



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO NACIONAL DE INFECTOLOGIA EVANDRO CHAGAS
MESTRADO EM PESQUISA CLÍNICA EM DOENÇAS INFECCIOSAS

MICHELLE RAMOS DA SILVA

**SAÚDE MENTAL E SINDEMIA ENTRE TRANS AVALIADAS PARA O USO DE
PROFILAXIA PRÉ- EXPOSIÇÃO AO HIV**

Rio de Janeiro

2020

MICHELLE RAMOS DA SILVA

**SAÚDE MENTAL E SINDEMIA ENTRE TRANS AVALIADAS PARA O USO DE
PROFILAXIA PRÉ- EXPOSIÇÃO AO HIV**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-graduação
Stricto Sensu em Pesquisa Clínica em Doenças
infecciosas do Instituto Nacional de Infectologia Evandro
Chagas para obtenção de grau de mestre em Pesquisa
Clínica em Doenças Infecciosas.

Orientadora: Dra. Raquel Brandini De Boni

Coorientadora: Dra. Emilia Moreira Jalil

Rio de Janeiro

2020

Silva, Michelle Ramos da.

SAÚDE MENTAL E SINDEMIA ENTRE TRANS AVALIADAS PARA O USO DE PROFILAXIA PRÉ- EXPOSIÇÃO AO HIV / Michelle Ramos da Silva. - Rio de Janeiro, 2020.

116 f.

Dissertação (Mestrado) - Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Pós-Graduação em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas, 2020.

Orientadora: Raquel De Boni.

Co-orientadora: Emilia Jalil.

Bibliografia: f. 60-72

1. Travesti. 2. Mulher transexual. 3. PrEP. 4. Sindemia. 5. Saúde Mental.
I. Título.

MICHELLE RAMOS DA SILVA

**SAÚDE MENTAL E SINDEMIA ENTRE TRANS AVALIADAS PARA O USO DE
PROFILAXIA PRÉ- EXPOSIÇÃO AO HIV**

Dissertação, apresentada Curso de Pós-graduação Stricto Sensu em Pesquisa Clínica em Doenças infecciosas do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas para obtenção de grau de mestre em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas.

Aprovada em:

Orientadores: Dra. Raquel Brandini De Boni

Dra. Emilia Moreira Jalil

BANCA EXAMINADORA

Prof. Brenda Regina de Siqueira Hoagland
INI/Fiocruz

Prof. Carolina Fausto de Souza Coutinho
ICICT/Fiocruz

Prof. Lidiane da Silveira Toledo
ICICT/Fiocruz

DEDICATÓRIA

Ao meu pai

(in memoriam)

AGRADECIMENTOS

À equipe do LAPCLIN DST/AIDS envolvida direta ou indiretamente para a produção deste trabalho

Às pesquisadoras Dra. Beatriz Grinsztejn e Dra. Valdilea Veloso por me proporcionarem por meio da atenção à saúde mental de travestis e mulheres transexuais esse encontro poderoso entre clínica e pesquisa

À Dra. Raquel Brandini De Boni e Dra. Emilia Moreira Jalil pelo incentivo constante e todo apoio e colaboração

À todas as travestis e mulheres transexuais participantes do estudo pela confiança em, por meio de dados, exporem um pouco de suas trajetórias de vida

À minha família e amigos pela compreensão e suporte

Em especial à minha mãe, Maria Auxiliadora, por todo o carinho e cuidado nesse processo e por toda a vida

Silva, MR. **Saúde mental e sindemia entre TRANS avaliadas para o uso de profilaxia pré-exposição ao HIV**. Rio de Janeiro, 2020. 123 f. Dissertação [Mestrado em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas] – Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz.

RESUMO

Introdução: As travestis e mulheres trans (TRANS) permanecem em maior risco de infecção pelo HIV. A sindemia (isto é, comorbidades psicossociais sinérgicas) pode exacerbar esse risco e é pouco estudada entre as TRANS em países de baixa e média renda (LMIC). Esse estudo avaliou a prevalência de sindemia, problemas de saúde mental e comportamentos de risco para o HIV, bem como fatores associados à sindemia entre TRANS avaliadas para uso de profilaxia pré-exposição (PrEP) no Rio de Janeiro, Brasil. **Métodos:** Estudo transversal com análise secundária dos dados coletados na visita de triagem do PrEP. Um estudo transespecífico de demonstração de profilaxia pré-exposição (PrEP). As participantes (≥ 18 anos) foram rastreadas para uso de múltiplas substâncias, *Binge drinking*, depressão, comportamento sexual compulsivo (CSC) e violência por parceiro íntimo (VPI). A presença de ≥ 2 condições foi considerada sindemia. Foi realizada análise bivariada e modelos de regressão logística para avaliar a associação entre dados demográficos, problemas de saúde mental, comportamento de risco para o HIV, problemas sociais, violência e discriminação quanto ao gênero com sindemia. **Resultados:** Foram incluídas 143 TRANS com idade mediana de 30 anos, 73,4% eram não-brancas, 72,7% completaram ≥ 8 anos de escolaridade, e 53,8% estavam desempregadas no momento da avaliação. Em relação à saúde mental, 31,5% apresentaram rastreio positivo para ansiedade, 23,8% alta impulsividade e 16,1% para risco de suicídio. O sexo anal receptivo sem preservativo nos 6 meses anteriores foi relatado por 81,1% e 74,1% relataram sexo transacional ao longo da vida. A prevalência de sindemia foi de 44,8%. No modelo ajustado, os fatores associados à sindemia foram ser não-branca (Odds Ratio ajustado - AOR 5,3 [IC 95%: 1,7-16,1]), abuso / dependência de drogas ilícitas (AOR 3,1 [IC 95%: 1,2 - 8,3]), rastreio positivo para ansiedade (AOR 3,2 [IC 95%: 1,1 - 9,5]), para alta impulsividade (AOR 3,8 [IC 95%: 1,2 - 11,5]) e relato de violência sexual / física (AOR 5,4 [IC 95%: 2,1 - 13,7]). **Conclusão:** A prevalência de sindemia foi alta entre as TRANS avaliadas para PrEP no Rio de Janeiro. A triagem de condições sindêmicas e problemas de saúde mental entre essa população altamente vulnerável é um passo importante para melhorar a saúde das TRANS. Os serviços de PrEP podem ser uma porta importante para vinculá-las ao tratamento apropriado. Futuras pesquisas e intervenções sob medida para a saúde mental, incluindo Transtorno de Estresse Pós-traumático, são cruciais para melhorar a saúde dessa população.

Palavras-chave: Travesti; Mulher transexual; PrEP; HIV; Sindemia; Saúde Mental

Silva, MR. **Syndemics and Mental health among transwomen evaluated for HIV pre-exposure prophylaxis**. Rio de Janeiro, 2020. 123 f. Dissertation [Master in Clinical Research in Infectious Diseases] - National Institute of Infectious Diseases Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz.

ABSTRACT

Background: Transgender women (TGW) remain at increased risk for HIV infection. Syndemics (i.e., synergistic psychosocial comorbidities) may exacerbate this risk and is understudied among transwomen in low-and-middle income countries (LMIC). We assessed the prevalence of syndemics, mental health problems and risk behavior for HIV, as well as factors associated with syndemics among TGW evaluated for pre-exposure prophylaxis (PrEP) from Rio de Janeiro, Brazil. **Methods:** Cross-sectional analysis of data collected at the screening visit of PrEPParadas study, a PrEP TGW-specific demonstration trial. Participants (≥ 18 years) were screened for polysubstance use, binge drinking, depression, sexual compulsive behavior (SCB), and intimate partner violence (IPV). The presence of ≥ 2 conditions was considered syndemics. Bivariate analysis and stepwise backwards logistic regression were performed to evaluate the association of demographics, mental health problems, risk behavior for HIV, social problems, violence and gender discrimination with syndemics. **Results:** The sample comprised 143 TGW with median age of 30 years, 73.4% were non-white, 72.7% completed ≥ 8 years of education and 53.8% were currently unemployed. Regarding mental health, 31.5% screened positive for anxiety, 23.8% high impulsivity and 16.1% for suicide risk. Condomless receptive anal sex in the previous 6 months was reported by 81.1% and 74.1% reported lifetime transactional sex. The prevalence of syndemics was 44.8%. In the logistic regression model, factors associated with syndemics were being non-white (adjusted Odds Ratio - AOR 5.3, 95% CI: 1.7 - 16.1), illicit drug abuse/dependence (AOR 3.1, 95% CI 1.2 - 8.3), presenting anxiety (AOR 3.2, 95% CI 1.1 - 9.5), high impulsivity (AOR 3.8, 95% CI: 1.2 - 11.5) and having suffered sexual/physical violence (AOR 5.4, 95% CI: 2.1 - 13.7). **Conclusion:** The prevalence of syndemics was high among the TRANS assessed for PrEP in Rio de Janeiro. Screening syndemic and mental health problems among this highly vulnerable population is an important step to improve transwomen health. PrEP services may be an important gate to link them into appropriate treatment. Future tailored research and interventions addressing the mental health, including PTSD, are crucial to improve the health of this population.

Keywords: Transvestite; Transwoman; PrEP; HIV; Syndemics; Mental health

LISTA DE ABREVIATURAS

ABGLT	Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
AIDS	Síndrome da imunodeficiência adquirida
AOR	Razão de Chances Ajustada
ARV	Antirretroviral
ASSIST	Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
BIS-11	Barratt Impulsiveness Scale
BSI- 18	Brief Symptom Inventory-18
CID	Classificação Internacional de Doenças
CMMV	Circuncisão masculina voluntária
DSM-IV	Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais - Quarta Edição
FTC	Emtricitabina
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder 7
GLSEN	Gay, Lesbian and Straight Education Network
HIV	Vírus da Imunodeficiência humana
HSH	Homens que fazem sexo com homens
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LAPCLIN – AIDS	Laboratório de Pesquisa Clínica em AIDS
LMIC	Países de baixa e média renda
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEP	Profilaxia pós exposição
PHQ-9	Patient Health Questionary 9
PrEP	Profilaxia pré-exposição
PRIME-MD	Primary Care Evaluation of Mental Disorders
PVHA	Pessoas vivendo com HIV e AIDS
SAVA	Substance abuse, Violence and AIDS
SCS	Sexual Compulsivity Scale
SUS	Sistema Unico de Saúde
TDF	Tenofovir
TH	Terapia Hormonal
TMM	Projeto de Monitoramento de assassinatos de pessoas trans
TRANS	Mulheres travestis/transexuais

VPI

Violência entre parceiros íntimos

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	Saúde mental	11
1.2	Desafios ao enfrentamento da infecção pelo HIV	17
1.3	Estratégias preventivas à infecção pelo HIV.....	18
1.3.1	Profilaxia pré- exposição (PrEP)	19
1.4	Epidemia do HIV na América Latina.....	20
1.5	TRANS e HIV	22
1.6	Problemas sociais, violência e discriminação de gênero.....	24
1.6.1	Violência.....	24
1.6.2	Estigma, preconceito e discriminação.....	28
1.7	Sindemia	32
2	JUSTIFICATIVA	35
3	OBJETIVOS	36
3.1	Objetivo Geral.....	36
3.2	Objetivos específicos	36
4	RESULTADO	37
5	ARTIGO	38
6	RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
	REFERÊNCIAS	60
	ANEXOS	73
	ANEXO 1 - Entrevista de triagem.....	73
	ANEXO 2 - SINDEMIA	87
	ANEXO 3 - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	100
	ANEXO 4 - Termo de compromisso de utilização de dados.....	115
	ANEXO 5 - Parecer consubstanciado do CEP	116

1 INTRODUÇÃO

O termo transgênero é considerado um guarda-chuva identitário que compreende o espectro representado pelas relações estabelecidas entre identidade, papel e expressão de gênero que vão de encontro ao determinismo binário biológico, representando pessoas cuja identidade ou expressão de gênero diferem da atribuída ao nascimento. Esse termo inclui pessoas trans, independentemente de terem realizado alterações corporais para adequação ao gênero percebido ou não (BOCKTING *et al.*, 2013). A forma de nomeação e os conceitos de gênero variam em função da localização, cultura e tempo. Ao longo desse texto, serão utilizados os seguintes termos: 1) TRANS para referir-se às travestis/ mulheres trans; 2) homens trans para pessoas trans identificados de forma masculina; 3) e pessoas trans para referir-se ao conjunto travestis/mulheres trans, homens trans e pessoas em não conformidade de gênero. Os termos pessoas cis, mulher cis e homem cis serão empregados em relação ao grupo de pessoas em conformidade com o gênero atribuído ao nascimento de forma geral e, em relação a identificação feminina e masculina, respectivamente.

No mundo, a identificação com um gênero não binário está relacionada a marginalização legal e econômica. A falta de legitimação de suas identidades de gênero dificulta o acesso a serviços de saúde, educação, moradia, emprego e voto, o que alimenta comportamentos discriminatórios e restringe as oportunidades econômicas, conseqüentemente aumentando o envolvimento em trabalhos sexuais (FERREIRA *et al.*, 2019; JALIL *et al.*, 2017; POTEAT *et al.*, 2016a). Tais fatores são importantes contribuintes para inequidade em saúde com piores desfechos em saúde com repercussão tanto psicossocial e de adoecimento mental quanto para o risco de infecção por HIV entre TRANS (BOCKTING *et al.*, 2013; FONTANARI *et al.*, 2018; POTEAT; REISNER; RADIX, 2014; SCHEIM; BAUER; SHOKOOHI, 2017; TESTA *et al.*, 2012).

Em relação aos aspectos de saúde entre as pessoas trans, Reisner *et al.*, (2016), conduziu uma revisão e síntese da literatura, referente ao período de 2008 e 2014, que incluiu 116 estudos em 30 países e teve como objetivo caracterizar a carga global de saúde e a distribuição de doenças entre as pessoas trans no mundo. Nesta revisão, foi observado que a saúde mental era a área de saúde mais estudada

em relação às pessoas trans, seguida pelo estudo da saúde sexual e reprodutiva, do uso de substâncias, da violência e do estigma/ discriminação. Em relação à saúde mental, os dados concentraram-se quanto aos transtornos do humor, automutilação suicida e não-suicida e transtornos de ansiedade. Em relação à saúde sexual e reprodutiva, 75% dos dados da literatura publicada nessa área concentravam-se na prevalência de HIV ou infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), com um foco em pessoas trans com o sexo masculino atribuído ao nascimento - outras questões, como fertilidade ou gravidez, receberam pouca atenção. Quanto ao uso de substâncias os dados concentravam-se em relação ao álcool seguido pela maconha e uso de qualquer substância ilícita. A violência e/ ou vitimização experimentada por esta população teve a prevalência estimada em 44,0%. Da escassa literatura publicada no período que incluía estigma / discriminação como desfecho em saúde (N = 14), pouco mais da metade (54%) abordava especificamente o estigma e a discriminação nos cuidados de saúde, incluindo negação e adiamento de cuidados em saúde relacionados ao estigma. Ademais, saúde geral foi o aspecto menos pesquisado quanto a carga global de doenças entre as pessoas trans (REISNER et al., 2016).

1.1 Saúde mental

As pessoas trans apresentam um risco aumentado de desfechos adversos em saúde mental, tais como depressão, ansiedade, abuso de substâncias e risco de suicídio em relação a população cis heterossexual (ADELSON; STROEH; NG, 2016; AROMIN, 2016; LOMBARDI *et al.*, 2001) Apesar de limitados, a literatura indica uma frequência desproporcional de quadros relacionados à saúde mental ao longo da vida entre as pessoas trans em relação à população geral, tais como: depressão (35 – 63% versus [vs.] 4,4%), ansiedade (40,4% vs. 3,6%), dependência de substâncias (15,2% vs. 2%) e tentativa de suicídio (16 – 32% vs. 0,4 – 5,1%), respectivamente (BAZARGAN; GALVAN, 2012; BOSTWICK; PANKRATZ, 2000; BUDGE; ADELSON; HOWARD, 2013; CLEMENTS-NOLLE; MARX; KATZ, 2006; GBD, 2017; KESSLER; BORGES; WALTERS, 1999; NOCK, *et al.*, 2008; NUTTBROCK *et al.*, 2013; OQUENDO *et al.*, 2001; SAMSON *et al.*, 2017; WHO, 2017a; XAVIER *et al.*, 2005).

A alta prevalência de desfechos adversos em saúde mental foi observada em um estudo recente de base hospitalar, conduzido nos EUA, que avaliou dados representativos daquele país para determinar a prevalência e chance de diagnóstico de transtornos mentais em pessoas trans (N = 25.233) e cis (N = 254.437.363) com atendimentos hospitalares entre 2007 e 2014. As pessoas trans apresentaram maior prevalência de diagnóstico de transtornos mentais nos atendimentos hospitalares em relação às pessoas cis e chance significativamente maior de diagnóstico dos transtornos mentais avaliados em conjunto e de depressão, ansiedade e psicose, separadamente (HANNA *et al.*, 2019).

Especificamente em relação a quadros depressivos, Hoffman (2014), em um estudo de revisão de literatura, incluiu 14 artigos que discutiam a relação entre depressão e outras variáveis entre pessoas trans. Dentre essas variáveis, encontrou-se suporte social como variável redutora de risco de depressão, com estudos tendo encontrado associação entre suporte familiar ou de grupo como associados a melhor saúde mental (BOCKTING *et al.*, 2013; BUDGE; ADELSON; HOWARD, 2013). Outra variável analisada por Hoffman (2014) foi violência, subdividida em: violência física, sexual e verbal. Ao avaliar os efeitos da violência física e verbal de forma agregada, a violência contra as TRANS se associou a maior depressão, podendo ser um preditor de depressão (NUTTBROCK *et al.*, 2010, 2013). Foi relacionada ainda violência entre parceiros íntimos (VPI) e depressão (BAZARGAN; GALVAN, 2012). Outra variável analisada nos estudos foi trabalho sexual - frequente nessa população - com uma metanálise, conduzida no EUA estimando a prevalência média de trabalhos sexuais entre TRANS em 41,5%, variando entre 24 e 75% nos estudos incluídos (HERBST *et al.*, 2008). Não foi observada associação entre trabalho sexual e depressão, apesar de fatores relacionados a depressão como baixo nível educacional e suporte social frágil também estarem associadas a trabalho sexual, assim como a maior frequência de uso de substâncias para lidar com o trabalho sexual poder indicar sofrimento mental (BAZARGAN; GALVAN, 2012; NEMOTO; BO, 2011; NUTTBROCK *et al.*, 2013; WILSON *et al.*, 2009). Quanto a fatores relacionados a identidade de gênero, um estudo avaliou a associação entre disforia de gênero,¹ o investimento em se fazer perceber como sua identidade de gênero, a exteriorização e o orgulho em ser uma

¹ sofrimento relativo a incongruência persistente entre o gênero experimentado e o sexo atribuído ao nascimento

pessoa trans com rastreio de condições relativas a mal-estar psíquico (depressão, ansiedade e somatização) por meio do *Brief Symptom Inventory-18* (BSI-18). Observou-se que os sintomas depressivos foram mais prevalentes nas TRANS em relação aos homens trans; não foi observada associação entre disforia de gênero e maior mal-estar psíquico; e o orgulho em ser uma pessoa trans foi um fator protetor em relação a apresentação de mal-estar psíquico (BOCKTING *et al.*, 2013). Quanto a fatores sociodemográficos, baixo nível educacional foi preditor de depressão em dois dos estudos incluídos na revisão assim como desemprego (BAZARGAN; GALVAN, 2012; BOCKTING *et al.*, 2013; SCANLON, 2011). Outro estudo conduzido na Califórnia (EUA) incluiu 220 TRANS latinas de baixa renda, maiores de 18 anos moradoras de Los Angeles com o objetivo de avaliar a percepção de discriminação por ser uma pessoa trans e a associação com depressão, além de avaliar o impacto da violência por parceiro íntimo (VPI) autorreferida na depressão. Entre as participantes, 35% relataram sintomas depressivos (PHQ-9 \geq 15) (BAZARGAN; GALVAN, 2012). Neste estudo, foi identificada uma associação estatisticamente significativa entre a gravidade da depressão tanto com a discriminação percebida, quanto com a violência por parceiro sexual.

As TRANS enfrentam também taxas desproporcionais de ansiedade em relação à população geral. Em estudo americano que incluiu 351 pessoas trans (226 TRANS e 125 homens trans) com objetivo de avaliar a associação entre estado de transição, percepções de perda, apoio social e *coping*² e desfechos em saúde mental (depressão e ansiedade), foram identificadas frequências elevadas de sintomas depressivos (51,4% TRANS; 48,3% para homens trans) e ansiedade (40,4% TRANS; 47,5% homens trans) (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998; BUDGE; ADELSON; HOWARD, 2013). Outro estudo, conduzido no Reino Unido, buscou identificar a sintomatologia da ansiedade em 913 pessoas trans não tratadas e compará-la com uma amostra da população em geral pareada por idade e sexo; investigar o papel preditivo de variáveis específicas, incluindo percepção de gênero, autoestima, vitimização, suporte social, funcionamento interpessoal e tratamento hormonal em relação aos níveis de ansiedade; e investigar diferenças de sintomatologia ansiosa entre pessoas trans em tratamento hormonal e sem tratamento hormonal (BOUMAN *et al.*, 2017). Em comparação com a população

² Conjunto de estratégias usadas pelas pessoas para adaptação a circunstâncias adversas e/ou estressantes

geral, as pessoas trans tiveram quase mais sintomas de ansiedade (68,8% vs. 34,5%, $p < 0,05$), para os quais foram preditores significativos: baixa autoestima e funcionamento interpessoal. Entre as TRANS, 70,10% das que não estavam em terapia hormonal (TH) apresentaram sintomatologia ansiosa importante em relação a 49,70% daquelas em TH (BOUMAN *et al.*, 2017). Esses achados, além de sugerirem uma maior frequência de sintomas ansiosos entre as TRANS, indicam que essa diferença possa ter componentes tanto psicossociais quanto de acesso à recursos de saúde.

Além disso, a marginalização social, frequente nessa população, representa um fator associado a piores desfechos em saúde mental. Um estudo dos EUA utilizou dados de pesquisas obtidas na cidade de São Francisco (2015 *Homeless Survey*) a fim de examinar as diferenças quanto a falta de moradia, problemas de saúde física e mental e violência doméstica entre minorias sexuais e de gênero e pessoas heterossexuais e cis, respectivamente. Das 1.027 pessoas avaliadas, 372 se identificavam como pertencendo ao gênero feminino (339 mulheres cis e 33 TRANS). Observou-se que as TRANS apresentaram um risco 3 vezes maior em relação às mulheres cis de referirem sintomas de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) (AOR [Razão de Chances Ajustada] = 3,31 [IC 95% 1,34–8,16]) (FLENTJE *et al.*, 2016).

A população trans apresenta uma prevalência elevada de uso de substâncias em comparação com a população geral (IOM, 2011). Estudos apontam uma associação entre fatores de risco psicossociais e uso de substâncias nessa população (ROWE *et al.*, 2015) (KEUROGHLIAN, A. S. *et al.*, 2016). Autores americanos realizaram uma análise secundária de dados de uma pesquisa comunitária conduzida em Massachusetts em 2013 que incluía pessoas trans adultas (N = 452) (KEUROGHLIAN *et al.*, 2016). Modelos ajustados examinaram a relação entre fatores demográficos, características relacionadas ao gênero, saúde mental e fatores socio-estruturais com o uso recente de substâncias e história de tratamento de transtornos relacionados ao uso de substâncias ao longo da vida. Foi reportado que 10% da amostra apresentava histórico de tratamento por uso de substâncias. Quase metade (47%) dos participantes do estudo relataram *Binge drinking* (5 ou mais doses de bebida alcoólica de uma só vez) nos 3 meses prévios ao estudo, 39,6% haviam feito uso de cannabis nos 12 meses prévios ao estudo, e

10,8% apresentavam relato de uso de múltiplas substâncias. Os fatores associados de forma significativa ao aumento das chances do desfecho (uso recente de substâncias e história de tratamento de transtornos relacionados ao uso de substâncias ao longo da vida) foram: maior escolaridade (AOR = 3,50 [IC95% = 2,35 - 5,50]), identificação como TRANS (AOR = 3,03 [IC95% = 1,95 - 4,67]), assistência médica afirmativa de gênero (AOR = 1,99 [IC95% = 1,32 - 3,00]); VPI (AOR = 1,68 [IC95% = 1,13 - 2,49]), TEPT (AOR = 2,56 [IC95% = 1,69 - 3,88]), depressão (AOR = 2,30 [IC95% = 1,58 - 3,35]), história de tratamento em saúde mental (AOR = 1,65 [IC95% = 1,11 - 2,45]), discriminação (AOR = 1,90 [IC95% = 1,22 - 2,95]), apresentar instabilidade habitacional (AOR = 1,80 [IC95% = 1,21 - 2,67]) e história de trabalho sexual (AOR = 2,48 [IC95% = 1,24 - 4,95]) (KEUROGHLIAN *et al.*, 2016). Uma análise secundária dos dados da inclusão de um estudo de coorte conduzido em São Francisco (EUA) descreveu a prevalência de uso de substâncias e as relações entre fatores de risco psicossocial e o uso de substâncias em jovens TRANS (ROWE *et al.*, 2015). A maioria (69%) das jovens TRANS relatou uso recente de substâncias. Aquelas com TEPT apresentaram chances aumentadas de uso de substâncias (AOR = 1,94 [IC 95% = 1,09 - 3,44]), assim como aquelas que sofreram discriminação relacionada ao gênero (AOR = 2,28 [IC95% = 1,17 - 4,44]). Estas tiveram não apenas maiores chances de usar substâncias, como de uso de substâncias concomitante ao sexo (*chemsex*) (AOR = 2,35 [IC95% = 1,11 - 4,98]). O uso de múltiplas substâncias esteve associado a história de ter sofrido discriminação (AOR = 3,24 [IC 95% = 1,52 - 6,88]) e a sofrimento psicológico (AOR = 2,27 [IC 95% = 1,01 - 5,12]) (ROWE *et al.*, 2015). Já um estudo brasileiro que também incluiu pessoas trans jovens (16 – 24 anos; N = 200) foi conduzido a partir da análise das respostas a um questionário online e tinha como objetivo de avaliar o impacto de um “ambiente de risco” no uso de substâncias especificamente para lidar com gênero e situações gerais de estresse (FONTANARI *et al.*, 2019). Neste estudo, a cannabis foi a substância mais usada entre as pessoas jovens trans brasileiras (20,88% [IC 95% 23,71 - 36,19]), seguida por analgésicos (11,45% [IC 95% 11,38 - 21,47]) e uso de sedativos/ tranquilizantes (5,05% [IC 95 % 3,71 - 10,78]) nos últimos 30 dias. Após uma análise controlada pela estabilidade doméstica, insegurança, clima escolar e discriminação, foi observado que as pessoas trans que reportaram ter sofrido discriminação (AOR = 1,18 [IC95% 1,10 -

1,27, $p = 0,001$]), assim como as que reportaram ter um lar instável 93,27 [IC95% 1,60 - 6,67, $p = 0,009$] tiveram chances aumentadas de fazer uso de substâncias. Ainda no contexto brasileiro, um estudo transversal conduzido no Ceará, realizado entre agosto e dezembro de 2008, incluiu 304 TRANS e teve como objetivo avaliar a prevalência do uso de álcool e os fatores de risco associados a esse uso (KERR-CORRÊA *et al.*, 2017). Foi observado uso nocivo de álcool, indicado por uma pontuação no AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) igual ou superior a oito (média $8,85 \pm 8,72$), em 48,20% das participantes. Quase metade (46,40%) também relatou episódios de *Binge drinking*) uma ou mais vezes por mês no último ano. Além disso, 14,8% obtiveram uma pontuação no AUDIT acima de 20, indicando possível dependência. As variáveis que se correlacionaram com o AUDIT ≥ 8 foram: idade acima de 24 anos (OR = 8,81, $p < 0,001$), renda mensal abaixo de um salário mínimo (OR = 5,1, $p = 0,002$) e entre um a quatro salários mínimos (OR = 2,83, $p = 0,017$), raça negra (OR = 3,67, $p = 0,006$) e morar com a família (OR = 2,19, $p = 0,037$). A prostituição (OR = 3,47, $p = 0,008$), uso de drogas ilícitas nos seis meses anteriores à pesquisa (OR = 2,58, $p = 0,003$) e sexo desprotegido (OR = 3,20, $p < 0,001$) foram associados ao AUDIT acima de 20. Esses estudos reforçam a importância da abordagem de fatores sociodemográficos, psicossociais, discriminação em função do gênero e trauma no enfrentamento do uso prejudicial de substâncias entre as TRANS.

A literatura descreve altas taxas de tentativas e ideação suicida em pessoas trans, apesar da grande variação das taxas observadas e do uso de amostras de conveniência em muitos dos estudos. Scalon *et al.*(2010) reportou uma taxa de tentativas de suicídio de 43% e uma taxa de ideação suicida de 77% em pessoas trans residentes em Ontario comparativamente a taxas de 0,50% e 3,07% respectivamente na população geral. Já Xavier *et al.*(2007) em um estudo conduzido em Virginia, EUA, encontrou taxas de tentativas de suicídio de 25% e de ideação suicida em 65% entre pessoas trans. Em uma metassíntese³ em que se avaliou tentativa e ideação suicida em pessoas com diagnóstico de disforia de gênero e/ou auto-identificadas como pessoa trans (N = 42), 83% do total de estudos (N = 35) perguntou aos participantes sobre ideação ou tentativas de suicídio ao longo da vida, enquanto 36% dos estudos (15) avaliaram ideação e tentativas de suicídio em

³ síntese interpretativa de achados derivados de estudos fenomenológicos, etnográficos, da teoria fundamentada nos dados e outros

um determinado período (ADAMS; HITOMI; MOODY, 2017; MATHEUS, 2009). Observou-se ainda uma tendência das participantes TRANS terem maior ideação suicida ao longo da vida em relação aos homens trans (51,70% vs. 45,40%), ao passo que não se observou diferenças significativas no relato de tentativas de suicídio (31,00% vs. 32,30%). No geral, as prevalências de ideação e tentativas suicidas observada ao longo da vida foram 55,50% (variação 28,90 - 96,50%) e 28,9% (10,70 - 52,40%), respectivamente (ADAMS; HITOMI; MOODY, 2017). Quanto a variáveis relacionadas a suicídio na população trans, Testa *et al* (2012), também um estudo conduzido em Virgínia, EUA, observaram associação entre violência física e ideação / tentativas de suicídio. Avaliando a relação entre história de violência e discriminação e maior chance de reportar ideação suicida em uma amostra de 350 pessoas trans maiores de 18 anos, (ROOD *et al.*, 2015). Esse estudo observou que violência, discriminação e status de transição de gênero seriam preditores de ideação suicida. Indivíduos que experimentaram tanto violência física quanto sexual teriam maior chance a reportarem ideação suicida ao longo da vida que aqueles sem essas experiências (AOR = 4,18, $p < 0,001$).

