

SUAMY DANIELA CEPEDA BARCO

FATORES DE VULNERABILIDADE AO HIV E VIOLÊNCIA ENTRE PESSOAS  
LGBT DO DISTRITO FEDERAL E RIO DE JANEIRO

BRASÍLIA, 2020

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**SUAMY DANIELA CEPEDA BARCO**

**FATORES DE VULNERABILIDADE AO HIV E VIOLÊNCIA ENTRE PESSOAS  
LGBT DO DISTRITO FEDERAL E RIO DE JANEIRO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Ciências Saúde pelo programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Edgar Merchán-Hamann

**BRASÍLIA**

**2020**

**SUAMY DANIELA CEPEDA BARCO**

**FATORES DE VULNERABILIDADE AO HIV E VIOLÊNCIA ENTRE PESSOAS  
LGBT DO DISTRITO FEDERAL E RIO DE JANEIRO**

Dissertação apresentada como requisito parcial  
para obtenção do Título de Mestre em Ciências  
Saúde pelo programa de Pós-Graduação em  
Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Aprovado em 16/04/2020

**BANCA EXAMINADORA**

**Prof. Edgar Merchán-Hamann (presidente)**

**Faculdade de Ciências da Saúde**

**Universidade de Brasília**

**Prof<sup>a</sup>. Eliane Maria Fleury Seidl**

**Universidade de Brasília**

**Prof<sup>a</sup>. Maria da Graça Luderitz Hoefel**

**Universidade de Brasília**

**Prof. Dirce Bellezi Guilhem (suplente)**

**Universidade de Brasília**

*Dedico este trabalho à melhor mãe do mundo, a minha, pelo exemplo de coragem, fonte inesgotável de sabedoria e humildade, por ser tão maravilhosa e por me fazer tão feliz. “Negrita mis logros siempre serán tuyos”. Te amo mamãe!*

## AGRADECIMENTOS

“Colombia tierra querida”. Minha terra que me viu nascer, onde me formei como enfermeira e que hoje graças a essa formação me permite dar lugar a novos aprendizados na pós-graduação.

Ao longo do tempo, Deus coloca em nosso caminho diversas pessoas que são difíceis de esquecer porque deixaram uma marca importante em nossos corações ao se juntarem a nós em um instante da nossa vida, e por mais curto ou longo que tenha sido o tempo compartilhado, eles deixam uma parte de si que sempre estará presente para nos ajudar a crescer.

Em primeiro lugar, uma palavra de agradecimento e apreço ao professor Dr. Edgar Merchán-Hamann, pela coincidência daquele dia na embaixada da Colômbia que permitiu que o senhor fosse quem me orientasse, pela sabedoria, experiência, disponibilidade e pela amizade acolhedora em Brasília. Sem a sua colaboração, confiança, paciência e persistência, nunca teria sido possível concluir esta dissertação.

Ao meu querido Sergio, meu amor, por ter permanecido ao meu lado, me incentivando a percorrer este caminho, por compartilhar angústias, dúvidas, carinho, compreensão e apoio em momentos difíceis. Te amo de forma incondicional.

Sou grata à minha família, em especial a minha mãe, por sempre me incentivar e acreditar que eu seria capaz de superar os obstáculos que a vida me apresentou. À minha avó Martina (*in memoriam*), amor incondicional eterno, por me ter ensinado a ser nobre, na essência da palavra.

Aos meus irmãos Miguel Alejandro e Angela Michell, nossos laços de amor serão para sempre, porque quando nosso pai desapareceu eu me prometi lhes cuidar e dar sempre o melhor, espero que a vida me permita fazê-lo.

À minha tia Gloria pela perseverança e otimismo contagiantes até hoje; a distância não nos separa. Seu coração está comigo e o meu com você.

A minha colega de mestrado Isabella, obrigada Belinha pelo bom ambiente e apoio proporcionado, eu nunca vou esquecer de você. Aos meus amigos na Colômbia e no Brasil, vocês todos têm um lugar muito especial em meu coração. Muito obrigada pela sua amizade e carinho para comigo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), agradeço pelos recursos investidos em minha educação e pela oportunidade dada a esta estrangeira de finalizar o curso de mestrado neste maravilhoso país.

*“Seja forte e corajoso! Não se apavore, nem se desanime, pois o Senhor, o seu Deus, estará com você por onde quer que você andar”.*

*Josué 1:9*

## RESUMO

Introdução: De acordo com o Ministério da Saúde, no Brasil a epidemia HIV/aids se concentra em populações-chave. Esses coletivos apresentam um maior risco a contrair a doença e estão constantemente expostos a situações de discriminação, sendo alvo de estigma e preconceito, aumentando sua vulnerabilidade ao HIV/aids, outras IST, e às hepatites virais. Isto acarreta à importância de dar continuidade aos esforços feitos para produzir e divulgar conhecimento na área, e a debater e realizar ações encaminhadas a prevenção, tanto da infecção como da violência a que estas populações são alvos. Objetivo: Determinar as características e fatores de vulnerabilidade ao HIV e violência entre pessoas LGBT residentes em Brasília DF – entorno, e Rio de Janeiro - Região metropolitana. Método: Pesquisa epidemiológica descritiva on-line, realizada através de questionários autoaplicáveis. A análise foi baseada no ajuste estatístico mediante regressão logística analisando a associação entre os desfechos e as variáveis sociodemográficas. Resultados: A amostra foi composta por 159 participantes com os respectivos questionários preenchidos, predominantemente jovens (58%), brancos (52%), com ensino superior completo ou mais (60%); 80% dos participantes se autodefiniram como homens homossexuais e 38% como mulheres lésbicas. Na modelagem multivariada os desfechos em relação a violência física nos últimos doze meses apresentaram associação significativa idade com maior relato em menores de 30 anos. O não uso do preservativo em parcerias fixas também permaneceu associado a pessoas com menos de 30 anos de idade. Similarmente, a não aprovação familiar apresentou associação significativa com essa faixa etária. Em relação à não realização do teste para o HIV, foi constatado predominância em quem tem menos de 30 anos e níveis menores de escolaridade. Conclusão: São necessárias intervenções focadas na prevenção de fatores de risco e vulnerabilidade ao HIV e à violência em populações-chave, particularmente nos jovens, o que exige uma maior conscientização e mobilização coletiva para uma mudança impactante na vulnerabilidade e pessoas LGBT. Ressalta-se sempre a importância das possibilidades de prevenção combinada, e o exercício da sexualidade em segurança.

**Palavras-chave:** Vulnerabilidade. Violência. HIV. LGBT. HSH.



## ABSTRACT

Introduction: According to Brazil's Ministry of Health, the HIV/AIDS epidemic is concentrated in key populations. These groups are at higher risk and are regularly exposed to situations of discrimination, being a target of stigma and prejudice, further increasing their vulnerability to HIV/AIDS, STIs, and viral hepatitis. It is thus essential to continue the efforts to produce and disseminate knowledge in the area, to debate, and to carry out actions aimed at preventing both HIV infection and the violence that affects them. Objective: To determine the characteristics and factors of vulnerability to HIV and violence among LGBT people living in Brasília DF - surroundings and Rio de Janeiro - metropolitan region. Method: Epidemiological online survey conducted through self-administered questionnaires. Analysis was based on statistical adjustment through multivariable logistic regression, analyzing the association between outcomes and sociodemographic variables. Results: The sample consisted of 159 participants with their questionnaires filled out, predominantly young (58%), white (52%), with higher education (60%); 80% identified themselves as homosexual men and 38% as lesbian women. The multivariate modeling outcomes show that physical violence in the last twelve months is significantly associated to age (younger people under 30 years of age reports more violence). Non-use of condoms with fixed partners also remained associated with young people under 30. On the other hand, the non-approval of LGBT status by close relatives showed a significant association with the youngest (<30 years). Another result found that people under 30 years with lower education are more likely not to perform an HIV test. Conclusion: Interventions focused on the prevention of risk factors and vulnerability to HIV and violence in younger key populations are needed. Greater awareness and collective mobilization are required for an impactful change in relation to the LGBT community. We always emphasize the importance of the possibilities of combined prevention and the exercise of safe sexuality.

**Keywords:** Vulnerability. Violence. HIV. LGBT. MSM.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Variáveis dicotomizadas para RLM. ....	26
Tabela 2. Características sociodemográficas de participantes LGBT de Brasília e do Rio de Janeiro. ....	28
Tabela 3. Práticas sexuais e grau de proteção de participantes LGBT de Brasília e do Rio de Janeiro. ....	30
Tabela 4. Frequência de violência entre participantes LGBT de Brasília e do Rio de Janeiro.....	34
Tabela 5. Associação entre a não aprovação familiar e dados sociodemográficos de pessoas LGBT de Brasília e do Rio de Janeiro.....	36
Tabela 6. Frequência de violência física nos últimos doze meses segundo dados sociodemográficos de pessoas LGBT de Brasília e do Rio de Janeiro. ....	36
Tabela 7. Frequência de violência sexual na vida segundo dados sociodemográficos de pessoas LGBT de Brasília e do Rio de Janeiro.....	37
Tabela 8. Frequência de não uso do preservativo em parcerias fixas segundo dados sociodemográficos de pessoas LGBT de Brasília e do Rio de Janeiro. ....	38
Tabela 9. Frequência da não realização do Teste HIV segundo dados sociodemográficos de pessoas LGBT de Brasília e do Rio de Janeiro. ....	39
Tabela 10. Estimativa do modelo de regressão multivariada para os desfechos segundo dados sociodemográficos de pessoas LGBT de Brasília e do Rio de Janeiro.....	41

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais e Trans/Travestis

HIV – Human Immunodeficiency Virus

AIDS – Acquired Immunodeficiency Syndrome

HSH – Homens que fazem sexo com Homens

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

UNAIDS – Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

OMS – Organização Mundial de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

RDS – Respondent Driven Sampling

EUA – Estados Unidos da América

RP – Razão de Prevalência

TAsP – Treatment as Prevention

PEP – Profilaxia Pós-Exposição

PrEP – Profilaxia Pré-Exposição

PVHIV – Pessoa Vivendo com HIV

RLM – Regressão Logística Multivariada

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	13
1.1 <i>A epidemia da Aids</i> .....	13
1.2 <i>Vulnerabilidade ao HIV</i> .....	14
1.3 <i>Violência física e sexual</i> .....	16
1.4 <i>Redes de apoio</i> .....	18
1.5 <i>Prevenção da infecção</i> .....	19
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	22
2.1 <i>Objetivo Geral</i> .....	22
2.2 <i>Objetivos Específicos</i> .....	22
<b>3. MÉTODOS</b> .....	23
<b>4. RESULTADOS</b> .....	27
<b>5. DISCUSSÃO</b> .....	43
<i>Limitações do estudo</i> .....	48
<b>6. CONCLUSÕES</b> .....	50
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	52
Anexos .....	62

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 *A epidemia da Aids*

A epidemia do HIV/aids vem apresentando mudanças no seu perfil epidemiológico. Segundo dados do UNAIDS Brasil, em nível mundial, existem cerca de 37,9 milhões de pessoas vivendo com o HIV/aids (1). De acordo com o Ministério da Saúde no Brasil a epidemia se concentra em populações-chave, conformadas por homens que fazem sexo com outros homens (HSH), pessoas trans, usuários de álcool e drogas injetáveis, pessoas privadas de liberdade e trabalhadoras do sexo, pois eles representam a maior parte dos casos novos da infecção dentro do país (2).

De acordo com o boletim epidemiológico sobre HIV/aids do Ministério da Saúde do Brasil, em 2018, foram diagnosticados 43.941 novos casos de HIV e 37.161 casos de Aids. A maioria dos casos de infecção pelo HIV encontra-se no grupo populacional entre 20 e 34 anos, porém houve reduções nas taxas de detecção de todas as faixas etárias entre as mulheres e entre os indivíduos do sexo masculino com até 14 anos de idade e nos homens de 30 a 59 anos. A razão de prevalência entre os sexos para o ano de 2018, foi de 26 homens para cada 10 mulheres (2).

Considerando-se os últimos dez anos, observou-se que a taxa de detecção de Aids em homens apresentou aumento entre 2007 e 2011 (24,8 para 28,3 casos/100.000 habitantes) e redução a partir de 2012. Em 2018, a detecção de Aids entre homens foi de 25,2 casos a cada 100.000 habitantes. Entre as mulheres, observou-se tendência de queda dessa taxa nos últimos dez anos, que passou de 17,0 casos/100.000 habitantes em 2008, para 10,5 em 2018, representando uma redução de 38,2% (2).

Vale ressaltar o crescimento da epidemia nos grupos populacionais considerados prioritários, como os jovens, indígenas e pessoas em situação de rua. Esses grupos apresentam maior risco de adquirir o HIV e constantemente estão expostos a situações de discriminação sendo alvo de estigma e preconceito

umentando sua vulnerabilidade ao HIV/aids, às Infecções Sexualmente Transmissível (IST) e às hepatites virais.

Estimativas apontam que, o risco de infecção por HIV entre homens gays e HSH é 22 vezes maior quando comparado com o risco entre homens heterossexuais (1). As populações-chave e seus parceiros sexuais representam 54% das novas infecções por HIV em todo o mundo. Mais de 95% na Europa do Leste, na Ásia Central, no Oriente Médio e Norte da África, 88% na Europa Ocidental e Central e na América do Norte, 65% na América Latina, 47% no Caribe. No Brasil, o inquérito realizado junto à HSH em doze capitais utilizando o método de amostragem *Respondent-Driven Sampling* (RDS) em 2016, mostrou que a prevalência do HIV foi de 18,4% (3). Um estudo afirmou que um em cada quatro HSH e um a cada dez indivíduos com história prévia de IST apresentaram diagnóstico de sífilis, sendo esta doença um fator biológico relevante relacionado à infecção pelo HIV (4).

O UNAIDS estabeleceu em 2014 uma nova meta definitiva e ambiciosa, porém alcançável, que atingiria uma situação de controle da epidemia, conhecida como meta 90 – 90 – 90. Estes objetivos visam alcançar, até 2020, a detecção de 90% das pessoas vivendo com HIV, dentre essas pessoas detectadas garantir que 90% delas estarão em tratamento antirretroviral ininterrupto e que destas pessoas em tratamento 90% terão a sua carga viral indetectável ou suprimida (5).

## 1.2 Vulnerabilidade ao HIV

O conceito de vulnerabilidade vem sendo trabalhado no campo do HIV desde o final da década de 1980. Os avanços nesta área expressam o esforço feito para produzir e divulgar o conhecimento na área, debater e realizar ações sobre os diferentes graus e a natureza das diferentes formas de vulnerabilidade e suscetibilidade dos indivíduos e da coletividade à infecção, adoecimento e morte pelo HIV (6). Essas particularidades das situações e o conjunto integrado dos

aspectos sociais, relativos tanto aos serviços de saúde quanto aos fatores individuais, relacionam o problema e os recursos para o seu enfrentamento (7).

