



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA**  
**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**



**MARCUS VINICIUS SACRAMENTO FRANÇA**

**INIQUIDADES ÉTNICO-RACIAIS NA TESTAGEM PARA HIV ENTRE  
ADOLESCENTES HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS,  
TRAVESTIS E MULHERES TRANS EM TRÊS CAPITALS  
BRASILEIRAS**

Salvador

2023

**MARCUS VINICIUS SACRAMENTO FRANÇA**

**INIQUIDADES ÉTNICO-RACIAIS NA TESTAGEM PARA HIV ENTRE  
ADOLESCENTES HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS,  
TRAVESTIS E MULHERES TRANS EM TRÊS CAPITALS  
BRASILEIRAS**

Dissertação de mestrado apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva no programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade do Estado da Bahia.

Linha de pesquisa: Condições de vida, situação de saúde e práticas de cuidado

Orientador: Prof. Dr. Laio Magno Santos de Sousa

Salvador  
2023

#### FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha catalográfica gerada por meio de sistema automatizado gerenciado pelo SISB/UNEB.  
Dados fornecidos pelo próprio autor.

F837I França, Marcus Vinicius Sacramento

Iniquidades étnico-raciais na testagem para HIV entre adolescentes homens que fazem sexo com homens, travestis e mulheres em três capitais brasileiras trans / Marcus Vinicius Sacramento França.  
Orientador(a): Laio Magno Sousa. Sousa. Salvador, 2023.

96 p.

Dissertação (Mestrado Profissional). Universidade do Estado da Bahia. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva - MEPISCO, Salvador. 2023.

Contém referências, anexos e apêndices.

1.Iniquidade étnico-raciais na testagem ao HIV. 2.Testagem para HIV . 3.Prevenção ao HIV. 4.Prevenção em TrMT adolescentes. 5.Prevenção em adolescentes gays. I. Sousa,Laio Magno. II. Universidade do Estado da Bahia. Salvador. III. Título.

CDD: 614

---

**FOLHA DE APROVAÇÃO**  
**"INIQUIDADES ÉTNICO-RACIAIS NA TESTAGEM PARA HIV ENTRE ADOLESCENTES**  
**HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS, TRAVESTIS E MULHERES TRANS EM**  
**TRÊS CAPITAIS BRASILEIRAS"**

**MARCUS VINICIUS SACRAMENTO FRANÇA**

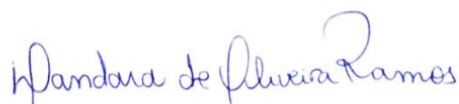
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em SAÚDE COLETIVA – MEPISCO, em 25 de abril de 2023, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado da Bahia, conforme avaliação da Banca Examinadora:



Professor(a) Dr.(a) LAIO MAGNO SANTOS DE SOUSA  
UNEB  
Doutorado em Saúde Coletiva  
Universidade Federal da Bahia



Professor(a) Dr.(a) SUIANE COSTA FERREIRA  
UNEB  
Doutorado em Educação e Contemporaneidade  
Universidade do Estado da Bahia



Professor(a) Dr.(a) DANDARA DE OLIVEIRA RAMOS  
Ufba - UFBA  
Doutorado em Saúde Coletiva  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro



Professor(a) Dr.(a) MARIA INES COSTA DOURADO  
Ufba - UFBA  
Doutorado em Epidemiologia  
University Of California Los Angeles

“Aos esfarrapados do mundo  
E aos que neles se  
Descobrem e, assim  
Descobrimo-se, com eles  
Sofrem, mas, sobretudo,  
Com eles lutam”  
(FREIRE, 1987, p. 12)

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecer a Deus, pelas bênçãos, proteção e por tudo que veio e há de vir.

Agradecer aos orixás, aos espíritos do bem, as energias positivas, aos anjos de luz,  
as forças da natureza que me impulsionam e me protegem.

A meus pais, sem eles, aqui, eu não estaria.

A minha avó Dete (in memoriam) e avó Helena.

Aos meus amigos, por vibrarem energias positivas a cada conquista. Em especial,  
Fabiane Soares, pela disposição, ensinamentos sobre bioestatística e paciência; e  
Amanda, pela escuta paciente.

Às amigas, que iniciaram no campo da saúde coletiva comigo, Gisele e Manu,  
obrigado por tornar a caminhada mais leve!

Ao professor Dr. Laio Magno, pela paciência, confiança em meu potencial,  
oportunidade e ensinamentos sobre pesquisa, epidemiologia e bioestatística.

A banca avaliadora, por contribuir para o aperfeiçoamento deste trabalho.

Ao estudo PrEP1519, aos participantes e aos profissionais.

“É vista quando há vento e grande vaga

Ela faz um ninho no rolar da fúria e voa firme e certa como bala

As suas asas empresta à tempestade

Quando os leões do mar rugem nas grutas,

Sobre os abismos, passa e vai em frente

Ela não busca a rocha, o cabo, o cais

Mas faz da insegurança a sua força e do risco de morrer, seu alimento

Por isso me parece imagem justa

Para quem vive e canta no mau tempo”

Sophia de Mello Breyner Andresen.

FRANÇA, Marcus. **Iniquidades étnico-raciais na testagem para HIV entre adolescentes homens que fazem sexo com homens, travestis e mulheres trans em três capitais brasileiras**. Orientador: Laio Magno Santos de Sousa. 2023. 96p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva). Departamento de Ciências da Vida, Universidade do Estado da Bahia, Salvador, 2023.

## RESUMO

Homens que fazem sexo com homens (HSH) e mulheres trans e travestis (TrMT) ainda constituem populações com alta taxa de detecção e vulnerabilidade para HIV/aids. Adicionalmente, adolescentes e pessoas negras apresentam vulnerabilidades específicas, relacionadas ao aumento de casos, na última década. Neste contexto, a testagem para HIV dentro da estratégia de prevenção combinada mostra-se como tecnologia importante para interromper a cadeia de transmissão do HIV. Estudos internacionais evidenciam iniquidades étnico-raciais na prevenção ao HIV em HSH e TrMT, no entanto, há carência de estudos analisando a realidade brasileira, especificamente em adolescentes. Diante disso, esta dissertação apresenta dois produtos: um estudo de corte transversal aninhado a coorte PrEP1519 e um guia para profissionais da atenção primária à saúde sobre prevenção combinada ao HIV. O primeiro buscou analisar a associação entre raça/cor de pele e o uso de teste de HIV na vida entre adolescentes HSH(AHSH) e TrMT(ATrMT) de três capitais brasileiras, Belo Horizonte, Salvador e São Paulo. Para isto, realizou-se um estudo de corte transversal aninhado à coorte PrEP1519. Conduziu-se análise descritiva da população e bivariada das covariáveis e desfecho. Posteriormente, realizou-se análise de regressão logística múltipla com estimativa de *odds ratio* ajustada (ORaj) e intervalos de confiança de 95 % (IC95%). Adolescentes brancos testaram mais que pretos e pardos (64,0% vs. 53,8%, respectivamente, valor de  $P=0,001$ ). A prevalência de testagem foi maior entre os brancos (64,0%), seguida dos pardos (55,9%) e pretos (52,2%) (valor de  $P=0,003$ ). Na análise de regressão logística múltipla, observou-se que adolescentes brancos testaram mais que pretos e pardos (64,0% vs. 53,7%, respectivamente,  $P=0,001$ ). A prevalência de testagem foi maior entre os brancos (64,0%), seguida dos pardos (55,9%) e pretos (52,2%) (valor de  $P=0,003$ ). Na análise de regressão logística múltipla, observou-se uma chance 26% menor dos AHSH negros (ORaj: 0,74%; IC95%: 0,55-0,98) e 38% menor em ATrMT (ORaj: 0,62; IC95%: 0,45 – 0,87) terem sido testados na vida em comparação com os brancos, com IC: 95%. Nesse estudo, a raça/cor de pele aparenta determinar a menor chance de uso de teste de HIV na vida entre AHSH e ATrMT, chamando atenção para o papel do racismo no acesso aos serviços de saúde. Além disso, esse trabalho resultou em um produto técnico busca orientar profissionais sobre prevenção combinada, com enfoque em minorias sexuais, adolescentes e população negra, por meio de casos envolvendo essa população e prevenção ao HIV.

**Palavras-chave:** Homens que fazem sexo com homens, travesti e mulher trans, teste HIV, raça/cor, adolescentes.

FRANÇA, Marcus. **Racial HIV Testing Inequalities in Adolescent Men who have Sex with Men and Transgender Women in Three Brazilian Cities**. Advisor: Laio Magno Santos de Sousa. 2023. 96 pages. Dissertation (Professional Master's in Public Health). Department of Life Sciences, State University of Bahia, Salvador, 2023.

## ABSTRACT

Men who have sex with men (MSM), *travestis*, and transgender women (TrTW) remain populations with high detection rates and vulnerability to HIV/AIDS. Additionally, adolescents and Black individuals face specific vulnerabilities associated with an increase in HIV cases over the past decade in Brazil. In this context, HIV testing, as part of the combination prevention strategy, stands out as a key technology to interrupt the HIV transmission chain. International studies have demonstrated ethnic-racial inequities in HIV prevention among MSM and TrMT; however, there is a lack of studies addressing the Brazilian context, particularly among adolescents. In light of this, this dissertation presents two deliverables: a cross-sectional study nested within the PrEP1519 cohort and a guide for primary healthcare professionals on HIV combination prevention. The first component aimed to analyze the association between race/skin color and lifetime HIV testing among adolescent MSM (AMSM) and TrMT (ATrMT) in three Brazilian capitals—Belo Horizonte, Salvador, and São Paulo. A cross-sectional study was conducted within the PrEP1519 cohort. Descriptive and bivariate analyses of the population and covariates were performed, followed by multivariable logistic regression analysis with adjusted odds ratio (aOR) estimates and 95% confidence intervals (95% CI). White adolescents reported a higher testing rate than Black and Brown adolescents (64.0% vs. 53.8%, respectively;  $P$ -value = 0.001). The prevalence of testing was highest among White participants (64.0%), followed by Brown (55.9%) and Black (52.2%) participants ( $P$ -value = 0.003). In the multivariable logistic regression, Black AMSM were 26% less likely (aOR: 0.74; 95% CI: 0.55–0.98), and ATrMT were 38% less likely (aOR: 0.62; 95% CI: 0.45–0.87), to have ever been tested for HIV compared to White participants. In this study, race/skin color appears to determine a lower likelihood of lifetime HIV testing among AMSM and ATrMT, highlighting the role of racism in access to health services. In addition, this work resulted in a technical product aimed at guiding health professionals on combination HIV prevention, focusing on sexual minorities, adolescents, and Black populations, using case studies involving these groups and HIV prevention.

**Keywords:** Men who have sex with men, *travestis* and transgender women, HIV testing, race/skin color, adolescents

## LISTA DE ABREVIATURAS

APS	Atenção primária à saúde
AHSH	Adolescentes homens que fazem sexo com homens
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ATrMT	Adolescentes travestis e mulheres trans
CV	Carga viral
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
HSH	Homens que fazem sexo com homens
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEP	Profilaxia pós exposição
PrEP	Profilaxia pré-exposição
PVH	Pessoa vivendo com HIV
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TrMT	Travestis e mulheres trans
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mandala da prevenção combinada ao HIV .....	20
Figura 2	Testagem de HIV na vida em AHSB por raça-cor de pele.....	58
Figura 3	Testagem de HIV na vida em ATrMT por raça-cor de pele .....	58

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 – Análise descritiva da população de AHSB e ATrMT e estratificação por raça/cor de pele, estudo PrEP1519, Brasil, fevereiro/2019 a novembro/2021.....55
- Tabela 2 – Análise bivariada da distribuição do uso do teste de HIV na vida, estratificada por raça/cor de pele, por variáveis sociodemográficas, comportamentais e discriminação entre AHSB e ATrMT, estudo PrEP1519, Brasil, fevereiro/2019 a novembro/2021.....62
- Tabela 3 – Análise de regressão logística múltipla da associação entre raça/cor de pele e uso de teste de HIV na vida entre AHSB e ATrMT, estudo PrEP1519, Brasil, fevereiro/2019 a novembro/2021.....65

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Capítulos do guia de prevenção combinada ao HIV .....	68
--	----

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>19</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>20</b>
3.1 EPIDEMIOLOGIA DO HIV.....	20
3.2 PREVENÇÃO COMBINADA AO HIV.....	21
3.2.2 Testagem para HIV.....	24
3.3 ADOLESCENTES, COMPORTAMENTO SEXUAL E VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS.....	28
3.4 RACISMO INSTITUCIONAL EM SAÚDE E HIV.....	30
3.5 VULNERABILIDADES E HIV.....	34
<b>4 MÉTODOS.....</b>	<b>37</b>
4.1 DESENHO DO ESTUDO.....	37
4.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO E AMOSTRA.....	37
4.3 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS.....	38
4.4 VARIÁVEIS.....	38
4.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	39
4.6 ASPÉCTOS ÉTICOS.....	40
<b>5 PRODUTOS DA DISSERTAÇÃO.....</b>	<b>41</b>
5.1 ARTIGO.....	41
5.2 PRODUTO TÉCNICO.....	66
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>71</b>
REFERÊNCIAS	
ANEXO 1 QUESTIONARIO ELEGIBILIDADE	
ANEXO 2 QUESTIONARIO SOCIOCOMPORTAMENTAL	

## APRESENTAÇÃO

O desejo de estudar medicina surgiu desde a infância e perdurou durante a adolescência, mesmo estudando em uma Escola voltada para as ciências exatas, CEFET. O cuidado com as pessoas, o encanto pela fisiologia humana, com a complexidade da saúde e o exemplo de minha mãe técnica em enfermagem me fizeram seguir para medicina e, em 2009, um ano após formar o ensino médio, ingressei na Faculdade de Medicina da Universidade Federal Bahia.

Não foi um caminho fácil: pude me identificar enquanto homem preto nessa jornada, na qual o racismo estrutural e institucional desnudou-se para mim severamente. Felizmente, vivenciei momentos ímpares: aprendi que a arte médica não se limita a saberes biomédicos e nosso ofício exige humanização, conhecimentos e práticas interdisciplinares. Pude entender as relações entre o adoecimento e saúde com a família e a comunidade e que para ser um bom médico não basta entender somente de medicina, e sim de pessoas e suas circunstâncias.

Dentro de uma lógica, que estimula a hiperespecialização, apesar da nova proposta curricular generalista, vivi um dilema entre a especialidade focal e o cuidar de pessoas em sua integralidade. Na universidade, me foi oportunizado ingressar no PET vigilância em saúde da Escola de Enfermagem, onde pude experienciar iniciação em pesquisa, trabalho multidisciplinar e estágio em serviços de vigilância sanitária e epidemiológica, com enfoque sífilis materna e congênita no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário. Aqui ampliei minhas concepções sobre adoecimento, vulnerabilidade e planejamento em saúde.

Após graduar em 2015, decidi cuidar de pessoas e dedicar-me a Medicina de Família e Comunidade e Estratégia Saúde da Família, como modelo contra-hegemônico de atenção à saúde, buscando priorizar a pessoa, suas relações sociais e as repercussões dessas na saúde. Iniciei essa nova fase, no PROVAB, na USF Dra Elvira Queiroz, no bairro do Sacramento, Santo Amaro, Bahia. Dentro do programa, realizei especialização em atenção básica a saúde, com trabalho de conclusão de curso e plano de intervenção sobre acolhimento e classificação de risco na Atenção Primária a Saúde, pela Universidade Federal do Maranhão. Nesse plano, realizei atividades juntos aos trabalhadores e população de cunho educativo, resgatando conceitos chave de atenção primária à saúde (APS) e saúde da família,

conceitos estes negligenciados por um sistema de saúde predominantemente hospitalocêntrico. Infelizmente, essa experiência foi interrompida pelo governo federal, ao iniciar o desmonte dos programas de provisão de médicos em áreas carentes. Retornei a Salvador, mantendo-me na APS, inicialmente em USF Alto de Coutos e após ingresso no Mais Médicos, na USF Raimundo Agripino Sussuarana.

Em 2020, na residência de Medicina de Família e Comunidade, pude conhecer Dra Andreia Beatriz, grande nome da medicina de família e comunidade e do movimento antirracista, a qual me inspirou a prosseguir na carreira acadêmica e adotar uma postura antirracista na vida, na clínica e na academia. A partir daí, passei a me aprofundar em leituras descoloniais, de clínica racializada, antirracista e afrocentradas. Trazendo isso para meu atendimento e buscando honrar minha ancestralidade com o meu trabalho, visto que a maior parte dos usuários do SUS são pessoas negras: pretos e pardos. Em 2021, tornei-me oficialmente especialista em Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade através da prova de título de especialista.

Pelo desejo de ampliar meu olhar enquanto médico e me aproximar da carreira acadêmica, decidi fazer a seleção no mestrado profissional de saúde coletiva, por entender que o conhecimento em epidemiologia, políticas e gestão em saúde e ciências sociais são importantes divisores de água para profissionais de saúde, especialmente médicos. Além disso, por ser um mestrado profissional, poderia trazer um retorno prático aos usuários do SUS e aprimorar o processo de trabalho na unidade em que trabalho e em outras USFs da rede.

Na valorização da saúde da população negra, identifiquei áreas de maior vulnerabilidade, com diferentes formas de opressão devido a diversas avenidas identitárias, como a população LGBT e pessoas vivendo com HIV/AIDS. Percebi que esses campos foram negligenciados durante toda a minha graduação e especialização, o que não deveria ter ocorrido, pois nós, profissionais de saúde deveríamos estar aptos para lidar com pessoas em sua integralidade, em especial, as de maior vulnerabilidade e mais distanciadas dos serviços de saúde, justamente por estigmatização e discriminação.

Assim junto ao professor Dr Laio Magno, resolvi dedicar-me a prevenção combinada ao HIV na população de homens que fazem sexo com homens, mulheres trans e travestis, buscando evidenciar as iniquidades étnico-raciais envolvidas.

Portanto, podendo retribuir a minha ancestralidade (que resistiu e lutou para que eu pudesse assumir a posição social que estou) com produção de conhecimentos científicos, que servirão de base para políticas públicas de resgate e garantia dos direitos humanos de populações historicamente discriminadas, estigmatizadas e vulnerabilizadas.

Por acreditar no poder da Universidade pública e na pesquisa como forma de resistência, sigo buscando melhorias para meus semelhantes, para que a cada geração, tenhamos melhores condições de vida. Pois, como diz Akotirene em sua obra *Interseccionalidade*: “Atravessar o atlântico, nem sempre encerra a travessia.” Vivemos numa infinda travessia pelas diferentes avenidas identitárias que nos atravessam e suas respectivas formas de opressão. Portanto, estudar a população negra, LGBT e a prevenção combinada ao HIV representa o combate ao epistemicídio negro, a LGBTfobia e sorofobia. E trazer produtos técnico nesse objeto é uma importante maneira de compartilhar saberes e incitar práticas mais humanizadas, integrais e interseccionais de profissionais de saúde na assistência aos usuários.

## 1 INTRODUÇÃO

Dados da UNAIDS (2022) mostram que 35,9 milhões de pessoas viviam com HIV no mundo em 2021, destes 1,5 milhão corresponderam a novos casos e 28,7 receberam tratamento com antirretroviral (ARV). Adicionalmente, 650 mil mortes relacionadas à aids em 2021 (UNAIDS, 2022). Apesar do número de novos casos de infecção por HIV por ano manter-se em redução globalmente desde 2010, em 2021, houve o menor declínio anual desde 2017.

A população mundial de adolescentes registrou 27,9% dos casos dessa infecção em 2021 (UNAIDS, 2022). No Brasil, especificamente, homens entre 15 e 19 anos registraram aumento de 64,9% na taxa de detecção de aids entre 2011 e 2021 (BRASIL, 2022). Além disso, estudos têm mostrado que a população de adolescentes se encontra em contextos de maior vulnerabilidade ao HIV por enfrentarem barreiras aos serviços de saúde e prevenção e falta de acesso à educação sexual (MOREIRA *et al.*, 2019; RIOS *et al.*, 2002).

As pessoas negras também possuem uma vulnerabilidade acrescida ao HIV em diversos países. Talvez o país que mais tem investigado esse fenômeno seja os Estados Unidos da América (EUA). Neste país, observou-se que 41% dos novos casos de HIV estavam registrados entre pessoas negras, apesar deste grupo ser responsável apenas por 13 % da população estadunidense (UNAIDS, 2021). Há diversos fatores que podem explicar essa vulnerabilidade ao HIV, tais como a baixa cobertura de serviços de prevenção para essa população, o abandono do tratamento por conta do estigma e da discriminação, bem como o despreparo de profissionais para lidar com especificidades da população e a falta de acesso a serviços de saúde (DAILEY; JOHNSON; WU, 2017).