É importante, no entanto, salientar que as altas taxas de adoecimento mental observadas entre as pessoas trans se atrelam à piora na qualidade de vida e não à ideia da percepção da identidade de gênero trans *per se* como sendo pertencente a uma categoria diagnóstica de doença mental. Estudos atuais – inclusive no Brasil – têm corroborado a remoção de categorias relacionadas à identidade de gênero do capítulo das desordens mentais da classificação do CID (Classificação Internacional de Doenças) (CASTRO *et al.*, 2019; LOBATO *et al.*, 2019).

1.2 Desafios ao enfrentamento da infecção pelo HIV

Desde a identificação do HIV na década de 80 até os dias atuais, houve avanço importante em relação aos métodos diagnósticos e tratamento da infecção por HIV. Por meio da evolução na eficácia da terapia antirretroviral (ARV) combinada, modificou-se o status da infecção pelo HIV para uma condição crônica manejável (DEEKS; LEWIN; HAVLIR, 2013). Porém, ainda há barreiras no acesso à prevenção e ao cuidado adequado. Visando ultrapassar essas barreiras, em 2014, foram propostas pelos Estados membros das Nações unidas – que atualmente inclui

193 países-membro - metas globais, tendo como base a cascata de cuidado, segundo as quais dever-se-ia buscar, até 2020, que 90% das pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) fossem diagnosticadas, 90% das PVHA diagnosticadas se engajassem no tratamento, e 90% das PVHA em tratamento apresentassem supressão viral (UNAIDS, 2015a). Ao atingir as metas 90-90-90, espera-se evitar cerca de 60% de novas infecções por HIV. Para que os 40% restantes de novas infecções sejam evitadas devem ser utilizadas estratégias de prevenção combinada, tais como uso de preservativos, serviços de redução de danos, profilaxia pré-exposição (PrEP), circuncisão masculina voluntária (CMMV), educação e empoderamento de mulheres jovens e meninas, mobilização e fornecimento de pacotes de serviços essenciais para populações-chave. Nesse sentido, há ainda a proposição de um maior foco na prevenção, com alocação de 25% dos recursos globais relativos ao HIV em atividades preventivas (UNAIDS, 2015b).

1.3 Estratégias preventivas à infecção pelo HIV

Vários métodos e intervenções mostraram-se altamente eficazes na redução do risco e proteção contra a infecção pelo HIV. Porém, apesar do avanço das estratégias relacionadas à prevenção da infecção pelo HIV, foi estimado 1 milhão de novas infecções por ano (FONNER *et al.*, 2016; UNAIDS, 2014; WHO, 2016). Um componente-chave para uma resposta de longo prazo à epidemia do HIV é a mudança de foco das intervenções de prevenção ao HIV para uma estratégia abrangente, na qual abordagens sociais e estruturais sejam os elementos centrais (AUERBACH; PARKHURST; CÁCERES, 2011). Nesse constructo, a estratégia de prevenção combinada torna-se interessante uma vez que associa diferentes abordagens de prevenção em diferentes níveis para responder às necessidades específicas de determinados segmentos populacionais - como as TRANS - e formas de transmissão do HIV (BRASIL, 2018).

Dentre as estratégias tem-se intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais. As intervenções biomédicas, voltadas à redução do risco de exposição ao HIV, podem ser divididas em: (1) intervenções que empregam métodos de barreira física ao vírus (preservativos internos e externos, gel lubrificante, testagem rápida, tratamento das infecções sexualmente transmissíveis (IST), tratamento para

todas as PVHA); e (2) baseadas no uso de ARVs, como a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) e a PrEP (BRASIL, 2017). Estratégias comportamentais são aquelas que contribuem para o aumento da informação e da percepção do risco à exposição ao HIV, mediante incentivo a mudanças de comportamento individuais e comunitárias, como: o aconselhamento em HIV/AIDS e outras IST, incentivo à testagem ao HIV, redução de danos entre pessoas que usam álcool e outras drogas e campanhas de prevenção ao HIV e outras IST (BRASIL, 2017). Já intervenções estruturais são aquelas voltadas para o enfrentamento de fatores e condições sociais e culturais que influenciam na vulnerabilidade de indivíduos ou grupos sociais ao HIV e estão relacionados a estigma, preconceito, discriminação ou qualquer outra forma de alienação dos direitos e garantias fundamentais (BRASIL, 2017).

1.3.1 Profilaxia pré- exposição (PrEP)

Dentro do contexto da importância da cascata de cuidado e das estratégias de prevenção combinadas, o Ministério da Saúde aprovou, em 2017, a PrEP como uma das formas de prevenção do HIV para populações vulneráveis. A PrEP consiste no uso dos ARVs tenofovir (TDF) e emtricitabina (FTC) combinados em comprimido único (TDF-FTC) (300/200mg) uma vez ao dia por pessoas HIV-negativas em risco de infecção.

A PrEP teve eficácia demonstrada no estudo iPrEX, um estudo de eficácia de PrEP oral controlado e randomizado com participantes de seis países, dentre eles o Brasil, que incluiu 2499 voluntários HIV-negativos em risco de HIV (homens cis e TRANS que faziam sexo com homens) para receber a combinação TDF-FTC ou placebo diariamente. Nos participantes em uso de PrEP com níveis séricos detectáveis de TDF-FTC, houve uma redução de incidência de HIV em 44% (GRANT *et al.*, 2011c). Outro estudo conduzido nos EUA incluiu 1603 pessoas HIV-negativas, das quais 1225 (76%) receberam PrEP. Entre os que receberam PrEP, a incidência de HIV foi de 1,8 infecções por 100 pessoas-ano, em comparação com 3,9 infecções por 100 pessoas-ano no grupo placebo (HR 0,49 [IC 95% 0,31 - 0,77]). No grupo que recebeu PrEP, a incidência de HIV foi de 4,7 infecções por 100 pessoas-ano entre os que não possuíam níveis detectáveis de droga em DBS (*dried blood spots*); 2,3 infecções por 100 pessoas-ano nos participantes com níveis de

drogas compatíveis com menos de dois comprimidos por semana; 0,6 por 100 pessoas-ano naqueles com níveis compatíveis com uso de dois a três comprimidos por semana; e 0,0 por 100 pessoas-ano naqueles com níveis compatíveis com uso de quatro ou mais comprimidos por semana ($p < 0,0001$)(GRANT *et al.*, 2014). Uma subanálise do iPrEX demonstrou que a baixa adesão à PrEP entre as TRANS poderia afetar a efetividade estimada desse método preventivo(DEUTSCH *et al.*, 2016).

O uso da PrEP no Brasil foi avaliado pelo estudo PrEP Brasil, um estudo prospectivo, multicêntrico, que incluiu 450 homens que fazem sexo com homens (HSH) e TRANS, maiores de 18 anos, residentes no Rio de Janeiro ou São Paulo, com critérios de risco sexual nos 12 meses prévios. Nesse estudo, foi oferecido TDF-FTC em dose diária por 48 semanas e medida a dosagem sérica do tenofovir difosfato (TFV-DP) na semana 4 após a inclusão. Entre os participantes, 94,1% e 78,0% apresentaram concentração de TFV-DP compatível, respectivamente, com a faixa de proteção (≥ 2 comprimidos por semana) e com a de alta proteção (≥ 4 comprimidos por semana), faixa esta que é estimada em fornecer proteção de 96 a 100% (GRANT *et al.*, 2014). Esses achados indicaram que a PrEP pode ser utilizada com sucesso para HSH e TRANS em alto risco de infecção no contexto de saúde pública brasileiro (HOAGLAND *et al.*, 2017a, 2017b) (GRINSZTEJN *et al.*, 2017).

A partir dos resultados do PrEP Brasil, incluindo estudo de custo-efetividade, a PrEP foi adotada no Sistema Único de Saúde (SUS)(LUZ *et al.*, 2018). A implementação da PrEP será monitorada e avaliada através do projeto ImPrEP, liderado pela FIOCRUZ (BRASIL, 2017). A adoção da PrEP como estratégia de Saúde Pública pode contribuir para a mudança do cenário atual de vulnerabilidade desproporcional ao HIV entre as TRANS (JALIL *et al.*, 2018).

1.4 Epidemia do HIV na América Latina

A prevalência estimada de infecção pelo HIV na população geral é de cerca de 0,80% e, de acordo com UNAIDS e a OMS, ocorreram 1,7 milhão de novas infecções por HIV no mundo em 2018(UNAIDS, 2014, 2018a, 2019a; WHO, 2018). Na América Latina, a prevalência de infecção pelo HIV na população geral varia em torno de 0,20 no México a 0,80% no Panamá (UNAIDS, 2019b). A distribuição da

epidemia de HIV, no entanto, não é homogênea, concentrando-se em grandes centros urbanos e em populações-chave, como gays e HSH (40%), TRANS (4%), profissionais do sexo (3%) e UDI (3%)(UNAIDS, 2019b).

As populações-chave são grupos populacionais que possuem vulnerabilidade aumentada à infecção pelo HIV, representando cerca de 54% das novas infecções pelo HIV no mundo (UNAIDS, 2018b). Dentre as populações-chave para o HIV no mundo, as pessoas trans teriam 12 vezes mais chance de infecção pelo HIV (UNAIDS, 2019a). Em relação às novas infecções pelo HIV em populações-chave na América Latina, o braço controle do iPrEx forneceu taxas de incidência de HIV por 100 pessoas-ano foram de 6,5 (IC95% 4,10 - 10,50), 5,00 (IC95% 2,70 - 9,20) e 3,50 (IC95% 2,70 - 4,60) no Equador, Brasil e Peru, respectivamente gerando, assim, informações relevantes sobre as taxas de incidência do HIV em HSH e TRANS nessas regiões. As taxas de incidência de HIV por 100 pessoas-ano foram de 6,5 9IC95% 4,10 - 10,50), 5,00 (IC95% 2,70 - 9,20) e 3,50 (IC95% 2,70 - 4,60) no Equador, Brasil e Peru, respectivamente (BUCHBINDER *et al.*, 2015). É importante, ainda, salientar que se estima que 48% das novas infecções por HIV ocorridas em 2017 na América Latina tenham ocorrido no Brasil (UNAIDS, 2019a). Apesar da prevalência estimada de infecção pelo HIV no Brasil ser de 0,60% entre adultos, a prevalência em alguns grupos vulneráveis à infecção ao HIV é bastante superior, como entre TRANS (31,20%), HSH (18%), usuários de múltiplas substâncias (5,8%) e profissionais do sexo (5%) (BAPTISTA *et al.*, 2018; DAMACENA, G. N. *et al.*, 2011; GRINSZTEJN *et al.*, 2017; KERR *et al.*, 2018; WHO, 2017b). Essas frequências aumentadas em alguns grupos populacionais no Brasil corroboram com a ideia de que a epidemia de HIV no país se dá de forma heterogênea e concentrada em populações-chave.

Para que se atinjam as metas globais de enfrentamento ao HIV, é importante que sejam pensadas estratégias que ampliem o cuidado especialmente em relação às populações-chave. Nesse sentido, a literatura aponta que, em 2018, 80% das PVHA na região latino-americana conheciam seu status de HIV, mais de três quartos dos que sabiam do seu status para o HIV estava em tratamento, e quase nove em cada 10 pessoas em tratamento tinham carga viral suprimida. Embora nenhum país da América Latina tenha ainda alcançado todos os três alvos do 90-90-90, a supressão viral entre PVHA em tratamento no Brasil atingiu 94% em 2018. I

(UNAIDS, 2019b). Apesar dessas conquistas, ainda existem muitos obstáculos para alcançar a meta 90-90-90 na região, incluindo o diagnóstico tardio, a quantidade de testes disponíveis, a rapidez do início do tratamento, a adesão ao tratamento abaixo do esperado, a discordância entre a percepção de baixo risco sexual e o comportamento sexual de risco efetivo (LUZ; VELOSO; GRINSZTEJN, 2019). Além disso, as desigualdades sociais e violência permeiam a epidemia de HIV entre populações-chave da América Latina podendo atuar como barreiras para a prevenção do HIV, prejudicando os esforços para identificar, testar e vincular os indivíduos aos cuidados além de reforçar o estigma entre as populações de alto risco, sendo importante a inclusão de intervenções que abordem esses problemas como estratégia de enfrentamento a epidemia do HIV (DE BONI *et al.*, 2019; DE BONI; VELOSO; GRINSZTEJN, 2014).

1.5 TRANS e HIV

Em uma metanálise, estimou-se, no mundo, a prevalência de infecção pelo HIV de 18% entre TRANS, além de chance quase 50 vezes maior de infecção por HIV em relação a outros adultos em idade reprodutiva (BARAL *et al.*, 2013). No Brasil, a prevalência de infecção viral pelo HIV nas TRANS é maior que a observada em outros grupos vulneráveis à infecção, como HSH (18,40%; IC95%: 15,40–21,70%) (KERR *et al.*, 2018), usuários de drogas (5,90%) e mulheres cis profissionais do sexo (4,90%) (DAMACENA, G. N. *et al.*, 2011). Um estudo transversal, conduzido pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), o *Transcender*, utilizou o método *Respondent Driven Sampling* (RDS) - técnica de amostragem utilizada para populações de difícil acesso, como as TRANS, por meio de um modelo matemático que pondera os indivíduos da amostra conforme seu grau de relações sociais, tentando eliminar o viés de seleção e obter estimativas confiáveis nos estudos de populações ocultas ou de difícil acesso (GRINSZTEJN *et al.*, 2017). Em tal estudo, foram incluídas 345 TRANS maiores de 18 anos, moradoras da cidade do Rio de Janeiro e região metropolitana. Observou-se uma prevalência estimada de infecção pelo HIV de 31,20% (IC 95% 18,80–43,60). Cerca de um terço das participantes nunca tinham sido testadas para o HIV na vida. Entre as participantes vivendo com o HIV, aproximadamente 20% desconheciam sua

condição sorológica previamente (GRINSZTEJN *et al.*, 2017). Das participantes vivendo com o HIV com diagnóstico prévio, apenas 45% tinham carga viral indetectável (JALIL *et al.*, 2017). Os dados do Transcender mostram que, apesar das altas taxas de infecção em TRANS, verificam-se baixas taxas de rastreio para o HIV nessa população, fazendo que muitas desconheçam seu status sorológico. Também no Brasil, o estudo Divas, um estudo transversal, multicêntrico, que também utilizou o método RDS, conduzido em 12 cidades brasileiras, avaliou a prevalência de HIV e outras Infecções sexualmente transmissíveis (IST) entre TRANS (N = 2846). Este estudo corroborou a alta taxa de infecção pelo HIV entre as TRANS com prevalência de HIV variando de 19,70% (Curitiba) a 65,30% (Porto Alegre) (BASTOS *et al.*, 2018).

Há, ainda, barreiras sociais e estruturais a serem enfrentadas a fim de diminuir a infecção pelo HIV nessa população. A análise secundária de dados do Transcender demonstra associação entre raça/cor negra, baixa renda e instabilidade habitacional à menor supressão viral, sugerindo associação entre determinantes sociais e saúde (JALIL *et al.*, 2017). Esses achados corroboram dados da literatura, que sugerem que os riscos associados à infecção pelo HIV entre as TRANS podem estar relacionados aos elevados índices de trabalho sexual, à pouca educação formal, à desigualdade social e à violência, fatores que, conjuntamente, contribuem para o aumento da vulnerabilidade, acesso insuficiente ao cuidado em saúde e prevenção do HIV, IST e outras condições de saúde associadas a pobreza e vulnerabilidade ao HIV, como a tuberculose (MARTINS *et al.*, 2013) (FERREIRA; FRANCISCO; NOGUEIRA, 2019) (FERREIRA; FRANCISCO; NOGUEIRA, 2016).

O acesso à saúde específica para TRANS também é dificultado no Brasil. O estudo Transcender identificou que apenas 15,90% das TRANS tinham acesso a serviços de saúde trans-específicos (JALIL *et al.*, 2017). Outros autores sugeriram que o acesso a esses serviços poderia diminuir riscos em saúde com melhoria da qualidade de vida das TRANS (MURAD *et al.*, 2010; WILSON *et al.*, 2015a). No Brasil, as dificuldades no acesso e manutenção do cuidado em saúde oferecidos pelo SUS por pessoas trans vão desde o desrespeito ao nome social a dificuldades associadas a preconceito com identidades transexuais por profissionais de saúde, não apenas quando demandam serviços especializados, como redesignação de gênero, mas também em outros momentos quando buscam atendimento para a

saúde como um todo (MELLO *et al.*, 2011). Um estudo brasileiro, conduzido no Espírito Santo, fez uma análise qualitativa por meio de entrevistas semiestruturadas com 15 pessoas trans, tendo como objetivo discutir as dificuldades das pessoas trans em relação ao acesso aos serviços de saúde do SUS (ROCON *et al.*, 2016). Verificou-se que o desrespeito ao nome social nos serviços de saúde e a necessidade de um diagnóstico no processo de redesignação de gênero – que promove seletividade no acesso - foram os principais impedimentos ao acesso universal, abrangente e igualitário pelos participantes deste estudo. Mesmo em serviços especializados para a população trans, as normas de gênero e estereótipos são frequentemente colocados em operação por prestadores de serviços, o que tem como consequência a manutenção de cuidados inseguros fora do setor público pela população trans. Assim, para o enfrentamento dessa realidade, são necessárias mudanças culturais e no discurso técnico-científico considerando a experiência das pessoas trans, incluindo a despatologização e o reconhecimento da fluidez de gênero (DOURADO *et al.*, 2016; TAGLIAMENTO; PAIVA, 2016).

1.6 Problemas sociais, violência e discriminação de gênero

1.6.1 Violência

Segundo a OMS, violência é entendida como:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. (KRUG *et al.*, 2002).

A violência além de poder provocar impacto sobre as taxas de morbimortalidade, pode prejudicar a saúde biopsicossocial das pessoas vitimadas, com importante repercussão econômica e social por meio de diferentes formas de expressão: psicológica/verbal, física (com o uso de força) e sexual ou envolver privação e negligência (KRUG *et al.*, 2002).

As TRANS têm um risco elevado em duas a três vezes de sofrerem violência em relação a pessoas em conformidade de gênero, sendo a violência entre

parceiros íntimos (VPI) uma importante forma de vitimização nessa população (NCAVP, 2013). Em 2016, o relatório do projeto de monitoramento de assassinatos entre pessoas trans (TMM)⁴ registrou, entre janeiro de 2008 e junho de 2016, um total de 2.190 pessoas trans assassinadas em 66 países em todo o mundo, com a grande maioria (78,10%) dos casos registrados na América Central e do Sul e, sendo o Brasil o líder de assassinatos em números absolutos (N = 868), representando 39,60% do total mundial de assassinatos de pessoas trans (BALZER *et al.*, 2016).

O Relatório de Violência LGBTfóbica 2016, produzido pelo Ministério de Direitos Humanos, teve como aspecto fundamental oferecer dados quantitativos a fim de mensurar a violência sofrida pela população LGBT no Brasil (SILVA, 2018). A análise foi realizada a partir de dados fornecidos por instituições do Governo Federal – Disque 100 - principal centro nacional de recebimentos de denúncias de violação de direitos humanos contra a população LGBT e de estatísticas hemerográficas, ou seja, baseadas em notícias veiculadas na imprensa, metodologia amplamente utilizada por movimentos sociais LGBT, como o Grupo Gay da Bahia (GGB) e Rede Trans Brasil (RedeTrans). Pode-se observar, a partir dos hemerográficos, que 42% dos casos de violência reportados entre pessoas LGBT ocorreram em pessoas trans e, em sua maioria, na região Nordeste. Além disso, os dados do Disque 100 apontam como principal tipo de denúncia de violência sofrida por essa população a psicológica, seguida da da violência física, com a maior parte das vítimas sendo de 18 a 30 anos e não-branca, e a maior parte das violações ocorrendo em espaços públicos, dados também encontrados em outros estudos conduzidos em cidades da região Nordeste do Brasil (PARENTE; MOREIRA; ALBUQUERQUE, 2018; SILVA *et al.*, 2016). A alta frequência de violência contra pessoas trans pode estar relacionada a estigma de pertencer a um gênero diferente do atribuído ao nascimento, maior vulnerabilidade social, maiores taxas de trabalho sexual, menores níveis educacionais e menor renda (STOTZER, 2009).

⁴ O projeto TMM iniciado em 2009 como uma cooperação entre a Transgender Europe (TGEU) e a revista *on-line* acadêmica Liminalis - Um Jornal de Emancipação e Resistência e Sexo / Gênero - monitora, coleta e analisa sistematicamente relatórios de homicídios entre pessoas trans e diversidade de gênero em todo o mundo e, desde 2010, outras atualizações dos resultados são publicadas no site: “*Transrespect versus Transphobia Worldwide*” duas a três vezes por ano.

a) Violência física

As pessoas trans apresentam alta prevalência de terem sofrido violência física ao longo da vida, com taxas que variam entre 33 a 65%(STOTZER, 2009). A violência física é reportada em maior frequência entre TRANS que desempenham atividade como profissional do sexo, tendo como principal perpetrador de violência clientes (COHAN *et al.*, 2006; VALERA; SAWYER; SCHIRALDI, 2000). Há ainda a identificação do gênero como motivador dos atos violentos e como principais perpetradores desconhecidos, familiares e policiais (REBACK *et al.*, 2001).

b) Violência sexual

Um dos tipos de violência mais documentados contra TRANS é a violência sexual com uma alta prevalência de agressão sexual e estupro a partir de uma tenra idade, sendo a taxa superior a 50% (CLEMENTS-NOLLE; MARX; KATZ, 2006; XAVIER *et al.*, 2007). Outro ponto significativo é a motivação da violência pelo perpetrado, que em muitos estudos é reportada como transfobia (WITTEN, 2004; XAVIER *et al.*, 2005). Além disso, a literatura aponta que os perpetradores mais comuns desse tipo de violência contra TRANS seriam pessoas próximas (34% parceiro íntimo ou namorado; 21% membro da família), e menos frequentemente estranhos (7%), profissionais de saúde (3%) e policiais (2%) (FORGE, 2005).

O estudo Transcendendo é a primeira coorte trans-específica (N = 322) da América Latina, estabelecida no Rio de Janeiro, Brasil, para avaliar longitudinalmente aspectos de saúde das TRANS. Os dados obtidos dessa coorte demonstraram que, em 70,20% das participantes, a idade da primeira relação sexual deu-se antes dos 10 anos. Observou-se ainda uma alta prevalência de violência física (N= 174; 54,00%) e sexual (N = 149; 46,30%) e, entre participantes que relataram histórico de violência sexual, a maioria (N = 95; 63,80%) informou que a ocorrência se deu antes dos 18 anos (FERREIRA *et al.*, 2019).

c) Violência entre parceiros íntimos

A VPI é definida como abuso físico, sexual, econômico e/ ou emocional perpetrado por um parceiro íntimo (GOODMARK, 2012, p. 62). Um estudo de acompanhamento realizado em 2015, no EUA, o *U.S. Transgender Survey* (N = 27.715), reportou que 54% das pessoas trans tinham vivenciado VPI. Já a Aliança

Nacional de Programas AntiViolência (NCAVP), que desde 1998 realiza relatórios sobre VPI em populações LGBTQI e pessoas afetadas pelo HIV nos EUA, apontou em 2016 que 46% dos homicídios relacionados a VPI acometeram TRANS (NCAVP, 2016). Esses dados corroboram com o observado por Langenderfer-Magruder *et al.* (2016), que encontrou, em estudo conduzido no Colorado, EUA, que 51,70% das TRANS sofreram VPI ao longo da vida, comparativamente a 34,20% das pessoas cis.

d) Abuso infantil

Um tipo específico de violência é a impetrada contra crianças e adolescentes. É consenso que os maus-tratos na infância têm consequências deletérias na saúde mental na adolescência (SHAFFER *et al.*, 2009) e vida adulta (HORWITZ *et al.*, 2001; PEREPLETCHIKOVA; KAUFMAN, 2014), com maiores taxas de transtornos mentais entre indivíduos expostos a situações de abuso infantil, tais como depressão (BRADLEY, REBEKAH G. B. BINDER *et al.*, 2008), TEPT (WIDOM; PH, 1999), abuso de substâncias (KS *et al.*, 2000), quadros dissociativos (DUTRA *et al.*, 2009), transtornos alimentares (WONDERLICH *et al.*, 2001) além de experiências psicóticas (JANSSEN *et al.*, 2004) e transtornos de personalidade (TYRKA *et al.*, 2010).

Entre as pessoas trans, uma revisão sistemática (N= 14) sobre abuso infantil nessa população reportou alta frequência de abuso infantil (TOBIN; DELANEY, 2019). O abuso infantil entre pessoas trans foi associado a desfechos negativos na vida adulta como sexo sem preservativo, automutilação, maior uso de substâncias, sintomas de TEPT e tentativas de suicídio (FERNÁNDEZ-ROUCO *et al.*, 2017; REISNER *et al.*, 2016a, 2016b; SCHEIM; BAUER; SHOKOOHI, 2017; TALIAFERRO *et al.*, 2019). Um estudo conduzido na Itália entre julho de 2008 e maio de 2010 com objetivo de avaliar a prevalência de maus tratos na infância entre as TRANS (N = 109) e explorar a relação entre esses eventos da infância, imagem corporal e variáveis psicopatológicas e clínicas, verificou que mais de um quarto das participantes relataram maus tratos na infância, sendo metade desses casos (N = 15) de relato de abuso sexual (BANDINI *et al.*, 2011). As TRANS que reportaram maus tratos na infância relataram maior insatisfação corporal e pior saúde mental durante a vida, com maior necessidade de consulta com psiquiatra na idade adulta

em relação às TRANS que não reportaram essa experiência na infância (BANDINI *et al.*, 2011). Outro estudo, conduzido no Brasil por Fontanari *et al.*, (2018), utilizou dados coletados de uma amostra de 289 mulheres trans que compareceram ao Hospital Clínicas para atendimento relativo a disforia de gênero, em Porto Alegre, entre 1998 e 2014, e teve como objetivo caracterizar a relação entre a história de maus tratos na infância e o desenvolvimento de transtorno mental na vida adulta (FONTANARI *et al.*, 2018). Este estudo demonstrou uma maior prevalência de depressão, risco de suicídio, abuso/ dependência de álcool, infecção pelo HIV e IST entre as participantes que tinham história de maus tratos na infância em relação às que não tinham história de maus tratos na infância (FONTANARI *et al.*, 2018).

Uma hipótese para essas prevalências discrepantes seria uma possível relação entre estigma, preconceito e discriminação - também experimentados em maior proporção em pessoas com identidades de gênero e orientações sexuais não tradicionais comparativamente a população cis, heterossexual do mesmo estrato social (CLEMENTS-NOLLE; MARX; KATZ, 2006; PEREZ-BRUMER *et al.*, 2016) - e desfechos negativos em saúde (MEYER, 1995, 2003).

1.6.2 Estigma, preconceito e discriminação

Os gregos criaram o termo estigma para se referirem a sinais corporais - produzidos intencionalmente a partir de cortes e fogo - que avisavam que o portador era alguém que deveria ser evitado (um escravo, um criminoso ou traidor) com os quais se procurava evidenciar algo de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentava (GOFFMAN, 1980). Atualmente, o termo é usado de maneira semelhante ao sentido literal original, porém é mais aplicado à própria característica intrínseca do portador do que a uma marca corporal produzida, funcionando como um atributo negativo que traria, a partir de uma marca de diferença, desvantagem (GOFFMAN, 1980). Já preconceito, na obra *The Nature of Prejudice*, na qual foi realizada a primeira abordagem sistemática do preconceito, foi descrito como atitudes hostis ou aversivas dirigidas a uma pessoa ou grupo que tenha qualidades consideradas censuráveis socialmente, tendo como efeito central a desvantagem em função de crenças (ALLPORT, 1954).

Tanto estigma como preconceito envolveriam estereotipagem e rejeição social, podendo resultar em discriminação, forma efetivada de estigma e preconceito, como uma resposta comportamental causada por essas atitudes e crenças negativas. Estigma, preconceito e discriminação funcionariam como fatores estressores crônicos que proporcionariam um ambiente social estressor. De maneira geral, o estresse é pensado como resultante de eventos ou condições externas impostas ao indivíduo que excedem sua capacidade de resiliência, podendo vir a induzir doenças somáticas ou mentais (DOHRENWEND, 2000). Porém, o conceito de estresse social estende a teoria de estresse sugerindo que condições relativas ao ambiente social, e não apenas eventos individuais, seriam fontes de estresse (ALLISON, 1998). O stress social poderia, então, impactar nas vidas de pessoas pertencentes a categorias socialmente estigmatizadas como as TRANS.