A vulnerabilidade pode ser analisada segundo três dimensões: individual, programática e social. A vulnerabilidade individual envolve aspectos relacionados a características pessoais, como idade, sexo e raça, ao desenvolvimento emocional, percepção do risco e atitudes voltadas à adoção de medidas de autoproteção. Também envolve atitudes pessoais frente à sexualidade, conhecimentos adquiridos sobre doenças transmissíveis e Aids, vivência da sexualidade e habilidades de negociar práticas sexuais seguras e crenças religiosas (8).

Já a vulnerabilidade relacionada com os serviços de saúde refere-se a políticas públicas de enfrentamento do HIV/aids, metas e ações propostas nos programas de IST/aids, e a organização e distribuição dos recursos para prevenção e controle. Nesta face da vulnerabilidade, a atuação dos governantes e legisladores é imprescindível para a criação de um arcabouço legal que favoreça a prevenção, o tratamento e a inclusão de pessoas que vivem com HIV/aids. O acesso dificultado aos serviços saúde tem reflexo negativo imediato na adoção de práticas sexuais mais seguras, na busca da testagem e na baixa adesão ao tratamento. Tal situação persiste apesar do direito ao acesso universal e equitativo ao Sistema Único de Saúde (SUS), preconizado pela Constituição Brasileira. Apesar do Relatório de Monitoramento Clínico do HIV demonstrarem o aumento da cobertura do teste anti-HIV de pessoas vivendo com HIV, ela ainda é insuficiente para uma resposta adequada à extensão da epidemia entre estes grupos. Tal fato também repercute negativamente no dimensionamento e conhecimento do impacto da epidemia nesses grupos populacionais e na busca de serviços de saúde (9).

No Brasil pode-se citar a criação em 2012 da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Esta política é um marco histórico de reconhecimento das demandas desta população em condição de vulnerabilidade, ela contempla ações voltadas para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. A importância da sua criação não pode ser

contestada, porém há um hiato entre este marco legal e a aplicação prática dos valores e princípios nela contidos (10).

A vulnerabilidade social concerne à estrutura econômica, a políticas públicas, de educação e saúde, a cultura, bem como à ideologia e relações de gênero que definem a vulnerabilidade individual e programática. O contexto de vulnerabilidade social se reproduz e se retroalimenta em diferentes cenários institucionais, especialmente nas áreas de educação, segurança pública, trabalho e saúde. Na saúde, a ausência de programas de saúde integral, a inadequação estrutural dos programas e serviços existentes e as abordagens orientadas por percepções equivocadas e baseadas em estereótipos, resultam em maiores dificuldades de acesso, qualidade e abrangência dos serviços de saúde, e um previsível afastamento desses grupos das ações de cuidado e promoção da saúde (11).

A homofobia tem sido apontada como elemento estruturante da vulnerabilidade de gays, outros HSH e travestis. Elemento derivado da cultura machista, sexista e heteronormativa, ainda hegemônica na sociedade, acompanha os sujeitos em toda sua vida. Revelam-se, geralmente, na convivência familiar desencadeando uma sequência de barreiras a serem superadas. O efeito desses elementos negativos para a autoestima, as dificuldades na sociabilidade e a hostilidade na escola resultam, normalmente, na exclusão do convívio familiar e na descontinuidade da educação formal, projetando, entre outras, grandes dificuldades para a qualificação e entrada no mercado de trabalho. Ao estigma e à discriminação associam-se situações de vida vinculadas à clandestinidade, a um maior grau de vulnerabilidade e risco para diferentes tipos de situação e à marginalização.

### *1.3 Violência física e sexual*

Uma questão importante da vulnerabilidade dos HSH é a violência perpetrada por diversos atores sociais em diversos momentos da vida dessa população (7). Embora tal vulnerabilidade tenha sido demonstrada (12), a violência sexual



implicando HSH tem recebido pouca atenção (13), precisam ser feitos mais estudos, direcionados ao ampliar o acesso a ações e serviços de qualidade.

Os HSH experimentam frequentemente formas extremas de violência sexual, como o estupro, quando comparados com os não HSH (13). Em alguns países africanos, até 10% dos HSH consideram a violência a ameaça mais importante à sua saúde pessoal (14). A violência por parceiros continua a ser um grande problema de saúde pública nos EUA (15). E às vezes é mais prevalente entre casais do mesmo sexo em comparação com casais heterossexuais (16). Uma amostra de HSH na área de Chicago, revelou que cerca de 32% dos entrevistados relataram violência por parceiro, 21% relataram histórico de abuso verbal, 19% relataram abuso físico e 19% relataram abuso sexual. Predominantemente, uma vez sofrida a violência, ela desencadeia outras formas de violências executadas pelo parceiro (17).

Outro estudo que usou uma amostra probabilística de HSH em quatro cidades dos EUA (Chicago, Los Angeles, Nova York e San Francisco), indica que 34% dos participantes da pesquisa relataram sofrer violência psicológica advinda do parceiro, 22% relataram sofrer violência física e 5% relataram sofrer violência sexual (18). Práticas sexuais inseguras como sexo anal desprotegido, idade mais jovem e menor nível de escolaridade poderiam motivar ainda mais a violência entre parceiros (18) (17).

Vários estudos em população HSH indicam que estes homens relataram ter sofrido violência sexual em algum momento de suas vidas. Até 10% dos HSH hispânicos nos EUA (17) e 14% dos gays porto-riquenhos (18). Tanto na Índia (19), como na Tailândia (20), amostras de conveniência, incluindo uma alta proporção de transexuais e profissionais do sexo, experimentaram violência sexual 18%. Na África do Sul, um estudo de amostragem dirigida por entrevistado (RDS) descobriu que 16% dos HSH suportaram violência sexual (13). No Brasil, 20% dos HSH que moram na zona urbana relataram ter tido alguma experiência de violência sexual por parceiro íntimo (21).

Estas mazelas, porém, não estão restritas à população de HSH, mas também atingem outros segmentos das pessoas LGBT com maior intensidade, como por exemplo ocorre com as pessoas travestis e transexuais. Estudos realizados tanto nos EUA quanto na Europa, mostraram que pessoas trans são vítimas de discriminação, assédio ou violência como resultado de estigma social (22). Além de levar a assassinatos que podem ser perpetrados por estranhos e conhecidos (23,24) Segundo, Fiorilli e Ruocco (25) pessoas trans enfrentam uma infinidade de discriminações que afetam negativamente sua saúde.

No Brasil, pertencer a um grupo socialmente excluído, como é o caso da população LGBT, é estar diariamente exposto ao ódio e à intolerância de todos aqueles que se julgam no direito de "discordar" das identidades sexuais e de gênero que fogem à norma. Essa situação reflete no Brasil, sendo o país que mais mata travestis e transexuais em todo o mundo (26).

#### *1.4 Redes de apoio*

Estudos anteriores relataram que, quando um membro da família tem HIV/aids, toda a família sente o impacto (27,28). As dificuldades econômicas associadas ao HIV/aids podem ser devastadoras (29). A combinação do aumento do custo dos cuidados de saúde para as pessoas vivendo com HIV e a diminuição da renda familiar que pode ser causada pelo desemprego dificulta o acesso a bens básicos como alimentação, moradia, medicamentos e educação para crianças (30).

Além das dificuldades econômicas, as famílias que vivem com HIV geralmente enfrentam a pressão social e discriminação. Na Nigéria, quando um membro da família se torna soropositivo, toda a família será chamada de "família da Aids" por outros moradores (31). Na Tailândia, quando o status de uma pessoa vivendo com HIV é divulgado, toda a família teme passar vergonha (32).

Ao enfrentar a discriminação social e outras dificuldades relacionadas ao HIV/aids, uma família forte e solidária é uma das primeiras linhas de defesa (27). Por outro lado um estudo realizado com profissionais da saúde em dois hospitais universitários federais demonstrou que o apoio familiar está definido

hierarquicamente como o primeiro no que se refere ao afrontamento de dificuldades, ressaltado em aqueles com HIV/aids mostrou-se que a proximidade da família tende a aumentar a segurança e a auto-estima do paciente, encorajando-o a prosseguir no tratamento (33).

Outros autores (34) propõem, modelos de intervenção para o alcance das ações de promoção à saúde e prevenção as IST/AIDS, em que as redes sociais se configuram como fundamentais, centrados no indivíduo e no coletivo. No entanto, os amigos e a comunidade podem se tornar fontes de apoio significativas. Por conseguinte, as redes de apoio devem ser consideradas como um fator intrínseco em todos os momentos da vida indispensavelmente da orientação sexual e o status sorológico.

### *1.5 Prevenção da infecção*

A estratégia nacional para os EUA com relação ao HIV/aids enfatiza seu foco nas comunidades HSH, com esforços especiais para aumentar a porcentagem consciente de seu status de HIV para pelo menos 90%, reduzir o número de novos diagnósticos num 25%, e reduzir a porcentagem de pessoas que apresentaram comportamentos de risco ao HIV até 10% (35).

Entre as intervenções biomédicas, destacam-se o “Tratamento para Todas as Pessoas” (TTP, *Treatment as Prevention*, ou TAsP, em inglês); a imunização para hepatites B e C; a prevenção da transmissão vertical da doença (isto é, da mãe para os filhos); o tratamento de outras ISTs; e as profilaxias pré e pós exposição (PrEP e PEP) (36,37).

O TAsP é a administração da terapia antirretroviral regular para todos as pessoas que vivem com HIV (PVHIV) independente de sua carga viral (contagem de células TCD4+). Este mecanismo de tratamento/prevenção foi adotado no Brasil a partir de 2013 (2). Os efeitos desta intervenção foram registrados no Boletim Epidemiológico de Dezembro de 2019, apresentando uma queda de 15,7% na

morbidade e de 16,5% na mortalidade (2) Um desafio para a efetividade do TAsP é o desconhecimento da situação sorológica de aproximadamente 40% das PVHIV .

A PEP e a PrEP são mecanismos de prevenção, onde a presença do antirretroviral no organismo evita a multiplicação do vírus HIV. A PrEP é destinada a pessoas soronegativas, devendo ser utilizada com regularidade e tendo efetividade de 44% até 96% (37,38). Já a PEP é destinada a indivíduos que estiveram sob risco ou foram expostos ao HIV. Ela deverá ser tomada por 28 dias e demonstra alta efetividade apesar de não possuir estatísticas precisas (39). A PEP passou a ser disponibilizada no Brasil aos grupos prioritários a partir 2004 e a PrEP é utilizada desde 2017. Yi e colaboradores (38), apontam que a disposição para o uso da PrEP é acentuada, inclusive no Brasil, desde que devidamente apoiada em ações sociais, estruturais e individuais.

Kippax e Stephenson (40). Apontam fragilidades nas ações preventivas. Intervenções biomédicas são permeadas pelas questões individuais e sociais, as tornando indissociáveis. Cornish (41) defende a utilização da mobilização comunitária (*Community mobilization*, ou CM, em inglês) como mecanismo de prevenção das infecções pelo HIV e componente crítico na mudança de comportamentos. Existe uma tendência acadêmica, política, social e cultural de internalizar apenas o espectro biomédico das intervenções. As ações biomédicas demonstram efetiva redução e controle da transmissão do HIV, porém isoladamente não são suficientes para acompanhar a rapidez com a qual a epidemia se propaga (38,40,41). Esta discussão traduz o cerne da prevenção combinada, intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais (42).

Cabe ressaltar que a prevenção combinada não envolve apenas ações assertivas e pontuais, mas sim um conjunto de ações estratégicas que atendam à vida em sua totalidade (42). A prevenção combinada deve compreender os aspectos estruturais e sociais em que HSH estão submetidos, como homofobia, violência e exclusão; a “saída do armário”; questões de representatividade; e tantas

outras variáveis que agravam a vulnerabilidade desses indivíduos (37). Por possibilitar uma vazão de subjetividades, a prevenção combinada representa uma estratégia potente na proteção dos HSH contra a epidemia de HIV (37).

Após três anos de intervenção com o TaSP e a inserção da PrEP na realidade brasileira, é necessário mensurar o impacto que estas medidas causaram em HSH. Desta maneira é possível pensar em seu alcance populacional e real eficácia mediante a população mais vulnerável.

## **2. OBJETIVOS**

### *2.1 Objetivo Geral*

Determinar as características e fatores de vulnerabilidade ao HIV e violência entre pessoas LGBT residentes em Brasília DF - entorno e Rio de Janeiro - Região metropolitana.

### *2.2 Objetivos Específicos*

- Caracterizar o perfil da população LGBT quanto aos aspectos sociodemográficos e familiares.
- Identificar os fatores de vulnerabilidade ao HIV entre pessoas LGBT.
- Verificar fatores associados à não aprovação familiar, violência física e sexual, não testagem para HIV e não uso do preservativo entre pessoas LGBT.

### 3. MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa epidemiológica descritiva, on-line, direcionada à população adulta LGBT que respondeu de forma anônima um questionário autoaplicável, contendo sessenta e quatro perguntas de múltipla escolha, acerca de conhecimentos, atitudes e práticas (KAP). O instrumento esteve hospedado no Google Drive durante oito meses, em 2015, e o link foi amplamente divulgado nas redes sociais, sites institucionais e página específica no facebook.

A primeira parte do questionário disponibilizou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que após leitura e concordância dava ao participante acesso ao restante do instrumento, a elegibilidade era limitada a homens e mulheres maiores de 18 anos, que reportaram ter realizado relações sexuais com pessoas do mesmo sexo. Foram analisados aspectos socioeconômicos e sociodemográficos, concepções e valorações do participante relativas à sua saúde, práticas e gestão do risco e do cuidado realizadas, aspectos sobre práticas sexuais dos participantes, uso dos serviços de saúde, percursos de prevenção, tratamento, cura e suas experiências com o HIV/aids, além de aspectos sobre a vivência de pessoas que convivem com HIV/aids e sua percepção sobre o atendimento nos serviços de saúde.

As variáveis incorporadas no estudo foram: perfil sócio-demográfico (sexo, idade, local de moradia, escolaridade, religião, religiosidade); auto-definição (orientação sexual, raça/cor); comportamentos de risco e proteção incluindo razões aduzidas para uso ou não uso de preservativos, número e características dos parceiros; uso de substâncias (álcool e outras drogas); auto-percepção de risco; estado de saúde e uso de serviços de saúde; vivências de violência e estigma. Para efetuar os modelos univariados foram utilizados os seguintes desfechos: não aprovação familiar, violência física nos últimos doze meses, violência sexual na vida, não uso de preservativo em parcerias fixas e não realização do teste HIV, as variáveis contempladas e previamente dicotomizadas foram, sexo biológico (feminino, masculino), idade (menores de

30 anos vs maiores de 30 anos), raça/cor (brancos e não brancos), escolaridade (até nível médio incompleto e superior completo ou mais) e religião (faz alguma prática religiosa vs não pratica). Logo após foi feita a análise de regressão logística incluindo cálculo de frequências ou prevalências de relato das variáveis relacionados.

