1994).

A insatisfação gerada pela atribuição de risco aos indivíduos fez com que tais categorias fossem questionadas, principalmente pelos grupos sociais mais afetadas pela epidemia. Concomitantemente, conhecendo-se as principais formas de transmissão incorporadas pelo CDC, as discussões sobre tais nomenclaturas retornam no meio científico. Neste terceiro e último momento, o termo “grupos de alto risco” deixa de ser utilizado para dar lugar à “cultura dos comportamentos de alto risco”, no qual o foco estaria nos fatores compartilhados entre os indivíduos que compunham os grupos mais afetados (SCHILLER, 1992).

Os antigos modelos causais que explicavam a infecção pelo HIV, baseados na “cultura do risco” foram válidos apenas nas primeiras fases da epidemia para obtenção da base de um campo de conhecimento, mas insuficientes para elucidar sua complexidade. O conceito de “vulnerabilidade” passa a ser utilizado neste campo de conhecimento, não só ampliando a noção de risco, como também considerando seus níveis de complexidade (DELOR; HUBERT, 2000a; MANN; MANN; TARANTOLA, 1996; SCHILLER; CRYSTAL; LEWELLEN, 1994) .

O termo “vulnerabilidade” e “vulnerável” passou a ser cada vez mais utilizado na literatura relacionada ao HIV, especialmente na área das ciências sociais. A definição da palavra presente no *Cambridge dictionary* (2022) descreve uma “condição do que apresenta fragilidade”. Inicialmente trabalhado no campo da bioética, o relatório Belmont (1978), produzido pela Comissão Nacional pela Proteção dos Seres Humanos da Pesquisa Bioética e Comportamental dos Estados Unidos, retoma tal noção do termo voltado a grupos específicos. Neste caso, o propósito de sua utilização está classificação destes grupos, ditos “mais vulneráveis” a serem prejudicados pelas pesquisas científicas.

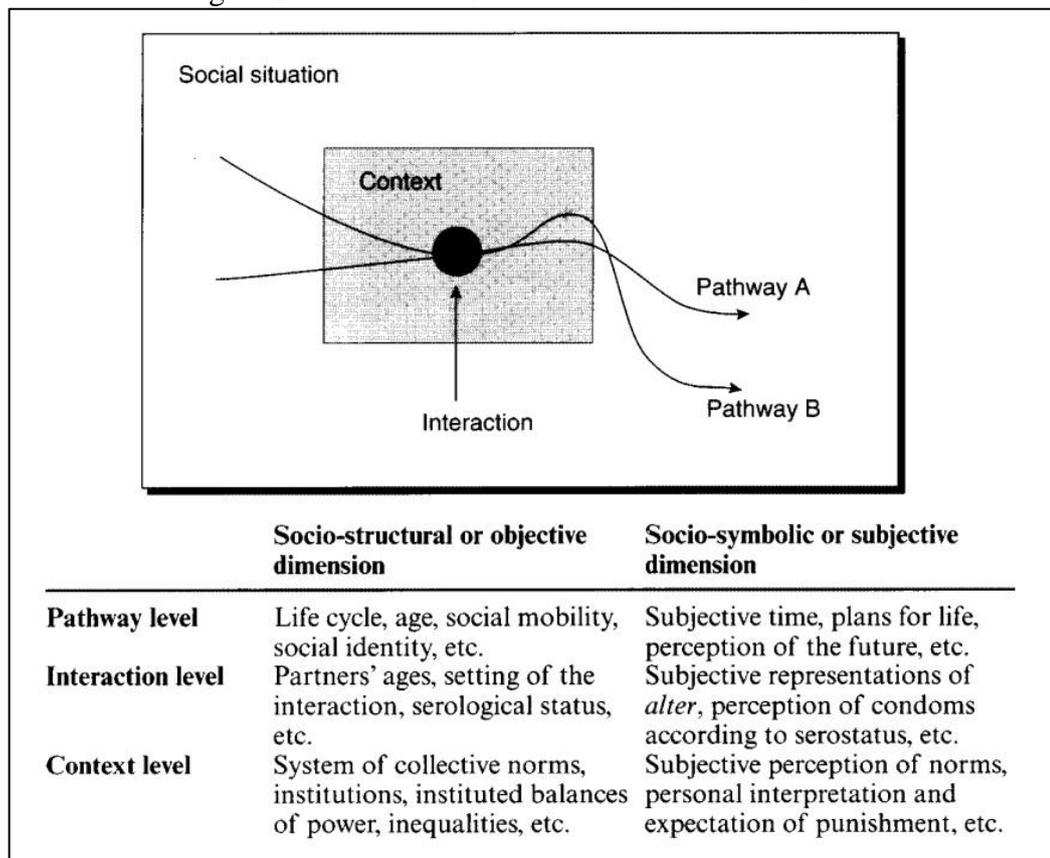
A inserção do conceito de vulnerabilidade no campo do HIV/aids foi inicialmente sintetizada pelos pesquisadores Jonathan Mann, Daniel Tarantola e Thomas Netter. Para estes autores, a vulnerabilidade ao HIV é derivada de uma série de fatores individuais, coletivos e contextuais, aos quais são responsáveis por aumentar a susceptibilidade da infecção. Neste modelo explicativo, tais fatores são organizados e categorizados em três dimensões de vulnerabilidade: individual, social e programática (AYRES *et al.*, 2003; MANN; MANN; TARANTOLA, 1996).

A dimensão individual, como o próprio nome já diz, refere-se aos fatores inerentes ao próprio indivíduo, e parte do pressuposto que qualquer pessoa pode ser susceptível à infecção e ao adoecimento. Os fatores incluídos nesta dimensão são: grau de informação e o grau de incorporação das informações acerca da infecção; sexualidade e parcerias; o uso de serviços e tecnologias de saúde, assim como de práticas de prevenção. Na dimensão social, os fatores são estruturantes contexto, e, portanto, estão relacionados à cultura, aos valores, e as relações sociais. Tais fatores poderiam ajudar a compreender uma determinada situação de vulnerabilidade de determinados grupos sociais, como exemplo: comportamentos ligados a valores sociais de gênero, racismo ou sexualidade; a negociação de práticas seguras; as normas sociais, políticas ou religiosas. Já a dimensão programática da vulnerabilidade diz respeito à aspectos que não dependem inteiramente dos indivíduos e suas relações, mas sim dentro de um contexto de inter-relações entre indivíduo e instituição. Neste caso, as ações e comportamentos dos indivíduos também dependem da mediação das diversas instituições sociais, de modo que

recursos estejam disponíveis para que as ações sejam concretizadas. Desta forma, a dimensão programática também pode ser denominada de dimensão institucional, e os principais fatores que a integram são: acesso à serviços e tecnologias de prevenção, assim como a estrutura, qualidade e organização destes serviços; qualificação dos profissionais de saúde; e políticas públicas de saúde (AYRES *et al.*, 2003; MANN; MANN; TARANTOLA, 1996) .

Outra sistematização do conceito de vulnerabilidade relacionada à infecção foi construída por François Delor e Michel Hubert (DELOR, 1997; DELOR; HUBERT, 2000a) a partir de uma pesquisa qualitativa conduzida na Bélgica entre 1995 e 1996. Neste estudo foi realizada uma análise em profundidade a partir de questionários semiestruturados aplicados para pessoas que viviam com o HIV. Fundamentado pelos resultados, o autor desenvolve uma matriz heurística para explicar a origem da vulnerabilidade social associada ao HIV, ao qual é baseada em três diferentes níveis (trajetórias, interações e contexto) e duas dimensões (socioestrutural e sociossimbólica) (Figura 3).

Figura 3. Matriz heurística da vulnerabilidade ao HIV.



Fonte: (DELOR; HUBERT, 2000a).

O nível das trajetórias diz respeito ao curso de vida de cada indivíduo. Em sua dimensão socioestrutural, as trajetórias podem representar o ciclo de vida, a mobilidade social ou a

identidade social, as quais forma características individuais objetivas. Já na dimensão socio-simbólica, ou também das características subjetivas, diz respeito a percepção de tempo, planejamentos e percepções de futuro. Já o nível das interações sociais é caracterizado quando as trajetórias individuais se cruzam, ou seja, geram um ponto de interseção. Por exemplo, para a sua dimensão socioestrutural podemos considerar as características: idade do parceiro, status sorológico, ou as formas de relação entre estes indivíduos. Os Para a dimensão socio-simbólica, pode ser considerado: percepção sobre a utilização do preservativo segundo o status sorológico, decisão do uso do preservativo, ou as representações dos sujeitos. Por fim, o nível de contexto representa as circunstâncias sociais as quais houve um ponto de intersecção entre duas trajetórias. Em sua dimensão socioestrutural, pode-se considerar: as iniquidades, os sistemas de normas sociais, instituições ou as relações de poder. Na dimensão socio-simbólica, considera-se: as percepções sobre as normas sociais ou a interpretação sobre expectativas de punição na sociedade (Figura 3) (DELOR; HUBERT, 2000a) .

Para José Ricardo Ayres e colaboradores (2003), a construção do imaginário sobre a vulnerabilidade ao HIV/aids é definida através do deslocamento da infecção “do plano individual para o plano das susceptibilidades socialmente configuradas”. Isso quer dizer que, além do foco sob infecção, existem fatores estruturais inerente à coletividade que também devem ser evidenciadas. Portanto, a redução da vulnerabilidade destes indivíduos dar-se-á por possibilidades de enfrentamento e transformação dos contextos sociais.

Além do mais, a definição da vulnerabilidade ao HIV foi um importante critério para conceituação do que a *Joint United Nations Program on HIV/AIDS* vem a chamar de “populações-chave”. Diferentemente da lógica reducionista dos grupos de risco, a proposta desta nova nomenclatura considera tanto o risco quanto a vulnerabilidade ao HIV como fatores consoantes e inerentes a determinados grupos, independentemente do contexto, mesmo que este os influencie de alguma forma. Pertencem a estes grupos: homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas trans, prisioneiros e encarcerados, profissionais do sexo, migrantes e usuários de drogas injetáveis (UNAIDS, 2020a) .

A distribuição da prevalência e incidência da infecção pelo HIV nas populações-chave pode variar de acordo à localidade e o curso histórico da epidemia para estes diferentes grupos. No Brasil e no mundo, uma população-chave significativamente afetada é a composta por TrMT. No mundo, estima-se uma alta prevalência e chance de infecção para o HIV entre as TrMT quando comparadas com a população em geral (BARAL *et al.*, 2013). Antes de

sintetizarmos o contexto de vulnerabilidade que circunscreve o contexto de vida das TrMT, faz-se necessário discutirmos e contextualizarmos as particularidades que as localizam socialmente

4.2 TRAVESTIS E OUTRAS MULHERES TRANS

TrMT são populações que geralmente enfrentam situações de exclusão e marginalização. Estes contextos são geralmente derivados dos efeitos do estigma social e da discriminação de gênero que circundam suas vidas. O resultado desta realidade é a vulnerabilidade social, pela falta de condições dignas de qualidade de vida, menor acesso aos serviços de saúde e a obtenção de cuidados essenciais, menor suporte social, e redução de acesso à empregos e escolaridade (BAGAGLI, 2016; BENTO, 2014; SAFER *et al.*, 2016; WHITE HUGHTO; REISNER; PACHANKIS, 2015).

No contexto das TrMT, as suas identidades são engendradas em um modelo de corpo dotado de historicidade com diferentes representações culturais, as quais extrapolam normas sociais da matriz tradicional do sexo/gênero impostas socialmente (BUTLER, 2002, 2016). A existência dessas identidades desviantes da matriz social imposta representa a inversão da materialização do sexo nos sujeitos, estabelecendo desta forma, uma identidade que é desviante, patológica e estigmatizada *“porque ou se nasce homem ou se nasce mulher”* (BENTO; PELÚCIO, 2012a; PEREIRA, 2006) .

Tais corpos “trans” gêneros, são o exemplo claro de como o ser indivíduo possui múltiplos significados sociais, e como estes próprios significados repercutem em suas vidas cotidianas. Os prefixos “trans” e “cis” são usualmente utilizados em palavras para denotar posição ou localização referente a algo ou alguma coisa. Estes termos passaram a ser utilizados metaforicamente para disseminar a localização ou posição sociocultural de um indivíduo na sociedade. Tal localização é demarcada pela relação entre os marcadores sexo/gênero e envolve basicamente dois fatores: autoafirmação e hetero identificação. Para aqueles que se identificam com o gênero da mesma forma que o sexo atribuído ao nascimento, são pessoas cis, enquanto aqueles que são gênero inconforme com o sexo atribuído, são pessoas trans.

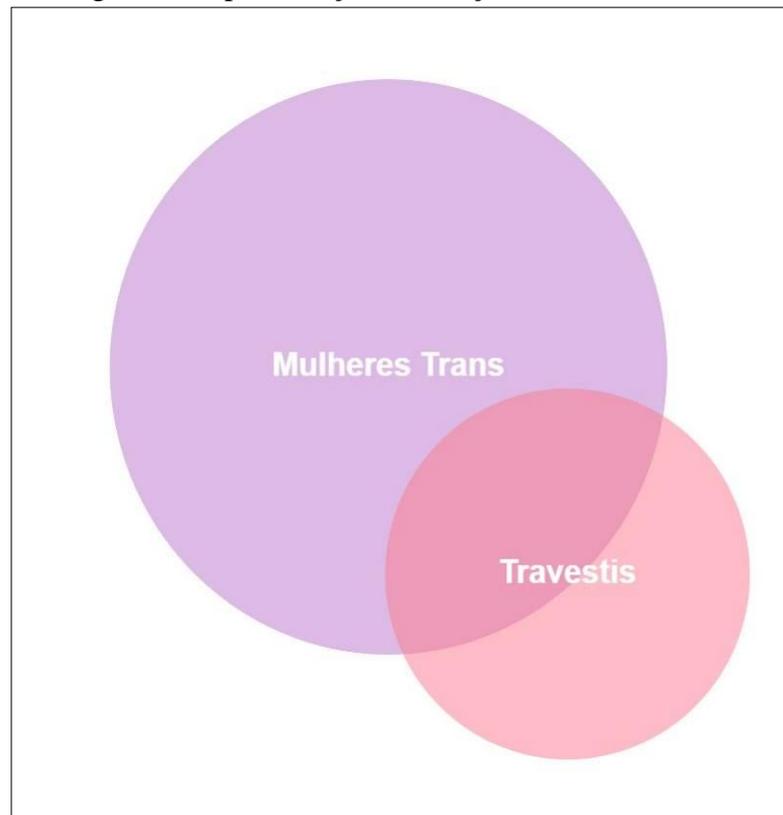
Amara Moira Rodvalho (2017) propõe que os significados dos prefixos “cis” e “trans” podem ser compreendidos, respectivamente, como “aquilo-que-deixa-de-cruzar” e “aquilo-que-cruza” a matriz social naturalizada. Em outras palavras: se cruza, isso significa deixar de

corresponder aos padrões da “heterossexualidade compulsória”⁴ e por isso ser subjugado; se não cruza, significa corresponder aos padrões sociais compulsórios e não ser subjugado (RODOVALHO, 2017). Entretanto, o termo transgênero vem de *Transgender*, popularizado nos Estados Unidos pela ativista Virginia Prince, retomando todas as dissidências inconformes, como um conceito “guarda-chuva” (EKINS; KING, 2008) .

Sabe-se que não há um consenso que defina um significado amarrado para ambas as populações (i.e., travestis e mulheres trans). Enquanto a “travestilidade” é proeminentemente latino-americana e com grande presença no Brasil, a “transgeneridade” é um termo que se populariza enquanto identidade abrangente. Por tanto a identidade “mulheres trans” tentaria abarcar em suma as identidades trans femininas. Mas nem sempre uma travesti busca construir sua identidade através do ser “mulher” como escusa de fugir dos padrões sociais pré-estabelecidos da cisgeneridade. Assim como pode se observar a figura 4, existe uma intersecção entre as identidades e não uma união. Entre as TrMT, afirmar-se significa se identificar e legitimar socialmente, politicamente e culturalmente enquanto uma forma reconhecida de feminilidade, e não necessariamente ao padrão declarado: “mulher cisgênera” (RODOVALHO, 2017).

⁴ A heterossexualidade compulsória foi um conceito cunhado inicialmente por Adrienne Rich (1980) que representa a exploração institucionalizada e assegura da subalternidade feminina. No contexto da transgêneridade, Judith Butler (2016) traz a heterossexualidade compulsória como um dispositivo regulador que, através de normas culturais, naturaliza a inteligibilidade dos corpos “desejáveis “na sociedade.

Figura 4. Representação da relação entre as TrMT



Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

As TrMT, ao inverterem padrões cisnormativos, encontram o estigma na forma da discriminação de gênero como uma das barreiras para obtenção de pleno bem-estar físico, mental e social (MAGNO; DOURADO; SILVA, 2018a; MONTEIRO; BRIGEIRO, 2019; ROCON *et al.*, 2016, 2018; ROMANO, 2008). Enquanto o estigma se posiciona como campo subjetivo de características ou “atributos” fortemente depreciativo que resulta nas iniquidades sociais, a discriminação de gênero é a consequência nociva operante do estigma e que atua objetivamente promovendo rejeição e exclusão entre as TrMT justamente por serem quem elas são (LINK; PHELAN, 2001).

A materialização da discriminação de gênero pode ser observada nos mais diversos contextos sociais das TrMT: desrespeito ao nome social, má qualidade de atendimento e despreparo dos profissionais nos serviços de saúde, tornando-se barreiras para o acesso; rejeição e exclusão no ambiente familiar, por amigos, vizinhos ou pessoas desconhecidas; situações de agressão física, verbal ou sexual nos mais diversos espaços públicos, privados ou religiosos (BONASSI *et al.*, 2015; LEITE *et al.*, 2021; MAGNO; DOURADO; SILVA, 2018b; RODRIGUEZ, 2014; VALENTINE; SHIPHERD, 2018; VARTABEDIAN, 2014; WHITE HUGHTO; REISNER; PACHANKIS, 2015) .

Além do mais, como consequência de um sistema operado por múltiplas estruturas de opressão, as TrMT também podem estar submetidas ao racismo, diferenças de classe social, diferenças regionais e culturais. No Brasil, o perfil de travestis e pessoas trans que mais morrem por causas violentas se concentra em pessoas pretas, pobres e periféricas (BENEVIDES, 2025).

Como consequência deste sistema fortemente subsidiado pelo estigma e a discriminação, a opção viável para é a fuga destes contextos e o deslocamento para locais onde as TrMT consigam ao menos a construção de uma vida digna. Entretanto, os deslocamentos migratórios ainda são pouco estudados nesta população (MOUNTIAN, 2015; PADILLA *et al.*, 2016; VARTABEDIAN, 2014). Mountian (2015) discute que a migração faz parte da vivência de TrMT, sendo fundamental e geralmente relacionado à busca por espaços maior de aceitabilidade, mobilidade social, pelas mudanças corporais, e também pelo trabalho sexual. A contextualização do processo migratório e seus aspectos distintos para TrMT serão explorados nas sessões seguintes.

4.3 MOBILIDADE E HIV

4.3.1 Contextualizando o fenômeno migratório

A migração consiste em um fenômeno que representa a dinâmica dos deslocamentos populacionais ao longo de um espaço geográfico. Apesar da definição mais clássica tratar este fenômeno como uma mudança permanente (RAVENSTEIN, 1889), outros autores defendem que a migração não se restringe apenas como tal, mas também como deslocamentos semipermanentes, temporários, pendulares ou sazonais (LEE, 1966).

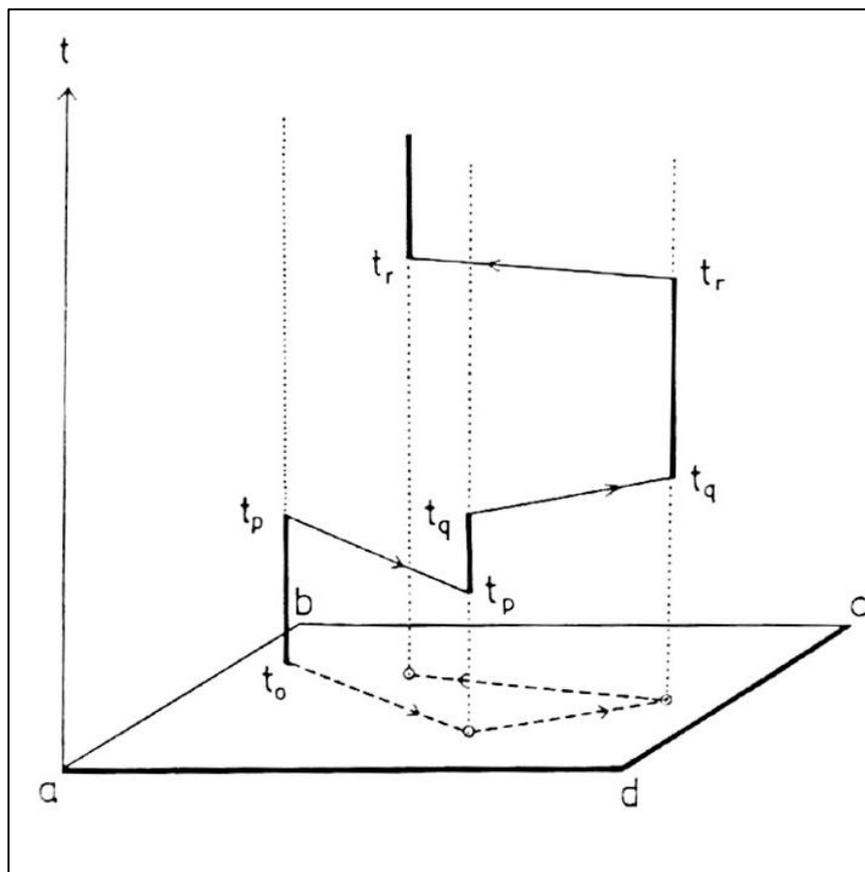
Ravenstein (1889) é considerado um dos primeiros autores a investigar profundamente o fenômeno migratório. Ele defendeu que todo processo migratório não ocorre de forma aleatória e sim através de leis que o regem: a) prevalecem as migrações de curtas distâncias; b) os crescimentos econômico e industrial induzem ao aumento da migração; c) a migração se dá de áreas rurais para áreas urbanas; d) quando ocorrem migrações de longas distâncias, predominam-se os grandes centros industriais como destino; e) existem etapas para que o processo migratório ocorra; f) toda migração gera uma corrente de deslocamento oposta; g) populações urbanas migram menos que populações rurais; h) entre mulheres existe uma predominância de migrações internas, enquanto para os homens são as migrações externas; i) os migrantes são, em geral, adultos; j) a migração é o principal fator de aumento populacional

de grandes centros urbanos; k) e por fim, a principal causa da migração são as questões econômicas.

A abordagem utilizada por Ravenstein (1889), apesar de conservadora, serviu de base para discursões da teoria neoclássica da migração proposta por Everett Lee (1966): a migração possui um importante aspecto social, uma vez que é vinculada às profundas mudanças históricas, estruturais e culturais que interferem na constituição da humanidade. Portanto, a migração deve ser considerada também como um fenômeno social, e como tal, deve ser tratada como um campo multifacetado e complexo (LEE, 1966; SINGER, 1972) .

Em suma, a migração pode ser trabalhada a partir de duas perspectivas: social, através da dinâmica de balanceamento populacional em diferentes áreas geográficas; ou individual, sob o aspecto comportamental humano. Hägerstrand (1969) desenvolveu um modelo explicativo das dinâmicas migratórias no qual os indivíduos são representados por trajetórias em pontos coordenados no tempo, com início no momento do nascimento e com o final no momento da morte (Figura 4).

Figura 5. Trajetória individual em tempo e espaço.



Fonte: (HÄGERSTRAND, 1969)

Observa-se na Figura 4 um gráfico com: eixo vertical “t” (tempo) que pode ser medido em dias, meses ou anos; os eixos “a”, “b”, “c” e “d”, que representam o espaço geográfico⁵; e as coordenadas “t_x”. A coordenada t₀ representa o tempo zero do indivíduo no ponto inicial. Deste ponto, existem duas possibilidades de trajetória: vertical ou estacionária, quando o indivíduo permanece em uma mesma coordenada geográfica ao longo do tempo; e horizontal ou migratória, quando o indivíduo se desloca de coordenada em algum tempo específico. Desta forma, temos as trajetórias: t₀/t_p, t_p/t_q, t_q-/t_r e t_r/∞ como estacionárias; e as trajetórias t_p/t_p, t_q/t_q e t_r/t_r como migratórias (HÄGERSTRAND, 1969).

Concomitantemente, durante o final dos anos 1960 e início dos anos 1970 surgiram as primeiras abordagens analíticas para a compreensão e análise destas trajetórias migratórias (OLIVEIRA, 2011). Para a teoria da economia neoclássica, o migrante seria um ser racional capaz de administrar sua realidade com fim de maximizar a probabilidade de uma escolha que o melhor beneficie. A mudança é decidida através de um cálculo de custo-benefício, que por sua vez é baseado na maior produtividade, maior concentração de renda ou melhor trabalho. Desta forma, o indivíduo é considerado a parte central deste processo (LEE, 1966; OLIVEIRA, 2011).

Entretanto, para o sociologista Douglas Massey (1993), o migrante, ao ter como base de escolha o mercado, torna-se capital humano para distribuição em diferentes regiões dentro de um sistema movido pela produção. Logo, se um indivíduo é deslocado pela força de trabalho, o processo decisório que o leva a se deslocar deixa de ser individual, e passa a ser baseado em “unidades de produção”(MASSEY *et al.*, 1993).

Ampliando a análise sobre a migração, Lee se debruça sobre a noção de “seletividade do migrante”, ou seja, quais outras características desse indivíduo (idade, sexo, escolaridade, profissão) poderiam ser condicionantes neste processo. Em sua abordagem, o autor desenvolve dois grupos de fatores classificados como: de “atração” e de “repulsão”. Os fatores de “atração” são responsáveis por impulsionarem a mudança de indivíduos para um novo local, enquanto os fatores de “repulsão” são responsáveis por induzir estes mesmos a saírem do seu local de origem (LEE, 1966).

⁵ Para Emil Mazúr (1983), “o espaço geográfico” é um conceito relacional: na perspectiva do espaço absoluto, pode ser entendido como espaço vazio formado pela localização delimitada por diferentes coordenadas topográficas. Pode ser compreendido como espaço vazio ao qual é preenchido pela soma de paisagens e/ou estruturas espaciais comuns. Entretanto, vale salientar que um espaço geográfico não se configura meramente como um dado espacial técnico, mas também social. Para Milton Santos (1978), mais que elementos inanimados, o espaço geográfico também é formada pelas relações sociais historicamente produzidas. O território inanimado antecede o espaço para dar lugar a reprodução da história dos seus atores sociais e a formação da própria sociedade (SANTOS, 1978).

Nessa perspectiva, os deslocamentos consistem em um resultado da combinação entre fatores de atração e repulsão, os quais, necessariamente, possuem sentidos determinados sob contextos específicos (LEE, 1966). Outros teóricos como Germani (1974) e Singer (SINGER, 1972) discutem que além dos fatores de repulsão e atração, a migração é um resultado de múltiplos fatores interdependentes: de atração e repulsão; contexto social, cultural e político. Tal abordagem teórica foi denominada de histórico-estruturalista (OLIVEIRA, 2011).

Partindo da compreensão de que a migração, fora de um contexto, não pode ser completamente apreendida, é fato que tal fenômeno faça parte concreta da história da formação da humanidade, assim como na constituição brasileira. Dois grandes momentos marcam o país: as migrações estrangeiras do período colonial, como a chegada dos portugueses, o tráfico de africanos escravizados, e posteriormente as migrações italiana, alemã e japonesa; e as migrações internas ao país, marcadas pela interiorização no período colonial, e posteriormente, na industrialização, marcada especialmente pelo êxodo rural. Até 1980 o Brasil viveu um intenso fluxo de migrações interestaduais, essencialmente norte/nordeste para sul/sudeste. Atualmente, ainda é predominante os deslocamentos intermunicipais e interestaduais, principalmente direcionados às capitais (BAENINGER, 2015; CUNHA, 2012).

A migração associada a um processo histórico, político e econômico, pode trazer grande impacto no contexto de social de vida dos indivíduos. Alguns estudos já demonstraram que os imigrantes, quando comparados com a população de origem, podem apresentar maior pobreza, desemprego e exclusão social e desfechos negativos na saúde (CASTAÑEDA *et al.*, 2015; PFARRWALLER; SURIS, 2012; WICKRAMAGE *et al.*, 2018).

Na literatura, diferentes abordagens são utilizadas para investigar a relação entre os processos migratórios e a saúde: a comportamentalista, no qual a análise é centrada nos comportamentos individuais e nas escolhas; a cultural, ligada aos costumes, tradições, hábitos de vida ou praxe de determinados grupos sociais; e a abordagem estrutural que pode ser traduzida em uma hierarquia de múltiplos fatores sociais, políticos, institucionais, individuais, que podem afetar a saúde dos migrantes. Apesar da perspectiva estrutural ser a menos comumente empregada, tal abordagem fornece subsídio para construção de modelos teóricos nos quais a migração é consoante com a noção de determinantes sociais da saúde (DSS). Neste sentido, a área mais comum em ser trabalhada consiste em avaliar os efeitos ou impacto da migração sobre a saúde do indivíduo ou populações (CASTAÑEDA *et al.*, 2015).

Castañeda e colaboradores (2015) discutem que os cenários de bem-estar social, qualidade de vida, estilo de vida, emprego, entre outros, são fatores diretamente ligados a migração, funcionando tanto como causa e consequência de evento. Ou seja, a migração

também opera como um determinante social, que pode agir isoladamente ou simultaneamente com estes demais fatores para influenciar diretamente na saúde, ou no acesso às tecnologias e serviços de cuidado e prevenção. Além disso, é importante citar que a migração pode pressionar continuamente o sistema de saúde locais, pelo intenso fluxo de indivíduos e aumento das demandas geradas (GRANADA *et al.*, 2017; PERDOMO, 2007).

Outro fator que explica a associação da migração com a saúde do indivíduo são as redes de contatos sociais. Migrantes tendem a perder seus vínculos sociais e redes de apoio derivadas dos seus locais de origem. Como consequência, a exclusão social e a falta de suporte podem ser responsáveis por gerar um contexto de vulnerabilidade sobre este indivíduo (CASTAÑEDA *et al.*, 2015; GERMANI, 1974). De outro modo, as novas redes de contatos sociais formadas no novo local de residência também podem influenciar sobre a saúde destes indivíduos. Segundo Tilly (2017), a identidade “migrante” é construída e influenciada a todo momento pelas estruturas sociais coletivas, e da mesma forma suas condições de vida. Uma vez formado novos vínculos, as relações articuladas entre migrantes e não migrantes tendem a promover um processo de subordinação e adaptação ao contexto da rede local. O local de destino pode re-significar as ações e comportamentos do migrante à sua imagem, inclusive a saúde (CASTAÑEDA *et al.*, 2015; GERMANI, 1974; TILLY, 2017)

4.3.2 Migração e vulnerabilidade ao HIV entre as TrMT

Como mencionado anteriormente, no contexto das TrMT, a mobilidade dentro do Brasil ou internacional faz parte de suas trajetórias de vida. Para população geral é comum observamos a migração associada principalmente a fatores como: trabalho formal e informal, mobilidade social ou tentativa do aumento da qualidade de vida (CUNHA, 2012; LEE, 1966; OLIVEIRA, 2011). Entretanto, entre as TrMT existem outros aspectos específicos que norteiam tal fenômeno. Vartabedian (2014) discute que as chamadas “migrações trans” são muitas vezes motivadas pela própria construção da identidade: modificações corporais, trabalho sexual e fuga do estigma e da discriminação de gênero nos mais diversos contextos sociais.

É uma situação comum entre as TrMT, diferentes contextos violência e transfobia que mobilizam a fuga destes contextos sociais. E ao chegar no novo local enfrentam violências semelhantes e adicionais: desrespeito ao nome social, discriminação de gênero, abusos em seus relacionamentos e abusos familiares, ameaças e ocorrências de sexo forçado. Concomitantemente, a falta de acesso à serviços de saúde promove a procura por redes informais de modificações corporais: utilizações de hormônio sem prescrição e orientação, uso

de silicone líquido industrial e procedimentos estéticos e cirúrgicos clandestinos. Além disso, o trabalho sexual também pode ser um resultante direto da migração, dada a dificuldade de conseguir empregos formais. Especialmente para o trabalho sexual, a migração também pode vir como resposta, para a busca de novos mercados sexuais, tanto internos como internacionais (BIANCHI, FERNANDA T *et al.*, 2014; MAGNO; DOURADO; SILVA, 2018b; MOUNTIAN, 2015; NURENA *et al.*, 2011; PADILLA *et al.*, 2016; VARTABEDIAN, 2014).

Estes contextos de marginalização e a fragilidade que a migração pode gerar sobre a vida das TrMT, podem também estar aumentando o risco de infecção pelo HIV (UNAIDS, 2014b). Diversos estudos evidenciam que um dos efeitos da migração é aumentar, tanto diretamente quanto indiretamente, a vulnerabilidade ao HIV/aids dos indivíduos imigrantes, quando comparados aos residentes do local de origem na população geral (DZOMBA *et al.*, 2019; LEWIS; WILSON, 2017; ROSS; CUNNINGHAM; HANNA, 2018; WEINE; KASHUBA, 2012)

Entretanto, t

r tal associação não é um caminho livre de complexidade. Segundo os autores Deane, Parkhurst e Johnston (2010), existem duas teorias que explicam essa linha de determinação: a primeira proposta relaciona a migração com o aumento das interações humanas, incluindo a interação sexual com parcerias em contextos em que existe uma alta prevalência do HIV; e a segunda proposição diz respeito aos fatores de risco que o migrante pode estar mais exposto em comparação aos residentes do local de nascimento. A segunda teoria é a que tem sido mais adaptada para os estudos epidemiológicos. (DEANE; PARKHURST; JOHNSTON, 2010b)

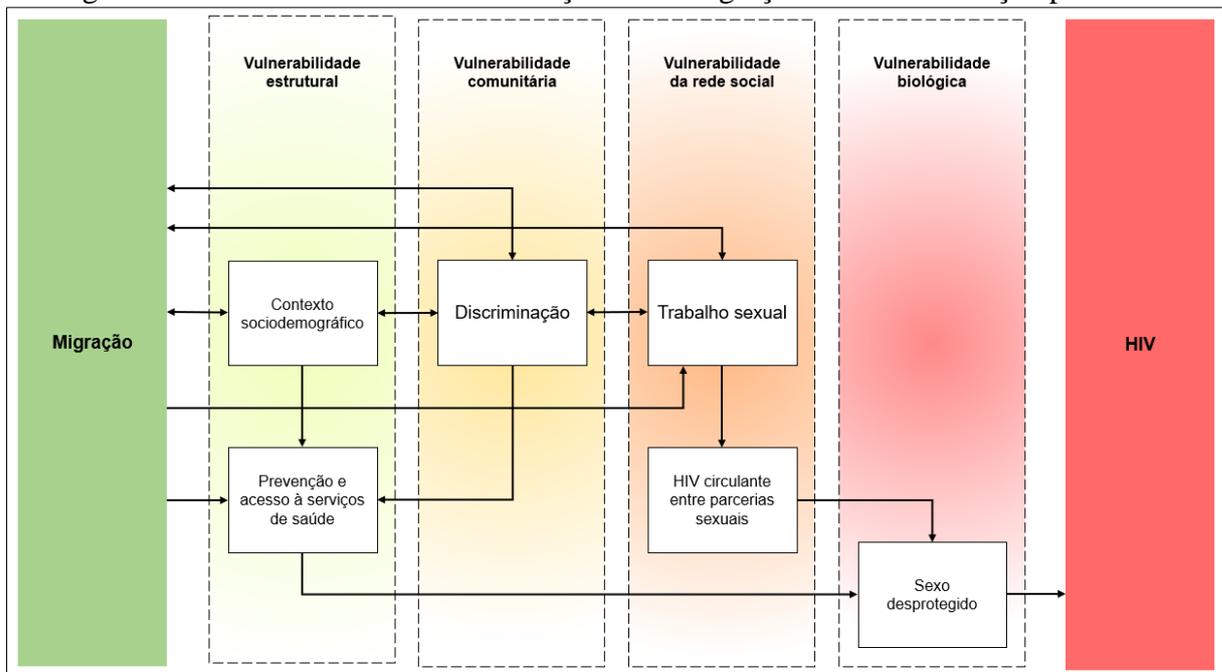
Para as TrMT, alguns poucos trabalhos na literatura também têm demonstrado a migração como fator de vulnerabilidade ao HIV (ALESSI *et al.*, 2020; BARRINGTON *et al.*, 2018; BIANCHI, FERNANDA T *et al.*, 2014; MORIARTY *et al.*, 2019; NUTTBROCK; HWAHNG, 2017; RANA *et al.*, 2016; WILSON *et al.*, 2011; ZEA *et al.*, 2013). Um estudo realizado em Bogotá por Bianchi e colaboradores (2014) demonstrou que a migração gerou isolamento social entre MT por perderem seus antigos contatos. Desta forma, houve uma facilidade de entrada no trabalho sexual pela influência da nova rede que se inseriram, e por serem novos neste mercado, ainda não possuíam experiência suficiente para negociar práticas sexuais mais seguras. Além disso, o conhecimento sobre HIV e outras IST era baixo, houve utilização inconsistente de preservativos nas relações e pouca regularidade na testagem para HIV (BIANCHI, FERNANDA T *et al.*, 2014). Em outro estudo de Nuttbrock e Hwahng (2017), com 199 MT de Nova York, revelou que possivelmente ser estrangeira poderia aumentar a chance de trabalho sexual, de sexo anal receptivo desprotegido e de infecção pelo HIV.

Já Rana e colaboradores (2016), em um estudo com 889 hijras, indicaram que a migração reduziu a chance de uso de preservativo no sexo anal na última relação; menor chance de uso consistente de preservativo no sexo anal com novos clientes na última semana; menor chance de uso consistente de preservativo no sexo anal com clientes regulares na última semana. O engajamento no trabalho sexual e a baixa utilização de métodos de proteção também foram relatadas em outros estudos qualitativos com a mesma população (RANA *et al.*, 2016).

Além do HIV, outras IST também foram observadas como possível consequência do efeito migratório. Moriarty e colaboradores (2019), em um estudo com 199 MT, revelou que a migração também pode ser responsável por aumentar a prevalência de gonorreia e clamídia, entretanto aumenta pouco a prevalência de HIV. E outros estudos, a migração também foi identificada como um fator responsável por agir como uma barreira ou diminuir o acesso aos serviços de saúde, inclusive os de prevenção e controle ao HIV/aids (ALESSI *et al.*, 2020; BARRINGTON, C *et al.*, 2018; WILSON, ERIN *et al.*, 2011; ZEA *et al.*, 2013).

Dada a vulnerabilidade ao HIV que as TrMT podem estar expostas e sua relação provável com os fenômenos migratórios, podemos propor um modelo conceitual que considera diferentes fatores explicativos da associação entre migração e a infecção por HIV entre TrMT (Figura 6).

Figura 6. Modelo conceitual da associação entre migração interna e infecção por HIV.



FONTE: Elaborado pela autora, 2022.

O modelo conceitual retratado na figura 6 ilustra a relação entre a migração e a infecção pelo HIV, destacando diferentes dimensões de vulnerabilidade. A dimensão estrutural, em verde, inclui fatores relacionados ao contexto sociodemográfico, como desigualdades sociais, econômicas e culturais que afetam a população TrMT migrante, assim como também o acesso à serviços de saúde e a prevenção ao HIV. No contexto comunitário, em amarelo, destaca-se a discriminação sofrida pelas TrMT, seja ela produzida pela transfobia, racismo, classe social ou outros estigmas sociais. A discriminação aumenta a exclusão, diminui o acesso à saúde, e aumenta vulnerabilidade ao HIV. No contexto da vulnerabilidade na rede social, em laranja, diz respeito aos contatos sociais e sexuais que aumentam a chance de infecção, como o trabalho sexual e HIV circulante entre parcerias sexuais. Em vermelho, a dimensão biológica é representada pelo sexo desprotegido como fator mais proximal à infecção. Fatores como o sexo anal receptivo desprotegido e a presença de IST possuem relação direta com o HIV, uma vez que possuem plausibilidade biológica para a infecção. Desta forma, o modelo conceitual proposto indica que a migração possui relações com a infecção pelo HIV, através de diferentes vias e dimensões.