Nos últimos anos, esse fenômeno também tem sido registrado no Brasil. O Boletim Epidemiológico de HIV/aids mostrou uma redução de 12,3% de casos de aids entre pessoas brancas e um aumento de 13,4% e 1,3% entre pessoas pardas e pretas, respectivamente, entre os anos de 2011 e 2021 (BRASIL, 2022). Além disso, observa-se menor proporção de uso da profilaxia pré-exposição (PrEP), em 2019, entre os pretos e pardos (42,2%) em comparação aos brancos (57,3%) (BRASIL, 2019). Esses dados podem refletir o racismo institucional em saúde enquanto produtor de iniquidades étnico-raciais entre pessoas negras por meio de

organizações, normas, práticas e hábitos estruturados socialmente, que podem determinar oportunidades, tratamentos e resultados desiguais a partir de diferenças raciais (WERNECK, 2016).

Dentro dessas populações (i.e., adolescentes e negros), destacam-se as populações de travestis, mulheres trans (TrMT) e homens que fazem sexo com homens (HSH), também com alta vulnerabilidade ao HIV, e que possuem identidades sexuais ou de gênero diferentes daquelas que são hegemônicas nesta sociedade hetero-cisnormativa. Estudos em cidades brasileiras registram altas prevalências de HIV entre TrMT (31,2 % no ano de 2016) (GRINSZTJEN *et al.*, 2017) e HSH (18,4% no ano de 2016) (KERR *et al.*, 2018), que superam aquela registrada na população geral (0,8%). Essas populações também enfrentam barreiras importantes para testagem de HIV, que incluem o medo de resultado positivo, o estigma, a possibilidade de perda do anonimato e confidencialidade, bem como o desconforto com os profissionais de saúde e as dúvidas a respeito dos testes (FRYE *et al.*, 2018; LAWRENCE *et al.*, 2015).

Nesse contexto, observa-se uma intersecção entre marcadores sociais da diferença (ALMEIDA, 2012; MOUTINHO, 2014), como geração, raça/cor de pele, orientação sexual e identidade de gênero, que podem amplificar a vulnerabilidade ao HIV de adolescentes HSH ou TrMT negras. Estudos conduzidos pelo Centro de Controle de Prevenção de Doenças (CDC) em 26 cidades norte-americanas, entre 2005 e 2005 e em 2008, mostraram que os HSH negros tinham maior desconhecimento do status sorológico reagente para HIV em comparação com os brancos (CDC, 2006, 2010). Além disso, uma revisão sistemática com metanálise mostra que os HSH negros têm menor uso à PrEP, apesar de apresentarem motivação para usar este método de prevenção (RUSS; ZHANG; LIU, 2021). Nesse contexto, estigma em relação a homossexualidade e HIV/aids foram mais citados por HSH negros em estudo realizado em Massachusetts, em 2013 (CAHIL *et al.*, 2017).

Pessoas jovens e negras são consideradas prioritárias para ações de enfrentamento ao HIV no Brasil, pois se entende que essas populações estão sob situação de maior vulnerabilidade individual, social e programática ao HIV (BRASIL, 2017a). Além disso, HSH e TrMT são consideradas populações-chave para o HIV, pois são afetadas desproporcionalmente pela epidemia em comparação com a população em geral (BRASIL, 2017a). Nesse sentido, há uma urgência de políticas e

programas para ampliar o acesso desses grupos à prevenção, testagem e tratamento do HIV/aids.

Em 2013, dados mostraram que metade das pessoas vivendo com HIV (PVH) desconheciam seu status sorológico, em contraposição com 16% em 2020 (UNAIDS, 2021), evidenciando avanço na detecção de HIV na população. Entretanto, muitos estudos mostram que ainda há muitas barreiras à testagem de HIV entre HSH e TrMT, especialmente devido ao estigma, discriminação e desconhecimento sobre a infecção e tratamento (MAGNO et al., 2023; MORA; BRIGEIRO; MONTEIRO, 2018; UNAIDS, 2021). Apesar disso, para o nosso conhecimento, não existem estudos que explorem diferenças no uso do teste de HIV entre adolescentes HSH e TrMT negras.

Nesse sentido, o presente estudo possui a seguinte pergunta de investigação: existem diferenças de uso prévio do teste de HIV entre adolescentes HSH e TrMT negros e brancos? E, baseado na revisão de literatura prévia sobre iniquidades étnico-raciais, temos a hipótese de que os adolescentes HSH e TrMT negros têm menor proporção de uso de teste de HIV em comparação com os brancos.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar desigualdades étnico-raciais no uso de teste de HIV na vida entre AHSB e ATrMT de três capitais brasileiras.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever diferenças entre a proporção de testagem para HIV na vida entre adolescentes HSH e TrMT negros e brancos de três capitais brasileiras (Belo Horizonte, Salvador e São Paulo);
- Investigar características sociocomportamentais associadas a testagem ao HIV entre adolescentes HSH e TrMT negros e brancos de três capitais brasileiras (Belo Horizonte, Salvador e São Paulo);
- Construir um guia para profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre prevenção combinada ao HIV com enfoque em diversidade sexual e promoção de equidade racial.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 EPIDEMIOLOGIA DO HIV/AIDS

Em 2021, os novos casos globais de HIV foram registrados predominantemente entre HSH (21%), profissionais do sexo (12%), mulheres trans (2%), clientes de profissionais de sexo e parceiros de pessoas que são parte de populações-chave (25%) e usuários de drogas injetáveis (10%) (UNAIDS, 2022). Na América Latina, em 2019, a maior proporção de casos novos de HIV esteve concentrada entre HSH (44%) (UNAIDS, 2021). Em estudo transversal, no Rio de Janeiro, de 2018 a 2020, observou-se taxa de detecção anual de HIV estimada de 7,35%, maior em mulheres transgêneros que em HSH (9,16% vs. 6,65%), com maior detecção em negros comparados com brancos (8,31% vs. 6,07%) (TEIXEIRA *et al.*, 2021). Esses dados reforçam a necessidade de priorizar e implementar estratégias que diminuam barreiras de acesso a essas populações, que são historicamente estigmatizadas (PARKER; AGLETTON, 2003).

No contexto brasileiro, desde 2012, houve queda na taxa de detecção de aids: de 21,9 por 100 mil habitantes para 17,8 por 100 mil habitantes em 2019. Essa redução pode ser explicada pela ampliação de estratégias de testagem, tratamento precoce com alcance de carga viral indetectável e educação em saúde (BRASIL, 2020). No que diz respeito à cascata de cuidado ao HIV/aids, o Ministério da Saúde (MS) estimou que aproximadamente 920 mil PVH no Brasil em 2020. Destas, 89% conhecem o seu *status* sorológico. Destas, 77% estavam em terapia antirretroviral (TARV). E, destas, 94% possuíam carga viral indetectável. Assim, há necessidade de aumentar o uso de prevenção combinada e sua adesão para alcançar melhores resultados no controle da infecção por HIV/aids.

Em relação à razão entre os sexos (masculino/feminino) para taxa de detecção de aids, no Brasil, observa-se um aumento de 1,5 para 2,3, entre 2008 e 2018, evidenciando maiores taxas entre os homens (BRASIL, 2020). Além disso, observa-se, entre 2009 e 2019, um aumento na taxa de detecção de aids de 64,9% entre adolescentes homens de 15 a 19 anos e de 74,8% entre jovens homens de 20 e 24 anos (BRASIL, 2020). Fatores como a violência, desigualdade socioeconômica, baixa escolaridade, aspectos culturais e baixo acesso podem estar relacionados às elevadas taxas de incidência de HIV entre adolescentes (FERREIRA; MIRANDA;

BARONI, 2016).

No que diz respeito à raça/cor de pele no Brasil, entre 2008 e 2018, verificou-se uma redução de 20% na proporção de casos de aids entre as PVH brancas. Por outro lado, observou-se uma redução de apenas 1% entre PVH pretas e um aumento de 37,7% entre as PVH pardas (BRASIL, 2019). Além disso, entre 2007 e 2021, o Brasil registrou 39,4 % de casos de HIV entre pessoas brancas e 51,7% entre pessoas negras – neste caso, correspondendo a 10,9% entre pessoas pretas e 40,8% entre pessoas pardas.

### 3.2 PREVENÇÃO COMBINADA AO HIV

O início da epidemia de HIV coincidiu com o processo de redemocratização e Reforma Sanitária Brasileira (GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009; PEREIRA; NICHATA, 2011). Nesse contexto, a participação da sociedade civil organizada no enfrentamento à epidemia de HIV/aids foi marcadamente influenciada por grupos inicialmente mais acometidos, como, por exemplo, os movimentos formados por pessoas homossexuais que dialogaram com instituições do Estado para promoção de ações sensíveis ao problema.

Dessa forma, o Brasil se estabeleceu no cenário mundial como referência em políticas públicas voltadas para o HIV/aids (ALMEIDA; RIBEIRO; BASTOS, 2022). A aproximação com movimentos sociais, considerando os grupos mais vulneráveis, foi necessária para estabelecer medidas mais adequadas, coerentes e com aceitação pelos sujeitos de diversas culturas. Assim, o diálogo entre a academia, representantes dos grupos mais afetados, profissionais e gestores de saúde marcou as políticas de enfrentamento à epidemia (ALMEIDA; RIBEIRO; BASTOS, 2022; PEREIRA; NICHATA, 2011).

Nesse contexto de respostas dialógicas, surgiu a estratégia de prevenção combinada ao HIV, que é uma estratégia voltada às especificidades dos sujeitos, grupos de pessoas e população, que se utiliza de abordagens biomédicas, comportamentais e estruturais na redução do risco de infecção. O uso combinado de diferentes métodos de prevenção possibilita maior abrangência e adesão de diversos grupos sociais, percepções e inúmeras circunstâncias, podendo tornar a prevenção ao HIV mais efetiva (BRASIL, 2017a; GRANGEIRO *et al.*, 2015).

As intervenções biomédicas buscam reduzir o risco de transmissão do HIV através de métodos de barreiras e através do uso de ARV. No contexto das PVH, os ARV são responsáveis pela redução da carga viral e, conseqüentemente, pela intransmissibilidade do vírus para pessoas susceptíveis (OLIVEIRA; ARAÚJO; ALVES, 2020; RODGER *et al.*, 2019), considerado o tratamento como prevenção (TcP). Além disso, no contexto das pessoas que não vivem com HIV, os ARV são responsáveis pela profilaxia PrEP e pós-exposição (PEP), que são altamente eficazes em prevenir infecções pelo HIV (BRASIL, 2017a; UNAIDS, 2022).

A abordagem comportamental, por outro lado, possibilita o acesso ao conhecimento sobre o gerenciamento dos riscos de infecção por HIV através de educação sexual, buscando evitar ou minimizar comportamentos e situações que tornem indivíduos mais vulneráveis ao vírus. Nesse sentido, destacam-se as atividades de educação em saúde, a realização de testagem para HIV e o uso de preservativo e lubrificantes – incluindo o aconselhamento pré- e pós-teste, dentre outros. Essa classificação em métodos biomédicos e comportamentais é apenas didática, pois o comportamento e adesão ao uso influenciam na efetividade do uso de preservativos, lubrificantes, PrEP e PEP. Conseqüentemente, no manual de prevenção combinada no MS (BR), alguns métodos são apresentados, ora como biomédico, ora como comportamental (BRASIL, 2017a). O uso do preservativo, por exemplo, está relacionado a comportamentos socialmente estabelecidos e conflitos de gênero (ARRIVILLAGA; TOVAR; CORREA, 2012; NASCIMENTO *et al.*, 2017).

Os métodos estruturais, finalmente, envolve a criação de políticas públicas relacionadas a implementação, qualificação e ampliação de acesso e oferta de mecanismos estruturais de prevenção ao HIV (GONÇALVES *et al.*, 2020). Dessa forma, neste âmbito estrutural, busca-se atuar em fatores mais amplos que podem aumentar a vulnerabilidade de pessoas ao HIV, como, por exemplo, a exposição à discriminação e ao estigma.

Nesse sentido, as ações preventivas, as populações chave e prioritárias, os marcos legais e os aspectos estruturais são esquematizados na mandala da prevenção combinada do Ministério da Saúde do Brasil (Figura 1). Entretanto, o acesso à métodos de prevenção de HIV ainda é um desafio entre pessoas de populações-chave, como HSH, pessoas trans e profissionais do sexo, especialmente devido à discriminação, estigma e exclusão social (BRASIL, 2017a; MAGNO *et al.*,

2023; MORA; BRIGEIRO; MONTEIRO, 2018; PEREIRA *et al.*, 2019; UNAIDS, 2021; URBANO, 2022).

Figura 1 – Mandala da prevenção combinada ao HIV



Fonte: Brasil (2017, p.5)

A prevenção combinada tem enfoque nas populações-chave e prioritárias, pela concentração da epidemia em pessoas dessas populações (i.e., HSH e mulheres transgênero, profissionais do sexo, dentre outras) e por vulnerabilidades específicas, como as pessoas pretas e pardas, além de adolescentes (BRASIL, 2017a).

### 3.2.2 Testagem para HIV

Desde 2014, com o marco da meta da OMS de “testar, tratar e suprimir carga viral” através da meta 90-90-90<sup>1</sup> – atualizada para 95-95-95<sup>2</sup> –, a testagem para HIV mantém sua relevância como método de prevenção combinada: a detecção precoce da infecção por HIV possibilita o início da TARV, com redução de morbimortalidade e da chance de transmissão para outras pessoas (CASTEJON *et al.*, 2020).

A testagem para HIV possibilita o diagnóstico de uma infecção pelo vírus através da detecção de anticorpos (i.e., imunoenaios de terceira geração, que detectam IgM e IgG), antígenos (i.e., imunoenaios de quarta geração; que possibilita reduzir o período da janela diagnóstica através da detecção da proteína P24), testes moleculares (i.e., western blot e imunoblot, por exemplo) ou RNA (RT-PCR). Inicialmente, recomenda-se o uso de imunoenaios para rastreio e confirmação com testes moleculares ou de amplificação de RNA, em casos reagentes (BRASIL, 2017b; GREENWALD *et al.*, 2006).

A técnica geralmente utilizada para triagem da infecção pelo vírus *HIV* é o imunoensaio enzimático (IEE) ou ELISA, do inglês, *Enzyme Linked Immunosorbent Assay*. Esse método inicialmente utilizava antígenos de HIV ligados a fase sólida e identificavam anticorpos IgG em amostras de sangue de pessoas infectadas, por meio de anticorpos conjugados a enzimas, que ao entrarem em contato com o substrato do teste, geravam fotorreação, configurando-se como resultado reagente (BRASIL, 2013; FAUCI *et al.*, 2009).

Em 1987, surgiram IEE de segunda geração, que também utilizavam métodos de detecção indireta, porém com aumento de sensibilidade e especificidade, devido a inclusão de maior quantidade de antígenos e peptídeos sintéticos derivados do vírus. O ELISA de terceira geração apresenta maior sensibilidade e especificidade por usar metodologia sanduíche ou imunométrica, possibilitando identificar anticorpos de classe IgM, IgG, com redução do período de janela imunológica. Adicionalmente os testes de quarta geração, possuem fixados

---

<sup>1</sup> Meta da OMS para o ano de 2020, que consistia em identificar 90 % de PVH, tratar 90 % destas e suprimir carga viral de 90 % de PVH em uso sustentado de ARV (UNAIDS, 2019).

<sup>2</sup> Meta atual para 2030: diagnosticar 95 % de PVH por meio da testagem para HIV, oferecer TARV sustentada para 95% de PVH testadas e ter 95 % da população em TARV com carga viral indetectável (UNAIDS, 2022).

em sua fase sólida anticorpos contra o antígeno p24 e antígenos do HIV-1 (gp160, gp120, gp41), grupo O e do HIV-2 (BRASIL, 2013).

Os testes rápidos para HIV foram responsáveis pela ampliação da testagem nos últimos anos, podendo ser de diversas gerações, principalmente de terceira e quarta gerações. Aqueles utilizados pelo Departamento de HIV/aids, tuberculose, hepatites virais e ISTs possuem alta sensibilidade e especificidade (BRASIL, 2017b), sendo um método seguro de diagnóstico de infecção pelo HIV. No entanto, infecção recente, vacinação, TARV e técnica inadequada podem resultar em resultados falsos positivos ou negativos, cabendo ao profissional de saúde analisar situações específicas (CASTEJÓN *et al.*, 2020).

Dessa forma, o MS do Brasil recomenda a realização de teste rápido por punção digital para HIV com resultado não reagente, deve ser repetido em 30 dias, se persistência de suspeita diagnóstica. Adicionalmente, a realização de novo teste rápido após um resultado reagente deve ser realizado, sendo encaminhado para realização da dosagem da carga viral e contagem de linfócitos T CD4, em caso de dois testes reagentes. Em caso de resultados discordantes, reiniciar fluxograma com duas novas testagens, e, diante da manutenção da discordância, também deve-se encaminhar resultado de teste para quantificação da carga viral (BRASIL, 2013).

A testagem também possibilita promoção de atitudes e comportamentos de prevenção (CDC, 2020; ROCHA *et al.*, 2018), buscando ampliar o aconselhamento, compartilhamento de saberes, suporte emocional e autogestão de risco (BRASIL, 2012). Nesse sentido, o aconselhamento pré- e pós-testagem é recomendado pelo MS brasileiro (BRASIL, 1999), que pode ser um momento de escuta ativa e sensível com foco no usuário e valorização da autonomia (TAQUETTE; RODRIGUES; BORTOLOTTI, 2017). Além disso, trata-se de uma oportunidade para se estabelecer vínculos de confiança entre o usuário e os profissionais de saúde, bem como para realização de atividades de educação em saúde, promoção de autocuidado e gerenciamento de riscos (BRASIL, 2017b; CONWAY *et al.*, 2015; SOARES; BRANDÃO, 2012).

Entretanto, alguns estudos têm avaliado que o aconselhamento não tem seguido essas diretrizes. Estudo realizado no Rio de Janeiro, com jovens e adolescentes com diagnóstico recente de infecção pelo HIV, entre 2010 e 2011, mostrou que apenas 30,8% e 51,2% receberam e se lembraram do aconselhamento

pré- e pós-teste, respectivamente. Além disso, esse estudo ainda identificou que o aconselhamento pré-teste se restringiu apenas ao questionamento sobre o motivo da testagem (TAQUETTE; RODRIGUES; BORTOLOTTI, 2017). Estudos com outras populações também têm evidenciado que o aconselhamento se restringe à coleta da informação sobre o motivo da realização do teste e ao consentimento informado, e não focado em ações de prevenção e educação em saúde (CARNEIRO, 2010; FONSECA; IRIART, 2012). No entanto, nessas análises há necessidade de considerar a evolução do processo de trabalho e as diversas demandas envolvidas, que podem refletir em diversas formas de realizar o aconselhamento.

Nos Estados Unidos da América (EUA), recomenda-se, para pessoas da população geral, com idade de 13 a 64 anos, a realização de, pelo menos, uma testagem para HIV na vida entre, e testagem anual para populações mais vulneráveis (CDC, 2020). O Ministério da Saúde (2022) recomenda o rastreamento semestral de HIV/Aids em HSH e pessoas transexuais. Enquanto que na população geral, o rastreio deve ser anual.

Apesar disso, o Brasil tem ampliado a oferta e o acesso à testagem, especialmente pela incorporação dos testes rápidos na Atenção Primária à Saúde (APS), que é o principal nível de atenção responsável pela promoção de saúde e prevenção de agravos (ROCHA *et al.*, 2018). Os testes rápidos permitem a realização de testagem por profissionais de saúde capacitados em diversos ambientes, como unidades de saúde da família (USF), organizações não governamentais (ONGs) e espaços públicos, como locais de sociabilidade de minorias sexuais (BRASIL, 2013b).

No Brasil, a testagem para HIV foi regulamentada em 2005, reafirmando a importância desse método no diagnóstico precoce e prevenção ao HIV (BRASIL, 2005) e se descentralizou para unidades de APS em 2012 (BONES *et al.*, 2018), considerando-se a importância de expansão da testagem para HIV para população. Destarte, a ampliação da testagem de Centros de Testagem e Aconselhamento (CTAs) para APS e locais de sociabilidade de lésbicas, gays, bissexuais e pessoas trans (LGBT) representam esforços para ampliar o diagnóstico precoce e a prevenção de HIV (FONNER *et al.*, 2012, UNAIDS, 2022).

Os atributos da APS como primeiro acesso, universalidade, integralidade, longitudinalidade, abordagem familiar e comunitária e competência cultural

(STARFIELD, 2002) podem facilitar a testagem para HIV na população adscrita, principalmente quando há bom vínculo entre a equipe e os usuários (ROCHA *et al.*, 2018; SOARES; BRANDÃO, 2012). Além disso, a localização de unidades de saúde no território dos pacientes rompe barreiras de acesso espacial e econômica, permitindo cuidado mais efetivo. No entanto, discute-se o quanto a territorialização dos usuários da APS pode ser uma barreira de acesso à testagem, considerando-se os atravessamentos de estigma e discriminação que perpassam o atendimento às PVH (MELO; MAKSUD; AGOSTINI, 2018; SCIAROTTA *et al.*, 2021).