Os dados gerados do questionário foram tratados computacionalmente usando o software Matlab 2018a. Matlab é um software de computação que combina um ambiente de escritório com uma linguagem de programação para expressar matrizes e vetores matematicamente de forma direta. A base de dados precisava ser normalizada, dicotomizada e depurada de indivíduos cujas respostas estavam: (1) incompletas, (2) não encaixavam com as perguntas (i.e., o indivíduo respondeu que nunca foi agredido por sua orientação sexual mas afirmou em outro item que foi agredido pela família), (3) encaminhavam a um viés estatístico muito alto (i.e., pessoas que afirmaram ter mais de 2000 relações sexuais casuais nos últimos 12 meses). Essas pessoas foram filtradas com um algoritmo disponível no software Matlab.

Dado que a maioria dos dados deste dataset são qualitativos, o presente trabalho usou regressão logística multivariada (RLM) para determinar a razão de prevalência das variáveis em diferentes desfechos. RLM é um método não paramétrico de classificação para modelos discretos de uma variável dependente (“z” distribuída categoricamente), dado um conjunto de variáveis independentes (“X”, as quais podem ser binárias, categóricas ou reais) (43). O método é similar à regressão linear na medida que pretende estimar a probabilidade de um caso individual de “N” variáveis independentes (“ $x_1 \cdots x_N$ ”) ser parte de uma categoria “z” através da relação linear

$$z = \left( \frac{1}{1-y} \right) = e^{(B_0 + B_1 x_1 \cdots B_N x_N)} \quad (1)$$

onde  $B_0$  é a intercepção do eixo de probabilidade  $y$ .



Os dados estatísticos relevantes que entrega a RLM são: (i) o desvio padrão (SE), (ii) os coeficientes  $B$  das variáveis independentes, (iii) o resultado do teste Wald, (iv) o  $p$ -valor (Sig.) e (v) o exponencial de  $B$  (Exp(B)). A maioria dos valores já são conhecidos em quanto a sua função, porém, dois deles contém a maioria de informação necessária para determinar o impacto que uma variável independente tem sobre o desfecho; o teste Wald e o Exp(B). O teste Wald é calculado assim

$$Wald = \left(\frac{B}{SE}\right)^2 \quad (2)$$

Com este valor pode-se determinar o grau de importância de uma variável independente com uma significância (Sig.) menor que 0,05. Isto permitirá saber qual variável tem maior incidência sobre o desfecho quando se tem mais de uma significativa. O Exp(B), como o nome indica, é calculado assim

$$Exp(B) = e^B \quad (3)$$

Se comparar esta equação com a equação (1), pode-se ver as semelhanças. De fato, este valor representa a probabilidade relativa que uma variável independente com coeficiente  $B$  pode determinar um desfecho  $z$  quando o resto das variáveis estão ausentes.

A dicotomização das variáveis utilizadas na RLM está listada na seguinte Tabela:

Tabela 1. Variáveis dicotomizadas para RLM.

Variáveis	Tipo	Valor	
		0	1
Sexo biológico		F	M
Idade *		>30	<30
Raça/Cor	Independente	Branco	Não Branco
Nível de escolaridade		Superior completo ou mais	Até Nível médio completo
Religião		Pratica	Não pratica
Não realização Teste HIV		Sim	Não
Não Aprovação familiar		Sim	Não
Violência física nos últimos doze meses	Dependente	Não	Sim
Violência sexual na vida		Não	Sim
Não uso do preservativo em parcerias fixas		Sim	Não

\* Para todas as variáveis dependentes menos sexo forçado.

#### 4. RESULTADOS

Os registros mostram que de 214 pessoas que responderam o questionário, 159 questionários foram efetivamente incluídos nesta análise por preencher os critérios estabelecidos.

Na tabela 2, registram-se as características dos participantes. A idade variou de 18 a 50 anos ou mais, As mulheres entre 18 e 24 anos corresponderam a 38% das pessoas entrevistadas, 32% da amostra na faixa etária de 25 a 29 anos eram homens, a proporção das cidades é de 62% para Brasília DF e entorno e de 38% para Rio de Janeiro e região metropolitana, em relação aos homens da pesquisa, em quanto ao sexo atribuído ao nascimento, predominaram participantes do sexo masculino com cerca de 70%, No que diz respeito à autodenominação, entre as mulheres, predominou a categoria lésbica, perfazendo mais da metade das participantes, seguida de mulheres bissexuais, com cerca de 38%. Dos indivíduos do sexo masculino, a maioria, cerca de 80%, se autodenominaram homossexuais masculinos, seguido de outras denominações (homem bissexual, homem profissional do sexo com homens e homens que praticam sexo com outros homens, mas que não se identificam como gays / homossexuais). Os participantes distribuíram-se em: 52% brancos, 31% pardos e o 17% restante nas demais categorias. Por outro lado, quase a metade da amostra, 47%, não pertence a nenhuma religião e só um 18% manifesto vínculo com a religião católica. Quanto à escolaridade, prevaleceram participantes com superior incompleto, completo ou mais anos de estudo (93%), destacando-se apenas dois pessoas com ensino fundamental completo e nível médio. Em relação à aprovação familiar os aprovados completam e parcialmente representam um 47%, assim como 42% dos familiares são indiferentes, ignoram ou não são cientes da orientação sexual do seu familiar.

Tabela 2. Características sociodemográficas de participantes LGBT de Brasília e do Rio de Janeiro.

Variável	Categoria	Masculino		Feminino		Todos	
		n	%	n	%	n	%
Idade	18-24	30	27,0%	18	37,5%	48	30,2%
	25-29	36	32,4%	10	20,8%	46	28,9%
	30-39	32	28,8%	9	18,8%	41	25,8%
	40-49	6	5,4%	5	10,4%	11	6,9%
	50+	7	6,3%	6	12,5%	13	8,2%
Cidade	BSB	61	55,0%	37	77,1%	98	61,6%
	RIO	50	45,0%	11	22,9%	61	38,4%
Autodenominação	Homossexual masculino	89	80,2%	0	0,0%	89	56,0%
	Homem bissexual	1	0,9%	0	0,0%	1	0,6%
	Homossexoafectivo	1	0,9%	0	0,0%	1	0,6%
	Hetero	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Lésbica	0	0,0%	27	56,3%	27	17,6%
	Mulher Bissexual	0	0,0%	18	37,5%	18	11,3%
	Travesti	2	1,8%	0	0,0%	2	1,3%
	Livre	0	0,0%	1	2,1%	1	0,6%
Outro	18	16,2%	1	2,1%	19	11,9%	
Raça/Cor	Branco	55	49,5%	28	58,3%	83	52,2%
	Preto	10	9,0%	8	16,7%	18	11,3%
	Pardo	43	38,7%	7	14,6%	50	31,4%
	Amarelo	2	1,8%	2	4,2%	4	2,5%
	Indígena	0	0,0%	1	2,1%	1	0,6%
	Não Sabe	1	0,9%	2	4,2%	3	1,9%
Religião	Afro-brasileira	7	6,3%	3	6,3%	10	6,3%
	Católica	19	17,1%	10	20,8%	29	18,2%
	Espírita	13	11,7%	5	10,4%	18	11,3%
	Evangélico Neopentecostal	5	4,5%	0	0,0%	5	3,1%
	Evangélico tradicional	7	6,3%	1	2,1%	8	5,0%
	Nenhuma	50	45,0%	25	52,1%	75	47,2%
	Outra	10	9,0%	4	8,3%	14	8,8%
Escolaridade	Fundamental Completo	1	0,9%	0	0,00%	1	0,6%
	Nível Médio Incompleto	1	0,9%	0	0,00%	1	0,6%
	Nível Médio Completo	7	6,3%	2	4,20%	9	5,7%
	Superior Incompleto	31	27,9%	23	47,9%	54	34,0%
	Superior Completo	28	25,2%	11	22,9%	39	24,5%

	Superior ou mais	43	38,7%	12	25,0%	55	34,6%
Aprovação Familiar	Aprovam completamente	30	27,0%	8	16,7%	38	23,9%
	Aprovam parcialmente	24	21,6%	13	27,1%	37	23,3%
	Indiferentes/fazem de conta que nada acontece	19	17,1%	14	29,2%	33	20,8%
	Desaprovam parcialmente	5	4,5%	4	8,3%	9	5,7%
	Desaprovam completamente	8	7,2%	1	2,1%	9	5,7%
	Não sabem	25	22,5%	8	16,7%	33	20,8%
	Total	111	69,8%	48	30,2%	159	100,0%

A tabela 3 se refere às práticas sexuais e grau de proteção de participantes LGBT na pesquisa. Sobre os motivos pelos quais não se utilizou o preservativo, 83% das mulheres participantes não o fez porque tinha parceiro fixo frente a 54% dos participantes masculinos; 42% das mulheres e 20% dos homens não usaram preservativo porque conheciam o parceiro(a). Entre as mulheres 27% não acharam necessário o uso do preservativo porque suas relações eram entre mulheres. Finalmente é importante ressaltar que 10% dos homens não o utilizaram porque o parceiro não gostava.

No que concerne ao número de parcerias fixas nos últimos 12 meses destaca-se que entre as participantes do sexo feminino, 65% tiveram uma parceria em contraste com os homens em que essa proporção correspondeu a 50%. Cabe salientar que entre os homens duas terças partes dessas parcerias eram com pessoas do sexo masculino e entre as mulheres 71% com pessoas do sexo feminino. A proteção inconsistente nessas parcerias (frequentemente, as vezes e nunca) foi relatada 94% das mulheres e 67% dos homens. No que diz respeito às parcerias casuais nos últimos 12 meses destaca-se que o número relatado foi maior entre os homens: 61% referiram 3 ou mais parceiros. Por outro lado, entre as mulheres tal número de parceiras foi referido a penas por cerca de 15%. O uso inconsistente do preservativo nessas parcerias casuais foi relatado por 69% dos homens e cerca de 32% das mulheres. Na caracterização das parcerias eventuais uma proporção maior de mulheres não teve esse tipo de parceria (56%) quando

comparadas com os homens (22%). Entre as mulheres a proporção que teve parcerias ocasionais com homens e mulheres não difere tanto: cerca de 15% versus cerca de 19%. Já entre os homens predominou a proporção que referia parcerias ocasionais com outros homens: cerca de 69%.

Apenas cerca de 10% dos homens referiram parcerias comerciais nos últimos 12 meses. Entre essas relações comerciais a maioria foram com outros homens e travestis; apenas em um caso houve referência a parceiros do sexo masculino e feminino. Entre as mulheres participantes não houve relato de parcerias comerciais. Apesar de que os percentuais são pequenos entre os homens com parcerias comerciais o número absoluto com uso inconsistente do preservativo (6) foi maior que o número que usou consistentemente (5). Uma porcentagem maior nas mulheres nunca fez o teste HIV, cerca de 23%, comparado com 16% dos homens, em geral os homens fizeram mais recentemente testes. Ao todo 26 homens relataram estar vivendo com HIV desses a maioria (22) estavam em tratamento.

Tabela 3. Práticas sexuais e grau de proteção de participantes LGBT de Brasília e do Rio de Janeiro.

Variável	Categoria	Masculino		Feminino		Todos	
		n	%	n	%	n	%
Motivos para não uso do preservativo nos últimos 12 meses	Parceiro fixo	60	54,1%	40	83,3%	100	62,9%
	Conhece o parceiro(a)	22	19,8%	20	41,7%	42	26,4%
	Desejava engravidar	0	0,0%	1	2,1%	1	0,6%
	Não achava necessário	5	4,5%	8	16,7%	13	8,2%
	Não gosta de usar camisinha	5	4,5%	7	14,6%	12	7,5%
	Não sabia usar	0	0,0%	1	2,1%	1	0,6%
	Não necessário-mulher	0	0,0%	13	27,1%	13	8,8%
	Não tinha na ocasião	20	18,0%	2	4,2%	22	13,8%
	Forçado a fazer sem preservativo	3	2,7%	0	0,0%	3	1,9%
	Vergonha de obter o preservativo	1	0,9%	1	2,1%	2	1,3%
	Faz teste HIV	6	5,4%	2	4,2%	8	5,0%

	Uso de anticoncepcional	0	0,0%	4	8,3%	4	2,5%
	Parceiro(a) não gosta	12	10,8%	1	2,1%	13	8,2%
	Uso de drogas	9	8,1%	1	2,1%	10	6,3%
	Precisava de dinheiro	3	2,7%	0	0,0%	3	1,9%
	Muitas rel. sexuais no dia	4	3,6%	2	4,2%	6	3,8%
	Outras situações	10	9,0%	8	16,7%	18	11,3%
	Nenhuma situação	26	23,4%	3	6,3%	29	18,2%
Número de parcerias fixas últimos 12 meses	0	17	15,3%	2	4,2%	19	11,9%
	1	56	50,5%	31	64,6%	87	54,7%
	2	23	20,7%	8	16,7%	31	19,5%
	3-5	12	10,8%	7	14,6%	19	11,9%
	6+	3	2,7%	0	0,0%	3	1,9%
Características das parcerias fixas	Homens	83	74,8%	6	12,5%	89	56,0%
	Mulheres	6	5,4%	34	70,8%	40	25,2%
	Ambos	3	2,7%	4	8,3%	7	4,4%
	Mulheres, Homens, Travestis, Transexual	1	0,9%	0	0,0%	1	0,6%
	Mulheres, Transexual	0	0,0%	1	2,1%	1	0,6%
	Nenhum	1	0,9%	1	2,1%	2	1,3%
	N/A	17	15,3%	2	4,2%	19	11,9%
Frequência no uso de preservativo em parcerias fixas	Sempre	19	17,1%	1	2,1%	20	12,6%
	Frequentemente	26	23,4%	6	12,5%	32	20,1%
	As vezes	26	23,4%	11	22,9%	37	23,3%
	Nunca	23	20,7%	28	58,3%	51	32,1%
	N/A	17	15,3%	2	4,2%	19	11,9%
Número de parcerias casuais nos últimos 12 meses	0	25	22,5%	27	56,3%	52	32,7%
	1	7	6,3%	10	20,8%	17	10,7%
	2	11	9,9%	4	8,3%	15	9,4%
	3-5	27	24,3%	3	6,3%	30	18,9%
	6-10	19	17,1%	3	6,3%	22	13,8%
	11+	22	19,8%	1	2,1%	23	14,5%
Características das parcerias casuais	Homens	76	68,5%	7	14,6%	83	52,2%
	Mulheres	1	0,9%	9	18,8%	10	6,3%
	Ambos	7	6,3%	3	6,3%	10	6,3%
	Mulheres, Transexual	0	0,0%	1	2,1%	1	0,6%
	Homens, Travestis	1	0,9%	0	0,0%	1	0,6%
	Todos	1	0,9%	0	0,0%	1	0,6%
	Nenhum	0	0,0%	1	2,1%	1	0,6%
	N/A	25	22,5%	27	56,3%	52	32,7%

Frequência no uso de preservativo em parcerias eventuais	Sempre	46	41,4%	8	16,7%	54	34,0%
	Frequentemente	19	17,1%	1	2,1%	20	12,6%
	As vezes	14	12,6%	0	0,0%	14	8,8%
	Nunca	7	6,3%	12	25,0%	19	11,9%
	N/A	25	22,5%	27	56,3%	52	32,7%
Quantas parcerias comerciais nos últimos 12 meses	0	100	90,1%	48	100,0%	148	93,1%
	1	4	3,6%	0	0,0%	4	2,5%
	3-5	4	3,6%	0	0,0%	4	2,5%
	6-10	1	0,9%	0	0,0%	1	0,6%
	11+	2	1,8%	0	0,0%	2	1,3%
Dessas Parcerias comerciais havia:	Homens	9	8,1%	0	0,0%	9	5,7%
	Travestis	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Homens, Travestis	1	0,9%	0	0,0%	1	0,6%
	Todos	1	0,9%	0	0,0%	1	0,6%
	Nenhum	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
N/A	100	90,1%	48	100,0%	148	93,1%	
Frequência no uso de preservativo Parcerias Comerciais	Sempre	5	4,5%	0	0,0%	5	3,1%
	Frequentemente	5	4,5%	0	0,0%	5	3,1%
	As vezes	1	0,9%	0	0,0%	1	0,6%
	Nunca	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	N/A	100	90,1%	48	100,0%	148	93,1%
Última vez que fez o teste HIV/AIDS	Até 3 meses	30	27,0%	8	16,7%	38	23,9%
	3 a 12 meses	34	30,6%	15	31,3%	49	30,8%
	1 a 5 anos	18	16,2%	10	20,8%	28	17,6%
	5 ou mais anos	8	7,2%	3	6,3%	11	6,9%
	Nunca	18	16,2%	11	22,9%	29	18,2%
Não sabe ou não se lembra	3	2,7%	1	2,1%	4	2,5%	
Se tem HIV/AIDS toma Remédio para o vírus	Sim	22	19,8%	0	0,0%	22	13,8%
	Não	4	3,6%	0	0,0%	4	2,5%
	N/A	85	76,6%	48	100,0%	133	83,6%

Na Tabela 4, que aborda o grau de violência sofrido pelos participantes LGBT na pesquisa, nota-se que aproximadamente 21% dos homens e 13% das mulheres referiram que alguém os forçou a ter relações sexuais contra sua vontade alguma vez na vida. Quanto a se estes participantes tiveram relações sexuais por medo do que a outra pessoa pudesse fazer, a categoria com maior predominância foi “às vezes”, com 30% das respostas para ambos sexos.