5 MÉTODOS

5.1 DESENHO

Este trabalho é fruto de um recorte de dados de TrMT participantes de dois estudos de corte transversal com amostragem *Respondent-Driven Sampling* (RDS): o estudo PopTrans realizado com TrMT da cidade de Salvador (Vulnerabilidade ao HIV/aids, sífilis e hepatites virais na população de travestis e transexuais e seus modos de vida em Salvador-Bahia) entre setembro de 2014 e abril de 2016; e o estudo DIVAS realizado entre outubro de 2016 e julho de 2017 (Estudo de Abrangência Nacional de Comportamentos, Atitudes, Práticas e Prevalência de HIV, Sífilis e Hepatites B e C entre Travestis e Mulheres Transexuais- financiado pelo DCCI/MS) realizado em 12 capitais do Brasil: Manaus, Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba, Porto Alegre, Campo Grande e Brasília. Para essa tese utilizamos os dados das três cidades da região Nordeste: Salvador, Recife e Fortaleza.

O Nordeste compõe a segunda região mais populosa do Brasil, somando uma população de mais de 57 milhões indivíduos e mais da metade autodeclarada como preta ou parda. Salvador, Fortaleza e Recife são as três capitais mais populosas do Nordeste, grandes centros metropolitanos marcados por desigualdades sociais e disparidades de acesso a saúde e educação.

Os dois estudos coletaram dados socioeconômicos, demográficos, culturais comportamentais e sorológicos na população de mulheres trans e travestis, para fins de monitoramento do HIV e outras IST nessa população para os três municípios.

Realizamos uma revisão de escopo para estabelecer a relação entre migração e infecção pelo HIV em mulheres trans de acordo com o PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist, 2018 (TRICCO *et al.*, 2018).

5.2 POPULAÇÃO

Para o estudo PopTrans, a amostra final foi composta por 127 TrMT com 15 anos de idade ou mais. Já para o estudo DIVAS, a amostra final foi composta por 864 TrMT com 18 anos de idade ou mais. Para ambos os estudos os critérios de inclusão foram: ser residentes do município sítio do estudo, aceitar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), aceitar responder o questionário, estar disposta a recrutar seus pares, ter tido pelo menos 1 relação

sexual nos últimos 12 meses e aceitar realizar o teste rápido para HIV. Os critérios de exclusão para ambos os estudos foram: ter menos de 15 anos de idade (estudo PopTrans), ter menos de 18 anos de idade (estudo DIVAS) e estar sob influência de álcool ou drogas que impossibilitassem a realização da pesquisa.

5.3 AMOSTRAGEM E RECRUTAMENTO

O método de amostragem utilizado para selecionar e recrutar as participantes foi o *Respondent Driven Sampling* (RDS). Esta foi uma estratégia desenvolvida para populações de difícil acesso aos pesquisadores, na qual as participantes são recrutadas pelos seus pares (outras TrMT) dentro da sua própria rede de contatos sociais, como ocorre no recrutamento por “bola-de-neve”. Para que ocorra o recrutamento seja conduzido, o RDS pressupõe um sistema de incentivos financeiros destinado às participantes, o qual funciona como um ressarcimento dado pelo tempo de contribuição na pesquisa. São dois incentivos: o incentivo primário é dado à TrMT que está participando do projeto; já o incentivo secundário é dado à participante proporcionalmente à quantidade de pares recrutados (HECKATHORN, 1997).

As primeiras participantes do estudo são denominadas de “sementes”. Estas sementes são escolhidas pelos pesquisadores segundo características sociodemográficas distintas (raça/cor, nível socioeconômico, localização), com o objetivo de maximizar a variabilidade da rede. As sementes recebem cupons (convites) para o recrutamento de seus pares dentro de sua rede de contatos, obedecendo os critérios de inclusão. Em ambos os estudos, cada participante recebeu três cupons para convidar até outras três TrMT. Uma pesquisa formativa com as participantes foi realizada inicialmente, contatando-as através de movimentos sociais e locais comuns de convivência, para selecionar potenciais sementes.

Faz-se necessário reforçar que o RDS é uma estratégia de recrutamento que produz uma amostra de conveniência. Para isso, Douglas Heckathorn (1997) desenvolveu um método de ponderação da amostra final baseado em um modelo matemático para compensar o fato da amostragem não-aleatória. Este modelo pressupõe a formação da cadeia de recrutamento das participantes através de um processo estocástico particular que possui a propriedade de uma “cadeia de Markov”.

A cadeia de Markov é caracterizada por um conjunto de variáveis aleatórias em que o estado inicial é conhecido e a probabilidade do estado futuro depende somente do estado atual. Desta forma, a probabilidade de transição de cada estado depende de uma matriz estocástica. Uma vez que existe uma relação recíproca entre participantes dentro de uma rede de contatos,

a rede tende a uma relação de homofilia. O objetivo da ponderação é que a amostra total seja convertida ao equilíbrio entre as proporções de cada rede gerada pelas participantes. Logo, o cálculo do equilíbrio considera: a probabilidade de convite de uma participante em uma determinada rede, a proporção de membros de cada rede, o número de pessoas que um membro conhece em sua rede pessoal e o número de conexões na rede, conforme mostrada na equação 1.

$$\hat{P}_A = \left(\frac{n_A}{n}\right) \left(\frac{\hat{\delta}_U}{\hat{\delta}_A}\right) \quad (1)$$

O equilíbrio da proporção amostral (\hat{P}_A) pode ser expresso em função da multiplicação da proporção de indivíduos de uma rede isolada (n_A) sobre o total da amostra (n) pela razão da média de conexões do total da amostra ($\hat{\delta}_U$) sobre a média de conexões de uma rede isolada ($\hat{\delta}_A$). Isso quer dizer que o equilíbrio em \hat{P}_A representa o tamanho da amostra multiplicado pelo inverso proporcional da média de conexões da amostra. Por fim, homofilia é obtida pela proporção de ligações dentro do conjunto de redes e o que seria esperado se a configuração de cada rede fosse dada de forma aleatória. A correção é dada pelo ajuste do grau de homofilia da matriz estocástica (HECKATHORN, 1997).

As informações que compõe o cálculo do tamanho da rede de contato de cada participante foram obtidas em ambas as pesquisas através das seguintes perguntas do questionário: “Quantas travestis/mulheres trans você conhece, pelo nome/apelido e que também conhecem você pelo seu nome/apelido, que moram, trabalham ou estudam no município? ”, “E dessas que você citou, quantas você encontrou ou falou pessoalmente, por telefone ou facebook/whatsapp nos últimos 30 dias? ” e “E dessas travestis/mulheres trans, quantas você convidaria para participar desta pesquisa?”.

5.4 COLETA DOS DADOS

Em ambas as pesquisas as participantes foram entrevistadas por entrevistadores previamente treinados. O questionário do estudo PopTrans foi estruturado nos seguintes blocos: visibilidade trans; uso de álcool e outras drogas; serviços de saúde; modificações corporais; histórico de prisão; prostituição; teste de HIV, Sífilis e Hepatite B e C; prevenção e uso de preservativo; saúde mental; violação de direitos humanos e discriminação; informações sobre rede de contatos sociais; conhecimento e aceitabilidade do PrEP (Profilaxia Pré-Exposição); informações sociodemográficas (ANEXO A). Para o estudo DIVAS, os seguintes blocos foram

estruturados: informações sociodemográficas, conhecimento sobre IST, aids, hepatites virais e acesso a preservativos, assistência à saúde, teste de HIV, sífilis e hepatites, discriminação, violência e violação de direitos humanos, comportamento sexual, álcool e outras drogas, modificações corporais, saúde mental, envolvimento com o sistema de justiça criminal, apoio social e resiliência e orgulho trans (ANEXO B).

As participantes foram encaminhadas para testagem sorológica para HIV, sífilis, hepatite B e C com profissionais de saúde capacitados, seguindo a Portaria no 34 de 28/07/05 da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, e seguindo as instruções de cada um dos fabricantes (os testes rápidos foram fornecidos pelo então Programa Nacional de HIV/Aids e outras infecções sexualmente transmissíveis). Quando reagente para HIV, os testes eram repetidos seguindo protocolo, e caso confirmado, as participantes eram encaminhadas para os serviços de saúde para acompanhamento. O fluxo de cada pesquisa é detalhado nas figuras 7 e 8.

Figura 7. Sequência da pesquisa de campo- Estudo PopTrans

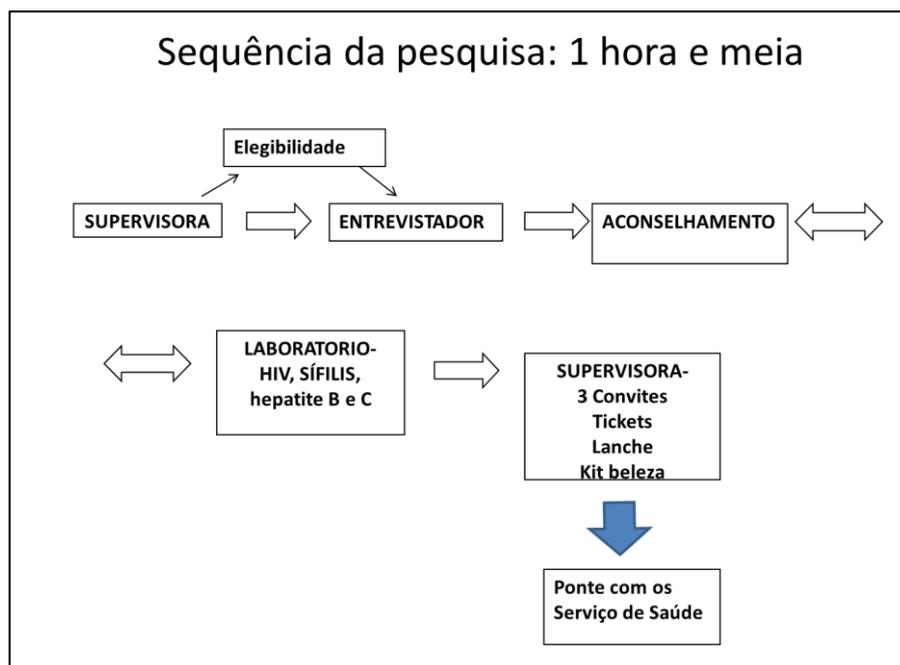
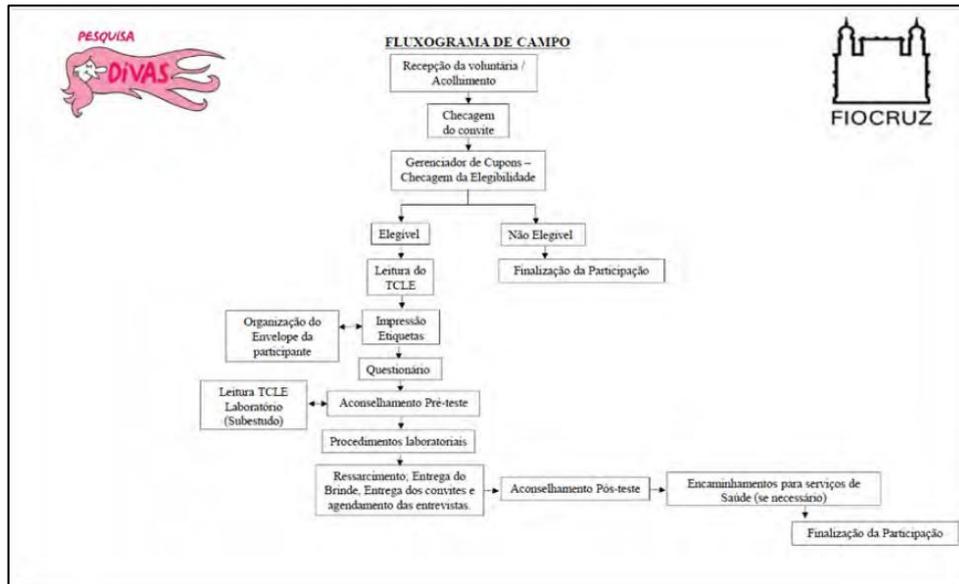


Figura 8. Sequência da pesquisa de campo- Estudo DIVAS



5.5 VARIÁVEIS

As variáveis utilizadas como desfecho foram: infecção por HIV (PopTrans e DIVAS). A infecção por HIV foi definida como uma variável categórica dicotômica (não e sim). O resultado positivo foi obtido através da confirmação de dois testes rápidos (TR) reagentes. Resultados com primeiro teste reagente e segundo teste não reagente ou indeterminado foram excluídos da análise. Os resultados não reagentes para o teste rápido foram considerados negativos.

A infecção por sífilis na vida foi definida como uma variável categórica dicotômica (não e sim). O registro foi realizado através de dois TR não-treponêmicos reagentes. Quando o primeiro TR não-treponêmico foi negativo, registrou-se negativo. Resultados discordantes ou indeterminados foram desconsiderados.

As demais variáveis utilizadas para este estudo serão descritas nos respectivos artigos.

5.6 ANÁLISES DOS DADOS

A análise dos dados dos estudos com RDS foi realizada considerando a dependência entre as observações resultantes das cadeias de recrutamento, das probabilidades de seleções desiguais e dos diferentes tamanhos da rede de cada participante. No estudo DIVAS, os dados das 3 cidades foram organizados em um único banco de dados, e cada cidade considerada como um estrato. No estudo PopTrans, Salvador foi considerada um estrato único em si tratando do

recrutamento em uma única cidade. Em cada estrato, o peso foi inversamente proporcional ao número de conexões da rede de cada participante multiplicado pelo tamanho amostral, totalizando o tamanho do estrato (estimador RDS-II) (VOLZ; HECKATHORN, 2008). Os dados serão analisados com a rotina de amostras complexas do programa STATA–survey (STATACORP, 2019).

Para a inferir a associação de cada variável utilizada sobre a infecção pelo HIV (variável categórica dicotômica) será utilizado o modelo de regressão logística binomial para a estimação das Odds Ratio (OR) brutas e ajustadas. Os modelos serão ajustados através da estratégia *backward*: para inserção das variáveis iniciais serão consideradas todas as variáveis cujo α seja menor ou igual a 1%; a permanência ou saída de cada uma das variáveis do modelo será avaliada através de sua importância teórica para o ajuste do modelo explicativo, a mudança da magnitude do efeito e o parâmetro de bondade de ajuste do modelo calculada pelo teste de *Hosmer-Lemeshow* para amostras complexas (ARCHER; LEMESHOW, 2006). Outros detalhes da análise estão descritos em seus respectivos artigos.

5.7 REVISÃO DE ESCOPO

Recuperamos estudos que investigaram a associação entre migração de mulheres trans e infecção pelo HIV. Foram incluídos estudos quantitativos e qualitativos observacionais publicados no idioma inglês, português ou espanhol. Os critérios de exclusão foram: estudos experimentais, livros ou capítulo de livros, editoriais ou artigos de opinião e revisões narrativas, integrativas, sistemáticas com ou sem metanálise.

5.7.1 Definição da exposição e desfecho

A estratégia utilizada foi a PECD (População, exposição, comparador e desfecho). Considerou-se como grupo mulheres trans, a exposição como a migração, o comparador como a população de mulheres trans residentes do local de nascimento, e o desfecho como a infecção pelo HIV, ou comportamentos de risco individuais, como: sexo anal sem camisinha ou trabalho sexual.

5.7.2 Busca e seleção dos estudos

As bases de dados PubMed (by MEDLINE), Embase, Lilacs (by Virtual Health Library), Web of Science e Scopus foram utilizadas para a busca e os termos Medical Subject Headings

(MeSH Terms) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Emtree “Transgender Persons”; “Human Migration” e “HIV” foram utilizados para identificar cada um dos artigos. A pesquisa foi realizada até março de 2022.

Os artigos resgatados foram inseridos no Rayyan® (Ouzzani M, 2016). A primeira etapa consistiu na avaliação inicial de títulos e resumos. A segunda etapa consistiu na leitura completa dos artigos selecionados na primeira etapa. Na não concordância dos dois avaliadores, um terceiro avaliador colaborou na decisão final.

5.7.3 Qualidade dos artigos

A avaliação de qualidade consistiu na utilização de dois instrumentos: Newcastle-Ottawa Quality Assessment Form (para estudos transversais ou coortes) e CASP (para estudos qualitativos).

5.8 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa PopTrans foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia sob Parecer nº 225.943 de 21 de março de 2013 (ANEXO C). Já o DIVAS foi aprovado pelo comitê de ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) (CAAE 49359415.9.0000.5240) (ANEXO D). Especificamente para os municípios de Recife e Salvador, o projeto também foi recebido pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (CAAE 4935.9415.9.3005.5190) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (CAAE 4935.9415.9.3010.5531), respectivamente.

Em ambos os estudos, as participantes que concordavam em participar do inquérito assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para as TrMT com 18 anos de idade ou mais e o termo de assentimento livre e esclarecido (TALE) para as TrMT com idades entre 15 e 17 anos. Para a participação da coleta de sangue e testes laboratorial, um segundo termo foi utilizado como autorização dessa etapa. Foi assegurado às participantes desta pesquisa a autônoma, não maleficência, beneficência e justiça.

7 RESULTADOS

Para responder ao objetivo 1, apresentamos o Artigo 1 que já foi submetido e aprovado para Revista *BMC Public Health* (<https://doi.org/10.1186/s12889-022-14589-5>).

7.1 ARTIGO 1: *PREVALÊNCIA DE HIV ENTRE TRAVESTIS E MULHERES TRANS NO NORDESTE DO BRAZIL – RESULTADOS DE DOIS ESTUDOS RESPONDET DRIVEN SAMPLING*

Beo Oliveira Leite¹, Laio Magno^{1,2}, Fabiane Soares¹, Sarah MacCarthy³, Sandra Brignol⁴, Francisco Inácio Bastos⁵, Inês Dourado¹

¹Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Av. Basílio da Gama, s/n, Campus Universitário do Canela, 40110-040 Salvador, Bahia, Brazil.

²Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Ciências da Vida, Campus1, Salvador, Bahia, Brasil.

³Rand Corp, Santa Monica, CA, USA

⁴Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, RJ, Brazil

⁵Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brazil

Resumo

Introdução: A epidemia de HIV ainda é alta entre populações-chave no Brasil, especialmente entre travestis e mulheres trans (TrMT). O objetivo deste estudo foi investigar a prevalência da infecção pelo HIV entre TrMT e analisar fatores associados à soropositividade para HIV em dois inquéritos transversais realizados em Salvador, Bahia, um dos maiores centros urbanos do Brasil.

Métodos: Os estudos foram realizados entre 2014 e 2016 e 2016-2017 e empregaram amostragem *Respondent-Driven Sampling* (RDS), compreendendo 127 e 161 TrMT residentes de Salvador, Bahia. O desfecho foi o resultado do teste rápido de antígeno positivo para

infecção pelo HIV. Odds ratio (OR) e intervalos de confiança de 95% (IC95%) foram obtidos por meio de regressão logística binomial.

Resultados: A prevalência de HIV foi de 9,0% (IC95%: 4,2-18,2) e 24,3% (IC95%: 16,2-34,9). No primeiro estudo, os fatores associados à prevalência do HIV foram sofrer discriminação pela família (OR 8,22, IC95%: 1,49-45,48) e pelos vizinhos (OR 6,55, IC95%: 1,12-38,14) e ter sífilis (OR 6,56, IC95%: 1,11-38,65); no estudo subsequente, a discriminação de gênero (OR 8,65, IC95%: 1,45-51,59) e ter sífilis (OR 3,13, IC95%: 1,45-51,59) foram associados à positividade para HIV.

Conclusão: Encontrou-se prevalência desproporcionalmente alta de HIV entre as TrMT, o que reforça o contexto de vulnerabilidade para essa população. Os dados apontam para a urgência da intensificação e ampliação do acesso à prevenção ao HIV e estratégias para acabar com a discriminação na atenção e nos serviços de saúde para essa população.

Palavras-chave: HIV; Travestis; Mulheres Transgênero; RDS; Brasil.

Introdução

A saúde das travestis e mulheres trans (TrMT) tem sido cada vez mais estudada, dadas as necessidades urgentes de saúde dessa população (SWEILEH, 2018). Dados recentes destacam as necessidades únicas de saúde da TrMT, além de taxas desproporcionalmente mais altas de infecção pelo HIV (BARAL *et al.*, 2013; UNAIDS, 2020a; WANG *et al.*, 2016) e Sífilis (AVILA *et al.*, 2017). Uma revisão sistemática global relatou uma prevalência geral de infecção pelo HIV de 19,1% entre TrMT e as estimativas foram 48,78 vezes maiores em comparação com a prevalência entre adultos em idade reprodutiva na população geral. A prevalência estimada a partir de um conjunto de estudos brasileiros realizados entre 2000 e 2012 foi ainda maior – 33,1% (BARAL *et al.*, 2013). No entanto, ainda são escassos os estudos

que estimam a prevalência mais recente de HIV entre as TrMT no Brasil. Em geral, os estudos existentes sugerem que a prevalência é alta, mas varia de acordo com a região e a metodologia utilizada pelos estudos. Em estudos anteriores, a prevalência variou de 12 a 32% entre 2013 e 2017 (COSTA *et al.*, 2015; DE SOUSA; FERREIRA; DE SA, 2013a; GRINSZTEJN *et al.*, 2017; MARTINS *et al.*, 2013), significativamente maior do que a população feminina brasileira em geral em 2015 (0,4%) (BRAZIL, 2015).

Tais iniquidades em relação ao HIV podem ser explicadas por contextos de vulnerabilidade que contribuem para o aumento do risco para o HIV: a vulnerabilidade estrutural inclui condições socioeconômicas precárias (por exemplo, quando a identidade de gênero representa uma barreira para garantir um emprego estável) e difícil acesso a serviços de prevenção e cuidado do HIV e outras IST (por exemplo, discriminação nos serviços de saúde por profissionais de saúde e falta de cuidados qualificados) (LEITE *et al.*, 2021; POTEAT *et al.*, 2014a; ROCON *et al.*, 2016; SEVELIUS *et al.*, 2014a; YI *et al.*, 2019); a vulnerabilidade interpessoal, como a discriminação e a violência impulsionadas pela identidade de gênero (por exemplo, transfobia) nas interações sociais, cria maior vulnerabilidade ao HIV (MAGNO; DA SILVA; *et al.*, 2019; MAGNO; DOURADO; AUGUSTO DA SILVA; *et al.*, 2018; POTEAT *et al.*, 2014a; WILSON, ERIN *et al.*, 2011; YI *et al.*, 2017); finalmente, a vulnerabilidade individual inclui comportamentos e práticas sexuais (por exemplo, mais dinheiro oferecido para atos sexuais de maior risco, como sexo desprotegido, sexo anal sem preservativo, número de parceiros ou uso de substâncias ilícitas) (BARAL *et al.*, 2013; LAI *et al.*, 2020; POTEAT *et al.*, 2014a; POTEAT; REISNER; RADIX, 2014; UNAIDS, 2021b; VAN SCHUYLENBERGH *et al.*, 2019; YI *et al.*, 2017).

Esses dados constroem a base de evidências da infecção pelo HIV entre TrMT e indicam a urgência de investigações sobre os determinantes da vulnerabilidade ao HIV/Aids. Além disso, pode apontar para a necessidade premente de aumentar a disponibilidade de serviços de

saúde culturalmente sensíveis, a fim de reduzir o estigma e a discriminação social profundamente arraigados, melhorar o acesso aos serviços de prevenção e tratamento da saúde do HIV, bem como outras estratégias de proteção e promoção da saúde (BARAL *et al.*, 2013). Assim, o objetivo deste estudo é estimar a prevalência da infecção pelo HIV entre TrMT e analisar os fatores associados à prevalência do HIV em dois inquéritos realizados em Salvador, Nordeste do Brasil.

MÉTODOS

O estudo analisa dados de dois inquéritos transversais com TrMT, realizados entre setembro de 2014 e abril de 2016 (estudo PopTrans) (DOURADO *et al.*, 2016; MAGNO, 2017), e outubro de 2016 e julho de 2017 (estudo DIVAS) (BASTOS *et al.*, 2018), respectivamente. Ambos os estudos foram realizados em Salvador, capital do estado da Bahia, que é a quarta maior cidade do Brasil, ocupa a 12ª posição no ranking do Produto Interno Bruto dos municípios brasileiros e possui um índice de distribuição de renda em uma população de 49,0% (46,0-52,0%). A população é composta, em sua maioria, por brasileiros afrodescendentes (83,1%) (BRASIL, 2020, 2022a).

População de estudo

A população do estudo, *transgender women* (tradução: mulheres transgênero), é comumente definida nos Estados Unidos e em outros países ocidentais como indivíduos que têm um sexo atribuído ao nascimento que difere de sua identificação ou expressão de gênero (“Guidelines for Psychological Practice With Transgender and Gender Nonconforming People”, 2015; WINTER *et al.*, 2016). No Brasil, e em alguns países da América Latina, os termos "*travesti*" ou "mulheres trans" também são comumente usados por indivíduos e comunidades (CARVALHO, 2018; JESUS, 2012; RODOVALHO, 2017). Os indivíduos

incluídos neste estudo incluem todas as diversas identidades de gênero que diferem do sexo atribuído ao nascimento.

Os critérios específicos de inclusão no estudo foram: idade igual ou superior a 15 anos e 18 anos ou mais, respectivamente, nos estudos PopTrans e DIVAS; auto-identificação como *travesti*, mulher trans ou outra identidade de gênero feminina, ter sido registrado como homem ao nascer e ter tido pelo menos uma relação sexual nos últimos 12 meses. Os critérios de exclusão em ambos os estudos foram: estar sob efeito de álcool ou outras drogas no momento em que as pessoas foram convidadas a serem entrevistadas.

Coleta de dados e amostragem

Ambos os estudos transversais utilizaram *Respondent-Driven Sampling* (RDS) para recrutar os participantes do estudo. O RDS é um método de amostragem de elos em cadeia que começa com "sementes" – uma amostra de conveniência de membros da população-alvo escolhida pelos pesquisadores (HECKATHORN, 1997) Em ambos os estudos foi realizada uma pesquisa qualitativa formativa prévia para conhecer a população, os locais de encontro social e os participantes que iniciariam o processo de recrutamento. Foram realizados grupos focais e entrevistas em profundidade com TrMT e as participantes iniciais foram selecionados como sementes. Pesquisas formativas adicionais foram conduzidas para melhor avaliar a heterogeneidade da população de TrMT, de acordo com as condições demográficas e socioeconômicas.

Em ambos os estudos, 5-10 sementes iniciaram o processo de recrutamento. Cada semente e participantes subsequentes receberam três cupons para convidar outro TrMT de sua rede de contato social (cadeias de referência). Para um recrutamento bem-sucedido, o RDS inclui incentivos em dinheiro como compensação pelo transporte e pelo tempo de trabalho perdido (HECKATHORN, 1997).

Os dados foram coletados por meio de entrevistas com questionário padronizado e pré-testado, realizadas face a face pelos entrevistadores em espaço reservado exclusivamente para esse fim. Em ambos os estudos, foram utilizados testes rápidos de antígeno para HIV e sífilis de acordo com as normas de atenção ao HIV do Ministério da Saúde.

Variáveis do estudo

O principal desfecho considerado para ambos os estudos foi a infecção pelo HIV. Todos os participantes receberam aconselhamento e orientação pré e pós-teste antes e após receberem os resultados de seus testes. Foi realizado um teste rápido de sangue total por punção digital. Caso esse teste rápido fosse reagente, um segundo teste confirmatório de marca diferente era realizado, seguindo o algoritmo de testagem anti-HIV do Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2022b). Os casos em que o primeiro teste rápido anti-HIV foi reagente e o segundo não reagente ou indeterminado, ou o primeiro foi indeterminado, foram considerados como resultados inconclusivos e excluídos da análise (FERREIRA JR *et al.*, 2015). Além disso, o teste rápido de sangue total foi realizado por punção digital para sífilis. Os indivíduos com o primeiro teste não reagente foram classificados neste estudo como não infectados. Indivíduos com testes de triagem e confirmatórios positivos foram classificados como infectados. Todos os participantes considerados com resultado positivo no teste rápido foram encaminhados aos serviços públicos de saúde para realização de exames confirmatórios, acompanhamento e tratamento da infecção. Para ambos os estudos, as metodologias e procedimentos de detecção do HIV e da sífilis foram semelhantes e, portanto, comparáveis.

Os potenciais preditores do HIV foram escolhidos com base em nossa experiência coletiva no campo da saúde de grupos da diversidade sexual e de gênero, e foi complementado por uma revisão abrangente da literatura: i) sociodemográficas: idade (< 25 anos vs. ≥ 25 anos), educação (≤ 9 anos de estudo vs. > 9 anos), não brancos (categorizados pela combinação de

negros, cor parda, amarela e indígena) e branca, renda (\leq de R\$ 190,50 [salário mínimo mensal vs. $>$ de R\$ 190,50) e ocupação (categorizada em (em) emprego formal vs. prostituição/desemprego); ii) discriminação: discriminação baseada no gênero (não vs. sim), discriminação nos serviços de saúde (não vs. sim), discriminação na família (não vs. sim) ou discriminação por vizinhos (não vs. sim); iii) comportamento sexual: uso de preservativo durante o sexo anal receptivo nos últimos 6 meses (PopTrans) (uso sempre vs. uso inconsistente) ou uso de preservativo durante o sexo anal receptivo nos últimos 30 dias (DIVAS) (uso sempre vs. uso inconsistente) e ter sido forçado a ter relações sexuais em algum momento da vida (não vs. sim); iv) sífilis: história de infecção por sífilis (não vs. sim).

Análise de dados

A análise dos dados levou em consideração o desenho amostral complexo do recrutamento pela metodologia RDS, ou seja, a dependência entre as observações resultantes das cadeias de referência, e as probabilidades de seleções desiguais devido aos diferentes tamanhos da rede de cada participante (SZWARCOWALD, CÉLIA LANDMANN *et al.*, 2011). Para ambos os estudos, as sementes foram incluídas nas análises e as frequências brutas e ajustadas foram estimadas para cada uma das variáveis. O ajustado foi realizado de acordo com o estimador RDS-II, proporcional ao inverso do tamanho da rede social de cada participante (VOLZ; HECKATHORN, 2008). As associações entre as variáveis estudadas e a infecção pelo HIV foi avaliada pelo odds ratio ajustado (ORa) com intervalos de confiança (IC) de 95% nas análises multivariadas. As variáveis incluídas no modelo final foram avaliadas quanto à multicolinearidade (material suplementar [1](#) e [2](#)). Informações faltantes, ignoradas ou não respondidas foram excluídas da análise.

As variáveis com *p*-valor $\leq 0,10$ na análise bivariada foram selecionadas para iniciar a modelagem e apenas aquelas com *p*-valor $< 0,05$ permaneceram no modelo final, utilizando-se

procedimento backwards. O teste de Hosmer-Lemeshow foi utilizado para avaliar o ajuste do modelo final (ARCHER; LEMESHOW, 2006). A análise foi conduzida considerando o delineamento amostral complexo do processo de referência em cadeia RDS com linkage utilizando o software STATA versão 16.0 (STATACORP, 2019).

RESULTADOS

Um total de 127 TrMT do estudo PopTrans e 166 do estudo DIVAS foram recrutadas. A prevalência de HIV no estudo PopTrans e DIVAS foi, respectivamente, de 9,0% (IC95%:4,2-18,2) e 24,3% (IC95%:16,2-34,9); e a prevalência de sífilis foi, respectivamente, de 31,6% (IC95% 20,2-45,8) e 34,3% (IC95%:26,1-44,9) (**Tabela 1**).

Enquanto 57,2% tinham menos de 25 anos no estudo PopTrans (2016), 58,7% tinham 25 anos ou mais no estudo DIVAS (2017). Em ambos os estudos, a maioria dos participantes se auto identificou como não branca (81,1 e 89,0%), referiu mais de 9 anos de estudo (73,3 e 61,4%), renda superior a US\$190,50 (60,9 e 57,1%) e estava envolvida em trabalho sexual ou desempregada (71,3 e 62,2%), respectivamente (**Tabela 1**).

A maioria relatou enfrentar discriminação baseada no gênero (83,7 e 84,9%), quase metade relatou discriminação nos serviços de saúde (41,2 e 22,6%) ou discriminação na família (48,9 e 42,5%). No caso da discriminação por vizinhos, houve diferenças acentuadas entre os dois estudos: no estudo PopTrans, a maioria relatou ter sido discriminada por vizinhos (65,0%), mas no estudo DIVAS essa frequência foi de 28,5%. Em relação ao comportamento sexual, quase metade relatou ter sido vítima de abuso sexual (37,6 e 45,0%) e a maioria relatou inconsistência no uso do preservativo durante o sexo anal receptivo nos últimos 6 meses (73,4%) e nos últimos 30 dias (74,8%), respectivamente para os estudos PopTrans e DIVAS (**Tabela 2**).

No estudo PopTrans, as variáveis preditoras associadas à infecção pelo HIV (p -valor < 0,050) foram: renda, ocupação, discriminação de gênero, discriminação por família e por vizinhos. Na DIVAS, as variáveis associadas (p -valor < 0,050) foram: apenas discriminação e história de infecção por sífilis ao longo da vida (**Tabela 2**).

Na análise multivariada, as variáveis que aumentaram significativamente a chance de infecção pelo HIV no estudo PopTrans foram: sofrer discriminação pela família (OR 8,22, IC95%: 1,49-45,48) ou por vizinhos (OR 6,55, IC95%:1,12-38,14) e história de infecção por sífilis na vida (OR 6,56, IC95%:1,11-38,65). No estudo DIVAS, as variáveis preditoras que aumentaram significativamente a chance de contrair infecção pelo HIV foram: sofrer discriminação de gênero (OR: 8,65, IC95%:1,45-51,59) e história de infecção por sífilis na vida (OR: 3,13, IC95%:3,13-51,59) (**Tabela 3**).

DISCUSSÃO

O estudo estimou taxas desproporcionalmente altas de HIV e sífilis entre os PTG, quando comparados à população brasileira em geral, e ressalta o papel dos determinantes sociais da infecção pelo HIV, como renda e discriminação perpetrados por pessoas de contato próximo (familiares e vizinhos). Observamos também a associação entre sífilis e HIV, achado comumente já relatado na literatura.

Prevalência do HIV

Este estudo indicou alta prevalência de HIV na PopTrans (9,0%), e ainda maior nas DIVAS (24,3%) entre as TrMT da cidade de Salvador, quando comparadas à população feminina geral do Brasil (0,4%) (BRAZIL, 2015). Outros estudos com TrMT realizados na América Latina mostram prevalências ainda mais elevadas. Na Argentina, uma pesquisa identificou que 34,1% (IC95%:28,7-39,9) das TrMT estavam infectadas pelo HIV (DOS

RAMOS FARIAS *et al.*, 2011). No Uruguai, Russi *et al.* (2003) relataram uma prevalência de HIV tão alta (21,5%) entre TrMT. Corroborando as estimativas acima, um estudo meta-analítico estimou uma prevalência combinada de HIV na Argentina e no Uruguai de 33,5 e 18,8%, respectivamente (BARAL *et al.*, 2013).

Vale ressaltar que essas estimativas do PopTrans e do DIVAS são inferiores às estimativas de estudos com sorologia em algumas cidades brasileiras, mas semelhantes às estimativas de estudos realizados na mesma região. Por exemplo, um estudo realizado com 284 TrMT do sul do Brasil (2015) recrutadas de um serviço de saúde de Porto Alegre estimou uma prevalência de infecção pelo HIV de 25% (COSTA *et al.*, 2015). No Rio de Janeiro (2017), localizado no sudeste do Brasil, uma prevalência pontual de 31,2% (IC95% 18·8–43·6) foi estimada em um estudo RDS de 345 TrMT (GRINSZTEJN *et al.*, 2017). Em contraste, estudos da mesma região onde PopTrans e DIVAS foram conduzidos encontraram taxas semelhantes de HIV, embora com base em desfechos autorreferidos. Por exemplo, um estudo de 2008-2009 realizado por meio do recrutamento RDS de 110 travestis da capital Recife e região metropolitana identificou prevalência autorreferida de 12,7% (DE SOUSA; FERREIRA; DE SA, 2013b); enquanto outro inquérito realizado na capital Fortaleza, em 2008, com base em amostra RDS de 304 *travestis*, observou prevalência autorreferida de 12% (MARTINS *et al.*, 2013). A prevalência desses dois municípios do Nordeste é semelhante à do estudo em Salvador.

As diferenças de prevalência encontradas nos estudos PopTrans e DIVAS não têm uma explicação simples. Ambos os estudos foram realizados na mesma cidade, com os mesmos métodos, e ambos os estudos podem ter utilizado amostras semelhantes, mas não podemos garantir que sejam exatamente os mesmos indivíduos. Entretanto, duas hipóteses devem ser consideradas: o aumento natural da prevalência de doenças infecciosas sem cura (HUNT; KALOSHIN, 2021), e uma amostra não probabilística que pode enviesar uma validade externa

(DEVER; VALLIANT, 2014). Progressos significativos ainda não foram plenamente alcançados, uma vez que os métodos que incorporam a transportabilidade foram progressivamente aperfeiçoados e aplicados a diferentes populações em publicações recentes (LESKO *et al.*, 2017). O mesmo raciocínio se aplica aos nossos estudos, nos quais amostras pequenas são combinadas com áreas geográficas maiores do que Salvador, Bahia.

Discriminação de gênero

Este estudo mostra que a discriminação de gênero aumentou a chance de infecção pelo HIV. Essa forma de discriminação pode ser definida pela violência moral, física ou psicológica enfrentada pelas TrMT como consequência de sociedades patriarcais e sexistas (CARRARA; VIANNA, 2006; KHAN *et al.*, 2009; POTEAT *et al.*, 2014b). Assim, a discriminação é relatada como um fator estrutural que exacerba a vulnerabilidade das TrMT ao HIV, como a prevenção do acesso a serviços de saúde que promovam a prevenção e o cuidado do HIV (DE HAAN *et al.*, 2015; POTEAT *et al.*, 2014a; WHITE HUGHTO; REISNER; PACHANKIS, 2015). Na literatura revisada por pares, a discriminação também é relatada como um fator que influencia a vulnerabilidade ao HIV por meio da associação com comportamentos de risco, como a exposição ao sexo anal sem preservativo, o que pode dificultar a negociação de práticas seguras durante o sexo anal receptivo ou o acesso ao preservativo (NEMOTO *et al.*, 2004a; SANCHEZ *et al.*, 2010; STAHLMAN *et al.*, 2016; SUGANO; NEMOTO; OPERARIO, 2006).

A literatura tem apontado a agressão sexual por familiares (DISTEFANO, 2016; POLLOCK *et al.*, 2016a), bem como o abuso físico e sexual, como fatores associados à infecção pelo HIV entre as TrMT (LOGIE *et al.*, 2016). Estudos também relataram diferentes formas de violência perpetradas por vizinhos (POLLOCK *et al.*, 2016b) e familiares (DISTEFANO, 2016; POLLOCK *et al.*, 2016a). Essas experiências de abuso e discriminação têm mostrado impacto ao longo de sua vida através da rejeição (BEATTIE *et al.*, 2012; BOIVIN, 2014;

CHAKRAPANI *et al.*, 2011a; GANJU; SAGGURTI, 2017a; HAROLD ESTRADA-MONTOYA; GARCÍA-BECERRA, 2010; INFANTE; SOSA-RUBI; CUADRA, 2009; KAPLAN *et al.*, 2015a; KAPLAN; MCGOWAN; WAGNER, 2016; KOKEN; BIMBI; PARSONS, 2009a; LOGIE *et al.*, 2012a; POLLOCK *et al.*, 2016a; REMIEN *et al.*, 2015; RHODES *et al.*, 2014a; SALAZAR *et al.*, 2017a; WILSON, ERIN *et al.*, 2011) e expulsão de casa (GANJU; SAGGURTI, 2017b; KAPLAN *et al.*, 2015b; KOKEN; BIMBI; PARSONS, 2009b; RHODES *et al.*, 2014b) fazendo com que algumas TrMT tenham moradias instáveis (GANJU; SAGGURTI, 2017b; SALAZAR *et al.*, 2017b) e causando um intenso deslocamento geográfico (PALAZZOLO *et al.*, 2016) e entrada no trabalho sexual (CHAKRAPANI *et al.*, 2011b; CUADRA-HERNÁNDEZ *et al.*, 2012; GANJU; SAGGURTI, 2017b; KAPLAN *et al.*, 2015b; LOGIE *et al.*, 2012b; NEMOTO *et al.*, 2004b; PALAZZOLO *et al.*, 2016; RHODES *et al.*, 2014b; SEVELIUS *et al.*, 2014b; WILSON, E. C.; ARAYASIRIKUL; JOHNSON, 2013; WILSON, ERIN *et al.*, 2011), fator de risco também destacado em nossos estudo.