O estigma e o preconceito aumentam a vulnerabilidade de pessoas trans seja através de violência direta, mais prevalente nessa população, quanto com relação a discriminação, maior dificuldade ao acesso à saúde e recursos, educacionais, sociais e inclusão no mercado de trabalho (COSTA *et al.*, 2018; ROCON *et al.*, 2016). Socías *et al.*, (2014), utilizando dados derivados de um estudo conduzido em 2013 em toda a Argentina que incluiu 452 TRANS reportou que 184 (40,70%) evitavam procurar atendimento médico por causa de sua identidade de gênero e, na análise multivariada, dentre os fatores associados a evitar a busca os cuidados de saúde estavam ter história de exposição à violência policial (AOR = 2,20 [IC95%: 1,26 - 3,83]), estigma internalizado (AOR = 1,60 [IC 95%: 1,02 - 2,51]), ter sofrido discriminação por profissionais de saúde (AOR = 3,36 [IC 95%: 1,25 - 5,70]) ou outros pacientes (AOR = 2,57 [IC 95%: 1,58 - 4,17 (SOCÍAS *et al.*, 2014)). Já o *Projeto de Pesquisa em Saúde Trans*, uma pesquisa transversal em hospitais e na Web, baseada em contribuições tanto das comunidades médicas quanto de pessoas trans, teve como objetivo relatar problemas de saúde relacionados ao HIV, necessidades de atendimento e barreiras de acesso para as pessoas trans além de discriminação no contexto de assistência médica ao HIV em dois estados brasileiros: Rio Grande do Sul e São Paulo - ambos os estados têm programas de identidade de gênero que fornecem afirmações de gênero (COSTA *et al.*, 2018). Foram 543 participantes, dos quais 62,10% (N = 337) eram TRANS. Entre elas, 72,50% (N = 245) já tinham realizado testes para o HIV ao longo da vida e 16,50% (N = 40, N =

242) reportaram status positivo para o HIV. As TRANS vivendo com o HIV (N = 39) relataram os seguintes comportamentos discriminatórios em contexto de saúde relacionados ao HIV: 23,10% reportaram desrespeito ao nome social, 10,3% tiveram sua identidade trans questionada, 7,70% reportaram utilização de linguagem ofensiva sobre identidade ou experiências trans, ou os profissionais falaram que não sabiam o suficiente sobre o cuidado relacionado à identidade trans pra promovê-lo, ou tiveram o cuidado recusado em função da identidade trans ou ainda reportaram que profissionais de saúde teriam se recusado a examinar determinadas partes de seus corpos em função de ser uma pessoa trans. Esses resultados indicam que as políticas de saúde relacionadas ao HIV para populações trans precisam promover iniciativas destinadas a controlar a infecção pelo HIV tendo como foco além da prevenção, o treinamento contínuo de profissionais de saúde para mitigar atitudes potencialmente discriminatórias em contextos de saúde relacionados ao HIV e o estímulo à compreensão das necessidades específicas das pessoas trans.

Em relação a estigma, preconceito e discriminação em ambiente escolar, a *Pesquisa Nacional sobre Estudantes LGBT e o Ambiente Escolar* fornece dados importantes (ABGLT, 2016). Esta pesquisa teve como objetivo mapear as experiências de estudantes LGBT nas instituições educacionais, abordando questões como a ocorrência de comentários LGBTfóbicos e sexistas; segurança, agressão e violência; políticas / disposições do regulamento escolar contra agressão e violência; sentimentos dos/das estudantes LGBT em relação à instituição educacional e em relação a si mesmos/as. Foram incluídos 1.016 estudantes com idade entre 13 e 21 anos oriundos/as de todos os estados brasileiros (exceto Tocantins) e o Distrito Federal que frequentaram o ensino fundamental ou médio no Brasil durante o ano letivo de 2015 e se identificavam como lésbica, gay, bissexual, tinham uma orientação sexual diferente da heterossexual ou se descreveram como uma pessoa trans. Dos participantes, 46,90% se identificou como sendo do gênero feminino, 32,00% como do gênero masculino e 20,80% como pessoa trans. Dentre os participantes, 68% reportaram terem sido agredidos/as verbalmente na escola por causa de sua identidade/expressão de gênero, 55% afirmaram ter ouvido comentários negativos especificamente a respeito de pessoas trans no ambiente educacional, 43% se sentiam inseguros/as por causa de sua identidade/expressão de gênero; e 25%, terem sido agredidos/as fisicamente na escola por causa de sua

identidade/expressão de gênero. Foi reportado que os participantes que sofreram níveis mais elevados de agressão relacionada à sua expressão de gênero tinham 2 vezes mais probabilidade de ter faltado à escola no mês anterior (51,90% comparados com 25,50%) e, os que vivenciaram níveis mais elevados de agressão verbal por causa da expressão de gênero (frequentemente ou quase sempre) tinham maior probabilidade de relatar depressão (67,00% comparados com 45,30%). Havendo ainda o agravante de que para a maioria dos participantes não existia nenhuma disposição no regulamento da escola (ou desconheciam a existência) com relação ao acolhimento de estudantes LGBT.

Esse ambiente de stress relacionado a categorias socialmente estigmatizadas nos mais diferentes ambientes, no contexto das variações de gênero, teria como repercussão a transfobia dirigida a si mesmos, relacional e estrutural, além de potencial sofrimento (PEREZ-BRUMER *et al.*, 2016). Nesse sentido, há estudos que relacionam a presença de estigma - como fator estressor- a um aumento de risco de desencadeamento de quadros depressivos e tentativas de suicídio (HAAS; RODGERS; HERMAN, 2014; HOFFMAN, 2014; ROOD *et al.*, 2015). O modelo de estresse de minorias distingue o estresse excessivo para o qual indivíduos pertencentes a categorias socialmente estigmatizadas seriam expostos como resultado de sua posição social, frequentemente, minoritária e tenta compreender sua associação com desfechos negativos em saúde. Nesse sentido, postula que esse estresse minoritário seria aditivo a estressores gerais experimentados por todas as pessoas; crônico, sendo relacionado a estruturas sociais e culturais estáveis ao longo do tempo; e derivado de processos sociais, institucionais e estruturais (MEYER, 1995, 2003). Foi proposta por Meyer uma distinção entre fatores distais, definidos como eventos ou condições objetivas, e fatores proximais, que seriam processos individuais dependentes de percepções, ou seja, subjetivos. Esses fatores teriam como características: a externalidade de condições ou eventos estressores tanto crônicos quanto agudos; expectativa de ocorrência desses eventos e vigilância; e internalização de atitudes sociais negativas (MEYER, 1995; MEYER; DEAN, 1998). Quanto mais proximais os estressores, mais estariam relacionados com a autopercepção de identidade. Identidades minoritárias (GLBTQIA) estariam associadas a processos de estresse como vigilância na interação com outros e

expectativa de rejeição, estigma internalizado (homofobia e transfobia internalizada), medo de ter sua identidade sexual ou de gênero desvelada.

1.7 Sindemia

Sindemia, conceito criado por Merrill Singer (SINGER, 1994, 1996), é um fenômeno relacionado à presença de duas ou mais doenças ou condições de saúde epidêmicas que, pela interação adversa e mútua afeta de forma adversa e sinérgica o curso de cada doença individualmente, aumentando a vulnerabilidade e piorando desfechos clínicos. Sob essa concepção, estabelece-se um novo paradigma que reconfigura as práticas em saúde. Há a mudança de perspectiva do entendimento das condições de saúde como entidades de natureza distinta e independente do contexto social, passando o foco a ser a ideia da existência de conexões biopsicossociais sinérgicas e intrínsecas às expressões de adoecimento. Nesse sentido, o conceito de sindemia destaca o ciclo de *feedback* negativo entre as comorbidades em saúde e fatores sociais, econômicos, políticos e estruturais de saúde que, por meio de relações de poder e desigualdade, interagem para colocar certos indivíduos e grupos em posições de vulnerabilidade sindêmica, fornecendo assim, uma estrutura para a análise dessas conexões biossociais (causas e consequências) para vida e bem-estar e, possibilitando responder com intervenções apropriadas (KICKBUSCH, 2015; MENDENHALL *et al.*, 2017; WILLEN *et al.*, 2017).

Pesquisas em sindemia identificaram o estigma social relacionado ao pertencimento a categorias sociais estigmatizadas como um elemento-chave na promoção de interações sindêmicas. A infecção pelo HIV seria um exemplo de um componente dessas interações por ser fortemente influenciada por condições sociais e estruturais, como pobreza, marginalização e desigualdade de gênero (SINGER *et al.*, 2017). Nesse sentido, SAVA (abuso de substâncias, violência e AIDS) representou a primeira interação sindêmica documentada em uma população de porto-riquenhos residentes em Hartford, EUA (SINGER, 1996).

Stall *et al.*, (2003) em pesquisa realizada no EUA, avaliou se a interação aditiva entre um conjunto de condições psicossociais adversas de saúde poderia estar impulsionando a epidemia de HIV / AIDS entre HSH (N = 3.000). Para tal, primeiro, foi utilizado um conjunto de modelos de regressão logística multivariada

para criar perfis separados de HSH que relatassem altos níveis de uso de múltiplas substâncias, depressão, VPI ou abuso sexual na infância. Em seguida foi realizado o mesmo modelo logístico para avaliar se cada uma das condições potencialmente sindêmicas (uso de múltiplas substâncias, abuso sexual infantil, depressão e VPI) interagia positivamente com pelo menos uma outra. Ademais, observou-se comportamento sexual de risco mais frequente e maior prevalência de HIV entre os participantes que apresentaram associação entre todas as condições sindêmicas (STALL *et al.*, 2003).

Outro estudo avaliou a relação entre a presença de fatores concomitantes (*binge drinking*, VPI, risco sexual, saúde mental frágil e abuso de substâncias) e supressão de carga viral em mulheres cis negras, identificando associação entre mais de um fator de sindemia e menor frequência da supressão de carga viral (SULLIVAN; MESSER; QUINLIVAN, 2015).

Especificamente no Brasil, a prevalência de sindemia, composta por *Binge drinking*, VPI, uso de múltiplas substâncias, depressão e CSC, entre os participantes incluídos – HSH e TRANS - na primeira fase do estudo PrEP Brasil foi de 24%. Os fatores associados à presença de sindemia foram: ser jovem (AOR 0,95 [IC 95% 0,92 - 0,98] para o aumento de cada ano), maior escolaridade (AOR 2,50 [IC 95% 1,30 - 4,70]) e ser TRANS (AOR 3,10 [IC95% 1,20 - 8,00] em comparação a HSH). Porém, a primeira fase do estudo incluiu apenas 24 TRANS, de forma que os fatores específicos relacionados à maior chance de sindemia não puderam ser avaliados nessa população (DE BONI *et al.*, 2018).

Em relação à sindemia em pessoas trans, uma revisão sistemática conduzida por Poteat *et al.*, avaliou a prevalência de HIV, determinantes de risco de infecção pelo HIV e sindemia nessa população, sendo incluídos apenas 8 artigos sobre sindemia, dos quais 5 avaliaram TRANS. Essa revisão constatou que os componentes sindêmicos mais comuns eram: abuso de álcool e substâncias, saúde mental, abuso infantil e VPI (N = 8). Entre as TRANS, sindemia se associou ao relato de ser HIV-positiva e comportamentos sexuais de risco. Estigma, discriminação e vitimização estavam presentes como componentes sindêmicos ou como fatores associados à sindemia entre as TRANS. Em um dos estudos avaliados na revisão, o estigma foi um fator independente associado ao sexo anal desprotegido (POTEAT *et al.*, 2016b).

Parsons *et al* (2018) examinou o efeito de quatro condições sindêmicas – uso de múltiplas substâncias, depressão, abuso sexual infantil e VPI – em relação a comportamentos sexuais de risco para HIV em TRANS (N = 212) residentes de Nova York. Comportamento sexual de risco foi definido pelo número de relações sexuais sem preservativo com penetração com parceiros casuais ou principal parceiro com status para o HIV discordante ou desconhecido. Foi observado comportamento sexual de risco mais frequente entre as participantes com as quatro condições sindêmicas em relação àquelas sem condições sindêmicas, demonstrando a importância das condições sindêmicas no risco ao HIV entre as TRANS (PARSONS *et al.*, 2018).

Assim como foi destacado por Tsai *et al.*, (2017) os estudos que avaliam sindemia entre as TRANS são conduzidos majoritariamente nos EUA. Em países de baixa e média renda (LMIC), um estudo Jamaicano de 2019 que incluiu TRANS observou associação entre sindemia composta por *Binge drinking*, sintomas depressivos, abuso na infância / vida adulta e vulnerabilidade ao HIV (LOGIE *et al.*, 2019). Já um estudo Indiano, trans-específico criou classes sindêmicas fixas compostas por pelo menos duas condições sindêmicas e verificou que apresentar as classes sindêmicas depressão-uso de álcool- violência (DAV) e uso de álcool- violência (AV) foi associado a maior chance de uso inconsistente de preservativos que no grupo sem sindemia (CHAKRAPANI, V *et al.*, 2019).

2 JUSTIFICATIVA

A população de TRANS tem sido socialmente estigmatizada, sendo potencial alvo de preconceito, discriminação e violência física, sexual, verbal e estrutural. Tais fatores atuam como estressores sociais aditivos à experiência individual, podendo acarretar maiores desfechos adversos em saúde física e mental. Ademais, as TRANS apresentam uma vulnerabilidade desproporcionalmente aumentada para a infecção pelo HIV, havendo indicação de possíveis interações sindêmicas relativas a condições psicossociais e risco sexual. Para o efetivo enfrentamento da epidemia de HIV, particularmente entre essa população extremamente vulnerável, torna-se essencial o estudo das interações sindêmicas.

O projeto PrEPARADAS, o primeiro estudo transespecífico de demonstração de PrEP no Brasil, representa uma oportunidade para o rastreamento, diagnóstico e tratamento de diferentes problemas de saúde, incluindo as condições sindêmicas previamente mencionadas. Dessa forma, considerando que as TRANS são uma população sujeita a marginalização socioeconômica, com vivência associada a estigma, preconceito e discriminação e alta prevalência de condições psicossociais adversas e exposição sexual de risco, a análise das condições biopsicossociais agregadas e sinérgicas pode subsidiar intervenções apropriadas e específicas para as TRANS o que, juntamente com o encaminhamento para tratamento, podem ser contribuições fundamentais para a melhoria da saúde geral dessa população.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar a prevalência de sindemia em uma amostra de TRANS avaliadas para uso de PrEP na cidade e região metropolitana do Rio de Janeiro entre Julho de 2017 e Novembro de 2018.

3.2 Objetivos específicos

Na amostra supracitada, busca-se:

- Estimar as prevalências de *binge drinking*, VPI, depressão, uso de múltiplas substâncias e comportamento sexual compulsivo;
- Avaliar a associação entre fatores sócio-demográficos e sindemia;
- Avaliar a associação entre comportamentos sexuais e percepção de risco para infecção pelo HIV e sindemia;
- Avaliar a associação entre uso abusivo / dependência de substâncias e sindemia;
- Avaliar a associação entre alguns aspectos de saúde mental (alta impulsividade, ansiedade e risco de suicídio) e sindemia;
- Avaliar a associação entre fatores sociais, violência e estigma/discriminação e sindemia.

4 RESULTADO

A seguir serão apresentados os resultados em formato de artigo científico, em cumprimento aos objetivos propostos na presente dissertação (seção 3). Dessa forma, os capítulos: Métodos, Resultados e Discussão serão apresentados de forma completa no artigo: *Syndemics and Mental health among transwomen evaluated for HIV pre-exposure prophylaxis*.

5 ARTIGO

Situação do manuscrito: Será submetido a revista *Journal of the International AIDS Society*

Mental health and Syndemics among transwomen evaluated for HIV pre-exposure prophylaxis

Michelle Ramos¹, Emilia Jalil¹, Flavia Lessa¹, Cristiane Castro¹, Cristina Jalil¹, Eduardo Carvalheira¹, Laylla Monteiro¹, Cléo Souza¹, Biancka Fernandes¹, Luciana Kamel¹, Ronaldo I. Moreira¹, Vinicius Pacheco¹, Valdilea Veloso¹, Beatriz Grinsztejn¹, Raquel B. De Boni¹.

Author's affiliations

¹ Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz (INI/FIOCRUZ), Avenida Brasil 4365, Manguinhos, Rio de Janeiro, 21040-360, Brazil.

Corresponding Author: Michelle Ramos, INI/FIOCRUZ, Avenida Brasil 4365, Manguinhos, Rio de Janeiro, 21040-360, Brazil, Tel: 55-21-3865-9122, michelle.ramos@ini.fiocruz.br

Word Count: 2951/3500

Tables: 5

Abstract (words/350 max)

Background: Transwomen remain at increased risk for HIV infection. Syndemics (i.e., synergistic psychosocial comorbidities) may exacerbate this risk and is understudied among transwomen in low-and-middle income countries (LMIC). We assessed the prevalence of syndemics, mental health problems and HIV risk behavior, as well as factors associated with syndemics among transwomen from Rio de Janeiro, Brazil. **Methods:** Cross-sectional analysis of data collected at the screening visit of PrEPParadas, a pre-exposure prophylaxis (PrEP) trans-specific demonstration study. Participants aged 18+ years were screened for substance abuse, binge drinking, depression, sexual compulsive behavior, and intimate partner violence. We considered syndemics as the presence of 2+ conditions. Bivariate analysis and stepwise backwards logistic regression were performed to evaluate the association of demographics, mental health problems and HIV risk behavior with syndemics. **Results:** We evaluated 143 transwomen with median age of 30 years, 73.4% were non-white, 72.7% had 8+ years of education, and 53.8% were currently unemployed. Positive screenings for anxiety, high impulsivity, and suicide risk were present among 31.5%, 23.8%, and 16.1% of participants, respectively. Most participants reported condomless receptive anal sex in the previous 6 months (81.1%) and ever engaging in transactional sex (74.1%). Syndemics prevalence was 44.8%. In the adjusted model, factors associated with syndemics were being non-white (adjusted Odds Ratio [AOR] 5.3, 95%CI: 1.7-16.1), illicit drug abuse/dependence (AOR 3.1, 95% CI 1.2-8.3), presenting anxiety (AOR 3.2, 95% CI 1.1-9.5), high impulsivity (AOR 3.8, 95% CI: 1.2-11.5) and having suffered

sexual/physical violence (AOR 5.4, 95% CI: 2.1-13.7). **Conclusion:** Screening syndemic and mental health problems among this highly vulnerable population is an important step to improve transwomen health. PrEP services may be an important gate to link them into appropriate treatment. Future tailored research and interventions addressing the mental health, including post-traumatic stress disorder, are crucial to improve HIV prevention among transwomen.

1. Introduction

Transgender comprises people whose gender identity differs from what were assigned at birth, and transwomen are those whose gender identity is feminine. Transgender is a vulnerable population highly affected by mental and psychosocial problems, including disproportionate high frequencies of depression (35 – 63% vs. 4.4%), anxiety (40,4% vs. 3.6%), substance use disorders (15,2% vs. 2%), suicide attempts (16 – 32% vs. 0.4-5.1%), and violence compared to the general population, respectively (1–12). Also, transwomen have a disproportionate burden of HIV infection with almost 50 higher odds of HIV infection compared with other adults of reproductive age(13). Brazilian data identified transwomen as the group most affected by HIV with prevalence around 30% (14,15). Due to their high vulnerability, transwomen are considered a key-population for HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP)(16,17). Nevertheless, their access and adherence to PrEP may be jeopardized by many barriers, including obtaining legal documents in accordance with their gender identity. The lack of adequate identification hinders access to health services, education, housing, employment, and voting, which feeds back discriminatory behaviors and restricts economic opportunities, enhancing transwomen's vulnerability to HIV (18)(19)(20).

Syndemics (i.e., co-occurrence of 2 or more epidemic health conditions within a population, interacting and reinforcing one another and increasing the occurrence of other health problems) has been associated with high sexual risk behaviors and increased HIV risk infection among transwomen (21,22). Social stigmatization is considered an important factor for syndemic interactions (23,24). A systematic review identified that the most common syndemic components among transgender populations were alcohol and substance abuse, mental health problems, child abuse, and intimate partner violence (IPV). In addition, syndemics was associated with self-reported HIV-positive status and sexual risk behaviors, stigma, discrimination, and victimization (25). In New York, US, transwomen presenting the

four syndemic conditions had a higher sexual risk behavior rate (ARR = 8.84, $p < 0.001$) among participants compared to those without syndemic conditions (26).

There are few data on syndemics among transwomen in low and middle income countries (LMIC)(23,27). Considering the high HIV vulnerability and the high prevalence of mental health problems among transwomen, their social marginalization, and the recent PrEP implementation in Brazil, we assessed the prevalence of syndemics, mental health problems and HIV sexual risk behaviors, as well as factors associated with syndemics among transwomen assessed for PrEP in Rio de Janeiro, Brazil.

2. Methods

This cross-sectional analysis evaluated data collected at the screening of the PrEPParadas, the first trans-specific Brazilian PrEP demonstration study. Study procedures were detailed elsewhere (28). Briefly, the study enrolled transwomen between July 2017 and November 2018 recruited by the community education team or self-/ clinic-referred either for HIV testing or post-exposure prophylaxis (PEP). After a pre-screening visit, individuals at the PrEPParadas' screening visit should: (1) self-identify as transwomen; (2) be aged 18+ years; (3) live in Rio de Janeiro or its metropolitan area; (4) have a HIV-negative test; and (5) present high HIV risk (defined as at least one of the following: transactional sex, condomless anal and/or neovaginal sex in the last 12 months, current HIV-positive partner, diagnosis of sexually transmitted infection [STI] in the last 12 months). At the screening visit, all participants answered standardized questionnaires on demographics, mental health problems, recent substance use, substance abuse / dependence, sexual risk behavior, social problems, violence, gender health discrimination, and syndemic conditions. The current analysis included all participants who took part in PrEPParadas' screening visits and had complete outcome data. For those who were screened more than once, we included only the last interview.

Measures

Outcome

Syndemics was defined as the presence of 2 or more of the following conditions: binge drinking, lifetime history of IPV, depression, polysubstance use, and

Sexual Compulsive Behavior (SCB) (29). We assessed Binge drinking in the prior month using AUDIT-3, which consists on the original AUDIT third question (“How often do you take six or more drinks on one occasion?”) (30,31). Potential answers were: never, less than once a month, at least once a once month, at least a week, and daily or almost daily. Responses greater or equal to “at least once a month” were considered as positive for binge drinking. We considered lifetime history of IPV as a positive answer to any of the following questions: “Have any of your sexual partners hurt or tried to hurt you? (beat, punched, kicked, tried to strangle, attacked you with knives or firearms)” and “Have any of your partners used physical force or verbal threats to force you to have sex when you did not want to?”. We used the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) to screen depression (positive if score > 9) in the prior two weeks (32). We used Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) to asses polysubstance use (2 or more of the following: marijuana, crack/cocaine, non-prescription benzodiazepines, amphetamines, inhalants, opioids, and hallucinogens) in the prior 3 months (33,34). SCB in the last 12 months was evaluated through the Compulsivity Sexual Scale (SCS), a Likert-type scale with 10 questions, widely used in North American studies and validated in Brazil (35,36). For this analysis, we considered SCB as scores higher than the fourth quartile (> 14).

Demographics

Participants self-reported age, race/color (dichotomized in white / non-white), education (< or \geq 8 years), employment status (employed / not employed), marital status (married / single or other), and monthly individual income.

Mental Health Problems

Anxiety was screened using the Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7)(37). This is a 7-item scale developed from the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV), the official source on definitions related to mental illness. Scores \geq 10 are considered positive screening for anxiety disorders.

High impulsivity was screened using the Barrat Impulsiveness Scale 11 (BIS-11), a self-applicable scale with no validated cut-off point (38). This 30-item scale has a score range from 30-120, and high scores estimate the presence of impulsive

behaviors. Our analysis defined scores higher than the fourth quartile (>77) as high impulsivity.

Suicide risk screening was carried out using the question "In the last 2 weeks, how often did you think about getting hurt or that would it be better to be dead?", from PHQ-9 (32). Screening was positive in case of a positive answer, regardless of the frequency.

Recent substance use, substance abuse / dependence: The use of substances was measured by the World Health Organization's (WHO) ASSIST, validated for Brazilian Portuguese (33,34). Recent use was any frequency of use in the last 3 months, and the cut-off for a positive screening for abuse / dependence was 4, except for abuse / dependence of alcohol, which was more than 10 points.

Sexual risk behaviors

Sexual risk behavior included condomless anal sex in the prior 6 months, current HIV-positive sexual partner, STI in the prior 6 months, and ever having transactional sex. Other measures were PEP use and HIV testing in the prior 12 months. Additionally, we evaluated the perceived likelihood of getting HIV in the next 12 months using the question "What is your chance of getting HIV in the next year?". Potential answer were "none (0%)", "low (25%)", "some (50%)", "high (75%)", and "certainly (100%)", which were dichotomized into "low" (first two options) and "high" (last three options) (39).

Social problems and violence

The Brazilian Statute of Child and Adolescent consider childhood as up to 12 years (40). Child abuse was assessed by a positive response to "In your childhood (up to 12 years), did you experience any kind of sexual violence?". A positive response either to "Since you were aged 12 years until now, have you ever experienced any kind of sexual violence?" or to "Since you were aged 12 years up to now, have you ever suffered any kind of physical violence?" indicated sexual / physical violence (>12 years). The definition of school dropout was a positive answer to "Have you dropped out of school, dropped in school performance or lost your year due to bullying for being a transwoman?".

Gender health discrimination included a positive response to any of the following questions adapted from the Injustice at Every Turn: A Report of the National Transgender Discrimination Survey: "Have you ever postponed or did not perform routine screening or other preventive care for fear of being disrespected or discriminated against by doctors or other health care professionals? ", "Have you ever postponed or did not seek medical care when you were ill for fear of being disrespected or discriminated against by doctors or other health professionals?", "Have you ever presented your documents in a public establishment with the feminine social name and was molested, attacked, ridiculed or asked to withdraw?" and "Has a doctor or other health professional ever refused to serve you because you are transgender woman?" (41).

Statistical Analysis

Initially, bivariate logistic regressions were performed to evaluate the associations among the five syndemic conditions, as proposed by Stall *et al.* (2003) (Supplementary Table 1). The outcome comprised only conditions associated with at least another condition. Afterwards, we used bivariate logistic regression models to explore the association of demographics, sexual risk behaviors, recent drug use, drug abuse / dependence, mental health and social problems, violence, and gender health discrimination with syndemics. Multivariate analysis used stepwise backward logistic regression modeling to evaluate independent factors associated with syndemics by including all variables that had p-values < 0.2 at bivariate analysis. The final model had variables of greatest non-significance removed (provided they were not confounders) until all included variables presented a p-value ≤ 0.05 . All statistical analyses were performed with R Statistical Software version 3.2.2.

Ethical aspects

The National Institute of Infectology Evandro Chagas Review Board, at Oswaldo Cruz Foundation (FIOCRUZ), approved both the study and the present analysis (CAAE 11850919.1.0000.5262). All study participants signed an informed consent prior to any procedure. The study offered psychiatric evaluation to all individuals who had a positive screening to any mental condition.

3. Results

The PrEParadas study had a total of 165 screenings visits, out of which 8 were ineligible to the current analysis due to missing data and 14 were duplicated and thus excluded. Final sample included 143 transwomen, with [median](#) age of 30 years (interquartile range [IQR] 24–36), 73.4% self-identified as non-white, 72.7% had at least eight years of education, 53.8% were unemployed, and 53.8% did not have a steady partner. Most transwomen reported condomless receptive anal sex in the previous 6 months (81.1%) and lifetime transactional sex (74.1%). The prevalence of all mental health positive screenings and substance abuse/dependence (except amphetamines, inhalants and hallucinogens) was significantly higher among transwomen presenting syndemics compared to those who did not (Table 1).

Table 1. Characteristics of transwomen assessed for PrEParadas study (n=143) according to syndemics. Rio de Janeiro, Brazil, 2017-2018.

	Total	Syndemics		p-value
	n = 143	No (n= 79)	Yes (n = 64)	
Demographics				
Age – median (IQR) ²	30 (24-36)	32 (25-38)	27.5 (23-34)	0.017
Color/race ¹				< 0.001
Non-White	105 (73.4)	49 (62)	56 (87.5)	
White	38 (26.6)	30 (38)	8 (12.5)	
Education (years of education) ¹				0.336
< 8	39 (27.3)	19 (24.1)	20 (31.2)	
≥ 8	104 (72.7)	60 (75.9)	44 (68.8)	
Employment status ¹				0.011
Employed	66 (46.2)	44 (55.7)	22 (34.4)	
Not employed	77 (53.8)	35 (44.3)	42 (65.6)	
Marital Status ¹				0.039
Married	34 (23.8)	24 (30.4)	10 (15.6)	
Single or other	109 (76.2)	55 (69.6)	54 (84.4)	
Monthly individual income (U\$) - median (IQR) † ²	206.7 (99-333)	213.3(120-346)	200 (80-280)	0.46
Mental Health Problems				
Anxiety ‡ ¹	45 (31.5)	14 (17.7)	31 (48.4)	< 0.001
High Impulsivity § ¹	34 (23.8)	7 (8.9)	27 (42.2)	< 0.001
Suicide risk ¶ ¹	23 (16.1)	5 (6.3)	18 (28.1)	< 0.001
Substance use in previous 3 months				

	Total	Syndemics		p-value
	n = 143	No (n= 79)	Yes (n = 64)	
Tobacco ¹	72 (50.3)	26 (32.9)	46 (71.9)	< 0.001
Alcohol ¹	116 (81.1)	56 (70.9)	60 (93.8)	< 0.001
Marijuana ¹	48 (33.6)	12 (15.2)	36 (56.2)	< 0.001
Cocaine ¹	29 (20.3)	6 (7.6)	23 (35.9)	< 0.001
Amphetamine ³	5 (3.5)	0 (0)	5 (7.8)	0.016
Inhalants ³	10 (7)	0 (0)	10 (15.6)	< 0.001
Hipnotics ¹	11 (7.7)	3 (3.8)	8 (12.5)	0.064
Hallucinogen ³	3 (2.1)	1 (1.3)	2 (3.1)	0.587
Positive screening for substance Abuse/dependence				
Tobacco ^{a1}	62 (43.4)	21 (26.6)	41 (64.1)	< 0.001
Alcohol ^{b1}	18 (12.6)	1 (1.3)	17 (26.6)	< 0.001
Marijuana ^{a1}	39 (27.3)	10 (12.7)	29 (45.3)	< 0.001
Cocaine ^{a1}	24 (16.8)	6 (7.6)	18 (28.1)	0.001
Amphetamine ^{a 3}	1 (0.7)	0 (0)	1 (1.6)	0.448
Inhalants ^{a 3}	3 (2.1)	0 (0)	3 (4.7)	0.087
Hallucinogen ^{a 3}	2 (1.4)	1 (1.3)	1 (1.6)	1
Any illicit drug abuse ¹	49 (34.3)	17 (21.5)	32 (50)	< 0.001
Sexual risk behaviors				
Condomless anal intercourse ¹ (6	116 (81.1)	61 (77.2)	55 (85.9)	0.185
HIV-positive partner (ever) ¹	7 (4.9)	3 (3.8)	4 (6.2)	0.7
STI (12 months) ¹	36 (25.2)	19 (24.1)	17 (26.6)	0.731
Transactional sex (ever) ¹	106 (74.1)	52 (65.8)	54 (84.4)	0.012
PEP (12 months) ¹	31 (21.7)	15 (19)	16 (25)	0.386
HIV testing (12 months) ¹	130 (90.9)	73 (92.4)	57 (89.1)	0.489
Perceived likelihood of getting ¹				0.397
Low	102 (71.8)	59 (74.7)	43 (68.3)	
High	40 (28.2)	20 (25.3)	20 (31.7)	
Social problems, Violence and Gender health discrimination				
School dropout ¹	61 (42.7)	25 (31.6)	36 (56.2)	0.003
Child abuse ¹	44 (30.8)	21 (26.6)	23 (35.9)	0.228
Sexual / physical violence ¹	81 (56.6)	32 (40.5)	49 (76.6)	< 0.001
Gender health discrimination ¹	93 (65)	48 (60.8)	45 (70.3)	0.234

IQR = interquartile range; STI = sexually transmitted infections; PEP = post-exposure prophylaxis; ¹Chi-squared test for categorical variables; ²Ranksum test for continuous variables; ³Fisher's exact test for categorical variables with small cell sizes; †Generalized Anxiety Disorder 7 ≥10; § Barrat Impulsiveness Scale 11 >77; Positive response to question 9 of PHQ9^aASSIST score ≥4; ^bASSIST score ≥10; †Missing cases: Perceived likelihood of getting HIV on the next 12 months (n=1); Monthly individual income (n = 15). There were no cases of hypnotic abuse and opioid use or abuse

Out of 143 transwomen, 64 (44.7%) presented syndemics. The most common conditions were binge drinking (42.7%), IPV (46.2%), and depression (29.4%). All participants reporting polysubstance use in the last 3 months (27/143, 18.9%) were in the syndemic group (Table 2).