O funcionamento por equipe e região adscrita, e a inclusão de alguns profissionais na comunidade, como os agentes comunitário em saúde (ACS) podem reduzir as chances do usuário recorrer a unidade da APS para testagem (MELO; MAKSUD; AGOSTINI, 2018). Além disso, a discriminação, o medo de exposição e o estigma, horário de funcionamento, falta de informação sobre a testagem e falta de profissionais são apontados como barreiras para realização de testagem para HIV entre os usuários destes serviços (COTA; DA CRUZ, 2021; MELO, MAKSUD, AGOSTINI, 2018).

Especificamente, HSH em Curitiba, no ano de 2018, relataram também medo de discriminação quanto a orientação sexual. Esse estudo propõe aumento da divulgação pela mídia como forma de reduzir a discriminação e o medo de testar (COTA; DA CRUZ, 2021). Adicionalmente, revisão sistemática sobre testagem para HIV em HSH e TrMT mostram que frequentemente o diagnóstico tardio de HIV estão associados a barreiras ao teste para HIV, como falta de confidencialidade, acesso aos locais, estigma, discriminação, pobreza e baixa percepção de risco para infecção (HAMILTON *et al.*, 2019).

Nesse contexto, sabe-se que a testagem para o HIV é uma estratégia pouco frequente entre adolescentes (GIESTEIRA, 2017; MACPHAIL *et al.*, 2008, MOYER *et al.*, 2007). Dentre os principais motivos registrados na literatura, encontram-se as barreiras de acesso devido à atitude de profissionais, receio ou suspeita de quebra de sigilo, estigma e desconhecimento da disponibilidade do teste (TAQUETE; RODRIGUES; BORTOLOTTI, 2017). Além disso, o medo de rejeição, baixa autoconfiança, receio de romper relacionamentos afetivos, discriminação e violência doméstica também são destacados como fatores associados à menor chance de

testagem de HIV (BUZI; SMITH; WIENMAN, 2005; FAKO, 2006; MACPHAIL *et al.*, 2008).

### 3.3 ADOLESCENTES, COMPORTAMENTO SEXUAL E VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a adolescência compreende a faixa etária entre 12 e 18 anos (BRASIL, 1990, 2022). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), essa faixa etária é ampliada para 10 a 19 anos. Para Kraiczky (2005) a adolescência é uma determinação etária cronológica do plano individual, enquanto o conceito de juventude se refere aos aspectos geracionais e, portanto, compartilhados coletivamente. Essa fase da vida é caracterizada por novas descobertas, experiências e comportamentos, e pode estar relacionada à maior exposição às doenças ou à proteção à saúde, a depender dos contextos pelos quais os adolescentes estão incluídos (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Observa-se uma carência de assistência à saúde integral de adolescentes no Brasil, especialmente pela consideração geral, por parte de alguns profissionais de saúde, de que essa população é saudável e não necessita de intervenções de saúde. Nesse sentido, a maioria dessas intervenções se destina à saúde reprodutiva, que geralmente é acompanhado por julgamentos morais, como a culpabilização devido à atividade sexual, sexo desprotegido e uso de drogas (BRASIL, 2010; SILVA; ENGSTROM, 2020).

O ECA (2022), por sua vez, reforça a necessidade de garantia do direito de adolescentes à saúde sem discriminação por raça/cor de pele, sexo, crenças e outras condições. Portanto, o acesso desse grupo etário às unidades de saúde deve ser realizado por meio de atendimento humanizado e acolhimento com escuta ativa, sensível e sem julgamentos (AMORIM *et al.*, 2014; SILVA, ENGSTROM, 2020; HENRIQUES; ROCHA; MADEIRA, 2010). Nesse sentido, a literatura aponta para necessidade de mudanças no processo de trabalho em saúde voltado para essa população por meio da superação do paradigma do modelo atual de atenção à saúde e da qualificação profissional (SILVA, ENGSTROM, 2020).

Por ser uma fase de intensa transformação física, cognitiva, social e emocional, estes constituem grupo prioritário para medidas de proteção e promoção

a saúde (BRASIL, 2017; BARBIANI *et al.*, 2020), bem como para prevenção combinada ao HIV (UNAIDS, 2021). Neste campo específico, a confidencialidade e a autonomia são diretrizes essenciais para o cuidado. O ECA (2022), por exemplo, garante a autonomia, confidencialidade e sigilo nas consultas de adolescentes no Brasil. Nesse sentido, a testagem para HIV deve ser confidencial e sigilosa para não afastar esse grupo das unidades, ponderando sempre a capacidade do exercício da autonomia e autocuidado (TAQUETE; RODRIGUES; BORTOLOTTI, 2017).

Estudos mostram que essa população apresenta maior vulnerabilidade de infecção por infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), como o HIV, sendo, portanto, considerada como prioritária no Brasil (BRASIL, 2016; UNAIDS, 2021, 2022). Estudos também registram altas taxas de uso inconsistente de preservativos e cada vez mais o precoce início da vida sexual (BORGES; SCHOR, 2005).

O uso de álcool e outras drogas, múltipla parceira sexual, sexo sem preservativo, baixo nível socioeconômico e exposição à violência são fatores relacionados à maior vulnerabilidade dessa população ao HIV e outras ISTs (DICK; FERGUSON, 2015; TAQUETTE; VILHENA; PAULA, 2004). Além disso, outros fatores como a idade mais jovem, morar separado dos pais, desconhecimento sobre as formas de prevenção do HIV, baixa capacidade de gerenciamento de riscos são aspectos que aumentam essa vulnerabilidade (CAMARGO *et al.*, 2010; NEVES *et al.*, 2017). Nesse contexto, pode-se chamar atenção para o conservadorismo social que tem impactado intervenções em saúde sexual nas escolas, que são espaços importantes para promoção de prevenção combinada para adolescentes (UNAIDS, 2021).

O conservadorismo social vulnerabiliza adolescentes em fase de construção de sua identidade sexual, na qual são mais expostos a violência, exclusão e discriminação, como é o caso de HSH, por exemplo, que iniciam sentimento de culpa, vergonha e preocupação quanto a rejeição social, inclusive a familiar (SOUZA *et al.*, 2021). Adolescentes de minorias sexuais podem sofrer rejeição familiar, *bullying*, estigmatização, discriminação em relação a orientação sexual e identidade de gênero, na escola e em outras instituições do Estado e desigualdade de acesso a direitos básicos, como educação e saúde. A vulnerabilidade desta população decorre também da divisão binária de gênero e normas heterossexuais vigentes na sociedade, que impõe agressões e discriminação àqueles indivíduos

que não correspondem ao socialmente estabelecido para sexualidade (BRAGA *et al.*, 2018).

A adolescência, por suas especificidades de mudança corporal e aparecimento de características sexuais secundárias, é permeada pelo aumento da angústia em adolescentes transgêneros, que apresentam intensificação da insatisfação de sua imagem corporal, que se associam a discriminação, estigmatização e rejeição em diversos âmbitos na sociedade. O aumento do sentimento de exclusão e inexistência negada podem se relacionar com a piora da saúde mental dessas pessoas e exposição a drogas, ISTs e outras situações de risco (BRAGA *et al.*, 2018; NASCIMENTO *et al.*, 2020).

Adolescentes HSH e TrMT apresentam uma combinação de condições que tornam-lhes mais vulneráveis ao HIV: experimentação sexual dessa fase da vida, estigma por orientação sexual e identidade de gênero, maior vulnerabilidade a desigualdades socioeconômicas e a omissão do poder público, limitações quanto ao exercício da autonomia, diálogo e orientação sexual (DOURADO *et al.*, 2023). Adicionalmente, faz-se necessário considerar que as vulnerabilidades desses adolescentes são atravessadas por marcadores sociais da diferença, além da sexualidade, como gênero, raça/cor e classe social (MOREIRA; ROSÁRIO; SANTOS, 2017; OLIVEIRA, 2007). Apesar do atual estudo realizar apenas o recorte racial dessa população.

### 3.4 RACISMO INSTITUCIONAL EM SAÚDE E HIV

A estruturação do racismo no Brasil iniciou-se no período colonial, com a chegada de milhões de pessoas escravizadas e fundamentação em teorias religiosas da época. Após a abolição da escravatura, o aparato legal do Estado brasileiro se baseou no racismo científico para construção de políticas de branqueamento imigracionistas para manter pessoas negras socialmente excluídas (ALMEIDA, 2019; LOPÉZ, 2012; MUNANGA, 1998, 1999). Desse modo, a sociedade brasileira foi alicerçada no racismo e, portanto, trata-se de um aspecto estruturante da nação, mantendo uma desvantagem de pessoas negras em relação às brancas, porém, ainda escamoteada pela ideia de meritocracia e democracia racial (ALMEIDA, 2019).

O conceito de raça passou por diversas modificações no sentido da manutenção da noção social de inferioridade de pessoas negras e indígenas em relação às pessoas brancas. Inicialmente, foi abordado a partir de uma classificação biológica, baseada em características morfológicas e medidas antropométricas da medicina legal, que fundamentou o racismo científico. Nesse sentido, a atribuição de qualidades humanas à raça branca e desumanização do “outro” negro e indígena constituíram a base do racismo (MUNANGA, 1999). Atualmente, a raça é caracterizada por ser uma categoria sociológica para analisar o racismo, uma vez que não há qualquer evidência científica a respeito de diferenças genômicas importantes entre brancos e não brancos.

Assim, pode-se definir o racismo como uma forma de discriminação sistemática baseada na inferiorização de um grupo étnico-racial em detrimento de outro, que pode se manifestar de forma consciente ou não e ter como consequências as desigualdades e exclusão social (ALMEIDA, 2019). Por meio desta concepção, a raça se constitui como um dispositivo garantidor das normas sociais e privilégios dos dominantes – no caso brasileiro, as pessoas brancas (CARNEIRO, 2005; BATISTA, 2018).

Jones (2002) analisou o racismo dentro das relações sociais em três dimensões: i) o racismo pessoal/internalizado, que se refere aos sentimentos e condutas do indivíduo que se sente superior ou inferior com base em sua identidade étnico-racial e/ou em suas características fenotípicas; ii) o racismo interpessoal é aquele que é exteriorizado através do desrespeito, desumanização, desvalorização e desconfiança, bem como dos crimes de agressão física e verbal; iii) o racismo institucional, que ocorre quando as instituições são mal sucedidas na prestação de serviços aos indivíduos devido a sua origem étnico-racial e características fenotípicas associadas a uma raça ou cultura. Esta última dimensão do racismo foi trazida pelo movimento Black Power estadunidense na busca por direitos de minorias negras (CARMICHAEL; HAMILTON, 1967) e passou a ser utilizado em diversas áreas do conhecimento, como a saúde.

O racismo institucional em saúde pode ser responsável pelos piores indicadores de saúde materno-infantil, HIV/aids, homicídio e escolaridade na população negra (WERNECK, 2016). Apesar de constituírem 54% da população brasileira, as pessoas negras sofrem exclusão sistemática em todos os setores da

sociedade, apresentando maior taxa de subemprego, uso de serviços de saúde e concentração em atividades agropecuárias e domésticas, em relação aos brancos (HENRIQUES, 2001; IBGE, 2015, 2020; BRASIL, 2017; ALMEIDA, 2019).

Dessa forma, o racismo estrutural (e também institucional) causa desvantagens em pretos e pardos em relação aos brancos na sociedade brasileira. Essas diferenças são desnecessárias e derivadas de injustiça social, portanto, consideradas iniquidades. A discriminação racial gera iniquidades de oportunidades, com menor mobilidade social da pessoa negra, piores condições de moradia, trabalho, escolaridade e renda, e conseqüentemente, iniquidades raciais em saúde e pior auto-avaliação sobre o estado de saúde, mesmo com mobilidade social intergeracional (CAMELO *et al.*, 2022; CHOR ; LIMA, 2005).

As desigualdades desnecessárias nascem no plano político e estrutural do nosso país e estão engendradas na violação dos direitos humanos supostamente garantidos pela constituição. Portanto, são iniquidades raciais, com o propósito de reforçar a necessidade da equidade no tratamento da população negra pelo Estado e instituições brasileiras. Assim, segundo Lopes (2003), a negação de pertencimento da população negra à sociedade brasileira, em termos de direitos humanos, faz com que as iniquidades raciais relacionam-se com vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas. A inserção social frágil (ou não inserção) e a ausência efetiva de políticas de atenção e prevenção de agravos na população contribuem para essa situação.

As iniquidades étnico-raciais também são registradas em pesquisas do campo do HIV/aids. Estudo sobre conhecimento, atitude e prática sobre HIV e outras ISTs mostrou que as pessoas negras estão em desvantagem em relação às pessoas brancas nos seguintes aspectos: conhecimento sobre meios de transmissão do HIV e métodos de prevenção (BRASIL, 2005). Em outros países, esse fenômeno também está presente. Por exemplo, uma metanálise realizada com estudos com população de HSH canadenses, estadunidenses e britânicos, entre 1981 e 2011, mostrou que negros tinham maior chance de testarem reagentes para HIV e menor chance de iniciarem o tratamento, nos EUA e no Reino Unido. Nos EUA, HSH negros também tinham menor chance de possuir plano de saúde privado, adesão aos ARV, supressão de carga viral e possuírem CD4 dentro do esperado, em comparação com os brancos. Curiosamente, apesar de estarem mais suscetíveis

a barreiras estruturais, tais como desemprego, menor nível de escolaridade e renda, ser negro mostrou-se associado com o relato algum tipo de prevenção ao HIV (MILLETT *et al.*, 2012). Em concordância com Russ, Zhang e Liu (2022), esse achado sugere que, apesar da disposição em prevenir-se, há fatores que reduzem o acesso HSH negros às estratégias de prevenção ao HIV/aids.

A baixa cobertura da população negra por serviços de prevenção ao HIV é descrita em relatório da UNAIDS (2021): 8% dos adultos afro-americanos elegíveis para PrEP foram prescritos, em contraposição a 63% dos brancos norte-americanos, em 2019. Adicionalmente, uma coorte realizada em Atlanta (EUA), entre 2016 e 2017, evidenciou que HSH negros possuem duas vezes mais probabilidade que brancos de não terem carga viral supressa que homens brancos, associando-se com a dificuldade de início e manutenção do tratamento, ausência de moradia fixa, estigma, discriminação, maus tratos, falta de acesso a serviços de saúde, dentre outros (SULLIVAN *et al.*, 2021).

Apesar da menor quantidade, estudos norte-americanos mostram que TrMT negras estão sujeitas a maior envolvimento com sexo transacional, uso de drogas, história de moradia em rua e sexo anal sem preservativo que TrMT brancas (GAROFALO *et al.*, 2006; NEMOTO *et al.*, 2006; WILSON *et al.*, 2009; WILSON *et al.*, 2015). Além disso, um estudo de corte transversal, realizado em Atlanta, identificando fatores de risco ao HIV entre HSH e TrMT negras, entre 2012 e 2014, mostrou maior associação entre estar desempregada, ausência de lar, menor renda, estigma em relação ao status sorológico com novo parceiro sexual, menor conhecimento e uso de teste HIV com ser autodeclarar-se TrMT negra, evidenciando maior vulnerabilidade desse subgrupo de minorias sexuais negras, em relação aos HSH negros (SIEMBIDA *et al.*, 2016).

A compreensão dessas vulnerabilidades requer abordagens mais abrangentes, que consideram a interdependência de diferentes categorias sociais (BOWLEY, 2012), como potente ferramenta para analisar questões de saúde pública. Cunhada por Kimberlé Crenshaw (2002), a interseccionalidade, busca apreender dois ou mais eixos de subordinação de grupos em sociedade e suas consequências dinâmicas e estruturais para as pessoas em processo de subordinação. A análise interseccional inicialmente predispunha-se a avaliar raça, classe social e gênero, porém, sofreu ampliação com outras autoras, considerando

também orientação sexual, identidade de gênero, faixa etária, território, dentre outros eixos de subordinação (BILGE; HILL-COLLINS, 2021; MEYER, 2015). Lopez (2011) reforça tal perspectiva interseccional e discute que o HIV/aids reflete a vulnerabilização de pessoas negras, inclusive mulheres, biopoder dos corpos, sexismo e racismo, o que dificulta o acesso à prevenção, ao diagnóstico do HIV e ao tratamento, por conta das diversas formas de opressão na sociedade.

Por meio dessa ferramenta analítica, Taquette (2010) aborda HIV/ISTs em adolescentes negras, considerando o sexismo associado a raça/cor negra e condições sociais, que, em conjunto, são responsáveis por piores condições de saúde, incluindo as relacionadas ao HIV/aids. Lopez (2011) reforça tal perspectiva interseccional e discute que o HIV/aids reflete a vulnerabilidade de pessoas negras, vigilância de corpos e comportamentos sexuais, sexismo e racismo. Pode-se apreender que dificuldades no acesso à prevenção, ao diagnóstico do HIV e ao tratamento em minorias sexuais negras podem estar relacionadas às diversas formas de opressão/subordinação em uma sociedade.

Por fim, Parker *et al.* (2016) consideram a importância de diferentes intersecções quando critica políticas públicas, que desconsideram o trânsito dos sujeitos dentro das populações chave e suas sobreposições. Portanto, há urgência de análises mais específicas de subgrupos sociais para medidas mais efetivas para controle da epidemia da aids. Nessa perspectiva o estudo que identificou maior vulnerabilidade em MT negras em comparação a HSH negros (SIEMBIDA *et al.*, 2016), mesmo ambos sendo pertencentes a minorias sexuais negras, corrobora para existência de diferentes eixos de subordinação em cada subgrupo e necessidade de políticas específicas, que não enquadrem todos apenas como populações-chave para prevenção combinada ao HIV. Assim, como estudos que mostram menor uso de prevenção combinada em HSH negros em comparação aos brancos, podem ser analisados de forma mais aprofundada por essa abordagem, considerando determinantes associados ao componente racial.

### 3.5 VULNERABILIDADE E HIV/AIDS

A epidemia por HIV tem impactado desigualmente em diferentes populações: com maiores prevalências em populações-chave, por exemplo. Este fato deve-se às

especificidades individuais e coletivas de tais grupos. Nesse contexto, destacam-se as discussões sobre vulnerabilidade, que consideram aspectos coletivos nessa análise: informação, não discriminação e serviços sociais de saúde (MANN; TARANTOLA; NETTEER, 1993). Etimologicamente, a vulnerabilidade deriva de *vulnerare*, do latim, ferir, machucar e *bilis*, susceptível a. Assim sendo, um indivíduo vulnerável está mais exposto a situações que possam lhe causar dano (CARMO; GUIZARDI, 2018). O sujeito vulnerável está mais propenso a sofrer danos por conta de dificuldades para mobilidade social, cidadania fragilizada e baixa qualidade de vida.

Os estudos sobre vulnerabilidade no campo do HIV/aids possibilitaram a superação de conceitos como grupo e comportamento de risco, que contribuíram para discriminação e estigmatização de populações mais acometidas (GARCIA; DE SOUZA, 2010), como HSH e TrMT. Além disso, possibilita entender a epidemia do HIV e suas dimensões socioculturais. Assim, pode-se entender vulnerabilidade enquanto um conjunto de fatores individuais e coletivos indissociáveis relacionados a menor ou maior exposição a determinada situação (AYRES, 2002, 2018; AYRES *et al.*, 2003).

A análise da vulnerabilidade permite considerar sua “tridimensionalidade”: dimensão individual, social e programática. A primeira enfoca a relação do sujeito com o processo de adoecimento e risco, envolvendo condições físicas, psicológicas, cognitivas, acesso à informação, trajetória pessoal, redes de apoio, subjetividade intersubjetiva (valores, crenças, desejos, atitudes, momento emocional). A dimensão individual da vulnerabilidade compõe-se do conhecimento sobre o HIV e formas de prevenção e a utilização do mesmo na prática (AYRES *et al.*, 2012). Por exemplo, credos, conhecimento, escolaridade, ausência de percepção da vulnerabilidade, baixa expectativa de futuro promissor, ideia de aids como doença do outro, dificuldade de negociar o uso de preservativo vulnerabilizam adolescentes ao HIV (TOLEDO; TAKAHASHI; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, 2011).

A dimensão social refere-se a como contextos e relações sociais incidem no plano individual, ampliando a exposição de indivíduos ao HIV. Nesse contexto, encontram-se a sociedade, as relações entre os atores sociais e cenário cultural, que vulnerabilizam ou não indivíduos e coletividades a determinados agravos. Cita-se as relações de gênero, econômicas, raciais, intergeracionais, exclusão social e

religião (AYRES *et al.*, 2012; OVIEDO; CZERESNIA, 2015). Magalhães (2009), ao discutir vulnerabilidade na assistência social, considera a condição econômica relevante, mas não mais importante que as outras, pois incorre em dificuldade de acesso a meios de superação de condições vulnerabilizantes materiais e imateriais, como autonomia, por exemplo.