Sífilis

Ter tido sífilis na vida também aumentou significativamente a chance de infecção pelo HIV entre TrMT em ambos os estudos. A sífilis é uma infecção comumente relacionada ao HIV, pois aumenta a transmissibilidade da infecção e a carga viral em indivíduos infectados (UNAIDS, 2021b). Do ponto de vista biológico, as microlesões geradas por processos infecciosos atuam como porta de entrada para o HIV e, assim, aumentam o risco de transmissão. Além disso, ambos os patógenos possuem mecanismos de transmissão semelhantes, daí o aumento da chance de adquirir tanto o HIV quanto outras IST, como a sífilis (LYNN; LIGHTMAN, 2004; UNAIDS, 2021b; ZETOLA; KLAUSNER, 2007). Além disso, a sífilis também pode ser vista como um marcador de vulnerabilidade ao HIV: tanto a sífilis quanto a infecção pelo HIV têm fatores de risco semelhantes, como sexo sem preservativo ou uso

inconsistente de preservativo, trabalho sexual e outros comportamentos sexuais de risco (WU *et al.*, 2021; XU *et al.*, 2010). Além disso, a sífilis não tratada aumenta significativamente o risco de infecção pelo HIV como porta de entrada para a infecção e aumenta o risco de transmissão pelo aumento da carga viral em um parceiro já coinfestado (HAYES *et al.*, 2010; PETERMAN *et al.*, 2014; WU *et al.*, 2021).

Limitações e pontos fortes

Este estudo apresenta algumas limitações. Nosso estudo (como todos os outros estudos RDS) usa amostras não probabilísticas e invariavelmente recruta um pequeno número de participantes. Amostras não probabilísticas estão sempre associadas a desafios à inferência estatística (ELLIOTT; VALLIANT, 2017). Amostras pequenas nunca estão livres de potenciais erros do tipo beta ou, como recentemente proposto, por Rothman e Greenland (2018) não possuem a precisão tão desejada (como evidenciado por grandes intervalos de confiança). Por outro lado, os estudos locais são uma fonte inestimável de informação para análises conjuntas. Estes últimos foram considerados precisos e um ativo fundamental para as políticas públicas, como mencionado.

Além disso, o delineamento transversal não permite definir uma relação temporal clara entre o que definimos como variáveis preditoras e o desfecho. Com algumas exceções para associações que apresentam uma sequência lógica ao longo do tempo, a causalidade reversa às vezes é difícil de discernir. A metodologia de amostragem utilizada, RDS, impede que os dados deste estudo sejam generalizados, apesar das promessas oferecidas tanto por métodos inovadores de reponderação de amostras não probabilísticas (por exemplo, o uso de pseudopesos; ver o artigo de Elliot e Valliant, 2017) mencionado anteriormente, quanto pelas novas perspectivas emergentes dos desenvolvimentos no campo da transportabilidade. Este último mostrou-se robusto respeitando a generalização dos ensaios clínicos

randomizados (STUART; BRADSHAW; LEAF, 2015). Ainda assim, as dimensões contextuais, especialmente quando populações altamente estigmatizadas têm sido alvo em contextos específicos, continuam sendo um grande desafio para a transportabilidade. Embora a generalização ainda seja um objetivo, ela deve ser considerada como um custo de ignorar a longa tradição de compreensão de contextos complexos ou, nas palavras de Zinberg (1986), levar em consideração indivíduos, conjuntos e cenários.

Finalmente, o viés de seleção pode ser um problema, pois as sementes convidaram seus pares em cadeia (HECKATHORN, 1997). No entanto, o ajuste utilizado pelo RDS reduz esse viés e possibilita a geração de informações importantes sobre a rede. Como é comum em populações de difícil acesso, vários outros estudos utilizaram o desenho RDS para essas populações como a opção mais viável (BAUER *et al.*, 2012; GRINSZTEJN *et al.*, 2017; KRÜGER *et al.*, 2019; LEITE *et al.*, 2021; MAGNO; DOURADO; AUGUSTO DA SILVA; *et al.*, 2018; ROCHA *et al.*, 2019).

CONCLUSÃO

A prevalência da infecção pelo HIV entre TrMT permanece alta. Embora as políticas brasileiras sobre HIV/Aids e outras IST tenham avançado ao longo dos anos, esses dados indicam a urgência de ações intersetoriais sobre os determinantes da vulnerabilidade ao HIV/Aids. Além disso, ressalta a necessidade de intervenções de saúde para desenvolver prevenção, tratamento e outros serviços ou programas de saúde específicos para TrMT, especialmente no que diz respeito à abordagem da discriminação baseada no gênero em geral e, especificamente, entre familiares e vizinhos. A discriminação baseada no gênero tem sido cada vez mais relatada como um fator-chave que limita severamente o acesso aos serviços e programas de saúde existentes entre TrMT e outras populações discordantes de gênero. Nosso estudo reforça a necessidade de implementação de políticas que combatam a discriminação em

geral e especificamente no contexto dos serviços e programas de saúde. Somente assim poderemos coibir novas infecções e, simultaneamente, enfrentar o contexto mais amplo de vulnerabilidade social que permeia a experiência cotidiana das TrMT no Brasil e fora dele.

Agradecimentos

Somos muito gratos a todos os participantes do estudo, às equipes locais e a todas as ONGs colaboradoras. Agradecemos também o apoio do Ministério da Saúde, por meio de sua Secretaria de Vigilância em Saúde e de seu Departamento de Prevenção, Vigilância e Controle de Infecções Sexualmente Transmissíveis, HIV/AIDS e Hepatites Virais. e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES- Brasil) (CÓDIGO FINANCEIRO 001).

Contribuição dos autores

Todos os autores contribuíram para a concepção do artigo e redação. BOL, LM e ID foram responsáveis pela redação final do manuscrito e análise dos dados. FS, SM, SB e FIB interpretaram os resultados e revisaram a versão final do manuscrito. Todos os autores leram e aprovaram o artigo.

Financiamento

Ministério da Saúde, por meio de sua Secretaria de Vigilância em Saúde e de seu Departamento de Prevenção, Vigilância e Controle de Infecções Sexualmente Transmissíveis, HIV/Aids e Hepatites Virais.

Disponibilidade de dados e materiais

Os conjuntos de dados analisados durante o presente estudo estão disponíveis no repositório Havard Dataverse, 10.7910/DVN/PD7D5U.

Declarações:**Aprovação ética e consentimento para participar**

O protocolo do estudo foi submetido à revisão e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria de Estado da Saúde da Bahia (PopTrans) (número 225.943/2014), e pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ) ERC (DIVAS) (CAAE-49359415.9.0000.5240). Todos os métodos foram realizados de acordo com as Declarações de Helsinque. Consentimento informado por escrito foi obtido de todos os participantes, que poderiam retirar o consentimento em qualquer fase do processo ou pular quaisquer perguntas percebidas como muito sensíveis, pessoais ou angustiantes. Em ambos os estudos, todos os GTW com idade igual ou superior a 18 anos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participar da pesquisa. No estudo PopTrans, as pessoas de 15 a 17 anos assinaram o Termo de Assentimento e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado por uma Organização Não Governamental (ONG) que trabalhava com a promoção da saúde de TrMT, conforme indicado pelo CEP local. Essa ONG era responsável pela autorização legal dos menores.

Consentimento para publicação

Não aplicável.

Interesses concorrentes

Os autores declaram não ter interesses concorrentes.

The authors declare that they have no competing interests.

Tabela 1. Descrição da população do estudo e prevalência da infecção pelo HIV em Salvador, Nordeste do Brasil.

Variáveis	PopTrans (N=127)				DIVAS (N=166)			
	n	%	% ^a	IC95% ^a	n	%	% ^a	IC95% ^a
Sorologia								
Teste de HIV								
Negativo	112	88,2	91,0	81,8-95,8	117	79	75,7	65,1-83,8
Positivo	15	11,8	9,0	4,2-18,2	31	21	24,3	16,2-34,9
Teste Sífilis								
Negative	79	62,2	68,4	54,2-79,9	93	62	65,7	55,1-74,9
Positive	48	37,8	31,6	20,2-45,8	57	38	34,3	26,1-44,9
Sociodemográficas								
Idade								
< 25 anos de idade	60	47,2	57,2	42,1-71,0	69	41,6	41,3	48,5-68,3
≥ 25 anos de idade	67	52,8	42,8	29,0-57,9	97	58,4	58,7	48,5-51,6
Anos de escolaridade								
≤ 9 anos	49	38,6	26,7	16,6-40,1	64	38,8	38,6	29,0-49,1
> 9 anos	78	61,4	73,3	59,9-83,4	101	61,2	61,4	50,9-71,0
Raça/cor								
Branca	22	17,3	18,9	9,1-35,1	21	13,3	11,0	6,1-19,0
Não branca	105	82,7	81,1	65,0-90,9	137	86,7	89,0	81,0-93,9
Renda (Salário-mínimo)								
≤ 1 (R\$ 740)	45	35,4	39,1	25,2-54,9	51	39,2	42,9	31,5-55,1
> 1	82	64,6	60,9	45,1-74,8	79	60,8	57,1	44,9-68,5
Ocupação								
Emprego formal ou informal/ empreendedora	39	30,7	28,7	17,2-43,8	58	34,9	37,8	28,1-48,6
Profissional do sexo/desempregada	88	69,3	71,3	56,2-82,8	108	65,1	62,2	51,5-71,9
Discriminação								
Discriminação de gênero								
Não	26	20,5	16,6	9,5-26,5	21	12,6	15,1	8,4-25,5
Sim	101	79,5	83,7	73,5-90,5	145	87,4	84,9	74,5-91,6
Sexo forçado								
Não	82	64,6	62,4	46,4-76,1	89	53,9	55,0	44,6-65,0
Sim	45	35,4	37,6	23,9-53,6	76	46,1	45,0	35,0-55,4
Discriminação em serviços de saúde								
Não	84	66,1	58,8	43,1-72,9	116	69,9	77,4	68,8-84,2
Sim	43	33,9	41,2	27,1-56,9	50	30,1	22,6	15,8-31,2
Discriminação na família								
Não	64	50,4	51,1	36,4-65,7	94	56,6	57,5	47,1-67,2
Sim	63	49,6	48,9	34,4-63,6	72	43,4	42,5	32,8-52,9
Discriminação por vizinhos								
Não	56	44,1	35,0	23,2-49,0	113	68,1	71,5	61,9-79,4
Sim	71	55,9	65,0	51,0-76,8	53	31,9	28,5	20,6-38,1

Comportamento sexual								
Uso de preservativo no sexo anal receptivo nos últimos 6 meses								
Sempre	39	30,7	23,6	14,0-37,0	-	-	-	
Inconsistente	88	69,3	73,4	63,0-86,0	-	-	-	
Uso de preservativo no sexo anal receptivo nos últimos 30 dias								
Sempre	-	-	-		38	28,6	25,2	16,6-36,3
Inconsistente	-	-	-		95	71,4	74,8	63,7-83,4

^a Ajustado pelo estimador RDS-II.

Tabela 2. Fatores associados à infecção pelo HIV entre TrMT em Salvador, Nordeste do Brasil.

Variáveis	PopTrans (N=127)				DIVAS (N=166)			
	% ^a	p valor ^a	OR ^a	IC95% ^a	% ^a	p valor ^a	OR ^a	IC95% ^a
Sociodemográficas								
Idade		0,143			0,252			
< 25 anos de idade	4,92		1,00	-	29,23		1,00	-
≥ 25 anos de idade	12,10		2,66	0,68-10,34	18,10		0,53	0,18-1,58
Anos de escolaridade		0,407			0,372			
≤ 9 anos	7,40		1,00	-	29,55		1,00	-
> 9 anos	13,47		1,94	0,39-9,74	20,83		0,63	0,22-1,76
Raça/cor		0,070			0,160			
Branca	2,30		1,00	-	42,03		1,00	-
Não branca	10,59		5,03	0,73-34,77	20,96		0,37	0,09-1,56
Renda (Salário-mínimo)		0,001			0,494			
≤ 1 (R\$ 740)	1,49		1,00	-	13,84		1,00	-
> 1	13,84		25,64	2,14-52-72	19,83		1,54	0,44-5,90
Ocupação		0,011			0,491			
Emprego formal ou informal/ empreendedora	2,11		1,00	-	19,86		1,00	-
Profissional do sexo/ desempregada	11,8		6,21	1,26-30,52	26,97		1,49	0,47-4,68
Discriminação								
Discriminação de gênero		0,037			0,003			
Não	1,53		1,00	-	4,11		1,00	-
Sim	10,48		7,54	0,81-69,57	28,19		9,17	1,68-50,14
Sexo forçado		0,607			0,065			
Não	10,31		1,00	-	16,37		1,00	-
Sim	6,88		0,64	0,11-3,55	34,13		2,65	0,92-7,58
Discriminação em serviços de saúde		0,239			0,911			
Não	5,88		1,00	-	24,61		1,00	-

	Sim	13,50	2,50	0,52-12,01	23,41	0,94	0,29-2,99
Discriminação na família		0,004			0,958		
	Não	2,45	1,00	-	24,11	1,00	-
	Sim	15,89	7,52	1,57-36,02	24,62	1,03	0,37-2,89
Discriminação por vizinhos		0,001			0,165		
	Não	1,39	1,00	-	28,14	1,00	-
	Sim	13,12	10,71	1,91-59,96	15,30	0,46	0,15-1,40
Comportamento sexual							
Uso de preservativo no sexo anal receptivo nos últimos 6 meses		0,539					
	Sempre	12,54	1,00	-			
	Inconsistente	7,93	0,60	0,12-3,13			
Uso de preservativo no sexo anal receptivo nos últimos 30 dias					0,259		
	Sempre				34,24	1,00	-
	Inconsistente				20,16	0,48	0,14-1,74
Sorologia							
Sífilis		0,051			<0,050		
	Negativo	4,67	1,00	-	17,67	1,00	-
	Positivo	18,46	4,63	0,89-24,12	37,43	2,79	0,99-7,91

^aAjustado pelo estimador RDS-II.

Tabela 3. Fatores associados à infecção pelo HIV entre TrMT em Salvador, Nordeste do Brasil.

Variáveis	PopTrans		DIVAS	
	aOR ^a	IC95% ^a	aOR ^a	IC95% ^a
Discriminação de gênero				
Não			1,00	-
Sim			8,65	1,45-51,59
Sexo forçado				
No			1,00	-
Yes			2,16	0,73-6,40
Discriminação na família				
Não	1,00	-		
Sim	8,22	1,49-45,48		
Discriminação por vizinhos				
No	1,00	-		
Yes	6,55	1,12-38,14		
Teste de sífilis				
Negativo	1,00	-	1,00	-
Positivo	6,56	1,11-38,65	3,13	1,45-51,59
Hosmer-Lemeshow (p value)	1,000		0,994	

^aAjustado pelo estimador RDS-II.

Apêndice 1. Matriz de correlação e fator de inflação da variância (FIV).

PopTrans						
Variáveis	I	II	III	IV	V	FIV
Discriminação de gênero (I)	1,00					1,38
Sexo forçado (II)	0,21	1,00				1,09
Discriminação na família (III)	0,35	0,15	1,00			1,24
Discriminação por vizinhos (IV)	0,49	0,26	0,41	1,00		1,48
Teste de sífilis (V)	0,03	0,07	0,01	0,01	1,00	1,01

DIVAS						
Variáveis	I	II	III	IV	V	FIV
Discriminação de gênero (I)	1,00					1,21
Sexo forçado (II)	0,21	1,00				1,06
Discriminação na família (III)	0,33	0,17	1,00			1,15
Discriminação por vizinhos (IV)	0,26	0,17	0,21	1,00		1,10
Teste de sífilis (V)	-0,07	0,01	-0,07	-0,11	1,00	1,02

Apêndice 2. Diagrama de Venn para as variáveis de discriminação



Para responder ao objetivo 2, apresentamos o Artigo 2, o qual foi submetido para o suplemento “*Migration an health*” da revista *BMC Public Health*, encontrando-se em fase de revisão entre os pares.

7.2 ARTIGO 2: MIGRAÇÃO E VULNERABILIDADE AO HIV ENTRE MULHERES TRANS: UMA REVISÃO DE ESCOPO

Beo Oliveira Leite¹, Nathalia Sernizon¹, Laio Magno^{1,2}, Ines Dourado¹

¹Federal University of Bahia, ²State University of Bahia

RESUMO

A associação entre a migração e a infecção pelo HIV ainda é um campo pouco explorado entre mulheres trans ao redor do globo. O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão de escopo da literatura para investigar o papel da migração no risco e vulnerabilidade à infecção pelo HIV entre mulheres trans no mundo. Dos 50 estudos recuperados, oito pesquisas publicadas entre 2011 e 2020 foram selecionadas para compor esta revisão de escopo. Destas, 37.5% (n=03) possuíam delineamento quantitativo e 62.5% (n=05) qualitativo. Observou-se que as mulheres trans migrantes apresentaram maior vulnerabilidade para infecção ao HIV quando comparadas com as residentes prementes. Além da infecção pelo HIV, a migração esteve relacionada com o trabalho sexual, maior frequência de sexo sem uso de preservativo e menor acesso a serviços de prevenção ao HIV. Como conclusão observamos que a migração de mulheres trans pode ser uma variável relacionada a maiores comportamentos de risco para a infecção pelo HIV. Compreender de forma clara a relação entre a migração e a vulnerabilidade de mulheres trans a maior infecção pelo HIV é essencial para aprimorar ações e estratégias de prevenção à infecção e tratamento neste subgrupo populacional.

INTRODUÇÃO

A infecção pelo HIV continua sendo um importante problema de saúde pública mesmo após 40 anos de sua emergência. Em comparação à população geral, subpopulações vulneráveis (homens que fazem sexo com homens, mulheres trans, migrantes, trabalhadores do sexo, pessoas privadas de liberdade e usuários de drogas injetáveis) apresentam maiores taxas de incidência da infecção prevalência para o HIV(UNAIDS, 2021b; WHO, 2016). Tal fato pode ser explicado diretamente pela maior exposição destes indivíduos à comportamentos risco (prática de sexo desprotegido, número de parceiros sexuais ou uso de drogas injetáveis) e indiretamente pelo contexto desfavorável de fatores socioeconômicos (gênero, raça, classe social, escolaridade ou acesso a serviços de saúde)(AYRES *et al.*, 2003; DELOR; HUBERT, 2000b; MANN; MANN; TARANTOLA, 1996; UNAIDS, 2021b).

Diversos estudos científicos apontam que, globalmente, mulheres trans constituem subpopulações fortemente afetadas à infecção pelo HIV/Aids (BARAL *et al.*, 2013; POTEAT; REISNER; RADIX, 2014; REISNER *et al.*, 2016). A prevalência da infecção pelo HIV nessa subpopulação foi estimada em 19,1% (IC95%:17,4-20,7), assim como maior chance de se infectar em comparação com a população geral em idade reprodutiva, estimada em 48,8 (IC 95%:21,2-76,3) vezes maior(BARAL *et al.*, 2013).

A transfobia é um fator de vulnerabilidade deste grupo em relação à infecção pelo HIV, além de outros desfechos negativos em saúde (BENTO; PELÚCIO, 2012b; BONASSI *et al.*, 2015; JESUS *et al.*, 2020; LEITE *et al.*, 2021; MAGNO; DOURADO; DA SILVA; *et al.*, 2018; MAGNO; SILVA; *et al.*, 2019; MONTEIRO; BRIGEIRO; BARBOSA, 2019; POTEAT; REISNER; RADIX, 2014; REISNER *et al.*, 2016; TGEU, 2019). A necessidade de fuga da transfobia, assim como a expectativa destas mulheres na melhoria das condições de vida e da adequação de gênero, caracteriza as mulheres trans uma população recorrentemente móvel (MOUNTIAN, 2015; PADILLA *et al.*,

2016; VARTABEDIAN, 2014). Dá-se o nome de “migrações trans” ao fenômeno de deslocamento que ocorre entre pessoas trans, seja ele temporário ou permanente, atravessando grandes distâncias ou não (BIANCHI, F T *et al.*, 2014; MAGNO; SILVA; *et al.*, 2019; MOUNTIAN, 2015; NURENA *et al.*, 2011; PADILLA *et al.*, 2016; VARTABEDIAN, 2014). Vale ressaltar que o fenômeno migratório é responsável por grande impacto social, cultural, econômico, e pode influenciar negativamente a saúde destas mulheres visto que este fenômeno está associado à redução do acesso aos serviços de saúde; mudanças comportamentais e de estilo de vida; aumento das condições precárias de trabalho e desemprego; facilitação da cadeia transmissão de doenças infecciosas através de novos contatos; aumento da exposição à novas doenças, assim como maiores níveis de estresse e depressão (CASTAÑEDA *et al.*, 2015; DEANE; PARKHURST; JOHNSTON, 2010a; GRANADA *et al.*, 2017; WICKRAMAGE *et al.*, 2018).

A *The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS) estabelece a migração como um importante fator responsável pela vulnerabilidade ao HIV (UNAIDS, 2021b). Os indivíduos migrantes tem maiores chances de parcerias sexuais desconhecidas; redução do acesso aos serviços de prevenção e cuidado ao HIV e bem como outros serviços de saúde (DEANE; PARKHURST; JOHNSTON, 2010a). Desta forma, mulheres trans também podem ser ainda mais expostas à infecção quando é considerado que a migração é recorrente na rotina deste público. Diante deste contexto, o objetivo desta revisão foi investigar se a migração pode estar associada à maior vulnerabilidade das mulheres trans à infecção pelo HIV.

MÉTODOS

Esta revisão de escopo foi relatada de acordo com o **PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist, 2018**(TRICCO *et al.*, 2018) e o registro está disponível de modo público no *OSF* através do link: osf.io/mfn8p

Critérios de elegibilidade

Para recuperarmos pesquisas que avaliaram a vulnerabilidade à infecção pelo HIV devido à migração de mulheres transs incluímos estudos quantitativos e qualitativos observacionais realizados em países sem distinção de classificação de renda disponibilizados sem restrição de idioma ou data de publicação.

Pesquisas com abordagem experimental, capítulo de livros, editoriais, artigos de opinião ou carta ao editor e revisões narrativas, integrativas, sistemáticas com ou sem metanálise, *scoping review/rapid review* foram considerados critérios de exclusão desta revisão de escopo.

Estratégia de pesquisa e seleção dos estudos

Foi realizada busca detalhada da literatura usando os bancos de dados eletrônicos: PubMed (by MEDLINE), Embase, Lilacs (by Virtual Health Library), Web of Science e Scopus. Os descritores Medical Subject Headings (MeSH Terms), Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Emtree “Transgender Persons”; “Human Migration” e “HIV” foram utilizados para identificar os artigos publicados em cada base correspondente, conforme apresentado no Apêndice 1. Esses descritores foram combinados com operadores booleanos “OR” e “AND” em todas as bases de dados com

o intuito de aprimorar a busca e aumentar a probabilidade de encontrar pesquisas relevantes acerca do tema. Adicionalmente, realizou-se consulta de referenciais dos artigos selecionados para verificação da literatura cinza existente. Os estudos foram pesquisados até março de 2022.

Os artigos identificados nas bases de dados foram inseridos no aplicativo Rayyan® (Ouzzani M, 2016), um software gratuito que auxilia na triagem de estudos. Dois revisores realizaram a elegibilidade por análise de títulos e resumos. Posteriormente, os revisores realizaram a avaliação textual dos artigos selecionados na etapa anterior. As discrepâncias entre os revisores foram resolvidas por discussão e em colaboração com um terceiro revisor e as razões para a exclusão de cada artigo de texto completo foram registradas (Apêndice 2).

Participantes, exposição, comparação e desfecho

Para responder a pergunta-norteadora “*Is migration associated with vulnerability to HIV among transgender women?*”, considerou-se como grupo populacional mulheres trans e grupo de exposição à migração. A migração foi definida como quaisquer mudanças permanentes ou semipermanentes ao longo de um espaço geográfico (Lee, 1966). Os desfechos analisados foram a incidência (1), prevalência (2) de infecção por HIV e comportamentos de risco (3) para a infecção pelo HIV (**Tabela 4**).

Tabela 4. Definição dos critérios de inclusão dos estudos, segundo a estrutura PECO.

Componentes	Definições
População	Mulheres trans migrantes

Exposição	Migração
Comparação	Mulheres trans não migrantes
Desfechos	HIV ou fatores de risco para o HIV

Extração dos dados

Para a extração dos dados foram construídas as seguintes tabelas com as informações: referência, localização, periódico, desenho do estudo, tempo de seguimento, amostra total e amostra de mulheres trans para os estudos quantitativos e qualitativos (**Tabela 5**); referência, idade, renda, escolaridade, trabalho como profissional do sexo, frequência de migração internacional, frequência de migração interna, incidência e/ou prevalência de HIV, medida de associação entre migração internacional e HIV, medida de associação entre migração interna e HIV, medida de associação entre migração internacional e *sex work*, medida de associação entre migração internacional e unprotected receptive anal intercourse (URAI), medida de associação entre migração internacional e consistent condom use in last anal intercourse (CDLAI), medida de associação entre migração interna e CDLAI, medida de associação entre migração internacional e consistente condom use in anal intercourse CCDAI com novos clientes na última semana, medida de associação entre migração interna e CCDAI com novos clientes na última semana, medida de associação entre migração internacional e CCDAI com clientes regulares a última semana e medida de associação entre migração interna e CCDAI com clientes regulares na última semana, e qualidade do estudo (**Tabela 6**); e, por fim, referência, objetivo, principais resultados e qualidade do estudo (**Tabela 7**).

Avaliação de qualidade

Dois investigadores avaliaram independentemente o risco de viés por meio das ferramentas Newcastle-Ottawa Quality Assessment Form (para estudos transversais ou coortes) e CASP (para estudos qualitativos). A qualidade das evidências foi classificada usando a abordagem de Classificação de Recomendações, Avaliação, Desenvolvimento e Avaliações (Apêndice 3).

RESULTADOS

Descrição dos estudos

A figura 9 apresenta o processo de elegibilidade dos estudos. Ao total, 50 estudos foram recuperados. Destes, 7 eram estudos duplicados e 32 estudos foram excluídos. Na análise textual, três pesquisas não avaliaram a relação entre migração e a vulnerabilidade ao HIV. Ao final, 8 estudos foram incluídos (Figura 9).

Dentre os estudos incluídos (n=08) três eram quantitativos (1 coorte e 2 transversais) e cinco estudos qualitativa (2 entrevistas de história de vida, 2 estudos formativos e 1 estudo que realizou grupos focais para coleta e análise dos resultados). Para os estudos quantitativos, os países referentes às publicações foram Estados Unidos (1), Bangladesh (1) e Peru (1). Dentre os estudos qualitativos, os locais da publicação foram Colômbia (2), Estados Unidos (1), Nepal e África do Sul (1).

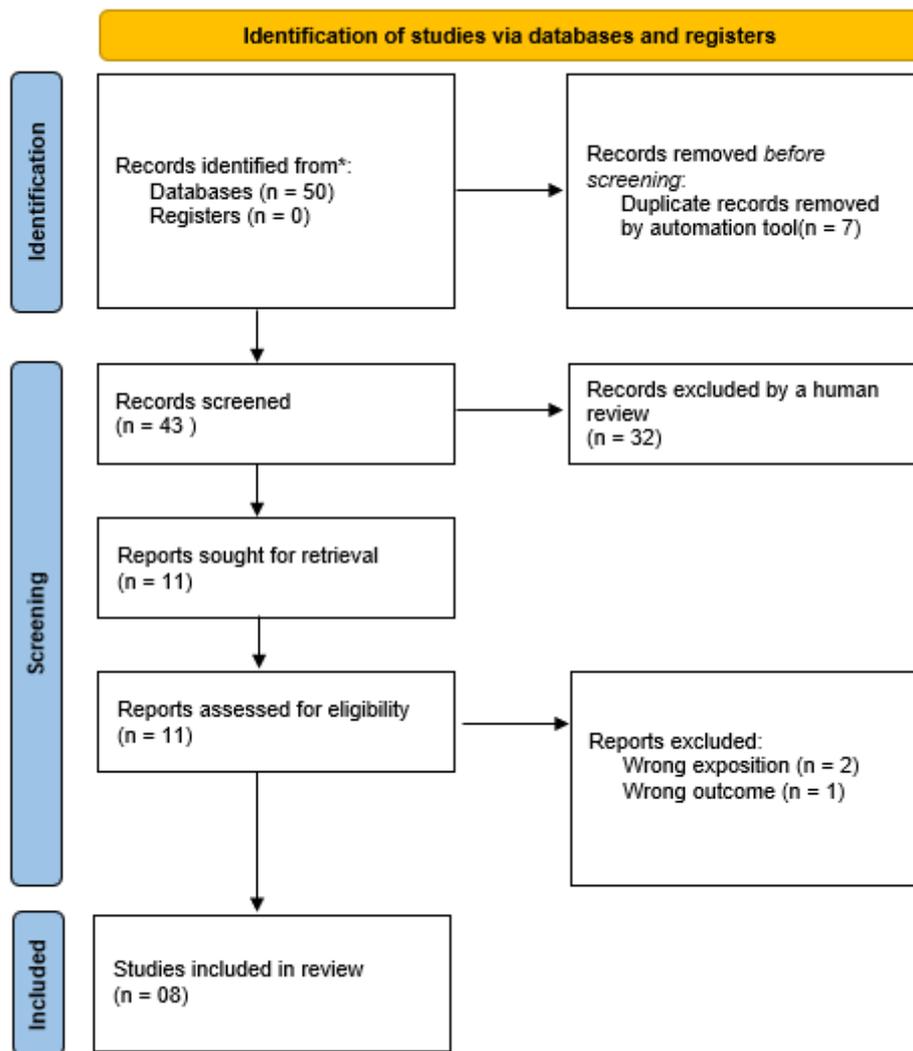


Figura 9. Elegibilidade dos estudos incluídos pela revisão de escopo, 2022.

Estudos quantitativos

O tamanho amostral variou entre 120 e 889 participantes (MORIARTY *et al.*, 2019; NUTTBROCK; HWAHNG, 2017; RANA *et al.*, 2016). As médias de idade das participantes em Nova York (NUTTBROCK; HWAHNG, 2017) e Peru (MORIARTY *et al.*, 2019) foram respectivamente iguais a 32 e 31.5 anos. Já para Bangladesh, 47.6% tinham entre 15 e 24 anos de idade [calculado pelos autores] (RANA *et al.*, 2016). A renda foi estimada apenas para Bangladesh (RANA *et al.*, 2016) e Peru (MORIARTY *et*

al., 2019), no qual 51.1% das participantes recebiam até 82.26 dólares e 40.8% menos que 150 dólares. O percentual de mulheres trans que já trabalharam como profissionais do sexo para Nova York (NUTTBROCK; HWAHNG, 2017), Bangladesh (RANA *et al.*, 2016) e Peru (MORIARTY *et al.*, 2019) foram de 39.7%, 72.1% e 63.3%. A média de escolaridade das mulheres trans de Bangladesh (RANA *et al.*, 2016) foi de 3.9 anos, em Nova York (NUTTBROCK; HWAHNG, 2017) 41.7% não completaram segundo grau, e no Peru (MORIARTY *et al.*, 2019) 72.5% das participantes possuíam entre 7 e 11 anos de escolaridade.

As frequências de migração internacional foram relatadas apenas pelos estudos realizados de Nova York (NUTTBROCK; HWAHNG, 2017) e Bangladesh (RANA *et al.*, 2016), com 21.1% e 32.4% respectivamente enquanto as frequências de migração interna foram 26.3% e 39.2% para os estudos em Bangladesh (RANA *et al.*, 2016) e Lima (MORIARTY *et al.*, 2019), respectivamente. A incidência de HIV foi estimada em 2.8% (NUTTBROCK; HWAHNG, 2017) e as prevalências em 0.8% (RANA *et al.*, 2016) e 12.6% (MORIARTY *et al.*, 2019).

A associação entre migração internacional e infecção por HIV entre mulheres trans foi descrita no estudo realizado em Nova York (uHR 1.66;95%CI(0.79-3.51)) que, também descreveu a associação entre migração interna e trabalho sexual (aOR1.12; 95%CI (0.67-1.88)) e migração interna e URAI (aOR1.77;95%CI(0.93-3.26)) (NUTTBROCK; HWAHNG, 2017). A associação entre migração interna e infecção por HIV foi relatada em Lima (UPR1.02;CI95%(0.39–2.69)) (MORIARTY *et al.*, 2019).

O estudo de Bangladesh relatou apenas associações entre migração internacional ou interna entre comportamentos de risco e infecção do HIV entre mulheres trans: migração internacional e CDLAI (aOR 0.68;95%CI(0.48-0.96)); migração internacional e CCDAI com novos clientes na última semana (aOR 0.59;95%CI(0.34-1.01)); migração

interna e CDAII com novos clientes na última semana (aOR1.02;95%CI(0.64-1.62)); migração internacional e CCDAI com clientes regulares na última semana (aOR 0.45;95%CI(0.27-0.76)); migração interna e CCDAI com clientes regulares na última semana (aOR1.07;95%CI(0.68-1.69)) (RANA *et al.*, 2016).

Estudos qualitativos

Apenas um estudo (n=01) avaliou apenas mulheres trans, no qual o tamanho amostral foi igual a 14 participantes (WILSON, ERIN *et al.*, 2011). Já os estudos de Cabo Ocidental (ALESSI *et al.*, 2020), Carolina do Norte (BARRINGTON, CLARE *et al.*, 2018) e Bogotá (BIANCHI, F T *et al.*, 2014; ZEA *et al.*, 2013), foram compostos por outros grupos LGBT. Nestes estudos a amostra de mulheres trans variou de 3-14 participantes. A média de idade da amostra de mulheres trans foi de 30 anos (calculado pelos autores),

No estudo do Cabo Ocidental (ALESSI *et al.*, 2020), as mulheres trans migrantes relataram terem migrado devido à discriminação de gênero ou de orientação sexual. Estas migrantes também relataram que depois de migrarem enfrentaram dificuldades como encontrar e estabelecer-se em novas residências, falta de segurança e dificuldade de encontrar novos empregos. O engajamento no trabalho sexual foi relatado como uma opção mais viável para sustento e sobrevivência. As mulheres trans migrantes profissionais do sexo reportaram muitas situações em que eram forçadas à usar drogas ilícitas e praticar sexo desprotegido durante o programa (ALESSI *et al.*, 2020).

Em Carolina do Norte (BARRINGTON, CLARE *et al.*, 2018) as mulheres trans que migraram relataram que os fatores que influenciavam a testagem irregular ou não testagem para o HIV foram: confiança nos serviços e profissionais de saúde, acesso

geográfico e discriminação de gênero. Além do mais, foi reportado que o diálogo sobre testagem para o HIV e comportamentos sexuais nas suas novas redes de contato sociais formada após a migração eram muito superficiais ou raros (BARRINGTON, CLARE *et al.*, 2018).

Entre as migrantes trans de Bogotá (BIANCHI, F T *et al.*, 2014), maior parte vivia em regiões de vulnerabilidade socioeconômica, todas relataram já terem realizado trabalho como profissionais do sexo, 10 participantes (38.5%) tinham o trabalho sexual como principal fonte de renda e 12 (46.2%) relataram terem iniciado o trabalho sexual logo após a migração. As participantes relataram facilidade com a entrada no mercado sexual devido à influência das novas redes de contato formadas após a migração; as participantes mais novas no trabalho sexual descreveram a dificuldade de negociar práticas sexuais seguras com seus clientes; a discussão sobre HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) dentro das novas redes era limitada; e a realização de testagem para HIV entre as migrantes foi baixa (BIANCHI, F T *et al.*, 2014).

Outro estudo também realizado em Bogotá (ZEA *et al.*, 2013) evidenciou que os principais fatores que motivaram a migração entre as mulheres trans foram: violência e ameaça provenientes do conflito armado na Colômbia, pobreza, insegurança alimentar, falta de moradia, e situações frequentes de discriminação de gênero. Ao chegar em Bogotá, uma das participantes adquiriu o documento de identificação de trabalho sexual para atuar de forma legal na cidade, desta forma facilitando o acesso à políticas de educação ao HIV e outras IST do governo (ZEA *et al.*, 2013).

Na cidade de Bagmati, no Nepal (WILSON, ERIN *et al.*, 2011), outro estudo revelou diferentes fatos que levaram as Metis a migrarem, como fuga de um casamento forçado, além de abuso familiar e discriminação de gênero. Assim como nos estudos anteriores, a dificuldade de entrada no mercado de trabalho permitiu que as Metis

iniciassem o trabalho sexual como meio de subsistência após a migração (WILSON, ERIN *et al.*, 2011).

DISCUSSÃO

Através desta revisão observamos que as mulheres trans migrantes apresentaram maior vulnerabilidade para infecção ao HIV quando comparadas com as residentes permanentes. Além da infecção pelo HIV, a migração esteve relacionada com o trabalho sexual, maior frequência de sexo sem uso de preservativo e menor acesso a serviços de prevenção ao HIV.

O efeito da migração sob o HIV é um objeto de estudo que já vem sendo discutido na literatura internacional (DEANE; PARKHURST; JOHNSTON, 2010a; DECOSAS *et al.*, 1995; DZOMBA *et al.*, 2019; ROSS; CUNNINGHAM; HANNA, 2018; WEINE; KASHUBA, 2012). Uma revisão bibliométrica revela que o domínio representado pela palavra-chave “HIV/aids” associada à migração foi o quarto maior presente na literatura, também contendo outros correlatos como a testagem para o HIV. Os estudos que descrevem tal relação relatam uma maior prevalência de HIV entre os migrantes quando comparados aos residentes permanentes (SWEILEH *et al.*, 2018). Além disso, a própria UNAIDS inclui os migrantes enquanto uma população-chave, ou seja, com risco e/ou vulnerabilidade acrescida para infecção (UNAIDS, 2020a).

Esta revisão de escopo revelou que a associação entre migração e HIV ainda não está totalmente elucidada entre mulheres trans ao redor do globo. Observou-se uma escassez na literatura de estudos relacionados (3 quantitativos e 5 qualitativos) e a impossibilidade em obter estimativas comparáveis entre os estudos. Todavia, os trabalhos apontaram evidências para uma possível confirmação da hipótese em que a migração é um determinante social para o aumento do risco à infecção pelo HIV (ALESSI *et al.*, 2020; BARRINGTON, CLARE *et al.*, 2018; BIANCHI, F T *et al.*, 2014; MORIARTY *et al.*, 2019; NUTTBROCK; HWAHNG, 2017; RANA *et al.*, 2016; WILSON, E *et al.*, 2011; ZEA *et al.*, 2013).

Os estudos quantitativos realizados em Nova York e Lima foram os únicos que investigaram a associação direta entre a migração e a infecção pelo HIV, entretanto ambos não demonstraram medidas com significância estatística para um valor de p menor que 0.05 (MORIARTY *et al.*, 2019; NUTTBROCK; HWAHNG, 2017). Já o estudo de Bangladesh e também o de Nova York buscaram investigar a associação entre migração com entrada no mercado de trabalho sexual e a inconsistência no uso de preservativos durante as relações sexuais (NUTTBROCK; HWAHNG, 2017; RANA *et al.*, 2016). Tais comportamentos são reconhecidamente fatores de alto risco para a infecção: o trabalho como profissional do sexo está ligado não só ao aumento do número de parcerias sexuais desconhecidos, mas também ao contexto de vulnerabilidade socioeconômica, discriminação e falta de acesso a estratégias de prevenção; já o sexo sem uso de preservativos aumenta o risco de infecção pela possibilidade de contato direto com o vírus, quando não protegido por outras estratégias (UNAIDS, 2012, 2020a, 2021a).

Concomitantemente, os estudos qualitativos revelaram que os principais fatores de vulnerabilidade ao HIV foram: o acesso facilitado ao mercado da prostituição, muitas vezes como única opção de trabalho para as mulheres trans após a migração; a inconsistência do uso de preservativos durante as relações sexuais, assim como a dificuldade de negociar métodos de prevenção com as parcerias; e a falta de acesso à estratégias de prevenção ao HIV, como preservativo ou testagem (ALESSI *et al.*, 2020; BARRINGTON, CLARE *et al.*, 2018; BIANCHI, F T *et al.*, 2014; WILSON, E *et al.*, 2011; ZEA *et al.*, 2013).

Estes estudos apontam alguns possíveis caminhos explicativos da relação entre a migração e a infecção pelo HIV nestes contextos: o contato das mulheres trans com novas redes de contatos sociais nas quais o vírus é circulante pode aumentar diretamente o risco de infecção; a exposição aos fatores que aumentam expressivamente o risco à infecção no

pós-migração, como prostituição, número de parceiros sexuais e sexo anal receptivo sem uso de preservativo; e a falta de acesso à estratégias de prevenção e educação sexual pela dificuldade de vinculação aos serviços de saúde locais (ALESSI *et al.*, 2020; BARRINGTON, CLARE *et al.*, 2018; BIANCHI, F T *et al.*, 2014; WILSON, E *et al.*, 2011; ZEA *et al.*, 2013).