Em relação ao meio pelo qual participantes utilizaram para encontrar parceiros sexuais nos últimos 12 meses, 63% dos homens relataram o uso da internet. Entre as mulheres, esta forma de busca não foi a mais alta, sendo que apenas 23% das mulheres relataram utilizar a internet para buscar parceiros sexuais nos últimos 12 meses. Entre os homens, aproximadamente 41% foram a boates com o intuito de buscar parceiros. Em contraste, o local que as mulheres mais frequentaram para encontrar parceiros foi a casa de amigos 31% seguido de boates 13% e bares gays com 8%. Em relação aos bares gays, essa proporção correspondeu a uma terceira parte dos relatos. É importante mencionar que 39% dos homens e 25% das mulheres que participaram da pesquisa frequentaram festas nos últimos 12 meses para encontrar parceiros sexuais.

Dos motivos alegados por ter sofrido discriminação nos últimos 12 meses, é de extrema importância salientar que a resposta que mais predominou entre as mulheres (67%) foi o “fato de ser mulher”. A orientação sexual foi outro motivo de discriminação presente em uma quantidade significativa dos participantes, onde 58% dos homens e 65% das mulheres relataram ter sofrido discriminação por este motivo. Ainda, como fator de discriminação, foi relatado a aparência física em 31% das mulheres e 23% dos homens. As mulheres relataram maior discriminação por cor/raça do que os homens (~21% versus ~14%).

Quanto ao antecedente de violência física nos últimos 12 meses, tanto homens como mulheres mencionaram com maior frequência que o perpetrador era um estranho ~12 e 4%, respectivamente. Também, como agressores foram mencionados familiar/parente, sendo que os relatos para estes agentes foi de ~4% e 2,1% para homens e mulheres, respectivamente. Em relação ao fato de comunicar para alguém a ocorrência da agressão, o que mais chama a atenção é que aproximadamente 13% dos homens e 4% das mulheres não relataram para ninguém. Os demais participantes relataram para amigos, familiares e ONGs ou outros grupos gays.

No que diz respeito à frequência de uso de bebida alcoólica antes ou durante a relação sexual no último ano, 64% dos homens referiu ter consumido sempre,

frequentemente ou às vezes. A maioria das mulheres (77%) só referiram esse comportamento frequentemente e às vezes.

Em relação à utilização de drogas antes ou durante a relação sexual nos últimos 12 meses, nas categorias sempre, frequentemente e as vezes, 23,4% dos homens relataram fazer uso. Já entre as mulheres 27% manifestaram o consumo nas categorias frequentemente e as vezes.

Tabela 4. Frequência de violência entre participantes LGBT de Brasília e do Rio de Janeiro.

Variável	Categoria	Masculino		Feminino		Todos	
		n	%	n	%	n	%
Alguém forçou a ter relações sexuais contra a sua vontade na vida	Sempre	2	1,8%	1	2,1%	3	1,9%
	Frequentemente	1	0,9%	0	0,0%	1	0,6%
	As vezes	23	20,7%	6	12,5%	29	18,2%
	Nunca	85	76,6%	41	85,4%	126	79,2%
Teve relação sexual por medo do que a outra pessoa pudesse fazer	Sempre	2	1,8%	0	0,0%	2	1,3%
	Frequentemente	1	0,9%	0	0,0%	1	0,6%
	As vezes	19	17,1%	6	12,5%	25	15,7%
	Nunca	89	80,2%	42	87,5%	131	82,4%
Onde foi para encontrar parceiros sexuais nos últimos 12 meses	Boates	45	40,5%	6	12,5%	51	32,1%
	Bares Gays	37	33,3%	4	8,3%	41	25,8%
	Banheiros públicos	19	17,1%	0	0,0%	19	11,9%
	Casa de amigos	32	28,8%	15	31,3%	47	29,6%
	Cinema	8	7,2%	0	0,0%	8	5,0%
	Dark rooms	10	9,0%	0	0,0%	10	6,3%
	Festa	43	38,7%	12	25,0%	55	34,6%
	Internet	70	63,1%	11	22,9%	81	50,9%
	Saunas	26	23,4%	0	0,0%	26	16,4%
	Telefone	13	11,7%	3	6,3%	16	10,1%
	GLS	13	11,7%	3	6,3%	16	10,1%
	Outro	21	18,9%	6	12,5%	27	17,0%
	Nenhum	19	17,1%	21	43,8%	40	25,2%
Motivos que fizeram com que você se sentisse discriminada (o) ou tratada (o) pior por alguma pessoa ou instituição nos últimos 12 meses	Orientação sexual	64	57,7%	31	64,6%	95	59,7%
	Aparência física	25	22,5%	15	31,3%	40	25,2%
	Dinheiro/Condição social	19	17,1%	13	27,1%	32	20,1%
	Raça/Cor/Etnia	15	13,5%	10	20,8%	25	15,7%
	Idade	13	11,7%	6	12,5%	19	11,9%
	Ser mulher	0	0,0%	32	66,7%	32	20,1%
	Ser travesti	4	3,6%	0	0,0%	4	2,5%
Ter HIV/AIDS	8	7,2%	0	0,0%	8	5,0%	

	Doença	3	2,7%	3	6,3%	6	3,8%
	Profissão/Ocupação	3	2,7%	5	10,4%	8	5,0%
	Nenhum	33	29,7%	9	18,8%	42	26,4%
Alguma dessas pessoas lhe agrediu fisicamente nos últimos 12 meses	Amigo/Conhecido	2	1,8%	1	2,1%	3	1,9%
	Colega de Trabalho	3	2,7%	0	0,0%	3	1,9%
	Companheiro(a)	2	1,8%	0	0,0%	2	1,3%
	Estranho	13	11,7%	2	4,2%	15	9,4%
	Familiar/Parente	4	3,6%	1	2,1%	5	3,1%
	Policial	1	0,9%	0	0,0%	1	0,6%
	Não agredido	92	82,9%	44	91,7%	136	85,5%
Se foi agredida (o), relatou este fato	Amigos	6	5,4%	1	2,1%	7	4,4%
	Familiares	0	0,0%	1	2,1%	1	0,6%
	Polícia	1	0,9%	0	0,0%	1	0,6%
	Disque Defesa Homossexual	1	0,9%	0	0,0%	1	0,6%
	ONGs/Grupos gays	0	0,0%	1	2,1%	1	0,6%
	Não relatou	14	12,6%	2	4,2%	16	10,1%
	Não agredido	91	82,0%	45	93,8%	136	85,5%
Frequência no uso de bebida alcoólica antes ou durante a relação últimos 12 meses	Sempre	2	1,8%	0	0,0%	2	1,3%
	Frequentemente	17	15,3%	7	14,6%	24	15,1%
	As vezes	52	46,8%	30	62,5%	82	51,6%
	Nunca	40	36,0%	11	22,9%	51	32,1%
Frequência no uso de drogas antes ou durante a relação últimos 12 meses	Sempre	2	1,8%	0	0,0%	2	1,3%
	Frequentemente	6	5,4%	2	4,2%	8	5,0%
	As vezes	18	16,2%	11	22,9%	29	18,2%
	Nunca	85	76,6%	35	72,9%	120	75,5%

Na tabela 5, constata-se que pessoas menores de 30 anos tiveram maior probabilidade de não terem recebido apoio ou aprovação por parte da família quanto à sua orientação sexual, cerca de 60%, ao passo que este valor foi de 43% na categoria que representa os mais velhos. Apesar da não ser estatisticamente significativo, os menores níveis de escolaridade mostraram pouca prevalência de relato de apoio familiar. Pessoas com menor escolaridade apresentaram 60% enquanto as pessoas com maior escolaridade apresentaram 48%.

Tabela 5. Associação entre a não aprovação familiar e dados sociodemográficos de pessoas LGBT de Brasília e do Rio de Janeiro.

<b>Variáveis</b>	<b>Categoria</b>	<b>Sim</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>RP</b>	<b>IC 95%</b>	<b>p-valor</b>
Sexo	F	27	56,3	48	1,1	0,6 - 2,4	0,29
	M	57	51,4	111	1,0		
Idade	<30	56	59,6	94	1,4	1,0 - 3,7	0,02
	>30	28	43,1	65	1,0		
Raça/Cor	Branca	40	48,2	83	1,2	0,8 - 2,8	0,11
	Não branca	44	57,9	76	1,0		
Escolaridade	Até Nível médio completo	39	60,0	65	1,3	0,9 - 3,1	0,06
	Superior completo ou mais	45	47,9	94	1,0		
Religião	Pratica	48	57,1	84	1,2	0,8 - 2,7	0,12
	Não pratica	36	48,0	75	1,0		

A tabela 6 traz os resultados para o relato de agressão física nos últimos 12 meses, onde constatou-se que os menores de 30 anos tiveram 3,5 vezes mais probabilidade de ter sofrido violência física quando comparado com os participantes que tinham mais de 30 anos de idade.

Tabela 6. Frequência de violência física nos últimos doze meses segundo dados sociodemográficos de pessoas LGBT de Brasília e do Rio de Janeiro.

<b>Variáveis</b>	<b>Categoria</b>	<b>Sim</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>RP</b>	<b>IC 95%</b>	<b>p-valor</b>
Sexo	F	2	4,2	48	0,5	0,1 - 2,1	0,15
	M	10	9,0	111	1,0		
Idade	<30	10	10,6	94	3,5	0,8 - 17,7	0,04
	>30	2	3,1	65	1,0		
Raça/Cor	Branca	7	8,4	83	1,3	0,4 - 4,3	0,33

	Não branca	5	6,5	76	1,0		
Escolaridade	Até Nível médio completo	5	7,7	65	1,0	0,3 - 3,4	0,47
	Superior completo ou mais	7	7,5	94	1,0		
Religião	Pratica	9	10,7	84	2,6	0,9 – 1,3	0,06
	Não pratica	3	4,0	75	1,0		

A tabela 7, mostra que as pessoas que têm mais de 30 anos têm maior probabilidade de ter sofrido violência sexual alguma vez na vida quando comparadas com os participantes que têm menos de 30 anos.

Tabela 7. Frequência de violência sexual na vida segundo dados sociodemográficos de pessoas LGBT de Brasília e do Rio de Janeiro.

Variáveis	Categoria	Sim	%	Total	RP	IC 95%	p-valor
Sexo	F	7	14,6	48	0,6	0,2 - 1,4	0,11
	M	26	23,4	111	1,0		
Idade	<30	19	20,2	94	0,9	0,4 - 0,9	0,04
	>30	14	21,5	65	1,0		
Raça/Cor	Branca	7	24,1	83	1,4	0,7 - 3,4	0,14
	Não branca	20	17,1	76	1,0		
Escolaridade	Até Nível médio completo	15	23,1	65	1,2	0,6 - 2,7	0,28
	Superior completo ou mais	18	19,2	94	1,0		

Religião	Pratica	18	21,4	84	1,1	0,5 – 2,3	0,41
	Não pratica	15	20,0	75	1,0		

Na tabela 8 observou-se que participantes do sexo feminino relataram com maior frequência o uso inconsistente do preservativo, cerca de 98% entre as mulheres, e cerca de 80% para os homens, sendo que esta variável apresentou associação significativa. De modo semelhante, o não uso do preservativo foi referido com maior frequência por pessoas brancas em relação as não brancas, aproximadamente 91% em pessoas brancas, e 80% em pessoas não brancas. Apesar de apresentar uma significância estatística marginal, os dados mostram que participantes que referem não ter práticas religiosas têm maior prevalência de uso inconsistente do preservativo, onde 91% dos participantes que praticam alguma religião não usam de maneira consistente o preservativo, em comparação com 81% das pessoas que não praticam religião.

Tabela 8. Frequência de não uso do preservativo em parcerias fixas segundo dados sociodemográficos de pessoas LGBT de Brasília e do Rio de Janeiro.

Variáveis	Categoria	Sim	%	Total	RP	IC 95%	p-valor
Sexo	F	45	97,8	46	1,2	1,5 - 88,1	0,001
	M	75	79,8	94	1,0		
Idade	<30	70	85,4	82	0,9	0,4 - 2,5	0,45
	>30	50	86,2	58	1,0		
Raça/Cor	Branca	69	90,8	76	1,1	0,9 - 6,7	0,03
	Não branca	51	79,7	64	1,0		
Escolaridade	Até Nível médio completo	49	87,7	59	0,9	0,3 - 1,8	0,22
	Superior completo ou mais	71	83,1	81	1,0		

Religião	Pratica	60	81,1	74	1,1	0,8 - 6,4	0,05
	Não pratica	60	91,0	66	1,0		

A tabela 9 mostra que a prevalência de não realizar o teste de HIV foi maior entre os participantes com menos de 30 anos (31%), e menor (6%) entre as pessoas mais velhas. Houve também uma maior prevalência de relato de não testagem em participantes com menores níveis de educação, quando comparados com níveis de escolaridade superior ou entre participantes com mais anos de estudo. Observa-se também que participantes que não eram adeptos a práticas religiosas têm menor probabilidade de terem sido testados para o HIV.