Por fim, a dimensão programática analisa amplamente o compromisso das instituições e do governo na superação das dimensões sociais e individuais da vulnerabilidade, através da disponibilidade dos serviços, sua distribuição no território e sua acessibilidade para responder às necessidades e especificidades da população local. Assume importância a aceitabilidade dos serviços de prevenção pelos grupos prioritários, exigindo aperfeiçoamento dos profissionais, competência cultural e respeito à diversidade, construindo ambientes acolhedores. Esses componentes dependem diretamente de políticas públicas voltadas para saúde, educação, justiça social, cidadania e cultura (AYRES *et al.*, 2012; CALAZANS; PINHEIRO; AYRES-JR, 2018; TARANTOLA; GRUSKIN, 2008). Nessa dimensão, um estudo realizado com HSH em Curitiba, em 2018, identificaram como barreiras a testagem para HIV, dificuldades de acesso, medo de sofrer preconceito, homofobia, falta de humanização e recursos humanos capacitados, dentre outros (COTA; CRUZ, 2021)

## 4 MÉTODOS

### 4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de uma análise transversal da coorte PrEP1519. Os estudos transversais possuem abordagem observacional, o que possibilita sistematização e padronização de informações num dado momento, com avaliação das variáveis de interesse, permitindo análise do evento estudado por meio da coleta de informações em um curto período de tempo (KRAMMER, 1988; KATZ, 2016). Dessa forma, a análise por meio de corte transversal (Cross-seccional ou survey, em inglês) mostra-se método importante para estudo de prevalências, sendo utilizado em agravos/eventos de ocorrência muito prolongada, tendo sua importância em estudos de Saúde Pública. Segundo Almeida-Filho e Barreto (2011), tais estudos produzem “instantâneos” da situação de saúde dos indivíduos e possibilita a realização de um diagnóstico comunitário ou da amostra estudada.

### 4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO E AMOSTRA

A população de estudo foi obtida da linha de base do estudo de coorte multicêntrica da denominada "Estudo da efetividade da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e das estratégias de captação e vinculação para o HIV entre adolescentes homens que fazem sexo com homens, travestis e mulheres transexuais com risco substancial de infecção pelo HIV no Brasil - PrEP1519". O estudo PrEP 1519 acompanha adolescentes HSH e TrMT, entre 15 e 19 anos, com vulnerabilidade aumentada para o HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), através de equipe multidisciplinar composta por médico clínico, enfermeiros, psicólogos, assistente social, farmacêutico, dentre outros, e enfoque na prevenção combinada.

Utilizou-se amostragem por conveniência. Os critérios de inclusão da população do estudo foram: idade entre 15 e 19 anos, autodeclaração como HSH e TrMT, residir ou trabalhar em uma das três cidades do estudo (i.e., Salvador, São Paulo ou Belo Horizonte) e ter declarado relações sexuais com TrMT e/ou HSH cis na vida. O critério de exclusão foi estar em uso de drogas que comprometessem a cognição no momento da entrevista e atendimento (DOURADO et al., 2023).

### 4.3 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS

Os dados analisados neste estudo foram obtidos da base de dados SISPrEP, utilizada pelo estudo PrEP1519. A captação dos participantes dessa coorte deu-se em locais de sociabilidade de pessoas lésbicas, gays, bissexuais e transgênero (LGBT) e redes sociais, para inscrição no estudo em clínicas de prevenção combinada em Salvador, Belo Horizonte e São Paulo. A inscrição poderia ser realizada no braço de pesquisa PrEP (i.e., aqueles que optaram por iniciar o uso de PrEP e retornar para o acompanhamento trimestral) e não PrEP (i.e., aqueles que escolhiam usar apenas outros métodos de prevenção) (MAGNO *et al.*, 2022).

As variáveis desta pesquisa foram geradas por perguntas do questionário de elegibilidade (ANEXO 1) e sociocomportamental (ANEXO 2), aplicado por profissional de saúde, educadores de pares ou pesquisadores treinados em pesquisa e registrados em plataforma virtual eletrônica. A testagem para HIV, hepatite A, B e C, sífilis e ISTs bacterianas foram ofertadas nas visitas inicial e subsequentes.

### 4.4 VARIÁVEIS

A variável desfecho analisada foi a testagem para HIV na vida, estruturada a partir da questão: “Você já tinha feito teste de HIV antes desse estudo?” (categorizadas em 0 - não, 1- sim). A variável de exposição principal foi raça/cor de pele, autodeclara e categorizada em brancos e negros, sendo retirados da análise, pessoas autodeclaradas amarelas, indígenas e ignorados, pelo pequena quantidade.

As covariáveis foram divididas em três blocos, a seguir:

#### i. variáveis sociodemográficas

- a) cidade do estudo (Salvador; São Paulo; Belo Horizonte);
- b) faixa etária (0- entre 15 e 17 anos; 1 - de 18 a 19 anos);
- c) população de estudo (AHSH cis; ATrMT)
  
- d) escolaridade (0- ensino fundamental; 1 – ensino médio; 2 – ensino superior);

- e) trabalho (0-não; 1-sim);
- f) pessoa com quem mora (0- sozinho; 1- com amigos/parceiro; 2- com família);
- g) plano de saúde privado (0-não; 1-sim).

ii. variáveis comportamentais

- a) uso inconsistente de preservativo devido ao uso de álcool (0-não; 1-sim);
- b) prática de sexo grupal nos últimos três meses (0-não; 1-sim);
- c) autodeclarar-se profissional do sexo (0-não; 1-sim);
- d) uso de preservativo na primeira relação sexual (0-não; 1-sim);
- e) sexo anal sem preservativo nos últimos seis meses (0- não;1- sim).

iii. Aceitação e discriminação por conta da orientação sexual e/ou identidade de gênero

- a) aceitação do pai (0- aceita; 1- desconhece/ignora; 2- desaprova);
- b) discriminação na vida (0- não; 1- sim);
- c) discriminação em serviços de saúde (0- não; 1- sim).

#### 4.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Realizou-se análise descritiva segundo (INES) raça/cor de pele, categorizada em negros e brancos das variáveis anteriormente listadas. Utilizou-se o teste do Qui-Quadrado de Pearson ou Fisher, quando necessário, para verificar a significância estatística entre as proporções das variáveis por raça/cor, considerando o nível de significância de 0,05. Em seguida, análise bivariada foi realizada para verificar fatores associados ao uso de teste de HIV na vida de acordo com cada um dos estratos (i.e., negros e brancos). Nesta etapa, utilizou-se também o teste do Qui-Quadrado de Pearson ou Fisher, quando necessário, considerando o nível de significância de 0,05, para determinar as diferenças estatisticamente significantes entre as proporções das variáveis nos estratos.

Posteriormente, as variáveis que apresentaram valor de  $P < 0,05$  em pelo menos um dos estratos da análise bivariada foram utilizadas para o modelo de

regressão logística múltipla para determinar o modelo 1. Além disso, foi analisada as diferenças entre as proporções das *odds ratio* (OR) do modelo bruto (apenas desfecho e variável de exposição principal) e o modelo ajustado com a adição de covariáveis uma a uma. Aquelas variáveis com diferenças >10% foram consideradas no ajuste do modelo 2. Foram estimados intervalos de 95% de confiança (IC95%). O teste de Hosmer-Lemeshow e a área da curva ROC foram utilizados para análise da qualidade do ajuste. Utilizou-se o STATA (Statistics Data Analysis), versão 14.0.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Conselho de Ética e Pesquisa (CEP) das Universidades sediadoras do estudo PrEP1519: Universidade de São Paulo (USP) (no 70798017.3.0000.0065), Universidade Federal da Bahia (UFBA) (no 01691718.1.0000.5030) e Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (no 17750313.0.0000.5149); e pelo CEP da OMS (identificação do protocolo: “Fiotec-PrEP *Adolescent study*”). Os participantes a partir de 18 anos, foram orientados sobre o estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), enquanto os menores de 18 anos assinaram o termo de assentimento livre e esclarecido (TALE). Em São Paulo e Salvador, houve a autorização judicial de dispensa do consentimento dos pais. Entretanto, em Belo Horizonte essa autorização não foi concedida, sendo necessária a autorização por escrito dos pais ou responsáveis (DOURADO et al., 2023).

## 5 PRODUTOS DA DISSERTAÇÃO

A dissertação é composta por dois produtos que serão descritos em detalhes nas seções abaixo:

- 5.1. Artigo que investigou os dados empíricos da linha de base do Projeto PrEP1519 com foco na análise das iniquidades étnico-raciais no uso de teste para HIV na vida entre AHSB e ATrMT em três capitais brasileiras. Publicado na Revista *Aids and Behavior*: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10461-024-04297-z>
- 5.2. Produto técnico com objetivo é intervir na realidade do processo de trabalho em saúde, por meio de estudos realizados nessa dissertação de mestrado profissional.

### 5.1 ARTIGO

**Título: Iniquidades raciais na testagem para HIV entre adolescentes homens que fazem sexo com homens, travestis e mulheres trans em três capitais brasileiras**

Marcus França<sup>1</sup>, Inês Dourado<sup>2</sup>, Alexandre Grangeiro<sup>3</sup>, Dirceu Greco<sup>4</sup>, Laio Magno<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Ciências da Vida, Universidade do Estado da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil

<sup>2</sup> Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil

<sup>3</sup> Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil

<sup>4</sup> Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil

[marcus90franca@gmail.com](mailto:marcus90franca@gmail.com), ORCID 0000-0003-1644-2746

[ines.dourado@gmail.com](mailto:ines.dourado@gmail.com), ORCID 0000-0003-1675-2146

[ale.grangeiro@gmail.com](mailto:ale.grangeiro@gmail.com), ORCID 0000-0001-5157-0597

[dirceu.greco@gmail.com](mailto:dirceu.greco@gmail.com), ORCID 0000-0002-4419-5634

[laiomagno@gmail.com](mailto:laiomagno@gmail.com), ORCID 0000-0003-3752-0782

## Resumo

**Introdução:** Barreiras para testagem de HIV entre pessoas negras devido ao racismo estão descritas na literatura. Este estudo analisou a associação entre raça/cor de pele e o uso de teste de HIV na vida entre adolescentes homens que fazem sexo com homens (AHS), travestis e mulheres trans (ATrMT) em três capitais brasileiras.

**Métodos:** Estudo transversal aninhado na coorte PrEP1519, que é um estudo multicêntrico com AHS e ATrMT, com idade entre 15 e 19 anos, em Belo Horizonte, Salvador e São Paulo. A variável desfecho foi testagem para HIV na vida (não, sim). A variável de exposição principal foi raça/cor de pele autodeclarada em branco, preto e pardo (as duas últimas foram classificadas como negros). Conduziu-se análise descritiva da população e bivariada das covariáveis e desfecho. Posteriormente, realizou-se análise de regressão logística múltipla com estimativa de *odds ratio* ajustada (ORaj) e intervalos de confiança de 95 % (IC95%) para verificar a associação entre a exposição principal e o desfecho, ajustada por covariáveis.

**Resultados:** Observou-se que adolescentes brancos testaram mais que pretos e pardos (64,0% vs. 53,7%, respectivamente,  $P=0,001$ ). A prevalência de testagem foi maior entre os brancos (64,0%), seguida dos pardos (55,9%) e pretos (52,2%) ( $P=0,003$ ). Na análise de regressão logística múltipla, observou-se uma chance 26% menor dos AHS negros (ORaj: 0,74%; IC95%: 0,55-0,98) e 38% menor em ATrMT (ORaj: 0,62; IC95%: 0,45 – 0,87) terem sido testados na vida em comparação com os brancos, com IC: 95%.

**Conclusão:** A raça/cor de pele aparenta determinar a menor chance de uso de teste de HIV na vida entre AHS e ATrMT, chamando atenção para o papel do racismo no acesso aos serviços de saúde.

**Palavras-chave:** Men who have sex with men, travestis and transgender women, HIV testing, race/skin color, adolescents

## Introdução

A epidemia de HIV concentra-se em determinados grupos, considerados populações-chave. No Brasil, dentre essas populações, destacam-se os homens que fazem sexo com homens (HSH), travestis e mulheres transexuais (TrMT), que apresentam taxas de prevalência de HIV desproporcionalmente maiores em comparação à população geral (BRASIL, 2020). Além disso, nos últimos anos, a incidência de HIV entre homens adolescentes tem aumentado no Brasil (BRASIL, 2017), e, particularmente, estudos entre adolescentes HSH (AHSH) e TrMT (ATrMT) têm documentado alta prevalência de HIV (KERR *et al.*, 2018; MAGNO *et al.*, 2023).

A prevenção combinada é uma estratégia que compreende a combinação de métodos de prevenção biomédicos, comportamentais e programáticos, priorizando a autonomia do indivíduo, em diferentes contextos sociais, para prevenção de HIV e suas consequências (BRASIL, 2020; COELHO *et al.*, 2021). A testagem para HIV periódica é uma importante medida de prevenção combinada, sendo o primeiro passo para o acesso a prevenção, diagnóstico e tratamento oportuno (MONTANER *et al.*, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) documentou a redução da proporção de desconhecimento do status sorológico de pessoas vivendo com HIV, que passou de 50%, em 2013, para 16%, em 2020 (UNAIDS, 2021), evidenciando avanços em estratégias de detecção da infecção. No entanto, em populações específicas, como HSH e TrMT, a realização da testagem ainda é um desafio, devido especialmente ao estigma e discriminação relacionados ao HIV/aids e à orientação sexual/identidade de gênero, à desconfiança sobre o sigilo profissional, suporte social insuficiente, falta de conhecimento sobre a acurácia do método dos testes e falta de treinamento dos profissionais (COTA; DA CRUZ, 2021; TAQUETTE; RODRIGUES; BORTOLOTTI, 2017). Além disso, destacam-se aspectos sócio-estruturais, como, por exemplo, o marcador social de raça/cor de pele preta e a adolescência/juventude, que se associam a menor taxa de testagem em HSH e TrMT (KNOX *et al.*, 2011; MAGNO *et al.*, 2023; MDODO *et al.*, 2014).

No que tange à testagem de HIV no Brasil, os adolescentes possuem direito à confidencialidade, de acordo com os princípios bioéticos de autonomia, justiça,

beneficência e não maleficência, que são garantidos no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 2013). Entretanto, observa-se que adolescentes enfrentam barreiras para a testagem, devido à incerteza sobre a necessidade de consentimento parental, equivocadamente difundida entre profissionais de saúde (BRASIL, 2013) e, ainda, solicitado em algumas unidades de saúde (TAQUETTE; RODRIGUES; BORTOLOTTI, 2017). Ademais, adolescentes e jovens tendem a retardar a realização de teste para HIV pelo receio de rejeição e da opinião do grupo (URBANO, 2022).

Dentre adolescentes brasileiros homossexuais e bissexuais entre 13 e 19 anos, observou-se aumento na proporção de casos de HIV notificados (segundo exposição) de 60,8 % para 64,1 %, entre 2015 e 2021. Em relação a proporção de casos de HIV notificados por raça/cor, houve aumento entre homens e mulheres pretas (10,1% para 12,6%), pardas (34,4% para 54,4%) e redução em brancos (46,2% para 29,1%), entre 2012 e 2022 (BRASIL, 2020). Em 2020, a proporção da mortalidade por aids é maior entre pessoas negras (BRASIL, 2017). Entretanto, ainda são poucos os estudos que documentam as diferenças de uso do teste de HIV na vida por raça/cor de pele entre HSH e ATrMT (VILLELA; DORETO, 2006).

As iniquidades em saúde são desigualdades desnecessárias e evitáveis, determinadas pela forma em que a sociedade está estruturada, incluindo fatores sociais e econômicos. Relaciona-se a determinantes sociais de saúde, que vulnerabilizam sujeitos ao longo de sua existência (BUSS; PELEGRINI, 2006; WHITEHEAD, 1992). Trata-se da negação da equidade, conceito do campo da ética, que reforça a cidadania de indivíduos por meio da igualdade, justiça social e direitos humanos (SANTOS, 2020). O racismo afeta negativamente os indicadores de morbimortalidade entre pessoas negras, constituindo-se como parte das iniquidades raciais em saúde (CAMELO *et al.*, 2022; JEREMIAH *et al.*, 2020). Estudos sobre o uso de teste de HIV reforça a preocupação do impacto do racismo no menor uso dessa tecnologia de saúde. Por exemplo, estudo realizado com jovens e adolescentes HSH na África do Sul mostrou que eles tinham receio de se testarem pela discriminação, quebra de sigilo e desconhecimento sobre o HIV (MACPHAIL *et al.*, 2008). Do mesmo modo, jovens negros HSH estadunidenses que sofreram racismo e discriminação por orientação

sexual tiveram menor chance de testagem para HIV na vida, em comparação aos que não sofreram (SCOTT *et al.*, 2018).

Assim, o objetivo do presente estudo foi analisar a associação entre raça/cor de pele e o uso de teste de HIV na vida entre AHSB e ATrMT de três capitais brasileiras.

## **Métodos**

### *Desenho e população do estudo*

Trata-se de uma análise transversal de base de dados da coorte PrEP1519, cuja população foi obtida por amostragem de conveniência com AHSB e ATrMT, que procuraram os serviços do estudo demonstrativo “PrEP1519” (DOURADO *et al.*, 2023) para iniciar a PrEP. Os dados fazem parte da linha de base deste estudo.

Os critérios de inclusão foram: idade entre 15 e 19 anos, autodeclaração como HSB e TrMT, ter risco substancial de infecção por HIV e residir ou trabalhar em Belo Horizonte, Salvador ou São Paulo. O critério de exclusão foi estar sob o efeito substâncias no momento da triagem que comprometessem a cognição para responder às entrevistas e realizar o atendimento.

### *Recrutamento e coleta de dados*

O recrutamento e a captação dos participantes da coorte ocorreu em locais de sociabilidade de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e pessoas transexuais (LGBT) e redes sociais. A inscrição de participantes no estudo foi realizada em clínicas nas três cidades do estudo em dois braços: PrEP (i.e., aqueles que optavam por iniciar o uso de PrEP e retornar para o acompanhamento trimestral) e não PrEP (i.e., aqueles que escolhiam usar apenas outros métodos de prevenção) (MAGNO *et al.*, 2022). Para todos os participantes que chegaram aos serviços foi ofertada testagem para HIV, hepatite A, B e C, sífilis e outras ISTs bacterianas nas visitas inicial e subsequentes. Os participantes também responderam questionário sociocomportamental, que foi aplicado por profissionais de saúde, educadores de pares ou pesquisadores treinados.

### *Variáveis do estudo*

A variável desfecho foi “uso de teste de HIV na vida”, por meio da pergunta “Você já fez teste para HIV antes deste estudo?” (não; sim) e a variável de exposição principal foi raça/cor de pele autodeclarada (pretos e pardos, categorizadas como negros; brancos).

As covariáveis do estudo foram:

i. Socioeconômicas: cidade do estudo (São Paulo; Belo Horizonte e Salvador); idade (15 a 17 anos; 18 e 19 anos); população de estudo (AHS cis; ATrMT), escolaridade (ensino fundamental; médio; superior), trabalho (não; sim), pessoa com quem mora (sozinho; com parceiro ou amigos; com família) e possuir plano de saúde privado;

ii. Comportamentais: uso inconsistente de preservativo devido ao uso do uso de álcool; prática de sexo grupal nos últimos três meses; autodeclarar-se profissional do sexo; uso de preservativo na primeira relação sexual; sexo anal sem preservativo nos últimos seis meses.

iii. Discriminação devido à orientação sexual e/ou identidade de gênero: aceitação do pai (aceita; desconhece/ignora; desaprova); discriminação na vida (não; sim); discriminação em serviços de saúde (não; sim).

### *Análise de dados*

A análise considerou os participantes recrutados entre fevereiro de 2019 e novembro de 2021. Realizou-se análise descritiva estratificada do desfecho uso de teste de HIV na vida por raça/cor de pele, classificada em negros (i.e., pretos e pardos) e brancos. A significância estatística das diferenças entre as proporções das variáveis nos estratos foi analisada por meio do teste do Qui-Quadrado de Pearson ou Fisher, quando necessário, considerando o nível de significância de 0,05. Em seguida, análise bivariada foi realizada para verificar fatores associados ao uso de teste de HIV na vida de acordo com cada um dos estratos (i.e., negros e brancos). Nesta etapa, utilizou-se também o teste do Qui-Quadrado de Pearson ou Fisher, quando necessário, considerando o nível de significância de 0,05, para determinar as diferenças estatisticamente significantes entre as proporções das variáveis nos estratos.

Posteriormente, as variáveis que apresentaram valor de  $P < 0,05$  em pelo menos um dos estratos da análise bivariada foram utilizadas para o modelo de regressão logística múltipla para determinar o modelo 1. Além disso, foi analisada as diferenças entre as proporções das *odds ratio* (OR) do modelo bruto (apenas desfecho e variável de exposição principal) e o modelo ajustado com a adição de covariáveis uma a uma. Aquelas variáveis com diferenças  $> 10\%$  foram consideradas no ajuste do modelo 2. Foram estimados intervalos de 95% de confiança (IC95%). O teste de Hosmer-Lemeshow e a área da curva ROC foram utilizados para análise da qualidade do ajuste. Utilizou-se o STATA (Statistics Data Analysis), versão 14.0.