Table 2. Absolut and relative frequency of the syndemic conditions among 143 transwomen assessed for the PrEPARADAS study, Rio de Janeiro, Brazil, 2017-2018.

Syndemic conditions	Total (n = 143)	No syndemics (n = 79)	Syndemics (n = 64)
Binge drinking (≥ 6 doses)	61 (42.7)	16 (20.3)	45 (70.3)
IPV	66 (46.2)	23 (29.1)	43 (67.2)
Depression (PHQ9 > 9)	42 (29.4)	4 (5.1)	38 (59.4)
Polysubstance use (≥ 2)	27 (18.9)	0 (0)	27 (42.2)
SCB (SCS > 14)	28 (19.6)	2 (2.5)	26 (40.6)

IPV = Intimate Partner Violence; SCB = Sexual compulsive Behavior; SCS = Sexual Compulsive Scale; PHQ9 = Patient Health Questionary -9

In the final logistic regression model, factors associated with an increased likelihood of syndemics were: Being non-white (adjusted odds ratio [AOR] 5.3, 95% confidence interval [CI]: 1.7-16.1), having illicit drug abuse/dependence (AOR 3.1, 95%CI 1.2-8.3), presenting anxiety (AOR 3.2, 95%CI 1.1-9.5) and high impulsivity (AOR 3.8, 95%CI: 1.2-11.5), and reporting sexual / physical violence (AOR 5.4, 95%CI: 2.1-13.7). None of the sexual risk behaviors had association with syndemics (Table 3).

Table 3. Logistic regression evaluating factors associated with syndemics among 143 transwomen assessed for the PrEPARADAS study, Rio de Janeiro, Brazil, 2017-2018.

	Crude OR (95%CI)	AOR(95%CI)	p-value
Age (per one year increase)	0.95 (0.9,0.99)	0.99 (0.9,1.1)	0.884
Non-White vs White	4.3 (1.8,10.2)	5.3 (1.7,16.1)	0.002
Not Employed vs Employed	2.4 (1.2,4.7)	---	---
Marital Status: Single vs Married	2.4 (1.03,5.4)	---	---
Anxiety (GAD7 >10 vs. ≤ 10)	4.4 (2.0,9.3)	3.2 (1.1,9.5)	0.032
High Impulsivity (BIS11 >77 vs. ≤ 77)	7.5 (3.0,18.9)	3.8(1.2,11.5)	0.016
Suicide risk	5.8 (2.0,16.7)	2.2 (0.6,8.6)	0.244

Any illicit Drug Abuse: Yes vs No	3.7 (1.8,7.5)	3.1 (1.2,8.3)	0.018
Condomless Anal Intercourse	1.8 (0.8,4.3)	---	---
Transactional Sex: Yes vs No	2.8 (1.2,6.4)	1.9 (0.6,5.6)	0.272
School Dropout	2.8 (1.4,5.5)	---	---
Sexual/ Physical Violence	4.8 (2.3,10.0)	5.4 (2.1,13.7)	< 0.001

Note. Initial multivariate model included all variables with $p < 0.2$ at the bivariate analysis. Stepwise backward logistic regression modeling was performed to evaluate independent variables with syndemics. OR= Odds Ratio; GAD7= Generalized Anxiety Disorder 7; BIS11= Barrat Impulsiveness Scale 11.

4. Discussion

The prevalence of syndemics among transwomen assessed for the PrEPParadas Study was 44.8%. It is important to highlight that the prevalence of syndemics was much higher than founded in the PrEP Brazil Study (24.2%), using the same method but including mostly MSM from Rio de Janeiro and São Paulo (42). Positive screenings for anxiety, high impulsivity and substance abuse/dependence were also highly prevalent and increased the likelihood of syndemics. Finally, despite the high prevalence of sexual risk behaviors, we did not find association with syndemics after controlling for confounders. Since the seminal work of Singer in 1994 (21), social vulnerability (poverty, specifically) was considered a factor of/or associated with syndemics. It is possible that the high prevalence of syndemics among transwomen in our sample could be partially explained by the greater social vulnerability of this population that was mostly not employed, presented low average monthly individual income (U\$206.7) and had a history of transactional sex. All these characteristics are consistent with the high social vulnerability of transwomen found in previous studies (41,43–47)

Transwomen are at a two to three-fold high risk of suffering violence compared to general population, and 39.6% of the worldwide total of murders among trans people occur in Brazil (48,49). This high frequency of physical and / or sexual violence among transwomen could be seen in our results, as well as their association with syndemics. Violence may be related to the stigma of belonging to a gender other than what was attributed at birth, greater social vulnerability, sex work and lower income according to other studies conducted by our group and at international settings (19,50). In addition, violence – including child abuse, IPV sexual and physical violence - and the expectation of suffering violence, associated with belonging to a sexual minority, faced by transwomen can have important effects on

health(19,48,49,51,52). For example, alcohol and other substance use, depression, Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and sexual risk behaviors (53).

The high prevalence of concomitant sexual/physical violence and, anxiety symptoms may indicate another diagnosis, PTSD. PTSD diagnosis requires “exposure to actual or threatened death, serious injury or sexual violation and must result from one or more of the following scenarios, in which the individual: (a) directly experienced the traumatic event; (b) witnessed, in person, the traumatic event occurring to others; (c) learned someone close to you experienced or was threatened by the traumatic event; (d) repeatedly exposed to graphic details of traumatic events. The disturbance, regardless of its trigger, causes clinically significant distress or impairment in the individual’s social interactions, capacity to work or other important areas of functioning” (54)(55). PTSD is highly prevalent among transwomen and have been associated with substance use disorders (SUD)(56,57). It has been hypothesized under PTSD, substances are used as coping, e.g., set of strategies used by people to adapt to adverse and / or stressful circumstances(58). For our knowledge, there is only a recent American study that included transwomen in which PTSD was a syndemic condition and it was observed that the number of syndemic condition was associated with health conditions (respiratory problems, migraine, diabetes, cardiovascular problems, arthritis)(59). However, there is no study including PTSD as a syndemic condition among transwomen in which the intricate patterns of the association/mediation/confusion of mental health, SUD and sexual risk behaviors were evaluated and it could represent a different and important approach to understand the pervasive role of violence and its consequences for this population (56,58,60–63). At the same time, transwomen from our sample presented high impulsivity which is a key feature of Borderline Personality Disorder (BPD). BPD is a pervasive pattern of instability in interpersonal relationships, self-image, and emotion, marked by impulsivity and beginning in early adulthood (54). BPD is also considered highly prevalent among transwomen (64,65). Considering that BPD and PTSD diagnostic criteria overlap seven of nine DSM-5 criteria (including potentially self-damaging impulsivity), the role of the several and different types of traumatic victimization (structural violence, physical, sexual and specific related to primary caregivers) may not be underemphasized (66–68). It is likely that the convergence of

trauma and associated symptoms leads to overdiagnoses BPD, increasing stigma and decreasing trauma-related interventions among this population.

Similar to PrEP Brasil Study, almost 50% of the sample have used some illicit substance use in the last 3 months (42). The most frequently used substances were marijuana and cocaine (following Brazilian epidemiology), with greater prevalence than observed in general population (69). In addition, in our sample, transwomen who reported lifetime transactional sex were more likely to present cocaine abuse/dependence (Supplementary Table 2). Cocaine is known to be used under the sexual context (sexualized drug use/chemsex), which may be adding an additional risk for substance use disorders and HIV risk infection (due to increased sexual risk exposure over time, inconsistent condom use and PrEP adherence (70–73).

Finally, unlike other syndemic studies, the absence of association between syndemics and sexual risk behaviors might be related to a homogeneity of the sample regarding sexual risk behavior. In other words, we may have not had enough variability to find statistically significant associations due to the high prevalence of sexual risk behavior. This lack of variability may be explained by the inclusion criteria to PrEPParadas. It is also important to note methodological differences. Our study evaluated the association between the presence of syndemics – considering syndemics as a dichotomic outcome - while other studies evaluated the number of syndemic conditions (additive variable) and sexual risk behavior(s), mostly condomless sex, as dichotomic outcome. Additional prospective data are necessary to the predictive value of syndemics on sexual risk behavior and HIV infection.

Limitations of the study include the non-probability sampling which limits generalizability to the entire transwomen population. Our results capture the transwomen that was accessed for HIV prevention, since INI is one of the four health services providing PrEP in Rio de Janeiro, Brazil, and the biggest one. Also, there were insufficient numbers in certain subgroups (e.g. color/race) to conduct meaningful comparisons. Data analyzed in this study were cross-sectional, and therefore, causality cannot be inferred. Besides that, all mental health conditions may not be considered as diagnosis, as they were only measured by screening instruments and further diagnosis and treatment required proper psychiatric evaluation.

Our findings highlight the importance of screening syndemic conditions at PrEP-delivery services in the context of LMIC. Attending a service for PrEP may represent a unique opportunity to assess mental health and substance use disorders among transwomen, and link vulnerable individuals into appropriate care. Future research addressing mental health, including PTSD, transgender-related discrimination, and violence would further contribute to tailor interventions that may decrease transwomen vulnerability for HIV infection. Future research should also evaluate PTSD, cocaine use/abuse, high impulsivity and stigma / discrimination as syndemic conditions among transwomen.

5. Funding

The authors acknowledge funding from the Brazilian National Department of Chronic Conditions Diseases and Sexually Transmitted Infections, Brazilian Ministry of Health, CNPq, FAPERJ. Gilead Sciences donated the study drug at PrEPARADAS Brazil Study. Dr. De Boni acknowledges the National Council for Scientific and Technological Development – CNPq [grants number #476333/2013-0 and #310541/2017-4] and Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro –FAPERJ [grant number # E-26/203.154/2017].

6. Conflict of interest

Authors have no conflict to declare.

7. Acknowledgements

The authors would like to thank the entire PrEPARADAS Study team and the participants who made this study possible.

Bibliography

1. Clements-Nolle K, Marx R, Katz M. Attempted Suicide Among Transgender Persons. *J Homosex* [Internet]. 2006 Oct 11;51(3):53–69. Available from: http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J082v51n03_04
2. Xavier JM, Bobbin M, Singer B, Budd E. A Needs Assessment of Transgendered People of Color Living in Washington, DC. *Int J Transgenderism* [Internet]. 2005 Oct 11;8(2–3):31–47. Available from: http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J485v08n02_04
3. WHO. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva

- World Heal Organ [Internet]. 2017;1–24. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
4. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiol Rev* [Internet]. 2008 May 14;30(1):133–54. Available from: <https://academic.oup.com/epirev/article-lookup/doi/10.1093/epirev/mxn002>
 5. Bazargan M, Galvan F. Perceived discrimination and depression among low-income Latina male-to-female transgender women. *BMC Public Health* [Internet]. 2012 Dec 15;12(1):663. Available from: *BMC Public Health*
 6. Budge SL, Adelson JL, Howard KAS. Anxiety and depression in transgender individuals: The roles of transition status, loss, social support, and coping. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 2013;81(3):545–57. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0031774>
 7. Nuttbrock L, Bockting W, Rosenblum A, Hwahng S, Mason M, Macri M, et al. Gender Abuse, Depressive Symptoms, and HIV and Other Sexually Transmitted Infections Among Male-to-Female Transgender Persons: A Three-Year Prospective Study. *Am J Public Health* [Internet]. 2013 Feb;103(2):300–7. Available from: <http://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2011.300568>
 8. Samson M, Porter N, Orekoya O, Hebert JR, Adams SA, Bennett CL, et al. Psychiatric Diagnoses and Comorbidities in a Diverse, Multicity Cohort of Young Transgender Women. 2017;155(1):3–12.
 9. Lombardi EL, Wilchins RA, Priesing D, Malouf D. Gender violence: transgender experiences with violence and discrimination. *J Homosex* [Internet]. 2001;42(1):89–101. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11991568>
 10. Oquendo MA, Ellis SP, Greenwald S, Malone KM, Weissman MM, Mann JJ. Ethnic and sex differences in suicide rates relative to major depression in the United States. *Am J Psychiatry*. 2001;158(10):1652–8.
 11. Bostwick JM, Pankratz VS. Affective Disorders and Suicide Risk: A Reexamination. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2000 Dec;157(12):1925–32. Available from: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.157.12.1925>
 12. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and Risk Factors for Lifetime Suicide Attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1999 Jul 1;56(7):617. Available from: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpsyc.56.7.617>
 13. Baral SD, Poteat T, Strömdahl S, Wirtz AL, Guadamuz TE, Beyrer C. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis* [Internet]. 2013 Mar;13(3):214–22. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1473309912703158>
 14. Grinsztejn B, Jalil EM, Monteiro L, Velasque L, Moreira RI, Garcia ACF, et al. Unveiling of HIV dynamics among transgender women: a respondent-driven sampling study in Rio de Janeiro, Brazil. *Lancet HIV* [Internet]. 2017 Apr;4(4):e169–76. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2352301817300152>
 15. Bastos FI, Bastos LS, Coutinho C, Toledo L, Mota JC, Velasco-de-Castro CA, et al. HIV, HCV, HBV, and syphilis among transgender women from Brazil. *Medicine (Baltimore)*

- [Internet]. 2018 May;97(November 2017):S16–24. Available from: <http://insights.ovid.com/crossref?an=00005792-201805251-00007>
16. Wilson EC, Jin H, Liu A, Raymond HF. Knowledge , Indications and Willingness to Take Pre-Exposure Prophylaxis among Transwomen in San Francisco , 2013. 2015;1–11.
 17. Deutsch MB, Glidden D V., Sevelius J, Keatley J, McMahan V, Guanira J, et al. HIV pre-exposure prophylaxis in transgender women: a subgroup analysis of the iPrEx trial. *Lancet HIV*. 2016;2(12):1–17.
 18. Poteat T, Wirtz AL, Radix A, Borquez A, Silva-santisteban A, Deutsch MB, et al. HIV risk and preventive interventions in transgender women sex workers. 2016;385(9964):274–86.
 19. Ferreira ACG, Coelho LE, Jalil EM, Luz PM, Moreira RC, Eksterman LF, et al. Transcendendo : A Cohort Study of HIV-Infected and Uninfected Transgender Women in Rio de Janeiro , Brazil. *Transgender Heal*. 2019;4:107–17.
 20. Jalil EM, Wilson EC, Luz PM, Velasque L, Moreira RI, Castro C V, et al. Short report HIV testing and the care continuum among transgender women : population estimates from Rio de Janeiro , Brazil. *J Int AIDS Soc* [Internet]. 2017;20(1):1–5. Available from: <https://doi.org/10.7448/17582652.2017.1375202>
 21. Singer M. Aids and the health crisis of the U.S. urban poor; the perspective of critical medical anthropology. *Soc Sci Med* [Internet]. 1994 Oct;39(7):931–48. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0277953694902054>
 22. Tsai PAC, Mendenhall PE, Trostle PJA, Kawachi PI, Pierce CM, Hospital MG, et al. Co-occurring epidemics, syndemics, and population health Prof. *Lancet*. 2017;389(10072):978–82.
 23. Chakrapani V, Willie TC, Shunmugam M, Kershaw TS. Syndemic Classes, Stigma, and Sexual Risk Among Transgender Women in India. *AIDS Behav* [Internet]. 2019;23(6):1518–29. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2373-1>
 24. Hatzenbuehler ML. How does Sexual minority stigma. *Psychol Bull*. 2009;135(5):707–30.
 25. Poteat T, Scheim A, Xavier J, Reisner S, Baral S. Global Epidemiology of HIV Infection and Related Syndemics Affecting Transgender People. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2016;72:210–9.
 26. Parsons JT, Antebi-Gruszka N, Millar BM, Cain D, Gurung S. Syndemic Conditions, HIV Transmission Risk Behavior, and Transactional Sex Among Transgender Women. *AIDS Behav* [Internet]. 2018;22(0123456789):1–12. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2100-y>
 27. Logie CH, Wang Y, Marcus N, Levermore K, Jones N, Ellis T, et al. Syndemic Experiences , Protective Factors , and HIV Vulnerabilities Among Lesbian , Gay , Bisexual and Transgender Persons in Jamaica. *AIDS Behav* [Internet]. 2019;(0123456789). Available from: <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2377-x>
 28. Jalil E, Torres T, Moreira RI, Castro C, Monteiro L, Garcia1 AC, et al. PrEP uptake and early adherence among at HIV risk transgender women from Rio de Janeiro, Brazil: Results from the PrEPParadas study. *J Int AIDS Soc*. 2019;22(S5):31.

29. Singer M, Bulled N, Ostrach B, Mendenhall E. Syndemics and the biosocial conception of health. *Lancet* [Internet]. 2017;389(10072):941–50. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30003-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30003-X)
30. GUAL A, SEGURA L, CONTEL M, HEATHER N, COLOM J. AUDIT-3 AND AUDIT-4: EFFECTIVENESS OF TWO SHORT FORMS OF THE ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST. *Alcohol Alcohol* [Internet]. 2002 Nov 1;37(6):591–6. Available from: <https://academic.oup.com/alcalc/article-lookup/doi/10.1093/alcalc/37.6.591>
31. Babor TF, Higgins-biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG, Higgins-biddle JC, Saunders JB, et al. *The Alcohol Use Disorders Identification Test*. 2nd ed. WHO Publication Number WHO/MSD/MSB/01.6a. Geneva: World Health Organization; 2001.
32. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;46202:606–13.
33. WHO. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction* [Internet]. 2002 Sep;97(9):1183–94. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1360-0443.2002.00185.x>
34. HENRIQUE IFS, MICHELI D DE, LACERDA RB DE, LACERDA LA DE, FORMIGONI* MLODS. Validation of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST). *Addiction*. 2004;50(2):199–206.
35. T. Scanavino M de, Ventuneac A, Rendina HJ, Abdo CHN, Tavares H, Amaral ML, et al. Sexual Compulsivity Scale, Compulsive Sexual Behavior Inventory, and Hypersexual Disorder Screening Inventory: Translation, Adaptation, and Validation for Use in Brazil. *Arch Sex Behav*. 2016;45(1):207–217.
36. Kalichman SC, Rompa D. Sexual Sensation Seeking and Sexual Compulsivity Scales: Validity, and Predicting HIV Risk Behavior. *J Pers Assess*. 1995;65(3):586–601.
37. Robert L Spitzer, Kurt Kroenke, Janet B W Williams, Bernd Lowe. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder. *Arch Intern Med*. 2006;166(10):1092–7.
38. Patton JH, Stanford MS BE. Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *J Clin Psychol*; 1995. p. 51(6):768-74.
39. Hoagland B, De Boni RB, Moreira RI, Madruga JV, Kallas EG, Goulart SP, et al. Awareness and Willingness to Use Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) Among Men Who Have Sex with Men and Transgender Women in Brazil. *AIDS Behav* [Internet]. 2017 May 17;21(5):1278–87. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10461-016-1516-5>
40. Brasil. Estatuto da Criança e do adolescente [Internet]. Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brazil; 1990 p. 230. Available from: <https://www.mdh.gov.br/todas-as-noticias/2019/maio/governo-federal-lanca-nova-edicao-do-estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-eca/ECA2019digital.pdf>
41. Grant JM, Mottet L a, Tanis J, Harrison J, Herman JL, Keisling M. Injustice at Every Turn: A Report of the National Transgender Discrimination Survey. *Washingt Natl Cent Transgender Equal Natl Gay Lesbian Task Force* [Internet]. 2011;25:2011. Available from: http://transequality.org/PDFs/NTDS_Report.pdf
42. De Boni RB, Machado IK, De Vasconcellos MTL, Hoagland B, Kallas EG, Madruga JV, et

- al. Syndemics among individuals enrolled in the PrEP Brasil Study. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2018 Apr;185:168–72. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0376871618300668>
43. Mendenhall E, Kohrt BA, Norris SA, Ndefei D, Prabhakaran D. Non-communicable disease syndemics: poverty, depression, and diabetes among low-income populations. *Lancet* [Internet]. 2017 Mar;389(10072):951–63. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673617304026>
 44. Kickbusch I. The political determinants of health - 10 years on: Public health professionals need to become more politically astute to achieve their goals. *BMJ*. 2015;350(January):1–2.
 45. Ferreira S, Francisco PMSB, Nogueira PA. Perfil de travestis e transgêneros: Tuberculose e HIV/Aids na cidade de São Paulo. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal*. 2016;40(6):410–7.
 46. 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>
 47. Wilson EC, Chen YH, Arayasirikul S, Fisher M, Pomart WA, Le V, et al. Differential HIV risk for racial/ethnic minority trans*female youths and socioeconomic disparities in housing, residential stability, and education. *Am J Public Health*. 2015;105:e41–7.
 48. NCAVP. LESBIAN, GAY, BISEXUAL, TRANSGENDER, QUEER AND HIV-AFFECTED HATE VIOLENCE IN 2012 [Internet]. 2013 RELEA. New York, NY: NATIONAL COALITION OF ANTI-VIOLENCE PROGRAMS; 2013. 117 p. Available from: <http://www.ncavp.org>
 49. Balzer C, Lagata C, Berredo L. 2,190 murders are only the tip of the iceberg – An introduction to the Trans Murder Monitoring project TMM annual report 2016. *TvT Publ Ser* [Internet]. 2016;14(14):1–28. Available from: <https://transrespect.org/wp-content/uploads/2016/11/TvT-PS-Vol14-2016.pdf>
 50. Stotzer RL. Violence against transgender people: A review of United States data. *Aggress Violent Behav* [Internet]. 2009;14(3):170–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2009.01.006>
 51. 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*. 2016;37(2):1–7.
 52. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull* [Internet]. 2003;129(5):674–97. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0033-2909.129.5.674>
 53. Reuter TR, Newcomb ME, Whitton SW, Mustanski B. Intimate partner violence victimization in LGBT young adults: Demographic differences and associations with health behaviors. *Psychol Violence* [Internet]. 2017 Jan;7(1):101–9. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/vio0000031>
 54. APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA:

- American Psychiatric Association; 2013.
55. Contractor AA, Armour C, Forbes D, Elhai JD. Posttraumatic stress disorder's underlying dimensions and their relation with impulsivity facets. *J Nerv Ment Dis.* 2016;204(1):20–5.
 56. Rowe C, Santos G-M, McFarland W, Wilson EC. Prevalence and correlates of substance use among trans*female youth ages 16–24 years in the San Francisco Bay Area. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2015 Feb;147(4):160–6. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S037687161401936X>
 57. Shipherd JC, Maguen S, Skidmore WC, Abramovitz SM. Potentially traumatic events in a transgender sample: Frequency and associated symptoms. *Traumatology (Tallahass Fla)* [Internet]. 2011;17(2):56–67. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1177/1534765610395614>
 58. Antoniazzi AS, Dell'Aglio DD, Bandeira DR. O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estud Psicol* [Internet]. 1998 Dec;3(2):273–94. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X1998000200006&lng=pt&tlng=pt
 59. Scheer JR, Pachankis JE. Psychosocial Syndemic Risks Surrounding Physical Health Conditions Among Sexual and Gender Minority Individuals. *LGBT Heal* [Internet]. 2019 Dec 1;6(8):377–85. Available from: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/lgbt.2019.0025>
 60. Flentje A, Leon A, Carrico A, Zheng D, Dilley J. Mental and Physical Health among Homeless Sexual and Gender Minorities in a Major Urban US City. *J Urban Heal* [Internet]. 2016;93(6):997–1009. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s11524-016-0084-3>
 61. Keuroghlian AS, Reisner SL, Weiss RD, White JM. Substance Use and Treatment of Substance Use Disorders in a Community Sample of Transgender Adults. *Drug Alcohol Depend.* 2016;(152):139–46.
 62. Beckwith N, Mcdowell MJ, Reisner SL, Zaslow S, Weiss RD, Mayer KH, et al. Psychiatric Epidemiology of Transgender and Nonbinary Adult Patients at an Urban Health Center. *LGBT Heal.* 2019;6(2):51–61.
 63. Valentine S, Shipherd J. A systematic review of social stress and mental health among transgender and gender non-conforming people in the United States. *Clin Psychol Rev.* 2018;
 64. Grant JE, Flynn M, Odlung BL, R.N.Schreiber L. Personality Disorders in Gay, Lesbian, Bisexual and Transgender Chemically Dependent Patients. *Bone.* 2011;23(1):1–7.
 65. Madeddu F, Prunas A, Hartmann D. Prevalence of axis II disorders in a sample of clients undertaking psychiatric evaluation for sex reassignment surgery. *Psychiatr Q.* 2009;80(4):261–7.
 66. Ford JD, Courtois CA. Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder. *Borderline Personal Disord Emot Dysregulation.* 2014;1(1):9.
 67. Reisner SL, White Hughto JM, Gamarel KE, Keuroghlian AS, Mizock L, Pachankis J. Discriminatory experiences associated with posttraumatic stress disorder symptoms among transgender adults. *J Couns Psychol* [Internet]. 2016;63(5):509–19. Available

- from: <http://link.springer.com/10.1007/s10508-014-0368-1>
68. Perez-Brumer A, Hatzenbuehler ML, Oldenburg CE, Bockting WO. Individual and Structural Level Risk Factors for Suicide Attempts among Transgender Adults. 2016;41(3):164–71.
 69. Bastos FIPM. 3rd National survey on drug use by the Brazilian population. 2017;528. Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>
 70. Torres TS, Bastos LS, Kamel L, Bezerra DRB, Fernandes NM, Moreira RI, et al. Do men who have sex with men who report alcohol and illicit drug use before/during sex (chemsex) present moderate/high risk for substance use disorders? *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2020 Apr;209:107908. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0376871620300739>
 71. Ristuccia A, LoSchiavo C, Halkitis PN, Kapadia F. Sexualised drug use among sexual minority young adults in the United States: The P18 cohort study. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2018;55(September 2017):207–14. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.03.014>
 72. Hojilla JC, Satre DD, Glidden D V., McMahan VM, Gandhi M, Defechereux P, et al. Brief Report: Cocaine Use and Pre-exposure Prophylaxis: Adherence, Care Engagement, and Kidney Function. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2019;81(1):78–82.
 73. Shan D, Yu MH, Yang J, Zhuang MH, Ning Z, Liu H, et al. Correlates of HIV infection among transgender women in two Chinese cities. *Infect Dis Poverty*. 2018;7(1):1–10.