Tabela 9. Frequência da não realização do Teste HIV segundo dados sociodemográficos de pessoas LGBT de Brasília e do Rio de Janeiro.

Variáveis	Categoria	Sim	%	Total	RP	IC 95%	p-valor
Sexo	F	12	25,0	48	1,3	0,6 - 3,2	0,20
	M	21	18,9	111	1,0		
Idade	<30	29	30,9	94	5,0	2,2 - 20,4	4,6x10 <sup>-5</sup>
	>30	4	6,1	65	1,0		
Raça/Cor	Branca	18	21,7	83	1,1	0,5 - 2,4	0,38
	Não branca	15	19,7	76	1,0		
Escolaridade	Até Nível médio completo	23	35,4	65	3,3	2,0 - 10,5	1,1x10 <sup>-4</sup>
	Superior completo ou mais	10	10,6	94	1,0		
Religião	Pratica	14	16,7	84	1,5	0,8 - 3,7	0,09
	Não pratica	19	25,3	75	1,0		

A tabela 10 mostra os resultados da aplicação do modelo de regressão logística multivariada. Com isso, foram ajustados modelos univariados dos seguintes desfechos: não aprovação familiar, violência física nos últimos doze meses, violência sexual na vida, não uso de preservativo em parcerias fixas e não realização do teste HIV. As variáveis contempladas e previamente dicotomizadas foram, sexo biológico (feminino e masculino), idade (menores de 30 anos comparado com maiores de 30 anos), raça/cor (brancos e não brancos), escolaridade (até nível médio incompleto e superior completo ou mais) e religião (pratica alguma religião comparado com quem não pratica nenhuma religião).

As variáveis que permaneceram no modelo dentro do desfecho foram a não aprovação familiar, que apresentou associação significativa com idade, sendo os menores de 30 anos, os que expressaram baixa prevalência de relato de aprovação e apoio familiar. Em relação à violência física nos últimos doze meses, novamente os participantes com idade menor de 30 anos apresentou associação significativa, mostrando que, no estudo, esta foi a população com maior probabilidades de ter sofrido violência no último ano. Para esta categoria as demais variáveis ficaram fora do modelo.

O relato de ter sofrido violência sexual na vida não apresentou associação estatística, isto, porém, pode ser explicado pelo tamanho reduzido da amostra. O não uso do preservativo em parcerias fixas permaneceu associado e houve um aumento na força de associação entre pessoas com menos de 30 anos de idade e que apresentaram uso inconsistente de preservativo. Para a variável da prática da religião, apesar de apresentar uma associação limítrofe, ela demonstrou que participantes que referem não ter praticas religiosas têm maior prevalência do uso inconsistente do preservativo.

Em relação à não realização do teste para o HIV, foi constatado predominância da não testagem em quem tem menos de 30 anos e em quem tem níveis de escolaridade menores. Vale apresentar que os valores da associação foram limítrofes.



Tabela 10. Estimativa do modelo de regressão multivariada para os desfechos segundo dados sociodemográficos de pessoas LGBT de Brasília e do Rio de Janeiro.

<b>Desfechos/ Variáveis</b>	<b>B</b>	<b>SE</b>	<b>Wald</b>	<b>Sig</b>	<b>Exp(B)</b>	<b>B</b>
<b>Não aprovação familiar</b>						
Interceptação	-0,10	0,42	-	-	-	-0,10
Sexo biológico	0,25	0,36	0,47	0,49	1,28	0,25
Idade	0,70	0,36	3,76	0,05	2,01	0,70
Raça/Cor	-0,31	0,34	0,85	0,36	0,73	-0,31
Escolaridade	-0,16	0,36	0,20	0,66	0,85	-0,16
Religião	-0,50	0,34	2,22	0,14	0,61	-0,50
<b>Violência física nos últimos doze meses</b>						
Interceptação	4,68	1,12	-	-	-	4,68
Sexo biológico	-0,69	0,83	0,70	0,40	0,50	-0,69
Idade	-1,64	0,84	3,84	0,05	5,26	-1,64
Raça/Cor	0,48	0,64	0,55	0,46	1,61	0,48
Escolaridade	0,30	0,67	0,20	0,65	1,35	0,30
Religião	-1,29	0,71	3,31	0,07	0,27	-1,29
<b>Violência sexual na vida</b>						
Interceptação	1,95	0,56	-	-	-	1,95
Sexo biológico	-0,73	0,48	2,33	0,13	0,48	-0,73
Idade	-0,22	0,44	0,26	0,61	0,80	-0,22
Raça/Cor	0,61	0,42	2,08	0,15	1,84	0,61
Escolaridade	-0,56	0,45	1,52	0,22	0,57	-0,56
Religião	-0,03	0,41	0,01	0,94	0,97	-0,03
<b>Não uso do preservativo em parcerias fixas</b>						
Interceptação	-4,70	1,15	-	-	-	-4,70
Sexo biológico	2,37	1,05	5,08	0,02	10,72	2,37
Idade	-0,07	0,55	0,02	0,90	0,93	-0,07
Raça/Cor	0,73	0,53	1,85	0,17	2,07	0,73
Escolaridade	0,37	0,55	0,46	0,50	1,45	0,37
Religião	0,71	0,86	3,67	0,05	2,03	0,71
<b>Não realização do Teste HIV</b>						

Interceptação	1,13	0,54	-	-	-	1,13
Sexo biológico	0,05	0,47	0,01	0,91	1,05	0,05
Idade	1,49	0,59	6,42	0,01	4,45	1,49
Raça/Cor	0,49	0,44	1,21	0,27	1,63	0,49
Escolaridade	-1,31	0,48	7,51	0,01	3,70	-1,31
Religião	0,41	0,44	0,87	0,35	1,51	0,41

---

## 5. DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa permitem perceber de que maneira a vulnerabilidade ao HIV e à violência, na população LGBT, persistem ainda, mesmo com os avanços na implementação de políticas públicas para o controle do flagelo. Ainda não foram atingidas as metas de conseguir a detecção de 90% das pessoas vivendo com HIV, o tratamento ininterrupto antirretroviral das pessoas com infecção e o diagnóstico e supressão da carga viral nessas pessoas, um propósito definitivo e ambicioso, porém alcançável (5).

A epidemia HIV/aids é um problema que se expande incontrolavelmente e produz impactos diferenciados na vida das pessoas. Essas repercussões estão relacionadas com as desigualdades e iniquidades de diversas ordens que aumentam as vulnerabilidades. Mesmo privilegiadas, as pessoas que participaram da presente pesquisa, mostraram-se vulneráveis à violência e aos fatores de risco para transmissão do HIV. A maioria das pessoas entrevistadas no estudo encontram-se na faixa etária de 18 a 24 anos, o que mostra que é necessário um olhar mais específico para as condições dos jovens.

Cabe destacar que foram os mais jovens os que justamente relataram maiores probabilidades de ter sofrido episódios de violência física. Um estudo realizado com mil lésbicas, gays e bissexuais na cidade de Nápoles, na Itália, mediante entrevistas face a face, identificou que 28,3% dos participantes relataram que tinham sofrido pelo menos um episódio de vitimização em sua vida. Entre esses, a prevalência de assédio verbal foi a mais frequente, totalizando 85,2% (44).

No Brasil, é imprescindível destacar a Lei n. 11.340/2006, popularmente conhecida como Lei Maria da Penha, que representa um grande avanço no enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a mulher (45). É importante enfatizar que a violência contra as mulheres é um fenômeno complexo que depende de processos de determinação e mediação igualmente múltiplos e diversos. Salientasse que, na presente pesquisa, tal evento teve alta prevalência entre as mulheres. Pelo fato simples de serem mulheres, em uma sociedade de tradição

patriarcal, a vitimização é vista como um evento natural. Em outras palavras, a violência atinge mulheres brancas e negras, ricas e pobres, heterossexuais, transexuais, bissexuais e lésbicas.

No que diz respeito à violência sexual, uma terceira parte dos homens e mulheres participantes, relataram que alguém os forçou a ter relações sexuais contra sua vontade alguma vez na vida. Um estudo na Tailândia (20) demonstrou que uma alta proporção de transexuais e profissionais do sexo, relataram histórico de sexo forçado perpetrado por um homem, sem uso de preservativo e, geralmente, por alguém que conheciam (parceiro sexual, membro da família, amigos ou conhecido). Nesse sentido, na prevenção primária (evitar que o fato aconteça) como na secundária (acolhimento, tratamento, denúncia no momento) e terciária (consequências físicas como gravidez, IST, ou sequelas psicológicas), é necessário o apoio institucional e também o apoio micro social. É fundamental a importância das redes de apoio em todas as esferas da vida, ora seja para denunciar ou simplesmente para proteger. No caso da presente pesquisa, tal carência de proteção fica demonstrada ao se constatar que os jovens são os menos aprovados e apoiados pelas suas famílias com respeito a sua orientação sexual.

Em relação à discriminação os resultados da pesquisa dão relevância à orientação sexual, aparência física e o fato simples de ser mulher como as maiores razões para sentir a discriminação ou um tratamento pior que o dispensado a outras pessoas. Agrega-se a isto a rejeição da família. Estudos mostram que a sociedade ainda funciona com práticas discursivas orientadas por eixos de opressão em relação à homossexualidade reforçando a heteronormatividade binária como forma “natural” e “normal” da sexualidade, e conseqüentemente segregando todos aqueles que não se encontrem nesta norma (46). Isso também dificulta a aceitação de si mesmo e a auto-estima em meios em que prevalecem a homofobia e o heterossexismo, levando ao desconforto e ao medo da discriminação ao não pertencer ao modelo estipulado por uma sociedade, o que influencia a assunção de uma identidade no âmbito público: o fato de sair do armário ou *coming out* (47,48). Outros autores expõem que é possível que o processo de “saída do armário”, o ato

voluntário de revelar sua orientação sexual dos HSH, influencie a probabilidade de sofrer maiores níveis de discriminação na vivência da homossexualidade (49).

No Chile, um estudo indicou que a aparência física está diretamente relacionada com a violência física prejudicando de modo mais acirrado a população trans, principalmente porque a imagem deles provavelmente cria mais hostilidade e rejeição explícita (50). Adicionalmente, esse estudo também aborda dados relevantes sobre a escola e o lar como epicentro de violência e discriminação, pois se espera que eles forneçam segurança e proteção. Nesse mesmo sentido, no Brasil, pesquisas realizadas em Paradas do Orgulho LGBT em diversas capitais apresentaram o contexto familiar como fator essencial no processo de revelação da orientação sexual (51,52). Na cidade de São Paulo um estudo (53) revelou que 80% dos HSH investigados manifestaram um crescimento da discriminação no âmbito familiar quando foi revelada sua orientação sexual, talvez porque nesse cenário a sexualidade de uma pessoa é mais exposta.

Silva e colaboradores (54) ressaltam situações de violência contra travestis e transexuais em um município do nordeste brasileiro em razão da sua identidade de gênero. As participantes revelaram violência verbal, psicológica, física, sexual e ainda negligência, que também pode ser considerado uma forma de agressão. É de salientar que nossos resultados mostram que 17% dos participantes que foram agredidos nem sequer relataram esse fato para alguém, o que ratifica ainda mais a importância de novas pesquisas que aprofundem nas motivações e estratégias de enfrentamento e empoderamento necessárias para encarar essas situações de vulnerabilidade.

Sobre o uso do preservativo em parcerias fixas, o estudo indicou que o sexo feminino refere maior prevalência do não uso consistente do preservativo. Estudos realizados nos EUA entre pessoas vivendo com HIV relataram uso inconsistente de preservativo com parceiros sexuais soronegativos para HIV ou de status sorológico desconhecido (55). No Brasil, as mulheres declaram menos frequentemente o uso consistente de preservativo (56). Isso também pode acontecer porque as mulheres estão mais vulneráveis a práticas sexuais desprotegidas, devido às dificuldades em

pactuar o uso do preservativo com o parceiro, uma vez que estão sujeitas a condições culturais machistas e por temer a violência dos seus parceiros íntimos (57).

Não obstante os homens participantes da pesquisa relatam o não uso do preservativo com uma porcentagem relevante cerca de 80%. Porém, os HSH usam mais frequentemente preservativos quando comparados aos heterossexuais (58). Em um estudos com a técnica amostral RDS para obter informações sobre HIV/aids entre HSH, 47% relatou sexo anal desprotegido (59).

Apesar de não apresentar significância do ponto de vista estatístico, na presente pesquisa, pessoas com baixos níveis de escolaridade apresentavam menor chance de usar o preservativo que os participantes com educação superior ou mais. Tais resultados são semelhante aos de estudos realizados na Espanha e na Noruega, assim como em países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, quando a pessoa tem menos de sete ou oito anos de escolaridade, relatam usar camisinha em menor proporção e de forma menos consistente (60,61). Outros autores têm desenvolvido pesquisas nesse âmbito com o fim de fornecer informação sobre o risco de transmissão do HIV para a parceria sexual HIV-negativa e, também, a reinfecção pelo HIV ou aquisição de outra IST pelos parceiros HIV-positivos (62,63). Há necessidade de realizar pesquisas sobre estes aspectos da sexualidade e o status sorológico das parcerias para aumentar nosso conhecimento e aprofundar nos seus determinantes.

Nos resultados do estudo, a idade foi um fator importante e estatisticamente significativa na sua relação com o apoio familiar. Participantes jovens, com menos de 30 anos, têm menos aprovação e apoio familiar. Os autores destacam que os membros da família são os principais agressores identificados, pois são invisíveis socialmente (54). Outro estudo expõe que é no ambiente familiar que travestis e transexuais vivenciam violência desde a infância, quando os pais ensinam às crianças a divisão rigorosa entre “atitudes de meninos” e “atitudes de meninas” (64). Tais condutas podem levar a conflitos identitários e propiciar ainda mais a discriminação e estigma. Devido a isso, a sensibilização da sociedade como um

todo mediante a implementação de políticas públicas de educação e promoção da saúde que valorizem a diversidade de todo tipo, incluindo a sexual, afetiva e de gênero, e a desconstrução de normas estigmatizantes.

A violência física sofrida no último ano predominou de igual forma nos menores de 30 anos. Pelullo e colaboradores, acharam em seu estudo pelo menos um episódio de vitimização por causa da orientação sexual na vida e no último ano. As lésbicas, comparadas às bissexuais, tinham quase o dobro de chances de sofrer um episódio de vitimização e entre os que tiveram um episódio de vitimização na vida, 42,1% relataram um episódio no ano do estudo (44).

Apesar de não ter observado diferença estatisticamente significativa entre categorias etárias, este estudo identificou que 21% dos participantes maiores de 30 anos afirmaram ter sofrido violência sexual alguma vez na vida. Os HSH são um dos grupos mais expostos a diversos tipos de violência, como resultado de suas práticas sexuais e seus sentimentos que geralmente estão dirigidos a alguém do mesmo gênero (49). Contudo é provável que seja necessário aprofundar em pesquisas com perspectivas encaminhadas a evidenciar que a violência tanto física como sexual continua sendo um flagelo para toda a população LGBT. O anterior constitui as consequências de vários fatores e ao mesmo tempo a causa de sequelas físicas e emocionais, estas últimas às vezes não perceptíveis, não diagnosticadas e não tratadas.