Tais explicações, apesar de não serem totalmente claras, são plausíveis para a compreensão da associação entre migração e infecção por HIV. Para Deane, Parkhurst e Johnston (2010a) existem duas possíveis explicações para essa linha causa: a migração pode aumentar o número de contatos com parceiros sexuais em contextos de maior vulnerabilidade à infecção; e a vulnerabilidade do migrante quando compara ao residente do local de origem, como a falta de acesso aos serviços de prevenção, a inserção no mercado sexual, ou a falta de educação sexual.

Vale ressaltar que a implantação de políticas públicas voltadas à esta população pode ter poder efeito positivo em intervir nesta realidade. No estudo de Zea e colaboradores (2013) foi evidenciado que a regularização formal do trabalho sexual de uma das participantes, através do registro enquanto profissional do sexo, deu a mesma o acesso a estratégias de prevenção e de educação sexual. Portanto, a inclusão de tais políticas de ampliação ao acesso por diferentes vias se faz necessária para mudança do cenário de vulnerabilidade de mulheres trans ao HIV, especialmente para aqueles que se deslocaram ao longo da vida.

Esta revisão de escopo possuiu algumas limitações. A falta de padronização de estimativas entre os estudos avaliados impediu que fizéssemos uma análise mais robusta dos dados extraídos. Além do mais, a escassez de estudos na área dificulta a obtenção de uma melhor elucidação para a associação estudada. Além disso, os estudos obtidos por meio desta revisão foram considerados de baixa qualidade de acordo com as escalas

aplicadas. É importante ressaltar que, embora as escalas de avaliação tenham o objetivo de listar os pontos essenciais dos estudos e simplificar o processo de qualificação de acordo com os padrões, podem ser suscetíveis à subjetividade de cada avaliador e não podem ser generalizadas para os diferentes contextos que são muito específicos para cada estudo e população (GUYATT *et al.*, 2011; IRVING *et al.*, 2017). Especificamente com relação à população de mulheres trans que é altamente estigmatizada e difícil de ser alcançada pelas metodologias tradicionais de amostragem, a generalização continua sendo um desafio para esses estudos. Por outro lado, esses estudos oferecem a possibilidade de entender contextos complexos, considerando indivíduos e cenários (ZINBERG, 1986). Entretanto, tais obstáculos não nos impediram que levantássemos informações suficientes para um possível caminho elucidativo da associação entre migração e HIV na população de mulheres trans.

CONCLUSÃO

A migração faz parte das trajetórias de muitas mulheres trans ao redor do mundo. Portanto esta população também está sob os efeitos negativos destes deslocamentos em sua saúde. Esta revisão de escopo demonstra um possível aumento de risco e/ou vulnerabilidade para a infecção pelo HIV entre mulheres trans migrantes quando comparadas com as residentes do local de origem. Ressalta-se, porém, que a escassez dos estudos publicados está relacionada com a dificuldade dos autores em obter clareza sobre a causa e o sentido das possíveis associações encontradas. Compreender de forma clara a relação entre a migração e a vulnerabilidade de mulheres trans a maior infecção pelo HIV é essencial para aprimorar ações e estratégias de prevenção à infecção e tratamento neste subgrupo populacional.

Tabela 5. Características dos estudos.

Quantitativos				
Referência	Localização (Cidade, estado)	Jornal	Desenho	Amostra (N)
Nuttbrock et al., 2017	Estados Unidos, Nova York	AIDS and Behavior	Coorte	199
Rana et al., 2016	Bangladesh	AIDS and Behavior	Transversal	889
Moriarty et al., 2019	Peru, Lima	LGBT Health	Transversal	120
Qualitativos				
Referência	Localização (Cidade, estado)	Jornal	Desenho	Amostra (N)
Alessi. et al., 2020	África do Sul, Cabo Ocidental	Ethnicity & Health	Grupo Focal	3
Barrington et. al., 2018	Estados Unidos, Carolina do Norte	Global Public Health	Estudo formativo	4
Bianchi et. al., 2014	Colombia, Bogotá	Arch Sex Behav	Entrevista de história de vida	12
Zea et al., 2013	Colombia, Bogotá	Cult Health Sex	Entrevista de história de vida	14
Wilson et al., 2011	Nepal, Bagmati	Cult Health Sex	Estudo formativo	14

Tabela 6. Descrição dos resultados de estudos quantitativos;

Variáveis	Nuttbrock et al., 2017	Rana et al., 2016	Moriarty et al., 2019
Idade	34,0 (M); 12,4 (DP)	15-24 (47,6%)	31,5 (M); 10,9 (DP)
Renda	-	≤81,26 USD (51,1%)	< USD 150 (40,8%)
Trabalho sexual (%)	39,7	72,1	63,3
Escolaridade	Ensino médio incompleto (42,7%)	3,9 anos (M)	7-11 anos (72,5%)
MIn (%)	21,1	32,4	-
MIA (%)	-	26,3	39,2
Incidência de HIV (%)	2,8	-	-
Prevalência de HIV (%)	-	0,8	12,6
Associações			
MIn e HIV	uHR 1,66; IC95% (0,79-3,51)		-
MIA e HIV	-		uPR1,02; IC95% (0,39–2,69)
MIn e trabalho sexual	aOR1,12; IC95% (0,67-1,88)		-
MIn e SARD	aOR1,77; IC95% (0,93-3,26)		-
MIn e UPSA	-	aOR0,68; IC95% (0,48-0,96)	-
MIA e UPSA	-	aOR1,11; IC95% (0,77-1,61)	-
MIn e UPCSa com novos clientes na última semana	-	aOR0,59; IC95% (0,34-1,01)	-
MIA e UPCSa com novos clientes na última semana	-	aOR1,02; IC95% (0,64-1,62)	-
MIn e UPCSa com clientes regulares na última semana	-	aOR0,45; IC95% (0,27-0,76)	-
MIA e UPCSa com clientes regulares na última semana	-	aOR1,07; IC95% (0,68-1,69)	-
Qualidade	Bom	Justo	Pobre
Seleção/ Comparabilidade/ Desfecho	****/**/****	**/**/**	-/**/****

M:média; DP: desvio padrão, MIn: migração internacional; MIA:migração interna; SARD: sexo anal receptivo desprotegido; UPSA: uso de preservativo no último sexo anal; UPCSa: uso consistente de preservativo no sexo anal.

Tabela 7. Descrição dos resultados de estudos qualitativos;

Referência	Objetivos	Principais resultados	Qualidade
Alessi. et al., 2020	Explorar os processos pelos quais as migrantes de minorias sexuais de gênero na África do Sul são expostas ao risco de contrair o HIV e aqueles que podem reduzir esse risco.	Quase todos os entrevistados relataram que migraram devido à perseguição com base no gênero ou na orientação sexual. Os participantes também relataram que enfrentaram dificuldades para encontrar um local de residência e segurança após a migração. O status de migração inseguro os forçou a encontrar empregos com baixa remuneração e condições precárias. Para muitos, o trabalho sexual era uma opção viável como oportunidade de sustento e sobrevivência. Em muitas situações, os migrantes relataram que se sentiram coagidos a usar drogas e a fazer sexo sem proteção para garantir o programa.	Moderada
Barrington et. al., 2018	Melhorar a compreensão das redes sociais de homens latinos e mulheres trans em um novo destino de imigração e como elas afetam os comportamentos de teste de HIV	Os fatores relacionados à dinâmica de rede dos migrantes que influenciaram o teste de HIV foram: confiança, geografia e estigma relacionado à identidade. O diálogo sobre o teste de HIV e os comportamentos sexuais nas redes de migrantes era superficial e raro.	Baixa
Bianchi et. al., 2014	Examinar o trabalho sexual entre profissionais do sexo masculinos e trans migrantes internos em Bogotá, Colômbia.	O tempo médio de residência dos migrantes em Bogotá era de 4 anos. A maioria morava em apartamentos alugados ou pensões em bairros de baixo nível socioeconômico. Todos os participantes relataram ter realizado trabalho sexual, e 10 dos 26 tinham o trabalho sexual como sua principal fonte de renda atualmente. Todas as participantes, exceto uma, tinham baixo nível socioeconômico em sua região de origem, e 12 das 26 relataram ter começado a trabalhar com sexo após a migração. Ganhar a renda necessária foi a principal motivação para o trabalho sexual após a migração. Muitas mulheres trans relataram dificuldade para encontrar emprego ou permanecer no emprego devido ao estigma e à discriminação. A migração criou isolamento social para muitas das participantes, que perderam sua rede de contatos anterior. Muitas participantes também relataram a facilidade de se envolver em	Baixa

Zea et al., 2013	Examinar as relações entre condições contextuais, deslocamento e HIV entre indivíduos gays, bissexuais e trans em Bogotá, Colômbia.	<p>trabalho sexual devido à influência de sua nova rede. Os participantes relataram que, como eram novos no trabalho sexual, ainda não tinham o engajamento necessário para negociar práticas de sexo seguro. O conhecimento sobre o HIV e outras IST era limitado. O uso de preservativos não era totalmente inconsistente: o não uso ocorria quando o cliente pagava mais ou quando o risco percebido no relacionamento era menor. Entretanto, a realização de teste de HIV era baixa.</p> <p>Os fatores que motivaram a migração entre as participantes foram: situações de violência e ameaças decorrentes do conflito armado na Colômbia; pobreza, insegurança alimentar e falta de moradia estável, buscando outros lugares para melhorar de vida; situações de estigma e discriminação relacionadas a gênero e orientação sexual, relacionadas à sociedade conservadora. Esses deslocamentos aumentaram as condições de vulnerabilidade ao HIV das migrantes.</p>	Baixa
Wilson et al., 2011	Explorar o contexto social do estigma entre as Metis no Nepal para entender melhor seu risco de contrair o HIV.	Os motivos que levaram as Metis a migrarem foram evitar o casamento forçado, escapar do abuso familiar e da discriminação baseada em gênero. Muitas vezes, após a migração, devido à dificuldade de encontrar empregos formais, as Metis se envolveram em trabalho sexual como meio de subsistência.	Moderada

APÊNDICE 1

Estratégia de busca (data: 07/03/2022)

PubMed

#1 “Transgender Persons” [MeSH Terms] OR “Person, Transgender” OR “Transgender Person” OR “Transgenders” OR “Transgender” OR “Transgendered Persons” OR “Person, Transgendered” OR “Persons, Transgendered” OR “Transgendered Person” OR “Two-Spirit Persons” OR “Person, Two-Spirit” OR “Two Spirit Persons” OR “Two-Spirit Person” OR “Transsexual Persons” OR “Person, Transsexual” OR “Transsexual Person” OR “Transsexuals” OR “Transsexual” OR (transvestite) OR (male-to-female) OR (transsexual woman) OR (transsexual people)

#2 “Human Migration” [MeSH Terms] OR “Human Migrations” OR “Migration, Human” OR “Migrations, Human” OR “Diaspora” OR “Diasporas” OR (migration)

#3 “HIV” [Mesh Terms] OR (Human Immunodeficiency Virus) OR (Immunodeficiency Virus, Human) OR (Immunodeficiency Viruses, Human) OR (Virus, Human Immunodeficiency) OR (Viruses, Human Immunodeficiency) OR (Human Immunodeficiency Viruses)

#4 (#1 AND #2 AND #3)

LILACS

#1 mh: "Pessoas Transgênero" OR "Transgender Persons" OR "Personas Transgênero" OR "Personnes transgenres" OR "Mulher Transexual" OR "Mulher Transgênero" OR "Mulheres Trans" OR "Transvestite" OR "Transexual" OR "Transexual Feminino" OR "Transexuado" OR "Transexuais"

#2 mh: "Migração Humana" OR "Human Migration" OR "Migración Humana" OR "Migration humaine" OR "Taxa de Migração" OR "Taxa de Mobilidade"

#3 mh: "HIV" OR "VIH"

#4 (#1 AND #2 AND #3)

WEB OF SCIENCE

(Transgender Persons) AND (Human Migration) AND (HIV)

EMBASE

“Transgender Persons” AND “Human Migration” AND "HIV"

SCOPUS

“Transgender Persons” AND “Human Migration” AND "HIV"

Para responder ao objetivo 3, apresentamos o Artigo 3. O resumo desse artigo foi apresentado na 24th *International AIDS Conference* (AIDS2022) (www.aids2022.org). Montreal, Canadá, 29 Julho a 2 Agosto 2022. O artigo foi enviado para submissão em 2 de Outubro de 2023 e recebeu aprovação para publicação em 1 de Fevereiro de 2024 para o suplemento *Migration and Health* do jornal *BMC Public Health* (<https://doi.org/10.1186/s12889-024-17956-6>).

Para responder ao objetivo 3, apresentamos o Artigo 3, o qual foi submetido e aprovado para publicação no suplemento “*Migration and Health*” da revista *BMC Public Health* (<https://doi.org/10.1186/s12889-024-17956-6>).

7.3 ARTIGO 3: *MIGRAÇÃO INTERNA COMO UM PREDITOR PARA A INFECÇÃO PELO HIV ENTRE TRAVESTIS E MULHERES TRANS DO NORDESTE DO BRASIL*

Beo Oliveira Leite¹, Laio Magno^{1,2}, Francisco Inácio Bastos³, Inês Dourado¹

¹Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Av. Basílio da Gama, s/n, Campus Universitário do Canela, 40110-040 Salvador, Bahia, Brasil.

²Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Ciências da Vida, Campus1, Salvador, Bahia, Brasil.

³Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

RESUMO

O objetivo foi investigar a associação entre migração interna e infecção por HIV entre travestis e mulheres trans (TrMT) do Nordeste do Brasil. Este foi um estudo transversal composto por 864 TrMT recrutadas pelo método de amostragem *Respondent-Driven Sampling* (RDS) em três capitais do Nordeste do Brasil em 2017. Foi aplicado um inquérito sociocomportamental e testes rápidos para HIV. Para estimar a associação entre a migração interna e infecção por HIV foi realizada regressão logística com estimação da Odds Ratio (OR) e respectivo intervalo de confiança de 95% (IC95%). A prevalência de HIV entre as TrMT foi estimada em 24,5%. A migração interna aumentou significativamente a chance de infecção por HIV entre as TrMT de 18 a 34 anos de idade (OR 1,84; IC95% 1,04-3,27) e de 35 anos ou mais (OR 3,08; IC95% 1,18-8,04). A migração interna se mostrou como um importante fator que também pode tornar esta população vulnerável ao HIV. Estes dados apontam para que haja um maior fortalecimento de políticas públicas de saúde que venha a facilitar o acesso das TrMT aos serviços de cuidado e prevenção ao HIV/aids.

Palavras-chave: travesti, mulher transgênero, migração interna, estigma, HIV.

INTRODUÇÃO

Estima-se que cerca de 38 milhões de pessoas em todo mundo estejam vivendo com o vírus da imunodeficiência humana (HIV). Somente em 2019, 1,7 milhões de pessoas adquiriram novas infecções, mais do que três vezes a incidência estimada para o ano de 2020 (UNAIDS, 2020a).

Além do mais, atualmente mais da metade (62%) das pessoas adultas que vivem com o HIV são provenientes de “populações-chave”, termo adotado pela *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS) para se referir à populações com risco e vulnerabilidade acrescidos à infecção: usuários de drogas, profissionais do sexo, parceiros sexuais de profissionais do sexo ou outros integrantes das “populações chave”, gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), e mulheres trans (UNAIDS, 2020a).

Especialmente para a população de mulheres trans, estima-se que a prevalência mundial de HIV nessa população seja de 19,1%. No Brasil, para o grupo que se compreende por travestis e outras mulheres trans (TrMT), essa prevalência ainda é alta (33,1%) e a chance de infecção é 85,3 vezes maior quando comparada à população geral em idade reprodutiva (BARAL *et al.*, 2013). Tal vulnerabilidade ao HIV pode ser explicado por alguns fatores: comportamentais (sexo desprotegido), programáticos (barreiras para acesso aos serviços, tecnologias e estratégias de saúde), e socioestruturais (estigma e discriminação) (BARAL *et al.*, 2013; POTEAT; REISNER; RADIX, 2014; REISNER *et al.*, 2016).

Preponderantemente, por confrontarem as construções e normativas de uma sociedade machista e patriarcal, as TrMT são muitas vezes marginalizadas. Tal composição de trajetórias envolvem o estigma, a discriminação e a violência em diversas esferas de socialização, como a família, escola, trabalho, espaços públicos e privados e serviços de saúde. Estes obstáculos são muitas vezes os principais responsáveis pelo maior fluxo migratório entre as TrMT para a busca de melhores condições de vida, oportunidades de trabalho e espaços de maior aceitabilidade (MOUNTIAN, 2015).

Tais processo migratório pode trazer um impacto significativo no contexto de saúde das TrMT. Alguns estudos já demonstraram que os imigrantes, quando comparados com a população residente do local de origem, podem apresentar maior pobreza, desemprego e exclusão social, menor acesso aos serviços de saúde, assim como desfechos

negativos na saúde, inclusive o HIV/aids (CASTAÑEDA *et al.*, 2015; PFARRWALLER; SURIS, 2012; UNAIDS, 2020a; WICKRAMAGE *et al.*, 2018). Desta forma, o objetivo deste estudo foi investigar a associação entre migração interna e infecção pelo HIV entre travestis e mulheres trans do Nordeste do Brasil.

MÉTODOS

Desenho, população de estudo e aspectos éticos

Este estudo fez parte da de uma pesquisa nacional realizada entre outubro de 2016 e julho de 2017, denominada “estudo de abrangência nacional de comportamento, atitudes, prática e prevalência para o HIV, sífilis e hepatites B e C entre travestis em 12 municípios brasileiros (Estudo DIVAS)”. O recorte se trata de um estudo transversal, compostos por TrMT com idade 18 anos ou mais, residentes de três capitais do nordeste brasileiro no qual a pesquisa foi realizada: Salvador, Recife e Fortaleza. A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) (CAAE-49359415.9.0000.5240).

A amostra foi composta por 864 TrMT residentes dos municípios selecionados (Salvador, Recife e Fortaleza) as quais: assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), aceitaram responder ao inquérito, realizaram os testes rápidos para IST e tiveram pelo menos uma relação sexual nos últimos 12 meses. Participantes como idade menor que 18 anos ou que estivessem sob influência de álcool ou outras drogas foram excluídas do estudo.

Amostragem e coleta de dados

O método de amostragem utilizado foi o *Respondent Driven Sampling* (RDS). O RDS é uma estratégia de amostragem, geralmente utilizada para populações de difícil acesso, baseada no recrutamento de indivíduos por seus pares semelhantes dentro da sua própria rede de contatos. Para isso, tal metodologia pressupõe incentivos financeiro que promovem uma estimulação no recrutamento entre os participantes: o incentivo primário, referente ao ressarcimento dado pela participação; e o incentivo secundário, referente ao ressarcimento dado pelo convite de cada par recrutado. (HECKATHORN, 1997).

As primeiras participantes do estudo são denominadas “sementes”. As sementes são escolhidas de forma não aleatória através de uma pesquisa formativa inicial segundo os critérios de inclusão e a potencialidade da rede de contatos. A pesquisa foi realizada, a priori, através de movimentos sociais e locais comuns de convivência das TrMT (bares, boates, praças públicas e espaços privados). As participantes foram identificadas através de grupos focais, com entrevistas em profundidade. Foram escolhidas 7 sementes para Salvador, 6 para Fortaleza e 5 para Recife. Cada semente recebeu três convites para convidar três outras TrMT, e assim sucessivamente até ter completado a amostra.

O inquérito foi organizado em 11 blocos: informações sociodemográficas; conhecimento sobre IST/aids, hepatites virais e acesso a preservativos; assistência à saúde; teste de HIV, sífilis e hepatites; discriminação, violência e violação de direitos humanos; comportamento sexual; álcool e outras drogas; modificações corporais; saúde mental; envolvimento com o sistema de justiça criminal; apoio social, resiliência e orgulho trans.

Realizado o inquérito, as TrMT recebiam aconselhamento pré-testagem e realizavam a coleta através de punção venosa por técnicos previamente treinados, seguindo os procedimentos de biossegurança estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS). Testes confirmatórios (contraprova) foram realizados em casos positivos no primeiro teste. Todas as participantes também receberam aconselhamento posteriormente aos testes, e caso fosse confirmado diagnóstico, eram encaminhadas ao serviço referência.

Variáveis do estudo

As variáveis do estudo estão disponíveis na figura 10, como segue:

<p>Desfecho</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infecção por HIV (“Sim” vs. “Não”) obtida do resultado do teste rápido. Participantes cujo resultado foi indeterminado/inconclusivo foram excluídos da análise.
<p>Exposição principal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Migração interna (“Sim” [TrMT que viajaram dentro do Brasil] vs. “Não” [residentes da cidade de origem])
<p>Covariáveis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idade (≤ 34 years vs. > 34) • Raça/cor de pele (“Não negra” [branca, amarela, e indígena] vs. “Negra” [pretas ou pardas]) • Renda mensal (“meio salário mínimo ou menos” vs. “maior que meio salário mínimo”) • Escolaridade (“10 anos ou mais” vs. “até 9 anos”) • Participação em ONG ou movimentos sociais (“Não” [nunca] vs “Sim”. [as vezes/sempre]) • Discriminação de gênero (“Sim” vs. “Não”) • História de trabalho como profissional do sexo (“Sim” vs. “Não”) • História de sexo forçado (“Sim” vs. “Não”) • Uso de silicone líquido industrial (“Sim” vs. “Não”) • Unidade básica de saúde (UBS) como fonte usual de cuidado (“Sim” vs. “Não”)

Figura 10. Variáveis do estudo

Análise dos dados

Para a descrição das variáveis foram calculadas as frequências brutas e relativas totais e segundo a migração interna. A associação entre a infecção por HIV, migração interna e covariáveis foi investigada utilizando o teste de χ^2 de *Pearson* ajustado e a medida de associação *Odds Ratio* (OR), estimada através de regressão logística binomial. Na multivariada foram consideradas as variáveis de ajuste cujo *p* valor foi menor que 0,20. O modelo final foi escolhido considerando o aumento do percentual de mudança do efeito principal da OR para o ajuste de confusão da associação principal e a adequação final do modelo foi calculada pelo teste de bondade de ajuste de Hosmer-Lemeshow. A idade foi considerada como uma variável fundamental de modificação do efeito da associação principal para a estratificação dos resultados.

Todas as análises dos dados foram ponderadas pelo estimador RDSII (VOLZ; HECKATHORN, 2008) que realiza um ajuste segundo o grau de homofilia e o tamanho amostral da rede contatos sociais. Os pesos foram calculados pelo RDS Analyst 0.42, e as demais análises foram realizadas para dados tipo *survey* no software Stata, versão 15.0 (Stata Corporation, College Station, USA).

RESULTADOS

Das 864 TrMT que compuseram o estudo, 198 (24,5%) tiveram teste positivo para HIV, 545 (63,5%) referiram residir no município de origem e 317 (36,5%) eram migrantes. A maioria possuía 25 anos de idade ou mais (55,6%), declararam-se como negras (79,4%) possuíam renda mensal maior que meio salário mínimo (65,5%), tinham 10 anos ou mais de escolaridade (54,5%), não participavam de organizações da sociedade civil (77,1%), sofreram discriminação de gênero alguma vez na vida (87,3%), trabalharam como profissional do sexo alguma vez na vida (68,7%), sofreram violência sexual (61,2%) e não fizeram uso de silicone líquido industrial (76,6%). 33,0% (304) relataram ter a unidade básica de saúde (UBS) como fonte usual de cuidado e a prevalência de história de infecção de sífilis foi de 50,4% (449) (**Tabela 8**).

O tempo de residência na cidade atual menor que 5 anos foi relatado em 50,1% (193) do total das TrMT, O tempo de residência foi significativamente maior entre as TrMT com idade igual ou superior a 35 anos (p-valor=0,004). Para ambos os estratos da idade, o principal motivo para ter deixado a cidade de origem foi para procurar trabalho ou melhor a qualidade de vida (52,8% e 57,1%); seguido por estar perto de amigos, família ou companheiro (29,0% e 24,1%); rejeição, discriminação e violência (8,7% e 15,3%); modificações corporais (6,2% e 2,8%); e para estudar (3,3% e 0,8%) (**Tabela 9**).

Na análise bivariada, ser migrante aumentou significativamente a chance de infecção pelo HIV nos estratos de 18 a 34 anos de idade (OR 1.94; IC95% 1.11-3.38) e de 35 anos ou mais (OR 2.77; IC95% 1.17-6.57), ambos quando comparados com as TrMT residentes do município de origem. As demais variáveis que estiveram significativamente associadas com a infecção para o estrato com idade entre 18 e 34 anos foram: anos de escolaridade (p-valor=0,018) e participação em organizações da sociedade civil (p-valor=0,046). Já para o estrato de 35 anos de idade ou mais foram: raça/cor (p-

valor=0,037) e ter trabalhado ou trabalhar como profissional do sexo (p-valor=0,009) (**Tabela 10**).

O melhor modelo da análise ajustada sustentou que ser migrante aumenta em 84% (OR 1,84; IC95% 1,04-3,27) a chance de infecção no estrato com idade entre 18 e 34 anos, e 208% (OR 3,08; IC95% 1,18-8,04) no estrato de 35 anos ou mais, ambos quando comparados com as TrMT residentes do município de origem.

DISCUSSÃO

A prevalência de HIV entre as TrMT (24,5%) apontada nesta pesquisa foi alta quando comparada com outros estudos. Em uma metanálise realizada para 15 países estimou uma prevalência global de HIV de 19,1%. Mais recente, outra metanálise realizada para os Estados Unidos foi identificada uma prevalência de HIV entre mulheres trans de 18,8% (BECASEN *et al.*, 2019). Outros estudos em países como China, Iran e Camboja, foram identificadas prevalências ainda menores que 15% (MOAYEDI-NIA *et al.*, 2019; YAN *et al.*, 2019; YI *et al.*, 2017).

Já em outra pesquisa realizada com mulheres trans de 8 países africanos foi identificado uma prevalência de HIV mais próxima que a encontrada no nosso estudo, de 25,4% (POTEAT *et al.*, 2017). Em alguns países da América Latina, a prevalência de HIV entre as TrMT também se encontra próximas, como Uruguai (21,5%) e Argentina (34,1%) (DOS RAMOS FARÍAS *et al.*, 2011; RUSSI *et al.*, 2003). Já no Brasil, a prevalência anteriormente estimada em uma metanálise para a população de TrMT foi de 33,1% (BARAL *et al.*, 2013). Outros estudos realizados em diferentes regiões do país também identificaram prevalências de HIV semelhantes com as TrMT referidas neste estudo, como no Rio Grande do Sul (25%), Rio de Janeiro (31,2%) (COSTA *et al.*, 2015; GRINSZTEJN *et al.*, 2017).

Referente ao contexto migratório, as TrMT mais novas possuíam menor tempo de residindo no novo município quando comprado às mais velhas (p-valor=0,004), e o principal motivo que as levou ao deslocamento em ambos os estratos foi a busca por trabalho e melhora na qualidade de vida (53,7% e 57,1%). Esta situação confirma que, para as TrMT, a mobilidade social é uma preocupação que surge muitas vezes como

necessidade urgente desde jovens e perdura durante toda vida. A migração já faz parte das trajetórias dessa população como alternativa viável para a

A migração interna aumentou significativamente a chance de infecção pelo HIV em ambos os estratos de idade, 18 e 34 anos (OR 1,81; IC95% 1,04-3,27) e 35 anos ou mais (OR 3,08; IC95% 1,18-8,04). A migração é responsável por aumentar a vulnerabilidade individual uma vez que ela diminui o acesso aos serviços e tecnologias de saúde (CASTAÑEDA *et al.*, 2015; GRANADA *et al.*, 2017; PERDOMO, 2007), e neste contexto, principalmente os serviços de prevenção e controle ao HIV/aids (DZOMBA *et al.*, 2019; LEWIS; WILSON, 2017; ROSS; CUNNINGHAM; HANNA, 2018; UNAIDS, 2020a; WEINE; KASHUBA, 2012). O migrante ao chegar no novo local ainda desconhece da rede de serviços de saúde e precisa de tempo e disposição no novo município para se habituar e formar novos vínculos no sistema. Especialmente para as TrMT, no qual os obstáculos para o acesso são frequentes (BENTO; PELÚCIO, 2012a; MONTEIRO; BRIGEIRO, 2019; MONTEIRO; BRIGEIRO; BARBOSA, 2019; ROCON *et al.*, 2016), pode haver uma grande resistência neste processo.

Em um estudo de transversal com TrMT realizado em Lima, Peru, identificou que a migração aumentou significativamente a ocorrência de gonorreia e clamídia, e também a prevalência de HIV, entretanto, esta última sem significância estatística. (MORIARTY *et al.*, 2019). Outro estudo de coorte com mulheres trans de Nova Iorque também foi identificado uma associação entre migração e infecção por HIV, entretanto, também significância estatística (NUTTBROCK; HWAHNG, 2017).

Os deslocamentos migratórios também são atribuídos à quebra de vínculos sociais, ou seja, as TrMT que migraram perdem suas redes de apoio e resiliência, fatores estes igualmente importantes no processo de prevenção ao HIV/aids, dado que são responsáveis por romper com o estigma e fomentar a discussão sobre a infecção, prevenção e testagem (DULIN *et al.*, 2018). Barrington e colaboradores (2018) em um estudo qualitativo com homens que faziam sexo com homens e mulheres trans latinas na Carolina do Norte, Estados Unidos, identificaram que o diálogo sobre HIV, testagem e comportamentos sexuais dentro das redes de migrantes era superficial ou raro, o que poderia torná-los mais vulneráveis à infecção.

Além disso, o contexto em que as TrMT migrantes se inserem no novo local de residência também pode influenciar na infecção. Existe uma tendência para que os

comportamentos dos migrantes se aproximarem aos comportamentos de risco presentes nas novas redes de contatos formadas no novo município. Portanto, se uma TrMT se insere em uma rede de contatos em que comportamentos de risco sejam frequentes, existe a possibilidade em que tais comportamentos também sejam reproduzidos.

Nuttbrock e Hwahng, (2017) identificam que mulheres trans estrangeiras residentes de Nova Iorque tinham chance aumentada para o engajamento no trabalho sexual e sexo anal receptivo desprotegido. Em outro estudo transversal realizado com Hirjas em Bangladesh foi identificado que as participantes que cruzaram a fronteira do país tiveram menos chances de reportar uso de preservativo no sexo anal na última relação, uso consistente de preservativo no sexo anal com novos clientes na última semana e uso consistente de preservativo no sexo anal com clientes regulares na última semana (RANA *et al.*, 2016).

Bianchi e Fernanda (2014), em um estudo qualitativo com homens que faziam sexo com homens e mulheres trans de Bogotá, apontaram que a migração gerou um contexto de isolamento social para muitos dos participantes, aos quais perderam suas redes de apoio anterior, e desta forma, obtiveram um maior engajamento ao trabalho sexual pela influência da nova rede que se inseriram. Não obstante, os participantes tinham dificuldade de negociar práticas seguras com seus clientes, o conhecimento sobre HIV e outras IST era limitado, assim como a realização de testagem para HIV era pouco frequente, o que torna essa população mais vulnerável.

Este estudo apresentou algumas limitações. O desenho transversal impede que tracemos uma relação temporal entre a variável resposta e a exposição principal. O método RDS e a amostra não probabilística gerada interfere na generalização dos dados (HECKATHORN, 1997). Entretanto, este fato não impossibilita a geração de importantes informações sobre a rede de contatos sociais formada, uma vez que diversos outros estudos tem utilizado essa mesma metodologia como melhor possibilidade viável para populações de difícil acesso como a nossa (KRÜGER *et al.*, 2019; LEITE *et al.*, 2021; MARTINS *et al.*, 2013; PINHEIRO JÚNIOR *et al.*, 2016; SZWARCOWALD, CELIA LANDMANN *et al.*, 2018; YI *et al.*, 2017). Além do mais, o questionário deste estudo não foi adequado inicialmente para a análise da exposição estudado e, dessa forma, não pudemos avaliar outras variáveis que poderiam influenciar na associação principal.

CONCLUSÃO

Nosso estudo revelou uma alta prevalência de HIV entre as TrMT participantes da pesquisa e uma chance significativamente maior de infecção entre as migrantes em ambos os estratos da idade quando comparada com as residentes da cidade de origem. Tal desproporcionalidade para a infecção pelo HIV pode ser explicada pelas trajetórias de menor ou maior vulnerabilidade. Além de geralmente serem submetidas a exclusão social gerada pela discriminação de gênero, os deslocamentos migratórios fazem parte deste contexto, reforçando que este fator que pode tornar essa população ainda mais vulnerável. Desta forma, faz-se necessário a criação, fortalecimento e implementação de políticas públicas que consigam dar acesso efetivo as TrMT para os serviços e tecnologias voltados ao cuidado e a prevenção do HIV/aids.

Tabela 8. Distribuição das variáveis do estudo de acordo a migração interna entre TrMT do Nordeste do Brasil, 2017.

Variáveis	Total		Não migrante		Migrante	
	n ^a	% ^a	n ^a	% ^a	n ^a	% ^a
Desfecho						
HIV						
Não	632	75,5	421	81,2	210	66,7
Sim	198	24,5	103	18,7	94	33,3
Exposição principal						
Migração interna						
Não	545	63,5				
Sim	317	36,5				
Idade						
18 a 34 anos	675	78,5	444	79,4	229	76,5
35 anos ou mais	189	21,5	101	20,6	88	23,5
Raça/cor						
Não negra	171	20,6	104	19,2	67	23,2
Negra	681	79,4	435	80,8	244	76,8
Renda mensal						
Meio salário mínimo ou menos	293	34,5	209	38,0	83	28,8
Maior que meio salário mínimo	571	65,5	336	62,0	234	71,2
Escolaridade						
10 anos ou mais	473	54,5	292	55,9	180	51,5
Até 9 anos	378	45,5	245	44,1	132	48,5
Participação em ONGs ou movimentos sociais						
Não	628	77,1	407	78,3	219	74,8
Sim	233	22,9	137	21,7	96	25,2
Discriminação de gênero						
Não	92	12,7	64	15,8	27	7,5
Sim	772	87,3	481	84,2	290	92,5
História de trabalho como profissional do sexo						
Não	203	31,3	156	36,5	46	21,4
Sim	661	68,7	389	63,5	271	78,6
História de sexo forçado						
Não	331	38,8	224	41,3	106	34,8
Sim	533	61,2	321	58,7	211	65,2
Uso de silicone líquido industrial						
Não	633	76,6	458	95,7	173	60,3
Sim	228	23,4	86	14,3	142	39,7
UBS como fonte usual de cuidado						
Não	559	67,0	347	66,1	211	69,3
Sim	304	33,0	197	33,9	106	30,7

^a Weighted by RDSII

Tabela 9. Distribuição da descrição da migração interna de acordo à idade entre TrMT do Nordeste do Brasil, 2017.

Migração interna	Total		18 a 34 anos		35 anos ou mais	
	n ^a	% ^a	n ^a	% ^a	n ^a	% ^a
Tempo de residência na cidade atual						
Menos de 5 anos	193	50,1	158	55,8	35	32,6
5 anos ou mais	191	49,9	117	44,2	74	67,4
Principal motivo para deixar a cidade de origem						
Procurar trabalho/ Melhorar qualidade de vida	159	53,7	114	52,8	45	57,1
Estar perto dos amigos/ família/ companheiro	79	27,9	62	29,0	17	24,1
Rejeição/ Discriminação/ Violência	24	10,2	15	8,7	9	15,3
Readequação do gênero	20	5,4	15	6,2	5	2,8
Estudar	6	2,7	4	3,3	2	0,8

^a Ponderado pelo estimador RDSII

Tabela 10. Análise bivariada dos fatores associados a infecção por HIV entre TrMT no Nordeste do Brasil, 2017.

Variáveis	18 a 34 anos			35 anos ou mais		
	% ^a	<i>p</i> -valor	OR(IC95%) ^a	% ^a	<i>p</i> -valor	OR(IC95%) ^a
Migração interna		0,019			0,019	
Não	16,8			26,6		
Sim	28,1		1,94(1,11-3,38)	50,0		2,77(1,17-6,57)
Raça/cor		0,600			0,037	
Não negra	18,5			54,1		
Negra	21,9		1,23(0,56-2,71)	30,0		0,36(0,14-0,96)
Renda mensal		0,178			0,126	
Meio salário mínimo ou menos	17,4			25,0		
Maior que meio salário mínimo	23,5		1,45(0,84-2,51)	41,3		2,11(0,80-5,54)
Escolaridade		0,018			0,191	
10 anos ou mais	16,5			27,4		
Até 9 anos	27,6		1,93(1,11-3,33)	41,3		1,86(0,73-4,76)
Participação em ONGs ou movimentos sociais		0,046			0,796	
Não	23,3			34,7		
Sim	13,6		0,52(0,27- <1,00)	37,4		1,13(0,46-2,78)
Discriminação de gênero		0,449			0,093	
Não	17,1			17,2		
Sim	22,0		1,37(0,60-3,11)	39,3		3,11(0,78-12,34)
História de trabalho como profissional do sexo		0,209			0,009	
Não	16,3			14,2		
Sim	23,7		1,60(0,77-3,34)	45,7		5,11(1,41-18,54)
História de sexo forçado		0,496			0,856	
Não	19,3			35,0		
Sim	22,6		1,22(0,69-2,16)	36,8		1,08(0,46-2,58)
Uso de silicone líquido industrial		0,065			0,077	
Não	19,7			27,2		
Sim	30,9		1,83(0,96-3,49)	45,5		2,24(0,91-5,52)

UBS como fonte usual de cuidado		0,984		0,239	
Não	21,4			40,1	
Sim	21,5	1,00(0,56-1,80)		27,8	0,57(0,23-1,45)

^a Ponderado pelo estimador RDSII

Tabela 11. Ajuste multivariado da associação entre migração interna e infecção por HIV entre TrMT no Nordeste do Brasil, 2017.

18 a 34 anos				35 anos ou mais			
Modelo 1	OR ^a	<i>p</i> -valor	IC95%	Modelo 1	OR ^a	<i>p</i> -valor	IC95%
Migração interna	1,94	0,020	1,14-3,37	Migração interna	2,77	0,021	1,17-6,57
Modelo 2				Modelo 2			
Migração interna	1,89	0,025	1,08-3,33	Migração interna	3,08	0,035	1,08-8,77
Escolaridade				Raça/cor; renda mensal; escolaridade; discriminação de gênero; história de trabalho como profissional do sexo; uso de silicone líquido industrial			
Modelo 3				Modelo 3			
Migração interna	1,90	0,026	1,08-3,36	Migração interna	3,05	0,035	1,08-8,58
Escolaridade; participação em ONGs ou movimentos sociais				Raça/cor; escolaridade; discriminação de gênero; história de trabalho como profissional do sexo; uso de silicone líquido industrial			
Modelo 4 (Modelo Final)				Modelo 4			
Migração interna	1,84	0,036	1,04-3,27	Migração interna	2,74	0,042	1,04-7,24
Escolaridade; participação em ONGs ou movimentos sociais; renda mensal				Raça/cor; discriminação de gênero; história de trabalho como profissional do sexo; uso de silicone líquido industrial			
Modelo 5				Modelo 5			
Migração interna	1,77	0,070	0,95-3,27	Migração interna	2,98	0,027	1,13-7,87
Escolaridade; participação em ONGs ou movimentos sociais; renda mensal; uso de silicone líquido industrial				Raça/cor; história de trabalho como profissional do sexo; uso de silicone líquido industrial			
				Modelo 6 (Modelo Final)			
				Migração interna	3,08	0,021	1,18-8,04
				Raça/cor; história de trabalho como profissional do sexo			

^a Ponderado pelo estimador RDSII

8 CONCLUSÃO

A prevalência da infecção pelo HIV entre as TrMT continua desproporcionalmente alta quando compara à outras populações. Isso pode nos revelar muito desafios apesar dos avanços nas políticas de prevenção ao HIV/aids. A discriminação de gênero persiste como um fator crítico que não apenas limita o acesso aos serviços de saúde, mas também limita o acesso à prevenção HIV, perpetua a exclusão social, e aumenta a vulnerabilidade das TrMT, tanto no Brasil quanto em outras partes do mundo.

É fundamental que estratégias de combate e criminalização da discriminação de gênero contra as TrMT sejam priorizadas, especialmente no âmbito dos serviços de saúde e prevenção ao HIV/aids. Os serviços de saúde devem estar adaptados aos desafios que envolvem a população de TrMT, através de abordagem inclusivas, que ampliem o acesso e participação social.

Diante do intenso fluxo migratório, vulnerabilidade ao HIV e demandas específicas da população trans, a rede de serviços deve ser pensada de forma descentralizada dos grandes centros, e fortalecida através da atenção primária em saúde. A rede deve estar bem articulada para ofertar suporte necessário no que tange os diferentes determinantes sociais, incluindo assistência social, jurídica, programas de emprego e habitação. Além do mais, a participação social é fundamental para a construção de espaços que sejam representativos e focados na defesa do direito das TrMT.

