



Carla Kerr Pontes

Prevalência de sífilis entre Homens que fazem sexo com homens no Brasil

Fortaleza

2020

Carla Kerr Pontes

Prevalência de sífilis entre homens que fazem sexo com homens no Brasil

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Orientador(a): Prof.a Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto

Coorientador(a): Profa. Dra. Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr

Fortaleza

2020

Catálogo na fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Biblioteca de Saúde Pública

K41p Kerr, Pontes, Carla.
Prevalência de sífilis entre homens que fazem sexo com homens
no Brasil / Carla Kerr Pontes – Fortaleza, 2020.
203 f. : il. color.; tab.

Orientadoras: Prof.^a Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha
Barreto e Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família -
PROFSAÚDE) – Fundação Oswaldo Cruz, Eusébio, CE, 2019. Programa
proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO),
com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e
integrado por instituições de ensino superior associadas em uma
Rede Nacional.

1. Sífilis. 2. Homens que fazem Sexo com Homens 3. Doenças
Sexualmente Transmissíveis 4. Estratégia da Saúde da Família. 5.
Minorias Sexuais e de Gênero. 6. Prevalência. I. Título.

CDD – 23.ed. – 616.95130981

Carla Kerr Pontes

Prevalência de sífilis entre homens que fazem sexo com homens no Brasil

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Aprovada em: 20 de março de 2020.

Banca Examinadora

Profª. Dra. Terezinha do Menino Jesus Silva
Universidade Federal do Ceará

Profª. Dra. Vanira Matos Pessoa
Fundação Oswaldo Cruz – Ceará

Profª. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Ceará

Fortaleza

2020

Dedico minha dissertação de mestrado a meus pais, por serem meus maiores incentivadores, pelo exemplo que sempre me deram de coragem e simplicidade em suas escolhas, por estarem sempre ao meu lado, e aos meus filhos Liz e Gabriel, pela paciência neste período, e por serem minhas maiores inspirações e força para minha caminhada em todas as escolhas da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me proporcionado chegar até aqui. A minha família por toda paciência e comprometimento todos estes anos, contribuindo diretamente para o meu sucesso na conclusão deste trabalho.

Agradeço a minha orientadora Profa. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto pela paciência, orientação e parceria no percurso desta dissertação.

Agradeço aos meus pais por terem sido meus maiores incentivadores neste processo.

Agradeço a minha mãe e co-orientadora Profa. Dra. Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr por ter sido minha grande parceira, mãe e amiga durante todo meu trajeto até a conclusão deste trabalho.

*“O período de maior ganho em
conhecimento e experiência é o período mais
difícil da vida de alguém.”*

(Dalai Lama)

RESUMO

INTRODUÇÃO: Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), tem-se observado um aumento das infecções sexualmente transmissíveis (IST) em diversos países no mundo, entre elas, a sífilis. A sífilis é uma infecção bacteriana de caráter sistêmico, curável e exclusiva do ser humano. O progresso na prevenção declinou nas últimas duas décadas com o ressurgimento da infecção em todo o mundo. A sífilis no Brasil tem acompanhado o crescimento mundial e o crescimento nas taxas de sífilis no país é atribuído primariamente aos homens que fazem sexo com homens (HSH), devido este grupo possuir uma carga desproporcionalmente maior da doença. **MATERIAL E MÉTODO:** Um estudo multicêntrico transversal foi realizado em 12 capitais brasileiras, incluindo o Distrito Federal, representando as cinco regiões político-administrativas do Brasil, de junho a dezembro de 2016. O estudo utilizou o método *Respondent Driven Sampling* para amostrar 4.176 homens que fazem sexo com homens. **RESULTADOS:** A amostra de HSH caracteriza-se por ser jovem (56,5% tinham menos do que 25 anos), mais de 70% (71,3%) tinham, no mínimo, o ensino médio completo, 67,7% se identificaram como não brancos e mais da metade (56,7%) advinham das classes sociais mais desfavorecidas (C, D e E). Mais de 80,0% (82,5%, IC: 80,4 – 84,6) consultaram um médico no último ano anterior a pesquisa. A prevalência de IST auto relatada na vida foi de 27,8%, com destaque para sífilis (52,1%), HIV/Aids (27,5%) e gonorreia (23,4%). Além disso, quase 20,0% apresentaram algum sintoma de IST no último ano, como úlceras/feridas (7,5%) e bolhas (7,1%) no pênis e/ou anus. Destes, 81,8% receberam tratamento para estes sintomas. Menos de 40% referem ter recebido algum material educativo sobre IST no último ano. Dentre os que receberam algum material, 53,0% informam que receberam no serviço público de saúde. Somente 53,8% apresentam conhecimento suficiente sobre as formas de transmissão do HIV. **CONCLUSÃO:** Este estudo mostrou uma elevada taxa de prevalência de sífilis na vida entre HSH no Brasil. O valor encontrado em 2016 foi 355 vezes maior que a taxa de detecção na população geral brasileira em 2018. E mais, a metade destes casos de sífilis entre os HSH foram classificados como na forma ativa, ou seja, recente. A meta estabelecida pela OMS de reduções de 90% na incidência de gonorreia e sífilis, globalmente, entre 2018 e 2030, frente às necessidades de ampliações de serviços de prevenção, testes e tratamento a fim de alcançar esses objetivos, parece difícil de ser atingido.

Palavras-chave: Sífilis; Respondent-Driven Sampling; HSH, Brasil.