Supplementary Table 1: Bivarariate logistic regression to evaluate association of potentially syndemic conditions at the Preparadas Study, n=143. Rio de Janeiro, Brazil, 2018

Component variables syndemics	IPV OR (CI 95%)	Depression OR (CI 95%)	Polysubstance use OR (CI 95%)	SCB OR (CI 95%)
Binge drinking	0.95 (0.49, 1.84)	1.85 (0.89, 3.98)	7.74 (2.10, 50.08) **	2.00 (0.87, 4.94)
IPV	---	2.49(1.20, 5.27)	3.72 (1.33, 12.07) *	2.31 (1.03, 5.44) *
Depression		---	3.20 (1.19, 8.73) *	1.85 (0.79, 4.26)
Polysubstance use			---	3.50 (1.23, 9.71) *

IPV = intimate partner violence; OR = Odds Ratio; CI= Confidence interval; * p<0.05; **p<0.01

Supplementary Table 2: Factors associated with Transactional sex among 142 transwomen assessed for the PrEParadas study, Rio de Janeiro, Brazil, 2018

	crude OR(95%CI)	AOR(95%CI)	P(LR-test)
Age (cont. var.)	0.99 (0.95,1.04)	1.02 (0.97,1.07)	0.477
Elementary School vs High School or more	5.83 (1.67,20.28)	5.1 (1.4,18.6)	0.005
Not Employed vs Employed	2.81 (1.29,6.13)	2.75 (1.19,6.4)	0.016
Single vs Married	2.19 (0.96,5.01)	-----	-----
Tobacco abuse (ASSIST > 10 vs ≤ 10)	2.6 (1.15,5.9)	-----	-----
Marijuana abuse (ASSIST > 10 vs ≤ 10)	3.02 (1.08,8.44)	-----	-----
Cocaine abuse (ASSIST > 10 vs ≤ 10)	4.58 (1.02,20.55)	5.61 (1.17,26.84)	0.012
High Impulsivity (BIS11>77 vs ≤77)	4.68 (1.34,16.39)	3.76 (0.99,14.31)	0.032
Gender Health Discrimination	2.19 (1.02,4.72)	-----	-----

Note. ASSIST = Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test; BIS11 = Barrat Impulsiveness Scale 11.; OR = Odds Ratio; AOR = Adjusted Odds Ratio; Initial multivariate model included all variables with p<0.2 at the bivariate analysis. Stepwise backward logistic regression modeling was performed to evaluate factors associated with Transactional Sex

6 RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desse estudo apontam que cerca de metade (44,8%) das TRANS elegíveis para uso de PrEP relataram a co-ocorrência de pelo menos duas condições psicossociais, isto é, sindêmicas. Essa prevalência foi maior do que o estimada na literatura e no Estudo PrEP Brasil, um estudo de demonstração da PrEP entre HSH e TRANS da cidade do Rio de Janeiro e na região metropolitana

Sindemia foi associada à cor não-branca, abuso de qualquer droga ilícita, ansiedade, alta impulsividade e violência sexual / física. Esses achados destacam a possibilidade de introdução de novos componentes no constructo sindêmico como ansiedade ou alta impulsividade, além de apontar o valor da abordagem sindêmica na avaliação de violência sexual / física entre TRANS em vez de considerá-la de forma individual.

O estudo mostra níveis alarmantes de consumo de tabaco, álcool, maconha e cocaína, sintomas depressivos, discriminação no contexto da saúde e abuso sexual infantil entre TRANS (50,3%, 81,1%, 33,6%, 20,3%, 29,4%, 65% e 30,8%, respectivamente), fatores conhecidos por terem um impacto significativo na saúde pública. Embora nossos achados não apoiem a associação entre sindemia e comportamentos sexuais de risco para o HIV, é importante notar que a prevalência de comportamentos sexuais de risco entre os participantes foi alta por ser critério de inclusão no estudo.

A grande prevalência de ansiedade e violência sexual / física observadas na amostra pode representar outro diagnóstico, o TEPT, altamente prevalente nessa população de acordo com a literatura.

A maior prevalência de alta impulsividade nessa população pode estar associada a comportamentos de risco que podem aumentar o risco psicossocial e a vulnerabilidade ao HIV.

Em conclusão, nossos resultados mostram a importância do rastreamento das condições sindêmicas nos serviços que fornecem PrEP em LMIC. Esse rastreamento pode representar uma oportunidade única para avaliar transtornos em saúde mental e uso de substâncias e vincular pessoas vulneráveis a cuidados adequados. Pesquisas futuras abordando as condições psicossociais identificadas, incluindo TEPT, discriminação relacionada às TRANS e violência contribuiriam ainda mais

para a compreensão de como as condições sindêmicas podem aumentar o risco de HIV entre as TRANS e ajudar na construção de intervenções. A saúde mental e o direito a ela, inerente a todas as pessoas, pode alavancar a melhoria da saúde geral além de ajudar na promoção de um desenvolvimento socioeconômico mais equânime e sustentável (PATEL *et al.*, 2018). É importante, então, estabelecer ações que fortaleçam vínculos sociais e intervenções clínicas que visem melhorar a autoestima além de fornecer ferramentas para lidar com dificuldades interpessoais e ampliar o acesso à saúde mental para o bem-estar dessa população. Para isso é necessário acesso a serviços de saúde mental e/ou integração de multidisciplinar em serviços que atendam a essa população que incluam aspectos relativos à saúde mental e possam identificar e manejar urgências (risco de suicídio) assim como profissionais treinados para o reconhecimento e acolhimento de sofrimento psíquico (WHO, 2010).

REFERÊNCIAS

- ABGLT. **Pesquisa Nacional sobre o Ambiente Educacional no Brasil 2015: as experiências de adolescentes e jovens lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais em nossos ambientes educacionais**. Curitiba: ABGLT, 2016.
- ADAMS, N.; HITOMI, M.; MOODY, C. Varied Reports of Adult Transgender Suicidality: Synthesizing and Describing the Peer-Reviewed and Gray Literature. **Transgender Health**, v. 2, n. 1, p. 60–75, dez. 2017.
- ADELSON, S. L.; STROEH, O. M.; NG, Y. K. W. Development and Mental Health of Lesbian, Gay, Bisexual, or Transgender Youth in Pediatric Practice. **Pediatric Clinics of North America**, v. 63, n. 6, p. 971–983, dez. 2016.
- ALLISON, K. W. Stress and Oppressed Social Category Membership. In: **Prejudice**. San Diego: Elsevier, 1998. p. 145–170.
- ALLPORT, G. W. **The Nature of Prejudice**. 4. ed. Cambridge, Mass: Addison-wealey, 1954.
- ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de coping: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia**, v. 3, n. 2, p. 273–294, dez. 1998.
- APA. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 5th. ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
- AROMIN, R. A. Substance Abuse Prevention, Assessment, and Treatment for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth. **Pediatric Clinics of North America**, v. 63, n. 6, p. 1057–1077, dez. 2016.
- AUERBACH, J. D.; PARKHURST, J. O.; CÁCERES, C. F. Addressing social drivers of HIV/AIDS for the long-term response: Conceptual and methodological considerations. **Global Public Health**, v. 6, n. sup3, p. S293–S309, dez. 2011.
- BABOR, T. F. *et al.* **The Alcohol Use Disorders Identification Test**. 2. ed. Geneva: World Health Organization, 2001.
- BALZER, C.; LAGATA, C.; BERREDO, L. 2,190 murders are only the tip of the iceberg – An introduction to the Trans Murder Monitoring project TMM annual report 2016. **TvT Publication Series**, v. 14, n. 14, p. 1–28, 2016.
- BANDINI, E. *et al.* Childhood maltreatment in subjects with male-to-female gender identity disorder. **International Journal of Impotence Research**, v. 23, n. 6, p. 276–285, 11 nov. 2011.
- BAPTISTA, C. J. *et al.* HIV Prevalence, Knowledge, Attitudes, and Practices Among Polydrug Users in Brazil: A Biological Survey Using Respondent Driven Sampling. **AIDS and Behavior**, v. 22, n. 7, p. 2089–2103, 31 jul. 2018.
- BARAL, S. D. *et al.* Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic

review and meta-analysis. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 13, n. 3, p. 214–222, mar. 2013.

BASTOS, F. I. *et al.* HIV, HCV, HBV, and syphilis among transgender women from Brazil. **Medicine**, v. 97, n. November 2017, p. S16–S24, maio 2018.

BASTOS, F. I. P. M. 3rd National survey on drug use by the brazilian population. p. 528, 2017.

BAZARGAN, M.; GALVAN, F. Perceived discrimination and depression among low-income Latina male-to-female transgender women. **BMC Public Health**, v. 12, n. 1, p. 663, 15 dez. 2012.

BECKWITH, N. *et al.* Psychiatric Epidemiology of Transgender and Nonbinary Adult Patients at an Urban Health Center. **LGBT Health**, v. 6, n. 2, p. 51–61, 2019.

BOCKTING, W. O. *et al.* Stigma, Mental Health, and Resilience in an Online Sample of the US Transgender Population. **American Journal of Public Health**, v. 103, n. 5, p. 943–951, maio 2013.

BOSTWICK, J. M.; PANKRATZ, V. S. Affective Disorders and Suicide Risk: A Reexamination. **American Journal of Psychiatry**, v. 157, n. 12, p. 1925–1932, dez. 2000.

BOUMAN, W. P. *et al.* Transgender and anxiety: A comparative study between transgender people and the general population. **International Journal of Transgenderism**, v. 18, n. 1, p. 16–26, 2 jan. 2017.

BRADLEY, REBEKAH G. B. BINDER, E. *et al.* Influence of Child Abuse on Adult Depression: Moderation by the Corticotropin-Releasing Hormone Receptor Gene Rebekah. **Arch Gen Psychiatry**, v. 65, n. 2, p. 190–200, 2008.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do adolescente Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.** Brazil, 1990. Disponível em: <<https://www.mdh.gov.br/todas-as-noticias/2019/maio/governo-federal-lanca-nova-edicao-do-estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-eca/ECA2019digital.pdf>>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA, P. E C.; TRANSMISSÍVEIS, DAS I. S.; VIRALIS, DO H. E DAS H. **Cinco passos para a prevenção combinada ao HIV na atenção básica.** 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico de DST/AIDS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PrEP no SUS e tema da reunião com coordenadores estaduais e municipais de IST e Aids.** Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/prep-no-sus-e-tema-da-reuniao-com-coordenadores-estaduais-e-municipais-de-ist-e-aids>>. Acesso em: 2 jan. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Prevenção combinada.** Disponível em:

<<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/previna-se>>. Acesso em: 6 fev. 2018.

BUCHBINDER, S. P. *et al.* Who should be offered HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP)? A secondary analysis of a Phase 3 PrEP efficacy trial in men who have sex with men and transgender women. **Lancet Infect Dis**, v. 14, n. 6, p. 468–475, 2015.

BUDGE, S. L.; ADELSON, J. L.; HOWARD, K. A. S. Anxiety and depression in transgender individuals: The roles of transition status, loss, social support, and coping. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 81, n. 3, p. 545–557, 2013.

CASTRO, R. *et al.* Health-related quality of life assessment among people living with HIV in Rio de Janeiro, Brazil: a cross-sectional study. **Quality of Life Research**, v. 28, n. 4, p. 1035–1045, 2019.

CHAKRAPANI, V. *et al.* Syndemic Classes, Stigma, and Sexual Risk Among Transgender Women in India. **AIDS and Behavior**, v. 23, n. 6, p. 1518–1529, 2019.

CLEMENTS-NOLLE, K.; MARX, R.; KATZ, M. Attempted Suicide Among Transgender Persons. **Journal of Homosexuality**, v. 51, n. 3, p. 53–69, 11 out. 2006.

COHAN, D. *et al.* Sex worker health : San Francisco style. **Sex Transm Infect**, n. September 1999, p. 418–422, 2006.

CONTRACTOR, A. A. *et al.* Posttraumatic stress disorder's underlying dimensions and their relation with impulsivity facets. **Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 204, n. 1, p. 20–25, 2016.

COSTA, A. B. *et al.* HIV-Related Healthcare Needs and Access Barriers for Brazilian Transgender and Gender Diverse People. **AIDS and Behavior**, v. 22, n. 8, p. 2534–2542, 2018.

DAMACENA, G. N. *et al.* Risk factors associated with HIV prevalence among female sex workers in 10 Brazilian cities. *J Acquir Immune Defic Syndr.*, [S.l.], v. 57, Suppl. 3, p. S144-52, ago. 2011.

DE BONI, R. B. *et al.* Syndemics among individuals enrolled in the PrEP Brasil Study. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 185, p. 168–172, abr. 2018.

DE BONI, R. B. *et al.* **Social vulnerability, syndemics and the continuum of HIV care among people living with HIV/AIDS in Brazil. 2019.** Cidade do Mexico AIDS Conference, , 2019.

DE BONI, R.; VELOSO, V. G.; GRINSZTEJN, B. Epidemiology of HIV in Latin America and the Caribbean. **Current Opinion in HIV and AIDS**, v. 9, n. 2, p. 192–198, mar. 2014.

DEEKS, S.; LEWIN, S.; HAVLIR, V. The End of AIDS: HIV Infection as a Chronic Disease. **Lancet**, v. 382, n. 9903, p. 1525–1533, 2013.

DEUTSCH, M. B. *et al.* HIV pre-exposure prophylaxis in transgender women: a

subgroup analysis of the iPrEx trial. **The Lancet HIV**, v. 2, n. 12, p. 1–17, 2016.

DOHRENWEND, B. P. The role of adversity and stress in psychopathology: some evidence and its implications for theory and research. **Journal of health and social behavior**, v. 41, n. 1, p. 1–19, mar. 2000.

DOURADO, I. *et al.* Building bridges: interdisciplinarity in practice. PopTrans Study: a study with transvestites and transsexual women in Salvador, Bahia State, Brazil. **Cadernos de saude publica**, v. 32, n. 9, p. e00180415, 2016.

DUTRA, L. *et al.* Quality of Early Care and Childhood Trauma: A Prospective Study of Developmental Pathways to Dissociation. **J Nerv Ment Dis**, v. 197, n. 6, p. 383–390, 2009.

FERNÁNDEZ-ROUCO, N. *et al.* Sexual Violence History and Welfare in Transgender People. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 32, n. 19, p. 2885–2907, 6 out. 2017.

FERREIRA, A. C. G. *et al.* Transcendendo: A Cohort Study of HIV-Infected and Uninfected Transgender Women in Rio de Janeiro, Brazil. **Transgender Health**, v. 4, p. 107–117, 2019.

FERREIRA JÚNIOR, S.; FRANCISCO, P. M. S. B.; NOGUEIRA, P. A. Conhecimento, atitudes e práticas sobre tuberculose entre transgêneros na cidade de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 8, p. 3025–3036, 2019.

FERREIRA, S.; FRANCISCO, P. M. S. B.; NOGUEIRA, P. A. Perfil de travestis e transgêneros: Tuberculose e HIV/Aids na cidade de São Paulo. **Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health**, v. 40, n. 6, p. 410–417, 2016.

FLENTJE, A. *et al.* Mental and Physical Health among Homeless Sexual and Gender Minorities in a Major Urban US City. **Journal of Urban Health**, v. 93, n. 6, p. 997–1009, 2016.

FONNER, V. A. *et al.* Effectiveness and safety of oral HIV preexposure prophylaxis for all populations. v. 0, n. April, 2016.

FONTANARI, A. M. V. *et al.* Childhood Maltreatment Linked with a Deterioration of Psychosocial Outcomes in Adult Life for Southern Brazilian Transgender Women. **Journal of Immigrant and Minority Health**, v. 20, n. 1, p. 33–43, 12 fev. 2018.

FONTANARI, A. M. V. *et al.* Dealing with gender-related and general stress: Substance use among Brazilian transgender youth. **Addictive Behaviors Reports**, v. 9, p. 100166, jun. 2019.

FORD, J. D.; COURTOIS, C. A. Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder. **Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation**, v. 1, n. 1, p. 9, 2014.

FORGE. **Transgender Sexual Violence Project: Summary of Wisconsin Data**. Disponível em: <<https://forge-forward.org/anti-violence/sexual-violence-research/wisconsin-data/>>.

Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2017. Disponível em: < <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>>.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

GOODMARK, L. Transgender People, Intimate Partner Abuse, and the Legal System. **Harvard Civil Rights-Civil Liberties Law Review**, v. 48, p. 51–104, 2012.

GRANT, J. E. *et al.* Personality Disorders in Gay, Lesbian, Bisexual and Transgender Chemically Dependent Patients. **Bone**, v. 23, n. 1, p. 1–7, 2011a.

GRANT, J. M. *et al.* Injustice at Every Turn: A Report of the National Transgender Discrimination Survey. **Washington National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force**, v. 25, p. 2011, 2011b.

GRANT, R. M. *et al.* Preexposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men. **N Engl J Med.**, v. 363, n. 27, p. 2587–2599, 2011c.

GRANT, R. M. *et al.* Uptake of pre-exposure prophylaxis , sexual practices , and HIV incidence in men and transgender women who have sex with men : a cohort study. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 14, n. 9, p. 820–829, 2014.

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

GRINSZTEJN, B. *et al.* Retention , engagement , and adherence to pre-exposure prophylaxis for men who have sex with men and transgender women in PrEP Brasil : 48 week results of a demonstration study. **Lancet HIV**, v. 3018, n. 18, p. 1–11, 2018.

GUAL, A. *et al.* AUDIT-3 AND AUDIT-4: EFFECTIVENESS OF TWO SHORT FORMS OF THE ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST. **Alcohol and Alcoholism**, v. 37, n. 6, p. 591–596, 1 nov. 2002.

HAAS, A. P.; RODGERS, P. L.; HERMAN, J. L. Suicide Attempts among Transgender and Gender Non-Conforming Adults FINDINGS OF THE NATIONAL TRANSGENDER DISCRIMINATION SURVEY. **American foundation for suicide prevention**, n. January, 2014.

HANNA, B. *et al.* Psychiatric Disorders in the United States Transgender Population. **Annals of Epidemiology**, 2019.

HATZENBUEHLER, M. L. How does Sexual minority stigma. **Psychol Bull**, v. 135, n. 5, p. 707–730, 2009.

HENRIQUE, I. F. S. *et al.* Validation of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST). **Addiction**, v. 50, n. 2, p. 199–206, 2004.

HERBST, J.H, *et al.* Estimating HIV prevalence and risk behaviors of transgender

persons in the United States: a systematic review. *AIDS Behav.* v. 12, n. 1, p.1-17, 2008.

HOAGLAND, B. *et al.* High pre-exposure prophylaxis uptake and early adherence among men who have sex with men and transgender women at risk for HIV Infection: The PrEP Brasil demonstration project. **Journal of the International AIDS Society**, v. 20, n. 1, p. 1–14, 2017a.

HOAGLAND, B. *et al.* Awareness and Willingness to Use Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) Among Men Who Have Sex with Men and Transgender Women in Brazil. **AIDS and Behavior**, v. 21, n. 5, p. 1278–1287, 17 maio 2017b.

HOFFMAN, B. An overview of depression among transgender women. **Depression Research and Treatment**, v. 2014, 2014.

HOJILLA, J. C. *et al.* Brief Report: Cocaine Use and Pre-exposure Prophylaxis: Adherence, Care Engagement, and Kidney Function. **Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)**, v. 81, n. 1, p. 78–82, 2019.

HORWITZ, A. *et al.* The impact of childhood abuse and neglect on adult mental health: a prospective study. **J Health Soc Behav.**, v. 42, n. 2, p. 184–201, 2001.

IOM. **The Health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: building a foundation for better understanding**. [s.l.: s.n.]. v. 49

JALIL, E. *et al.* PrEP uptake and early adherence among at HIV risk transgender women from Rio de Janeiro, Brazil: Results from the PrEPParadas study. **Journal of the International AIDS Society**, v. 22, n. S5, p. 31, 2019.

JALIL, E. M. *et al.* Short report HIV testing and the care continuum among transgender women : population estimates from Rio de Janeiro , Brazil. **Journal of the International AIDS Society**, v. 20, n. 1, p. 1–5, 2017.

JALIL, E. M. *et al.* JAIDS : Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes Perceptions , attitudes and PrEP eligibility among travestis and transgender women in. 2018.

JANSSEN, I. *et al.* Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. **Acta Psychiatr Scand.**, v. 109, n. 1, p. 38–45, 2004.

KALICHMAN, S. C.; ROMPA, D. Sexual Sensation Seeking and Sexual Compulsivity Scales: Validity, and Predicting HIV Risk Behavior. **Journal of Personality Assessment**, v. 65, n. 3, p. 586–601, 1995.

KERR-CORRÊA, F. *et al.* Consumo excessivo de álcool entre mulheres transgênero numa cidade brasileira. **Cadernos de Saude Publica**, v. 33, n. 3, p. 1–13, 2017.

KERR, L. *et al.* HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil. **Medicine**, v. 97, n. October 2017, p. S9–S15, maio 2018.

KESSLER, R. C.; BORGES, G.; WALTERS, E. E. Prevalence of and Risk Factors for Lifetime Suicide Attempts in the National Comorbidity Survey. **Archives of General**

Psychiatry, v. 56, n. 7, p. 617, 1 jul. 1999.

KEUROGHLIAN, A. S. *et al.* Substance Use and Treatment of Substance Use Disorders in a Community Sample of Transgender Adults. **Drug Alcohol Depend.**, n. 152, p. 139–146, 2016.

KICKBUSCH, I. The political determinants of health - 10 years on: Public health professionals need to become more politically astute to achieve their goals. **BMJ (Online)**, v. 350, n. January, p. 1–2, 2015.

KROENKE, K.; SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. B. W. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. **J Gen Intern Med.**, v. 46202, p. 606–613, 2001.

KRUG, E. G. *et al.* **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

KS, K. *et al.* Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: an epidemiological and cotwin control analysis. **Arch Gen Psychiatry.**, v. 57, n. 10, p. 953–9, 2000.

LANGENDERFER-MAGRUDER, L. *et al.* Experiences of Intimate Partner Violence and Subsequent Police Reporting Among Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer Adults in Colorado: Comparing Rates of Cisgender and Transgender Victimization. **Journal of interpersonal violence**, v. 31, n. 5, p. 855–71, mar. 2016.

LOBATO, M. I. *et al.* Psychological distress among transgender people in Brazil: frequency, intensity and social causation – an ICD-11 field study. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 41, n. 4, p. 310–315, 2019.

LOGIE, C. H. *et al.* Syndemic Experiences , Protective Factors , and HIV Vulnerabilities Among Lesbian , Gay , Bisexual and Transgender Persons in Jamaica. **AIDS and Behavior**, n. 0123456789, 2019.

LOMBARDI, E. L. *et al.* Gender violence: transgender experiences with violence and discrimination. **Journal of homosexuality**, v. 42, n. 1, p. 89–101, 2001.

LUZ, P. M. *et al.* The cost-effectiveness of HIV pre-exposure prophylaxis in men who have sex with men and transgender women at high risk of HIV infection in Brazil. **Journal of the International AIDS Society**, p. 1–9, 2018.

LUZ, P. M.; VELOSO, V. G.; GRINSZTEJN, B. The HIV epidemic in Latin America : accomplishments and challenges on treatment and prevention. **Curr Opin HIV AIDS**, v. 14, n. 5, 2019.

MADEDDU, F.; PRUNAS, A.; HARTMANN, D. Prevalence of axis II disorders in a sample of clients undertaking psychiatric evaluation for sex reassignment surgery. **Psychiatric Quarterly**, v. 80, n. 4, p. 261–267, 2009.

MALLOY-DINIZ, L. F. *et al.* Translation and cultural adaptation of Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) for administration in Brazilian adults. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 2, p. 99–105, 2010.

MARTINS, T. A. *et al.* Travestis , an unexplored population at risk of HIV in a large metropolis of northeast Brazil: A respondent-driven sampling survey. **AIDS Care**, v. 25, n. 5, p. 606–612, 19 maio 2013.

MATHEUS, M. C. C. Metassíntese qualitativa: desenvolvimento e contribuições para a prática baseada em evidências. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. spe1, p. 543–545, 2009.

MELLO, L. *et al.* Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, n. 9, p. 7–28, 2011.

MENDENHALL, E. *et al.* Non-communicable disease syndemics: poverty, depression, and diabetes among low-income populations. **The Lancet**, v. 389, n. 10072, p. 951–963, mar. 2017.

MEYER, I. H. Minority Stress and Mental Health in Gay Men. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 36, n. 1, p. 38, 1995.

MEYER, I. H. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. **Psychological Bulletin**, v. 129, n. 5, p. 674–697, 2003.

MEYER, I. H.; DEAN, L. Internalized Homophobia, Intimacy, and Sexual Behavior among Gay and Bisexual Men. In: **Stigma and Sexual Orientation: Understanding Prejudice against Lesbians, Gay Men, and Bisexuals**. California: SAGE Publications, Inc., 1998. p. 160–186.

MORENO, A. L., DESOUSA, D. A., SOUZA, A. M. F. L. P., MANFRO, G. G., SALUM, G. A., KOLLER, S. H.; OSÓRIO, F. L., CRIPPA, J. A. S. Factor Structure, Reliability, and Item Parameters of the Brazilian-Portuguese Version of the GAD-7 Questionnaire. **Temas em Psicologia**, v. 24, n. 1, p. 367–376, 2016.

MURAD, M. *et al.* Hormonal therapy and sex reassignment: a systematic review and meta- analysis of quality of life and psychosocial outcomes. **Clin Endocrinol (Oxf)**, v. 72, p. 214–31, 2010.

NCAVP. **LESBIAN, GAY, BISEXUAL, TRANSGENDER, QUEER AND HIV-AFFECTED HATE VIOLENCE IN 2012**. 2013 RELEA ed. New York, NY: NATIONAL COALITION OF ANTI-VIOLENCE PROGRAMS, 2013.

NCAVP. **Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, and HIV-Affected Intimate Partner Violence in 2015**. New York, NY: Emily Waters, 2016.

NEMOTO, T.; BO, B. Social Support , Exposure to Violence and Transphobia , and Correlates of Depression Among Male-to-Female Transgender Women With a History of Sex Work. v. 101, n. 10, p. 1980–1988, 2011.

NOCK, M. K. *et al.* “Suicide and suicidal behavior.” *Epidemiologic reviews* v. 30,1, p. 133-54, 2008.

NUTTBROCK, L. *et al.* Psychiatric Impact of Gender-Related Abuse Across the Life

Course of Male-to-Female Transgender Persons. **JOURNAL OF SEX RESEARCH**, v. 47, n. 1, p. 12–23, 2010.

NUTTBROCK, L. *et al.* Gender Abuse, Depressive Symptoms, and HIV and Other Sexually Transmitted Infections Among Male-to-Female Transgender Persons: A Three-Year Prospective Study. **American Journal of Public Health**, v. 103, n. 2, p. 300–307, fev. 2013.

OQUENDO, M. A. *et al.* Ethnic and sex differences in suicide rates relative to major depression in the United States. **American Journal of Psychiatry**, v. 158, n. 10, p. 1652–1658, 2001.

PARENTE, J. S.; MOREIRA, F. T. L. S.; ALBUQUERQUE, G. A. Violência física contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no interior do nordeste brasileiro. **Rev. Salud Pública**, v. 20, n. 4, p. 445–452, 2018.

PARSONS, J. T. *et al.* Syndemic Conditions, HIV Transmission Risk Behavior, and Transactional Sex Among Transgender Women. **AIDS and Behavior**, v. 22, n. 0123456789, p. 1–12, 2018.

PATEL, V. *et al.* The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. **The Lancet**, v. 392, n. 10157, p. 1553–1598, out. 2018.

PATTON JH, STANFORD MS, B. E. **Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale** *J Clin Psychol*, , 1995.

PEREPLETCHIKOVA, F.; KAUFMAN, J. Emotional and behavioral sequelae of childhood maltreatment. **Curr Opin Pediatr**, v. 22, n. 5, p. 610–615, 2014.

PEREZ-BRUMER, A. *et al.* Individual and Structural Level Risk Factors for Suicide Attempts among Transgender Adults. v. 41, n. 3, p. 164–171, 2016.

POTEAT, T. *et al.* HIV risk and preventive interventions in transgender women sex workers. v. 385, n. 9964, p. 274–286, 2016a.

POTEAT, T. *et al.* Global Epidemiology of HIV Infection and Related Syndemics Affecting Transgender People. **J Acquir Immune Defic Syndr**, v. 72, p. 210–219, 2016b.

POTEAT, T.; REISNER, S. L.; RADIX, A. HIV epidemics among transgender women. **Current Opinion in HIV and AIDS**, v. 9, n. 2, p. 168–173, 2014.

REBACK, C. J. *et al.* The Los Angeles Transgender Health Study: Community Report. p. 41, 2001.

REISNER, S. L. *et al.* Discriminatory experiences associated with posttraumatic stress disorder symptoms among transgender adults. **Journal of Counseling Psychology**, v. 63, n. 5, p. 509–519, 2016a.

REISNER, S. L. *et al.* Syndemics and gender affirmation: HIV sexual risk in female-to-male trans masculine adults reporting sexual contact with cisgender males. **International Journal of STD & AIDS**, v. 27, n. 11, p. 955–966, 11 out. 2016b.

REISNER, S. L. et al. "Global health burden and needs of transgender populations: a review." *Lancet* (London, England) v. 388,10042, p. 412-436, 2016c

REUTER, T. R. et al. Intimate partner violence victimization in LGBT young adults: Demographic differences and associations with health behaviors. **Psychology of Violence**, v. 7, n. 1, p. 101–109, jan. 2017.

RISTUCCIA, A. et al. Sexualised drug use among sexual minority young adults in the United States: The P18 cohort study. **International Journal of Drug Policy**, v. 55, n. September 2017, p. 207–214, 2018.

ROBERT L SPITZER et al. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder. **Archives of Internal Medicine**, v. 166, n. 10, p. 1092–1097, 2006.

ROCON, P. C. et al. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2517–2525, 2016.

ROOD, B. A. et al. Predictors of Suicidal Ideation in a Statewide Sample of Transgender Individuals. **LGBT Health**, v. 2, n. 3, p. 270–275, set. 2015.

ROWE, C. et al. Prevalence and correlates of substance use among trans*female youth ages 16–24 years in the San Francisco Bay Area. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 147, n. 4, p. 160–166, fev. 2015.

SAMSON, M. et al. Psychiatric Diagnoses and Comorbidities in a Diverse, Multicity Cohort of Young Transgender Women. v. 155, n. 1, p. 3–12, 2017.

SANTOS, I. S. et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 8, p. 1533–1543, 2013.

SCANLON, K. et al. Ontario 's Trans Communities and Suicide : Transphobia is Bad for Our Health Trans PULSE E-Bulletin. **Trans PULSE E-Bulletin**, v. 1, n. 2, 2010.

SCANLON, K. Depression in Male-to-Female Transgender Ontarians : Results from the Trans PULSE Project. n. November 2015, 2011.

SCHEER, J. R.; PACHANKIS, J. E. Psychosocial Syndemic Risks Surrounding Physical Health Conditions Among Sexual and Gender Minority Individuals. *LGBT Health*, v. 6, n. 8, p. 377–385, 1 dez. 2019.

SCHEIM, A. I.; BAUER, G. R.; SHOKOOHI, M. Drug use among transgender people in Ontario, Canada: Disparities and associations with social exclusion. **Addictive Behaviors**, v. 72, n. March, p. 151–158, set. 2017.

SHAFFER, A.; YATES, T. M.; EGELAND, B. R. Child Abuse & Neglect The relation of emotional maltreatment to early adolescent competence : Developmental processes in a prospective study. **Child Abuse & Neglect The**, v. 33, p. 36–44, 2009.