REFERÊNCIAS

ALESSI, E. J. *et al.* “Those tablets, they are finding an empty stomach”: a qualitative investigation of HIV risk among sexual and gender minority migrants in Cape Town, South Africa. *Ethnicity & health*, p. 1–17, set. 2020.

ARCHER, K. J.; LEMESHOW, S. Goodness-of-fit test for a logistic regression model fitted using survey sample data. *Stata Journal*, 2006.

AVILA, M. M. *et al.* High Frequency of Illegal Drug Use Influences Condom Use Among Female Transgender Sex Workers in Argentina: Impact on HIV and Syphilis Infections. *AIDS and Behavior*, v. 21, n. 7, p. 2059–2068, 1 jul. 2017.

AYRES, J. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*, v. 2, p. 121–144, 2003.

BAENINGER, R. Migrações internas no Brasil: tendências para o século XXI. *Revista NECAT*, 2015.

BAGAGLI, B. P. A diferença trans no gênero para além da patologização. *Revista Periódicus*, v. 1, n. 5, p. 87, 2016.

BALETA, A. Concern voiced over “dry sex” practices in South Africa. *The Lancet*, v. 352, n. 9136, p. 1292, 17 out. 1998. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/article/S0140673605705079/fulltext>>. Acesso em: 1 mar. 2022.

BARAL, S. D. *et al.* Worldwide burden of HIV in transgender women: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, 2013.

BARRÉ-SINOUSSE, F. *et al.* Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Science*, v. 220, n. 4599, p. 868–871, 1983. Acesso em: 1 mar. 2022.

BARRINGTON, C *et al.* Social networks, migration, and HIV testing among Latinos in a new immigrant destination: Insights from a qualitative study. *Global Public Health*, v. 13, n. 10, p. 1507–1519, 2018. Disponível em: <<https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85036496597&doi=10.1080%2F17441692.2017.1409783&partnerID=40&md5=fda365c80ad0c8ee8ebfe215cf3190b2>>.

BARRINGTON, CLARE *et al.* Social networks, migration, and HIV testing among Latinos in a new immigrant destination: Insights from a qualitative study. *GLOBAL PUBLIC HEALTH*, v. 13, n. 10, p. 1507–1519, 2018.

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 @ OPEN S16*. 2018.

BAUER, G. R. *et al.* High heterogeneity of HIV-related sexual risk among transgender people in Ontario, Canada: a province-wide respondent-driven sampling survey. . [S.l: s.n.], 2012.

BEATTIE, T. S. H. *et al.* Personal, interpersonal and structural challenges to accessing HIV testing, treatment and care services among female sex workers, men who have sex with men and transgenders in Karnataka state, South India. *Journal of epidemiology and community health*, v. 66 Suppl 2, p. ii42-48, 2012.

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. *American Journal of Public Health*. [S.l: s.n.], , 2019

BENEVIDES, B. G. *Dossiê: assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2024*. . Brasília: [s.n.], 2025.

BENTO, B. O Que Pode Uma Teoria? Estudos Transviados E a Despatologização Das Identidades Trans. *Florestan*, 2014.

BENTO, B.; PELÚCIO, L. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. *Estudos Feministas*, v. 20, n. 2, p. 569–581, 2012a.

BENTO, B.; PELÚCIO, L. Vivências trans: Desafios, dissidências e conformações: Apresentação. *Revista Estudos Feministas*, v. 20, n. 2, p. 485–488, 2012b.

BIANCHI, F T *et al.* Sex Work Among Men Who Have Sex with Men and Transgender Women in Bogotá. *Archives of Sexual Behavior*, Cited By :14 Export Date: 7 July 2021, v. 43, n. 8, p. 1637–1650, 2014.

BIANCHI, FERNANDA T *et al.* Sex work among men who have sex with men and transgender women in Bogotá. *Archives of sexual behavior*, v. 43, n. 8, p. 1637–1650, nov. 2014.

BOIVIN, R. R. “Se podrían evitar muchas muertas”: discriminación, estigma y violencia contra minorías sexuales en México. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, n. 16, p. 86–120, 2014.

BONASSI, B. C. *et al.* Vulnerabilidades mapeadas, Violências localizadas: Experiências de pessoas travestis e transexuais no Brasil. *Quaderns de Psicologia*, v. 17, n. 3, p. 83–98, 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Trimestral: 1º trimestre de 2020*. . [S.l: s.n.], 2020.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Produto Interno Bruto dos Municípios (2019)*.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *O que é HIV*. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv>>. Acesso em: 22 dez. 2021.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). *Ministerio da Saúde*, p. 248, 2022b.

BRAZIL. Ministry of Health. Health Surveillance Secretary. Department of STI Aids and Viral Hepatitis. *The Brazilian Response to HIV and AIDS. Global AIDS Response Report - GARPR*. . Brasília: [s.n.], 2015.

BUTLER, J. *Los cuerpos que importan*. [S.l: s.n.], 2002.

BUTLER, J. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. *Civilização Brasileira*, 2016.

CARRARA, S.; VIANNA, A. R. B. “ Tá lá o corpo estendido no chão ...”: a Violência Letal contra Travestis no Município do Rio de Janeiro. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, v. 16, n. 2, p. 233–249, 2006.

CARVALHO, M. “Travesti”, “mulher transexual”, “homem trans” e “não binário”: interseccionalidades de classe e geração na produção de identidades políticas. *Cadernos Pagu*, n. 52, 2018.

CASTAÑEDA, H. *et al.* Immigration as a Social Determinant of Health. *Annual Review of Public Health*, v. 36, n. 1, p. 375–392, 2015.

CHAKRAPANI, V. *et al.* Barriers to free antiretroviral treatment access among kothi-identified men who have sex with men and aravanis (transgender women) in Chennai, India. *AIDS Care*, v. 23, n. 12, p. 1687–1694, 2011a.

CHAKRAPANI, V. *et al.* Barriers to free antiretroviral treatment access among kothi-identified men who have sex with men and aravanis (transgender women) in Chennai, India. *AIDS Care*, v. 23, n. 12, p. 1687–1694, 2011b.

COSTA, A. B. *et al.* Population-Based HIV Prevalence and Associated Factors in Male-to-Female Transsexuals from Southern Brazil. *Archives of Sexual Behavior*, v. 44, n. 44, p. 521–524, 2015.

COWLEY, S. The biology of HIV infection. *Leprosy Review*, v. 72, n. 2, p. 212–220, 2001. Acesso em: 22 dez. 2021.

CUADRA-HERNÁNDEZ, S. M. *et al.* La organización de las poblaciones clave ligadas a la transmisión del VIH: Una intervención para abatir el estigma; México, 2005-2009. *Salud Colectiva*, v. 8, n. 2, p. 191–204, 2012.

CUNHA, J. M. P. DA. Retratos da mobilidade espacial no Brasil: os censos demográficos como fonte de dados. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, v. 20, n. 39, p. 29–50, 2012. Acesso em: 18 jun. 2020.

DE HAAN, G. *et al.* Non-Prescribed Hormone Use and Barriers to Care for Transgender Women in San Francisco. *LGBT Health*, v. 2, n. 4, p. 313–323, 2015.

DE SOUSA, P. J.; FERREIRA, L. O.; DE SA, J. B. Descriptive study of homophobia and vulnerability to HIV/Aids of the transvestites in the Metropolitan Region of Recife, Brazil. *Cien Saude Colet*, v. 18, n. 8, p. 2239–2251, 2013a.

DE SOUSA, P. J.; FERREIRA, L. O.; DE SA, J. B. Descriptive study of homophobia and vulnerability to HIV/Aids of the transvestites in the Metropolitan Region of Recife, Brazil. *Cien Saude Colet*, v. 18, n. 8, p. 2239–2251, 2013b.

DEANE, K. D.; PARKHURST, J. O.; JOHNSTON, D. Liens entre migration, mobilité et VIH. *Tropical Medicine and International Health*, v. 15, n. 12, p. 1458–1463, 2010a.

DEANE, K. D.; PARKHURST, J. O.; JOHNSTON, D. Linking migration, mobility and HIV. *Tropical Medicine & International Health*, v. 15, n. 12, p. 1458–1463, 1 dez. 2010b. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-3156.2010.02647.x>>. Acesso em: 6 maio 2022.

DECOSAS, J. *et al.* Migration and AIDS. *Lancet (London, England)*, v. 346, n. 8978, p. 826–828, 23 set. 1995.

DELOR, F. *Séropositifs: trajectoires identitaires et rencontres du risque*. [S.l.]: Editions L’Harmattan, 1997.

DELOR, F.; HUBERT, M. Revisiting the concept of ‘vulnerability’. *Social Science & Medicine*, v. 50, n. 11, p. 1557–1570, 1 jun. 2000a. Acesso em: 28 fev. 2022.

DELOR, F.; HUBERT, M. Revisiting the concept of ‘vulnerability’. *Social Science & Medicine*, v. 50, n. 11, p. 1557–1570, 1 jun. 2000b.

DEVER, J. A.; VALLIANT, R. Estimation with non-probability surveys and the question of external validity. 2014, [S.l: s.n.], 2014. p. 1–8.

DISTEFANO, A. S. HIV's Syndemic Links With Mental Health, Substance Use, and Violence in an Environment of Stigma and Disparities in Japan. *Qualitative health research*, v. 26, n. 7, p. 877–894, jun. 2016.

DOS RAMOS FARIAS, M. S. *et al.* First report on sexually transmitted infections among trans (male to female transvestites, transsexuals, or transgender) and male sex workers in Argentina: high HIV, HPV, HBV, and syphilis prevalence. *International journal of infectious diseases : IJID : official publication of the International Society for Infectious Diseases*, v. 15, n. 9, p. e635-40, set. 2011.

DOURADO, I. *et al.* Construindo pontes : a prática da interdisciplinaridade . Estudo PopTrans : um estudo com travestis e mulheres transexuais em Salvador , Bahia , Brasil Building bridges : interdisciplinarity in practice . PopTrans Study : a study with transvestites and tr. *Cadernos de Saude Publica*, v. 32, n. 9, p. 1–11, 2016.

DULIN, A. J. *et al.* Resilience and HIV: a review of the definition and study of resilience. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, v. 30, n. sup5, p. S6–S17, 23 ago. 2018.

DZOMBA, A. *et al.* Effects of Migration on Risky Sexual Behavior and HIV Acquisition in South Africa: A Systematic Review and Meta-analysis, 2000–2017. *AIDS and Behavior* 2018 23:6, v. 23, n. 6, p. 1396–1430, 13 dez. 2018. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s10461-018-2367-z>>. Acesso em: 24 out. 2022.

DZOMBA, A. *et al.* *Effects of Migration on Risky Sexual Behavior and HIV Acquisition in South Africa: A Systematic Review and Meta-analysis, 2000–2017*. [S.l.]: Springer US, 2019. v. 23.

EKINS, R.; KING, D. Virginia Prince: Transgender Pioneer. *International Journal of Transgenderism*, n. June 2012, p. 37–41, 2008.

ELLIOTT, M. R.; VALLIANT, R. Inference for Nonprobability Samples. <https://doi.org/10.1214/16-STS598>, v. 32, n. 2, p. 249–264, 1 maio 2017.

ENGEL, J. *The epidemic: A global history of AIDS*. 2006.

FERREIRA JR, O. C. *et al.* Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV. *Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais*, 2015.

GALLO, R. C. *et al.* Frequent Detection and Isolation of Cytopathic Retroviruses (HTLV-III) from Patients with AIDS and at Risk for AIDS. *Science*, v. 224, n. 4648, p. 500–503, 1984. Disponível em: <<https://www.science.org/doi/abs/10.1126/science.6200936>>. Acesso em: 1 mar. 2022.

GANJU, D.; SAGGURTI, N. Stigma, violence and HIV vulnerability among transgender persons in sex work in Maharashtra, India. *Culture, Health & Sexuality*, v. 1058, n. February, p. 1–15, 2017a.

GANJU, D.; SAGGURTI, N. Stigma, violence and HIV vulnerability among transgender persons in sex work in Maharashtra, India. *Culture, Health & Sexuality*, v. 1058, n. February, p. 1–15, 2017b.

GERMANI, G. *Sociologia da modernização: estudos teóricos, metodológicos e aplicados a América Latina*. [S.l.]: Mestre Jou, 1974.

GRANADA, D. *et al.* Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. *Interface: Communication, Health, Education*, 2017.

GREENE, W. C. A history of AIDS: Looking back to see ahead. *European Journal of Immunology*, v. 37, n. S1, p. S94–S102, 1 nov. 2007. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/eji.200737441>>. Acesso em: 1 mar. 2022.

GRINSZTEJN, B. *et al.* Unveiling of HIV dynamics among transgender women: a respondent-driven sampling study in Rio de Janeiro, Brazil. *The Lancet HIV*, 2017.

GRMEK, M. *O enigma do aparecimento da Aids. Estudos Avançados*. [S.l: s.n.], 1995. . Acesso em: 27 mar. 2021.

GRMEK, M. D. *History of AIDS: Emergence and Origin of a Modern Pandemic*. [S.l.]: Princeton University Press, 1993. . Acesso em: 1 mar. 2022.

GROSSMAN, Z. *et al.* Pathogenesis of HIV infection: what the virus spares is as important as what it destroys. *Nature Medicine* 2006 12:3, v. 12, n. 3, p. 289–295, 6 mar. 2006. Disponível em: <<https://www.nature.com/articles/nm1380>>. Acesso em: 22 dez. 2021.

Guidelines for Psychological Practice With Transgender and Gender Nonconforming People. *American Psychologist*, v. 70, n. 9, p. 832–864, 2015.

GUYATT, G. H. *et al.* GRADE guidelines: 4. Rating the quality of evidence—study limitations (risk of bias). *Journal of Clinical Epidemiology*, v. 64, n. 4, p. 407–415, 1 abr. 2011. Acesso em: 22 dez. 2024.

HÄGERSTRAND, T. On the definition of migration. *Finnish Yearbook of Population Research*, p. 63–72, 1969.

HAROLD ESTRADA-MONTOYA, J.; GARCÍA-BECERRA, A. Reconfiguraciones de género y vulnerabilidad al VIH/Sida en mujeres transgénero en Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, v. 9, n. 18, p. 90–102, 2010.

HAYES, R. *et al.* *Treatment of sexually transmitted infections for HIV prevention: End of the road or new beginning?* *AIDS*. [S.l.]: Europe PMC Funders. , out. 2010

HECKATHORN, D. D. Respondent-Driven Sampling: A New Approach to the Study of Hidden Populations. *Social Problems*, 1997.

HUNT, B. R.; KALOSHIN, V. Y. Prevalence. *Handbook of Dynamical Systems*, v. 3, n. C, p. 43–87, 30 maio 2021.

HUTCHINSON, J. F. The biology and evolution of HIV. *Annual Review of Anthropology*, v. 30, p. 85–108, 2001. Disponível em: <www.annualreviews.org>. Acesso em: 22 dez. 2021.

INFANTE, C.; SOSA-RUBI, S. G.; CUADRA, S. M. Sex work in Mexico: vulnerability of male, travesti, transgender and transsexual sex workers. *Culture, health & sexuality*, v. 11, n. 2, p. 125–137, 2009.

IRVING, M. *et al.* A Critical Review of Grading Systems: Implications for Public Health Policy. *Evaluation and the Health Professions*, v. 40, n. 2, p. 244–262, 1 jun. 2017. Acesso em: 22 dez. 2024.

JESUS, J. G. DE *et al.* Mental health and challenges of transgender women: a qualitative study in Brazil and India. *International Journal of Transgender Health*, v. 0, n. 0, p. 1–13, 2020.

JESUS, J. G. DE. Orientações sobre a população transgênero : conceitos e termos. *Fundação Biblioteca Nacional*, n. 2, p. 24, 2012.

KAPLAN, R. L. *et al.* Forms of Safety and Their Impact on Health: An Exploration of HIV/AIDS-Related Risk and Resilience Among Trans Women in Lebanon. *Health care for women international*, v. 9332, n. March, p. 37–41, 2015a.

KAPLAN, R. L. *et al.* Forms of Safety and Their Impact on Health: An Exploration of HIV/AIDS-Related Risk and Resilience Among Trans Women in Lebanon. *Health care for women international*, v. 9332, n. March, p. 37–41, 2015b.

KAPLAN, R. L.; MCGOWAN, J.; WAGNER, G. J. HIV prevalence and demographic determinants of condomless receptive anal intercourse among trans feminine individuals in Beirut , Lebanon. v. 19, n. Suppl 2, p. 1–9, 2016.

KHAN, S. I. *et al.* Living on the extreme margin: Social exclusion of the transgender population (Hijra) in Bangladesh. *Journal of Health, Population and Nutrition*, v. 27, n. 4, p. 441–451, 2009.

KOKEN, J. A.; BIMBI, D. S.; PARSONS, J. T. Experiences of familial acceptance–rejection among transwomen of color. *Journal of Family Psychology*, v. 23, n. 6, p. 853–860, 2009a.

KOKEN, J. A.; BIMBI, D. S.; PARSONS, J. T. Experiences of familial acceptance–rejection among transwomen of color. *Journal of Family Psychology*, v. 23, n. 6, p. 853–860, 2009b.

KRÜGER, A. *et al.* Characteristics of hormone use by travestis and transgender women of the Brazilian Federal District. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 22, n. suppl 1, 2019.

LAI, J. *et al.* A Survey on HIV/AIDS-Related Knowledge, Attitudes, Risk Behaviors, and Characteristics of Men Who Have Sex with Men among University Students in Guangxi, China. *BIOMED RESEARCH INTERNATIONAL*, v. 2020, jun. 2020.

LEE, E. S. A theory of migration. *Demography*, v. 3, n. 1, p. 47–57, 1966.

LEITE, B. O. *et al.* Association between gender-based discrimination and medical visits and HIV testing in a large sample of transgender women in northeast Brazil. *International Journal for Equity in Health*, v. 20, n. 1, p. 1–11, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12939-021-01541-z>>.

LESKO, C. R. *et al.* Generalizing study results: a potential outcomes perspective. *Epidemiology (Cambridge, Mass.)*, v. 28, n. 4, p. 553, 1 jul. 2017.

LEWIS, N. M.; WILSON, K. HIV risk behaviours among immigrant and ethnic minority gay and bisexual men in North America and Europe: A systematic review. *Social Science and Medicine*, v. 179, p. 115–128, 2017.

LINK, B. G.; PHELAN, J. C. Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, v. 27, n. 1, p. 363–385, 2001. Disponível em: <www.annualreviews.org>. Acesso em: 1 ago. 2019.

LOGIE, C. H. *et al.* Prevalence and Correlates of HIV Infection and HIV Testing among Transgender Women in Jamaica. *AIDS Patient Care and STDs*, 2016.

LOGIE, C. H. *et al.* “We don’t exist”: A qualitative study of marginalization experienced by HIV-positive lesbian, bisexual, queer and transgender women in Toronto, Canada. *Journal of the International AIDS Society*, v. 15, n. 2, p. 1–11, 2012a.

LOGIE, C. H. *et al.* “We don’t exist”: A qualitative study of marginalization experienced by HIV-positive lesbian, bisexual, queer and transgender women in Toronto, Canada. *Journal of the International AIDS Society*, v. 15, n. 2, p. 1–11, 2012b.

LYNN, W. A.; LIGHTMAN, S. Syphilis and HIV: a dangerous combination. *The Lancet Infectious Diseases*, v. 4, n. 7, p. 456–466, 1 jul. 2004.

MAGNO, L.; SILVA, L. A. V. DA; *et al.* Estigma e discriminação relacionados à identidade de gênero e à vulnerabilidade ao HIV/aids entre mulheres transgênero: revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 4, 8 abr. 2019.

MAGNO, L.; DOURADO, I.; AUGUSTO DA SILVA, L. V.; *et al.* Gender-based discrimination and unprotected receptive anal intercourse among transgender women in Brazil: A mixed methods study. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194306>>. Acesso em: 6 jun. 2019.

MAGNO, L.; DOURADO, I.; DA SILVA, L. A. V.; *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, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194306>>. Acesso em: 6 jun. 2019.

MAGNO, L.; DA SILVA, L. A. V.; *et al.* Stigma and discrimination related to gender identity and vulnerability to hiv/aids among transgender women: A systematic review. *Cadernos de Saude Publica*, v. 35, n. 4, p. 112718, 8 abr. 2019. Disponível em: <<https://www.mendeley.com>>. Acesso em: 4 fev. 2021.

MAGNO, L. *Stigma and HIV/AIDS vulnerability among travestis and transgender women [Estigma e vulnerabilidade ao HIV/aids entre travestis e mulheres transexuais]*. 2017. 199 f. Federal University of Bahia - UFBA, 2017.

MAGNO, L.; DOURADO, I.; SILVA, L. A. V. DA. Estigma e resistência entre travestis e mulheres transexuais em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 5, 2018a.

MAGNO, L.; DOURADO, I.; SILVA, L. A. V. DA. Estigma e resistência entre travestis e mulheres transexuais em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 5, 2018b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n5/1678-4464-csp-34-05-e00135917.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2019.

MANN, J. M.; MANN, J.; TARANTOLA, D. *AIDS in the world II: global dimensions, social roots, and responses*. [S.l.]: Oxford University Press on Demand, 1996.

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 - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 2013.

MASSEY, D. S. *et al.* Theories of international migration: a review and appraisal. *Population & Development Review*, v. 19, n. 3, p. 431–466, 1993. Acesso em: 2 nov. 2022.

MOAYEDI-NIA, S. *et al.* HIV Prevalence and Sexual Behaviors Among Transgender Women in Tehran, Iran. *AIDS and Behavior* 2019 23:6, v. 23, n. 6, p. 1590–1593, 7 fev. 2019.

MONTEIRO, S.; BRIGEIRO, M. Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 4, 8 abr. 2019.

MONTEIRO, S.; BRIGEIRO, M.; BARBOSA, R. M. Saúde e direitos da população trans. *Cadernos de Saude Publica*, v. 35, n. 4, 8 abr. 2019.

MORIARTY, K. E. *et al.* Assessing Sexually Transmitted Infections and HIV Risk among Transgender Women in Lima, Peru: Beyond Behavior. *LGBT Health*, Cited By :1 Export Date: 7 July 2021, v. 6, n. 7, p. 370–376, 2019.

MOUNTIAN, I. Aspectos sobre travestilidade e envelhecimento: história, corpo e imigração Some aspects on travestility, transsexuality and ageing: history, body and immigration. v. 17, n. 3, p. 31–44, 2015.

NEMOTO, T. *et al.* Social context of HIV risk behaviours among male-to-female transgenders of colour. *Aids Care-Psychological and Socio-Medical Aspects of Aids/Hiv*, v. 16, n. 6, p. 724–735, 2004a.

NEMOTO, T. *et al.* Social context of HIV risk behaviours among male-to-female transgenders of colour. *Aids Care-Psychological and Socio-Medical Aspects of Aids/Hiv*, v. 16, n. 6, p. 724–735, 2004b.

NPIN. *National Prevention Information Network. HIV/AIDs Timeline*. Disponível em: <<https://npin.cdc.gov/pages/hiv-and-aids-timeline>>. Acesso em: 17 abr. 2022.

NUNN, A. The politics and history of AIDS treatment in Brazil. *The Politics and History of AIDS Treatment in Brazil*, p. 1–186, 2009. Acesso em: 1 mar. 2022.

NURENA, C. R. *et al.* Diversity of commercial sex among men and male-born trans people in three Peruvian cities. *CULTURE HEALTH & SEXUALITY*, v. 13, n. 10, p. 1207–1221, 2011.

NUTTBROCK, L. A.; HWAHNG, S. J. Ethnicity, Sex Work, and Incident HIV/STI Among Transgender Women in New York City: A Three Year Prospective Study. *AIDS and behavior*, v. 21, n. 12, p. 3328–3335, dez. 2017.

OLAWORE, O. *et al.* Migration and risk of HIV acquisition in Rakai, Uganda: a population-based cohort study. *The Lancet HIV*, v. 5, n. 4, p. e181–e189, 1 abr. 2018. Acesso em: 24 out. 2022.

OLIVEIRA, A. T. R. DE. Algumas abordagens teóricas a respeito do fenômeno migratório. *Reflexões sobre os deslocamentos populacionais no Brasil*. [S.l: s.n.], 2011. .

PADILLA, M. B. *et al.* Trans-Migrations: Border-Crossing and the Politics of Body Modification Among Puerto Rican Transgender Women. *INTERNATIONAL JOURNAL OF SEXUAL HEALTH*, v. 28, n. 4, p. 261–277, 2016.

PALAZZOLO, S. L. *et al.* Documentation Status as a Contextual Determinant of HIV Risk Among Young Transgender Latinas. *LGBT health*, v. 3, n. 2, p. 132–138, abr. 2016.

PANTALEO, G.; GRAZIOSI, C.; FAUCI, A. S. The immunopathogenesis of human immunodeficiency virus infection. *New England Journal of Medicine*, v. 328, n. 5, p. 327–335, 1993.

PERDOMO, R. P. Os efeitos da migração. *Ethos Gubernamental*, 2007.

PEREIRA, P. P. G. A teoria queer e a Reinvenção do corpo. *Cadernos Pagu*, n. 27, p. 469–477, 2006.

PETERLIN, B. M. Molecular Biology of HIV. *The Retroviridae*, p. 185–238, 1995. Disponível em: <https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4899-1721-8_3>. Acesso em: 22 dez. 2021.

PETERMAN, T. A. *et al.* High Risk for HIV Following Syphilis Diagnosis Among Men in Florida, 2000–2011. *Public Health Reports*, v. 129, n. 2, p. 164, 2014.

PFARRWALLER, E.; SURIS, J.-C. Determinants of health in recently arrived young migrants and refugees: a review of the literature. *Italian Journal of Public Health*, v. 9, n. 3, 13 set. 2012.

PINHEIRO JÚNIOR, F. M. L. *et al.* Risk factors associated with resistance to HIV testing among transwomen in Brazil. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, v. 28, n. 1, p. 92–97, 2 jan. 2016.

POLLOCK, L. *et al.* “You should build yourself up as a whole product”: Transgender female identity in Lima, Peru. *Global public health*, v. 1692, n. August, p. 1–13, 2016a.

POLLOCK, L. *et al.* “You should build yourself up as a whole product”: Transgender female identity in Lima, Peru. *Global public health*, v. 1692, n. August, p. 1–13, 2016b.

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. 2017.

POTEAT, T. *et al.* HIV risk and preventive interventions in transgender women sex workers. *The Lancet*, v. 6736, n. 14, jul. 2014a.

POTEAT, T. *et al.* HIV risk and preventive interventions in transgender women sex workers. *The Lancet*, v. 6736, n. 14, jul. 2014b.

POTEAT, T.; REISNER, S. L.; RADIX, A. *HIV epidemics among transgender women. Current Opinion in HIV and AIDS*. [S.l: s.n.], 2014

QUINN, T. C. *et al.* AIDS in Africa: An Epidemiologic Paradigm. *Science*, v. 234, n. 4779, p. 955–963, 21 nov. 1986. Disponível em: <<https://www.science.org/doi/abs/10.1126/science.3022379>>. Acesso em: 1 mar. 2022.

RANA, A. K. M. M. *et al.* Effects of In-country and Cross-Border Mobility on Condom Use Among Transgender Women (hijras) in Bangladesh: A Cross-Sectional Study. *AIDS and behavior*, v. 20, n. 10, p. 2165–2177, out. 2016.

RAVENSTEIN, E. G. The laws of migration. *Journal of the royal statistical society*, v. 52, n. 2, p. 241–305, 1889a.

RAVENSTEIN, E. G. The laws of migration. *Journal of the royal statistical society*, v. 52, n. 2, p. 241–305, 1889b.

REISNER, S. L. *et al.* Global health burden and needs of transgender populations: a review. *The Lancet*, v. 388, n. 10042, p. 412–436, 2016.

REMIEN, R. H. *et al.* Barriers and facilitators to engagement of vulnerable populations in HIV primary care in New York City. *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)*, v. 69 Suppl 1, n. 0 1, p. S16-24, maio 2015.

RHODES, S. D. *et al.* The ecology of sexual health of sexual minorities in Guatemala City. *Health Promotion International*, 2014a.

RHODES, S. D. *et al.* The ecology of sexual health of sexual minorities in Guatemala City. *Health Promotion International*, 2014b.

RICH, A. Compulsory Heterosexuality and Lesbian Existence. <https://doi.org/10.1086/493756>, v. 5, n. 4, p. 631–660, jul. 1980. Disponível em: <<https://www.journals.uchicago.edu/doi/10.1086/493756>>. Acesso em: 2 nov. 2022.

ROCHA, G. M. *et al.* High Rates of Unprotected Receptive Anal Intercourse and Their Correlates Among Young and Older MSM in Brazil. *AIDS and Behavior*, n. 0123456789, 2019.

ROCON, P. C. *et al.* Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 8, p. 2517–2526, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n8/1413-8123-csc-21-08-2517.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2019.

ROCON, P. C. *et al.* O que esperam pessoas trans do sistema único de saúde? *Interface: Communication, Health, Education*, v. 22, n. 64, p. 43–53, 2018.

RODOVALHO, A. M. O cis pelo trans. *Estudos Feministas*, v. 25, n. 1, p. pp: 365-373, 2017.

RODRIGUEZ, A. M. M. Experiências de atenção à saúde e percepções das pessoas transgênero, transexuais e travestis sobre os serviços públicos de saúde em Florianópolis/SC, 2013-2014. *Psychological Science*, v. 25, n. 9, p. 1682–1690, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/129499/329251.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 1 ago. 2019.

ROMANO, V. F. Transvestites in the Family Health Program of Lapa. *Saude E Sociedade*, v. 17, n. 2, p. 211–219, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n2/19.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2019.

RONEN, K.; SHARMA, A.; OVERBAUGH, J. *HIV transmission biology: Translation for HIV prevention. AIDS*. [S.l: s.n.]. . Acesso em: 22 dez. 2021. , 2015

ROSS, J.; CUNNINGHAM, C. O.; HANNA, D. B. *HIV outcomes among migrants from low-income and middle-income countries living in high-income countries: A review of recent evidence. Current Opinion in Infectious Diseases*. [S.l: s.n.]. , 2018

ROTHMAN, K. J.; GREENLAND, S. Planning Study Size Based on Precision Rather Than Power. *Epidemiology (Cambridge, Mass.)*, v. 29, n. 5, p. 599–603, 2018.

RUSSI, J. C. *et al.* Sexual transmission of hepatitis B virus, hepatitis C virus, and human immunodeficiency virus type 1 infections among male transvestite commercial sex workers in Montevideo, Uruguay. *The American journal of tropical medicine and hygiene*, v. 68, n. 6, p. 716–20, jun. 2003.

SAFER, J. D. *et al.* Barriers to Health Care for Transgender Individuals. *Current Opinion in Endocrinology & Diabetes and Obesity*, v. 23, n. 2, p. 168–171, 2016.

SALAZAR, L. F. *et al.* Contextual , experiential , and behavioral risk factors associated with HIV status : a descriptive analysis of transgender women residing in Atlanta , Georgia. v. 0, n. 0, p. 1–8, 2017a.

SALAZAR, L. F. *et al.* Contextual , experiential , and behavioral risk factors associated with HIV status : a descriptive analysis of transgender women residing in Atlanta , Georgia. v. 0, n. 0, p. 1–8, 2017b.

SANCHEZ, T. *et al.* Risk behaviors and psychosocial stressors in the New York City house ball community: A comparison of men and transgender women who have sex with men. *AIDS and Behavior*, v. 14, n. 2, p. 351–358, 2010.

SANTOSO, D. *et al.* HIV prevalence ratio of international migrants compared to their native-born counterparts: A systematic review and meta-analysis. 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.>>. Acesso em: 25 out. 2022.

SCHILLER, N. G. What's Wrong with this Picture? The Hegemonic Construction of Culture in AIDS Research in the United States. *Medical Anthropology Quarterly*, v. 6, n. 3, p. 237–254, 1 set. 1992. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1525/maq.1992.6.3.02a00040>>. Acesso em: 28 fev. 2022.

SCHILLER, N. G.; CRYSTAL, S.; LEWELLEN, D. Risky business: The cultural construction of AIDS risk groups. *Social Science & Medicine*, v. 38, n. 10, p. 1337–1346, 1 maio 1994. Acesso em: 28 fev. 2022.

SEVELIUS, J. M. *et al.* Barriers and facilitators to engagement and retention in care among transgender women living with human immunodeficiency virus. *Ann Behav Med.*, v. 47, n. 1, p. 5–16, 2014a.

SEVELIUS, J. M. *et al.* Barriers and facilitators to engagement and retention in care among transgender women living with human immunodeficiency virus. *Ann Behav Med.*, v. 47, n. 1, p. 5–16, 2014b.

SHAW, G. M.; HUNTER, E. HIV Transmission. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, v. 2, n. 11, p. a006965, 1 nov. 2012. Disponível em: <<http://perspectivesinmedicine.cshlp.org/content/2/11/a006965.full>>. Acesso em: 22 dez. 2021.

SINGER, P. I. *Migrações internas: considerações teóricas sobre o seu estudo*. [S.l.]: Universidade Federal de Minas Gerais, Centro de Desenvolvimento e~..., 1972.

STAHLMAN, S. *et al.* Characterizing the HIV risks and potential pathways to HIV infection among transgender women in Cote d'Ivoire, Togo and Burkina Faso. *Journal of the International AIDS Society*, v. 19, n. Suppl 2, p. 1–12, 2016.

STATACORP. *Stata Statistical Software: Release 16*. . College Station, TX: StataCorp. , 2019

STUART, E. A.; BRADSHAW, C. P.; LEAF, P. J. Assessing the Generalizability of Randomized Trial Results to Target Populations. *Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research*, v. 16, n. 3, p. 475, 1 abr. 2015.

SUGANO, E.; NEMOTO, T.; OPERARIO, D. The impact of exposure to transphobia on HIV risk behavior in a sample of transgendered women of color in San Francisco. *AIDS and Behavior*, v. 10, n. 2, p. 217–225, 2006.

SWEILEH, W. M. *et al.* Bibliometric analysis of global migration health research in peer-reviewed literature (2000–2016). *BMC Public Health 2018 18:1*, v. 18, n. 1, p. 1–18, 20 jun. 2018.

SWEILEH, W. M. Bibliometric analysis of peer-reviewed literature in transgender health (1900 - 2017). *BMC International Health and Human Rights*, v. 18, n. 1, 2018.

SZWARCWALD, CÉLIA LANDMANN *et al.* Analysis of data collected by RDS among sex workers in 10 Brazilian cities, 2009: Estimation of the prevalence of HIV, variance, and design effect. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2011.

SZWARCWALD, CELIA LANDMANN *et al.* Factors associated with HIV infection among female sex workers in Brazil. *Medicine (United States)*, v. 97, n. 1S, p. S54–S61, 2018.

TEODORESCU, L. L.; TEIXEIRA, P. R. *Histórias da AIDS no Brasil: as respostas governamentais à epidemia de AIDS*. . [S.l.]: Ministério da Saúde. , 2015

TGEU. Transgender Europe. Guidelines to Human Rights-based Trans-specific Healthcare. *Transgender Europe*, p. 21, 2019.

THEODORO, H.; COGO, D. Fluxos migratórios, comunicação e cidadania: vivências de imigrantes LGBT na cidade de São Paulo. *Intexto*, 2019.

TILLY, C. Transplanted networks. *Collective Violence, Contentious Politics, and Social Change*. [S.l.]: Routledge, 2017. p. 305–325.

TRICCO, A. C. *et al.* PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, v. 169, n. 7, p. 467–473, 2 out. 2018. Disponível em: <<https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/M18-0850>>. Acesso em: 22 maio 2022.

UNAIDS. *90-90-90: An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic*. . [S.l.: s.n.], 2014a.

UNAIDS. *90-90-90: treatment for all*.

UNAIDS. Fact sheet series. HIV and sex work: human rights. *UNAIDS*, 2021a.

UNAIDS. Guidance Note on HIV and Sex Work. *UNAIDS*, 2012.

UNAIDS. *The Gap Report 2014. Joint United Nations Programme for HIV/AIDS*. [S.l.: s.n.], 2014b.

UNAIDS. UNAIDS 2020 Data. *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)*, p. 436, 2020a.

UNAIDS. *Understanding Fast-Track: Accelerating action to end the aids epidemic by 2030*. . [S.l.: s.n.], 2020b.

UNAIDS, D. Report. *Retrieved February*, 2021b.

UNITED NATIONS. *Resolution adopted by the General Assembly on 8 June 2016. Political Declaration on HIV and AIDS: On the Fast Track to Accelerating the Fight against HIV and to Ending the AIDS Epidemic by 2030.* . [S.l.: s.n.], 2016.

U.S. *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical, and Behavioral Research. The Belmont Report. Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research.* [S.l.]: Department of Health, Education, and Welfare, National Commission for the ..., 1978. v. 81.

VALENTINE, S. E.; SHIPHERD, J. C. A systematic review of social stress and mental health among transgender and gender non-conforming people in the United States. *Clinical Psychology Review*, v. 66, p. 24–38, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.03.003>>.

VAN SCHUYLENBERGH, J. *et al.* Sexual health, transition-related risk behavior and need for health care among transgender sex workers. *INTERNATIONAL JOURNAL OF TRANSGENDERISM*, v. 20, n. 4, SI, p. 388–402, 2019.

VARTABEDIAN, J. Migraciones trans: Travestis Brasileñas migrantes trabajadoras del sexo en Europa. *Cadernos Pagu*, n. 42, p. 275–312, 2014.

VOLZ, E.; HECKATHORN, D. Probability based estimation theory for respondent driven sampling. *Journal of official statistics*, 2008.

WANG, H. *et al.* Estimates of global, regional, and national incidence, prevalence, and mortality of HIV, 1980–2015: the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet HIV*, 2016.

WEINE, S. M.; KASHUBA, A. B. Labor migration and HIV risk: A systematic review of the literature. *AIDS and Behavior*, v. 16, n. 6, p. 1605–1621, 2012.

WHITE HUGHTO, J. M.; REISNER, S. L.; PACHANKIS, J. E. Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Social Science and Medicine*, v. 147, p. 222–231, 2015.

WHO. Programmatic update: Antiretroviral treatment as prevention (TASP) of HIV and TB. 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/about/licens->>. Acesso em: 3 nov. 2022.

WHO. World Health Organization. HIV Prevention, Diagnosis, Treatment, and Care for Key Populations - 2016 Update. *2018 IEEE Sensors Applications Symposium, SAS 2018 - Proceedings*, 2016.

WICKRAMAGE, K. *et al.* Migration and health: A global public health research priority. *BMC Public Health*, v. 18, n. 1, 2018.

WILSON, E *et al.* Stigma and HIV risk among Metis in Nepal. *Culture, Health and Sexuality*, Cited By :24 Export Date: 7 July 2021, v. 13, n. 3, p. 253–266, 2011.

WILSON, E. C.; ARAYASIRIKUL, S.; JOHNSON, K. Access to HIV care and support services for african american transwomen living with HIV. *Int J Transgend*, v. 14, n. 4, p. 182–195, 2013.

WILSON, ERIN *et al.* Stigma and HIV risk among Metis in Nepal. *Culture, health & sexuality*, v. 13, n. 3, p. 253–266, mar. 2011.

WINTER, S. *et al.* Transgender people: health at the margins of society. *The Lancet*, v. 388, n. 10042, p. 390–400, 2016.

WU, M. Y. *et al.* Effect of syphilis infection on HIV acquisition: a systematic review and meta-analysis. *Sexually Transmitted Infections*, v. 97, n. 7, p. 525–533, 1 nov. 2021.

WYATT, R.; SODROSKI, J. The HIV-1 Envelope Glycoproteins: Fusogens, Antigens, and Immunogens. *Science*, v. 280, n. 5371, p. 1884–1888, 19 jun. 1998. Disponível em: <<https://www.science.org/doi/abs/10.1126/science.280.5371.1884>>. Acesso em: 22 dez. 2021.

XU, J. J. *et al.* Syphilis and HIV Seroconversion Among a 12-Month Prospective Cohort of Men Who Have Sex With Men in Shenyang, China. *Sexually transmitted diseases*, v. 37, n. 7, p. 432, jul. 2010.

YAN, H. *et al.* High HIV prevalence and associated risk factors among transgender women in China: a cross-sectional survey. *Journal of the International AIDS Society*, v. 22, n. 11, 1 nov. 2019.

YI, S. *et al.* Access to community-based HIV services among transgender women in Cambodia: Findings from a national survey. *International Journal for Equity in Health*, v. 18, n. 1, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12939-019-0974-6>>. Acesso em: 16 jun. 2020.