O estudo constatou com significância que nas mulheres existe maior tendência a não uso do preservativo em parcerias fixas, anteriormente discutido, além disso demonstrou-se que os participantes que não se aderem a práticas religiosas têm maior prevalência do não uso consistente do preservativo. Em contrapartida Berquó e colaboradores, no Brasil encontraram maior adesão ao preservativo entre aqueles sem nenhuma práxis espiritual (65). Outras pesquisas (66) evidenciaram alta aderência ao preservativo entre estudantes católicos, apesar de não ser consideravelmente superior, quando comparados com estudantes que se identificaram como evangélicos, ou como tendo outra, ou nenhuma afiliação religiosa (67).

A pesquisa evidenciou que uma terceira parte dos participantes mais jovens têm alta prevalência de não realização do teste HIV. Esses dados podem se comparar com um outro estudo (68) que argumenta que a população homossexual jovem é muito mais vulnerável e apresenta maior exposição e incidência ao HIV além da culpa e a vergonha por causa da associação da homossexualidade à Aids. Isto impediria a procura de apoio e a realização de testagem.

Houve também uma maior prevalência de relato de não testagem em participantes com menores níveis de escolaridade. Gomes e colaboradores (69) apontam que uma melhor educação está diretamente relacionada com a procura de conhecimentos próprios sobre a doença, além de assimilar mais acertadamente os riscos de contágio quando as informações são proporcionadas pela mídia, familiares, ONGs e serviços. Esses achados realçam a extrema importância de aumentar as coberturas de ações de educação sexual em todos os âmbitos e em qualquer momento da vida.

### ***Limitações do estudo***

Este estudo utilizou um questionário auto-aplicado e pode, por tanto estar sujeito a vieses e possível subestimação dos relatos das informações sensíveis, como informar sobre a violência física ou sexual da qual tenham sido vítimas, caso as pessoas desconfiem da violação da privacidade. Isto se torna evidente ao formular questões sobre temas delicados percebidos como pertencentes à esfera privada envolvendo hábitos que são fonte de estigma, como os relativos ao exercício da sexualidade e afetividade. Também há perguntas referentes ao uso de substâncias psicoativas, em um modelo proibicionista de controle do uso das mesmas. É possível também de perceber como ilegal, apesar de não sê-lo, o exercício da prostituição. Perguntar sobre tais temas poderia despertar suspeitas de quebra do sigilo ou rastreamento. De qualquer modo, o sigilo e anonimato foram garantidos e as questões foram formuladas de modo a não induzir respostas



socialmente desejáveis. De um modo geral, esta forma de coleta de dados é melhor que a entrevista direta.

Uma outra limitação da pesquisa remete às especificidades de um recorte populacional muito restrito das duas cidades participantes. Além disso há um viés de voluntariedade e de auto-exclusão de segmentos menos escolarizados. Pessoas com melhores níveis de escolaridade teriam compreensão suficiente da formulação de questões apesar do cuidado que se teve de fazê-lo de uma maneira inteligível para a maioria da população. Também é plausível que pessoas com maior consciência política se disponham a responder a um questionário longo que abrange vários aspectos do seu cotidiano e questões sensíveis. Por último, o acesso à tecnologia e conhecimento da ferramenta interativa são necessários para a participação na pesquisa. Em soma, estariam mais dispostos a responder o questionário, pessoas de alta escolaridade, com acesso à tecnologia e familiaridade com a ferramenta do questionário, e com interesses específicos em razão da sua orientação sexual.

Ao ser instrumento de múltipla escolha as respostas têm um limite de possibilidades em relação às perguntas abertas que podem gerar um leque mais amplo do repertório de percepções atribuídas aos participantes de pesquisa. O fato de ser unidirecional impede que haja esclarecimentos apesar de ter recebido comentários no final sobre o preenchimento. Além destas limitações, assinalam-se as próprias dos estudos de prevalência, tais como o viés de sobrevivência. Muitas pessoas vítimas de violência ou de HIV/aids não seriam mais candidatos elegíveis à pesquisa simplesmente porque faleceram mais cedo e provavelmente teriam um perfil de risco e vulnerabilidade diferente dos “sobreviventes”. Um outro viés dos estudos transversais é a atemporalidade. Em muitas das associações detectadas é difícil saber quem veio inicialmente: a exposição ou o desfecho.

## 6. CONCLUSÕES

Considerando o que foi exposto anteriormente, são necessárias intervenções focadas na prevenção de fatores de risco e vulnerabilidade ao HIV e à violência em populações – chave, o que exige uma maior conscientização e mobilização coletiva para uma mudança impactante com relação à população LGBT. Apesar da maioria da mostra possuírem alta escolaridade, foi demonstrado que menor idade somado a baixa escolaridade e desaprovação familiar, predispõem notavelmente ao sofrimento e a algum tipo de fragilidade.

Também é fundamental ter abordagens distintas para homens e mulheres LGBT, já que aparentemente apresentam práticas de risco diferentes (70). Os achados exibem aspectos de vulnerabilidade ao HIV e outras IST, em relação às mulheres, como o uso inconsistente do preservativo. Apresentam-se novos desafios para a área da saúde, no direcionamento de ações preventivas para além do comportamento individual, baseado na realidade epidemiológica, incluem-se diversas comunidades (diferentes faixas etárias, níveis de escolaridade, raças, etnias, religiões etc.) com ampliação da espectro de ações e opções para aqueles de maior risco, ressaltando sempre a importância das possibilidades de prevenção combinada, e o exercício da sexualidade em segurança.

Os fatores de risco e vulnerabilidade podem ser atenuados por meio de intervenções de nível estrutural que promovam a melhoria do conhecimento em HIV/aids, a auto percepção de risco e comportamentos em saúde, como o uso consistente dos preservativos e a realização da testagem, componentes significativos da prevenção combinada do HIV. É importante destacar o papel fundamental do acesso aos serviços de saúde sem nenhum tipo de discriminação ou julgamento, eliminando assim barreiras atitudinais e culturais que comprometam o acesso, tudo isso com o fim de assegurar a promoção e garantia dos direitos humanos de pessoas LGBT. Tais aspectos devem ser também objeto de atenção nas ações de monitoramento e avaliação das políticas e dos programas de prevenção. Da mesma forma, é indispensável estabelecer uma vigilância

permanente de acompanhamento e avaliação do conhecimento, da obtenção de informações relacionadas ao HIV, formas de obtenção dos subsídios de prevenção, que permita evidenciar o impacto dos investimentos e transformações ocorridas ao longo do tempo na população vulnerável.

## REFÊRENCIAS

1. UNAIDS BRASIL [Internet]. 2020. Available from: <https://unaid.org.br/estatisticas/>
2. Brasil. Boletim Epidemiológico HIV / Aids. Ministério da Saúde. 2019.
3. Kendall C, Kerr L, Mota RS, Guimarães MDC, Leal AF, Merchan-Hamann E, et al. The 12 city HIV surveillance survey among MSM in Brazil 2016 using respondent-driven sampling: A description of methods and RDS diagnostics. *Rev Bras Epidemiol*. 2019;22(914):1–17.
4. Luppi CG, Gomes SEC, Silva RJC da, Ueno AM, Santos AMK dos, Tayra Â, et al. Fatores associados à coinfeção por HIV em casos de sífilis adquirida notificados em um Centro de Referência de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids no município de São Paulo, 2014\*. *Epidemiol e Serviços Saúde* [Internet]. 2018 Mar;27(1). Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222018000100307&lng=pt&nrm=iso&tIng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000100307&lng=pt&nrm=iso&tIng=pt)
5. UNAIDS. 90-90-90 Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS. Geneva. 2015;38.
6. Mann J, Tarantola DJM, Netter TW. AIDS in the World. *Bull Sci Technol Soc*. 1993 Jun;13(3):176–176.
7. Ayres JR de CM, Paiva V, França I, Gravato N, Lacerda R, Della Negra M, et al. Vulnerability, Human Rights, and Comprehensive Health Care Needs of Young People Living With HIV/AIDS. *Am J Public Health* [Internet]. 2006 Jun;96(6):1001–6. Available from: <http://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2004.060905>
8. UNAIDS. Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV INfections. Jt United Nations Program HIV/AIDS. 2010;

9. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório de Monitoramento Clínico do HIV. Relatório Monit Clínico do HIV. 2017;Brasília-DF.
10. Brasil M da saude. Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transsexuais National policy on comprehensive health of lesbians, gays, bisexuals and transsexuals. Ministério da Saúde, Secr Gestão Estratégica e Particip Dep Apoio à Gestão Particip [Internet]. 2012;34. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_lesbicas\\_gays\\_bissexuais\\_travestis.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_lesbicas_gays_bissexuais_travestis.pdf)
11. Aran M, Murta D, Lionco T. Transexualidade e saude publica no Brasil.(Report). Cien Saude Colet. 2009;1141.
12. OMS. Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência 2014 [Internet]. Organização Mundial de Saúde; 2014. Available from: <http://www.who.int/iris/handle/10665/145086>
13. Dunkle KL, Jewkes RK, Murdock DW, Sikweyiya Y, Morrell R. Prevalence of Consensual Male-Male Sex and Sexual Violence, and Associations with HIV in South Africa: A Population-Based Cross-Sectional Study. PLoS Med. 2013;10(6).
14. Baral S, Trapence G, Motimedi F, Umar E, Iiping S, Dausab F, et al. HIV prevalence, risks for HIV infection, and human rights among men who have sex with men (MSM) in Malawi, Namibia, and Botswana. PLoS One. 2009;4(3):4–11.
15. Breiding MJ, Basile KC, Smith SG, Black MC MR. Intimate Partner Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements, Version 2.0. Natl Cent Inj Prev Control Centers Dis Control Prev. 2015;
16. Guimaraes MDC, Kendall C, Magno L, Rocha GMH, Knauth DR, Leal AF, et al. Comparing HIV risk-related behaviors between 2 RDS national samples of MSM in Brazil, 2009 and 2016. Med (United States). 2018;97(1S):S62–8.

17. Feldman MB, Díaz RM, Ream GL, El-Bassel N. Intimate Partner Violence and HIV Sexual Risk Behavior Among Latino Gay and Bisexual Men. *J LGBT Health Res* [Internet]. 2007 Mar 14;3(2):9–19. Available from: [https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1300/J463v03n02\\_02](https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1300/J463v03n02_02)
18. Toro-Alfonso J, Rodríguez-Madera S. Domestic violence in Puerto Rican gay male couples: Perceived prevalence, intergenerational violence, addictive behaviors, and conflict resolution skills. *J Interpers Violence*. 2004;19(6):639–54.
19. Shaw SY, Lorway RR, Deering KN, Avery L, Mohan HL, Bhattacharjee P, et al. Factors associated with sexual violence against men who have sex with men and transgendered individuals in karnataka, india. *PLoS One*. 2012;7(3).
20. Guadamuz TE, Wimonasate W, Varangrat A, Phanuphak P, Jommaroeng R, Mock PA, et al. Correlates of forced sex among populations of men who have sex with men in Thailand. *Arch Sex Behav*. 2011;40(2):259–66.
21. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França I, Berquó E, Bastos FIP, Barbosa R, et al. Violência sexual por parceiro íntimo entre homens e mulheres no Brasil urbano, 2005. *Rev Saude Publica*. 2008;42(SUPPL. 1):127–37.
22. Bockting WO, Miner MH, Swinburne Romine RE, Hamilton A, Coleman E. Stigma, Mental Health, and Resilience in an Online Sample of the US Transgender Population. *Am J Public Health* [Internet]. 2013 May;103(5):943–51. Available from: <http://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2013.301241>
23. Kenagy GP. Transgender Health: Findings from Two Needs Assessment Studies in Philadelphia. *Health Soc Work* [Internet]. 2005 Feb 1;30(1):19–26. Available from: <https://academic.oup.com/hsw/article-lookup/doi/10.1093/hsw/30.1.19>
24. Prunas A, Clerici CA, Gentile G, Muccino E, Veneroni L, Zoja R. Transphobic Murders in Italy. *J Interpers Violence* [Internet]. 2015 Oct 10;30(16):2872–85.

Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0886260514554293>

25. Fiorilli O, Ruocco A. Psychosocial issues in transgender health and barriers to healthcare. 2019;5(3):123–30.
26. Benevides BG. DOSSIÊ: ASSASSINATOS E VIOLÊNCIA CONTRA TRAVESTIS E TRANSEXUAIS BRASILEIRAS. 2019.
27. Bor R, Miller R, Goldman E. HIV/AIDS and the family: a review of research in the first decade. *J Fam Ther* [Internet]. 1993 May;15(2):187–204. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1467-6427.1993.00753.x>
28. Pequegnat W, Bauman LJ, Bray JH, DiClemente R, Dilorio C, Hoppe SK, et al. Measurement of the role of families in prevention and adaptation to HIV/AIDS. *AIDS Behav*. 2001;5(1):1–19.
29. Greco DB. A epidemia da Aids: impacto social, científico, econômico e perspectivas. *Estud Avançados* [Internet]. 2008 Dec;22(64):73–94. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142008000300006&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142008000300006&lng=pt&tlng=pt)
30. Shukla M, Agarwal M, Singh J, Tripathi A, Srivastava A, Singh V. The Socioeconomic Impact of HIV / AIDS in China. *Indian J Community Med* [Internet]. 2016;41(1):55. Available from: <http://www.ijcm.org.in/text.asp?2016/41/1/55/170970>
31. Alubo O, Zwandor A, Jolayemi T, Omudu E. Acceptance and stigmatization of PLWA in Nigeria. *AIDS Care* [Internet]. 2002 Feb 26;14(1):117–26. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09540120220097991>
32. Songwathana P, Manderson L. Stigma and rejection: Living with aids in villages in southern Thailand. *Med Anthropol* [Internet]. 2001 Jan 5;20(1):1–23. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01459740.2001.9966185>
33. Cristina P, Antonio T, Tosoli M, Denize G, Oliveira C De. As representações

do cuidado voltado à pessoa que vive com HIV / AIDs para a equipe de saúde \* The care representations directed to the person who lives with HIV / AIDS for the health team \*. :40–7.