### *Aspectos Éticos*

Este estudo foi realizado de acordo com as diretrizes da Resolução 466/2012 da CONEP/CNS e foi aprovado pelo Conselho de Ética e Pesquisa (CEP) das Universidades sedadoras do estudo PrEP1519: Universidade de São Paulo (USP) (no 70798017.3.0000.0065), Universidade Federal da Bahia (UFBA) (no 01691718.1.0000.5030) e Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (no 17750313.0.0000.5149); e pelo CEP da OMS (identificação do protocolo: “Fiotec-PrEP Adolescent study”). Os participantes a partir de 18 anos, foram orientados sobre o estudo, e quando concordaram em participar e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), enquanto os menores de 18 anos assinaram o termo de assentimento livre e esclarecido (TALE). Em São Paulo e Salvador, houve a autorização judicial de dispensa do consentimento dos pais. Entretanto, em Belo Horizonte essa autorização não foi concedida, sendo necessária a autorização por escrito dos pais ou responsáveis (DOURADO *et al.*, 2023).

### **Resultados**

Foram incluídos 1.243 adolescentes (Tabela 1), sendo a maior proporção oriunda de São Paulo (44,3%), homens cisgêneros que fazem sexo com homens (HSH cis) (91,6%), autodeclarados pretos (42,2%), com idade entre 18 e 19 anos (78,1%), com ensino médio completo (68,0%), sem vínculo empregatício (55,6%), residindo com a família (82,2%) e sem plano de saúde privado (74,1%). A proporção de adolescentes

que relataram que o consumo de álcool contribuiu para o uso inconsistente de preservativos foi de 22,9%; que tiveram experiências de sexo grupal, 24,6%; que se autodeclararam profissionais do sexo, 5,7%; e que praticaram sexo transacional, 14,2%. A maioria declarou não ter utilizado preservativo na primeira relação sexual (54,3%) e ter praticado sexo anal sem preservativo nos últimos seis meses (80,3%).

Quanto à aceitação da orientação sexual e/ou identidade de gênero pela família, quase metade dos participantes declarou que seu pai ignora ou desconhece sua identidade (58,8%), enquanto 46,0% afirmaram que suas mães aprovam. A discriminação por orientação sexual e/ou identidade de gênero ao longo da vida foi relatada por 31,7%, e a discriminação em serviços de saúde, por 12,1%.

Ao comparar as características segundo raça/cor, observou-se que adolescentes negros apresentaram piores indicadores socioeconômicos e de comportamento de risco para o HIV, em comparação com os brancos ( $P < 0,05$ ), destacando-se: maior proporção com apenas o ensino fundamental (10,1% vs. 5,2%) e menor proporção com ensino médio completo (20,3% vs. 30,8%), ausência de plano de saúde (78,5% vs. 62,8%) e não uso de preservativo na primeira relação sexual (57,2% vs. 47,2%). Além disso, foi identificada maior proporção de pessoas negras em Salvador (41,0%), em comparação com São Paulo (36,9%) e Belo Horizonte (22,1%) (Tabela 1).

A maioria dos participantes referiu já ter realizado teste de HIV na vida (56,6%), sendo que a maior parte realizou o teste nos últimos seis meses (64,0%). Houve diferença significativa ( $P = 0,001$ ) entre adolescentes negros (53,7%) e brancos (64,0%) quanto à testagem na vida. Ao desagregar a categoria “negros” em pretos e pardos, observou-se que adolescentes brancos testaram mais para HIV na vida (63,2%) do que os pardos (55,8%), e estes mais do que os pretos (51,1%) ( $P = 0,003$ ) (Figura 2). Essa tendência se manteve entre HSH (63,3% vs. 55,8% vs. 51,2%, respectivamente;  $P = 0,003$ ), enquanto que, entre pessoas TrMT pretas (62,3%) apresentaram maior proporção de testagem do que pardas (56,7%), embora essa diferença não tenha sido estatisticamente significativa ( $P = 0,4$ ) (Figura 2).

Na análise bivariada estratificada por raça/cor, entre os adolescentes negros, a maior proporção de testagem na vida foi observada entre aqueles que moravam em São Paulo (60,7%), tinham entre 18 e 19 anos (56,1%), cursavam o ensino superior

(62,1%), viviam sozinhos (75,0%), se autodeclaravam profissionais do sexo (76,0%), relataram prática de sexo anal sem preservativo nos últimos seis meses (56,6%), receberam desaprovação do pai quanto à sua orientação sexual e/ou identidade de gênero (62,6%) e relataram discriminação em serviços de saúde (66,7%) (Tabela 3).

Entre os adolescentes brancos, a maior proporção de testagem prévia para HIV foi observada entre aqueles que residiam em São Paulo (69,4%), tinham entre 18 e 19 anos (67,6%), cursavam o ensino superior (76,4%), estavam empregados (71,7%), possuíam plano de saúde (73,2%), relataram sexo grupal (80,7%), se autodeclararam profissionais do sexo (88,2%), tiveram aprovação materna quanto à orientação sexual e/ou identidade de gênero (71,0%), bem como entre os que relataram ter sofrido discriminação ao longo da vida (72,2%) e em serviços de saúde (85,0%) devido à sua orientação sexual e/ou identidade de gênero (Tabela 3).

A análise multivariada por regressão logística múltipla identificou que AMSM e TrMT apresentaram, respectivamente, 26% (OR ajustada [ORa]: 0,74; IC 95%: 0,55–0,98) e 38% (ORa: 0,62; IC 95%: 0,45–0,87) menos chances de terem sido testados para HIV na vida, em comparação com adolescentes brancos, nos modelos 1 e 2, respectivamente (Tabela 4).

## **Discussão**

Este estudo identificou iniquidades raciais no uso de teste de HIV na vida entre adolescentes HSH e TrMT negros. Evidenciou-se menor testagem para HIV na vida entre negros, em concordância com outros estudos que encontraram menor chance de testagem em pessoas negras (KNOX *et al.*, 2011; MAGNO *et al.*, 2023; MDODO *et al.*, 2014).

Além disso, observou-se redução gradual na testagem de HIV na vida, quando se comparou AHSB brancos, pardos e pretos. Nesse sentido, essas diferenças podem ser resultantes do fenômeno de colorismo na sociedade brasileira, constituindo um sistema hierárquico entre as pessoas negras, baseada na tonalidade da cor da pele: quanto mais claro o tom de pele (e.g., pardo), menor seria a exposição do indivíduo ao racismo (DEVULSKY, 2021). Assim, a maior proporção de testagem entre AHSB pardos pode estar relacionada a maior proximidade fenotípica aos brancos. Entre as

ATrMT, no entanto, não se observou o mesmo fenômeno, possivelmente devido ao pequeno tamanho amostral.

Além disso, observa-se, no nosso estudo, um perfil maior de vulnerabilidade social e comportamental entre AHS e ATrMT negros em comparação com os brancos (e.g., maior proporção de baixa escolaridade e de não uso de preservativo na primeira relação sexual). A vulnerabilidade social desta amostra acompanha a realidade da população negra brasileira, a qual possui menor renda média mensal e baixo acesso a direitos sociais, quando comparada com a população de brancos (ALMEIDA, 2019; BRASIL, 2007; CHEHUEN *et al.*, 2015). Nesse sentido, a população negra apresenta menores níveis de escolaridade, maiores dificuldades no acesso à serviços de saúde e informações (BRASIL, 2007; CHEHUEN *et al.*, 2015), bem como à prevenção e testagem de HIV (BRASIL, 2007; MDODO *et al.*, 2014; WERNECK, 2016).

A proporção de ter sido testado para HIV na vida foi maior entre aqueles com idade maior (i.e., 18 a 19 anos) em ambos os subgrupos raciais, demonstrando a importância da idade para a testagem. Outros estudos, em outros países e contextos, também mostraram a associação entre idade mais velha e testagem entre HSH (CROWELL *et al.* 2022; FERNANDEZ-BALBUENA *et al.*, 2014; GREEN *et al.*, 2017; KRUEGER *et al.*, 2016; WILLIARD *et al.*, 2012) e TrMT (CROWELL *et al.*, 2022; FERNANDEZ-BALBUENA *et al.*, 2014; STROMDAHL; HOIJER; ERIKSEN, 2019), porém não compararam a mesma faixa etária contida em nosso estudo. Esses achados podem refletir o distanciamento dos serviços de saúde, geralmente vivenciado pelos adolescentes em geral, que são muitas vezes expostos ao cuidado permeado por visões estereotipadas, discriminatórias, normativas e inespecíficas para essa fase da vida. Soma-se, ainda, a falta de privacidade e intervenções subjetivas morais (STROMDAHL; HOIJER; ERIKSEN, 2019). Entretanto, no nosso estudo se observa que mesmo entre os participantes mais velhos, os negros continuam em desvantagem, pois possuem menos uso de teste na vida em comparação com os brancos.

Nesse âmbito, relatório da UNAIDS (2022) aponta para necessidade de criação de programas de prevenção para jovens e adolescentes, considerando a diversidade dentro desse grupo e as populações-chave, como AHS e ATrMT. Segundo o ECA (BRASIL, 2022), a autonomia, confidencialidade e sigilo em atendimentos a

adolescentes e jovens deve ser preservada, exceto em situações de risco à saúde desses usuário (SILVA; ENGSTROM, 2020). Esta excepcionalidade incluída no ECA só poderá ser utilizada com parcimônia e extremo cuidado pois, pode contribuir para várias situações de quebra de sigilo e confidencialidade. Grupos focais realizados com adolescentes sulafricanos identificaram desconfiança sobre a confidencialidade de atendimentos para rastreio de HIV/ISTs, receio de perda de autonomia e falta de programas de prevenção para essa faixa etária (MACPHAIL *et al.*, 2008). Assim, na maioria dos casos, a autonomia deve ser estimulada e respeitada como forma de responsabilização e exercício de direitos individuais<sup>33</sup>, havendo necessidade de realizar educação permanente para esses trabalhadores, com foco na autonomia de adolescentes, e considerando especificidades da população negra.

Observou-se também peculiaridades nas características associadas à testagem de HIV por cor de pele. Entre os negros, a proporção de ter se testado na vida foi menor para aqueles em vulnerabilidade social (i.e., com ensino fundamental) e com maior risco de infecção por HIV (i.e., autodeclarar-se profissional do sexo), do que entre os brancos com as mesmas características. Entre os brancos, a maior proporção de testagem esteve relacionadas à aprovação familiar, plano de saúde e trabalho. Observou-se vulnerabilidade social associada à menor chance de testagem de HIV (MILLET *et al.*, 2011) em outros contextos, especialmente nos Estados Unidos da América (EUA). Por exemplo, um estudo de corte transversal realizado com HSH negros adultos neste país, de 2014 a 2017, mostrou que a chance de testagem prévia de HIV associou-se positivamente ao alto nível de escolaridade (MATTHEWS *et al.*, 2019).

As vulnerabilidades sociais vinculadas ao racismo reforçam as iniquidades raciais (BATISTA; MONTEIRO; MEDEIROS, 2013). Essa exclusão racial sistemática influencia negativamente o processo de saúde-adoecimento de pessoas negras. Além disso, a ascensão social nem sempre produz melhores condições de saúde (ASSARI, 2018) e apresenta maiores reflexos positivos na saúde de pessoas brancas em comparação às negras (MILLET *et al.*, 2011). Em nosso estudo, por exemplo, observou-se uma associação entre maior proporção de testagem de HIV na vida e possuir trabalho apenas em adolescentes brancos. Nesse sentido, o racismo dificulta o uso do teste

(MILLET *et al.*, 2011), mesmo entre aqueles negros que tenham maiores condições econômicas e sociais de acessá-lo.

Nosso estudo também mostrou que os adolescentes negros que declararam morar com a família tiveram menor proporção de testagem em comparação com os que moravam sozinhos. A preocupação com a confidencialidade e o sigilo do resultado do teste de HIV (TAQUETTE; RODRIGUES; BORTOLOTTI, 2017) pode explicar a associação encontrada. Apesar da autonomia dos adolescentes, com idade entre 12 e 17 anos, estar presente em documento do Ministério da Saúde e no ECA (BRASIL, 1990, 2022), a decisão do atendimento dessa população sem a presença dos pais e responsáveis esbarra em avaliações, muitas vezes subjetivas dos profissionais de saúde sobre a capacidade e possibilidade do exercício da autonomia para realizar a testagem e ter acesso ao resultado (BRASIL, 2004). Estudo brasileiro qualitativo realizado com adolescentes entre 13 e 19 anos, entre 2010 e 2011, identificou que os adolescentes possuem restrições à divulgação do resultado do teste para a família (TAQUETTE; RODRIGUES; BORTOLOTTI, 2017).

No presente artigo, observou-se também que a discriminação em serviços de saúde devido à orientação sexual ou identidade de gênero reduziu a proporção de testagem entre adolescentes negros e brancos, em concordância com estudos em adultos HSH e TrMT (BRASIL, 2013b; MAGNO *et al.*, 2023). Estudo transversal realizado em São Salvador entre HSH e TrMT observou menor testagem associada à discriminação de minorias sexuais por provedores de saúde (ANDRINOPOULOS, K; HEMBLING, J; GUARDADO, ME, 2015). A discriminação relacionada à orientação sexual ou identidade de gênero em instituições (BRASIL, 2013; DA SILVA; ROSA; GAGLIOTTI, 2021; SALVADORI; HANN, 2009) se manifesta através de constrangimentos e insultos que violam direitos e reduz o acesso aos serviços de saúde, principalmente pelo receio de sofrer discriminação (SALVADORI; HANN, 2009). Apesar dos achados sugerirem que a discriminação afeta ambos subgrupos raciais, é importante chamar atenção que a homofobia e a transfobia geralmente atuam concomitantemente com outras formas de opressão, tais como o racismo (PARKER; AGGLETON, 2003).

Apesar das especificidades encontradas entre negros e brancos, observou-se neste estudo que a raça/cor de pele é a principal variável associada ao uso de teste de HIV na vida, quando ajustada por todas outras. Essas diferenças raciais observadas podem estar associadas ao racismo estrutural em uma sociedade desenvolvida a partir da desumanização e exclusão de pessoas negras para manutenção de privilégios para uma minoria branca (ALMEIDA, 2019; CHEHUEN et al., 2015; HAEMILTON; CARMICAEL, 1967). Dentro da organização sistemática do racismo (ALMEIDA, 2019), o racismo institucional (BRASIL, 2007; HAEMILTON; CARMICAEL, 1967; WERNECK, 2016) acentua vulnerabilidades e iniquidades raciais em saúde de AHS e ATrMT negros. Esta dimensão do racismo refere-se ao fracasso de instituições em prover serviços de qualidade a diferentes cidadãos independentemente da raça/cor (HAEMILTON; CARMICAEL, 1967) constituindo importante componente para vulnerabilidade de pessoas negras ao HIV. O racismo institucional acentua desigualdades socioeconômica, educacional e, conseqüentemente, provoca barreiras ao acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2007; CHEHUEN et al., 2015; WERNECK, 2016), como por exemplo, à testagem de HIV (MORA; BRIGEIRO; MONTEIRO et al., 2018; MILLET et al., 2011; PETERSON; JONES, 2009). Dessa forma, o racismo contra pessoas negras as afasta dos serviços de saúde, com prejuízo ao acesso aos necessários cuidados (CHEHUEN et al., 2015; RAVENELL; WHITAKER; JOHNSON, 2008; SCOTT et al., 2014; WERNECK, 2016).

A UNAIDS (2022), por exemplo, pontua que em países de grandes dimensões e distribuição de renda irregular, tais como o Brasil, a população negra está sujeita às iniquidades raciais de saúde relacionadas ao HIV. Assim, faz-se necessário a adoção de políticas de inclusão racial e atendimento integrado à população negra voltados para a prevenção do HIV, incluindo a testagem. Adicionalmente, há necessidade de expansão da testagem para HIV e outros métodos de prevenção combinada, principalmente para populações-chave e vulneráveis. A meta “95-95-95” para 2030 propõe que haja 95 % das pessoas vivendo com HIV testadas e que saibam do seu status sorológico (UNAIDS, 2022). Para que essa meta seja alcançada, esforços coletivos urgentes precisam ser feitos contra o estigma e discriminação, com respeito

inequívoco dos direitos humanos, incluindo à orientação sexual ou identidade de gênero e à raça/cor de pele, que afetam de maneira desigual e mais intensa os AHSB e ATrMT negros.

Nesse sentido, é necessário investimentos em políticas públicas para prevenção ao HIV entre AHSB e ATrMT, especificamente negros, com o objetivo de ampliar o uso da testagem nessa população e reduzir estigma e tabus envolvidos no atendimento de adolescentes (BRASIL, 2013; TAQUETTE; RODRIGUES; BORTOLOTTI, 2017) por profissionais de saúde. Além disso, são necessárias campanhas na mídia e mensagens direcionadas a esse público, trazendo situações usuais e representatividade da população negra, o que pode contribuir para aumentar o acesso e a realização da testagem de HIV (CARBALLO-DUIEGUÉZ *et al.*, 2013; RAVENELL; WHITAKER; JOHNSON, 2008). A valorização das especificidades dessa população também deve ser levada em consideração no planejamento dessas ações (ROCHA *et al.*, 2020), tais como observado no cuidado de TrMT em estudo realizado em São Paulo (SILVA-SANTISTEBAN *et al.*, 2016). Exemplos neste sentido são numerosos na América Latina, como, por exemplo, a implementação de clínicas amigas de pessoas LGBT na Argentina, de serviços adaptados às pessoas trans no México, de unidades móveis de testagem, bem como a criação de leis anti-transfobia em diversos países da região (LIPMANN *et al.*, 2016). Além disso, é importante expandir as modalidades de prevenção ao HIV e testes ofertados pelo Sistema Único de Saúde, de acordo com o perfil e especificidades dos adolescentes, que contemplem vulnerabilidades e particularidades da sexualidade (CARBALLO-DUIEGUÉZ *et al.*, 2013; RAVENELL; WHITAKER; JOHNSON, 2008), considerando-se autotestes (BUSTAMANTE *et al.*, 2016), testagem por correio e unidades móveis (ROCHA *et al.*, 2020). Para este objetivo, é altamente recomendável serviços de saúde dedicados aos adolescentes e a intensificação de atividades de saúde nas escolas por equipes de saúde, especialmente aquelas relacionadas à sexualidade, à diversidade e contra a violência.

Esse estudo apresenta algumas limitações. Primeiramente, a amostra foi não probabilística e não representa a população de AHSB e ATrMT das cidades do estudo. Ademais, outras formas de opressão estruturais podem estar associadas de forma interseccional à testagem de HIV e não foram consideradas desta maneira neste

estudo. Portanto, recomenda-se a realização de novos estudos que analisem marcadores da diferença social de forma interseccional no uso de tecnologias de diagnóstico e prevenção do HIV. Apesar disso, em nosso conhecimento, este estudo é o maior inquérito sobre testagem de HIV entre adolescentes dessas populações no Brasil e traz informações úteis para o planejamento de programas de saúde.

## **DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE**

O(s) autor(es) declara(m) não haver conflitos de interesse potenciais com relação a pesquisa, autoria e publicação deste artigo.

## **FINANCIAMENTO**

Este projeto foi possível graças ao financiamento e apoio da Unitaid (#2017-15-FIOTECPrEP). A Unitaid acelera o acesso a produtos de saúde inovadores e estabelece as bases para sua expansão por países e parceiros. Unitaid é uma parceria hospedada da Organização Mundial da Saúde.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos aos participantes desta pesquisa que de forma voluntária colaboraram em todas as fases da pesquisa. O agradecimento é extensivo a equipe de trabalho do Projeto PrEP1519 em todos os sítios, às organizações não governamentais, às universidades públicas responsáveis pelo projeto, ao Ministério de Saúde através da Secretaria de Saúde e do Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

## **REFERÊNCIAS**

AIMEIDA, H. B. *Diferenças, igualdade* São Paulo: Berlendis & Vertecchia, 2012.

ALMEIDA, S. *Racismo estrutural*. São Paulo: Pólen, 2019.

ANDRINOPOULOS, K. et al. Evidence of the Negative Effect of Sexual Minority Stigma on HIV Testing Among MSM and Transgender Women in San Salvador, El Salvador. **AIDS Behav** v.19, p:60–71, 2015.

ASSARI, S. Race, intergenerational social mobility and stressful life events. **Behav Sci (Basel)**, v.8, n.86, 2018.

BATISTA, LE; MONTEIRO, RB; MEDEIROS, RA. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. **Saúde debate**. v.37, n.99, p:681–90, 2013.

BRASIL. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 16 jul. 1990.

BRASIL. Ministério da mulher, família e direitos humanos (BR). Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Brasil, 2022.

BRASIL. Ministério da mulher, família e direitos humanos (BR). Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Brasil, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Prevenção combinada do HIV: bases conceituais para profissionais, trabalhadores e gestores da Saúde. Brasil: MS, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília : 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS. Brasil: MS, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Brasília: MS; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Implicações éticas do diagnóstico e da triagem sorológica do HIV [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 .