YI, S. *et al.* HIV prevalence, risky behaviors, and discrimination experiences among transgender women in Cambodia: descriptive findings from a national integrated biological and behavioral survey. *BMC International Health and Human Rights*, 2017.

ZEA, M. C. *et al.* Armed conflict, homonegativity and forced internal displacement: Implications for HIV among Colombian gay, bisexual and transgender individuals. *Culture, Health and Sexuality*, Cited By :26 Export Date: 7 July 2021, v. 15, n. 7, p. 788–803, 2013.

ZETOLA, N. M.; KLAUSNER, J. D. Syphilis and HIV infection: An update. *Clinical Infectious Diseases*, v. 44, n. 9, p. 1222–1228, 1 maio 2007.

ZINBERG, N. E. *Drug, Set, and Setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use*. [S.l: s.n.], 1986. v. 1. .
Acesso em: 5 maio 2022.

ANEXO A



QUESTIONÁRIO POPTRANS

ENTREVISTADOR (A): Leia e explique o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ENTREVISTADOR (A): “Agora vou lhe fazer várias perguntas, se você tiver alguma dúvida, estou aqui para ajudar”

ID DO PARTICIPANTE: _____ ID DO ENTREVISTADOR: _____

LOCAL DA ENTREVISTA: _____

CONFIRMAÇÃO DO ID DO PARTICIPANTE: _____

DATA DA ENTREVISTA: Dia: ____ Mês: ____ ANO: ____

Numero RDS: 99.99.99.99.99.99(10 dígitos)

BLOCO A - VISIBILIDADE TRANS:

A.1 Como você se identifica?(marque apenas UMA resposta)
(Se a pessoa disser que não se assumiu, colocar em “outra”)

1. Transexual []
2. Travesti []
3. Transgênero []
4. Mulher []
5. Outra [] _____

A.2 Qual sua orientação sexual?(marque apenas UMA resposta)

1. Homossexual []
2. Bissexual []
3. Heterossexual []
4. Outra [] _____

A.3 Você se sente confortável com seu órgão genital? E sente prazer com o uso?(leia as opções e marque apenas UMA resposta)

1. Sim e sinto prazer com o uso []
2. Sim, mas não sinto prazer com o uso []
3. Sim, mais ou menos []
4. Não, mas sinto prazer com o uso []
5. Não, mais ou menos []
6. Não []

A.4 Prática sexual últimos 6 meses(leia as opções e marque somente uma)

1. Fez sexo só com homens nos últimos 6 meses []
2. Fez sexo com homens e mulheres nos últimos 6 meses []
3. Fez sexo só com mulheres nos últimos 6 meses []
4. Fez sexo só com transexuais/travesti nos últimos 6 meses []
5. Fez sexo com transexuais/travesti e homens nos últimos 6 meses []



6. Fez sexo com transexuais/travesti e mulheres nos últimos 6 meses []
7. Fez sexo com transexuais/travesti, homens e mulheres nos últimos 6 meses []
8. Não se aplica []

A.5 Prática sexual últimos 12 meses (*leia as opções e marque somente uma*)

1. Fez sexo só com homens nos últimos 12 meses []
2. Fez sexo com homens e mulheres nos últimos 12 meses []
3. Fez sexo só com mulheres nos últimos 12 meses []
4. Fez sexo só com transexuais/travesti nos últimos 6 meses []
5. Fez sexo com transexuais/travesti e homens nos últimos 6 meses []
6. Fez sexo com transexuais/travesti e mulheres nos últimos 6 meses []
7. Fez sexo com transexuais/travesti, homens e mulheres nos últimos 6 meses []
8. Não se aplica []

A.6 Quem não sabe que você é travesti/transexual? (*marque as respostas que se aplicam*)

1. Pai.....[]
2. Mãe.....[]
3. Irmão.....[]
4. Irmã.....[]
5. Outros familiares.....[]
6. Amigos.....[]
7. Colegas de trabalho.....[]
8. Colegas de escola.....[]
9. Ninguém sabe[]
10. Todos sabem[]
11. Outro.....[]

BLOCO B – USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS:

B.1 Você já usou ou usa bebida alcoólica? (*leia as opções e marque apenas UMA resposta*)

1. Sim.....[]
2. Não[] PULAR PARA B.2

B.1a Com que frequência você bebeu durante os últimos 4 meses? (*leia as opções e marque apenas UMA resposta*)

1. Diariamente.....[]
2. Semanalmente[]
3. Mensalmente.....[]
4. De vez em quando[]
5. Não bebe mais[]

B.2 Você é ou já foi fumante? (*leia as opções e marque apenas UMA resposta*)

1. Nunca fumou.....[] PULAR PARA B.3
2. Já fumei, mas não fumo mais.....[]
3. Sim, fumo diariamente[]



4. Sim, fumo de vez em quando..... []

B.2a Quando você fuma, quantos cigarros por dia? _____ NÚMERO DE CIGARROS/ DIA

B.3 Você já usou ou usa outro tipo de droga (não considere o álcool e cigarro)?

1. Sim []
0. Não [] PULAR PARA C.1

B.3a Qual dessas drogas você já fez ou faz uso?(*leia as opções e marque as respostas que se aplicam*)

1. Éxtase (bala) []
2. Cocaína inalada []
3. Cola []
4. Crack..... []
5. Injetáveis []
6. LSD(doce)/cogumelos []
7. Maconha []
8. Solventes []
9. Oxi []
10. Outras []

B.3b Como você normalmente consegue a droga?(*leia as opções e marque as respostas que se aplicam*)

1. Compro []
2. Troco por sexo []
3. Troco por outra coisa []
4. Outro[] _____

B.3c Você costuma compartilhar objetos de uso de drogas? (caso tenha dúvida,*leia*: agulha/seringa, canudo, cachimbo)

1. Sim[] Qual o objeto? _____
0. Não []

BLOCO C – SERVIÇOS DE SAÚDE:

C.1 Quando você precisa ir a um serviço de saúde, você procura: (*leia as opções e marque as respostas que se aplicam*)

1. Serviço público (SUS) []
2. Serviço particular..... []
3. Não vou ao serviço de saúde []
4. Outro[] _____

C.1a Qual serviço público que você procura? (*leia as opções e marque as respostas que se aplicam*)

1. Posto de Saúde..... []
2. Programa Saúde da Família(PSF) []
3. Unidade de Referência/especializada(em caso de dúvida, explique: SEMAE, CEDAP, COUTO MAIA, CAPS, CETAD)[]
4. Emergência- UPA..... []
5. Emergência - Hospitais Públicos []
6. Emergência - Hospitais Particulares..... []
7. Outro[] _____

C.2 Você tem plano de saúde médico-hospitalar (não considere plano odontológico)?



1. Sim []
 0. Não []

C.3 Quando você foi ao médico pela última vez, qual o motivo? *(leia as opções e marque as respostas que se aplicam)*

1. Saúde em geral []
 2. HIV/AIDS []
 3. Outra DST []
 4. Problemas com uso de hormônios []
 5. Problemas com uso de silicone []
 6. Busca de próteses/cirurgia plástica []
 7. Outro []

C.4 Quando foi sua última consulta médica? ___ / ___ Mês e Ano:

C.5 Com que frequência ocorrem problemas/barreiras/obstáculos para você procurar o serviço de saúde *(leia as opções de barreiras e as opções de frequência, apresentando a tabela):*

	Barreiras/obstáculos	Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
1	Distância da residência à unidade de saúde	[]	[]	[]	[]
2	Custo com o transporte para ir a uma consulta				
3	O profissional de saúde não entende os meus problemas de saúde	[]	[]	[]	[]
4	Horário de funcionamento do SUS	[]	[]	[]	[]
5	Licença do trabalho	[]	[]	[]	[]
6	Outro:	[]	[]	[]	[]

C.6 Você sabe sobre o direito ao nome social no SUS? (Se não souber, explicar o que é nome social)?

1. Sim []
 0. Não []

C.7 Os profissionais nos serviços de saúde chamam você pelo seu nome social [explicar o que é nome social]?

1. Sim, todos []
 2. Sim, alguns []
 3. Não []

C.7a Você tem o nome social no seu cartão SUS?

1. Sim []
 2. Não []
 3. Não tenho o cartão SUS []

C.8 Você alguma vez já conseguiu hormônios no serviço de saúde? *(leia as alternativas e marque as que se aplicam)*

1. Sim, com receita []



2. Sim, em nome de outra pessoa []
 3. Sim, sem receita []
 4. Não [] PULAR PARA D.1

C.8a Onde você conseguiu? *(leia as alternativas e marque as respostas que se aplicam)*

1. Posto de saúde []
 2. Programa Saúde da Família (PSF) []
 3. Unidade de Referência/especializada []
 4. Outro []

BLOCO D - MODIFICAÇÕES CORPORAIS:

D.1 Você já fez uso de algum recurso/procedimento para modificar seu corpo (como hormônio, silicone, tatuagem, megahair, depilação) ?

1. Sim []
 0. Não [] PULAR PARA D.2.

D.1a Quais *(leia as opções e marque as que se aplicam)*?

1. Silicone líquido (industrial) []
 2. Prótese de silicone: glúteo e/ou peito []
 3. Hormônios []
 4. Cirurgia plástica [] QUAL? _____
 5. Tatuagem []
 6. Megahair []
 7. Depilação []
 8. Cirurgia de corda vocal []
 9. Exercícios de adaptação vocal []
 10. Outro []

D.2 Você toma ou já tomou hormônios (marque apenas uma resposta)?

1. Sim []
 2. Sim, mas não tomo mais []
 3. Nunca tomei [] PULAR PARA D.11

[Para quem faz uso de hormônio]

D.3 Que idade você tinha quando usou hormônio pela primeira vez? ____ ANOS

D.4 Atualmente você está usando?

1. Sim []
 0. Não [] PULAR PARA D.6

D.5 Com que frequência você utilizou hormônio nos últimos 3 meses? *(leia as opções e marque apenas uma resposta)*

1. Todos os dias []
 2. De 1 a 6 vezes por semana []
 3. De 1 a 3 vezes ao mês []
 4. Menos de uma vez ao mês []

D.6 Quais os hormônios (lembrar que *perlutant* também é hormônio) você tomou nos últimos 12 meses? *(mostrar a tabela de nomes comerciais e marque as respostas que se aplicam)*



1. Estrógeno comprimido [] _____ n° de comprimidos/dia
2. Estrógeno injetável [] _____ n° de injeções/mês
3. Progesterona comprimido [] _____ n° de comprimidos/dia
4. Progesterona injetável [] _____ n° de injeções/mês
5. Progesterona e Estrógeno injetável (perlutan) [] _____ n° de injeções/mês
6. Progesterona e Estrógeno comprimido [] _____ n° de comprimidos/mês
7. Aldactone [] _____ n° de comprimidos/mês
8. Outro [] _____ (especificar doses)
9. Não sabe []

D.7 Onde você conseguiu o hormônio?(leia as opções *marque as respostas que se aplicam*)

1. Em farmácias sem receita []
2. Em farmácias com receita []
3. Com amigos []
4. Com colegas de trabalho []
5. Com bombadeiras []
6. No SUS []
7. Pela internet []
8. Outro []

D.8 Se você já sentiu efeito negativo, o que fez? (leia as opções *marque as respostas que se aplicam*)

1. Procurou um profissional de saúde []
2. Deixou de usar []
3. Tomou remédio por conta própria []
4. Procurou ajuda de amigo(as), conhecidos(as) []
5. Procurou ajuda da bombadeira []
6. Não fez nada []
7. Outro [] _____
8. Não se aplica []

D.9 Você recebeu ou recebe orientações ou informações sobre cuidados no uso de hormônios

1. Sim []
0. Não [] PULAR PARA D.10

D.9a Se for sim, através de quem (leia as opções e *marque as respostas que se aplicam*)?

1. Profissional de saúde []
2. Outras travestis/transsexuais []
3. Bombadeira []
4. Outra []

D.10 Quais os motivos que fizeram/fariam você deixar de usar hormônios? (*marque as respostas que se aplicam*)

1. Por falta de dinheiro para comprar []
2. Por estar fazendo mal à saúde []
3. Por tomar conhecimento dos riscos à saúde []
4. Por ficar com medo dos efeitos negativos []
5. Por que é incompatível com o uso de Viagra []
6. Por achar que não precisava mais usar []
7. Por querer dar um tempo []



8. Por reduzir o tesão..... []
 9. Não deixaria de usar []
 10. Outro [] _____

[para quem fez uso de silicone industrial]

D.11 Você já fez uso de silicone industrial?

1. Sim []
 0. Não [] PULAR PARA D.20

D.12 Que idade você tinha quando usou silicone (industrial) pela primeira vez? _____ anos

D.13 Com quem você aplicou o silicone e qual o volume? (~~leia as opções e~~ *marque as respostas que se aplicam*)

1. Com bombadeira.....[] nº de copos _____ e quantos ml? _____
 2. Amiga..... [] nº de copos _____ e quantos ml? _____
 3. Eu mesma.....[] nº de copos _____ e quantos ml? _____
 4. Outro.....[] nº de copos _____ e quantos ml? _____

D.14 Quantas vezes em sua vida você já fez uso de silicone? (~~leia as opções e~~ *marque apenas UMA resposta*)

1. Uma vez []
 2. De 2 a 5 vezes..... []
 3. De 6 a 10 vezes..... []
 4. Mais de 10 vezes..... []

D.15 Quantas vezes nos últimos 12 meses você fez uso de silicone? (~~leia as opções e~~ *marque apenas UMA resposta*)

1. Uma vez []
 2. De 2 a 5 vezes..... []
 3. De 6 a 10 vezes..... []
 4. Mais de 10 vezes..... []
 5. Não utilizou..... []

D.16 Onde você consegue o silicone? (~~leia as opções e~~ *marque as respostas que se aplicam*)

1. Em casa que vende produto de limpeza []
 2. Em casa de produtos industriais []
 3. Com amigos(as) []
 4. Com colegas de trabalho []
 5. Com bombadeiras []
 6. Outro []

D.17 Se teve algum problema, o que fez? (~~leia as opções e~~ *marque as respostas que se aplicam*)

1. Procurou um profissional de saúde..... []
 2. Deixou de usar..... []
 3. Tomou remédio por conta própria []
 4. Procurou ajuda de amigo(as), conhecidos(as) []
 5. Procurou ajuda da bombadeira..... []
 6. Não fez nada []



7. Não sentiu efeito negativo

D.18 Você recebeu ou recebe orientações ou informações sobre cuidados no uso de silicone?

1. Sim []
 0. Não [] PULAR PARA D.19

D.18a Se for sim, através de quem (leia as opções e marque as respostas que se aplicam)?

1. Profissional de saúde []
 2. Outras travestis / transexuais []
 3. Bombadeira []
 4. Outra []

D.19 Quais os motivos fariam com que você deixasse de usar o silicone? (leia as opções e marque as respostas que se aplicam)

1. Por falta de dinheiro para comprar []
 2. Por estar fazendo mal à saúde []
 3. Por tomar conhecimento dos riscos à saúde []
 4. Por ficar com medo dos efeitos negativos []
 5. Por achar que não precisava mais usar []
 6. Por querer dar um tempo []
 7. Não deixaria de usar []
 8. Outro [] _____

[para quem fez uso de prótese]

D.20 Você tem prótese (leia as opções e marque as respostas que se aplicam)?

1. Sim []
 0. Não [] PULAR PARA D.21

D.20a Em que parte do corpo tem prótese?

1. Mama []
 2. Glúteo []
 3. Outra _____ (especificar) Qual? _____

D.20b Que idade você tinha quando colocou prótese pela primeira vez? ____ ANOS

[para quem fez cirurgia de mudança de sexo]

D.21 Você fez cirurgia de mudança de sexo?

1. Sim []
 Quando? mês e ano _____
 0. Não [] PULAR PARA E.1

D.22 Com que idade você fez a cirurgia? ____ ANOS

D.23 Onde fez a cirurgia (leia as opções e marque as que se aplicam)?



1. Hospital do SUS..... []
2. Hospital particular []
- Qual país? _____
3. Clínica particular []
- Qual país? _____

D.24 Você se sentiu satisfeita com o resultado final da cirurgia?

1. Sim.....[]
0. Não [] Qual o motivo? _____

BLOCO E-Histórico de prisão:

E.1 Você já foi agredida/ofendida pela polícia?

1. Sim[]
0. Não[] PULAR PARA E.3

E. 2 Qual o tipo de agressão (leia as opções e marque as que se aplicam)?

1. agressão física (socos, tapas, chutes, empurrões) []
2. agressão verbal (xingamentos, humilhação)..... []
3. violência sexual (forçada a fazer sexo)..... []
4. outra[] _____ ?

E. 3 Você já foi presa(*marque as respostas que se aplicam*)? Onde? (se necessário, leia as alternativas de locais)

1. Sim, em delegacia na ala feminina []
2. Sim, em delegacia na ala masculina []
3. Sim, em penitenciária feminina []
4. Sim, em penitenciária masculina..... []
5. Não [] PULAR PARA F.1

E.4 Na prisão, você foi agredida por outros (as) presos (as)?

1. Sim[]
0. Não[] PULAR PARA E. 6

E.5 Se sim, como você foi agredida ? (*leia as opções e marque as respostas que se aplicam*)

1. Agressão física (socos, tapas, chutes, empurrões)..... []
2. Agressão verbal(xingamentos, humilhação) []
3. Violência sexual(forçada a fazer sexo) []
4. outra[] _____ ?

E.6 Na prisão, você foi agredida por funcionários do presídio?

1. Sim[]
0. Não [] PULAR PARA F.1

E.7 Se sim, como você foi agredida ? (*leia as opções e marque as respostas que se aplicam*)



1. Agressão física (socos, tapas, chutes, empurrões) []
2. Agressão verbal (xingamentos, humilhação) []
3. Violência sexual (forçada a fazer sexo) []
4. outra [] _____ ?

BLOCO F – PROSTITUIÇÃO:

F.1 Você faz ou já fez programa [explicar- troca de sexo por dinheiro ou outra coisa como presente, comida, roupas etc.]?

1. Sim, atualmente faço []
2. Sim, fiz até recentemente, mas não faço mais []
3. Sim, há muito tempo atrás []
4. Não [] PULAR PARA G.1

F.2 Com que idade você começou a fazer programa? _____ IDADE

F.3 Onde você consegue seus clientes (*leia as opções e marque as respostas que se aplicam*)?

1. Boates/bares []
2. Rua []
3. Hotel/motel []
4. Nos parques/praças []
5. Por telefone []
6. Pela internet []
7. Cinema []
8. Banheiro []
9. Casa de prostituição []
10. Praia []
11. Outros locais [] _____

F.4 Onde você costuma ou costumava fazer sexo com os seus clientes? (*marque as respostas que se aplicam*)

1. Boates/bares []
2. Carro []
3. Hotel/motel []
4. Nos parques/praças/rua/praias []
5. Na própria casa/apt []
6. Casa/apt do (a) cliente []
7. Cinema []
8. Banheiro []
9. Casa de prostituição []
10. Praia []
11. Outros locais [] _____

F.5 Quantos clientes você atende em média por dia? _____ CLIENTES POR DIA

F.6 Quantos dias você trabalha por semana fazendo programa? _____ DIAS

F.7 Quanto você ganha em média por dia fazendo programa? _____ REAIS

F.8 Durante o programa você faz uso de bebida alcoólica ou outro tipo de droga?

1. Sim []



0. Não []

BLOCO G – TESTE DE HIV, SÍFILIS e HEPATITE B e C

[HIV/AIDS]

G.1 Você já fez o teste para HIV/aids alguma vez na vida?

1. Sim []
 2. Não [] PULAR PARA G11
 3. Não sei []

G.2 Quando foi a última vez que você fez o teste para HIV/aids? (marque apenas uma resposta)

1. Nos últimos três meses []
 2. Entre 3 e 12 meses atrás []
 3. Entre 1 e 3 anos []
 4. Mais de 3 anos []
 5. Não sabe ou não se lembra []

G.3 Em que local você fez o último teste para HIV/aids? (marque apenas uma resposta)

1. No CTA/COAS/CEDAP []
 2. Postode saúde []
 3. Serviço especializado (SEMAE) []
 4. Hospital SUS []
 5. Emergência SUS []
 6. Hospitais ou laboratórios particulares []
 7. Na doação de sangue []
 8. No local de trabalho []
 9. Outro local, especifique: _____ []
 10. Não lembra []
 11. Programa Fique Sabendo []

G.4 Considerando o último, qual o tipo de teste você fez? (leia as opções e marque apenas uma resposta)

1. Teste rápido (leva de 20 a 30min para o resultado) . []
 2. Teste que você teve de buscar o resultado outro dia []
 3. Não lembra []

G.5 Quanto tempo você esperou para que o resultado do último teste ficasse pronto?
 ___ MINUTOS ___ HORAS ___ DIAS ___ MESES

G.6 Ainda com relação ao último teste para aids que você fez, você sabe o resultado?

1. Sim []
 0. Não []

G.7 Você se importa em me dizer o resultado do seu último teste?

1. Positivo []
 2. Negativo [] PULAR PARA G11
 3. Inconclusivo [] PULAR PARA G11
 4. Não quero dizer [] PULAR PARA G11



G.8 **Se o teste foi positivo, perguntar:** Você procurou o serviço de saúde logo após o diagnóstico de HIV?

1. Sim []
0. Não []

G.9 **Se o teste for positivo, perguntar:** Você recebeu o encaminhamento a serviços de saúde para tratamento, medicação e acompanhamento? (marque apenas uma resposta)

1. Sim, fui ao serviço de saúde e não recebi medicação []
2. Sim, fui ao serviço de saúde e recebi medicação..... []
3. Sim, mas não fui ao serviço de saúde..... []
4. Não []

G.10 Você toma algum antirretroviral, ou seja, você toma algum remédio para o vírus da aids?

1. Sim, regularmente..... [] PULAR PARA G.10a
2. Sim, as vezes []
0. Não []

G. 10a. Você lembra há quanto tempo toma remédio para aids? ____meses ____anos

[SÍFILIS]

G.11 Você já fez o teste para sífilis alguma vez na vida?

1. Sim []
2. Não [] PULAR PARA G.16
3. Não sei..... []

G.12 Com relação ao último teste para sífilis que você fez, você sabe o resultado?

1. Sim []
0. Não [] (PULAR PARA G.16)

G.13 Você se importa em me dizer o resultado do seu último teste para sífilis?

1. Positivo []
2. Negativo [] (PULAR PARA G.16)
3. Inconclusivo [] (PULAR PARA G.16)
4. Não quero dizer [] (PULAR PARA G.16)

G.14 **Se o teste for positivo, perguntar:** Você procurou o serviço de saúde logo após o diagnóstico de sífilis?

1. Sim []
0. Não []

G.15 **Se o teste for positivo, perguntar:** Você recebeu o encaminhamento a serviços de saúde para tratamento, medicação e acompanhamento? (marque apenas uma resposta)

1. Sim, fui ao serviço de saúde e não recebi penicilina []
2. Sim, fui ao serviço de saúde e recebi injeção de penicilina []
3. Sim, mas não fui ao serviço de saúde..... []
4. Não []

(HEPATITES VIRAIS)



G.16 Você já fez o teste para hepatite B alguma vez na vida?

1. Sim []
2. Não [] (PULAR PARA G. 21)
3. Não sei..... []

G.17 Com relação ao último teste para hepatite B que você fez, você sabe o resultado?

1. Sim []
0. Não [] (PULAR PARA G. 21)

G.18 Você se importa em me dizer o resultado do seu último teste para hepatite B?

1. Positivo []
2. Negativo..... [] (PULAR PARA G. 21)
3. Inconclusivo [] (PULAR PARA G. 21)
4. Não quero dizer [] (PULAR PARA G. 21)

G.19 **Se o teste for positivo, perguntar:** Você procurou o serviço de saúde logo após o diagnóstico de hepatite?

1. Sim []
0. Não []

G.20 **Se o teste for positivo, perguntar:** Você recebeu o encaminhamento a serviços de saúde para tratamento, medicação e acompanhamento? (marque apenas uma resposta)

1. Sim, fui ao serviço de saúde e não recebi medicação []
2. Sim, fui ao serviço de saúde e recebi medicação..... []
3. Sim, mas não fui ao serviço de saúde..... []
4. Não []

G21 Você já tomou vacina contra Hepatite B? Se sim, qual dose da vacina?

1. Sim, 1º dose..... []
2. Sim, 2º dose..... []
3. Sim, 3º dose..... []
4. Não vacinada []
5. Não sabe []

G.22 Você já fez o teste para hepatite C alguma vez na vida?

1. Sim []
2. Não [] (PULAR PARA G. 27)
3. Não sei [] (PULAR PARA G. 27)

G.23 Com relação ao último teste para hepatite C que você fez, você sabe o resultado?

1. Sim []
0. Não [] (PULAR PARA G. 27)

G.24 Você se importa em me dizer o resultado do seu último teste para hepatite C?

1. Positivo []
2. Negativo..... [] (PULAR PARA G. 27)
3. Inconclusivo [] (PULAR PARA G. 27)
4. Não quero dizer [] (PULAR PARA G. 27)



G.25 **Se o teste for positivo, perguntar:** Você procurou o serviço de saúde logo após o diagnóstico de hepatite C?

1. Sim []
 0. Não []

G.26 **Se o teste for positivo, perguntar:** Você recebeu o encaminhamento a serviços de saúde para tratamento, medicação e acompanhamento? (marque apenas uma resposta)

1. Sim, fui ao serviço de saúde e não recebi medicação []
 2. Sim, fui ao serviço de saúde e recebi medicação..... []
 3. Sim, mas não fui ao serviço de saúde..... []
 4. Não []

G.27 Você tem ou teve outra(s) DST (Doença Sexualmente Transmissível)?

1. Sim []
 Qual? _____
 2. Não []
 3. Não sei []

BLOCO H- PREVENÇÃO E USO DO PRESERVATIVO

H.1 (APENAS PARA QUEM FAZ PROGRAMA) Você costuma usar camisinha com seus CLIENTES durante o sexo anal PENETRANDO o parceiro? (leia as opções e marque apenas uma resposta)

1. Sempre usa camisinha []
 2. Na maioria das vezes usa camisinha []
 3. Poucas vezes usa camisinha []
 4. Nunca usa camisinha []
 99. Não se aplica []

H.2 (APENAS PARA QUEM FAZ PROGRAMA) Você costuma usar camisinha com seus CLIENTES durante o sexo anal SENDO PENETRADA pelo parceiro? (leia as opções e marque apenas uma resposta)?

1. Sempre usa camisinha []
 2. Na maioria das vezes usa camisinha []
 3. Poucas vezes usa camisinha []
 4. Nunca usa camisinha []
 99. Não se aplica []

H.3 Você costuma usar camisinha com seus PARCEIROS FIXOS (namorado/marido) durante o sexo anal PENETRANDO o parceiro? (leia as opções e marque apenas uma resposta)?

1. Sempre usa camisinha []
 2. Na maioria das vezes usa camisinha []
 3. Poucas vezes usa camisinha []
 4. Nunca usa camisinha []
 99. Não se aplica []

H.4 Você costuma usar camisinha com seus PARCEIROS FIXOS (namorado/marido) durante o sexo anal SENDO PENETRADA pelo parceiro? (leia as opções e marque apenas uma resposta)?

1. Sempre usa camisinha []
 2. Na maioria das vezes usa camisinha []
 3. Poucas vezes usa camisinha []



4. Nunca usa camisinha []
 99. Não se aplica []

H.5 Você costuma usar camisinha com seus PARCEIROS CASUAIS/EVENTUAIS durante o sexo anal PENETRANDO o parceiro? (leia as opções e marque apenas uma resposta)

1. Sempre usa camisinha []
 2. Na maioria das vezes usa camisinha []
 3. Poucas vezes usa camisinha []
 4. Nunca usa camisinha []
 99. Não se aplica []

H.6 Você costuma usar camisinha com seus PARCEIROS CASUAIS/EVENTUAIS durante o sexo anal SENDO PENETRADA pelo parceiro? (leia as opções e marque apenas uma resposta)?

1. Sempre usa camisinha []
 2. Na maioria das vezes usa camisinha []
 3. Poucas vezes usa camisinha []
 4. Nunca usa camisinha []
 99. Não se aplica []

H.7 Você usa camisinha durante sexo vaginal penetrando sua parceira? (marque apenas uma resposta)

1. Sempre usa camisinha []
 2. Na maioria das vezes usa camisinha []
 3. Poucas vezes usa camisinha []
 4. Nunca usa camisinha []
 99. Não se aplica []

H.8 (ESTA PERGUNTA SÓ DEVE APARECER SE A PESSOA RESPONDER QUE FEZ CIRURGIA DE MUDANÇA DE SEXO)

Você usa camisinha durante sexo vaginal sendo penetrada por seu parceiro? (marque apenas uma resposta)

1. Sempre usa camisinha []
 2. Na maioria das vezes usa camisinha []
 3. Poucas vezes usa camisinha []
 4. Nunca usa camisinha []
 99. Não se aplica []

H.9 Você usa alguma proteção durante sexo oral? (marque apenas uma resposta)

1. Sempre usa camisinha []
 2. Na maioria das vezes usa camisinha []
 3. Poucas vezes usa camisinha []
 4. Nunca usa camisinha []
 5. Outra proteção Qual ? _____ []
 99. Não se aplica []

H.10 (SOMENTE PARA PROFISSIONAIS DO SEXO) Em que situações você acha desnecessário deixaria de usar a camisinha: (leia as opções e marque as respostas que se aplicam)

1. Com marido []
 2. Com namorado []



3. Com cliente casado.....[]
4. Com cliente jovem.....[]
5. Com cliente bonito.....[]
6. Com cliente educado.....[]
7. Sempre uso.....[]
8. Quando não tenho disponível.....[]
9. Quando confio no meu parceiro.....[]
10. Quando penso que não há risco de transmissão de doenças.....[]
11. Quando quando o gozo não é dentro.....[]
12. Quando é um cliente fixo.....[]
- 11-13. Quando o cliente paga mais.....[]
- 12-14. Outro: especifique: _____

H.11 Em que situações você deixaria de usar a camisinha:(leia as opções e *marque as respostas que se aplicam*)

1. Com marido.....[]
2. Com namorado[]
3. Com pessoa casada.....[]
4. Com pessoa jovem.....[]
- 4-5. Com pessoa bonita.....[]
6. Com pessoa que me trata bem.....[]
7. Sempre uso.....[]
8. Quando não tenho disponível.....[]
9. Quando confio no meu parceiro.....[]
10. Quando penso que não há risco de transmissão de doenças.....[]
11. Quando quando o gozo não é dentro.....[]
12. Quando é um parceiro fixo.....[]
13. Outro: especifique: _____

BLOCO I – SAÚDE MENTAL (qualidade de vida):

I.1 - Agora vamos falar sobre como você tem se sentido nas últimas duas semanas...

	Perguntas	Nenhum dia	Menos de uma semana	Uma semana ou mais	Quase todos os dias
1	Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?	0	1	2	3
2	Nas últimas duas semanas, quantos dias você se sentiu para baixo, deprimida ou sem perspectiva?	0	1	2	3
3	Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume?	0	1	2	3



4	Nas últimas duas semanas, quantos dias você se sentiu cansada ou com pouca energia?	0	1	2	3
5	Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve falta de apetite ou comeu demais?	0	1	2	3
6	Nas últimas duas semanas, quantos dias você se sentiu mal consigo mesma ou achou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a você mesma?	0	1	2	3
7	Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler o jornal ou ver televisão)?	0	1	2	3
8	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 agitada que você ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume?	0	1	2	3
9	Nas últimas duas semanas, quantos dias você pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morta?	0	1	2	3
10	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?	0	1	2	3

I.2 Quão satisfeita você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

1. Muito insatisfeita []
2. Insatisfeita []
3. Nem satisfeita nem insatisfeita []
4. Satisfeita []
5. Muito satisfeita []

I.3 Quão satisfeita você está com o apoio que você recebe de sua família?

1. Muito insatisfeita []
2. Insatisfeita []
3. Nem satisfeita nem insatisfeita []
4. Satisfeita []
5. Muito satisfeita []

I.4 Quão satisfeita você está com sua vida sexual?

1. Muito insatisfeita []



2. Insatisfeita []
3. Nem satisfeita nem insatisfeita []
4. Satisfeita []
5. Muito satisfeita []

I.5 Quão satisfeita você está com o seu corpo?

1. Muito insatisfeita []
2. Insatisfeita []
3. Nem satisfeita nem insatisfeita []
4. Satisfeita []
5. Muito satisfeita []

BLOCO J – VIOLAÇÃO DE DIREITOS HUMANOS E DISCRIMINAÇÃO:

J.1 Você já se sentiu discriminada por alguma pessoa ou instituição, por algumas das seguintes razões que vou mencionar: *(leia as opções e marque as respostas que se aplicam)*

1. Sim, por causa de sua cor ou raça []
2. Sim, por falta de dinheiro ou condição financeira []
3. Sim, por causa da idade []
4. Sim, por ser travesti/transsexual []
5. Não se sentiu discriminada [] PULAR PARA J.3

J.2 Por ser travesti/transsexual, você já se sentiu discriminada onde e/ou por quem? *(leia as opções e marque as respostas que se aplicam)*

1. No trabalho []
2. Na escola []
3. Na família []
4. Com amigos/amigas []
5. Com parceiros []
6. Com vizinhos []
7. Na igreja []
8. Com policial/segurança []
9. Em estabelecimentos comerciais ou locais de lazer. []
10. Em Serviços de saúde []
11. Em repartições públicas (carteira de ID ou outro doc) []
12. Outro [] _____

J.3 Das seguintes agressões, qual ou quais você considera que já sofreu? *(leia as opções e marque as respostas que se aplicam)*

1. Agressão física (socos, tapas, chutes, empurrões) []
2. Agressão verbal (xingamentos, humilhação) []
3. Violência sexual (forçada a fazer sexo) []
4. Estupro, []
Se sim qual a idade? _____
5. Chantagem ou extorsão de dinheiro []
6. Furto ou roubo []
7. Não sofreu agressões []

J.4 Das seguintes agressões, qual ou quais você considera que já sofreu na escola? *(leia as opções e marque as respostas que se aplicam)*

1. Agressão física (socos, tapas, chutes, empurrões) []



2. Agressão verbal (xingamentos, humilhação)..... []
3. Violência sexual (forçada a fazer sexo)..... []
4. Chantagem ou extorsão de dinheiro []
5. Furto ou roubo []
6. Outra _____ []
7. Não sofreu agressões []
8. Não se aplica

J.5 Você foi bem tratada na última vez que foi a algum serviço de saúde?

1. Sim []
0. Não []

J.6 Você foi bem tratada na última vez que você foi a algum outro serviço público?

1. Sim []
0. Não []

J.7 Durante o seu processo de mudança corporal (e de identidade de gênero), você tentou mudar seu nome no RG?(SE RESPONDER b, c, d ou e, PULA PARA J.8)

- a) Sim e consegui []
- b) Sim, e não consegui..... []
- c) Estou tentando/já dei entrada..... []
- d) Ainda não..... []
- e) Não pretendo mudar..... []

J.8 Você conseguiu mudar seu nome em outros documentos?

		Sim	Não	Nunca tentei	Naotenho esse documento
J.8.1	CPF				
J.8.2	Título de Eleitor				
J.8.3	Carteira de trabalho				
J.8.4	Cartão cidadão (FGTS, PIS, recebimento de benefícios)				
J.8.5	Passaporte				
J.8.6	Histórico escolar				
J.8.7	Carteira profissional				
J.8.8	Documentação dos filhos				
J.8.9	Cartão SUS				

BLOCO L: INFORMAÇÕES SOBRE REDE DE CONTATOS SOCIAIS

L.1 Quantas travestis/transsexuais você conhece pelo nome e que também conhecem você pelo seu nome no município de Salvador? __x1__ NUMERO



L.2 Quantas das travestis/transexuais indicadas acima (x1) você encontrou ou falou pessoalmente, por telefone ou internet nos últimos dois meses? __x2__ NUMERO

L.3 Destas pessoas (x2) quantas você convidaria para participar desta pesquisa? _____ NUMERO

L.4 Cite o nome social de 6 travestis/transexuais da sua rede de contatos que você encontrou nos últimos 30 dias e quantas vezes você encontrou estas pessoas neste período?

1. _____ / __ vezes 2. _____ / __ vezes
 3. _____ / __ vezes 4. _____ / __ vezes
 5. _____ / __ vezes 6. _____ / __ vezes
 7. Não encontrei ninguém nos últimos 30 dias..... []

L.5 Em quais dos locais a seguir você encontrou **pessoalmente** essas 6 pessoas que você teve contato nos últimos 30 dias? *(leia as opções e marque as respostas que se aplicam)*

Locais Fechados

1. Shopping center []
 2. Cinema de pegação []
 3. Casa de amigos []
 4. Casa de cafetina []

Locais Abertos

5. Lan House..... []
 6. Bares gays []
 7. Praias (barracas)..... []
 8. Boates gays []
 9. Boates hetero..... []
 10. Ponto de prostituição..... []
 11. Raves..... []
 12. Praças, largos, parques ou rua..... []
 13. Parada Gay..... []
 14. Associação de travestis/transexuais..... []
 15. Facebook []
 16. Aplicativos-..... []
 17. Outro local..... []
 18. Não encontrei travestis/transexuais..... []

L.6 Considerando essas 6 pessoas que você teve contato nos últimos 30 dias, você mantém contato com elas através do facebook?

1. Sim []
 0. Não..... []

BLOCO M: CONHECIMENTO E ACEITABILIDADE DA PrEP (profilaxia pré exposição ao HIV)

Neste bloco, estamos interessados no quanto as pessoas estão sendo informadas sobre estratégias de prevenção do HIV. Por favor, responda sinceramente sabendo que não existe resposta certa ou errada.

Até o momento de responder a este questionário...

1. ... você já tinha ouvido falar em **camisinha/preservativo** para prevenir a infecção por HIV em quem não tem o HIV.?



1. Sim
 0. Não
2. ... você já tinha ouvido falar em **PrEP** para prevenir a infecção por HIV? **PrEP** é a Profilaxia **Pré-Exposição**, ou seja, o uso de medicação **diariamente** para prevenir o HIV.
 1. Sim
 0. Não
3. ... você já tinha ouvido falar em **PEP** para prevenir a infecção por HIV? **PEP** é Profilaxia **Pós-Exposição**, ou seja, o uso de medicação **após uma situação de risco** para prevenir o HIV.
 1. Sim
 0. Não
4. ... você já tinha ouvido falar em **microbicidas** para prevenir a infecção por HIV? **Microbicidas** são **cremes ou géis** utilizados no ânus **durante a relação sexual** para prevenir o HIV.
 1. Sim
 0. Não
5. ... você já tinha ouvido falar em **circuncisão/ "cirurgia de fimose"** para prevenir a infecção por HIV?
 1. Sim
 0. Não
6. ...você já tinha ouvido falar em **autotestagem domiciliar** para prevenir o HIV? Autotestagem domiciliar é **você mesmo fazer o teste do HIV em casa**, da mesma forma que se faz o teste de gravidez.
 1. Sim
 0. Não

Qual seria seu interesse em utilizar cada uma das medidas que vou lhe dizer para se prevenir do HIV, caso todas elas fossem igualmente disponíveis no SUS? Por favor, fale a alternativa que descreve seu interesse.

	1. Nenhum interesse	2. Pouco/algum interesse	3. Muito interesse
7 Camisinha/preservativo [PULAR PARA BLOCO N SE G7=1 (HIV POSITIVO)]			
8. Uso diário de medicação - PrEP			
9. Uso de medicação após situação de risco-PEP			
10. Uso de creme/gel durante a relação sexual			
11. Cirurgia de fimose/circuncisão			
12. Autotestagem domiciliar			

Agora vamos falar apenas sobre o uso de **PrEP- Profilaxia pré-exposição**. A **PrEP** consiste em tomar 1 comprimido de

Truvada, um medicamento antirretroviral, todos os dias para diminuir o risco de infecção por HIV. Por favor, ouça atentamente as alternativas que vou lhe dizer e responda aquela que melhor descreve sua opinião.