SHAN, D. et al. Correlates of HIV infection among transgender women in two Chinese cities. **Infectious Diseases of Poverty**, v. 7, n. 1, p. 1–10, 2018.

SHIPHERD, J. C. *et al.* Potentially traumatic events in a transgender sample: Frequency and associated symptoms. **Traumatology**, v. 17, n. 2, p. 56–67, 2011.

SILVA, G. W. DOS S. *et al.* Situações de violência contra travestis e transexuais em um município do nordeste brasileiro. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 2, p. 1–7, 2016.

SILVA, M. V. M. **Violência LGBTQFóbicas no Brasil : dados da violência**. Brasília: Ministério dos direitos humanos, 2018.

SINGER, M. Aids and the health crisis of the U.S. urban poor; the perspective of critical medical anthropology. **Social Science & Medicine**, v. 39, n. 7, p. 931–948, out. 1994.

SINGER, M. a Dose of Drugs, a Touch of Violence, a Case of Aids: Conceptualizing the Sava Syndemic. **Free Inquiry in Creative Sociology**, v. 24, n. 2, p. 99–110, 1996.

SINGER, M. *et al.* Syndemics and the biosocial conception of health. **The Lancet**, v. 389, n. 10072, p. 941–950, 2017.

SOCÍAS, M. E. *et al.* Factors associated with healthcare avoidance among transgender women in Argentina. **International Journal for Equity in Health**, v. 13, n. 1, p. 1–8, 2014.

STALL, R. *et al.* Association of Co-Occurring Psychosocial Health Problems and Increased Vulnerability to HIV/AIDS among Urban Men Who Have Sex with Men. **American Journal of Public Health**, v. 93, n. 6, p. 939–942, 2003.

STOTZER, R. L. Violence against transgender people : A review of United States data. **Aggression and Violent Behavior**, v. 14, n. 3, p. 170–179, 2009.

SULLIVAN, K. A.; MESSER, L. C.; QUINLIVAN, E. B. Substance Abuse, Violence, and HIV/AIDS (SAVA) Syndemic Effects on Viral Suppression Among HIV Positive Women of Color. **AIDS Patient Care and STDs**, v. 29, n. S1, p. S42–S48, 2015.

T. SCANAVINO, M. DE *et al.* Sexual Compulsivity Scale, Compulsive Sexual Behavior Inventory, and Hypersexual Disorder Screening Inventory: Translation, Adaptation, and Validation for Use in Brazil. **Archives of Sexual Behavior**, v. 45, n. 1, p. 207–217, 2016.

TAGLIAMENTO, G.; PAIVA, V. Trans-Specific Health Care: Challenges in the Context of New Policies for Transgender People. **Journal of Homosexuality**, v. 63, n. 11, p. 1556–1572, 18 nov. 2016.

TALIAFERRO, L. A. *et al.* Risk and Protective Factors for Self-Harm in a Population-Based Sample of Transgender Youth. **Archives of Suicide Research**, v. 23, n. 2, p. 203–221, 3 abr. 2019.

TESTA, R. J. *et al.* Effects of violence on transgender people. **Professional Psychology: Research and Practice**, v. 43, n. 5, p. 452–459, 2012.

TOBIN, V.; DELANEY, K. R. Child abuse victimization among transgender and gender nonconforming people: A systematic review. **Perspectives in Psychiatric Care**, v. 55, n. 4, p. 576–583, 19 out. 2019.

TORRES, T. S. *et al.* Do men who have sex with men who report alcohol and illicit drug use before/during sex (chemsex) present moderate/high risk for substance use disorders? **Drug and Alcohol Dependence**, v. 209, p. 107908, abr. 2020.

TSAI, P. A. C. *et al.* Co-occurring epidemics, syndemics, and population health Prof. **Lancet**, v. 389, n. 10072, p. 978–982, 2017.

TYRKA, A. R. *et al.* Childhood maltreatment and adult personality disorder symptoms: Influence of maltreatment type. **Psychiatry Res.**, v. 165, n. 3, p. 281–287, 2010.

UNAIDS. **The Emissions Gap Report 2014: A UNEP synthesis Report**Unep. Genebra: UNAIDS, 2014. Disponível em: <<http://www.unep.org/pdf/SEI.pdf>>.

UNAIDS. **90-90-90 Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS**. Genebra: UNAIDS, 2015a.

UNAIDS. **Invest in Hiv Prevention**. Genebra: UNAIDS, 2015b

UNAIDS. Miles to go. **GLOBAL AIDS UPDATE 2018**, p. 128, 2018a.

UNAIDS. 2017 GLOBAL HIV STATISTICS. In: **Ending the AIDS Epidemic**. Genebra: UNAIDS, 2018b. p. 1–6.

UNAIDS. **ESTATÍSTICAS GLOBAIS SOBRE HIV 2019**. Disponível em: <<https://unaids.org.br/estatisticas/>>.

UNAIDS. **AIDS data**.Genebra: UNAIDS, 2019.

VALENTINE, S.; SHIPHERD, J. A systematic review of social stress and mental health among transgender and gender non-conforming people in the United States. **Clin Psychol Rev.**, 2018.

VALERA, R. J.; SAWYER, R. G.; SCHIRALDI, G. R. Violence and Post Traumatic Stress Disorder in a Sample of Inner City Street Prostitutes. **American Journal of Health Studies**, p. 1–3, 2000.

WHO. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. **Addiction**, v. 97, n. 9, p. 1183–1194, set. 2002.

WHO. **MI-mhGAP Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e decorrentes do uso de álcool e outras drogas nos serviços de atenção à saúde não especializados**. Genebra: WHO, 2010.

WHO. **CONSOLIDATED GUIDELINES ON THE USE OF ANTIRETROVIRAL DRUGS FOR TREATING AND PREVENTING HIV INFECTION 2016 RECOMMENDATIONS FOR A PUBLIC HEALTH APPROACH**. 2. ed. Genebra:

WHO, 2016.

WHO. Depression and other common mental disorders: global health estimates. **Geneva: World Health Organization**, p. 1–24, 2017a.

WHO. **Brazil HIV Country Profile: 2017**. Disponível em: <<http://cfs.hivci.org/country-factsheet.html#>>.

WHO. **Data and statistics**. Disponível em: <HIV/AIDSData and statistics%0A>.

WIDOM, C. S.; PH, D. Posttraumatic Stress Disorder in Abused and Neglected Children Grown Up. **Am J Psychiatry**, v. 156, p. 1223–1229, 1999.

WILLEN, S. S. *et al.* Syndemic vulnerability and the right to health. **The Lancet**, v. 389, n. 10072, p. 964–977, 2017.

WILSON, E. *et al.* Connecting the dots: examining transgender women's utilization of transition-related medical care and associations with mental health, substance use, and HIV. **J Urban Health**, v. 92, p. 182–92, 2015a.

WILSON, E. C. *et al.* Transgender Female Youth and Sex Work: HIV Risk and a Comparison of Life Factors Related to Engagement in Sex Work. p. 902–913, 2009.

WILSON, E. C. *et al.* Knowledge, Indications and Willingness to Take Pre-Exposure Prophylaxis among Transwomen in San Francisco, 2013. p. 1–11, 2015b.

WILSON, E. C. *et al.* Differential HIV risk for racial/ethnic minority trans*female youths and socioeconomic disparities in housing, residential stability, and education. **American Journal of Public Health**, v. 105, p. e41–e47, 2015c.

WITTEN, T. M. Life Course Analysis– The Courage to Search for Something More: Middle Adulthood Issues in the Transgender and Intersex Community. **Journal of Human Behavior in the Social Environment**, 2004.

WONDERLICH, S. A. *et al.* Eating disturbance and sexual trauma in childhood and adulthood. **International Journal of Eating Disorders**, v. 30, n. 4, p. 401–412, 2001.

XAVIER, J. *et al.* THE HEALTH, HEALTH - LIFECOURSE EXPERIENCES OF TRANSGENDER VIRGINIANS. n. January, 2007.

XAVIER, J. M. *et al.* A Needs Assessment of Transgendered People of Color Living in Washington, DC. **International Journal of Transgenderism**, v. 8, n. 2–3, p. 31–47, 11 out. 2005.

ANEXOS

ANEXO 1 - Entrevista de triagem

PID: ____ - ____ - ____

Data: ____ / ____ / ____

Entrevistador: _____

Entrevista de Triagem

MÓDULO A: INFORMAÇÕES GERAIS

1- Qual a sua data de nascimento? __/__/____

2- Qual sua idade hoje?

Entrevistador: calcular a partir da resposta da pergunta 1.

____ anos

SE IDADE INFERIOR A 18 ANOS, ENCERRAR O QUESTIONÁRIO.

a. Qual sexo foi colocado na sua certidão de nascimento?

b. Masculinoc. Feminino → **ENCERRAR O QUESTIONÁRIO**d. Não sabee. Prefere não responder

3- Como você se considera?

a. Homemb. Homem transgênero / transexual (transgênero mulher para homem)c. Mulherd. Mulher transgênera / transexual (transgênero homem para mulher)e. Travestif. Andrógino/ag. Crossdressing / transformistah. Queer (não se encaixa em nenhuma das definições/normas de gênero existentes)i. Em questionamentoj. Outro sexo ou gênero. Por favor, especifique: _____k. Não sabel. Prefere não responder

4- Qual a razão da sua vinda hoje?

a. Veio fazer o teste para o HIV.b. Veio buscar PEP.c. Veio buscar atendimento médico.

- d. Veio participar do PrEParadas.
- e. Veio participar de outro projeto.

5- *Você já foi entrevistada alguma outra vez para participar desse estudo?*

- a. Não → pergunta 7
- b. Sim → **Entrevistador: Entrar em contato com a coordenação do estudo e responder pergunta 6.1.**

6.1- *Qual o primeiro PID designado a esta participante?*

___ - ___ - _____

7- *Onde você mora?*

- a. No município do RJ → **pergunta 7.1**
- b. Outro município do Estado do RJ → **pergunta 7.2**
- c. Em outro Estado que não o RJ → **pergunta 7.3**

7.1- *Em qual bairro você mora?* _____

7.2- *Em qual município você mora?* _____

7.3- *Em que Estado você mora?* _____

Entrevistador: Caso a voluntária more em estado diferente do Rio de Janeiro, agradeça a participação dela e finalize o questionário.

8- *A orientação sexual indica por qual ou quais gêneros a pessoa sente atração física, romântica e/ou emocional. Como você se considera em relação a sua orientação sexual? **Entrevistador: Marcar apenas uma***

- a. Heterossexual (aquela pessoa que sente atração por pessoas do sexo/gênero oposto ao seu)
- b. Homossexual (aquela pessoa que sente atração por pessoas do mesmo sexo/gênero que o seu)
- c. Bissexual (aquela pessoa que sente atração por homens e mulheres)
- d. Pansexual (aquela pessoa que sente atração independente do sexo/gênero)
- e. Assexual (aquela pessoa que não sente atração física)
- f. Não sabe
- g. Prefere não responder

9- *Por quem você se sente atraída?*

Entrevistador: marque todas que se aplicam

- a. Por homens não trans
- b. Por homens trans
- c. Por mulheres não trans
- d. por mulheres trans
- e. Travestis
- f. Independente do gênero
- g. Prefere não responder

10- *Você tem parceria(s) fixa(s) atualmente?*

- a. Sim
- b. Não

11- Qual sua situação marital atualmente?

Entrevistador: marcar apenas uma.

- a. Solteira e nunca foi casada
- b. Solteira no momento, mas já foi casada com uma mulher (não transexual).
- c. Solteira no momento, mas já foi casada com um homem (não transexual).
- d. Solteira no momento, mas já foi casada com uma mulher transexual ou uma travesti.
- e. Solteira no momento, mas já foi casada com um homem transexual.
- f. Casada ou vivendo com um homem (não transexual).
- g. Casada ou vivendo com uma mulher (não transexual).
- h. Casada ou vivendo com um homem transexual.
- i. Casada ou vivendo com uma mulher transexual ou uma travesti.
- j. Outro.

11.1 Por favor, especifique: _____

- k. Prefere não responder

12- Com quem você mora?

Entrevistador: Marque todas que se aplicam

- a. Sozinha
- b. Com um parceiro ou parceira
- c. Com amigos(as) / colegas (inclusive de trabalho)
- d. Com familiares
- e. Outros
- f. Não tem lar fixo
- g. Prefere não responder

13- Durante os últimos 12 meses, onde você morou a maior parte do tempo?

Entrevistador: Marque todas que se aplicam

- a. Casa ou apartamento próprio
- b. Casa ou apartamento alugado
- c. Casa ou apartamento que pertence a família
- d. Quarto/vaga alugado
- e. Morando no trabalho
- f. Morando de favor
- g. Abrigo ou instituição
- h. Motel/Hotel/pensão
- i. Casa NEM
- j. Casa de passagem
- k. Sem moradia permanente, transitando em vários lugares
- l. Vive na rua
- m. Outros:

13.1 Por favor, especifique: _____

- n. Prefere não responder

14- Como você descreveria sua situação em relação a moradia agora?

Entrevistador: Marque apenas uma.

- a. Casa ou apartamento próprio
- b. Casa ou apartamento alugado
- c. Casa ou apartamento que pertence a família
- d. Vaga alugada

- e. Morando no trabalho
- f. Morando de favor
- g. Abrigo ou instituição
- h. Motel/Hotel/pensão
- i. Casa NEM
- j. Casa de passagem
- k. Sem moradia permanente, transitando em vários lugares
- l. Vive na rua
- m. Outros:

14.1 Por favor, especifique: _____

- n. Prefere não responder

15- Como você se identifica em relação à sua cor ou raça?

- a. Branca
- b. Preta / negra
- c. Amarela
- d. Parda (**Entrevistador: inclui mulato, caboclo, mameluco, cafuzo, etc.**)
- e. Indígena
- f. Outra
- g. Não sabe
- h. Prefere não responder

16- Qual seu nível de escolaridade?

Entrevistador: Não ler as opções a seguir

- a. Analfabeto
- b. Alfabetizado
- c. Ensino Fundamental Incompleto
- d. Ensino Fundamental Completo
- e. Ensino Médio ou Técnico Incompleto
- f. Ensino Médio ou Técnico Completo
- g. Ensino Superior Incompleto
- h. Ensino Superior Completo
- i. Pós- Graduação, Mestrado, Doutorado, etc.
- j. Prefere não responder

17- No último mês, quais foram as suas fontes de renda e ajuda financeira?

Entrevistador: Marque todas que se aplicam

- Um trabalho → **Responder a questão 18.**
- a. Programas de transferência de renda (tipo bolsa-família)
- b. Seguro-desemprego
- c. Auxílio-doença
- d. Aposentadoria
- e. Auxílio do/a parceiro/a
- f. Auxílio da família ou de amigos
- g. Venda/tráfico de drogas
- h. Prostituição
- i. Pensão de ex-parceiro/a ou de familiares
- j. Furtos/roubos
- k. Outra

17.1: Por favor, especifique: _____

- l. Não sabe
- m. Prefere não responder

Entrevistador: responder a pergunta 18 apenas se resposta 'a' na pergunta anterior.

18- Qual é a sua situação de trabalho atual?

- a. Servidora pública
- b. Empregada com carteira de trabalho
- c. Empregada sem carteira de trabalho
- d. Autônoma ou possui negócio próprio e não tem empregados
- e. Empregadora (negócio próprio com empregados)
- f. Prefere não responder

19- Considerando todas as fontes de renda, qual é sua renda familiar média por mês atualmente? Estamos nos referindo a sua renda mais a renda das pessoas que moram com você e contribuem para as despesas.

Entrevistador: Em caso de nenhuma renda familiar, digite "0".

- a. _____ reais
- b. Não sabe
- c. Prefere não responder

20- Quantas pessoas dependem dessa renda, incluindo você:

- a. ____ (Varia de 1 a 96)
- b. Não sabe
- c. Prefere não responder

21- Qual das seguintes afirmações melhor descreve sua situação financeira:

Entrevistador: Marque apenas uma.

- a. Tenho dinheiro suficiente para viver confortavelmente.
- b. Eu mal consigo sobreviver com o dinheiro que ganho.
- c. Não consigo sobreviver do dinheiro que ganho.

22- Atualmente, você tem plano de saúde privado?

- a. Não
- b. Sim
- c. Não sabe
- d. Prefere não responder

MÓDULO B: PROCESSO DE FEMINIZAÇÃO

Agora, iremos fazer algumas perguntas sobre seu processo de feminização.

1. Você já fez uso de hormônios na vida?

- a. Sim
- b. Não → pergunta 7
- c. Não sabe → pergunta 7
- d. Prefere não responder → pergunta 7

2. Você já fez uso de hormônios sem prescrição/receita médica?

- a. Sim

- b. Não
- c. Não sabe
- d. Prefere não responder

3- *Você fez uso de hormônios nos últimos 6 meses?*

- a. Sim, de hormônios femininos
- b. Sim, de anabolizantes / hormônios masculinos (testosterona)
- c. Sim, mas não sabe qual hormônio
- d. Não
- e. Não sabe
- f. Prefere não responder

4- *Atualmente você está tomando hormônios ou outras substâncias para feminização?*

- a. Sim, apenas os hormônios receitados pelo médico do estudo da FIOCRUZ.
→ **Pergunta 7**
- b. Sim, os hormônios receitados pelo médico do estudo da FIOCRUZ e outros hormônios que consegui fora da FIOCRUZ.
- c. Sim, os hormônios que consegui fora da FIOCRUZ.
- d. Não → **pergunta 7**
- e. Não sabe → **pergunta 7**
- f. Prefere não responder → **pergunta 7**

5- *Qual o motivo pelo qual você não está tomando os hormônios conforme o médico do estudo receitou?*

- a. Medo de efeitos colaterais
- b. Já está acostumada com o que tomava antes do estudo
- c. Não conseguiu os efeitos que gostaria
- d. Outros motivos
- e. Não sabe
- f. Prefere não responder

6- *Onde conseguiu os hormônios que está usando atualmente?*

Entrevistador: Marque todas que se aplicam.

- a. Com amigas/os
- b. Comprou na farmácia
- c. Outra forma
- d. Não sabe
- e. Prefere não responder

7- *Você já injetou alguma substância, como preenchimento, silicone industrial ou metacrilato nos últimos 6 meses?*

Entrevistador: não considerar a injeção de hormônios e nem de drogas ilícitas.

- a. Sim
- b. Não → **pergunta 9**
- c. Não sabe → **pergunta 9**
- d. Prefere não responder → **pergunta 9**

8- *Você realizou em um serviço de saúde específico para trans ou clínica especializada?*

- a. Sim
- b. Não
- c. Não sabe
- d. Prefere não responder

9- *Nos últimos 6 meses, você usou agulhas para tratamento com hormônios (por exemplo, testosterona, estrogênio) ou aplicações com finalidade estética (por exemplo, silicone, botox)?*

Entrevistador: marque todas que se aplicam.

- a. Sim, para aplicação de hormônios → **Pergunta 10**
- b. Sim, para uso de substâncias como silicone → **Pergunta 11**
- c. Não → **Módulo C**
- d. Prefere não responder → **Módulo C**

Entrevistador: a pergunta 10 deve ser respondida caso resposta 'a' na pergunta anterior.

10- *Nos últimos 6 meses, com que frequência você usou uma seringa ou uma agulha após alguém tê-la usado ou possivelmente tê-la usado para tratamento com hormônios?*

- a. O tempo todo, isto é, todas as vezes
- b. Quase todas às vezes
- c. Mais da metade das vezes
- d. Cerca da metade das vezes
- e. Menos da metade das vezes
- f. Quase nenhuma vez
- g. Nunca
- h. Prefere não responder
- i. Não se aplica

10.1- *Alguma das pessoas de quem você usou seringas ou agulhas emprestadas para tratamento com hormônios era HIV positiva ou você desconhecia o resultado do teste anti-HIV?*

- a. Sim
- b. Não
- c. Prefere não responder

Entrevistador: a pergunta 11 deve ser respondida caso resposta 'b' na pergunta 9.

11- *Nos últimos 6 meses, com que frequência você usou uma seringa ou uma agulha após alguém tê-la usado ou possivelmente tê-la usado para aplicações com finalidade estética?*

- a. O tempo todo, isto é, todas as vezes
- b. Quase todas as vezes
- c. Mais da metade das vezes
- d. Cerca da metade das vezes
- e. Menos da metade das vezes

- f. Quase nenhuma vez
- g. Nunca → **Módulo C**
- h. Prefere não responder → **Módulo C**
- i. Não se aplica → **Módulo C**

11.1- *Alguma das pessoas de quem você usou seringas ou agulhas emprestadas para finalidade estética era HIV positiva ou você desconhecia o resultado do teste anti-HIV?*

- a. Sim
- b. Não
- c. Prefere não responder

MÓDULO C: PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PELO HIV

Agora falaremos sobre a prevenção da infecção pelo HIV.

1-Antes de conversarmos sobre o estudo, você já ouviu falar sobre a PrEP para prevenir o HIV tomando uma pílula diária, também é conhecida como Truvada?

- a. sim
- b. não

2-Você já foi participante de um estudo de PrEP?

- a. Sim
- b. Não

3- Atualmente faz uso de PrEP?

- a. Sim
- b. Não

4- Como você soube do PrEPParadas?

- a. Por um/uma recrutador/a do estudo
- b. Pelo material de divulgação do estudo em boates, saunas, festas, etc.
- c. Pelas mídias impressas (jornais, revistas, etc.)
- d. Pelas redes sociais (facebook, twitter, etc.)
- e. Por indicação de um amigo ou uma amiga
- f. Por indicação de um familiar
- g. Por indicação de uma parceria sexual (parceria fixa ou ocasional ou casual)
- h. Por uma ONG ou associação comunitária
- i. Por um serviço de saúde (agente de saúde, posto de saúde, hospital, etc.)
- j. Outro

4.1: Por favor, especifique: _____

- k. Prefere não responder

5- O estudo PrEPParadas vai avaliar, entre outras questões, o quanto o uso de PrEP é útil para reduzir o risco de infecção por HIV entre as travestis e as mulheres transexuais. Para participar dele, você precisará tomar a medicação diariamente, fazer alguns exames e consultas no centro de pesquisa. Você tem interesse em participar do estudo PrEPParadas?

- a. Sim → **pergunta 7**
- b. Não → **responder a pergunta 6 e pular para questão 9**

6- Qual é a razão principal de você **não** estar interessada em participar do estudo PrEPParadas?

- a. Não tem tempo
- b. Não sabia sobre PrEP até recentemente
- c. Crença de que a PrEP não é para a comunidade trans
- d. Dificuldade em lembrar de tomar a medicação
- e. Preocupação sobre interações com o tratamento hormonal
- f. Tem outras coisas que são mais prioritárias
- g. não se considera de alto risco para o HIV
- h. Se preocupa com a minha privacidade (medo de ser vista tomando medicamentos para o HIV)
- i. prefere usar outros métodos de prevenção
- j. não quer tomar medicamentos
- k. não se importa de contrair o HIV
- l. não tem interesse em participar de um estudo
- m. tem medo de ter efeitos colaterais
- n. Outros:

6.1. Por favor, especifique: _____

- o. Prefere não responder

7- Sabemos que há várias razões pelas quais as pessoas decidem tomar a PrEP. Quais das seguintes razões te motivaram a participar do PrEPParadas? Não há resposta certa ou errada, e o que você disser não afetará sua participação nesse estudo.

Entrevistador: Marque todas que se aplicam.

- a. Para se proteger contra o HIV
- b. Para ter mais segurança nas minhas relações sexuais sem preservativos
- c. Para ajudar a comunidade no combate da epidemia de HIV
- d. Porque entrar no estudo é a única maneira de conseguir a PrEP
- e. Porque o parceiro ou a parceira é HIV-positivo/a e quer evitar a contaminação pelo HIV
- f. Para obter medicação e impedir que alguém próximo que é HIV negativo contraia o HIV
- g. Porque esta é a única forma para conseguir assistência médica
- h. Porque foi fortemente encorajada ou pressionada por amigo, amiga ou parceria sexual para participar do estudo
- i. Porque médico/serviço recomendou fazer uso de PrEP
- j. Porque existe uma ajuda de custo.
- k. Outros

7.1. Por favor, especifique: _____

- l. Prefere não responder

8- Das razões selecionadas, qual é a razão principal que o levou a participar deste estudo demonstrativo de PrEP?

Entrevistador: Marque apenas uma.

- a. Para se proteger contra o HIV
- b. Para ter mais segurança nas minhas relações sexuais sem preservativos
- c. Para ajudar a comunidade no combate da epidemia de HIV

- d. Porque entrar no estudo é a única maneira de conseguir a PrEP
 - e. Porque o parceiro ou a parceira é HIV-positivo/a e quer evitar a contaminação pelo HIV
 - f. Para obter medicação e impedir que alguém próximo que é HIV negativo contraia o HIV
 - g. Porque esta é a única forma para conseguir assistência médica
 - h. Porque foi fortemente encorajada ou pressionada por amigo, amiga ou parceria sexual para participar do estudo
 - i. Porque médico/serviço recomendou fazer uso de PrEP
 - j. Porque existe uma ajuda de custo.
 - k. Outros
- 8.1. *Por favor, especifique:* _____
- l. Prefere não responder

9- *Você fez algum teste para o HIV nos últimos 12 meses?*

- a. Sim
- b. Não

10- *Quantas vezes você fez um teste para HIV nos 12 meses anteriores a sua participação no estudo PrEP/Paradas?*

- a. 0
- b. 1
- c. 2
- d. 3
- e. Mais de 3

11- *Qual foi o principal motivo para você ter feito o seu último teste para o HIV?*

- a. O trabalho exigiu.
- b. Doou sangue somente para se testar.
- c. Doou sangue porque precisou ou quis.
- d. Achou que tinha algum risco.
- e. Teve curiosidade.
- f. A/o parceira/o pediu.
- g. A/o parceiro/a está infectado/a pelo vírus do HIV ou tem Aids.
- h. O médico indicou.
- i. Outro motivo. Por favor, especifique: _____
- j. Não sabe
- k. Prefere não responder

12- *A PrEP é utilizada apenas para prevenir a infecção pelo HIV. Você já teve algum resultado de teste positivo para o HIV?*

- a. Sim → **Entrevistador: encerrar o questionário e agradecer a participação.**
- b. Não

13- *Qual a chance que você acha que tem de se infectar pelo HIV no próximo ano?*

- a. 0 – Nenhuma – 0%
- b. Pouca chance – 25%
- c. Alguma chance- 50%
- d. Muita chance – 75%

- e. Vou me infectar com certeza- 100%

14- *Ter o HIV é algo que você:*

- a. Nunca pensou.
b. Raramente pensou.
c. Pensou alguma parte do tempo.
d. Pensou frequentemente.

15- *Qual o seu grau de concordância com a frase: "Sinto-me vulnerável à infecção pelo HIV"?*

- a. Discorda totalmente
b. Discorda
c. Nem concorda e nem discorda
d. Concorda
e. Concorda totalmente

Em seguida, para cada afirmação sobre PrEP, responda se é verdadeiro ou falso.

16- *PrEP é uma medicação para ser tomada todo o dia.*

- a. Verdadeiro
b. Falso

17- *PrEP possui efeitos colaterais graves.*

- a. Verdadeiro
b. Falso

18- *PrEP fornece 100% de proteção ao HIV.*

- a. Verdadeiro
b. Falso

19- *Uma vez fazendo uso de PrEP, você precisa fazer o teste para o HIV a cada 3 meses.*

- a. Verdadeiro
b. Falso

20- *Não se sabe se existe interação ou efeito colateral relacionado ao uso de PrEP com hormônios de feminização.*

- a. Verdadeiro
b. Falso

Módulo D: Estigma de HIV e PrEP

Sobre as afirmações abaixo, responda se é verdadeiro ou falso.

21- *Me preocupa que os outros me vejam tomando comprimidos e pensem que eu tenho o HIV.*

- a. Verdadeiro
b. Falso

22- *Eu me preocupo que os outros me vejam tomando comprimidos e pensem que eu sou promíscua ou uma "prostituta".*

- a. Verdadeiro

b. Falso

23- *Eu me preocupo em perder amigo(a)s ou entes queridos se descobrirem que faço uso de PrEP.*

a. Verdadeiro

b. Falso

24- *Meus amigos e familiares, em geral, me dão apoio por eu tomar PrEP.*

a. Verdadeiro

b. Falso

Agora, responda sim ou não:

25- *Você tem amigos/familiares que sabem que você faz uso de PrEP?*

a. Sim

b. Não

Módulo E: Conhecimento sobre PEP

PEP é o uso de medicamento para prevenir o HIV após exposição de risco sexual.

26- *Você já havia feito PEP (profilaxia pós-exposição) nos 12 meses anteriores a sua participação no estudo PrEPAradas?*

a. Sim

b. Não → **Módulo F**

27- *Quantas vezes você fez PEP nos 12 meses anteriores a sua participação no estudo PrEPAradas?*

a. 1

b. 2

c. 3

d. Mais de 3

28- *Quais das seguintes razões que motivaram a tomar a PEP? Não há resposta certa ou errada, e o que você disser não afetará sua participação nesse estudo.*

Entrevistador: Marque todas que se aplicam.

a. Porque a parceria é HIV-positiva e quer evitar a contaminação pelo HIV.

b. Porque parceria foi casual, não sabia a sorologia dela e quer evitar a contaminação pelo HIV.

c. Para obter medicação, guardar em casa e tomar quando achar necessário.

d. Porque esta é a única forma para conseguir assistência médica.

e. Achou que tinha algum risco.

f. Apanhou PEP para doar à parceria que teve um risco para HIV.

g. Ainda não tem PrEP disponível.

h. Acha melhor tomar a PEP quando tem risco → **pergunta 29**

i. Outro: _____

j. Prefere não responder

29- *Por que você prefere se prevenir do HIV com PEP e não com PrEP?*

a. Porque utiliza preservativo constantemente.