34. da Silva LMS, Campos Tavares JS. A família como rede de apoio às pessoas que vivem com HIV/AIDS: Uma revisão na literatura Brasileira. *Cienc e Saude Coletiva*. 2015;20(4):1109–18.
35. House. TW. National HIV/AIDS Strategy for the United States, updated to 2020. [Internet]. National Office of AIDS. 2015 [cited 2020 Mar 3]. Available from: <https://obamawhitehouse.archives.gov/blog/2015/07/30/2020-vision-our-updated-national-hivaids-strategy>
36. Kirk AD, Knechtle SJ, Larsen CP, Newell KA, Pearson TC. Miles to go... *Am J Transplant*. 2011;11(6):1119–20.
37. Zucchi EM, Grangeiro A, Ferraz D, Pinheiro TF, Alencar T, Ferguson L, et al. Da evidência à ação: desafios do Sistema Único de Saúde para ofertar a profilaxia pré-exposição sexual (PrEP) ao HIV às pessoas em maior vulnerabilidade. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2018 Jul 23;34(7). Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000703001&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000703001&lng=pt&tlng=pt)
38. Yi S, Tuot S, Mwai GW, Ngin C, Chhim K, Pal K, 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* [Internet]. 2017;20(1):21580. Available from: <http://doi.wiley.com/10.7448/IAS.20.1.21580>
39. Brasil MDS. PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO (PEP) DE RISCO À INFECÇÃO PELO HIV, IST E HEPATITES VIRAIS [Internet]. 2018. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-pep-de-risco>
40. Kippax S, Stephenson N. Beyond the Distinction Between Biomedical and Social Dimensions of HIV Prevention Through the Lens of a Social Public



- Health. Am J Public Health [Internet]. 2012 May;102(5):789–99. Available from: <http://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2011.300594>
41. Cornish F, Priego-Hernandez J, Campbell C, Mburu G, McLean S. The impact of Community Mobilisation on HIV Prevention in Middle and Low Income Countries: A Systematic Review and Critique. AIDS Behav [Internet]. 2014 Nov 23;18(11):2110–34. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10461-014-0748-5>
  42. Brasil MDS. PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA MANEJO DA INFECÇÃO PELO HIV EM ADULTOS. 2018.
  43. Norman G, Striner D. Biostatistics: The bare Essentials. 2nd editio. B.C. Decker Inc.; 2000.
  44. Pelullo CP, Di Giuseppe G, Angelillo IF. Frequency of Discrimination, Harassment, and Violence in Lesbian, Gay Men, and Bisexual in Italy. Sullivan PS, editor. PLoS One [Internet]. 2013 Aug 22;8(8):e74446. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0074446>
  45. Carneiro AA, Fraga CK. A Lei Maria da Penha e a proteção legal à mulher vítima em São Borja no Rio Grande do Sul: da violência denunciada à violência silenciada. Serviço Soc Soc. 2012;(110):369–97.
  46. Carneiro NS, Menezes I. “Do anel à aliança”: Sentido dos iguais e emancipação pessoal na psicologia das sexualidades1. Rev Crit Cienc Sociais [Internet]. 2006 Dec 1;(76):73–89. Available from: <http://journals.openedition.org/rccs/864>
  47. Miller C, Major B. Coping with stigma and prejudice. In: Heatherton TF, Kleck RE, Hebl MR, Hull JG, editors. The Social Psychology of Stigma. New York: Guilford.; 2003. p. 243–72.
  48. Meyer IH. Prejudice and Discrimination as Social Stressors. In: The Health of Sexual Minorities [Internet]. Boston, MA: Springer US; 2007. p. 242–67. Available from: [http://link.springer.com/10.1007/978-0-387-31334-4\\_10](http://link.springer.com/10.1007/978-0-387-31334-4_10)

49. Magno L, Silva LAV da, Guimarães MDC, Veras MA de SM, Deus LFA de, Leal AF, et al. Discrimination based on sexual orientation against MSM in Brazil: a latent class analysis. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2019;22(suppl 1). Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2019000200407&tIng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2019000200407&tIng=en)
50. Barrientos J, Silva J, Catalan S, Gomez F, Longueira J. Discrimination and victimization: Parade for lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) Pride, in Chile. *J Homosex*. 2010;57(6):760–75.
51. Carrara S, Ramos S, Caetano M. Política, direitos, violência e homossexualidade. *Pesquisa 8a Parada do Orgulho GLBT* [Internet]. 2003; Available from: <http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/relatorioglbtpdf>
52. Carrara S, Ramos S. Política, direitos, violência e homossexualidade. *Pesquisa 9a Parada do Orgulho GLBT* [Internet]. 2004; Available from: <http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/paradario2004.pdf>
53. Deus LFA de. Contextos de revelação da orientação sexual: no final do arco-íris tem um pote de ouro [Internet]. [São Paulo]: Universidade de São Paulo; 2014. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-03072014-110006/>
54. Silva GW dos S, Souza EFL, Sena RCF de, Moura IB de L, Sobreira MVS, Miranda FAN de. Situações de violência contra travestis e transexuais em um município do nordeste brasileiro. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2016;37(2). Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472016000200404&Ing=pt&tIng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000200404&Ing=pt&tIng=pt)
55. Mattson CL, Freedman M, Fagan JL, Frazier EL, Beer L, Huang P, et al. Sexual risk behaviour and viral suppression among HIV-infected adults receiving medical care in the United States. *AIDS* [Internet]. 2014 May;28(8):1203–11. Available from:

<http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00002030-201405150-00013>

56. Paiva V, Venturi G, França-júnior I, Lopes F. 2- Uso De Preservativos : Pesquisa Nacional Ms / Ibope , Brasil 2003. 2003;1–49.
57. Barros C, Schraiber LB, França-Junior I. Association between intimate partner violence against women and HIV infection. *Rev Saude Publica*. 2011;45(2):365–72.
58. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira [Internet]. Série G. Estatística e Informação em Saúde. 2011. 1–131 p. Available from: [www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)
59. Rocha GM, Kerr LRF, de Brito AM, Dourado I, Guimarães MDC. Unprotected Receptive Anal Intercourse Among Men Who have Sex with Men in Brazil. *AIDS Behav* [Internet]. 2013 May 17;17(4):1288–95. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10461-012-0398-4>
60. Belza MJ, de la Fuente L, Suarez M, Vallejo F, Garcia M, Lopez M, et al. Men who pay for sex in Spain and condom use: prevalence and correlates in a representative sample of the general population. *Sex Transm Infect* [Internet]. 2008 Jun 1;84(3):207–11. Available from: <http://sti.bmj.com/cgi/doi/10.1136/sti.2008.029827>
61. Træen B, Stigum H, Eskild A. Contraception and STD protection among urban Norwegians. *Cult Health Sex* [Internet]. 2002 Jan;4(1):85–102. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/136910502753389396>
62. Kalichman SC, Cherry C, Kalichman MO, Washington C, Grebler T, Hoyt G, et al. Sexual Behaviors and Transmission Risks Among People Living with HIV: Beliefs, Perceptions, and Challenges to Using Treatments as Prevention. *Arch Sex Behav* [Internet]. 2016 Aug 21;45(6):1421–30. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10508-015-0559-4>

63. Davey JD, Kilembe W, Wall KM, Khu NH, Brill I, Vwalika B, et al. Risky Sex and HIV Acquisition Among HIV Serodiscordant Couples in Zambia, 2002–2012: What Does Alcohol Have To Do With It? *AIDS Behav.* 2017;21(7):1892–903.
64. de Sousa PJ, Ferreira LOC, de Sá JB. Estudo descritivo da homofobia e vulnerabilidade ao HIV/Aids das travestis da Região Metropolitana do Recife, Brasil. *Cienc e Saude Coletiva.* 2013;18(8):2239–51.
65. Berquó E, Barbosa RM, Lima LP de. Uso do preservativo: tendências entre 1998 e 2005 na população brasileira. *Rev Saude Publica [Internet].* 2008 Jun;42(suppl 1):34–44. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102008000800006&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000800006&lng=pt&tlng=pt)
66. Viana FJM, Faúndes A, Mello MB de, Sousa MH de. Factors associated with safe sex among public school students in Minas Gerais, Brazil. *Cad Saude Publica [Internet].* 2007 Jan;23(1):43–51. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000100006&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000100006&lng=en&tlng=en)
67. Dourado I, MacCarthy S, Reddy M, Calazans G, Gruskin S. Revisiting the use of condoms in Brazil. *Rev Bras Epidemiol [Internet].* 2015 Sep;18(suppl 1):63–88. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2015000500063&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000500063&lng=en&tlng=en)
68. Terto Jr. V. Homossexualidade e saúde: desafios para a terceira década de epidemia de HIV/AIDS. *Horizontes Antropológicos [Internet].* 2002 Jun;8(17):147–58. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-71832002000100008&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832002000100008&lng=pt&tlng=pt)
69. Gomes RR de FM, Ceccato M das GB, Kerr LRF, Guimarães MDC. Fatores associados ao baixo conhecimento sobre HIV/AIDS entre homens

que fazem sexo com homens no Brasil. Cad Saude Publica [Internet]. 2017 Oct 26;33(10). Available from:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017001005001&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001005001&lng=pt&tlng=pt)

70. United Nations. The World's Women 2015 Trends and Statistics [Internet]. Department of Economic and Social Affairs. 2015 [cited 2020 Mar 2]. p. 260. Available from:  
[https://unstats.un.org/unsd/gender/downloads/WorldsWomen2015\\_report.pdf](https://unstats.un.org/unsd/gender/downloads/WorldsWomen2015_report.pdf)

## **Anexos**

### Questionário Online

#### **1. Data da entrevista**

\_\_/\_\_/\_\_

#### **2. Em que dia, mês e ano você nasceu?**

\_\_/\_\_/\_\_\_\_

#### **3. Idade**

\_\_\_\_\_

#### **4. Em qual cidade você mora?**

- Distrito Federal (Brasília e cidades satélites)
- Município do Rio de Janeiro

#### **5. Com qual sexo (biológico) você nasceu?**

- Feminino
- Masculino

#### **6. Com qual dessas opções você mais se identifica?**

- Hetero
- Homossexual masculino / Gay
- Lésbica
- Livre
- Mulher bissexual
- Outro (homem que faz sexo com homem, homem bissexual, homem profissional do sexo com homens e homens que praticam sexo com outros homens, mas que não se identificam como gays / homossexuais)
- Todos
- Travesti

**7. Como sua família lida com o fato de você ser Lésbica, Homossexual masculino / Gay, outro homem que faz sexo com homem (homem bissexual, homem profissional do sexo com homens e homens que praticam sexo com outros homens, mas que não se identificam como gays / homossexuais), Mulher bissexual e Travesti?**

- Desaprovam parcialmente
- Desaprovam completamente
- Não sabem
- Aprovam parcialmente
- Aprovam completamente
- São indiferentes/fazem de conta que nada acontece

**8. No que diz respeito à sua cor da pele (ou origem étnico-racial) como você se classifica?**

- Branco
- Pardo
- Amarelo
- Preto
- Indígena
- Não sabe

**9. Atualmente, qual é a sua religião?**

- Outra
- Nenhuma
- Católica
- Espírita (Kardecista)
- Afro-brasileira (candomblé, umbanda)
- Evangélico tradicional (Metodista, Presbiteriano, Presbiteriana, a Luterana, Anglicana, Adventista e Batista)
- Evangélico Neopentecostal (Sara Nossa Terra, Igreja Universal do Reino de Deus, Oração Forte do Espírito Santo. Outros).

**10. Qual é o seu grau de escolaridade?**

- Superior Incompleto
- Superior Completo
- Superior ou mais

- Nível Médio Completo
- Nível Médio Incompleto
- Fundamental Completo

**11. Atualmente você exerce alguma atividade remunerada?**

- Não
- Sim

**12. No último mês, quanto foi aproximadamente sua renda individual?**

- Nenhuma renda.
- Até 1 salário mínimo (até R\$ 724,00).
- De 1 a 3 salários mínimos (de R\$ 724 até R\$ 2.172,00).
- De 3 a 6 salários mínimos (de R\$ 2.172,01 até R\$ 4344,00).
- De 6 a 9 salários mínimos (de R\$ 4.344,01 até R\$ 6.516,00).
- De 9 a 12 salários mínimos (de R\$ 6.516,01 até R\$ 8.688,00).
- De 12 a 15 salários mínimos (de R\$ 8.688,01 até R\$ 10.860,00).
- Mais de 15 salários mínimos (mais de R\$ 10.860,00).

**13. No último mês, somando a sua renda com a renda das pessoas que moram com você, quanto foi aproximadamente sua renda familiar?**

- Até 1 salário mínimo (até R\$ 724,00).
- De 1 a 3 salários mínimos (de R\$ 724 até R\$ 2.172,00).
- De 12 a 15 salários mínimos (de R\$ 8.688,01 até R\$ 10.860,00).
- De 3 a 6 salários mínimos (de R\$ 2.172,01 até R\$ 4344,00).
- De 6 a 9 salários mínimos (de R\$ 4.344,01 até R\$ 6.516,00).
- De 9 a 12 salários mínimos (de R\$ 6.516,01 até R\$ 8.688,00).
- Mais de 15 salários mínimos (mais de R\$ 10.860,00).
- Nenhuma renda.

**14. Como você considera a sua saúde?**

- Excelente
- Boa
- Regular
- Ruim

**15. Nos últimos 12 meses você precisou de algum tipo de atenção à saúde?**

- Não
- Sim



**16. Se sim, quais serviços?**

- Não precisei
- Consulta médica
- Consulta Odontológica
- Busca de Preservativo
- Busca de Medicamento
- Exames. Laboratoriais ou Imagem
- Check-up de Rotina.
- Teste de HIV
- Preventivo para câncer de útero
- Preventivo para câncer de mama
- Preventivo para câncer de próstata

**17. Considerando que você é Lésbica, Homossexual masculino / Gay, outro homem que faz sexo com homem (homem bissexual, homem profissional do sexo com homens e homens que praticam sexo com outros homens, mas que não se identificam como gays / homossexuais), Mulher bissexual e Travesti, você avalia que o acolhimento nos serviços públicos de saúde é:**

- Ruim
- Regular
- Bom
- Excelente

**18. Algum profissional de saúde já lhe falou que você tem alguma dessas doenças?**

- Asma
- Câncer
- Depressão
- Diabetes
- IST
- Hepatite B
- Hepatite C
- Hipertensão
- HIV/AIDS
- Nenhuma
- Outras
- Tuberculose

**19. Quando você apresenta algum problema de saúde, você consegue atendimento no serviço público de saúde?**

- Sim
- Não

**20. Se sim, você considera que esse atendimento:**

- Não conseguiu atendimento
- Não resolveu o problema
- Resolveu completamente o problema
- Resolveu parcialmente o problema

**21. Como você avalia sua satisfação com esse atendimento?**

- Ruim
- Regular
- Não conseguiu atendimento
- Bom
- Excelente

**22. Em sua opinião, quais são suas chances de se infectar com o vírus do HIV/AIDS?**

- Grande chance
- Pouca chance
- Chance moderada
- Nenhuma chance
- Não sabe

**23. Você conhece/conheceu pessoalmente alguém que tenha o vírus do HIV/AIDS?**

- Sim
- Não

**24. Que relação você tem com esta pessoa? Ela é:**

- Amigo da esposa
- Amigo virtual
- Amigo(s)
- Amigos de amigos

- Colega(s) de trabalho/escola
- Conhecido /engajados na causa
- Conhecido na igreja
- Crianças soropositivas de uma instituição em que desenvolvo um projeto social.
- Ex namorado de um amigo
- Muitas pessoas de minha convivência
- Nada a declarar
- Namorado de amigo
- Sua (seu) namorada (o) ou companheira (o)
- Não conheço
- Não conheço ninguém com HIV

**25. De que forma você se protege do vírus do HIV/AIDS:**

- Conhecer/confiar na pessoa com quem transar
- Evitar transfusões de sangue
- Não me protejo porque não corro risco.
- Não ter contato com sangue de outras pessoas
- Não ter vários parceiros/ter apenas um parceiro fixo
- Não transar/manter abstinência sexual
- Não usar álcool e outras drogas
- Ter relação sexual com camisinha
- Transar somente com quem fez o teste
- Usar luvas
- Usar sempre seringas novas / descartáveis

**26. Você já fez uso da Profilaxia PÓS – Exposição para HIV (PEP)?**

- Não
- Sim

**27. Se sim, o acesso ao PEP foi:**

- Difícil
- Fácil
- Não tive acesso

**28. Você já ouviu falar da Profilaxia PRÉ – Exposição (PREP)?**

- Não
- Sim

**29. Você namoraria uma pessoa portadora HIV/AIDS?**

- Não
- Sim

**30. Você pratica relações sexuais de alguma destas maneiras:**

- Fricção genital (tribadismo, tesourinha ou roçar vagina com vagina)
- Masturbação individual
- Masturbação mutua
- Penetração com dedos ou mão na vagina
- Penetração de objetos de manipulação, dildos, brinquedos.
- Sexo com penetração do pênis na boca.
- Sexo com penetração do pênis na vagina.
- Sexo com penetração do pênis no ânus.
- Sexo com penetração sem ejaculação.
- Sexo oral feminino.