	1. Concordo	2. Discordo	3. Não concordo nem discordo
13. Eu estaria disposta a usar PrEP para me prevenir da infecção por HIV.			
14. Eu tomaria um comprimido antes e outro depois do sexo se isso prevenisse a infecção por HIV.			
15. Eu tomaria um comprimido por dia se isso prevenisse a infecção por HIV.			
16. Eu usaria PrEP mesmo que tivesse que pagar por ela.			
17. Eu nunca vou precisar tomar			

21



PrEP.			
18. Eu usaria PrEP se ela estivesse disponível no SUS.			
19. Eu usaria PrEP mesmo que ela não fosse 100% eficaz.			
20. Eu deixaria de usar camisinha se usasse PrEP.			
21. Eu tomaria PrEP mesmo que tivesse que me testar regularmente para o HIV.			
22. Se eu usasse PrEP, eu gostaria que meu(s) parceiro(s) soubesse(m).			
23. Eu ficaria mais liberada para ter um maior número de parceiros sexuais se usasse PrEP.			
24. Eu dividiria meus comprimidos com pessoas que precisassem de PrEP.			
25. Eu venderia meus comprimidos para pessoas que precisassem de PrEP.			
26. Eu teria menos medo de contrair HIV se usasse PrEP.			
27. Eu não tomaria PrEP por ter medo dos efeitos colaterais.			
28. Eu não tomaria PrEP por ter medo que as pessoas achem que sou HIV positiva			
29. Eu não tomaria PrEP porque não gosto de comprimidos			

BLOCO N: INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS:

N.1 Qual é sua idade? _____ NÚMERO

N.2 Qual o dia/mês/ano do seu nascimento ___/___/_____

N.3 Qual é o seu estado civil?

1. Casada []
2. Vive com companheiro /namorado[]
3. Solteira..... []
4. Separada / desquitada / divorciada []
5. Viúva..... []
6. Outra[] _____

N.4 O local de seu nascimento foi:

1. Salvador..... []
2. Fora de Salvador [] _____ CIDADE
3. Fora da Bahia[] _____ ESTADO

N.5 Qual o seu sexo de nascimento?

1. masculino..... []
2. feminino []



3. intersexo []

N.6 Qual o bairro que você mora? _____

N.7 (SOMENTE PARA QUEM FAZ PROGRAMA) Qual (ou quais) o(s) bairro(s) que você faz ponto?

N.8 Qual a rua que você mora? _____

N.9 Qual (ou quais) o(s) bairro(s) que você trabalha? _____

N.10 Dentre as seguintes alternativas, você se reconhece ou se identifica como de cor ou raça:

1. Negra []
2. Branca []
3. Preta []
4. Parda []
5. Morena []
6. Indígena []
7. Amarela []
8. Outra [] _____

N.11 Até que série completa você estudou?

1. Não sabe ler nem escrever []
2. Sabe ler / escrever sem ter ido à escola []
3. 1º grau incompleto []
4. 1º grau completo []
5. 2º grau incompleto []
6. 2º grau completo []
7. Superior incompleto []
8. Superior completo []
9. Pós-graduação []

N.12 Qual é a sua situação de trabalho atual?

1. Formal []
2. Informal []
3. Empregadora, empresária []
4. Prostituição []
5. Não está trabalhando []
6. Desempregada []

N.13 Qual a sua ocupação? _____

N.13a Você tem/teve dificuldade em encontrar emprego?

1. Sim []
Quais? _____
2. Não []
3. Nunca tentei/não estou procurando []

N.14 Qual a sua renda individual no mês (só você) R\$ (reais)? _____ POR MES
[OBS: Se a participante não ganhou nenhum dinheiro, digite "0"]



N.15 Você tem religião?

1. Sim []
 2. Não [] PULAR PARA N.12

N.16 Qual é a sua religião? (marque as respostas que se aplicam)

1. Budista []
 2. Candomblé/Umbanda (Axé) []
 3. Católica []
 4. Espírita []
 5. Evangélica []
 6. Judaica []
 7. Protestante []
 8. Outra [] _____

N.17 Com quem você mora atualmente?(marque as respostas que se aplicam)	1	Mora só, não divide moradia
	2	Amigos/amigas
	3	Pessoas conhecidas
	4	Mãe e/ou pai
	5	Parentes (que não pai ou mãe)
	6	Marido/companheiro/namorado
	7	Companheira/namorada
	8	Amigas da casa de cafetina
	9	Outro. Especifique
	98	Não sabe
	99	Recusa a responder

N. 18 No total quantas pessoas moram com você? _____ NÚMERO DE PESSOAS

N. 19 Em que tipo de lugar você mora? (marque as respostas que se aplicam)	1	Casa ou apartamento próprio
	2	Casa ou apartamento alugado
	3	Casa dos seus pais ou casa do pai ou casa da mãe
	4	Casa de amigos ou parentes
	5	Casa do companheiro
	6	Casa de Cafetina
	7	Quarto alugado
	8	Quarto de hotel ou de pensão
	9	Quarto cedido. Onde/motivo:
	10	Abrigo ou instituição
	11	Sem endereço fixo (rua, etc)
	12	Outro. Especificar:
	98	Não sabe
	99	Recusa a responder

N. 20 Qual o numero máximo de travestis e transexuais voce acha que tem em Salvador? ____



N. 21 Qual o número mínimo de travestis e transexuais você acha que tem em Salvador? ____

N. 22 Em média quantas travestis e transexuais você acha que tem em Salvador? ____

N.23 Você tem filhos? Sim, biológicos (Número); sim, adotivos (número), não
SE RESPONDER NÃO, PULA PARA N23

N24. Se tem filhos, se vive com eles: sim, não

N25. Você já pensou em ter filhos biológicos ou adotivos? (SE RESPONDER opção a PULA PARA N24)

- a) Sim, pensei em ter filhos biológicos.....[]
- b) Sim, pensei em ter filhos adotivos.....[]
- c) Não.....[] (TERMINA O QUESTIONÁRIO)

N26. Se sim, você buscou ajuda nos serviços de saúde?

- a) Sim, encontrei ajuda.....[]
- b) Sim, mas não encontrei ajuda.....[]
- c) Não busquei.....[]



N.15 Você tem religião?

1. Sim []
 2. Não [] PULAR PARA N.12

N.16 Qual é a sua religião? (marque as respostas que se aplicam)

1. Budista []
 2. Candomblé/Umbanda (Axé) []
 3. Católica []
 4. Espírita []
 5. Evangélica []
 6. Judaica []
 7. Protestante []
 8. Outra [] _____

N.17 Com quem você mora atualmente?(marque as respostas que se aplicam)	1	Mora só, não divide moradia
	2	Amigos/amigas
	3	Pessoas conhecidas
	4	Mãe e/ou pai
	5	Parentes (que não pai ou mãe)
	6	Marido/companheiro/namorado
	7	Companheira/namorada
	8	Amigas da casa de cafetina
	9	Outro. Especifique
	98	Não sabe
	99	Recusa a responder

N. 18 No total quantas pessoas moram com você? _____ NÚMERO DE PESSOAS

N. 19 Em que tipo de lugar você mora? (marque as respostas que se aplicam)	1	Casa ou apartamento próprio
	2	Casa ou apartamento alugado
	3	Casa dos seus pais ou casa do pai ou casa da mãe
	4	Casa de amigos ou parentes
	5	Casa do companheiro
	6	Casa de Cafetina
	7	Quarto alugado
	8	Quarto de hotel ou de pensão
	9	Quarto cedido. Onde/motivo:
	10	Abrigo ou instituição
	11	Sem endereço fixo (rua, etc)
	12	Outro. Especificar:
	98	Não sabe
	99	Recusa a responder

N. 20 Qual o número máximo de travestis e transexuais você acha que tem em Salvador? ____



3. intersexo []

N.6 Qual o bairro que você mora? _____

N.7 (SOMENTE PARA QUEM FAZ PROGRAMA) Qual (ou quais) o(s) bairro(s) que você faz ponto?

N.8 Qual a rua que você mora? _____

N.9 Qual (ou quais) o(s) bairro(s) que você trabalha? _____

N.10 Dentre as seguintes alternativas, você se reconhece ou se identifica como de cor ou raça:

1. Negra []
2. Branca []
3. Preta []
4. Parda []
5. Morena []
6. Indígena []
7. Amarela []
8. Outra [] _____

N.11 Até que série completa você estudou?

1. Não sabe ler nem escrever []
2. Sabe ler / escrever sem ter ido à escola []
3. 1º grau incompleto []
4. 1º grau completo []
5. 2º grau incompleto []
6. 2º grau completo []
7. Superior incompleto []
8. Superior completo []
9. Pós-graduação []

N.12 Qual é a sua situação de trabalho atual?

1. Formal []
2. Informal []
3. Empregadora, empresária []
4. Prostituição []
5. Não está trabalhando []
6. Desempregada []

N.13 Qual a sua ocupação? _____

N.13a Você tem/teve dificuldade em encontrar emprego?

1. Sim []
Quais? _____
2. Não []
3. Nunca tentei/não estou procurando []

N.14 Qual a sua renda individual no mês (só você) R\$ (reais)? _____ POR MES
[OBS: Se a participante não ganhou nenhum dinheiro, digite "0"]



PrEP.			
18. Eu usaria PrEP se ela estivesse disponível no SUS.			
19. Eu usaria PrEP mesmo que ela não fosse 100% eficaz.			
20. Eu deixaria de usar camisinha se usasse PrEP.			
21. Eu tomaria PrEP mesmo que tivesse que me testar regularmente para o HIV.			
22. Se eu usasse PrEP, eu gostaria que meu(s) parceiro(s) soubesse(m).			
23. Eu ficaria mais liberada para ter um maior número de parceiros sexuais se usasse PrEP.			
24. Eu dividiria meus comprimidos com pessoas que precisassem de PrEP.			
25. Eu venderia meus comprimidos para pessoas que precisassem de PrEP.			
26. Eu teria menos medo de contrair HIV se usasse PrEP.			
27. Eu não tomaria PrEP por ter medo dos efeitos colaterais.			
28. Eu não tomaria PrEP por ter medo que as pessoas achem que sou HIV positiva			
29. Eu não tomaria PrEP porque não gosto de comprimidos			

BLOCO N: INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS:

N.1 Qual é sua idade? _____ NÚMERO

N.2 Qual o dia/mês/ano do seu nascimento ___/___/___

N.3 Qual é o seu estado civil?

1. Casada []
2. Vive com companheiro /namorado []
3. Solteira..... []
4. Separada / desquitada / divorciada []
5. Viúva..... []
6. Outra [] _____

N.4 O local de seu nascimento foi:

1. Salvador..... []
2. Fora de Salvador [] _____ CIDADE
3. Fora da Bahia [] _____ ESTADO

N.5 Qual o seu sexo de nascimento?

1. masculino..... []
2. feminino []



1. Sim
 0. Não
2. ... você já tinha ouvido falar em **PrEP** para prevenir a infecção por HIV? **PrEP** é a Profilaxia **Pré-Exposição**, ou seja, o uso de medicação **diariamente** para prevenir o HIV.
 1. Sim
 0. Não
3. ... você já tinha ouvido falar em **PEP** para prevenir a infecção por HIV? **PEP** é Profilaxia **Pós-Exposição**, ou seja, o uso de medicação **após uma situação de risco** para prevenir o HIV.
 1. Sim
 0. Não
4. ... você já tinha ouvido falar em **microbicidas** para prevenir a infecção por HIV? **Microbicidas** são **cremes ou géis** utilizados no ânus **durante a relação sexual** para prevenir o HIV.
 1. Sim
 0. Não
5. ... você já tinha ouvido falar em **circuncisão/ "cirurgia de fimose"** para prevenir a infecção por HIV?
 1. Sim
 0. Não
6. ...você já tinha ouvido falar em **autotestagem domiciliar** para prevenir o HIV? Autotestagem domiciliar é **você mesmo fazer o teste do HIV em casa**, da mesma forma que se faz o teste de gravidez.
 1. Sim
 0. Não

Qual seria seu interesse em utilizar cada uma das medidas que vou lhe dizer para se prevenir do HIV, caso todas elas fossem igualmente disponíveis no SUS? Por favor, fale a alternativa que descreve seu interesse.

	1. Nenhum interesse	2. Pouco/algum interesse	3. Muito interesse
7 Camisinha/preservativo [PULAR PARA BLOCO N SE G7=1 (HIV POSITIVO)]			
8. Uso diário de medicação - PrEP			
9. Uso de medicação após situação de risco-PEP			
10. Uso de creme/gel durante a relação sexual			
11. Cirurgia de fimose/circuncisão			
12. Autotestagem domiciliar			

Agora vamos falar **apenas** sobre o uso de **PrEP- Profilaxia pré-exposição**. A **PrEP** consiste em tomar 1 comprimido de

Truvada, um medicamento antirretroviral, todos os dias para diminuir o risco de infecção por HIV. Por favor, ouça atentamente as alternativas que vou lhe dizer e responda aquela que melhor descreve sua opinião.

	1. Concordo	2. Discordo	3. Não concordo nem discordo
13. Eu estaria disposta a usar PrEP para me prevenir da infecção por HIV.			
14. Eu tomaria um comprimido antes e outro depois do sexo se isso prevenisse a infecção por HIV.			
15. Eu tomaria um comprimido por dia se isso prevenisse a infecção por HIV.			
16. Eu usaria PrEP mesmo que tivesse que pagar por ela.			
17. Eu nunca vou precisar tomar			

21



L.2 Quantas das travestis/transsexuais indicadas acima (x1) você encontrou ou falou pessoalmente, por telefone ou internet nos últimos dois meses? __x2__ NUMERO

L.3 Destas pessoas (x2) quantas você convidaria para participar desta pesquisa? _____ NUMERO

L.4 Cite o nome social de 6 travestis/transsexuais da sua rede de contatos que você encontrou nos últimos 30 dias e quantas vezes você encontrou estas pessoas neste período?

- | | |
|---|-----------------------|
| 1. _____ / ____ vezes | 2. _____ / ____ vezes |
| 3. _____ / ____ vezes | 4. _____ / ____ vezes |
| 5. _____ / ____ vezes | 6. _____ / ____ vezes |
| 7. Não encontrei ninguém nos últimos 30 dias..... [] | |

L.5 Em quais dos locais a seguir você encontrou **pessoalmente** essas 6 pessoas que você teve contato nos últimos 30 dias? *(leia as opções e marque as respostas que se aplicam)*

Locais Fechados

1. Shopping center []
2. Cinema de pegação []
3. Casa de amigos []
4. Casa de cafetina []

Locais Abertos

5. Lan House..... []
6. Bares gays []
7. Praias (barracas)..... []
8. Boates gays []
9. Boates hetero..... []
10. Ponto de prostituição..... []
11. Raves..... []
12. Praças, largos, parques ou rua..... []
13. Parada Gay..... []
14. Associação de travestis/transsexuais..... []
15. Facebook []
16. Aplicativos..... []
17. Outro local..... []
18. Não encontrei travestis/transsexuais..... []

L.6 Considerando essas 6 pessoas que você teve contato nos últimos 30 dias, você mantém contato com elas através do facebook?

1. Sim []
0. Não..... []

BLOCO M: CONHECIMENTO E ACEITABILIDADE DA PrEP (profilaxia pré exposição ao HIV)

Neste bloco, estamos interessados no quanto as pessoas estão sendo informadas sobre estratégias de prevenção do HIV. Por favor, responda sinceramente sabendo que não existe resposta certa ou errada.

Até o momento de responder a este questionário...

1. ... você já tinha ouvido falar em **camisinha/preservativo** para prevenir a infecção por HIV em quem não tem o HIV.?



2. Agressão verbal (xingamentos, humilhação)..... []
3. Violência sexual (forçada a fazer sexo)..... []
4. Chantagem ou extorsão de dinheiro []
5. Furto ou roubo []
6. Outra _____ []
7. Não sofreu agressões []
8. Não se aplica

J.5 Você foi bem tratada na última vez que foi a algum serviço de saúde?

1. Sim []
0. Não []

J.6 Você foi bem tratada na última vez que você foi a algum outro serviço público?

1. Sim []
0. Não []

J.7 Durante o seu processo de mudança corporal (e de identidade de gênero), você tentou mudar seu nome no RG?(SE RESPONDER b, c, d ou e, PULA PARA J.8)

- a) Sim e consegui []
- b) Sim, e não consegui..... []
- c) Estou tentando/já dei entrada..... []
- d) Ainda não..... []
- e) Não pretendo mudar..... []

J.8 Você conseguiu mudar seu nome em outros documentos?

		Sim	Não	Nunca tentei	Na otenho esse documento
J.8.1	CPF				
J.8.2	Título de Eleitor				
J.8.3	Carteira de trabalho				
J.8.4	Cartão cidadão (FGTS, PIS, recebimento de benefícios)				
J.8.5	Passaporte				
J.8.6	Histórico escolar				
J.8.7	Carteira profissional				
J.8.8	Documentação dos filhos				
J.8.9	Cartão SUS				

BLOCO L: INFORMAÇÕES SOBRE REDE DE CONTATOS SOCIAIS

L.1 Quantas travestis/transsexuais você conhece pelo nome e que também conhecem você pelo seu nome no município de Salvador? ___x1___ NUMERO



2. Insatisfeita []
3. Nem satisfeita nem insatisfeita []
4. Satisfeita []
5. Muito satisfeita []

I.5 Quão satisfeita você está com o seu corpo?

1. Muito insatisfeita []
2. Insatisfeita []
3. Nem satisfeita nem insatisfeita []
4. Satisfeita []
5. Muito satisfeita []

BLOCO J – VIOLAÇÃO DE DIREITOS HUMANOS E DISCRIMINAÇÃO:

J.1 Você já se sentiu discriminada por alguma pessoa ou instituição, por algumas das seguintes razões que vou mencionar: *(leia as opções e marque as respostas que se aplicam)*

1. Sim, por causa de sua cor ou raça []
2. Sim, por falta de dinheiro ou condição financeira []
3. Sim, por causa da idade []
4. Sim, por ser travesti/transsexual []
5. Não se sentiu discriminada [] PULAR PARA J.3

J.2 Por ser travesti/transsexual, você já se sentiu discriminada onde e/ou por quem? *(leia as opções e marque as respostas que se aplicam)*

1. No trabalho []
2. Na escola []
3. Na família []
4. Com amigos/amigas []
5. Com parceiros []
6. Com vizinhos []
7. Na igreja []
8. Com policial/segurança []
9. Em estabelecimentos comerciais ou locais de lazer. []
10. Em Serviços de saúde []
11. Em repartições públicas (carteira de ID ou outro doc) []
12. Outro [] _____

J.3 Das seguintes agressões, qual ou quais você considera que já sofreu? *(leia as opções e marque as respostas que se aplicam)*

1. Agressão física (socos, tapas, chutes, empurrões) []
2. Agressão verbal (xingamentos, humilhação) []
3. Violência sexual (forçada a fazer sexo) []
4. Estupro, []
- Se sim qual a idade? _____
5. Chantagem ou extorsão de dinheiro []
6. Furto ou roubo []
7. Não sofreu agressões []

J.4 Das seguintes agressões, qual ou quais você considera que já sofreu na escola? *(leia as opções e marque as respostas que se aplicam)*

1. Agressão física (socos, tapas, chutes, empurrões) []



4	Nas últimas duas semanas, quantos dias você se sentiu cansada ou com pouca energia?	0	1	2	3
5	Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve falta de apetite ou comeu demais?	0	1	2	3
6	Nas últimas duas semanas, quantos dias você se sentiu mal consigo mesma ou achou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a você mesma?	0	1	2	3
7	Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler o jornal ou ver televisão)?	0	1	2	3
8	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 agitada que você ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume?	0	1	2	3
9	Nas últimas duas semanas, quantos dias você pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morta?	0	1	2	3
10	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?	0	1	2	3

I.2 Quão satisfeita você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

1. Muito insatisfeita []
2. Insatisfeita..... []
3. Nem satisfeita nem insatisfeita..... []
4. Satisfeita..... []
5. Muito satisfeita..... []

I.3 Quão satisfeita você está com o apoio que você recebe de sua família?

1. Muito insatisfeita []
2. Insatisfeita..... []
3. Nem satisfeita nem insatisfeita..... []
4. Satisfeita..... []
5. Muito satisfeita..... []

I.4 Quão satisfeita você está com sua vida sexual?

1. Muito insatisfeita []



3. Com cliente casado.....[]
4. Com cliente jovem.....[]
5. Com cliente bonito.....[]
6. Com cliente educado.....[]
7. Sempre uso.....[]
8. Quando não tenho disponível.....[]
9. Quando confio no meu parceiro.....[]
10. Quando penso que não há risco de transmissão de doenças.....[]
11. Quando quando o gozo não é dentro.....[]
12. Quando é um cliente fixo.....[]
- 11-13. Quando o cliente paga mais.....[]
- 12-14. Outro: especifique: _____

H.11 Em que situações você deixaria de usar a camisinha:(leia as opções e *marque as respostas que se aplicam*)

1. Com marido.....[]
2. Com namorado[]
3. Com pessoa casada.....[]
4. Com pessoa jovem.....[]
- 4-5. Com pessoa bonita.....[]
6. Com pessoa que me trata bem.....[]
7. Sempre uso.....[]
8. Quando não tenho disponível.....[]
9. Quando confio no meu parceiro.....[]
10. Quando penso que não há risco de transmissão de doenças.....[]
11. Quando quando o gozo não é dentro.....[]
12. Quando é um parceiro fixo.....[]
13. Outro: especifique: _____

BLOCO I – SAUDE MENTAL (qualidade de vida):

I.1 - Agora vamos falar sobre como você tem se sentido nas últimas duas semanas...

	Perguntas	Nenhum dia	Menos de uma semana	Uma semana ou mais	Quase todos os dias
1	Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?	0	1	2	3
2	Nas últimas duas semanas, quantos dias você se sentiu para baixo, deprimida ou sem perspectiva?	0	1	2	3
3	Nas últimas duas semanas, quantos dias você teve dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume?	0	1	2	3



4. Nunca usa camisinha []
 99. Não se aplica []

H.5 Você costuma usar camisinha com seus PARCEIROS CASUAIS/EVENTUAIS durante o sexo anal PENETRANDO o parceiro? (leia as opções e marque apenas uma resposta)

1. Sempre usa camisinha []
 2. Na maioria das vezes usa camisinha []
 3. Poucas vezes usa camisinha []
 4. Nunca usa camisinha []
 99. Não se aplica []

H.6 Você costuma usar camisinha com seus PARCEIROS CASUAIS/EVENTUAIS durante o sexo anal SENDO PENETRADA pelo parceiro? (leia as opções e marque apenas uma resposta)?

1. Sempre usa camisinha []
 2. Na maioria das vezes usa camisinha []
 3. Poucas vezes usa camisinha []
 4. Nunca usa camisinha []
 99. Não se aplica []

H.7 Você usa camisinha durante sexo vaginal penetrando sua parceira? (marque apenas uma resposta)

1. Sempre usa camisinha []
 2. Na maioria das vezes usa camisinha []
 3. Poucas vezes usa camisinha []
 4. Nunca usa camisinha []
 99. Não se aplica []

H.8 (ESTA PERGUNTA SÓ DEVE APARECER SE A PESSOA RESPONDER QUE FEZ CIRURGIA DE MUDANÇA DE SEXO)

Você usa camisinha durante sexo vaginal sendo penetrada por seu parceiro? (marque apenas uma resposta)

1. Sempre usa camisinha []
 2. Na maioria das vezes usa camisinha []
 3. Poucas vezes usa camisinha []
 4. Nunca usa camisinha []
 99. Não se aplica []

H.9 Você usa alguma proteção durante sexo oral? (marque apenas uma resposta)

1. Sempre usa camisinha []
 2. Na maioria das vezes usa camisinha []
 3. Poucas vezes usa camisinha []
 4. Nunca usa camisinha []
 5. Outra proteção Qual? _____ []
 99. Não se aplica []

H.10 (SOMENTE PARA PROFISSIONAIS DO SEXO) Em que situações você acha desnecessário deixaria de usar a camisinha: (leia as opções e marque as respostas que se aplicam)

1. Com marido []
 2. Com namorado []



G.25 **Se o teste for positivo, perguntar:** Você procurou o serviço de saúde logo após o diagnóstico de hepatite C?

1. Sim []
 0. Não []

G.26 **Se o teste for positivo, perguntar:** Você recebeu o encaminhamento a serviços de saúde para tratamento, medicação e acompanhamento? (marque apenas uma resposta)

1. Sim, fui ao serviço de saúde e não recebi medicação []
 2. Sim, fui ao serviço de saúde e recebi medicação..... []
 3. Sim, mas não fui ao serviço de saúde..... []
 4. Não []

G.27 Você tem ou teve outra(s) DST (Doença Sexualmente Transmissível)?

1. Sim []
 Qual? _____
 2. Não []
 3. Não sei []

BLOCO H- PREVENÇÃO E USO DO PRESERVATIVO

H.1 (APENAS PARA QUEM FAZ PROGRAMA) Você costuma usar camisinha com seus CLIENTES durante o sexo anal PENETRANDO o parceiro? (leia as opções e marque apenas uma resposta)

1. Sempre usa camisinha []
 2. Na maioria das vezes usa camisinha []
 3. Poucas vezes usa camisinha []
 4. Nunca usa camisinha []
 99. Não se aplica []

H.2 (APENAS PARA QUEM FAZ PROGRAMA) Você costuma usar camisinha com seus CLIENTES durante o sexo anal SENDO PENETRADA pelo parceiro? (leia as opções e marque apenas uma resposta)?

1. Sempre usa camisinha []
 2. Na maioria das vezes usa camisinha []
 3. Poucas vezes usa camisinha []
 4. Nunca usa camisinha []
 99. Não se aplica []

H.3 Você costuma usar camisinha com seus PARCEIROS FIXOS (namorado/marido) durante o sexo anal PENETRANDO o parceiro? (leia as opções e marque apenas uma resposta)?

1. Sempre usa camisinha []
 2. Na maioria das vezes usa camisinha []
 3. Poucas vezes usa camisinha []
 4. Nunca usa camisinha []
 99. Não se aplica []

H.4 Você costuma usar camisinha com seus PARCEIROS FIXOS (namorado/marido) durante o sexo anal SENDO PENETRADA pelo parceiro? (leia as opções e marque apenas uma resposta)?

1. Sempre usa camisinha []
 2. Na maioria das vezes usa camisinha []
 3. Poucas vezes usa camisinha []



- G.16 Você já fez o teste para hepatite B alguma vez na vida?
1. Sim []
 2. Não [] (PULAR PARA G. 21)
 3. Não sei..... []
- G.17 Com relação ao último teste para hepatite B que você fez, você sabe o resultado?
1. Sim []
 0. Não [] (PULAR PARA G. 21)
- G.18 Você se importa em me dizer o resultado do seu último teste para hepatite B?
1. Positivo []
 2. Negativo..... [] (PULAR PARA G. 21)
 3. Inconclusivo [] (PULAR PARA G. 21)
 4. Não quero dizer [] (PULAR PARA G. 21)
- G.19 **Se o teste for positivo, perguntar:** Você procurou o serviço de saúde logo após o diagnóstico de hepatite?
1. Sim []
 0. Não []
- G.20 **Se o teste for positivo, perguntar:** Você recebeu o encaminhamento a serviços de saúde para tratamento, medicação e acompanhamento? (marque apenas uma resposta)
1. Sim, fui ao serviço de saúde e não recebi medicação []
 2. Sim, fui ao serviço de saúde e recebi medicação..... []
 3. Sim, mas não fui ao serviço de saúde..... []
 4. Não []
- G21 Você já tomou vacina contra Hepatite B? Se sim, qual dose da vacina?
1. Sim, 1º dose..... []
 2. Sim, 2º dose..... []
 3. Sim, 3º dose..... []
 4. Não vacinada []
 5. Não sabe []
- G.22 Você já fez o teste para hepatite C alguma vez na vida?
1. Sim []
 2. Não [] (PULAR PARA G. 27)
 3. Não sei [] (PULAR PARA G. 27)
- G.23 Com relação ao último teste para hepatite C que você fez, você sabe o resultado?
1. Sim []
 0. Não [] (PULAR PARA G. 27)
- G.24 Você se importa em me dizer o resultado do seu último teste para hepatite C?
1. Positivo []
 2. Negativo..... [] (PULAR PARA G. 27)
 3. Inconclusivo [] (PULAR PARA G. 27)
 4. Não quero dizer [] (PULAR PARA G. 27)



G.8 **Se o teste foi positivo, perguntar:** Você procurou o serviço de saúde logo após o diagnóstico de HIV?

1. Sim []
0. Não []

G.9 **Se o teste for positivo, perguntar:** Você recebeu o encaminhamento a serviços de saúde para tratamento, medicação e acompanhamento? (marque apenas uma resposta)

1. Sim, fui ao serviço de saúde e não recebi medicação []
2. Sim, fui ao serviço de saúde e recebi medicação..... []
3. Sim, mas não fui ao serviço de saúde..... []
4. Não []

G.10 Você toma algum antirretroviral, ou seja, você toma algum remédio para o vírus da aids?

1. Sim, regularmente..... [] PULAR PARA G10a
2. Sim, as vezes []
0. Não []

G. 10a. Voce lembra há quanto tempo toma remédio para aids? ____meses ____anos

[SÍFILIS]

G.11 Você já fez o teste para sífilis alguma vez na vida?

1. Sim []
2. Não [] PULAR PARA G.16
3. Não sei..... []

G.12 Com relação ao último teste para sífilis que você fez, você sabe o resultado?

1. Sim []
0. Não [] (PULAR PARA G.16)

G.13 Você se importa em me dizer o resultado do seu último teste para sífilis?

1. Positivo []
2. Negativo [] (PULAR PARA G.16)
3. Inconclusivo [] (PULAR PARA G.16)
4. Não quero dizer [] (PULAR PARA G.16)

G.14 **Se o teste for positivo, perguntar:** Você procurou o serviço de saúde logo após o diagnóstico de sífilis?

1. Sim []
0. Não []

G.15 **Se o teste for positivo, perguntar:** Você recebeu o encaminhamento a serviços de saúde para tratamento, medicação e acompanhamento? (marque apenas uma resposta)

1. Sim, fui ao serviço de saúde e não recebi penicilina []
2. Sim, fui ao serviço de saúde e recebi injeção de penicilina []
3. Sim, mas não fui ao serviço de saúde..... []
4. Não []

(HEPATITES VIRAIS)



0. Não []

BLOCO G – TESTE DE HIV, SÍFILIS e HEPATITE B e C

[HIV/AIDS]

G.1 Você já fez o teste para HIV/aids alguma vez na vida?

1. Sim []
 2. Não [] PULAR PARA G11
 3. Não sei []

G.2 Quando foi a última vez que você fez o teste para HIV/aids? (marque apenas uma resposta)

1. Nos últimos três meses []
 2. Entre 3 e 12 meses atrás []
 3. Entre 1 e 3 anos []
 4. Mais de 3 anos []
 5. Não sabe ou não se lembra []

G.3 Em que local você fez o último teste para HIV/aids? (marque apenas uma resposta)

1. No CTA/COAS/CEDAP []
 2. Posto de saúde []
 3. Serviço especializado (SEMAE) []
 4. Hospital SUS []
 5. Emergência SUS []
 6. Hospitais ou laboratórios particulares []
 7. Na doação de sangue []
 8. No local de trabalho []
 9. Outro local, especifique: _____ []
 10. Não lembra []
 11. Programa Fique Sabendo []

G.4 Considerando o último, qual o tipo de teste você fez? (leia as opções e marque apenas uma resposta)

1. Teste rápido (leva de 20 a 30min para o resultado) . []
 2. Teste que você teve de buscar o resultado outro dia []
 3. Não lembra []

G.5 Quanto tempo você esperou para que o resultado do último teste ficasse pronto?
 ___ MINUTOS ___ HORAS ___ DIAS ___ MESES

G.6 Ainda com relação ao último teste para aids que você fez, você sabe o resultado?

1. Sim []
 0. Não []

G.7 Você se importa em me dizer o resultado do seu último teste?

1. Positivo []
 2. Negativo [] PULAR PARA G11
 3. Inconclusivo [] PULAR PARA G11
 4. Não quero dizer [] PULAR PARA G11



1. Agressão física (socos, tapas, chutes, empurrões) []
2. Agressão verbal (xingamentos, humilhação) []
3. Violência sexual (forçada a fazer sexo) []
4. outra [] _____ ?

BLOCO F – PROSTITUIÇÃO:

F.1 Você faz ou já fez programa [explicar- troca de sexo por dinheiro ou outra coisa como presente, comida, roupas etc.]?

1. Sim, atualmente faço []
2. Sim, fiz até recentemente, mas não faço mais []
3. Sim, há muito tempo atrás []
4. Não [] PULAR PARA G.1

F.2 Com que idade você começou a fazer programa? _____ IDADE

F.3 Onde você consegue seus clientes (*leia as opções e marque as respostas que se aplicam*)?

1. Boates/bares []
2. Rua []
3. Hotel/motel []
4. Nos parques/praças []
5. Por telefone []
6. Pela internet []
7. Cinema []
8. Banheiro []
9. Casa de prostituição []
10. Praia []
11. Outros locais [] _____

F.4 Onde você costuma ou costumava fazer sexo com os seus clientes? (*marque as respostas que se aplicam*)

1. Boates/bares []
2. Carro []
3. Hotel/motel []
4. Nos parques/praças/rua/praias []
5. Na própria casa/apt []
6. Casa/apt do (a) cliente []
7. Cinema []
8. Banheiro []
9. Casa de prostituição []
10. Praia []
11. Outros locais [] _____

F.5 Quantos clientes você atende em média por dia? _____ CLIENTES POR DIA

F.6 Quantos dias você trabalha por semana fazendo programa? _____ DIAS

F.7 Quanto você ganha em média por dia fazendo programa? _____ REAIS

F.8 Durante o programa você faz uso de bebida alcoólica ou outro tipo de droga?

1. Sim []



1. Hospital do SUS..... []
2. Hospital particular []
- Qual país? _____
3. Clínica particular []
- Qual país? _____

D.24 Você se sentiu satisfeita com o resultado final da cirurgia?

1. Sim.....[]
0. Não [] Qual o motivo? _____

BLOCO E-Histórico de prisão:

E.1 Você já foi agredida/ofendida pela polícia?

1. Sim[]
0. Não[] PULAR PARA E.3

E. 2 Qual o tipo de agressão (leia as opções e marque as que se aplicam)?

1. agressão física (socos, tapas, chutes, empurrões) []
2. agressão verbal (xingamentos, humilhação)..... []
3. violência sexual (forçada a fazer sexo)..... []
4. outra [] _____ ?

E. 3 Você já foi presa (marque as respostas que se aplicam)? Onde? (se necessário, leia as alternativas de locais)

1. Sim, em delegacia na ala feminina []
2. Sim, em delegacia na ala masculina..... []
3. Sim, em penitenciária feminina..... []
4. Sim, em penitenciária masculina..... []
5. Não..... [] PULAR PARA F.1

E.4 Na prisão, você foi agredida por outros (as) presos (as)?

1. Sim[]
0. Não[] PULAR PARA E. 6

E.5 Se sim, como você foi agredida ? (leia as opções e marque as respostas que se aplicam)

1. Agressão física (socos, tapas, chutes, empurrões)..... []
2. Agressão verbal (xingamentos, humilhação) []
3. Violência sexual (forçada a fazer sexo) []
4. outra [] _____ ?

E.6 Na prisão, você foi agredida por funcionários do presídio?

1. Sim[]
0. Não [] PULAR PARA F.1

E.7 Se sim, como você foi agredida ? (leia as opções e marque as respostas que se aplicam)



7. Não sentiu efeito negativo

D.18 Você recebeu ou recebe orientações ou informações sobre cuidados no uso de silicone?

1. Sim []
 0. Não [] PULAR PARA D.19

D.18a Se for sim, através de quem (leia as opções e marque as respostas que se aplicam)?

1. Profissional de saúde []
 2. Outras travestis / transexuais []
 3. Bombadeira []
 4. Outra []

D.19 Quais os motivos fariam com que você deixasse de usar o silicone? (leia as opções e marque as respostas que se aplicam)

1. Por falta de dinheiro para comprar []
 2. Por estar fazendo mal à saúde []
 3. Por tomar conhecimento dos riscos à saúde []
 4. Por ficar com medo dos efeitos negativos []
 5. Por achar que não precisava mais usar []
 6. Por querer dar um tempo []
 7. Não deixaria de usar []
 8. Outro [] _____

[para quem fez uso de prótese]

D.20 Você tem prótese (leia as opções e marque as respostas que se aplicam)?

1. Sim []
 0. Não [] PULAR PARA D.21

D.20a Em que parte do corpo tem prótese?

1. Mama []
 2. Glúteo []
 3. Outra _____ (especificar) Qual? _____

D.20b Que idade você tinha quando colocou prótese pela primeira vez? ____ ANOS

[para quem fez cirurgia de mudança de sexo]

D.21 Você fez cirurgia de mudança de sexo?

1. Sim []
 Quando? mês e ano _____
 0. Não [] PULAR PARA E.1

D.22 Com que idade você fez a cirurgia? ____ ANOS

D.23 Onde fez a cirurgia (leia as opções e marque as que se aplicam)?



8. Por reduzir o tesão..... []
 9. Não deixaria de usar []
 10. Outro [] _____

[para quem fez uso de silicone industrial]

D.11 Você já fez uso de silicone industrial?

1. Sim []
 0. Não [] PULAR PARA D.20

D.12 Que idade você tinha quando usou silicone (industrial) pela primeira vez? _____ anos

D.13 Com quem você aplicou o silicone e qual o volume? (~~leia as opções e~~ *marque as respostas que se aplicam*)

1. Com bombadeira.....[] nº de copos _____ e quantos ml? _____
 2. Amiga..... [] nº de copos _____ e quantos ml? _____
 3. Eu mesma.....[] nº de copos _____ e quantos ml? _____
 4. Outro.....[] nº de copos _____ e quantos ml? _____

D.14 Quantas vezes em sua vida você já fez uso de silicone? (~~leia as opções e~~ *marque apenas UMA resposta*)

1. Uma vez []
 2. De 2 a 5 vezes..... []
 3. De 6 a 10 vezes..... []
 4. Mais de 10 vezes..... []

D.15 Quantas vezes nos últimos 12 meses você fez uso de silicone? (~~leia as opções e~~ *marque apenas UMA resposta*)

1. Uma vez []
 2. De 2 a 5 vezes..... []
 3. De 6 a 10 vezes..... []
 4. Mais de 10 vezes..... []
 5. Não utilizou..... []

D.16 Onde você consegue o silicone? (~~leia as opções e~~ *marque as respostas que se aplicam*)

1. Em casa que vende produto de limpeza []
 2. Em casa de produtos industriais []
 3. Com amigos(as) []
 4. Com colegas de trabalho []
 5. Com bombadeiras []
 6. Outro []

D.17 Se teve algum problema, o que fez? (~~leia as opções e~~ *marque as respostas que se aplicam*)

1. Procurou um profissional de saúde..... []
 2. Deixou de usar..... []
 3. Tomou remédio por conta própria []
 4. Procurou ajuda de amigo(as), conhecidos(as)..... []
 5. Procurou ajuda da bombadeira []
 6. Não fez nada []



1. Estrógeno comprimido [] _____ n° de comprimidos/dia
2. Estrógeno injetável [] _____ n° de injeções/mês
3. Progesterona comprimido [] _____ n° de comprimidos/dia
4. Progesterona injetável [] _____ n° de injeções/mês
5. Progesterona e Estrógeno injetável (perlutan) [] _____ n° de injeções/mês
6. Progesterona e Estrógeno comprimido [] _____ n° de comprimidos/mês
7. Aldactone [] _____ n° de comprimidos/mês
8. Outro [] _____ (especificar doses)
9. Não sabe []

D.7 Onde você conseguiu o hormônio?(leia as opções *marque as respostas que se aplicam*)

1. Em farmácias sem receita []
2. Em farmácias com receita []
3. Com amigos []
4. Com colegas de trabalho []
5. Com bombadeiras []
6. No SUS []
7. Pela internet []
8. Outro []

D.8 Se você já sentiu efeito negativo, o que fez? (leia as opções *marque as respostas que se aplicam*)

1. Procurou um profissional de saúde []
2. Deixou de usar []
3. Tomou remédio por conta própria []
4. Procurou ajuda de amigo(as), conhecidos(as) []
5. Procurou ajuda da bombadeira []
6. Não fez nada []
7. Outro [] _____
8. Não se aplica []

D.9 Você recebeu ou recebe orientações ou informações sobre cuidados no uso de hormônios

1. Sim []
0. Não [] PULAR PARA D.10

D.9a Se for sim, através de quem (leia as opções e *marque as respostas que se aplicam*)?

1. Profissional de saúde []
2. Outras travestis/transsexuais []
3. Bombadeira []
4. Outra []

D.10 Quais os motivos que fizeram/fariam você deixar de usar hormônios? (*marque as respostas que se aplicam*)

1. Por falta de dinheiro para comprar []
2. Por estar fazendo mal à saúde []
3. Por tomar conhecimento dos riscos à saúde []
4. Por ficar com medo dos efeitos negativos []
5. Por que é incompatível com o uso de Viagra []
6. Por achar que não precisava mais usar []
7. Por querer dar um tempo []



2. Sim, em nome de outra pessoa []
 3. Sim, sem receita []
 4. Não [] PULAR PARA D.1

C.8a Onde você conseguiu? *(leia as alternativas e marque as respostas que se aplicam)*

1. Posto de saúde []
 2. Programa Saúde da Família (PSF) []
 3. Unidade de Referência/especializada []
 4. Outro []

BLOCO D - MODIFICAÇÕES CORPORAIS:

D.1 Você já fez uso de algum recurso/procedimento para modificar seu corpo (como hormônio, silicone, tatuagem, megahair, depilação) ?