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Recomendações para a Atenção Integral a Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Recomendações para a Atenção Integral a Adolescentes

e Jovens Vivendo com HIV/Aids / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013c.

BUSS, PM; PELLEGRINI, FA. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cad Saúde Pública**. v.22, n.9, p:2005-8, 2006.

BUSTAMANTE, MJ. Et al. HIV self-testing in Peru: questionable availability, high acceptability but potential low linkage to care among men who have sex with men and transgender women. **Int J STD AIDS**. 2017 Feb;n.28, v.2 p:133-137, 2017.

CAMELO, LV. *et al.* Racismo e iniquidade racial na autoavaliação de saúde ruim: o papel da mobilidade social intergeracional no Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil). **Cad Saúde Pública**. v.38, n.1, 2022.

CARBALLO-DIÉGUEZ, A. et al. HIV status disclosure among infected men who have sex with men (MSM) in Bueno Aires, Argentina. **AIDS Educ Prev**. v. 25, n.6, p:457-76, 2013.

CARMICHAEL, S.; HAMILTON, C. Black power: the politics of liberation in America. New York: Vintage, 1967.

CHEHUEN, NJA. *et al.* Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. **Ciênc saúde coletiva** [Internet]. 2015Jun;20(Ciênc. saúde coletiva, v. 20, n.6, p:1909-16, 2015.

COELHO, LE *et al.* The Prevalence of HIV Among Men Who Have Sex With Men (MSM) and Young MSM in Latin America and the Caribbean: A Systematic Review. **AIDS Behav**. v. 25, n.10, p:3223-3237, 2021.

COTA, VL; DA CRUZ, MM. Barreiras de acesso para Homens que fazem Sexo com Homens à testagem e tratamento do HIV no município de Curitiba (PR). **Saúde em Debate**. v. 45, n. 129, pp. 393-405. 2021.

CROWELL, TA *et al.* RV348B Study Group. Factors associated with testing for HIV and other sexually transmitted infections in men who have sex with men and transgender women in Bangkok, Thailand. **AIDS Res Ther**. v. 19, n.1, 2022.

DA SILVA, ATC., ROSA, CAP., GAGLIOTTI, DAM. LGBTQIA+fobia institucional na área da saúde in Saúde LGBTQIA+. Práticas de cuidado transdisciplinar. Santana de Parnaíba (SP): Manole, 2021.

DEVULSKY, Alessandra. Colorismo. São Paulo: Jandaíra, 2021.

DOURADO, I. *et al.* Prevenção combinada do HIV para homens adolescentes que fazem sexo com homens e mulheres adolescentes transexuais no Brasil: vulnerabilidades, acesso à saúde e expansão da PrEP. **Cad. Saúde Pública** v. 39, sup 1, 2023.

FERNANDEZ-BALBUENA, S *et al.* Highly visible street-based HIV rapid testing: is it an attractive option for a previously untested population? A cross-sectional study. **Sex Transm Infect.**v.90, n. 2 p:112–8, 2014.

GREEN, K *et al.* Is HIV self-testing acceptable to key populations in Vietnam? Results from a cross-sectional study of men who have sex with men, female sex workers and people who inject drugs. 21th International AIDS Conference (AIDS 2016) Durban, South Africa, 18-22 July 2016.

JEREMIAH, R. *et al.* A qualitative community assessment of racial/ethnic sexual gender minority young adults: principles for Strategies to Motivate Action(s) for Realistic Tasks (SMART Thinking) addressing HIV/AIDS, viral hepatitis, mental health, and substance abuse. **Am J Mens Health.** v. 14, n.5, p:1-10, 2020.

KERR, L. *et al.* HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil: results of the 2nd national survey using respondent-driven sampling. **Medicine (Baltimore).** v. 97, s:9-15, 2018.

KNOX, J. *et al.* Social vulnerability and HIV testing among South African men who have sex with men. **Int J STD AIDS.** v. 22, n.12, p:709-13, 2011.

KRUEGER, EA. *et al.* HIV testing among social media-using Peruvian men who have sex with men: correlates and social context. **AIDS Care.** v.28, n.10, p:1301-5, 2016. .

LIPPMAN, SA. *et al.* Acceptability and Feasibility of HIV Self-Testing Among Transgender Women in San Francisco: A Mixed Methods Pilot Study. **AIDS Behav.**

MOUTINHO, L. Diferenças e desigualdades negociadas: raça, sexualidade e gênero em produções acadêmicas recentes. *Cadernos Pagu*, 42, 201-248, 2014.

MACPHAIL, C. *et al.* "You must do the test to know your status": attitudes to hiv voluntary counseling and testing for adolescents among South African youth and parents. **Health Education & Behavior**, Johannesburg, South Africa, v. 35, n. 1, p. 87-104, 2008.

MAGNO L *et al.* Reaching Out to Adolescents at High Risk of HIV Infection in Brazil: Demand Creation Strategies for PrEP and Other HIV Combination Prevention Methods. **Arch Sex Behav** . 2022

MAGNO, L. *et al.* Factors associated to HIV prevalence among adolescent men who have sex with men in Salvador, Bahia State, Brazil: baseline data from the PrEP1519 cohort. **Cad Saúde Pública**. Supl. 39, 2023.

MAGNO, L. *et al.* HIV Testing Strategies, Types of Tests, and Uptake by Men Who have Sex with Men and Transgender Women: A Systematic Review and Meta-analysis. **AIDS Behav.** v. 27, n.2, p:678-707, 2023.

MATTHEWS, DD. *et al.* Black Men Who Have Sex with Men and Lifetime HIV Testing: Characterizing the Reasons and Consequences of Having Never Tested for HIV. **Prev Sci.** v.20, n.7, p:1098-1102, 2019.

MDODO, R. *et al.* Rapid HIV testing at gay pride events to reach previously untested MSM: U.S., 2009–2010. **Public Health Rep.** v. 129, n.4, p:328-34, 2014.

MILLET, GA. *et al.* Mistaken assumptions and missed opportunities: correlates of undiagnosed HIV infection among black and Latino men who have sex with men. **J Acquir Immune Defic Syndr.** v. 58, n.1, p:64-71, 2011.

MONTANER, JS *et al.* Expansion of HAART coverage is associated with sustained decreases in HIV/AIDS morbidity, mortality and HIV transmission: the "HIV Treatment as Prevention" experience in a Canadian setting. **PLoS One.** v. 9, n.2, Fev 2014.

MORA C, BRIGEIRO M, MONTEIRO S. HIV Testing Among "MSM": Prevention Technologies, Sexual Moralities and Serologic Self-surveillance. **Physis.** v.28, n.2, 2018.

PARKER, R; AGGLETON, P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. **Soc Sci Med.** v. 57, n.1, p:13-24, 2003.

PETERSON, JL; JONES, KT. HIV prevention for Black men who have sex with men in the United States. **Am J Public Health.** v,99, n.6, p:976–80, 2009.

RAVENELL, JE; WHITAKER, EE; JOHNSON, WE JR. According to him: barriers to healthcare among African-American men. **J Natl Med Assoc.** v. 100, n.10, p:1153-60, 2008.

ROCHA, ABMD. *et al.* HIV continuum of care among trans women and travestis living in São Paulo, Brazil. **Rev Saude Publica.** v.20, n.54, 2020.

SALVADORI, M; HAHN, GV. Confidencialidade médica no cuidado ao paciente com HIV/aids. **Rev Bioét.** v.27, n.1, p:153–63, 2019.

SANTOS, IL. Igualdade, equidade e justiça na saúde à luz da bioética. **Rev. Bioét.** v. 28, n.2, p:229-238. 2020.

SCOTT, HM *et al.*. Peer social support is associated with recent HIV testing among young black men who have sex with men. **AIDS Behav.** v. 18, n.5, p:913-20, 2014.

SILVA, RF; ENGSTROM, EM. Atenção integral à saúde do adolescente pela Atenção Primária à Saúde no território brasileiro: uma revisão integrativa. **Interface (Botucatu)**, supl. 24, 2020.

SILVA-SANTISTEBAN, A. et al. HIV prevention among transgender women in Latin America: implementation, gaps and challenges. **J Int AIDS Soc.** V.19, n. 3, supl 2, 2016.

STROMDAHL, S; HOIJER, J; ERIKSEN, J. Uptake of peer-led venue-based HIV testing sites in Sweden aimed at men who have sex with men (MSM) and trans persons: a cross-sectional survey. **Sex Transm Infect.** v.95, n.8, p:575–9, 2019.

TAQUETTE, SR; RODRIGUES, AO; BORTOLOTTI, LR. Percepção de pacientes com AIDS diagnosticado na adolescência sobre o aconselhamento pré e pós-teste HIV. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.1, 2017.

UNAIDS/OMS. Global commitments, local action: after 40 years of AIDS, charting a course to end the pandemic. UNAIDS, 2021.

UNAIDS/OMS. IN DANGER: UNAIDS Global AIDS Update 2022. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2022.

URBANO, AZR. Percepções e práticas de profissionais de saúde no atendimento a adolescentes e jovens gays, homens que fazem sexo com homens, travestis e mulheres transexuais que usam a profilaxia pré-exposição ao hiv (PreP) [master's thesis]. Santos: Universidade Católica de Santos; 2022.

VILLELA, WV; DORETO DT. Sobre a experiência sexual dos jovens. **Cad. Saúde Pública.** V.22, n.11, p:2467-2472, 2006.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde Soc.**, v.25, n.3, p.535-549, 2016.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. **Int J Health Serv** v.22, p:429-45, 1992.

WILLIARD, N, *et al.* Bridging the gap between individual level risk for HIV and structural determinants: Using root cause analysis in strategic planning. **Journal of Prevention and Intervention in the Community**. v. 40, p:103-117, 2012.

Figura 2. Testagem de HIV na vida em AHSH por raça-cor de pele

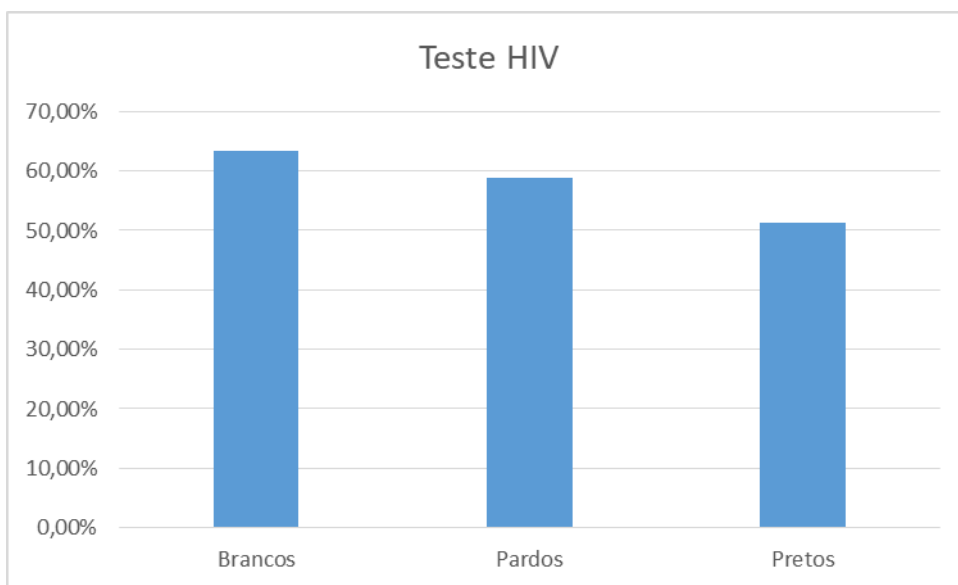


Figura 3. Testagem de HIV na vida em ATrMT por raça-cor de pele

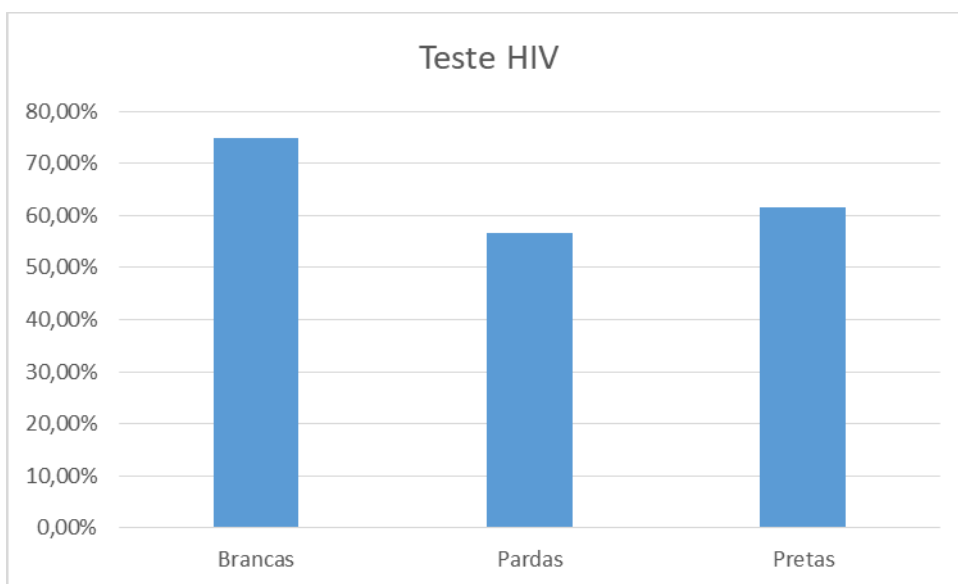


Tabela 1 – Análise descritiva da população de AHS e ATrMT e estratificação por raça/cor de pele, estudo PrEP1519, Brasil, fevereiro/2019 a novembro/2021 (N=1.243)\*.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Negros n (%)</b>	<b>Branco n (%)</b>	<b>Valor de P</b>
<b>Teste de HIV na vida</b>					<0,01
Não	540	43,4	416 (46,3)	124 (36,0)	
Sim	703	56,6	483 (53,7)	220 (64,0)	
<b>Tempo da última testagem</b>					0,33
Menos de 6 meses	449	64,0	302 (62,5)	147 (67,1)	
De seis meses até 1 ano	162	21,6	107 (22,2)	45 (20,6)	
De 1 ano até 3 anos	85	12,1	60 (12,4)	25 (11,4)	
Mais de três anos	16	2,3	14 (2,9)	2(0,9)	
<b>Sócio-demográficas</b>					
<b>Local do estudo</b>					<0,001
São Paulo	550	44,3	331 (36,9)	219(63,7)	
Belo Horizonte	276	22,2	198 (22,1)	78 (22,7)	
Salvador	415	33,5	368 (41,0)	47 (13,6)	
<b>População do estudo</b>					0,07
HSH cisgênero	1139	91,6	816 (90,8)	324 (93,9)	
TrMT	104	8,4	83 (9,2)	20 (6,1)	
<b>Idade</b>					0,14
15 a 17 anos	272	21,9	212 (23,6)	68 (19,7)	
18 a 19 anos	971	78,1	686 (76,4)	276 (80,3)	
<b>Escolaridade</b>					<0,001
Ensino fundamental	109	8,8	91 (10,1)	18(5,2)	
Ensino médio	844	68,0	624 (69,6)	220 (64,0)	
Ensino superior	288	23,2	182 (20,4)	106 (30,8)	
<b>Possuir trabalho</b>					0,42
Não	691	55,6	506 (56,3)	181(53,7)	
Sim	552	44,4	393 (43,7)	159 (46,3)	

<b>Pessoa com quem mora</b>					0,33
Sozinho	75	6,1	56 (6,3)	19 (5,5)	
Com o parceiro ou amigo	144	11,7	94 (10,6)	50 (14,6)	
Com a família	1012	82,2	738 (83,1)	274 (79,9)	
<b>Plano de saúde privado</b>					<0,001
Não	906	74,1	692 (78,5)	214 (62,8)	
Sim	316	25,9	189 (21,5)	127 (37,2)	

### Comportamentais

<b>Uso inconsistente preservativo por conta do uso de álcool</b>					0,37
Não	658	77,1	477 (77,9)	181 (75,1)	
Sim	195	22,9	135 (22,1)	60 (24,8)	
<b>Prática de sexo grupal (nos últimos três meses)</b>					0,87
Não	651	75,4	473 (75,2)	178 (75,7)	
Sim	213	24,6	156 (24,8)	57(24,3)	
<b>Autodeclarar-se profissional do sexo</b>					0,64
Não	1118	94,4	805 (94,2)	313 (94,9)	
Sim	67	5,6	50 (5,8)	17 (5,1)	
<b>Uso de preservativo na primeira relação sexual</b>					0,002
Não	645	54,3	485 (57,2)	160 (47,2)	
Sim	542	45,7	363 (42,8)	179 (52,8)	
<b>Sexo anal sem preservativo nos últimos seis meses</b>					0,20
Não	245	19,7	169 (18,8)	76 (22,1)	
Sim	997	80,3	729 (81,2)	268 (77,9)	

### Aceitação e discriminação por conta de orientação sexual e/ou identidade de gênero

<b>Aceitação do pai</b>					0,65
Aprova	210	20,0	145 (19,4)	65 (21,5)	
Desconhece/Ignora	618	58,8	441 (58,9)	177 (58,6)	

Desaprova	223	21,2	163 (21,7)	60 (19,9)	
<b>Aceitação da mãe</b>					0,13
Aprova	538	46,0	369 (44,2)	169 (50,8)	
Desconhece/Ignora	461	39,5	342 (41,0)	119 (35,7)	
Desaprova	169	14,5	124 (14,8)	45 (13,5)	
<b>Discriminação na vida</b>					0,54
Não	775	68,3	559 (68,8)	196 (66,9)	
Sim	350	31,7	253 (31,2)	97 (33,1)	
<b>Discriminação em serviços de saúde</b>					0,83
Não	1054	87,9	754(87,8)	300 (88,2)	
Sim	145	12,1	105(12,2)	40 (11,8)	

---

Tabela 2 – Análise bivariada do uso do teste de HIV na vida e variáveis sociodemográficas, comportamentais, disc e de discriminação estratificada por raça/cor entre AHS e ATrMT, estudo PrEP1519, Brasil, fevereiro/2019 a novembro/2021.

<b>Testagem para HIV</b>				
<b>Variáveis</b>	<b>Negros N (%)</b>	<b>Valor de P</b>	<b>Branco N (%)</b>	<b>Valor de P</b>
<b>Sociodemográficas</b>				
<b>Local de estudo</b>				
São Paulo	201 (60,7)	0,006	152 (69,4)	0,002
Belo Horizonte	102 (51,5)		48 (61,5)	
Salvador	180 (48,9)		20 (42,6)	
<b>População de estudo</b>				
HSH cis	433 (53,1)	0,210	204 (63,2)	0,35*
TrMT	50 (60,2)		16 (76,2)	
<b>Idade</b>				
15 a 17 anos	94(45,6)	0,008	32 (48,5)	0,004
18 a 19 anos	389(56,1)		188 (67,4)	
<b>Escolaridade</b>				
Ensino fundamental	45 (49,5)	0,03	13 (72,2)	0,002*
Ensino médio	323 (51,8)		126 (57,3)	
Ensino superior	113 (62,1)		81 (76,4)	
<b>Trabalho</b>				
Não	259 (51,2)	0,080	106 (57,3)	0,006
Sim	224 (57,0)		114 (71,7)	
<b>Pessoa mora com quem</b>				
Sozinho	42 (75,0)	<0,001	13 (66,7)	0,130

Parceiro ou amigo	64 (68,1)		38 (76,0)	
Família	369 (50,0)		168 (61,3)	
<b>Plano de saúde privado</b>				
Não	373 (53,9)	0,593	125 (58,4)	0,006
Sim	106 (56,1)		93 (73,2)	

---

### Comportamentais

#### Uso inconsistente de preservativo por conta do uso de álcool

Não	120 (63,3)	0,209	264 (55,4)	0,337
Sim	45 (75,0)		81 (60,0)	

#### Sexo grupal (nos últimos 3 meses)

Não	259 (54,8)	0,105	118 (66,3)	0,039
Sim	97 (62,2)		46 (80,7)	

#### Autodeclarar-se profissional do sexo

Não	415 (51,6)	0,001	197 (62,9)	0,034*
Sim	38 (76,0)		15 (88,2)	

#### Uso de preservativo na primeira relação sexual

Não	270 (55,7)	0,23	105 (65,6)	0,56
Sim	187 (51,5)		112 (62,6)	

#### Sexo anal sem preservativo (nos últimos 6 meses)

Não	70 (41,4)	<0,001	42 (55,3)	0,07
Sim	413 (56,6)		178 (66,4)	

<b>Discriminação por orientação sexual e/ou identidade de gênero</b>				
<b>Aceitação do pai</b>				
Aprova	84 (57,9)	0,02	47 (72,3)	0,06
Desconhece/ignora	223 (50,6)		104(58,8)	
Desaprova	102 (62,6)		43(71,7)	
<b>Discriminação na vida</b>				
Não	299 (53,5)	0,944	116(59,2)	0,030
Sim	136 (53,8)		70(72,2)	
<b>Discriminação em serviços de saúde</b>				
Não	390 (66,7)	0,004	34 (85,0)	0,003
Sim	70 (51,7)		184 (61,3)	

Tabela 3 – Análise de regressão logística múltipla da associação entre raça/cor de pele e uso de teste de HIV na vida entre AHSB e ATrMT, estudo PrEP1519, Brasil, fevereiro/2019 a novembro/2021.