- b. () Porque não quer tomar medicação diariamente.
- c. () Porque ouviu falar que PrEP faz mal.
- d. () Porque tem parceria fixa com resultado de HIV negativo.
- e. () Outro: _____
- f. () Prefere não responder

Módulo F: Elegibilidade

30- *Você é ou foi profissional do sexo ou troca ou trocou sexo por dinheiro, favores, presentes ou drogas?*

- a. () Sim, atualmente
- b. () Sim, mas não atualmente
- c. () Não
- d. () Prefere não responder

31- *Você fez sexo com algum homem trans ou homem não trans ou travesti ou mulher transexual (sexo masculino ao nascimento com identidade de gênero feminina) nos últimos 12 meses?*

- a. () Sim
- b. () Não

32- *Você fez sexo anal ou vaginal com algum homem trans ou homem não trans ou travesti ou mulher transexual (sexo masculino ao nascimento com identidade de gênero feminina) nos últimos 6 meses?*

- a. () Sim
- b. () Não

33- *Você fez sexo anal sem camisinha com algum homem trans ou homem não trans ou travesti ou mulher transexual (sexo masculino ao nascimento com identidade de gênero feminina) nos últimos 6 meses?*

- a. () Sim
- b. () Não

34- *Você fez sexo vaginal sem camisinha com algum homem trans ou homem não trans ou travesti ou mulher transexual (sexo masculino ao nascimento com identidade de gênero feminina) nos últimos 6 meses?*

- a. () Sim
- b. () Não

35- *Você tem alguma parceria sexual que era sabidamente HIV-positiva?*

- a. () Sim
- b. () Não

36- *Você teve algum diagnóstico de DST hoje ou nos últimos 12 meses?*

- a. () Sim
- b. () Não → **finalizar entrevista**

37- Qual foi o diagnóstico?

38- Você foi tratada por um médico?

a. Sim

b. Não

ANEXO 2 - SINDEMIA

SINDEMIA

ENTREVISTADOR (LEIA): "Neste questionário, vamos perguntar sobre seu uso de substâncias, seus sentimentos e comportamentos. Por favor, responda sinceramente, sabendo que não existe resposta certa ou errada."

ENTREVISTADOR: Caso o participante tenha dúvida, mostre o cartão de substâncias.

1. Na sua vida, alguma vez você já usou...
(marque SIM somente naquelas que NÃO foram prescritas por um médico)

	NÃO	SIM
a. Derivados do tabaco?	0	3
b. Bebidas alcoólicas?	0	3
c. Maconha?	0	3
d. Cocaína ou crack?	0	3
e. Anfetaminas ou êxtase?	0	3
f. Inalantes?	0	3
g. Hipnóticos ou sedativos?	0	3
h. Alucinógenos?	0	3
i. Opioides?	0	3

ENTREVISTADOR: SE NUNCA USOU NENHUMA, PULE PARA A QUESTÃO 8.

2. Nos 3 últimos meses, com que frequência você utilizou:

	Nunca	1 ou 2 vezes	1 a 3 vezes/ mês	1 a 4 vezes/ semana	5 a 7 dias/ semana
a. Derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. Maconha	0	2	3	4	6
d. Cocaína ou crack	0	2	3	4	6

	Nunca	1 ou 2 vezes	1 a 3 vezes/mês	1 a 4 vezes/semana	5 a 7 dias/semana
e. Anfetaminas ou êxtase	0	2	3	4	6
f. Inalantes	0	2	3	4	6
g. Hipnóticos ou sedativos	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos	0	2	3	4	6
i. Opioides	0	2	3	4	6

3. Durante os 3 últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência para usar...

	Nunca	1 ou 2 vezes	1 a 3 vezes/mês	1 a 4 vezes/semana	5 a 7 dias/semana
a. Derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. Maconha	0	3	4	5	6
d. Cocaína ou crack	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas ou êxtase	0	3	4	5	6
f. Inalantes	0	3	4	5	6
g. Hipnóticos ou sedativos	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos	0	3	4	5	6
i. Opioides	0	3	4	5	6

4. Nos 3 últimos meses, com que frequência você teve problemas de saúde, sociais, legais ou financeiros devido ao uso de...

	Nunca	1 ou 2 vezes	1 a 3 vezes/mês	1 a 4 vezes/semana	5 a 7 dias/semana
a. Derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. Maconha	0	4	5	6	7
d. Cocaína ou crack	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas ou êxtase	0	4	5	6	7
f. Inalantes	0	4	5	6	7
g. Hipnóticos ou sedativos	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos	0	4	5	6	7
i. Opioides	0	4	5	6	7

5. Nos 3 últimos meses, com que frequência você deixou de fazer coisas que eram esperadas de você no trabalho ou escola devido ao uso de...

	Nunca	1 ou 2 vezes	1 a 3 vezes/mês	1 a 4 vezes/semana	5 a 7 dias/semana
a. Derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. Bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. Maconha	0	5	6	7	8
d. Cocaína ou crack	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas ou êxtase	0	5	6	7	8
f. Inalantes	0	5	6	7	8
g. Hipnóticos ou sedativos	0	5	6	7	8

h. Alucinógenos	0	5	6	7	8
i. Opióides	0	5	6	7	8

6. Algum amigo, parente ou outra pessoa demonstrou preocupação com o seu uso de...

	NÃO / NUNCA	SIM, NOS ÚLTIMOS 3 MESES	SIM, MAS NÃO NOS ÚLTIMOS 3 MESES
a. Derivados do tabaco	0	6	3
b. Bebidas alcoólicas	0	6	3
c. Maconha	0	6	3
d. Cocaína ou crack	0	6	3
e. Anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. Inalantes	0	6	3
g. Hipnóticos ou sedativos	0	6	3
h. Alucinógenos	0	6	3
i. Opióides	0	6	3

7. Alguma vez você já tentou controlar, parar ou diminuir o uso das substâncias abaixo?

	Não / Nunca	SIM, NOS ÚLTIMOS 3 MESES	SIM, MAS NÃO NOS ÚLTIMOS 3 MESES
a. Derivados do tabaco	0	6	3
b. Bebidas alcoólicas	0	6	3
c. Maconha	0	6	3
d. Cocaína ou crack	0	6	3
e. Anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. Inalantes	0	6	3

	Não / Nunca	SIM, NOS ÚLTIMOS 3 MESES	SIM, MAS NÃO NOS ÚLTIMOS 3 MESES
g. Hipnóticos ou sedativos	0	6	3
h. Alucinógenos	0	6	3
i. Opioides	0	6	3

8. Alguma vez você já usou drogas injetáveis? Marque apenas uso NÃO médico.

NÃO / NUNCA	SIM, NOS ÚLTIMOS 3 MESES	SIM, MAS NÃO NOS ÚLTIMOS 3 MESES
0	6	3

9. ENTREVISTADOR: SOMAR PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA. SOMAR APENAS OS ITENS 2+3+4+5+6+7

a. Derivados do tabaco: (NÃO SOMAR O ITEM 5)

A soma é maior que 3?

- Não
 Sim (Encaminhar para o atendimento psiquiátrico.)

b. Bebidas alcoólicas:

A soma é maior que 10?

- Não
 Sim (Encaminhar para o atendimento psiquiátrico.)

c. Maconha:

A soma é maior que 3?

- Não
 Sim (Encaminhar para o atendimento psiquiátrico.)

d. Cocaína ou crack:

A soma é maior que 3?

- Não
 Sim (Encaminhar para o atendimento psiquiátrico.)

e. Anfetaminas ou êxtase:

A soma é maior que 3?

- Não

Sim (Encaminhar para o atendimento psiquiátrico.)

f. Inalantes:

A soma é maior que 3?

Não

Sim (Encaminhar para o atendimento psiquiátrico.)

g. Hipnóticos ou sedativos:

A soma é maior que 3?

Não

Sim (Encaminhar para o atendimento psiquiátrico.)

h. Alucinógenos:

A soma é maior que 3?

Não

Sim (Encaminhar para o atendimento psiquiátrico.)

i. Opioides:

A soma é maior que 3?

Não

Sim (Encaminhar para o atendimento psiquiátrico.)

ENTREVISTADOR (LEIA): "A próxima pergunta diz respeito ao seu consumo de bebidas alcoólicas."

10. Com que frequência consome seis doses ou mais numa única ocasião?

0 = nunca

1 = menos de 1 vez por mês

2 = pelo menos uma vez por mês

3 = pelo menos uma vez por semana

4 = diariamente ou quase diariamente

ENTREVISTADOR (LEIA): "Agora falaremos sobre possíveis situações de violência que você tenha vivido."

	Não	SIM, NOS ÚLTIMOS 3 MESES	SIM, MAS NÃO NOS ÚLTIMOS 3 MESES
11. Alguma das suas parcerias sexuais tentou/ machucou você? (bateu, deu socos/chutes, tentou estrangular, atacou com facas ou armas de fogo.)	0	1	2
12. Alguma das suas parcerias sexuais usou de força ou ameaças verbais para forçar você a ter relações sexuais quando você não queria?	0	1	2

	Sim	Não	Não quis responder
13. Na sua infância (até os 12anos), sofreu algum tipo de violência física ou maus tratos?	1	0	9

	Sim	Não	Não quis responder
14. Você deixou de ir ou abandonou a escola, teve queda no rendimento escolar ou perdeu o ano em função de "bullying" por ser travesti ou mulher trans?	1	0	9
15. Na sua infância (até os 12 anos), sofreu algum tipo de violência sexual?	1	0	9
16. Dos seus 12 anos até atualmente , você já sofreu algum tipo de violência sexual? (ex. estupro, curra, foi "bulinada")	1	0	9
17. Dos seus 12 anos até atualmente , você já sofreu algum tipo de violência física? (ex. espancamento, esfaqueamento, atiraram contra você, foi queimada)	1	0	9

18. ENTREVISTADOR: ITEM 16 OU 17 TEVE RESPOSTA POSITIVA?

- Não (Pular para a questão 20.)
 Sim (Seguir para a questão 19.)

19. Em quantas dessas situações, a sua expressão de gênero (travesti, mulher trans, outras identidades transgêneras) foi a causa primária do ataque?

- Nenhuma
 Alguma(s) dela
 Na maioria delas
 Todas

ENTREVISTADOR (LEIA): "Nos últimos 12 meses você passou por alguma das situações descritas a seguir em função de ser travesti ou mulher trans?"

	Sim	Não	Não sabe / Não quis responder
20. Você já adiou ou não procurou assistência médica quando estava doente por receio de ser desrespeitada ou discriminada por médicos ou outros profissionais de saúde?			
21. Você já adiou ou não realizou exames de rotina ou outros cuidados preventivos por receio de ser <u>desrespeitada</u> ou <u>discriminada</u> por médicos ou outros profissionais de saúde?			
22. Um médico ou outro profissional de saúde já se recusou a atendê-la porque você é travesti ou mulher trans?			
23. Alguma vez você já apresentou seus documentos em um estabelecimento público com o nome de registro constando o sexo atribuído ao nascimento, diferente da sua expressão de gênero (travesti, transexual ou outras identidades transgêneras) e foi molestada, atacada, ridicularizada ou solicitada a se retirar?			

ENTREVISTADOR (LEIA): "Por favor, indique a melhor opção em relação a como você se sente quanto às frases a seguir."

	Concordo totalmente	Concordo em parte	Nem concordo nem discordo	Discordo em parte	Discordo totalmente

	Concordo totalmente	Concordo em parte	Nem concordo nem discordo	Discordo em parte	Discordo totalmente
24. "Eu gostaria de não ser uma pessoa trans"					
25. "Eu me sinto extremamente confortável em falar abertamente sobre ser uma travesti ou mulher trans"					
26. "Em função de eu ser travesti ou mulher trans, eu fico inclinada a sentir que sou um fracasso"					
27. "Eu me sinto em igualdade de condições em relação às outras pessoas cisgêneras"					

28. Você fala para outras pessoas que é uma travesti ou mulher trans?

- Nunca
 Apenas para pessoa próximas
 Colegas
 Colegas de trabalho
 Família
 Todos

28. As pessoas conseguem perceber que você é travesti ou uma mulher trans sem que você conte isso a elas?

- Sempre
 Na maior parte do tempo
 Algumas vezes
 Ocasionalmente
 Nunca
 Não sabe informar

ENTREVISTADOR (LEIA): "As perguntas abaixo dizem respeito a como se sente quanto a preocupações, estado de tensão e humor. Tente responder de forma sincera. Durante as últimas **2 semanas**, com que frequência você foi incomodada pelos problemas abaixo?"

	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
30. Sentir-se nervosa ou muito tensa	0	1	2	3

31. Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações	0	1	2	3
32. Preocupar-se muito com diversas coisas	0	1	2	3
33. Dificilmente relaxar	0	1	2	3
34. Ficar tão agitada que se torna difícil permanecer sentada	0	1	2	3
35. Ficar facilmente aborrecida ou irritada	0	1	2	3
36. Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer	0	1	2	3
ENTREVISTADOR: Some a pontuação obtida em cada item e anote ao lado.				

37. ENTREVISTADOR: A pontuação é maior do que 10?

Não

Sim (Encaminhar para atendimento psiquiátrico.)

ENTREVISTADOR (LEIA): *"Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodada por qualquer um dos problemas abaixo?"*

	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
38. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
39. Se sentir "para baixo", deprimida ou sem perspectiva	0	1	2	3
40. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	0	1	2	3
41. Se sentir cansada ou com pouca energia	0	1	2	3
42. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3
43. Se sentir mal consigo mesma; ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesma	0	1	2	3

	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
44. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
45. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto de outras pessoas perceberem; ou o oposto: estar tão agitada ou irrequieta que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2	3
46. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morta. ATENÇÃO: se entrevistada indicar mesmo um dia com pensamento de ferir-se no período/ idéia de morte, encaminhar para avaliação psiquiátrica.	0	1	2	3
ENTREVISTADOR: Some a pontuação obtida em cada item e anote ao lado.				

47. ENTREVISTADOR: Se a entrevistada assinalou qualquer um dos problemas, LEIA: "Qual o grau de dificuldade que os problemas lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?"

- () Nenhuma dificuldade
 () Alguma dificuldade
 () Muita dificuldade
 () Extrema dificuldade

48. ENTREVISTADOR: A pontuação é maior do que 9(nove)?

- () Não
 () Sim (Encaminhar para atendimento psiquiátrico)

ENTREVISTADOR: "Agora falaremos do seu comportamento sexual. Gostaria que, para cada frase que direi, me diga a ideia que mais corresponde ao seu hábito sexual."

	Não se aplica a mim	Aplica-se pouco a mim	Aplica-se a mim	Aplica-se muito a mim
49. Meu desejo sexual atrapalha meus relacionamentos	1	2	3	4
50. Meus pensamentos e comportamentos sexuais estão causando problemas em minha vida	1	2	3	4
51. Meus desejos de fazer sexo prejudicaram o meu dia a dia	1	2	3	4

	Não se aplica a mim	Aplica-se pouco a mim	Aplica-se a mim	Aplica-se muito a mim
52. Às vezes, eu deixo de cumprir minhas obrigações (trabalho, família, etc.) devido ao meu comportamento sexual	1	2	3	4
53. Às vezes, fico tão excitada que posso perder o controle	1	2	3	4
54. Eu me pego pensando em sexo durante o trabalho	1	2	3	4
55. Sinto que os meus pensamentos e sentimentos sexuais são mais fortes que eu	1	2	3	4
56. Eu preciso me esforçar muito para controlar meus pensamentos e comportamentos sexuais	1	2	3	4
57. Eu penso em sexo mais do que eu gostaria	1	2	3	4
58. Tem sido difícil encontrar parcerias sexuais que gostem de fazer sexo tanto quanto eu	1	2	3	4

59. ENTREVISTADOR: Some o valor obtido em cada item. A soma deu valor superior a 24?

- () Não
() Sim (Encaminhar para atendimento psiquiátrico.)

ENTREVISTADOR: "Pense em como você se sentiria se pegasse HIV e, em cada frase, indique a alternativa que reflete sua opinião."

	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Nem concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
60. Se eu me infectasse com HIV, ninguém sairia ou namoraria comigo					
61. Seu eu tivesse HIV, eu me preocuparia com o preconceito das pessoas a meu respeito					
62. Se eu me infectasse com HIV, minhas parcerias sexuais não gostariam de fazer sexo comigo					
63. Eu me esforçaria para manter meu diagnóstico de HIV em segredo					

	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Nem concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
64. Ao saber de um diagnóstico positivo de HIV, eu me sentiria distante e isolada do resto do mundo					
65. Se eu tivesse HIV, eu não me sentiria uma pessoa tão boa quanto as outras					
66. Eu nunca me sentiria envergonhada de ter HIV					

ENTREVISTADOR: "As pessoas divergem nas formas como agem e pensam em diferentes situações. Esta é uma escala para avaliar algumas das maneiras como você age ou pensa. Indique o que mais se aplica a você. Não gaste muito tempo em cada afirmação."

	Raramente ou nunca	De vez em quando	Com frequência	Quase sempre/ sempre
67. Eu planejo tarefas cuidadosamente	4	3	2	1
68. Eu faço coisas sem pensar	1	2	3	4
69. Eu tomo decisões rapidamente	1	2	3	4
70. Eu estou despreocupada (confio na sorte, "desencanada")	1	2	3	4
71. Eu não presto atenção	1	2	3	4
72. Eu tenho pensamentos que se atropelam	1	2	3	4
73. Eu planejo viagens com bastante antecedência	4	3	2	1
74. Eu tenho autocontrole	4	3	2	1
75. Eu me concentro facilmente	4	3	2	1
76. Eu economizo (poupo) regularmente	4	3	2	1
77. Eu fico me contorcendo na cadeira em peças de teatro ou palestras	1	2	3	4
78. Eu penso nas coisas com cuidado	4	3	2	1
79. Eu faço planos para me manter no emprego (eu cuido para não perder meu emprego)	4	3	2	1
80. Eu falo coisas sem pensar	1	2	3	4
81. Eu gosto de pensar em problemas complexos	4	3	2	1
82. Eu troco de emprego	1	2	3	4
83. Eu ajo por impulso	1	2	3	4

	Raramente ou nunca	De vez em quando	Com frequência	Quase sempre/ sempre
84. Eu fico entendiada com facilidade quando estou resolvendo problemas mentalmente	1	2	3	4
85. Eu ajo no "calor" do momento	1	2	3	4
86. Eu mantenho a linha de raciocínio ("não perco o fio da meada")	4	3	2	1
87. Eu troco de casa (residência)	1	2	3	4
88. Eu compro coisas por impulso	1	2	3	4
89. Eu só consigo pensar em uma coisa de cada vez	1	2	3	4
90. Eu troco de interesses e passatempos ("hobby")	1	2	3	4
91. Eu gasto ou compro a prestação mais do que ganho	1	2	3	4
92. Enquanto estou pensando em uma coisa, é comum que outras ideias me venham à cabeça ou ao mesmo tempo	1	2	3	4
93. Eu tenho mais interesse no presente do que no futuro	1	2	3	4
94. Eu me sinto inquieta em palestras ou aulas	1	2	3	4
95. Eu gosto de jogos e desafios mentais	4	3	2	1
96. Eu me preparo para o futuro	4	3	2	1
ENTREVISTADOR: Some os itens do quadro ao lado.				

ANEXO 3 - Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**PREP BRASIL - PREPARADAS
Implementação da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV: Um Projeto
Demonstrativo****Consentimento informado**

Este documento contém informações sobre uma pesquisa para a qual você está sendo convidada a participar.

Após receber explicações sobre estes procedimentos e suas perguntas terem sido respondidas você poderá decidir se deseja participar ou não. Se você decidir participar dessa pesquisa será solicitado que você assine duas vias desse termo de consentimento e rubrique todas as páginas, ou coloque suas digitais em frente a uma testemunha. Uma via desse documento será entregue à você.

Você está sendo convidada a participar desse estudo por ser uma travesti ou uma mulher transexual que faz sexo com homens e pode ter indicação de prevenir a infecção pelo HIV.

A Dra. Beatriz Grinsztejn é a pesquisadora responsável da equipe que conduz este estudo no Laboratório de Pesquisa Clínica em DST/AIDS do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas - INI/FIOCRUZ.

Por favor, mantenha sempre em mente que:

- Sua participação nesse estudo é completamente voluntária.
- Você pode decidir não participar ou desistir de sua participação a qualquer momento sem que isso afete qualquer direito seu.

Por que esse estudo está sendo realizado?

PrEP é uma sigla que vem do inglês e significa profilaxia pré-exposição, um método de prevenção do HIV que envolve o uso diário de medicamentos antirretrovirais por pessoas não infectadas para tentar ajudar na prevenção da infecção pelo HIV. Estudos realizados com populações em risco de infecção para o HIV mostraram que pessoas que receberam PrEP tinham menor probabilidade de se infectar com o HIV do que aquelas que não a receberam. O objetivo principal do estudo PrEP Brasil é estudar o uso da PrEP em populações com alto risco de infecção pelo HIV no Brasil. Este estudo já está em andamento neste centro de pesquisa (INI/Fiocruz), assim como em 2 centros de pesquisa em São Paulo (USP e CRT) e 1 centro em Porto Alegre e 1 centro em Manaus. Neste momento, o INI/FIOCRUZ está oferecendo 120

vagas para atender especificamente as travestis e mulheres transexuais que acreditam que tem risco de se infectar pelo HIV. Por esse motivo, para este momento do estudo estaremos chamando o PrEP Brasil de PrEPAradas. O objetivo principal é observar se as travestis e as mulheres transexuais estão interessadas em usar a PrEP como método de prevenção ao HIV e, em caso afirmativo, por quanto tempo e com qual frequência elas tomam o medicamento, e como estes fatores se relacionam com características sócio-demográficas (como idade, raça e escolaridade). Também iremos avaliar as razões que levam à interrupção da PrEP e mensurar comportamentos sexuais das participantes do projeto demonstrativo.

O medicamento da PrEP é uma combinação de duas substâncias, a emtricitabina (FTC) e o tenofovir disproxil fumarato (TDF), cujo nome comercial é Truvada[®].

Quantas pessoas participarão deste estudo?

O estudo PrEP Brasil prevê a inclusão total de 600 participantes nos 5 centros de pesquisas brasileiros que conduzem o estudo PrEP Brasil (INI/Fiocruz, USP, CRT, Porto Alegre e Manaus) e agora, pretende oferecer mais 120 vagas no INI/Fiocruz para a participação das travestis e mulheres transexuais, totalizando e 720 participantes nos 5 centros.

O que irá acontecer se eu decidir participar deste estudo?

Caso decida participar deste estudo, você receberá o medicamento Truvada[®] por até 48 semanas. Truvada[®] é um medicamento de uso oral e deve ser tomado diariamente, um comprimido por dia.

Dependendo de quando a PrEP for iniciada e interrompida, você poderá ter até 7 consultas clínicas e até 7 atendimentos de farmácia ao longo do estudo. Todas as consultas serão realizadas no INI e os procedimentos a serem realizados em cada uma das consultas estão descritos a seguir.

Você, também, pode optar por receber terapia hormonal para feminização acompanhada por um médico endocrinologista do estudo. O esquema hormonal será oferecido pelo estudo por até 54 semanas. Para receber este esquema, você deverá estar no mínimo há 45 dias sem usar nenhum outro tipo de hormônio. O esquema do estudo consiste no uso de Valerato de Estradiol 2mg (um comprimido, tomado pela boca, todo dia) associado a Espironolactona 100mg (um comprimido tomado pela boca, todo dia).

Visita de Pré-triagem e Triagem (Hoje)

Hoje, você deverá realizar os seguintes procedimentos e testes, antes de iniciar a parte principal do estudo:

- Leitura e assinatura deste termo de consentimento, que fornece todas as informações pertinentes a sua participação nesse estudo.
- Questionários sobre sua aceitação, conhecimento e opinião sobre a eficácia dos métodos biomédicos de prevenção do HIV e entrevista de elegibilidade para participação no estudo.
- Consulta de aconselhamento em DST/AIDS e específica da PrEP. Serão oferecidos preservativos e incentivado o seu uso para prevenção de DST/AIDS.

- Consulta clínica com um médico do estudo, onde serão feitas perguntas sobre seu histórico médico, práticas sexuais, sintomas atuais e exame físico.
- Questionário autopreenchido em papel para avaliação de abuso de álcool e drogas, depressão, comportamento sexual e qualidade de vida.
- Coleta de sangue: Será coletada uma amostra de aproximadamente 30ml de sangue (2 colheres de sopa) através da inserção de uma agulha em uma veia do seu braço, para a realização dos seguintes testes:
 - Teste de HIV: Você realizará testes rápidos recomendados pelo Ministério da Saúde para diagnóstico da infecção pelo HIV. O resultado é disponibilizado em torno de 30 minutos. Se o seu resultado for positivo (reagente), você não poderá participar do estudo. Você será orientada a realizar testes confirmatórios e será encaminhada para tratamento.
 - Pool de carga viral: Esse teste será realizado em todas as visitas do estudo e tem o objetivo de diagnosticar precocemente o HIV, mesmo no período da infecção conhecido como “janela imunológica”, quando os testes de HIV podem apresentar resultado não reagente (falso negativo). O resultado deste teste será disponibilizado em até 7 dias e por essa razão você poderá ser contatada a retornar ao centro de pesquisa antes da próxima visita prevista do estudo, no caso do teste detectar a presença do vírus no seu sangue. Se a sua carga viral for detectável, você não poderá participar do estudo e será encaminhada para tratamento da infecção pelo HIV.
 - Creatinina: Este exame ajuda a avaliar a saúde dos seus rins.
 - Sorologias de Sífilis, Hepatite B, Hepatite C e Herpes Vírus tipo 2: Se o resultado do seu exame de Hepatite B (HBsAg) for positivo (reagente), isso significa que você tem Hepatite B crônica e não poderá participar do estudo, sendo encaminhada para acompanhamento adequado desta infecção. Se o seu exame de hepatite B (HBsAg) for negativo (não reagente), será oferecida vacinação contra esta infecção, caso você ainda não tenha sido vacinada. Apresentar exames positivos (reagentes) para sífilis, hepatite C ou Herpes Vírus Tipo 2 não impedem sua participação no estudo e você será orientada sobre acompanhamento e tratamento adequado de cada uma dessas infecções.
- **Para àquelas participantes que optaram por fazer acompanhamento para feminização será dispensado medicação hormonal para 45 dias.**

Visita de Inclusão (no prazo de até 45 dias após a triagem)

Será realizada em até 45 dias após a visita de triagem, caso os critérios de inclusão sejam atendidos e não seja identificado nenhum critério de exclusão. Nesta visita estão previstos os seguintes procedimentos:

- Consulta de aconselhamento em DST/AIDS e específica da PrEP e oferecimento de preservativos conforme descrito anteriormente.
- Questionário autopreenchido em computador (CASI) com perguntas sobre práticas e parceiros sexuais e informações sobre HIV e PrEP.
- Consulta clínica com um médico do estudo, onde serão feitas perguntas sobre seu histórico médico, práticas sexuais, sintomas atuais e exame físico.
- Coleta de Sangue para realização dos seguintes testes já descritos anteriormente: Teste de HIV, Pool de Carga Viral, Creatinina e dosagem de hormônios (caso você esteja no subestudo de interação).
- Coleta de material da região do ânus para diagnóstico de gonorreia e clamídia: Pediremos para você passar um tipo de cotonete na região do seu ânus com

objetivo de diagnosticar se você tem alguma dessas infecções. A presença dessas infecções não impede sua participação no estudo e você será orientada sobre o tratamento adequado e de como suas parcerias sexuais deverão ser encaminhadas para diagnóstico.

- Recebimento da medicação do estudo: Caso não seja identificada nenhuma contra indicação para o uso da PrEP, você será encaminhada para a farmácia, onde responderá a perguntas específicas de adesão ao tratamento e receberá um frasco do medicamento Truvada® contendo 30 comprimidos.

- Para àquelas participantes que optaram por fazer acompanhamento para feminização será dispensado medicação hormonal para 30 dias.

4ª Semana (após a inclusão):

Nesta visita os seguintes procedimentos serão realizados:

- Consulta de aconselhamento em DST/AIDS e específica da PrEP e oferecimento de preservativos conforme descrito anteriormente.

- Consulta clínica com um médico do estudo, onde serão feitas perguntas sobre sintomas atuais e exame físico.

- Coleta de Sangue para realização dos seguintes testes já descritos anteriormente: Teste de HIV, Pool de Carga Viral, Creatinina e dosagem de hormônios (caso você esteja no subestudo de interação) e da dosagem da PrEP.

- Recebimento da medicação do estudo: Caso não seja identificada nenhuma contra indicação para o uso da PrEP, você será encaminhada para a farmácia, onde responderá a perguntas específicas de adesão ao tratamento e receberá dois frascos do medicamento Truvada®, cada um contendo 30 comprimidos.

- Para àquelas participantes que optaram por fazer acompanhamento para feminização será dispensado medicação hormonal para 60 dias.

Visitas de Acompanhamento a cada 12 Semanas (Semanas 12, 24 e 36):

Nestas visitas os seguintes procedimentos serão realizados:

- Consulta de aconselhamento em DST/AIDS e específica da PrEP e oferecimento de preservativos conforme descrito anteriormente.

- Questionário autopreenchido em computador (CASI) com perguntas sobre práticas e parceiros sexuais e informações sobre HIV e PrEP.

- Consulta clínica com um médico do estudo, onde serão feitas perguntas sobre sintomas atuais e exame físico.

- Coleta de Sangue para realização dos seguintes testes já descritos anteriormente: Teste de HIV, Pool de Carga Viral, Creatinina, Teste de Sífilis, dosagem de hormônios (caso você esteja no subestudo de interação) e da dosagem da PrEP.

- Recebimento da medicação do estudo: Caso não seja identificada nenhuma contra indicação para o uso da PrEP, você será encaminhada para a farmácia, onde responderá a perguntas específicas de adesão ao tratamento e receberá três frascos do medicamento Truvada®, cada um contendo 30 comprimidos.

- Para àquelas participantes que optaram por fazer acompanhamento para feminização será dispensado medicação hormonal para 90 dias.

Visita Final do Estudo (Semana 48)

Está será a visita final do estudo e a PrEP não será mais dispensada a partir desta visita.