**31. Nos últimos 12 meses, marque todas as situações em que você deixou de usar a camisinha?**

- Com companheira (o) ou parceira (o) fixa
- Desejava engravidar
- Em nenhuma situação
- Em outras situações
- Não achava necessário
- Não gosto de usar camisinha
- Não me protegi porque mulher com mulher não precisa de camisinha.
- Por ter sido forçada (o) a fazer sexo sem camisinha
- Por vergonha de obter
- Porque faço teste de HIV
- Porque uso anticoncepcional
- Quando a (o) parceira (o) não gostava de usar camisinha.
- Quando já conhecia a parceira (o)
- Quando não estava consciente por uso de drogas ou álcool
- Quando não sabia usar
- Quando não tinha camisinha na ocasião
- Quando precisava muito de dinheiro
- Quando teve muitas relações sexuais no mesmo dia

**32. Nos últimos 12 meses, aproximadamente quantas parcerias fixas você teve?**

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4 ou mais

**33. Dessas parcerias fixas havia:**

- Homens
- Mulheres
- Nenhum
- Transexual (de feminino para masculino)
- Transexual (do masculino para feminino)
- Travestis

**34. Com relação a estas parcerias fixas, com que frequência você usou camisinha?**

- Algumas vezes
- Frequentemente
- Nenhuma vez
- Sempre (todas às vezes)

**35. Nos últimos 12 meses, aproximadamente quantas parcerias casuais você teve?**

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4 ou mais

**36. Dessas parcerias eventuais havia:**

- Homens
- Mulheres
- Nenhum
- Transexual (de feminino para masculino)
- Transexual (do masculino para feminino)
- Travestis

**37. Com relação a estas parcerias eventuais, com que frequência você usou camisinha?**

- Algumas vezes
- Frequentemente
- Nenhuma vez
- Sempre (todas às vezes)

**38. Nos últimos 12 meses, aproximadamente quantas parcerias comerciais você teve?**

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4 ou mais

**39. Dessas parcerias comerciais havia:**

- Homens
- Mulheres
- Nenhum
- Transexual (de feminino para masculino)
- Transexual (do masculino para feminino)
- Travestis

**40. Com relação a estas parcerias comerciais, com que frequência você usou camisinha?**

- Algumas vezes
- Frequentemente
- Nenhuma vez
- Sempre (todas às vezes)

**41. Alguma vez na vida alguém forçou você a ter relações sexuais contra a sua vontade?**

- Algumas vezes
- Frequentemente
- Nenhuma vez
- Sempre (todas às vezes)

**42. Alguma vez você teve relação sexual porque estava com medo do que a outra pessoa pudesse fazer?**

- Algumas vezes
- Frequentemente
- Nenhuma vez
- Sempre (todas às vezes)

**43. Nos últimos 12 meses, onde você foi para encontrar parceiros sexuais?**

- “Tele GLS” ou “amizade”
- Banheiros públicos
- Bares Gays
- Boates
- Casa de amigos
- Cinema
- Dark rooms
- Festas
- Nenhum lugar
- Outro lugar
- Saunas
- Usou a internet
- Usou o telefone

**44. Nos últimos 12 meses, marque todos os motivos que fizeram com que você se sentisse discriminada (o) ou tratada (o) pior por alguma pessoa ou instituição?**

- Doença ou incapacidade
- Falta de dinheiro ou condição social,
- Nenhum
- Ser mulher
- Ser travesti
- Sua aparência física
- Sua cor, raça ou etnia
- Sua idade

- Sua orientação sexual (ser gay, lésbica, bissexual)
- Sua profissão ou ocupação
- Ter HIV/AIDS

**45. Nos últimos 12 meses, com que frequência alguém agrediu você fisicamente, ou seja, deu-lhe socos, tapas, chutes, empurrão ou machucou-lhe com algum objeto por ser lésbica, gay, HSH, bissexual ou travesti?**

- Poucas vezes
- Nenhuma vez
- Muitas vezes
- Uma vez

**46. Nos últimos 12 meses, quem das pessoas que vou mencionar lhe agrediu fisicamente?**

- Algum (a) amigo (a) ou conhecido (a)
- Algum (a) colega de trabalho
- Algum familiar/ parente
- Alguma pessoa estranha ou desconhecida
- Companheira (o)
- Cônjuge ou parceira (o) sexual fixo ou regular
- Não fui agredido
- Algum policial

**47. Se você foi agredida (o), você relatou este fato para:**

- Não relatou
- Não fui agredido
- Amigos
- Polícia/delegacia/190
- DDH (Disque Defesa Homossexual)
- ONGs/grupos gays
- Familiares

**48. Nos últimos 12 meses, das vezes que você teve relação sexual, com que frequência você usou bebida alcoólica pouco antes ou durante a relação?**

- Algumas vezes
- Frequentemente
- Nenhuma vez
- Sempre (todas as vezes)



**49. Nos últimos 12 meses, das vezes que você teve relação sexual, com que frequência você usou alguma dessas drogas (maconha, cocaína, LSD, crack, merla, ecstasy e outras) pouco antes ou durante a relação?**

- Nenhuma vez
- Frequentemente
- Algumas vezes
- Sempre (todas as vezes)

**50. Quando foi a última vez que você fez o teste para HIV/AIDS?**

- Entre 1 e 5 anos atrás
- Entre 3 e 12 meses atrás
- Mais de 5 anos atrás
- Não sabe ou não se lembra
- Nos últimos três meses
- Nunca fiz o teste

**51. Qual foi o principal motivo para você ter feito o último teste para HIV/AIDS?**

- Doou sangue porque precisou ou quis
- Eu tive um problema de garganta que durava mais de 3 meses, um machucado onde nunca sarava... e aí resolvi fazer um exame de sangue completo para identificar e foi aí que descobri que eu tinha HIV.
- Fiz junto com o parceiro
- Já realizo frequentemente para contagem.
- Não fiz
- Por achar que tinha algum risco
- Por curiosidade
- Por exigência dos pais
- Por indicação médica
- Por outro motivo
- Por rotina
- Por um problema de saúde que tive.
- Porque a (o) parceira (o) está infectada (o) pelo HIV ou tem AIDS
- Soropositivo
- TRATAMENTO

**52. Qual foi o principal motivo para você nunca ter feito o teste para o HIV/AIDS?**

- É pouco provável que eu tenha sido exposta (o) ao HIV
- Eu fiz.
- Já fiz o teste

- Não acredito que o resultado seja confidencial
- Não gosto de agulhas
- Não queria pensar sobre HIV ou sobre HIV positivo
- Não sabia onde fazer o teste
- Tinha medo de descobrir que era HIV positivo

**53. Em qual lugar você fez o teste para HIV/AIDS?**

- Centro de Orientação e Aconselhamento (COA/COAS)
- Em hospital/laboratório particular
- Em Portugal, Serviço Público de Saúde
- Na doação de sangue
- Na empresa aonde trabalho
- Na faculdade - Universidade de Brasília
- Não fiz o teste
- Não lembro
- No Centro de testagem anônima (CTA)
- Opção Não fiz o teste
- Opção Não fiz o teste
- Outros serviços de saúde (Posto/ Hospital/Pronto Socorro, menos CTA/COA ou COAS).
- Posto de saúde
- Testagem em unidade móvel

**54. Se você tem HIV/ AIDS, você está tomando algum remédio para o vírus da AIDS (antirretroviral / Coquetel)?**

- Não
- Não tenho HIV/AIDS
- Sim

**55. Aonde você geralmente faz acompanhamento e recebe cuidados médicos relativos ao HIV? Caso você vá a mais de um local, em qual deles você confia mais quando está doente ou tem um problema de saúde relativo ao HIV?**

- Clínica da Família (PSF)
- Clínica de hospital não específico para HIV ou AIDS
- Clínica em hospital específico para HIV ou AIDS
- Consultório particular
- Não estou recebendo tratamento atualmente
- Posto de Saúde (não dentro de um hospital)

**56. Nesse serviço você tem acesso a:**

- Alergista
- Cardiologista
- Dermatologista (médico de pele)
- Fisioterapeuta
- Médico Principal (Clínico Geral, Internista, especialista em HIV)
- Não estou em acompanhamento para o HIV / AIDS
- Não tenho
- Não tenho aids
- Não tenho HIV
- Não tenho HIV/AIDS
- Nutricionista
- Obstetra/Ginecologista
- Oftalmologista (médico de olhos)
- Otorrino
- Pneumologista (especialista em pulmão)
- Psicóloga (o)
- Terapia de grupo ou aconselhamento de pessoas com o mesmo problema

**57. Se você é uma pessoa que vive com HIV/AIDS, como você avalia o seu acompanhamento nos serviços públicos de saúde:**

- Bom
- Excelente
- Não estou em acompanhamento para o HIV / AIDS
- Regular
- Ruim

**58. Se você é uma pessoa que vive com HIV/AIDS, e é acompanhada (o) regularmente por um serviço especializado, quando você apresenta algum outro problema de saúde relacionado ou não com HIV/AIDS, você é encaminhado para atendimento em algum serviço público de saúde?**

- Não
- Não estou em acompanhamento para o HIV / AIDS
- Nunca precisei
- Sim

**59. Se sim, você considera que esse atendimento:**

- Não resolveu o problema
- Nunca precisei
- Nunca precisei / não estou em acompanhamento para o HIV / AIDS
- Resolveu completamente o problema
- Resolveu parcialmente o problema

**60. Como você avalia sua satisfação com esse atendimento?**

- Bom
- Excelente
- Nunca precisei
- Nunca precisei / não estou em acompanhamento para o HIV / AIDS
- Regular
- Ruim

**61. Você tem plano de saúde?**

- Não
- Sim

**62. Seu plano de saúde cobre exame laboratorial específico para HIV/AIDS como Carga Viral e CD4?**

- Não
- Não sabe
- Sim

**63. Seu plano de saúde cobre internação por HIV/AIDS:**

- Não
- Não sabe
- Sim

**64. Para enfrentar os custos da atenção à saúde você toma as seguintes medidas:**

- Não enfrento nenhum tipo
- Não tenho HIV
- Não tenho plano de saúde
- Paga diretamente a médicos, clínicas ou hospitais particulares
- Só uso sus
- Utiliza ambulatório e hospitais universitários conveniados ao SUS
- Utiliza plano de saúde oferecido pela empresa na qual trabalha
- Utiliza plano de saúde pago por você ou por sua família
- Utiliza serviços de saúde gratuitos (SUS e/ou outros) para o tratamento de HIV/AIDS e
- para outros tratamentos paga diretamente a médicos, clínicas ou hospitais particulares
- Utiliza serviços de saúde gratuitos que não fazem parte do SUS
- Utiliza serviços do SUS que não estão ligados a Universidades, automedicação



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES  
HUMANOS

CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO  
BRASÍLIA - DF  
TELEFONE (061) 3107-1947  
E-mail: [cepfs@unb.br](mailto:cepfs@unb.br)  
<http://fs.unb.br/cep/>

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE  
AIDS

Av. Presidente Vargas, 446 – 13º. Andar – Centro  
Rio de Janeiro – RJ  
TELEFONE: (021) 2223-1040  
E-mail: [abia@abiaids.org.br](mailto:abia@abiaids.org.br) / [katiaedmundo@abiaids.org.br](mailto:katiaedmundo@abiaids.org.br)  
[www.abiaids.org.br](http://www.abiaids.org.br)

---

### ***Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE***

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto:

**Análise da gestão de risco e itinerários terapêuticos em populações vulneráveis: travestis, HSH e mulheres lésbicas, um estudo comparativo entre as cidades do Rio de Janeiro e Brasília.**

O objetivo desta pesquisa é identificar a maneira como você lida com os riscos e como você procura por ajudas para o cuidado da sua saúde (marcação de consultas, realização de exames de laboratório, radiografias ou alguma outra demanda).

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam a identificação dos participantes na pesquisa.

Sua participação se dará por meio da realização de um questionário ou entrevista, a ser realizado no local que mais convenha a seus interesses, em data a ser previamente definida pelo participante e a equipe de pesquisa. Este questionário terá uma duração de uma hora. Caso você concorde com a realização de uma entrevista, está será gravada e posteriormente descrita.

Tanto o questionário quanto a entrevista serão anônimos e se respeitará seu direito à sigilo. É importante que você saiba que você pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para você. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados no âmbito da Universidade de Brasília, da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids -ABIA, do Departamento de DST Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, e junto às organizações da sociedade civil tais como movimentos LGBT e ONGs, podendo ser publicados posteriormente em documentos, artigos científicos ou outras formas de comunicação. Nenhum nome ou imagem que identifique participantes será veiculado. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador segundo define a legislação.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Dr. Edgar M Hamann, da Universidade de Brasília, telefone: (061) 33406863, ou Dr. Richard Parker da ABIA, (021) 22231040 no horário: 9:00-18:00 horas.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947.



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES  
HUMANOS

CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO  
BRASÍLIA - DF  
TELEFONE (061) 3107-1947  
E-mail: [cepfs@unb.br](mailto:cepfs@unb.br)  
<http://fs.unb.br/cep/>

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE  
AIDS

Av. Presidente Vargas, 446 – 13º. Andar – Centro  
Rio de Janeiro – RJ  
TELEFONE: (021) 2223-1040  
E-mail: [abia@abiaids.org.br](mailto:abia@abiaids.org.br) / [katiaedmundo@abiaids.org.br](mailto:katiaedmundo@abiaids.org.br)  
[www.abiaids.org.br](http://www.abiaids.org.br)

---

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com você.

Katia Edmundo  
Coordenadora-Executiva ABIA

Richard G Parker

---

Pesquisador Responsável  
Nome e assinatura

Rio de Janeiro, 19 de agosto de 2013