<b>Raça/cor de pele</b>	<b>Modelo bruto OR (IC95%)</b>	<b>Modelo 1** ORaj (IC95%)</b>	<b>Modelo 2*** ORaj (IC95%)</b>
Branca	1	1	1
Negra	0,65 (0,50-0,84)	0,74 (0,55-0,98)	0,62 (0,45-0,87)

IC95%: intervalo de 95% de confiança; OR: *odds ratio*. ORaj: *odds ratio* ajustada.

\* Modelo com 1243 participantes.

\*\* Ajustado por variáveis selecionadas através do critério do valor de  $p < 0,05$  na análise bivariada e relevância teórica: sítio do estudo, idade, escolaridade, autodeclarar-se profissional do sexo, discriminação em serviços de saúde ; Hosmer-Lemeshow = 0,4545; Área da curva ROC = 0,6738.

\*\* Ajustado por variáveis selecionadas através do critério do valor de  $p < 0,10$  (em pelo menos um estrato) na análise bivariada e com diferenças  $> 10\%$  na OR entre o modelo bruto e ajustado: cidade do estudo (16,9%), sexo grupal (13,8%); Hosmer-Lemeshow = 0,4484; Área da curva ROC = 0,5928. Modelo com 862 participantes.

## 5.2 PRODUTO TÉCNICO

### **Título: GUIA SOBRE PREVENÇÃO COMBINADA AO HIV PARA PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

#### **1 INTRODUÇÃO**

Apesar da implementação da estratégia de prevenção combinada ao HIV/aids e da maior disponibilidade de tecnologias de saúde de prevenção no Brasil (MAKSUD, FERNANDES, FILGUEIRAS, 2015), persiste o aumento dessa epidemia na população de HSH e MT (BASTOS *et al.*, 2018; KERR *et al.*, 2018), especificamente em pessoas negras (BRASIL, 2022). Os desafios para uso dessa modalidade de prevenção envolvem profissionais de saúde, usuários, aspectos organizacionais e estruturais (ESCUDEIR *et al.*, 2013). Em relação aos profissionais de saúde, o desconhecimento das possibilidades de métodos e sua disponibilidade, posturas conservadoras, estigma em relação ao HIV e populações-chave e receio quanto ao relaxamento no uso de preservativos com uso de novas tecnologias podem contribuir para menor oferta e orientação aos usuários sobre prevenção ao HIV/ISTs (BRASIL, 2017; MASSA; GRANGEIRO; COUTO, 2021; MAKSUD; FERNANDES; FILGUEIRAS, 2015; MATOS *et al.*, 2021).

A APS, cujo enfoque está na prevenção, acompanhamento continuado, primeiro contato (STARFIELD, 2002) e educação em saúde, constitui ambiente adequado para abordagem sobre prevenção combinada ao HIV e orientação sobre os diversos métodos de prevenção ao HIV, respeitando a autonomia dos usuários, especificamente adolescentes, e considerando a tridimensionalidade da vulnerabilidade dos indivíduos e grupos populacionais, especificamente pessoas negras e populações-chave, historicamente estigmatizadas e excluídas dos serviços de assistência à saúde (BRASIL, 2013, 2017; WERNECK, 2016)

Diante disso, o produto técnico tem como objetivo a construção de um guia sobre prevenção combinada ao HIV para profissionais da atenção primária à saúde (APS), discutindo vulnerabilidades específicas de aHSH e aTrMT da população negra, considerando o potencial para promoção de saúde e prevenção de agravos desse nível de atenção à saúde.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Informar sobre prevenção combinada ao HIV aos profissionais de saúde da APS de Salvador/Ba.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Apresentar principais métodos de prevenção combinada ao HIV disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS);
- Discutir a importância de considerar as vulnerabilidades de aHSH e aTrMT negros para prevenção ao HIV;
- Estimular o diálogo entre profissionais de saúde e usuários sobre prevenção combinada ao HIV;
- Informar locais da rede de atenção à saúde do município de Salvador/Ba com serviços de prevenção combinada ao HIV.

## **3 MÉTODOS**

### **3.1 ESCOPO DO MATERIAL**

Trata-se de um guia em formato *e-book* sobre prevenção combinada ao HIV, com enfoque na população de adolescentes, HSH e TrMT e pessoas negras.

### **3.2 PÚBLICO-ALVO**

Profissionais de saúde APS, principalmente médicos, enfermeiros, odontólogos, agentes comunitários de saúde e gestores de unidades de saúde da família (USF).

### **3.3 ETAPAS DE CONFECÇÃO**

A construção do material foi iniciada após revisão de literatura sobre prevenção combinada ao HIV em adolescentes, minorias sexuais e população

negra. Utilizou-se prioritariamente manuais e guias do Ministério da Saúde do Brasil, que normatizam as práticas de prevenção ao HIV nas unidades do SUS. Adicionalmente, baseou-se em estudos que abordaram vulnerabilidades de adolescentes, racismo institucional em saúde e LGBTfobia institucional, bem como seus reflexos na prevenção ao HIV/aids.

Para criação de casos fictícios, considerou-se possíveis situações no processo de trabalho na APS envolvendo o tema, que serviriam de pontos para discussão sobre o assunto proposto. Realizou-se contato com referências municipais dos programas de controle e prevenção do HIV/aids e saúde da população LGBT para atualizar informações sobre a rede de atenção à saúde municipal. Após escrita dos casos e fluxos, o material foi esquematizado em arquivo no formato *word* para posterior confecção por profissional de *design* gráfico, a definir.

#### 3.4 CONTEÚDO DO MATERIAL

Este material estrutura-se em forma de narrativas e casos fictícios, que norteiam os profissionais sobre métodos de prevenção ao HIV/aids. Além disso, esse guia dispõe sobre locais específicos da rede municipal de Salvador para prevenção ao HIV. Os capítulos propostos estão dispostos a seguir.

Quadro 1 – Capítulos do guia de prevenção combinada ao HIV

<b>Guia sobre prevenção combinada ao HIV para APS</b>		
<b>Capítulo</b>	<b>Título</b>	<b>Proposta</b>
Capítulo 1	Epidemiologia do HIV/aids	Evidenciar concentração da epidemia em HSH e TrMT e aumento de casos em pessoas negras e adolescentes.
Capítulo 2	Prevenção combinada ao HIV	Abordagem conceitual.
Capítulo 3	Vulnerabilidades ao HIV	Discutir principais vulnerabilidades de aHSH e aTrMT negros(as) ao HIV.
Capítulo 4	Testagem para HIV em adolescente HSH	Abordar autonomia, confidencialidade e direito a prevenção dos adolescentes
Capítulo 5	Caso de PEP e PrEP	Indicação de PrEP em usuários com PEP sexual de repetição
Capítulo 6	Rede de prevenção combinada no município de Salvador	Informar locais específicos para prevenção combinada em Salvador

#### **4 RESULTADOS ESPERADOS**

A difusão da estratégia de prevenção combinada ao HIV por meio da promoção à saúde e prevenção de HIV/aids mostra-se como instrumento potente para reduzir o desconhecimento da população e baixa adesão a essa estratégia. A APS constitui lócus favorável para orientação, estímulo a gestão de risco para HIV e pactuação sobre a combinação de diversas tecnologias de saúde na prevenção ao HIV e outras ISTs, devido ao seu *modus operandi*: longitudinalidade, primeiro acesso, abordagem comunitária, familiar, competência cultural, enfoque na prevenção e integralidade no cuidado.

Assim, espera-se com esse produto, estimular discussões na gestão e em equipe para estabelecimento de possibilidades de ampliação da oferta de métodos

de prevenção ao HIV, bem como práticas de educação em saúde voltadas para população, seja em atendimento individual ou por meio de abordagem comunitária, a fim de estimular práticas e atitudes saudáveis na área de prevenção a ISTs/aids.

AHSH e aTrMT, especificamente negros, possuem maior vulnerabilidade ao HIV/aids e maiores barreiras de acesso a serviços de saúde, devido ao estigma, preconceito e racismo, conforme abordado nesse referencial teórico. Ademais, concepções ultrapassadas sobre sexualidade, relações sexuais, autogestão de risco para HIV e enfoque no uso de preservativos em detrimento de outros métodos, que podem ser mais adequados, a depender da realidade dos usuários, podem estar associadas ao baixo conhecimento dos usuários e profissionais sobre a prevenção combinada.

À face do exposto, espera-se que este produto contribua para reduzir iniquidades em saúde, baseadas na raça, especificamente. E, adicionalmente, devido a estigma ao HIV/aids e discriminação por orientação sexual/identidade de gênero. Pretende-se reforçar o papel das vulnerabilidades específicas de pessoas negras, adolescentes, HSH e TrMT na processo saúde-adoecimento, em especial, na temática de HIV/aids. Por meio da interação com os casos desse produto, discussão em equipe e reavaliação do processo do trabalho, espera-se redução de barreiras de acesso dessas populações a APS e prevenção combinada ao HIV. Além disso, a apresentação da rede de atenção à saúde voltadas para essa estratégia no município de Salvador apresenta papel importante no ordenamento do fluxo desses pacientes na rede de atenção a saúde e facilitação de uso desses serviços.

Por fim, espera-se com esse guia estimular a qualificação do atendimento a pessoa adolescente, com criação de estratégias para respeitar sua autonomia, sigilo e confidencialidade da consulta, com corresponsabilidade entre o profissional e o usuário. Sabe-se que a temática das minorias sexuais, racismo institucional e prevenção combinada são poucos discutidos na formação do profissional em saúde, então, com esse guia, há possibilidade de aproxima-los da temática, e, além disso, no caso de profissionais de saúde preceptores, há também a expectativa de discussão com graduandos e residentes lotados em equipes de APS, a fim de disseminar informações importantes para prevenção combinada ao HIV.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevenção combinada ao HIV apresenta-se como estratégia de enfrentamento a esta epidemia, com enfoque nas populações chave, como é o caso de HSH e TrMT. Dentre os métodos de prevenção, destaca-se a testagem para o HIV, enquanto tecnologia disponível em diversas unidades de saúde no SUS, que possibilita interromper a cadeia de transmissão deste vírus precocemente. A testagem para HIV é influenciada por aspectos individuais, sociais e programáticos. Dentre os aspectos sociais e programáticos, este estudo observou iniquidades raciais na testagem para HIV na vida em aHSH e TrMT, o que impacta negativamente na prevenção combinada ao HIV. Especificamente, no Brasil, cuja população é majoritariamente negra.

Sabe-se que adolescentes e pessoas negras apresentam vulnerabilidades específicas, relacionadas ao aumento de taxa de detecção de HIV/aids e estudos internacionais apontam para iniquidades raciais no uso da prevenção combinada ao HIV. Nesta pesquisa, confirma-se a hipótese de menor uso de testagem na vida em adolescentes negros, sugerindo iniquidades raciais no uso dessa tecnologia em saúde determinadas, possivelmente, pelo racismo institucional em saúde no Brasil, ideologia que resulta em tratamento desigual, com base em características étnico-raciais. Dessa forma, há necessidade de avanços urgentes em políticas públicas de combate ao racismo no Brasil. Ademais, linhas de cuidado específicas para adolescentes (HSH e TrMT), com respeito a autonomia, confidencialidade e sigilo, são imprescindíveis para reduzir vulnerabilidades programáticas dessa população.

O nível superior de escolaridade em adolescentes negros mostrou associação com maior testagem na vida, sugerindo que maior acesso à educação pode melhorar as condições de vida e de saúde da população, bem como sua capacidade de autogestão de risco e prevenção ao HIV. Portanto, políticas afirmativas e de redistribuição de renda são importantes para reduzir as discrepâncias no uso de prevenção ao HIV, por intermédio das condições sócio-econômicas e educacionais.

Este estudo, até o momento, é o maior corte transversal que avalia iniquidades raciais na testagem para HIV em AHSH e ATrMT no Brasil. No entanto, sabe-se que a dinâmica e a coexistência de diversas formas de opressão imprimem

um espectro de vulnerabilidades em AHSB e ATrMT. Portanto, há necessidade de estudos brasileiros adicionais para ampliar conclusões sobre a testagem de HIV em adolescentes e sua associação com racismo, classismo, sexismo e discriminação por orientação sexual/ identidade de gênero, por meio de abordagem interseccional, para se aproximar mais da realidade das dinâmicas sociais de opressão na saúde brasileira.

Por fim, o produto técnico desta dissertação reforça a necessidade de profissionais de saúde e gestores em aperfeiçoar o processo de trabalho para prevenção de HIV em adolescentes de minorias sexuais, considerando-se a população negra e suas particularidades. A expansão de casos em AHSB e ATrMT e pessoas negras exige intervenções eficazes do Estado e dos profissionais, tais como educação continuada, redução do racismo institucional, discriminação e estigma em relação ao HIV, combate à homofobia e transfobia e respeito a autonomia e sigilo de usuários do SUS.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, AIS; RIBEIRO, JM; BASTOS, FI. Análise da política nacional de DST/Aids sob a perspectiva do modelo de coalizões de defesa. **Ciênc saúde coletiva**, v. 27, n.3, p. 837-48, 2022.

ALMEIDA, Sílvio. **Racismo estrutural**. Feminismos Plurais. São Paulo: Editora Pólen, 2019.

AMORIM, DU *et al*. Percepções e práticas de agentes comunitários de saúde sobre seu trabalho com adolescentes. **Saude Debate**. v. 38, n.101, p:254-66, 2014.

AQUINO, EML. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Rev. Saude Publica**, v.40, p.122-32, 2006.

ARÁN, M; MURTA, D; LIONÇO, T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. **Ciênc saúde coletiva**. v.14, n.4, p.114-9, 2009.

ARRIVILLAGA, M; TOVAR, LM; CORREA, D. Evidencia poblacional y análisis crítico de determinación social sobre el uso del condón en Colombia. **La Habana: Rev. cub. salud pública**. V. 38, n.4, p:553-61. 2012.

AYRES, JRJM *et al*. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 117-139, 2003.

AYRES, JRJM. Práticas educativas e prevenção de HIV/ AIDS: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface Comunic Saude Educ**. v.6, n.11, p. 11-24, 2002.

BARBIANI, R. et al. Atenção à saúde de adolescentes no Brasil: scoping review. **Revista Latinoamericanade Ciencias Sociales, Niñez y Juventud**, v.18, n.3), p: 1-26, 2018.

BASTOS, FI et al. HIV, HCV, HBV, and syphilis among transgender women from Brazil: assessing different methods to adjust infection rates of a hard-to-reach, sparse population. **Medicine (Baltimore)**. v.97,Suppl 1, p:16-24, 2018.

BATISTA, WM. A inferiorização dos negros a partir do racismo estrutural. **Rev Direito Práx**. v.9, n.4, p:2581-9, 2008.

BONES, RK. *et al* . Aconselhamento na perspectiva de profissionais da atenção básica:. **Cienc. Psicol.**, v. 12, n. 1, p. 67-78, 2018 .

BOWLEY, L. The problem with the phrase women and minorities: intersectionality— an important theoretical framework for public health. **Am J Public Health**. v.102, p:1267-1273, 2012.

BRAGA, IF *et al.* Family violence against gay and lesbian adolescents and young people: a qualitative study. **Rev Bras Enferm**. v. 71, p:1220-3. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento - CTA**: Manual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente (Atualização)**. Brasília, 2022.

BRASIL. **Lei 8.069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 jul. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília:MS : 1. ed., 1. reimp. 2013a.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. IBGE. Síntese dos Indicadores Sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira. Brasília, DF: IBGE, n. 44, 2015.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. IBGE. Síntese dos Indicadores Sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira. Brasília, DF: IBGE, n.35, 2020.

BRASIL. **Portaria nº 34**, de 28 de julho de 2005. Regulamenta o uso de testes rápidos para diagnóstico de infecção pelo HIV em situações especiais. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 29 jul. 2005.

BUZI, RS; SMITH, PB; WEINMAN, ML. HIV testing and counseling among adolescents attending family planning clinics. **AIDS Care**, Houston USA, v. 17, n. 4, p. 451-456, maio 2005.

CAHIL, S. *et al.* Stigma, medical mistrust, and perceived racism may affect PrEP awareness and uptake in black compared to white gay and bisexual men in Jackson, Mississippi and Boston, Massachusetts. **AIDS care**. v. 29, n. 11, p:1351-1358, 2017.

CAMARGO, BV *et al.* Relações Amorosas, Comportamento Sexual e Vulnerabilidade de Adolescentes Afrodescendentes e Brancos em Relação ao HIV/aids. **Saude soc**. v.19, suppl.19, p. 36-50, 2010.

CAMELO, LV. *et al.* Racismo e iniquidade racial na autoavaliação de saúde ruim: o papel da mobilidade social intergeracional no Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil). **Cad Saúde Pública**. v.38, n.1, 2022.

CARMICHAEL, S; HAMILTON, C. Black power: the politics of liberation in America. New York, Vintage, p.4, 1967.

CARMO, ME; GUIZARDI FL. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cad Saúde Pública** [Internet]. v.34, n.3, 2018.

CARNEIRO, AJS. Aconselhamento na testagem anti-HIV no ciclo gravídico-puerperal: o olhar da integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15 (supl. 1), p: 1216-1226, 2010.

CARNEIRO, Aparecida Sueli. **A construção do outro como não-ser como fundamento do ser**. 2005. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. . Acesso em: 24 mar. 2023.

CASTEJON, MJ. *et al*. Performance evaluation of HIV infection diagnostic tests. **J Bras Patol Med Lab**, v. 56, 2020.

CDC. Monitoring selected HIV prevention and care objectives by using HIV surveillance data, United States and 6 dependent areas, 2020. **HIV Surveillance Supplemental Report** v. 27, n.3,, 2020.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). HIV prevalence, unrecognized infection, and HIV testing among men who have sex with men (MSM)—five U.S. cities, June 2004-April 2005. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep**. v.54, p:597-601, 2006.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevalence and awareness of HIV infection among men who have sex with men—21 cities, 2008, United States, **MMWR Morb Mortal Wkly Rep**. v.59, p:1201-1207, 2010.

CONWAY, DP. *et al*. Rapid HIV testing is highly acceptable and preferred among high-risk gay and bisexual men after implementation in Sydney Sexual Health Clinics. **PLoS One**, v. 10, n.4, 2015.

COTA, VL; DA CRUZ, MM. Barreiras de acesso para Homens que fazem Sexo com Homens à testagem e tratamento do HIV no município de Curitiba (PR). **Saúde em Debate**. v. 45, n. 129, pp. 393-405. 2021.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171-188, jan. 2002.

DAILEY, AF; JOHNSON, AS; WU, B. HIV care outcomes among Blacks with diagnosed HIV—United States. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v.66, n.4, p: 97–103, 2017.

DICK, B; FERGUSON, BJ. Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade. **J Adolesc Health**. 2015 Jan; v. 56, n.1, p:3-6, 2015.

DOURADO, I. *et al.* Prevenção combinada do HIV para homens adolescentes que fazem sexo com homens e mulheres adolescentes transexuais no Brasil: vulnerabilidades, acesso à saúde e expansão da PrEP. **Cad. Saúde Pública** v. 39, sup 1, 2023.

DUQUE, T.; PELUCIO, R. Homossexualidades, estigmas e o discurso preventivo às dst/aids no brasil ou como os gays deixaram de ser homens que fazem sexo com homens. **Diásporas, Diversidades, Deslocamentos**, 2010.

ESCUDE, MML *et al.* Avaliação de novas tecnologias para ampliar o acesso aos centros de testagem e aconselhamento em AIDS. Relatório Científico Final [Internet]. São Paulo; 2013. 26 p.  
Disponível em: [sms.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=4214](http://sms.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=4214)

ENSEINSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolescência e Saúde**. v.2, n.2, 2005.

ESPELAGE, DL *et al.* Longitudinal Examination of the Bullying-Sexual Violence Pathway across Early to Late Adolescence: Implicating Homophobic Name-Calling. **J Youth Adolesc**. v. 47, n.9, p:180-93, 2018

ESPELAGE, DL. *Et al.* 2016). Longitudinal associations among bullying, sexual, and dating violence perpetration among middle school students. **Journal Interpes. Violence**. v. 30, n.14, p:2541-61, 2015.

FAKO, T. T. Social and psychological factors associated with willingness to test for HIV infection among young people in Botswana. **AIDS Care**, Gaborone, Botswana, v. 18, n. 3, p. 201-207, abr. 2006.

FERNANDES, J.R.M. *et al.* Início de terapia antirretroviral em estágio avançado de imunodeficiência entre indivíduos portadores de HIV/AIDS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, n.6, p.1369-1380, 2009.