Nesta visita os seguintes procedimentos serão realizados:

- Consulta de aconselhamento em DST/AIDS e específica da PrEP e oferecimento de preservativos conforme descrito anteriormente.
- Questionário autopreenchido em papel para avaliação de qualidade de vida.
- Questionário autopreenchido em computador (CASI) com perguntas sobre práticas e parceiros sexuais e informações sobre HIV e PrEP.
- Consulta clínica com um médico do estudo, onde serão feitas perguntas sobre sintomas atuais e exame físico.
- Coleta de Sangue para realização dos seguintes testes já descritos anteriormente: Teste de HIV, Pool de Carga Viral, Creatinina, Teste de Sífilis, dosagem de hormônios (caso você esteja no subestudo de interação) e da dosagem da PrEP.
- Sorologias de Hepatite C e Herpes Vírus tipo 2: Estes exames serão coletados nesta visita apenas se você apresentou resultado negativo (não reagente) para eles, na visita de triagem. Se você apresentar algum resultado positivo (reagente) para qualquer uma dessas infecções, você será orientada sobre acompanhamento e tratamento adequado de cada uma delas.
- Sorologia para Hepatite B. Caso seja identificado que você não tem imunidade para esta doença, será indicada novamente vacinação. Caso você seja diagnosticada para esta doença, será encaminhada para tratamento em serviço especializado.
- Coleta de material da região do ânus para diagnóstico de gonorreia e clamídia: Pediremos para você passar um tipo de cotonete na região do seu ânus com objetivo de diagnosticar se você tem alguma dessas infecções. Se alguma dessas infecções foi diagnosticada você será orientada sobre o tratamento adequado e de como suas parcerias sexuais deverão ser encaminhadas para diagnóstico.

Interrompendo a PrEP: A PrEP será interrompida sob qualquer das seguintes circunstâncias:

- Você completou 48 semanas de acompanhamento em uso da medicação da PrEP.
- Você se tornou infectada pelo HIV.
- Você irá deixar a área onde reside, e não estará disponível para continuar com o acompanhamento.
- Determinamos que você está apresentando um efeito colateral da PrEP que torna a continuação do medicamento perigosa para você.
- Você optou voluntariamente por se retirar do estudo.
- Um pesquisador do estudo acredita que é de seu interesse interromper o tratamento ou você não estava seguindo as regras do estudo.

Interrompendo a Terapia Hormonal: A terapia hormonal será interrompida sob qualquer das circunstâncias:

- **Você completou até 54 semanas de acompanhamento do estudo.**

- Você irá deixar a área onde reside, e não estará disponível para continuar com o acompanhamento.
- Determinamos que você está apresentando um efeito colateral com a terapia hormonal que torna a continuação dos medicamentos perigosa para você.
- Você optou voluntariamente por se retirar do estudo.
- Um pesquisador do estudo acredita que é de seu interesse interromper o tratamento ou você não estava seguindo as regras do estudo.

Além de quaisquer atividades de estudo já programadas (consulta de aconselhamento e clínica, coleta de sangue e questionários CASI), uma entrevista de interrupção da PrEP será realizada quando você parar de tomar a PrEP. Serão solicitadas informações sobre sintomas e a sua razão para parar a profilaxia. Poderão também ser solicitadas informações sobre a frequência com a qual você tomou a medicação, seus comportamentos de risco e sentimentos com relação a tomar a PrEP. A entrevista será concluída em torno de 20 minutos.

Caso você pare de tomar a PrEP antes de completar 48 semanas de acompanhamento, lhe será oferecida a oportunidade de permanecer no estudo, sem tomar a PrEP, porém recebendo o restante do pacote de prevenção oferecido pelo estudo.

Visita Pós-Interrupção da PrEP

Esta é uma visita que ocorrerá 4 semanas após a interrupção da PrEP. Esta visita tem por objetivo avaliar o status de HIV e, se for o caso, rever questões relacionadas a efeitos colaterais relacionados ao uso da PrEP. Os seguintes procedimentos de estudo serão realizados nesta visita:

- Consulta de aconselhamento em DST/AIDS e específica da PrEP e oferecimento de preservativos conforme descrito anteriormente.
- Consulta clínica com um médico do estudo, onde serão feitas perguntas sobre sintomas atuais e exame físico.
- Coleta de Sangue para realização dos seguintes testes já descritos anteriormente: Teste de HIV e Pool de Carga Viral.

E se meu teste de HIV for positivo?

Se você tiver resultado positivo (reagente) no teste de HIV realizado a qualquer momento, desde a consulta de triagem até a última consulta do estudo, você não poderá receber a PrEP. Além do aconselhamento e dos exames confirmatórios já explicados, você será encaminhada para tratar a infecção pelo HIV no INI ou em outro serviço de saúde, se for mais conveniente para você.

Por quanto tempo ficarei no estudo?

Você receberá PrEP por 48 semanas a partir da visita de inclusão e a participação no estudo terá uma duração de até 52 semanas. Cada visita deverá levar em torno de 2 horas.

E depois que minha participação no estudo terminar?

Após os 12 meses de uso do medicamento do estudo, não forneceremos mais a PrEP. No momento ainda não existe previsão de distribuição de medicamentos para PrEP pela rede pública de saúde. No final do estudo você receberá orientações e aconselhamento sobre outras formas de evitar a infecção pelo HIV e outras DST que não incluem o uso de PrEP.

A terapia hormonal poderá ser oferecida por até 54 semanas, a partir da visita de triagem, sendo definitivamente suspensa na semana 48 do estudo. No momento ainda não existe previsão de distribuição de medicamentos hormonais para feminização pela rede pública de saúde. No final do estudo você receberá orientações sobre manutenção do processo de feminização.

Posso parar de participar no estudo?

Sim. Você pode decidir parar a qualquer momento. Comunique a equipe do estudo caso esteja considerando parar ou tenha decidido parar. Ele ou ela irá orientá-la sobre como encerrar a sua participação de forma segura.

É importante informar ao médico do estudo caso esteja pensando em parar o medicamento para que ele possa avaliar os riscos dos medicamentos da PrEP e discutir alternativas de cuidados de acompanhamento e testes que lhe poderiam ser mais úteis.

O médico do estudo poderá interromper a sua participação neste estudo a qualquer momento caso ele acredite que seja de seu melhor interesse, caso você não siga as regras do estudo, ou caso o estudo seja interrompido.

Quais efeitos colaterais ou riscos posso esperar pela participação no estudo?

Você poderá apresentar efeitos colaterais enquanto estiver participando do estudo, alguns dos quais estão listados abaixo. Por favor, note que estas listas não incluem todos os efeitos colaterais já observados com o uso destes medicamentos. Estas listas incluem os efeitos colaterais mais graves ou comuns, com uma possível ou conhecida relação com os medicamentos. Todos os participantes do estudo serão cuidadosamente monitorados para quaisquer efeitos colaterais. Os efeitos colaterais podem ser leves ou muito graves. Muitos efeitos colaterais cessam assim que o Truvada® é suspenso. Você deve conversar com o seu médico do estudo sobre qualquer efeito colateral que você venha a apresentar enquanto estiver participando dele.

O Truvada® está em processo de aprovação no Brasil para a prevenção de infecção pelo HIV. No entanto, os efeitos adversos que podem ocorrer em pessoas que recebem Truvada® como PrEP são bem conhecidos porque o medicamento tem sido usado por muitas pessoas, em combinação com outras drogas, para o tratamento da infecção pelo HIV. O medicamento também já foi utilizado em pessoas negativas para HIV na forma de profilaxia pós-exposição (PEP) e em vários outros estudos de PrEP.

Os seguintes efeitos colaterais têm sido associados ao uso de Truvada®:

- Intolerância gastrointestinal (como náusea, dor abdominal, diarreia ou vômito)
- Flatulência (gases)
- Dor de cabeça
- Erupções cutâneas
- Tontura, cansaço, dificuldade para dormir

Efeitos colaterais raros, porém graves, incluem:

- Agravamento ou surgimento de lesões nos rins, ou insuficiência renal
- Dores e alterações ósseas, tais como adelgaçamento e amolecimento, que podem aumentar o risco de fraturas
- Reação alérgica
- O uso de combinações de potentes medicamentos antirretrovirais pode estar associado a uma deposição e perda anormal de gordura corporal. Algumas das mudanças corporais incluem:
 - Aumento de gordura ao redor da cintura e barriga
 - Aumento de gordura na parte de trás do pescoço
 - Afinamento do rosto, pernas e braços
 - Aumento das mamas
 - Acidose láctica e hepatomegalia grave (aumento do fígado) com esteatose (fígado gorduroso), podendo resultar em insuficiência hepática, além de outras complicações e morte, têm sido relatadas com o uso de antirretrovirais análogos de nucleosídeos, sozinhos ou combinados. Complicações hepáticas e morte têm sido mais frequentemente observadas em mulheres utilizando esses medicamentos. Alguns sintomas inespecíficos que podem indicar acidose láctica incluem: perda de peso inexplicada, desconforto no estômago, náuseas, vômitos, fadiga, fraqueza e falta de ar.
- Se você tiver hepatite B e parar de tomar Truvada repentinamente, poderá ocorrer reagudização ou agravamento da hepatite.
- **Riscos desconhecidos:** O uso de PrEP pode gerar efeitos colaterais ainda desconhecidos. Os pesquisadores irão lhe informar se souberem de qualquer coisa que possa lhe fazer mudar de ideia quanto a participação no estudo.
- **Infecção por HIV e resistência a medicamentos:** Existe o risco de que, caso ocorra infecção pelo HIV durante o período de estudo, o vírus se torne resistente a um ou ambos os medicamentos que constituem o Truvada[®] (tenofovir e emtricitabina), ou ainda a lamivudina (um medicamento similar a emtricitabina). A resistência poderia limitar as suas opções para o tratamento do HIV. Testes de resistência serão oferecidos, e você poderá discutir as opções de tratamento com um médico do estudo.
- **Riscos da terapia hormonal:** existem alguns possíveis efeitos colaterais associados ao uso da terapia hormonal, como alteração do peso, dor de cabeça, dor abdominal, enjoo, coceira, reação alérgica, tontura, alterações visuais, palpitações, má digestão, alterações no fígado, nódulos avermelhados doloridos (eritema nodoso), dor e sensibilidade das mamas, inchaço, ansiedade, alteração do desejo sexual, acne e formação de coágulos sanguíneos nas veias (trombose). Entretanto, a terapia hormonal já vem sendo usada amplamente para feminização por travestis e mulheres transexuais, e os efeitos colaterais graves são raros. Você passará por avaliações médicas frequentes, e você poderá relatar todos os seus sintomas nas avaliações médicas e receber as orientações necessárias para as suas queixas.
- **Riscos da coleta de sangue (punção venosa):** A coleta de sangue pode causar desconforto temporário devido a picada da agulha, hematomas e infecção.
- **Riscos do teste de HIV:** O teste para HIV pode causar ansiedade independente do resultado dos testes. Um teste positivo (reagente) indica que você foi infectada pelo vírus HIV. Receber resultados positivos pode causar muito aborrecimento. Se o seu teste for negativo (não reagente), ainda existe a

possibilidade de que você possa estar infectada e venha a apresentar um teste positivo (reagente) no futuro, caso tenha realizado seu teste na fase de janela imunológica da infecção. A realização do exame de Pool de carga viral no estudo aumenta a chance de detectar a infecção pelo HIV mesmo no período de janela imunológica. Além disso, é sempre possível que os resultados dos testes possam estar errados (falso-positivo ou falso-negativo).

- **Riscos da entrevista/aconselhamento:** Alguns dos assuntos abordados nas entrevistas e discutidos durante o aconselhamento são muito pessoais e você poderá se sentir desconfortável ao falar sobre eles. Você não é obrigada a responder a qualquer pergunta que não deseje responder. Você poderá interromper uma entrevista ou sessão de aconselhamento a qualquer momento.
- **Danos sociais:** A participação no projeto demonstrativo de PrEP pode levar a danos sociais, incluindo a perda de privacidade, estigmatização, interferência com emprego remunerado, e coerção. Caso você se depare com qualquer um destes problemas durante o período de estudo, por favor, contate um membro da equipe do estudo.
- Para mais informações sobre riscos e efeitos colaterais, pergunte ao seu médico do estudo.

Existem benefícios de participar do estudo?

A participação neste estudo pode ou não beneficiar a sua saúde. Você irá receber testes que irão informá-la sobre seu status de HIV e você poderá aprender mais sobre seus comportamentos de risco para infecção por HIV e outras DST. Você receberá Truvada® para profilaxia pré-exposição diária, sem custo, por até 48 semanas. Se desejar, poderá receber terapia hormonal para feminização por até 54 semanas. A vacinação contra hepatite B será oferecida, a menos que você já tenha sido imunizada ou infectada pelo vírus da hepatite B. O aconselhamento sobre redução de risco e os preservativos que forneceremos poderão ajudá-la a se proteger contra a infecção pelo HIV e outras DST. Se você tiver sífilis, herpes, gonorréia ou clamídia receberá orientações e tratamento para essas DST.

Quais as minhas alternativas, caso não queira participar deste estudo?

Você pode ter acesso ao teste de HIV pelo sistema público de saúde com aconselhamento e pode receber preservativos, por exemplo, num centro de testagem e aconselhamento. Você pode realizar a consulta médica, hoje. A sua potencial participação em estudos futuros não será afetada.

A minha informação médica será mantida em sigilo?

Faremos o possível para garantir que as informações pessoais em seu prontuário médico sejam mantidas em sigilo. No entanto, não podemos garantir total privacidade. As suas informações pessoais poderão ser fornecidas caso seja exigido por lei. Todas as outras informações coletadas como parte deste estudo estarão presentes apenas em seu registro de estudo e não incluirão o seu nome ou outras informações de identificação. Todos os registros do estudo serão armazenados em um local trancado ou sob a proteção de senha em computadores do estudo. Apenas a equipe desta pesquisa terá acesso ao seu registro de estudo. Caso as informações deste estudo sejam publicadas ou apresentadas em reuniões científicas, o seu nome e outras informações pessoais não serão usados.

As instituições que poderão visualizar informações de seus registros médicos por motivo de pesquisa, garantia de qualidade e análise de dados, incluem:

- Equipe de estudo, monitores e outros pesquisadores participantes
- Comitê de Ética em Pesquisa do INI/Fiocruz
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)

Quais são os custos de participar neste estudo?

Participar do estudo não lhe custará nada. Você receberá um reembolso no valor de 20 (vinte) reais para atender os gastos com transporte e alimentação no dia que comparece ao centro de pesquisas para realizar a visita do estudo.

O que acontece se eu sofrer algum dano por ter participado deste estudo?

Se você se sentir prejudicada por participar deste estudo, será oferecido suporte no INI/Fiocruz. É importante que você converse com os membros da equipe da pesquisa se você sentir que foi prejudicada pela participação neste estudo.

Se os médicos da pesquisa determinarem que o prejuízo foi em consequência de sua participação no estudo, o centro da pesquisa se responsabilizará pelos cuidados médicos que forem necessários. Se você necessitar de cuidados médicos que o INI/Fiocruz não possa oferecer, o médico do estudo encaminhará você para um hospital apropriado, sem custos para você, capaz de oferecer o tratamento médico para seu problema. Você poderá comunicar o médico pessoalmente ou ligar para (21) 2270-7064.

Quais os meus direitos caso eu participe deste estudo?

A participação neste estudo é escolha sua. Você pode optar por participar ou não do estudo. Se você decidir participar deste estudo, você poderá sair do estudo a qualquer momento. Independente, da decisão que tomar, não haverá penalidade a você e você não perderá nenhum dos seus benefícios normais.

Nós lhe informaremos sobre novas informações ou alterações no estudo que poderiam afetar a sua saúde ou a sua vontade de continuar no estudo.

No caso de lesão resultante deste estudo, você não perderá nenhum dos seus direitos legais ao assinar este formulário.

Quem pode responder às minhas perguntas sobre o estudo?

Você pode conversar com a equipe da pesquisa sobre qualquer dúvida ou preocupação que tiver a respeito deste estudo. A pesquisadora responsável por este estudo é a Dra. Beatriz Grinsztejn e você pode entrar em contato com ela e com outros profissionais envolvidos nesta pesquisa no seguinte endereço:

Laboratório de Pesquisa Clínica em DST e AIDS do INI/FIOCRUZ
Avenida Brasil, 4365 - Manguinhos - Rio de Janeiro - Cep: 21040-360
Tel: (021) 2270-7064

Se você precisar fazer algum contato de emergência poderá falar com um membro da equipe do estudo pelo telefone (21) 997849876 ou algum plantonista do INI no telefone (21) 3865-9595

Para questões sobre seus direitos como participante deste estudo:

Contate o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas/Fundação Oswaldo Cruz – INI/FIOCRUZ (um grupo de pessoas que avalia a condução do estudo com o objetivo de proteger seus direitos) no seguinte endereço:

Avenida Brasil, 4365 - Manguinhos - Rio de Janeiro - Cep: 21040-360.

Tel: (21) 3865-958

CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO NO SUBESTUDO DE MENSAGENS INTERATIVAS PARA APOIO AO USO DE COMPRIMIDOS ENTRE USUÁRIAS DE PrEP

Será oferecido para todas as voluntárias participação no subestudo de mensagens interativas de texto recebidas por telefone celular para apoio ao uso de comprimidos entre usuárias de PrEP. Se você desejar participar, preencherá um breve questionário em papel sobre o uso do telefone celular e hábitos de envio de mensagens de texto. Na visita de inclusão será realizado um sorteio para um dos dois grupos do subestudo: Grupo A e Grupo B. Se você for sorteada para o grupo A, receberá mensagens de texto semanais de apoio ao longo do estudo e, se for para o grupo B, não receberá as mensagens. Se você ficar no grupo A, será informada sobre o cronograma das mensagens, ou seja, o dia e a hora em que as mensagens serão recebidas. Você receberá semanalmente mensagem de texto com uma pergunta sobre como você está se sentindo. Se você indicar que “está bem”, através de uma resposta pré-definida “SIM”, nenhuma conduta adicional será realizada. Se você indicar que “não está bem” através da resposta pré-definida “NÃO”, você será contatada pela equipe do estudo dentro um período de até 48 horas (horário normal de funcionamento do centro) para que se possa ajudar a resolver a questão de adesão ou qualquer outra questão que exija apoio. Para todas as chamadas ou visitas que ocorrerem em resposta ao procedimento de mensagens, a equipe do estudo registrará a natureza do problema e a resposta de apoio da equipe. Estima-se que as ligações de apoio durem aproximadamente 15-20 minutos.

Semanalmente será enviada uma mensagem no período da manhã. Se não houver resposta, a mensagem será reenviada no período da noite do mesmo dia. Se não houver resposta em até 24h, uma nova mensagem será enviada na semana seguinte, obedecendo ao esquema descrito anteriormente. Se após 3 semanas consecutivas, você não responder às mensagens enviadas, você será contatada pela equipe do estudo por telefone para determinar a razão de não retornar as mensagens.

Na visita final do estudo, na semana 48, se você for do grupo A, será convidada a preencher outro curto questionário em papel para avaliar sua experiência com o programa de mensagens de texto. Se você decidir sair do estudo precocemente ou a PrEP for definitivamente descontinuada, esse questionário será aplicado na visita de saída.

Para ser oferecido este subestudo precisamos saber de seu interesse em participar. Por favor, assinale SIM ou NÃO, de acordo com a opção que melhor expressar sua decisão.

A qualquer momento você poderá entrar em contato com a equipe do estudo e pedir que as mensagens de texto deixem de ser enviadas. Independentemente do que você decidir, isso não afetará seu atendimento ou sua participação nesse estudo. As mensagens serão enviadas gratuitamente ao seu celular.

Você deseja participar do processo de triagem para o subestudo de mensagens interativas para apoio ao uso de comprimidos entre usuárias de PrEP e, caso seja sorteada para o grupo A do estudo, aceita receber mensagens de texto para o número de celular que você autorizar durante o processo de triagem do estudo?

SIM	NÃO
-----	-----

CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO NAS AVALIAÇÕES DE SAÚDE ÓSSEA ENTRE AS USUÁRIAS DE PREP

Dados relativos a saúde óssea das mulheres transexuais e travestis são escassos, em especial quanto ao uso da PrEP, principalmente no Brasil. Por essa razão, será oferecida para todas as voluntárias na visita de triagem participação nas avaliações de saúde óssea para analisar se há alguma diferença na densidade mineral óssea (força do osso) antes e depois de iniciar PrEP. Pessoas com baixa densidade mineral óssea (osteopenia ou osteoporose) têm maior risco de fraturas, principalmente dos quadris, coluna vertebral e braços. O modo habitual de medir a densidade mineral óssea é com radioabsorciometria de feixes duplos (densitometria óssea ou DXA), que mede a densidade mineral óssea no quadril e na coluna vertebral inferior. Se você concordar em participar, iremos agendar um exame densitometria óssea, que mede a quantidade e a densidade do osso, que é um meio de avaliar a força dos seus ossos. Este exame pode ser realizado a qualquer horário do dia, não exige preparo especial e requer que a pessoa fique deitada, parada, numa maca durante 20 a 30 minutos. Durante esse período, um sensor se moverá acima do seu corpo e, usando raio X, determinará a densidade de seus ossos no quadril e na coluna vertebral. Apesar de utilizar raio X, a dose dos raios é baixa, sendo a exposição anual à radiação por causa do estudo menor que a de ocorrência natural à que a maioria das pessoas é exposta em dois dias. Além da densitometria óssea, uma coleta extra de sangue e de urina de aproximadamente 50mL (5 colheres de sopa de cada) será feita para analisarmos os marcadores de saúde óssea. No sangue estes marcadores são: vitamina D, PTH (hormônio que regula o metabolismo ósseo), cálcio, fósforo e o CTX (marcador da modelagem óssea telopeptídeo carboxiterminal do colágeno tipo I). Na urina será realizada pesquisa de proteínas, cálcio e fósforo. A densitometria óssea e as análises de sangue e urina serão repetidas três vezes ao longo do estudo: a primeira ocorrerá entre as visitas de triagem e inclusão e, as duas últimas nas visitas de semana 24 e 48. As análises serão feitas quando todas as amostras de todas as participantes estiverem disponíveis o que ocorrerá próximo ao final do estudo. Os resultados dos exames estarão disponíveis para todas as participantes ao final do estudo. As voluntárias que tiverem indicação de tratamento serão encaminhadas para o local de referência mais próximo de sua residência para acompanhamento.

Por favor, precisamos que você assinale abaixo a opção que melhor expressar sua decisão em relação a participar ou não das avaliações de saúde óssea. Independentemente do que você decidir, isso não afetará seu atendimento ou sua participação no estudo. É importante ressaltar que você não terá nenhum gasto

adicional se optar por participar dessas avaliações. As coletas de sangue e urina serão feitas juntamente com as demais coletas do estudo e o exame de densitometria óssea será agendado de acordo com sua conveniência respeitando o prazo de realização dos procedimentos em cada uma das visitas previstas. O primeiro exame de densitometria óssea, deve ser realizado ao menos 7 dias antes da visita de inclusão (quando a PrEP será iniciada) e no máximo 7 dias após iniciar a PrEP. Para a densitometria óssea das visitas de semana 24 e 36, o agendamento é permitido 30 dias antes ou depois da data alvo da visita.

Você deseja participar do processo de avaliação de saúde óssea?

SIM	NÃO
-----	-----

ARMAZENAMENTO DE AMOSTRAS DE SANGUE NÃO UTILIZADAS

Durante o estudo teremos que fazer exames laboratoriais para monitorar seu estado de saúde. Se você concordar, será coletada uma amostra adicional de 15 a 25 ml de sangue conforme a visita do estudo e, esta, ficará guardada no INI. As regras brasileiras de armazenamento de amostras biológicas serão cumpridas. De acordo com essas regras, o sangue será armazenado por até 10 anos, podendo haver renovação deste prazo mediante solicitação do pesquisador responsável. As amostras armazenadas ficarão sob responsabilidade da Dra. Beatriz Grinsztejn no Laboratório do INI/FIOCRUZ.

Nós poderemos usar as amostras armazenadas para saber mais sobre os medicamentos do estudo no seu sangue, para saber mais sobre a infecção pelo HIV ou outras doenças, ou para validar testes diagnósticos. Nós poderemos usar suas amostras para entender melhor como o uso de PrEP pode afetar infecções e a resposta do organismo à infecções. Nós poderemos realizar análises de genes (unidade física básica passada de pais para filhos) que estão envolvidos com o aparecimento de doenças e o processamento de medicamentos.

Os avanços médicos baseados em pesquisas futuras poderão beneficiar a você ou a outras pessoas no futuro. Você não será informada sobre os resultados das pesquisas futuras que usarão seu sangue, pois os resultados deste tipo de pesquisa geralmente não são úteis para decisões sobre a sua saúde. No entanto, você poderá ser contatada se algum destes resultados tiver algum impacto para a sua saúde. Seu sangue não será vendido nem usado para a produção comercial de produtos derivados. Nenhum tipo de pesquisa será feita com as amostras armazenadas de seu sangue sem que haja revisão e autorização por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

A decisão de nos autorizar a armazenar o sangue para pesquisas futuras é voluntária. Se você decidir não armazenar nós destruiremos suas sobras de amostras ao final do estudo. A qualquer momento você poderá entrar em contato com os pesquisadores e pedir que seu sangue não seja usado para pesquisas; neste caso, todas as suas amostras identificáveis que forem encontradas em nossos laboratórios serão destruídas.

Para fazer isso necessitamos de sua autorização; portanto, por favor, leia a afirmação a seguir cuidadosamente e marque SIM ou NÃO, de acordo com a opção

que melhor expressa a sua opinião. Independente, do que você decidir, sua decisão não afetará seus cuidados de saúde nem sua participação neste estudo. Sua confidencialidade será mantida, isso é, nenhum resultado de análises feitas a partir dessas amostras irá divulgar seu nome ou características que possam identificar você. O sigilo será preservado.

“Minhas amostras de sangue podem ser armazenadas para uso futuro em pesquisas para saber mais sobre a prevenção e o tratamento do HIV e da AIDS”

SIM	NÃO
-----	-----

CONSENTIMENTO PARA CONTATOS FUTUROS

Você pode querer ser contatada para decidir sobre sua participação em estudos adicionais, no futuro.

Para isso, nós precisamos da sua permissão, assim, por favor, leia a declaração abaixo cuidadosamente e assinale SIM ou NÃO, de acordo com a opção que melhor expressar sua decisão. Independentemente do que você decidir, isso não afetará seu atendimento ou sua participação nesse estudo.

“Um membro da equipe pode me contatar no futuro para perguntar se eu quero participar em outro estudo”.

SIM	NÃO
-----	-----

CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA “IMPLEMENTAÇÃO DA PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO (PREP) AO HIV: UM PROJETO DEMONSTRATIVO”

A sua participação nessa pesquisa é voluntária. Você tem o direito de se recusar a participar ou desistir da participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou perda de benefícios a que você tenha direito.

Se você leu este termo de consentimento livre e esclarecido (ou se ele lhe foi explicado), todas as suas perguntas foram respondidas e você concorda em participar deste estudo, favor assinar seu nome abaixo e rubricar todas as páginas deste termo de consentimento livre e esclarecido. Todas as páginas do termo também serão rubricadas pelo membro da equipe do estudo que realizou a discussão deste documento com você.

Nome social da participante (por extenso)

Nome de registro da participante (por extenso)

Assinatura da participante

____/____/____
Data

Representante Legalmente Autorizado da Participante (por extenso)

Assinatura do representante

____/____/____
Data

Membro da equipe do estudo que realizou a discussão do termo de consentimento livre e esclarecido

Assinatura do membro da equipe do estudo

____/____/____
Data

Nome da Testemunha (por extenso)

Assinatura da testemunha

____/____/____
Data

ANEXO 4 - Termo de compromisso de utilização de dados

Termo de Compromisso de Utilização de Dados**Saúde mental e Síndemia entre travesti e mulheres transsexuais avaliadas para o uso de profilaxia pré-exposição ao HIV**

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes cujos dados serão coletados no banco de dados do LAPCLIN-AIDS do INI Evandro Chagas. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Rio de Janeiro, ___ de _____ de 201_.

Nome do Pesquisador Assinatura

ANEXO 5 - Parecer consubstanciado do CEP

INSTITUTO NACIONAL DE
INFECTOLOGIA EVANDRO
CHAGAS - INI / FIOCRUZ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Saúde mental e síndrome entre trans avaliadas para uso de profilaxia pré-exposição para o HIV

Pesquisador: RAQUEL BRANDINI DE BONI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 11850919.1.0000.5262

Instituição Proponente: INSTITUTO NACIONAL DE INFECTOLOGIA EVANDRO CHAGAS - INI/FIOCRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.575.136

Apresentação do Projeto:

Os autores expõem a área de interesse a ser investigada de forma clara, estando redigida de forma razoável, com uma aceitável definição da base teórica e conceitual.

Objetivo da Pesquisa:

Descritos detalhadamente e contemplados na metodologia a ser utilizada no estudo. Correta definição do problema a ser pesquisado (objetivos da pesquisa).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não precisa de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O TCLE é o do projeto de base. O Termo de Sigilo e Confidencialidade está correto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante ao contexto epidemiológico do País e do mundo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram cumpridos os Termos de apresentação obrigatória.

Recomendações:

.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Foram cumpridas todas as pendências.

Endereço: Avenida Brasil 4365

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.040-360

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3865-9585

E-mail: cep@ini.fiocruz.br

INSTITUTO NACIONAL DE
INFECTOLOGIA EVANDRO
CHAGAS - INI / FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 3.575.136

Considerações Finais a critério do CEP:

O referido projeto foi avaliado em maio de 2019, onde foram listadas 5 pendências. O projeto já foi modificado e foram cumpridas todas as pendências.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1082084.pdf	26/07/2019 00:22:21		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Michelle_projeto_26_07_2019.docx	26/07/2019 00:19:25	MICHELLE RAMOS DA SILVA	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	carta_cep2.docx	25/07/2019 22:40:26	MICHELLE RAMOS DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	12/04/2019 12:14:14	MICHELLE RAMOS DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 14 de Setembro de 2019

Assinado por:
Mauro Brandão Carneiro
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Brasil 4365
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.040-360
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3665-9585 **E-mail:** cep@ini.fiocruz.br