1. Sim []
 0. Não [] PULAR PARA D.2.

D.1a Quais *(leia as opções e marque as que se aplicam)*?

1. Silicone líquido (industrial) []
 2. Prótese de silicone: glúteo e/ou peito []
 3. Hormônios []
 4. Cirurgia plástica [] QUAL? _____
 5. Tatuagem []
 6. Megahair []
 7. Depilação []
 8. Cirurgia de corda vocal []
 9. Exercícios de adaptação vocal []
 10. Outro []

D.2 Você toma ou já tomou hormônios (marque apenas uma resposta)?

1. Sim []
 2. Sim, mas não tomo mais []
 3. Nunca tomei [] PULAR PARA D.11

[Para quem faz uso de hormônio]

D.3 Que idade você tinha quando usou hormônio pela primeira vez? ____ ANOS

D.4 Atualmente você está usando?

1. Sim []
 0. Não [] PULAR PARA D.6

D.5 Com que frequência você utilizou hormônio nos últimos 3 meses? *(leia as opções e marque apenas uma resposta)*

1. Todos os dias []
 2. De 1 a 6 vezes por semana []
 3. De 1 a 3 vezes ao mês []
 4. Menos de uma vez ao mês []

D.6 Quais os hormônios (lembrar que *perlutant* também é hormônio) você tomou nos últimos 12 meses? *(mostrar a tabela de nomes comerciais e marcar as respostas que se aplicam)*



1. Sim []
 0. Não []

C.3 Quando você foi ao médico pela última vez, qual o motivo? (leia as opções e marque as respostas que se aplicam)

1. Saúde em geral []
 2. HIV/AIDS []
 3. Outra DST []
 4. Problemas com uso de hormônios []
 5. Problemas com uso de silicone []
 6. Busca de próteses/cirurgia plástica []
 7. Outro []

C.4 Quando foi sua última consulta médica? ___/___ Mês e Ano:

C.5 Com que frequência ocorrem problemas/barreiras/obstáculos para você procurar o serviço de saúde (leia as opções de barreiras e as opções de frequência, apresentando a tabela):

	Barreiras/obstáculos	Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
1	Distância da residência à unidade de saúde	[]	[]	[]	[]
2	Custo com o transporte para ir a uma consulta				
3	O profissional de saúde não entende os meus problemas de saúde	[]	[]	[]	[]
4	Horário de funcionamento do SUS	[]	[]	[]	[]
5	Licença do trabalho	[]	[]	[]	[]
6	Outro:	[]	[]	[]	[]

C.6 Você sabe sobre o direito ao nome social no SUS? (Se não souber, explicar o que é nome social)?

1. Sim []
 0. Não []

C.7 Os profissionais nos serviços de saúde chamam você pelo seu nome social [explicar o que é nome social]?

1. Sim, todos []
 2. Sim, alguns []
 3. Não []

C.7a Você tem o nome social no seu cartão SUS?

1. Sim []
 2. Não []
 3. Não tenho o cartão SUS []

C.8 Você alguma vez já conseguiu hormônios no serviço de saúde? (leia as alternativas e marque as que se aplicam)

1. Sim, com receita []



4. Sim, fumo de vez em quando..... []

B.2a Quando você fuma, quantos cigarros por dia? _____ NÚMERO DE CIGARROS/ DIA

B.3 Você já usou ou usa outro tipo de droga (não considere o álcool e cigarro)?

1. Sim []
 0. Não [] PULAR PARA C.1

B.3a Qual dessas drogas você já fez ou faz uso? *(leia as opções e marque as respostas que se aplicam)*

1. Éxtase (bala) []
 2. Cocaína inalada []
 3. Cola []
 4. Crack []
 5. Injetáveis []
 6. LSD (doce)/cogumelos []
 7. Maconha []
 8. Solventes []
 9. Oxi []
 10. Outras []

B.3b Como você normalmente consegue a droga? *(leia as opções e marque as respostas que se aplicam)*

1. Compro []
 2. Troco por sexo []
 3. Troco por outra coisa []
 4. Outro [] _____

B.3c Você costuma compartilhar objetos de uso de drogas? *(caso tenha dúvida, leia: agulha/seringa, canudo, cachimbo)*

1. Sim [] Qual o objeto? _____
 0. Não []

BLOCO C – SERVIÇOS DE SAÚDE:

C.1 Quando você precisa ir a um serviço de saúde, você procura: *(leia as opções e marque as respostas que se aplicam)*

1. Serviço público (SUS) []
 2. Serviço particular []
 3. Não vou ao serviço de saúde []
 4. Outro [] _____

C.1a Qual serviço público que você procura? *(leia as opções e marque as respostas que se aplicam)*

1. Posto de Saúde []
 2. Programa Saúde da Família (PSF) []
 3. Unidade de Referência/especializada (em caso de dúvida, explique: SEMAE, CEDAP, COUTO MAIA, CAPS, CETAD) []
 4. Emergência - UPA []
 5. Emergência - Hospitais Públicos []
 6. Emergência - Hospitais Particulares []
 7. Outro [] _____

C.2 Você tem plano de saúde médico-hospitalar (não considere plano odontológico)?



6. Fez sexo com transexuais/travesti e mulheres nos últimos 6 meses []
 7. Fez sexo com transexuais/travesti, homens e mulheres nos últimos 6 meses []
 8. Não se aplica []

A.5 Prática sexual últimos 12 meses (*leia as opções e marque somente uma*)

1. Fez sexo só com homens nos últimos 12 meses []
 2. Fez sexo com homens e mulheres nos últimos 12 meses []
 3. Fez sexo só com mulheres nos últimos 12 meses []
 4. Fez sexo só com transexuais/travesti nos últimos 6 meses []
 5. Fez sexo com transexuais/travesti e homens nos últimos 6 meses []
 6. Fez sexo com transexuais/travesti e mulheres nos últimos 6 meses []
 7. Fez sexo com transexuais/travesti, homens e mulheres nos últimos 6 meses []
 8. Não se aplica []

A.6 Quem não sabe que você é travesti/transexual? (*marque as respostas que se aplicam*)

1. Pai.....[]
 2. Mãe.....[]
 3. Irmão.....[]
 4. Irmã.....[]
 5. Outros familiares.....[]
 6. Amigos.....[]
 7. Colegas de trabalho.....[]
 8. Colegas de escola.....[]
 9. Ninguém sabe[]
 10. Todos sabem[]
 11. Outro.....[]

BLOCO B – USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS:

B.1 Você já usou ou usa bebida alcoólica? (*leia as opções e marque apenas UMA resposta*)

1. Sim.....[]
 2. Não[] PULAR PARA B.2

B.1a Com que frequência você bebeu durante os últimos 4 meses? (*leia as opções e marque apenas UMA resposta*)

1. Diariamente.....[]
 2. Semanalmente[]
 3. Mensalmente.....[]
 4. De vez em quando[]
 5. Não bebe mais[]

B.2 Você é ou já foi fumante? (*leia as opções e marque apenas UMA resposta*)

1. Nunca fumou.....[] PULAR PARA B.3
 2. Já fumei, mas não fumo mais.....[]
 3. Sim, fumo diariamente[]



QUESTIONÁRIO POPTRANS

ENTREVISTADOR (A): Leia e explique o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ENTREVISTADOR (A): “Agora vou lhe fazer várias perguntas, se você tiver alguma dúvida, estou aqui para ajudar”

ID DO PARTICIPANTE: _____ ID DO ENTREVISTADOR: _____

LOCAL DA ENTREVISTA: _____

CONFIRMAÇÃO DO ID DO PARTICIPANTE: _____

DATA DA ENTREVISTA: Dia: ____ Mês: ____ ANO: ____

Numero RDS: 99.99.99.99.99.99(10 dígitos)

BLOCO A - VISIBILIDADE TRANS:

A.1 Como você se identifica?(marque apenas UMA resposta)
(Se a pessoa disser que não se assumiu, colocar em “outra”)

1. Transexual []
2. Travesti []
3. Transgênero []
4. Mulher []
5. Outra [] _____

A.2 Qual sua orientação sexual?(marque apenas UMA resposta)

1. Homossexual []
2. Bissexual []
3. Heterossexual []
4. Outra [] _____

A.3 Você se sente confortável com seu órgão genital? E sente prazer com o uso?(leia as opções e marque apenas UMA resposta)

1. Sim e sinto prazer com o uso []
2. Sim, mas não sinto prazer com o uso []
3. Sim, mais ou menos []
4. Não, mas sinto prazer com o uso []
5. Não, mais ou menos []
6. Não []

A.4 Prática sexual últimos 6 meses(leia as opções e marque somente uma)

1. Fez sexo só com homens nos últimos 6 meses []
2. Fez sexo com homens e mulheres nos últimos 6 meses []
3. Fez sexo só com mulheres nos últimos 6 meses []
4. Fez sexo só com transexuais/travesti nos últimos 6 meses []
5. Fez sexo com transexuais/travesti e homens nos últimos 6 meses []



N. 21 Qual o número mínimo de travestis e transexuais você acha que tem em Salvador? ____

N. 22 Em média quantas travestis e transexuais você acha que tem em Salvador? ____

N.23 Você tem filhos? Sim, biológicos (Número); sim, adotivos (número), não
SE RESPONDER NÃO, PULA PARA N23

N24. Se tem filhos, se vive com eles: sim, não

N25. Você já pensou em ter filhos biológicos ou adotivos? (SE RESPONDER opção a PULA PARA N24)

- a) Sim, pensei em ter filhos biológicos.....[]
- b) Sim, pensei em ter filhos adotivos.....[]
- c) Não.....[] (TERMINA O QUESTIONÁRIO)

N26. Se sim, você buscou ajuda nos serviços de saúde?

- a) Sim, encontrei ajuda.....[]
- b) Sim, mas não encontrei ajuda.....[]
- c) Não busquei.....[]

ANEXO B



ID Questionário:

QUESTIONÁRIO - PROJETO DIVAS

Data da entrevista: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	ID Entrevistador: <input type="text"/> _____ Assinatura
Horário de Início: <input type="text"/> - <input type="text"/>	

Vou começar o questionário da pesquisa, sinta-se à vontade para me interromper sempre que quiser.

INFORMAÇÕES SOBRE REDE DE CONTATOS SOCIAIS

Q1. Gostaria que você respondesse pensando nas travestis/mulheres trans que você conhece.

ATENÇÃO ENTREVISTADOR: Verifique se os números fazem sentido. Por exemplo, o número de Q1.A deve ser maior ou igual ao número de Q1.B e Q1.C.

A. Quantas travestis/mulheres trans você conhece, pelo nome/apelido e que também conhecem você pelo seu nome/apelido, que moram, trabalham ou estudam no município de?	<input type="text"/>
B. E dessas que você citou, quantas você encontrou ou falou pessoalmente, por telefone ou facebook/whatsapp nos últimos 30 dias?	<input type="text"/>
C. E dessas <input type="text"/> (número acima) travestis/mulheres trans, quantas você convidaria para participar desta pesquisa?	<input type="text"/>

Q2. Cite o nome de 3 a 6 travestis/mulheres trans da sua rede de contatos que você encontrou pessoalmente nos últimos 30 dias.	Quantas dias você encontrou essa pessoa nos últimos 30 dias?	Em qual local isso aconteceu? (MOSTRE O CARTÃO A)	Qual (nome do estabelecimento/local)?
A. <input type="text"/>	<input type="text"/> dias	<input type="text"/>	A. <input type="text"/>
B. <input type="text"/>	<input type="text"/> dias	<input type="text"/>	B. <input type="text"/>
C. <input type="text"/>	<input type="text"/> dias	<input type="text"/>	C. <input type="text"/>
D. <input type="text"/>	<input type="text"/> dias	<input type="text"/>	D. <input type="text"/>
E. <input type="text"/>	<input type="text"/> dias	<input type="text"/>	E. <input type="text"/>
F. <input type="text"/>	<input type="text"/> dias	<input type="text"/>	F. <input type="text"/>

10569



ID Questionário:


BLOCO A: INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

QA1. Qual a sua idade? (E) (ANOS) (88 para não sabe e 99 para não quis responder)

QA2. Qual o dia/mês/ano do seu nascimento? (E) / / (DD/MM/AAAA)
(88 para não sabe e 99 para não quis responder)

QA3. Você prefere que lhe tratem no feminino, masculino ou neutro? (E)

- Feminino
 Masculino
 Neutro
 Não sabe
 Não quis responder

QA4. Qual a sua identidade de gênero atual? (E)

- Mulher
 Mulher Trans
 Travesti
 Transexual
 Transgênero
 Andrógino/Não binário
 Agênero/Neutro
 Genderqueer (não binário, fluido)

Outro

- Não sabe
 Não quis responder

QA5. Com que idade você passou a se identificar assim? (E)

anos Não sabe Não quis responder

QA6. E com que idade você iniciou a sua transição? (E)

anos Não sabe Não quis responder

QA7. Como você se classifica em relação à sua raça/cor? (L)

- Branca Indígena
 Preta Não sabe
 Amarela Não quis responder
 Parda

ATENÇÃO: Leia as alternativas e explique que são as categorias que o IBGE usa no Censo. Caso necessário, se a pessoa questionar, insista nas categorias do IBGE e na importância de utilizá-las.

QA8. Qual é a sua situação conjugal? (L)

- Sozinha/solteira/sem parceiro(a)
 Namorando/ficando
 Casada ou morando junto
 Separada ou divorciada
 Viúva
 Não sabe
 Não quis responder

10569



ID Questionário:



13-03-2018
QA13. Qual a sua principal ocupação/trabalho atualmente? (E)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Servidora pública | <input type="checkbox"/> Dona de casa |
| <input type="checkbox"/> Empregada com carteira de trabalho | <input type="checkbox"/> Aposentada/em benefício |
| <input type="checkbox"/> Empregada sem carteira de trabalho | <input type="checkbox"/> Empregadora |
| <input type="checkbox"/> Trabalha por conta própria/autônoma | <input type="checkbox"/> Não trabalha atualmente |
| <input type="checkbox"/> Trabalhos esporádicos/bicos | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| <input type="checkbox"/> Estudante | <input type="checkbox"/> Não quis responder |

QA14. Nos últimos 30 dias, quais foram as suas fontes de renda? (E) Marque quantas opções forem aplicáveis

- Renda de Assistência/Benefício (assistência social, previdência, seguro desemprego, seguro-doença, bolsa família)
- Família/parceiro(a)/amigos (empréstimos / presentes)
- Trabalho regular com carteira assinada
- Trabalho regular sem carteira assinada
- Trabalho por conta própria/autônoma
- Trabalho esporádico/bicos
- Preparar para o comércio, vender, participar de alguma forma da venda ou distribuição de drogas
- Profissional do sexo
- Atividade ilícita (Outra, que não tráfico de drogas, como: cafetinagem, furtos, roubos, fraudes, vendas de pirataria...)
- Pedir esmolas

Outras

Não sabe

Não quis responder

QA15. Nos últimos 30 dias, quanto de dinheiro você recebeu no total das suas fontes de renda? (E)

R \$ (em reais) Não sabe Não quis responder

QA16. Nos últimos 30 dias, em que lugar você viveu ou passou/dormiu a maioria das noites? (E)

- Casa ou apartamento próprio ou da família
- Casa ou apartamento alugado
- Casa ou apartamento de amigos
- Casa ou apartamento invadido (ocupação)
- Quarto alugado em casa, hotel ou pensão
- Quarto cedido no local do trabalho
- Casarão coletivo/República LGBT
- Abrigo/Albergue
- Hospital/Caps AD3/Comunidade Terapêutica
- Delegacia/presídio/casa de passagem

Na rua

Outro

Não sabe

Não quis responder

10569



ID Questionário: 







13/04/2016

QA17. Com quem você mora atualmente? (E) *Marque quantas opções forem aplicáveis*

Mora sozinha, não divide moradia_ *pular para QA19*

Amigos/amigas

Mãe e/ou pai

Outros parentes que não pai ou mãe

Companheiro(a)

Outras travestis/transexuais

Outro

Não sabe

Não quis responder

QA18. Quantas pessoas moram com você na sua casa/apartamento/quarto/abrigo/hotel/republica/na rua? (E)

1 a 2

3 a 5

6 a 10

11 e mais

Não sabe

Não quis responder

QA19. Você já se mudou de cidade alguma vez na vida? (L) *Marque quantas opções forem aplicáveis*

Não - *pular para QA24*

Sim, dentro do Brasil. Quantas vezes? número

Sim, para fora do Brasil. Quantas vezes? número

Não sabe - *pular para QA24*

Não quis responder - *pular para QA24*

QA20. Qual foi o principal motivo de você ter mudado da cidade onde nasceu, pela primeira vez? (E)

Mudou com a família

Foi vítima de agressões (psicológica, sexual ou física)

Rejeição da família e/ou da comunidade

Para fazer minha transição de gênero

Procurar trabalho

Para estudar

Para acompanhar meu/minha parceiro(a)

Outro

Não sabe

Não quis responder

10569



ID Questionário:



QA21. Há quanto tempo você mora na sua cidade atual? (E)

- < 1 ano
- Entre 1 e 5 anos - pular para QA23
- Entre 5 e 10 anos - pular para QA23
- Entre 10 e 20 anos - pular para QA23
- 20 anos ou mais - pular para QA23
- Não sabe
- Não quis responder

QA22. Nos últimos 12 meses, em quantas cidades você morou? (E)

número

QA23. Qual o motivo de você estar morando na sua cidade atual? (E) Marque quantas opções forem aplicáveis

- Minha família mora aqui
- Meus amigos moram aqui
- Trabalho
- Estudo
- Para recomeçar a vida
- Acompanhar meu/minha parceiro(a)
- Para conseguir as transformações corporais que desejo
- Para ter uma qualidade de vida melhor
- Porque aqui sou mais aceita como travesti/mulher trans
- Para me prostituir/mudar de praça para continuar a me prostituir
- É minha cidade Natal
- Outro
- Não sabe
- Não quis responder

QA24. Você tentou mudar seu nome em documentos oficiais?

- Sim
- Não - pular para QA26
- Não sabe - pular para QA26
- Não quis responder - pular para QA26

QA25. Você conseguiu mudar seu nome em documentos oficiais?

- Sim
- Está em processo
- Não
- Não sabe
- Não quis responder

QA26. No seu estado já está disponível algum documento com Nome Social?

- Sim
- Não - pular para QA28
- Não sabe - pular para QA28
- Não quis responder - pular para QA28

10569



ID Questionário:

13.04.2016.2016

BLOCO E: DISCRIMINAÇÃO, VIOLÊNCIA E VIOLAÇÃO DE DIREITOS HUMANOS

Agora vamos conversar sobre estigma e discriminação e como você, lidou/lida com essas questões. Lembre-se das experiências em que você percebeu que foi tratada diferente por ser travesti/mulher trans.

QE1. Alguma vez na vida, você já se sentiu discriminada por alguma pessoa e/ou local por ser travesti/mulher trans? (E)

- Sim
- Não - pular para QE4
- Não sabe - pular para QE4
- Não quis responder - pular para QE4

QE2. Em que locais isso ocorreu? (L) Marque quantas opções forem aplicáveis

- Em casa
- No trabalho
- Em estabelecimentos comerciais
- Em locais de lazer
- Em serviços de saúde ou assistenciais
- Escola/ faculdade
- Em delegacias
- Na rua
- No transporte coletivo/complementar (ônibus, metro, barca, avião, van/kombi)
- No transporte individual (taxi, uber, etc)
- Em serviços de utilidade pública (poupa tempo, subprefeitura, cartórios...)
- Banheiro público
- Instituição religiosa (Igreja, terreiro, centro, sinagoga, etc)
- Outro
- Não sabe
- Não quis responder

QE3. Quem fez isso com você? (E) Marque quantas opções forem aplicáveis

- Parceiro(a)
- Cliente
- Familiar
- Amigo
- Chefe, colega de trabalho
- Professor, funcionário da escola/faculdade, aluno
- Vizinho(a), colega, conhecido(a)
- Representante religioso
- Alguém da comunidade Trans
- Motorista, trocador
- Atendente, vendedor, gerente comercial
- Funcionário público (saúde, justiça, assistência social)
- Desconhecido(a)
- Outro
- Não sabe
- Não quis responder

10569



ID Questionário:

13-Out-2018

QF5. Nos últimos 30 dias, você teve relações sexuais com: (L)

- Com homens
- Com mulheres
- Com transexuais/travestis/transgêneros
- Não teve relações sexuais nos últimos 30 dias
- Não
- Não quis responder

Marque quantas opções forem aplicáveis

PARCEIROS (AS) FIXOS (AS)

Agora vamos falar de suas experiências sexuais. Vamos começar perguntando sobre seus parceiros(as) fixos(as), com quem você manteve ou mantém relações sexuais regularmente. Parceiro(a) fixo(a) pode ser um namorado(a), esposa/marido, companheiro(a) ou alguém para quem você não recebe nem dá nenhum tipo de dinheiro, favores ou drogas para ter relações sexuais.

QF6. Você teve relações sexuais com PARCEIROS (AS) FIXO (AS) nos últimos 30 dias? (E)

- Sim
- Não - pular para QF13
- Não tenho parceiro(a) fixo(a) - pular para QF13
- Não sabe - pular para QF13
- Não quis responder - pular para QF13

QF7. Com quantos(as) PARCEIROS (AS) FIXO (AS) você teve relações sexuais nos últimos 30 dias? (E)

- Um parceiro(a)
- Mais de 10 parceiros(as)
- 2 a 5 parceiros(as)
- Não sabe
- 6 a 10 parceiros(as)
- Não quis responder

QF8. Com que frequência você usou camisinha nos últimos 30 dias, com PARCEIROS (AS) FIXO (AS)? (L)

- Sempre
- Nunca
- Na maioria das vezes
- Não sabe
- Às vezes
- Não quis responder
- Raramente

MOSTRE O CARTÃO C

QF9. Com que frequência você bebeu e/ou usou alguma droga antes/durante a relação sexual com PARCEIROS (AS) FIXO (AS) nos últimos 30 dias? (L)

- Sempre
- Nunca
- Na maioria das vezes
- Não sabe
- Às vezes
- Não quis responder
- Raramente

MOSTRE O CARTÃO C

QF10. Com que frequência você usou camisinha com PARCEIROS (AS) FIXO (AS) durante sexo anal, quando você penetrou, nos últimos 30 dias? (L) (Entrevistador: explicar se houver dúvida "foi ativa" "comeu")

- Sempre
- Nunca
- Na maioria das vezes
- Não realiza esta prática
- Às vezes
- Não sabe
- Raramente
- Não quis responder

MOSTRE O CARTÃO E

10569



ID Questionário:



QF11. Com que frequência você usou camisinha com PARCEIROS (AS) FIXO (AS), durante sexo anal, quando você foi penetrada, nos últimos 30 dias? (L) MOSTRE O CARTÃO E

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Nunca |
| <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes | <input type="checkbox"/> Não realiza esta prática |
| <input type="checkbox"/> Às vezes | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| <input type="checkbox"/> Raramente | <input type="checkbox"/> Não quis responder |

QF12. Com que frequência você usou camisinha com PARCEIROS (AS) FIXO (AS) durante o sexo oral (quando você fez ou recebeu de outro(a)), nos últimos 30 dias? (L) MOSTRE O CARTÃO C

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Nunca |
| <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| <input type="checkbox"/> Às vezes | <input type="checkbox"/> Não quis responder |
| <input type="checkbox"/> Raramente | |

PARCEIROS (AS) EVENTUAIS/CASUAIS

Agora vamos falar de suas experiências sexuais nos últimos 30 dias com parceiros(as) eventuais/casuais. Parceiro(a) eventual/casual é alguém com quem você transou uma ou mais vezes sem regularidade ou compromisso, e para quem você não recebe nem dá dinheiro, drogas ou favores para ter relações sexuais. Pode ser um rolo, ficante, paquera etc...

QF13. Você teve relações sexuais com PARCEIROS (AS) EVENTUAIS/CASUAIS nos últimos 30 dias? (E)

- Sim
- Não - pular para QF20
- Não tenho parceiro(a) eventual/casual - pular para QF20
- Não sabe - pular para QF20
- Não quis responder - pular para QF20

QF14. Com quantos(as) PARCEIROS (AS) EVENTUAIS/CASUAIS você teve relações sexuais nos últimos 30 dias? (E)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Um parceiro(a) | <input type="checkbox"/> Mais de 10 parceiros(as) |
| <input type="checkbox"/> 2 a 5 parceiros(as) | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| <input type="checkbox"/> 6 a 10 parceiros(as) | <input type="checkbox"/> Não quis responder |

QF15. Com que frequência você usou camisinha com PARCEIROS (AS) EVENTUAIS/CASUAIS nos últimos 30 dias? (L) MOSTRE O CARTÃO C

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Nunca |
| <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| <input type="checkbox"/> Às vezes | <input type="checkbox"/> Não quis responder |
| <input type="checkbox"/> Raramente | |

QF16. Com que frequência você bebeu e/ou usou alguma droga antes/durante a relação sexual PARCEIROS (AS) EVENTUAIS/CASUAIS nos últimos 30 dias? (L) MOSTRE O CARTÃO C

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Nunca |
| <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes | <input type="checkbox"/> Não sabe |
| <input type="checkbox"/> Às vezes | <input type="checkbox"/> Não quis responder |
| <input type="checkbox"/> Raramente | |

10569



ANEXO C



Governo do Estado da Bahia
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

Ofício nº. 01/2014

Salvador, 10 de setembro de 2014.

Prezada Maria Inês Costa Dourado

Estamos encaminhando para seu conhecimento o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da SESAB quanto à solicitação de emenda ao protocolo original.

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da SESAB após apreciação quanto ao pedido de emenda ao projeto original "Vulnerabilidade ao HIV/aids e sífilis na população de travestis e transexuais e seus modos de vida em Salvador-Bahia", aprovado por este CEP em março de 2013 (Parecer nº 225.943, CAAE: 07135912.7.0000.0052) considera que não foram identificados riscos ou prejuízos aos participantes do estudo a partir da proposta de uso da técnica de recrutamento da rede de contatos das travestis e transexuais ou *Respondent Driven Sampling (RDS)* na língua inglesa. Trata-se de uma técnica utilizada em inúmeros estudos conduzidos no Brasil com o apoio do Ministério da Saúde. Neste estudo, será definido um local de recrutamento das travestis e transexuais com posterior coleta de dados. Além disso, estas participantes obterão ressarcimento apenas para cobrir despesas com transporte e alimentação, estando de acordo com a Resolução 466/12.

Quanto à ampliação do escopo populacional, incluindo adolescentes, foram acatadas as justificativas e aceitos os termos de assentimento destinado aos menores de 18 anos e de consentimento (TCLE) para seus responsáveis legais.

EESP – Escola Estadual de Saúde Pública,
Rua Conselheiro Pedro Luís, Nº 171 – Rio Vermelho,
Tel: (71) 3116-5316



CEPSESAB
Comitê de Ética
em Pesquisa

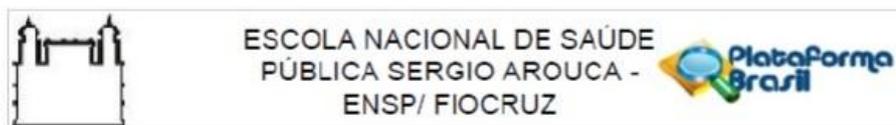
Governo do Estado da Bahia
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

Deve-se ressaltar ainda o compromisso e responsabilidade dos pesquisadores envolvidos. Assim, esta solicitação de emenda ao protocolo de pesquisa contempla todos os aspectos exigidos na Resolução nº 466/12, e complementares do Conselho Nacional de Saúde, sendo considerada aprovada.

Cordiais Saudações,

CARLOS ALBERTO LIMA DA SILVA
Coordenador do CEP-SESAB

ANEXO D



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Pesquisa Divas
 Pesquisador: Monica Siqueira Malta
 Área Temática:
 Versão: 4
 CAAE: 49359415.9.0000.5240
 Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ
 Patrocinador Principal: Ministério da Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.787.806

Apresentação do Projeto:

Este parecer refere-se a análise de solicitação de emenda, com a seguinte justificativa: "Esta emenda (E2) se restringiu apenas a inclusão de duas pesquisadoras na equipe e do cadastramento das instituições Coparticipantes".

O projeto em tela recebeu parecer consubstanciado de aprovação de número 1.349.633, datado de 03 de Dezembro de 2015. Também recebeu parecer consubstanciado de número 1.285.259, em 19 de outubro de 2015. Além disso, também recebeu parecer consubstanciado relativo a uma emenda de número 1.676.373, em 12 de Agosto de 2016.

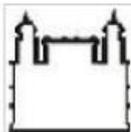
Objetivo da Pesquisa:

De acordo com a pesquisadora os objetivos da pesquisa são:

"Objetivo Primário:

Descrever o perfil sócio-demográfico e comportamental, os conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas à infecção pelo HIV/AIDS e demais IST entre travestis de 12 municípios pré selecionados (Belém/PA, Belo Horizonte/MG, Brasília/DF, Campo Grande/MS, Curitiba/PR, Fortaleza/CE, Manaus/AM, Porto Alegre/RS, Recife/PE, Rio de Janeiro/RJ, Salvador/BA e São

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
 Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2598-2883 Fax: (21)2598-2883 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 1.787.808

Paulo/SP) e estimar suas taxas de prevalência de HIV, Sífilis e Hepatite B e C.

Objetivo Secundário:

- (1) Descrever o perfil sócio-demográfico, conhecimentos, atitudes e práticas relacionados ao HIV, Sífilis e Hepatite B e C;
- (2) Descrever os comportamentos de risco frente ao HIV, Sífilis e Hepatite B e C;
- (3) Caracterizar as diferenças sociodemográficas nas práticas de risco relacionadas à infecção pelo HIV, Sífilis e Hepatite B e C;
- (4) Estimar a taxa de prevalência de HIV, Sífilis, Hepatite B e C e Identificar os fatores associados às infecções;
- (5) Estimar a prevalência de eventos de violência e transfobia em travestis e identificar os fatores associados."

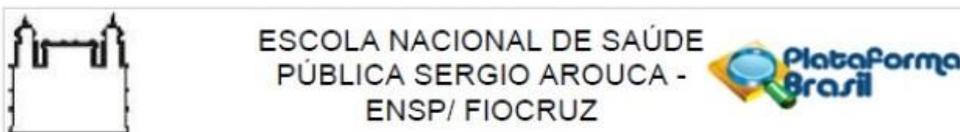
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Descreve como riscos e benefícios:

"Riscos:

O principal risco para participantes do estudo são a perda da confidencialidade, ou danos sociais/psicológicos causados por abordar questões muito pessoais nas entrevistas ou por receber um resultado positivo para HIV, Sífilis, Hepatite B e/ou Hepatite C. Todos estes riscos em potencial são extremamente importantes e precisam ser evitados. Os procedimentos a serem adotados para minimizar ao máximo os possíveis riscos aos sujeitos da pesquisa estão descritos logo abaixo. Os voluntários considerados elegíveis serão encaminhados a um membro da equipe local, de quem receberão explicações acerca do estudo. Estes participantes em potencial serão informados sobre os objetivos e procedimentos envolvidos na pesquisa, incluindo os exames laboratoriais precedidos e seguidos por aconselhamento; garantia de sigilo das informações coletadas; uso das informações apenas sob forma agregada e não singularizada; natureza voluntária da participação; e as possibilidades de recusa de resposta ou de realização de algum dos procedimentos, em qualquer fase da pesquisa. Após o esclarecimento de todos os aspectos envolvidos na pesquisa, será solicitado ao participante que assine o TCLE, assegurando-se o total sigilo das informações e garantindo-se que o uso dos dados será apresentado tão-somente de forma agregada, não permitindo a identificação de casos individuais. Todas as entrevistas serão realizadas em lugar

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: oep@ensp.fiocruz.br



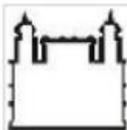
Continuação do Parecer: 1.787.806

privativo, com um participante por vez, por meio de formulários escaneáveis, sem identificação nominal. Os participantes serão identificados por código alfanumérico - a única variável de identificação a ser digitada em todas as bases de dados. Reações psicológicas adversas que possam ocorrer durante a entrevista serão inicialmente manejadas pelo profissional responsável pela coleta de dados de cada local, o qual estará devidamente preparado para fazer os encaminhamentos que forem necessários. A equipe de pesquisa tem trabalhado em estudos coletando informações pessoais por um período superior a 20 anos, e durante este período foram desenvolvidos diversos procedimentos para minimizar ao máximo a probabilidade de quebra de sigilo. Até onde é de nosso conhecimento, não houve nenhuma quebra de sigilo em pesquisas coordenadas por nossa equipe de pesquisa até o momento. Para evitar riscos de quebra de sigilo, os dados recebidos por servidor especificamente designado da rede FIOCRUZ (PROCC), serão enviados desagregados e sem qualquer identificador pessoal, para um computador pessoal, protegido por dupla senha, localizado em um escritório central com a devida capacidade computacional e de preservação do sigilo no escritório da pesquisadora responsável, Monica Malta. Os arquivos de dados serão identificados através de um código alfanumérico, sem identificação pessoal. Todos os dados serão mantidos em segurança em arquivos trancados e os dados de computadores serão protegidos com senhas. As informações coletadas serão utilizadas apenas para propósitos de pesquisa. Ao fazer referência a estas informações em apresentações, publicações ou relatórios diversos, não será utilizado nenhum dado pessoal dos participantes. Por fim, os questionários serão aplicados em local onde o entrevistado tenha privacidade, na qual a confidencialidade e o sigilo possam ser mantidos. Nenhuma das informações coletadas serão divulgadas ou comentadas com profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento dos pacientes e apenas a equipe de pesquisa terá acesso aos dados coletados. Os riscos em potencial da presente pesquisa serão minimizados ao manter a participação sigilosa e anônima, priorizando a privacidade nos locais de entrevistas, oferecendo informações claras sobre o tipo de perguntas que serão feitas e as questões que serão abordadas durante o processo de consentimento informado. Além disso, será enfatizada a liberdade do participante em não responder a qualquer pergunta que seja considerada desconfortável ou interromper a entrevista quando desejar.

Benefícios:

1. Benefícios diretos aos participantes da pesquisa: receber aconselhamento pré e pós-teste, conhecer os resultados dos testes de HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C, receber informações detalhadas acerca das infecções estudadas, receber materiais educativos e preservativos. No caso

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
 Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 1.787.806

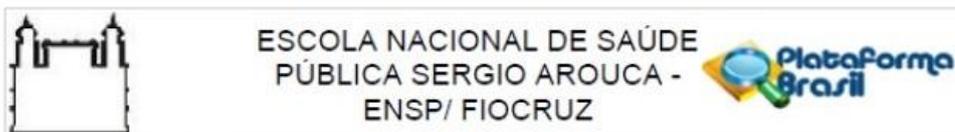
de identificação de participantes com resultados reativos, haverá outros benefícios relacionados com sua participação no estudo: estes participantes receberão aconselhamento pós-teste extremamente detalhado, visando minimizar o impacto de receber um resultado reativo para HIV, Sífilis, Hepatite B e/ou Hepatite C. Todos estes participantes serão encaminhados para serviços de saúde devidamente credenciados para oferecer acompanhamento clínico, laboratorial e psicológico para estes pacientes. Pacientes que solicitem ou sejam identificados pela equipe de pesquisa como necessitando de acompanhamento específico, por exemplo acompanhamento psicológico, assistência social etc, serão devidamente encaminhados. Todos os participantes receberão uma listagem com os serviços de saúde e ONGs que atendem travestis no município.

2. Benefícios indiretos: A presente pesquisa conta com financiamento e apoio do Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde. Existe, portanto, uma grande probabilidade de que os resultados da pesquisa sejam utilizados para a elaboração de intervenções mais adequadas e que atendam às especificidades da população alvo desta pesquisa. Com isso, os benefícios da presente pesquisa para os participantes e para sua comunidade superam em grande escala os riscos reais, porém controláveis, da pesquisa. O estudo, por ter apoio direto do Ministério da Saúde e utilizar uma amostra de âmbito nacional, poderá produzir dados que terão uma imediata utilidade em programas e políticas municipais e nacionais voltadas para a população de travestis. Os resultados da pesquisa serão amplamente divulgados em meios acadêmicos e, principalmente, em ambiente extra-acadêmicos - para gestores de saúde, ONGs, mídia em geral, lideranças comunitárias, formuladores de políticas públicas etc. Tal estratégia objetiva dar maior visibilidade aos problemas enfrentados por esta população extremamente vulnerável e salientar as lacunas identificadas no âmbito de assistência em saúde e social. Trata-se da primeira pesquisa nacional a ser realizada com travestis brasileiras, aspecto que representa uma grande oportunidade de impulsionar uma agenda mais propositiva e adequada à esta população. Por fim, a pesquisa será realizada em parceria com ONGs e lideranças comunitárias locais. Tal aspecto objetiva assegurar a participação social nas diversas etapas da pesquisa e garantir a visibilidade da pesquisa e a adequada utilização (e apropriação) dos resultados pela população alvo da pesquisa: travestis brasileiras."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo de pesquisa apresenta todos os elementos necessários e adequados à apreciação ética.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 1.787.808

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou:

- Projeto de Pesquisa na íntegra;
- TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Instrumentos de coleta de dados;
- Folha de Rosto gerada pela Plataforma Brasil assinada pelo pesquisador responsável;
- Roteiro de entrevistas;
- Cronograma;
- Anuência do CEP da instituição coparticipante em Brasília.

Recomendações:

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Solicitação de emenda aprovada.

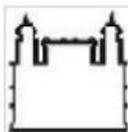
Considerações Finais a critério do CEP:

ATENÇÃO: *** CASO OCORRA ALGUMA ALTERAÇÃO NO FINANCIAMENTO DO PROJETO ORA APRESENTADO (ALTERAÇÃO DE PATROCINADOR, MODIFICAÇÃO NO ORÇAMENTO, COPATROCÍNIO), O PESQUISADOR TEM A RESPONSABILIDADE DE SUBMETER UMA EMENDA AO CEP SOLICITANDO AS ALTERAÇÕES NECESSÁRIAS. A NOVA FOLHA DE ROSTO A SER GERADA DEVERÁ SER ASSINADA NOS CAMPOS PERTINENTES E ENTREGUE A VIA ORIGINAL NO CEP. ATENTAR PARA A NECESSIDADE DE ATUALIZAÇÃO DO CRONOGRAMA DA PESQUISA. ***

* Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatório final "[...] após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados". O relatório deve ser enviado ao CEP pela Plataforma Brasil em forma de "notificação". O modelo de relatório que deve ser seguido se encontra disponível em www.ensp.fiocruz.br/etica.

* Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
 Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2598-2883 Fax: (21)2598-2883 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 1.787.808

CEP, como emenda. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a modificação.

* Justificar fundamentadamente, perante o CEP, caso haja interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Anuencia_CEP_Brasilia.pdf	23/10/2016 19:58:53	Carla Lourenço Tavares de Andrade	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_793017_E2.pdf	03/10/2016 23:55:51		Aceito
Outros	Emenda_Pesquisa_Divas.pdf	01/07/2016 12:31:25	Monica Siqueira Malta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_laboratorio_2.pdf	01/07/2016 12:30:04	Monica Siqueira Malta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_laboratorio_1.pdf	01/07/2016 12:29:52	Monica Siqueira Malta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Inquerito.pdf	01/07/2016 12:29:37	Monica Siqueira Malta	Aceito
Outros	FolhaRosto_MonicaSiqueiraMalta.pdf	03/12/2015 14:04:34	Carla Lourenço Tavares de Andrade	Aceito
Outros	Roteiro_entrevistas_Formativa.pdf	23/11/2015 23:35:08	Monica Siqueira Malta	Aceito
Outros	Resposta_pendencias.pdf	23/11/2015 23:31:12	Monica Siqueira Malta	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Proposta_revisada.pdf	23/11/2015 23:29:29	Monica Siqueira Malta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_formativa.pdf	23/11/2015 23:22:53	Monica Siqueira Malta	Aceito
Outros	Questionario_RDS_Travesti.pdf	14/09/2015 23:20:28	Monica Siqueira Malta	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	14/09/2015	Monica Siqueira	Aceito

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 1.787.808

Cronograma	Cronograma.pdf	22:33:17	Malta	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoSigned.pdf	14/09/2015 22:32:08	Monica Siqueira Malta	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 23 de Outubro de 2016

Assinado por:

Carla Lourenço Tavares de Andrade
(Coordenador)

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
 Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: oep@ensp.fiocruz.br