FERREIRA, JPT; MIRANDA, TM; BARONI, ALLR. Conhecimento sobre as DST entre adolescentes escolares em Vespasiano, Minas Gerais. **Adolesc Saúde**, v.13, p:51-59, 2016.

FILHO, Naomar de Almeida; BARRETO, Mauricio L. Epidemiologia e Saúde - Fundamentos, Métodos e Aplicações. Ed. Guanabara Koogan, 2011.

FONNER, V. A. *et al.* Voluntary counseling and testing (VCT) for changing HIV-related risk behavior in developing countries. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, issue 9, 2012.

FONSECA, P. D. L.; IRIART, J. A. B. Aconselhamento em DST/Aids às gestantes que realizaram o teste anti-HIV na admissão para o parto: os sentidos de uma prática. **Interface (Botucatu)**, v.16, n. 41, p:395-407, 2012.

FRYE, V. *et al.* Preferences for HIV test characteristics among young, Black Men Who Have Sex With Men (MSM) and transgender women: Implications for consistent HIV testing. **PLoS One**. V.13, n. 2, 2018.

GAROFALO, R. *et al.*. Overlooked, misunderstood and at-risk: exploring the lives and HIV risk of ethnic minority male-to-female transgender youth. **J Adolesc Health**. v.38, p:230–236, 2006.

GIESTEIRA, A. J. Adolescência e infecção pelo HIV: Demanda, perfil sexual e positividade em um centro de testagem e aconselhamento da Baixada Fluminense - RJ. 2017.

GONÇALVES, TR *et al.* Prevenção combinada do HIV? Revisão sistemática de intervenção com mulheres de países de média e baixa renda. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 25, n.5, 2020.

GRANGEIRO, A. *et al.* O efeito dos métodos preventivos na redução do risco de infecção pelo HIV nas relações sexuais e seu potencial impacto em âmbito populacional: uma revisão da literatura. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 18, p. 43-62, 2015.

GRANGEIRO, A; SILVA, L; TEIXEIRA, P. Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. **Rev Panam Salud Publica**. v. 26, n.1, p:87-94, 2009.

GREENWALD, J.L. *et al.* A Rapid Review of Rapid HIV. **Current Infectious Disease Reports**; v. 8. p:125-131, 2006.

GRINSZTEJN, B. *et al.* Unveiling of HIV dynamics among transgender women: a respondent-driven sampling in Rio de Janeiro, Brazil. **The Lancet HIV**, [S.l.], v. 4, n. 4, p. e169-e176, abr. 2017.

HAMILTON, A. *et al.* HIV testing barriers and intervention strategies among men, transgender women, female sex workers and incarcerated persons in the Caribbean: a systematic review. **Sex Transm Infect**. v.96, n.3, p:189-196, 2019.

HENRIQUES, BD; ROCHA, RL; MADEIRA, AMF. Saúde do adolescente: o significado do atendimento para os profissionais da atenção primária do município de Viçosa, MG. **Rev Med Minas Gerais**, V.20, N.3, P:300-9, 2010.

HENRIQUES, R. M. Desigualdade Racial no Brasil: evolução das condições de vida na década de 90. Brasília: IPEA, 2001.

HILL-COLLINS, P.; BILGE, S. Interseccionalidade. Tradução de Rane Souza.

JONES, C. P. Confronting institutionalized racism. **Phylon**, Atlanta v. 50, n. 1, p. 7-22, 2002.

KERR, L. *et al.* HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil: results of the 2nd national survey using respondent-driven sampling. **Medicine (Baltimore)**. v. 97, s:9-15, 2018.

KRAICZYK, J. Construção das representações de ser adolescente e ser jovem e a interface com os direitos sexuais e reprodutivos. São Paulo: **ECOS**; 2005.

LAWRENCE, JSS. *et al.* Attitudes Toward HIV Voluntary Counseling and Testing (VCT) Among African American Men Who Have Sex With Men: Concerns Underlying Reluctance to Test. **Aids Education na Prevention**. V. 27, n. 3, 2015.

LOPES, F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

LOPES, F. Raça, saúde e vulnerabilidade. **BIS**. v.31, p:7-11, 2003.

LÓPEZ, L. C. Uma Análise das Políticas de Enfrentamento ao HIV/Aids na Perspectiva da Interseccionalidade de Raça e Gênero. **Saúde E Sociedade**. v.20, n.3, p:590-603, 2011.

MACPHAIL, C. *et al.* "You must do the test to know your status": attitudes to hiv voluntary counseling and testing for adolescents among South African youth and parents. **Health Education & Behavior**, Johannesburg, South Africa, v. 35, n. 1, p. 87-104, 2008.

MAGNO L *et al.* Reaching Out to Adolescents at High Risk of HIV Infection in Brazil: Demand Creation Strategies for PrEP and Other HIV Combination Prevention Methods. **Arch Sex Behav** . 2022

MAGNO L. *et al.* Factors associated to HIV prevalence among adolescent men who have sex with men in Salvador, Bahia State, Brazil: baseline data from the PrEP1519 cohort. **Cad Saúde Pública**. 2023; 39 Suppl.:1e00154021.

MAGNO, L. *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, 2019.

MANN, J; TARANTOLA, D; NETTER; T, organizadores. A aids no mundo. Rio de Janeiro:

MELO, EA; MAKSUD, I; AGOSTINI, R. Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde?. **Revista Panamericana de Salud Pública**. V. 42, 2018.

MEYER, IH. Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities. **Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity**, v.2, n.3, p:209-213, 2015.

MILLETT ,GA. *et al.* Comparisons of disparities and risks of HIV infection in black and other men who have sex with men in Canada, UK, and USA: a meta-analysis.

**Lancet.** v. 29, 2012

MORA, C; BRIGEIRO, M; MONTEIRO, S. HIV Testing Among “MSM”: Prevention Technologies, Sexual Moralities and Serologic Self-surveillance. **Physis** v. 28, n.2, 2018.

MOREIRA, JO; ROSÁRIO, AB; SANTOS, AP. Juventude e adolescência: considerações preliminares. **Psicol** , v42, n.4, p:457-64, 2011.

MOREIRA, PA; REIS, T DA S; MENDES, RB; MENEZES AF. HIV vulnerability among adolescents attending to public schools / Vulnerabilidade ao HIV/AIDS em adolescentes da rede pública de ensino. **R. pesq. cuid. fundam.** v. 11, n.4, p:868-72, 2019.

MOYER, M. *et al.* High-risk behaviors among youth and their reasons for not getting tested for HIV. *Journal of HIV/AIDS Prevention in Children and Youth*, Los Angeles, USA, v. 8, n. 1, p. 59-73, 20, jul. 2007.

MUNANGA, K. *Negritude: Usos e Sentidos*, 2ª ed. São Paulo: Ática, 1988

NASCIMENTO, EGC *et al.* Adesão ao uso da camisinha: a realidade comportamental no interior do nordeste do Brasil. **Revista de Salud Pública** [online]. 2017, v. 19, n. 1 , pp. 39-44, 2017.

NASCIMENTO, FK. *et al.* Brazilian transgender children and adolescents: Attributes associated with quality of life. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v.28, 2020.

NEMOTO, T. *et al.* Need for HIV/AIDS education and intervention for MTF transgenders: responding to the challenge. **J Homosex.** v.51, p:183–201, 2006.

NEVES, RG *et al.* Simultaneidade de comportamentos de risco para infecções sexualmente transmissíveis em adolescentes brasileiros, 2012. **Epidemiol Serv Saúde**;v.26, n.3. 2017.

OLIVEIRA PC *et al.* Conhecimento em saúde sexual e reprodutiva: estudo transversal com adolescentes. **Rev. Eletr. Enferm.** 14º de julho de 2017.

OLIVEIRA, JAA; ARAÚJO, AHIM; ALVES, AHT. Estratégias ao casal em situação de sorodiscordância para o HIV: uma revisão da literatura. **Rev JRG Est Acad** [Internet].v. 3, n.7, p:404-17, 2020

OLIVEIRA, VM. Identidades interseccionadas e militâncias políticas. In: Grossi M, Uziel AP, Melo L. *Conjugalidades, parentalidades e identidades lésbicas, gays e travestis*. Rio de Janeiro: Garamond; 2007.

OVIEDO, RAM, CZERESNIA, D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. **Interface** (Botucatu). v.19, n.53, p:237-50, 2015

PAIVA, et al. Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros.

PARKER, R; AGGLETON, P. HIV and AIDS related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. **Soc Sci Med**. V. 57 p:13-24, 2003.

PEREIRA, AJ.; NICHATA, LVI. A sociedade civil contra a Aids: demandas coletivas e políticas públicas. **Ciênc saúde coletiva** , v.16, n.7, p:3249-57, 2011.

PEREIRA, BS. COSTA, MCO. AMARAL, MTR. COSTA, HS; DA SILVA, CAL; SAMPAIO, VS. Fatores associados à infecção pelo HIV/AIDS entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. V. 19, n.3, p:747-57 mar, 2014.

RIOS, LF; PIMENTA, C; BRITO, I; TERTO, JRV; PARKER R. Rumo à adultez: oportunidades e barreiras para a saúde sexual dos jovens brasileiros. **Cad CEDES**. V. 57, n.22, p:45-61, 2002.

ROCHA, KB. *et al.* Aconselhamento na perspectiva de profissionais da atenção básica : desafios na descentralização do teste rápido HIV / Aids. **Ciênc Psicol**. v.12, n.1, p:67-78, 2018.

ROCHA, KB. *et al.* Aconselhamento na perspectiva de profissionais da atenção básica: Desafios na descentralização do teste rápido HIV/Aids. **Ciencias Psicológicas**, v.12, n.1, p:67-78, 2018.

RODGER, AJ. *et al.* Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. **Lancet**. v.393, p:2428-38, 2019.

RUSS, S; ZHANG, C; LIU, Y. Pre-Exposure Prophylaxis Care Continuum, Barriers, and Facilitators among Black Men Who Have Sex with Men in the United States: A Systematic Review and Meta-Analysis. **AIDS Behav**. v.25, n.7, p:2278-2288, 2021.

SANCHES, M. A., MANNES, M., & CUNHA, T. R Vulnerabilidade moral: leitura das exclusões no contexto da bioética. **Revista Bioética**, v. 26, n.1, p: 39-46, 2018. **Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n.1, p. 45-53, 2008.

SCIAROTTA, D. *et al.* O “segredo” sobre o diagnóstico de HIV/Aids na Atenção Primária à Saúde. **Interface (Botucatu)**. v.25, 2021.

SIEMBIDA, EJ. *et al.* A Comparison of HIV-Related Risk Factors Between Black Transgender Women and Black Men Who Have Sex with Men. **Transgend Health**. v.1, n.1,p:172-180, 2016.

SILVA, NEK; OLIVEIRA, LA; SANCHO, LG. Testagem anti-HIV: indagações sobre a expansão da oferta sob a perspectiva do acesso e da construção da demanda. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 99, p. 636-646, Rio de Janeiro, out/dez 2013

SILVA, R. F.; ENGSTROM, E. M.. Atenção integral à saúde do adolescente pela Atenção Primária à Saúde no território brasileiro: uma revisão integrativa. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, suppl 1, 2020

SOARES, OS; BRANDÃO, ER. O aconselhamento e a testagem anti-HIV como estratégia preventiva: uma revisão da literatura internacional, 1999-2011. **Saúde Soc.** v. 21, n.4, 2012, p:940-53.

SOUSA, LMS. Estigma e vulnerabilidade ao HIV/aids entre travestis e mulheres transexuais. 205 f. 2017. Tese (Doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

SOUZA, MK. et al. O impacto da homossexualidade e homofobia na adolescência. **Rev. Psic.** V.15, N. 58, p. 444-461, Dezembro/2021

SOUZA, V.; CZERESENIA, D.; NATIVIDADE, C.. Aconselhamento na prevenção do HIV: olhar dos usuários de um centro de testagem. *Cadernos de Saúde Pública*, V. 24, N.7, 1536-1544, 2008.

STARFIELD, Bárbara. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, p:200-247, 2002.

SULLIVAN, OS. *et al.*, Knox J, Jones J, Taussig J, Graves MV, Millet G et al. Understanding disparities in viral suppression among Black MSM living with HIV in Atlanta Georgia. **J Int AIDS Soc.**v.24, n.4,Abr 2021.

TAQUETTE, SR. Interseccionalidade de Gênero, Classe e Raça e Vulnerabilidade de Adolescentes Negras às DST/Aids. **Saúde Soc.** v. 19, n.2, p. 51-62, São Paulo, 2010.

TAQUETTE, SR; RODRIGUES, AO; BORTOLOTTI, LR. Percepção de pacientes com AIDS diagnosticado na adolescência sobre o aconselhamento pré e pós-teste HIV. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.1, 2017.

TAQUETTE, SR; VILHENA, MM de; PAULA, MC de. Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: um estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro. **Cad Saúde Pública** [v. 20, n.1, 2004.

TEIXEIRA, SL *et al.* Evidence of an untamed HIV epidemic among MSM and TGW in Rio de Janeiro, Brazil: a 2018 to 2020 cross-sectional study using recent infection testing. **J Int AIDS Soc.** v. 24, n.6, 2021.

TOLEDO, MM; TAKAHASHI, RF; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, MC. Elementos de vulnerabilidade individual de adolescentes ao HIV/AIDS. **Rev Bras Enferm** v.64, n.2, p:370-5, 2011.

UNAIDS/OMS. Global commitments, local action: after 40 years of AIDS, charting a course to end the pandemic. UNAIDS, 2021.

UNAIDS/OMS. IN DANGER: UNAIDS Global AIDS Update 2022. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2022.

URBANO, AZR. Percepções e práticas de profissionais de saúde no atendimento a adolescentes e jovens gays, homens que fazem sexo com homens, travestis e mulheres transexuais que usam a profilaxia pré-exposição ao hiv (PreP) [master's thesis]. Santos: Universidade Católica de Santos; 2022.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde Soc.**, v.25, n.3, p.535-549, 2016.

WHEELER, D. P. et al. Building effective multilevel HIV prevention partnerships with Black men who have sex with men: experience from HPTN 073, a pre-exposure prophylaxis study in three US cities. **Journal of the International AIDS Society**, 21(Hptn 061), 52–54, 2018.

WILSON, EC. *et al.*. Differential HIV risk for racial/ethnic minority trans\*female youth and socio-economic disparities in housing, residential stability and education. **Am J Public Health**.v.105, e41–e47, 2015.

WILSON, EC. *et al.*. Transgender female youth and sex work: HIV risk and a comparison of life factors related to engagement in sex work. **AIDS Behav**.v.13, p:902–913, 2009.

WOODFORD, M. R. et al. Barriers and facilitators to voluntary HIV testing uptake among communities at high risk of HIV exposure in Chennai, India. **Global Public Health**, v. 11, n. 3, p. 363–379, 2016.

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

## ANEXO 1 – FICHA ELEGIBILIDADE DO PROJETO PREP1519

ID Entrevistador: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Data da avaliação: |\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Nome do usuário: \_\_\_\_\_ nº prontuário \_\_\_\_\_

Telefone/Celular: \_\_\_\_\_

Este formulário deverá ser preenchido para avaliar os critérios de elegibilidade aos componentes 5 (Estudo de demonstração do uso de PrEP) e componente 3 (Estratégia de Prevenção Combinada para adolescentes com risco substancial à infecção pelo HIV que não escolhem PrEP).

### A. Elegibilidade geral

#### A1. Qual cidade que você mora?

1. Belo Horizonte e Região Metropolitana;
2. Salvador e Região Metropolitana;
3. São Paulo e Grande SP
4. Nenhum desses, Qual? \_\_\_\_\_;

#### A3. Você se considera:

1. Homem cisgênero
2. Mulher cisgênero
3. Homem trans
4. Mulher trans
5. Travesti
6. Não binário, registrade masculino
7. Não binário, registrade feminino
8. Não sei/ não quero responder

#### A5. Como você define a sua cor/etnia?

1. Branca
2. Preta
3. Amarela
4. Parda
5. Indígena
6. Outra

---

**Bloco 2- Critérios de Inclusão por Vulnerabilidade Individual – para ser elegível, para componentes 3 (Não-PrEP) e/ou 5 (PrEP), o participante deve ter pelo menos um dos seguintes:**

---

2.1- participante relata sexo anal, insertivo ou receptivo, sem preservativo nos últimos 6 meses?  Sim  Não

2.7- participante relata viver situações frequentes de violência e discriminação relacionados à sua vida afetivo-sexual?  Sim  Não

---

---

## ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO SOCIOCOMPORTAMENTAL

Centro1 / Participante I I

I I II

I ID Entrevistador :

Data da Entrevista: dia | \_\_\_\_\_ | mês | \_\_\_\_\_ | ano | \_\_\_\_\_ |

### A2. Que série da escola você está cursando (ou qual foi a última que você cursou)?

0. 1º ano do Ensino Fundamental
1. 2º ano do Ensino Fundamental
2. 3º ano do Ensino Fundamental
3. 4º ano do Ensino Fundamental
4. 5º ano do Ensino Fundamental
5. 6º ano do Ensino Fundamental
6. 7º ano do Ensino Fundamental
7. 8º ano do Ensino Fundamental
8. 9º ano do Ensino Fundamental
9. 1º ano do Ensino Médio
10. 2º ano do Ensino Médio
11. 3º ano do Ensino Médio
12. Ensino Superior
13. EJA – Educação de Jovens e Adultos e outros supletivos
14. Não frequentei a escola
15. Não quero responder

**A5. Atualmente, você mora?** *(marque apenas uma alternativa)*

0. Sozinho
1. Com seus pais ou outros familiares
2. Com seu parceiro(a)
3. Divido a casa com outras pessoas (amigos, conhecidos, *roomates* etc)
4. Em um abrigo/centro de acolhimento
5. No local de trabalho
6. Em uma pensão
7. Não tenho moradia
8. Outro. Especifique: \_\_\_\_\_
9. Não quero responder

**A6. Você tem algum trabalho ou emprego atualmente?** *(marque apenas uma alternativa, o que for mais importante para você)*

0. Não
1. Tenho um trabalho regular, com renda
2. Tenho um trabalho regular, sem renda
3. Tenho um trabalho irregular, com renda
4. Não quero responder



**C2. Você tem algum plano ou seguro de saúde privado?**

- 0. Não
- 1. Sim
- 3. Não sei/ Não quero responder

**D2. A sua primeira relação sexual foi com camisinha? (marque apenas uma alternativa)**

- 0. Não
- 1. Sim
- 2. Não me lembro
- 3. Não quero responder

**D36. Nos últimos 3 meses, você fez sexo em grupo, ou seja, com duas ou mais pessoas ao mesmo tempo?**

- 0. Sim, uma vez
- 1. Sim, mais de uma vez
- 2. Não, nenhuma vez
- 3. Não quero responder

**D43. Você se considera profissional do sexo?**

- 0. Não
- 1. Sim
- 2. Não sei
- 3. Não quero responder

**E2. Você já tinha feito teste de HIV antes desse estudo?**

- 0. Não (Vá para E5)
- 1. Sim

**E3. Quando foi o último teste de HIV que você fez?**

- 0. Faz menos de seis meses
- 1. Mais seis meses e menos de 1 ano
- 2. Mais de 1 ano e menos de 3 anos
- 3. Mais de 3 anos
- 4. Não quero responder

**F4. Nos últimos 3 meses, com que frequência você diria que o efeito das drogas dificultou o uso de camisinha nas suas relações sexuais? (marque apenas uma alternativa)**

- 0. Nunca
- 1. Raramente
- 2. Às vezes
- 3. Frequentemente
- 4. Sempre
- 5. Não sei dizer

**F10. Nos últimos 6 meses, com que frequência você passou por algumas das seguintes situações por causa da sua orientação sexual ou identidade de gênero?**

	<b>Algumas vezes</b>	<b>Uma vez</b>	<b>Nenhuma vez</b>	<b>Não quero responder</b>	<b>Não se aplica</b>
0. Não foi selecionado(a) ou foi demitido(a) do emprego	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1. Foi mal atendido(a) ou impedido(a) de entrar em comércio/locais de lazer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Foi mal atendido (a)em serviços de saúde ou por profissionais de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Foi maltratado(a) ou marginalizado(a) por professores na escola/faculdade/curso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Foi maltratado(a) ou marginalizado(a) por colegas na escola/faculdade/ curso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Foi excluído(a) ou marginalizado(a) de grupo de amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Foi excluído(a) ou marginalizado(a) por vizinhos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Foi excluído(a) ou marginalizado(a) em seu ambiente familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Foi excluído(a) ou marginalizado(a) em ambiente religioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Foi maltratado(a) por policiais ou mal atendido em delegacias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Foi mal tratado(a) em serviços públicos (albergues, subprefeituras, transporte)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Foi chantageado(a) ou sofreu extorsão de dinheiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Sentiu medo de caminhar em espaços públicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Foi hostilizado(a) nas redes sociais ou outros ambiente virtuais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Foi maltratado(a)/discriminado(a) no seu trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**AGRADECEMOS PELA SUA COLABORAÇÃO!**