ABSTRACT

INTRODUCTION: According to the World Health Organization (WHO), an increase in sexually transmitted infections (STIs) has been observed in several countries in the world, including syphilis. Syphilis is a bacterial infection of a systemic character, curable and exclusive to humans. Progress in prevention has declined in the past two decades with the resurgence of infection worldwide. Syphilis in Brazil has followed the worldwide growth and the increase in syphilis rates in the country is attributed primarily to men who have sex with men (MSM), because this group has a disproportionately greater burden of the disease. **MATERIAL AND METHOD:** A cross-sectional multicenter study was carried out in 12 Brazilian capitals, including the Federal District, representing the five political-administrative regions of Brazil, from June to December 2016. The study used the Respondent Driven Sampling method to sample 4,176 men who have sex with men. **RESULTS:** The sample of MSM is characterized by being young (56.5% were under 25 years old), more than 70% (71.3%) had at least completed high school, 67.7% if identified as non-white and more than half (56.7%) came from the most disadvantaged social classes (C, D and E). More than 80.0% (82.5%, CI: 80, q - 84.6) consulted a doctor in the last year prior to the survey. The prevalence of self-reported STIs in life was 27.8%, with emphasis on syphilis (52.1%), HIV / AIDS (27.5%) and gonorrhea (23.4%). In addition, almost 20.0% had some STI symptom in the last year, such as ulcers / wounds (7.5%) and blisters (7.1%) on the penis and / or anus. Of these, 81.8% received treatment for these symptoms. Less than 40% report having received some educational material about STI in the last year. Among those who received some material, 53.0% report that they received it in the public health service. Only 53.8% have sufficient knowledge about the forms of HIV transmission. **CONCLUSION:** This study showed a high prevalence rate of syphilis in life among MSM in Brazil. The value found in 2016 was 355 times higher than the detection rate in the general Brazilian population in 2018. What's more, half of these syphilis cases among MSM were classified as active, that is, recent. The goal set by the WHO of 90% reductions in the incidence of gonorrhea and syphilis, globally, between 2018 and 2030, in view of the need to expand prevention, testing and treatment services in order to achieve these objectives, seems to be difficult to reach.

Keywords: Syphilis; Respondent-Driven Sampling; MSM, Brazil.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|-----------|--|----|
| Figura 1 | <i>Treponema pallidum</i> | 15 |
| Figura 2: | Úlcera genital da sífilis (Cancro Duro). | 16 |
| Figura 3 | Sífilis secundária | 16 |
| Figura 4 | Prevalências das Infecções Sexualmente Transmissíveis no mundo.. | 19 |
| Figura 5 | Estados e cidades onde o estudo entre HSH foi conduzido em 2016, Brasil..... | 26 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|----------|---|----|
| Tabela 1 | Distribuição das características socioeconômico e demográfico entre homens que fazem sexo com homens em 12 cidades, Brasil, 2016... | 48 |
| Tabela 2 | Prevalência de sífilis ativa, cicatriz e total na vida entre HSH em 12 cidades brasileiras, 2016..... | 49 |
| Tabela 3 | Prevalência da sífilis ativa, cicatriz e teste rápido (TR) positivo entre HSH em 12 cidades, Brasil, 2016..... | 50 |
| Tabela 4 | Infecção por Doenças Sexualmente Transmissível (IST) na vida, recebimento de material educativo, sintomas e tratamento de IST nos últimos 12 meses entre HSH de 12 cidades, Brasil, 2016..... | 52 |

LISTA DE SIGLAS

| | |
|------|--|
| AB | Atenção Básica |
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| AIDS | Síndrome da imunodeficiência adquirida |
| APS | Atenção Primária em Saúde |
| HIV | Human Immunodeficiency Virus |
| HSH | Homens que fazem sexo com homens |
| IST | Infecção sexualmente transmissível |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |

SUMÁRIO

| | |
|---|------------|
| 1. INTRODUÇÃO | 12 |
| 2. REVISÃO DE LITERATURA..... | 12 |
| 2.1 A sífilis..... | 13 |
| 2.2 Sífilis no mundo..... | 18 |
| 2.3 Transmissão Materno-fetal..... | 20 |
| 2.4 Sífilis no Brasil | 21 |
| 2.5 Sífilis entre HSH..... | 22 |
| 2.6 Estratégia de saúde da família e a sífilis | 24 |
| 3. OBJETIVOS..... | 25 |
| 3.1 Objetivo geral | 25 |
| 3.2 Objetivos específicos | 25 |
| 4. MATERIAL E MÉTODO..... | 26 |
| 4.1 Local e tipo de estudo | 26 |
| 4.2 Método de Amostragem..... | 27 |
| 4.3 População de estudo..... | 28 |
| 4.4 Coleta de dados..... | 29 |
| 4.5 Pesquisa formativa..... | 33 |
| 4.6 Instrumento de coleta de dados | 33 |
| 4.7 Testes diagnósticos | 34 |
| 4.8 Diagnóstico laboratorial de sífilis..... | 34 |
| 4.9 Gerenciamento dos dados..... | 35 |
| 4.10 Plano de análises epidemiológicas do estudo de prevalência de sífilis em HSH em Fortaleza..... | 36 |
| 4.11 Aspectos éticos | 37 |
| 5. RESULTADOS..... | 39 |
| 6. REFERÊNCIAS DA DISSERTAÇÃO | 58 |
| 7. REFERÊNCIAS DO ARTIGO | 62 |
| 8. APÊNDICE 1..... | 72 |
| 9. APÊNDICE 2..... | 74 |
| 10. APÊNDICE 3..... | 198 |

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016), tem-se observado um aumento das infecções sexualmente transmissíveis (IST) em diversos países no mundo, entre elas, a sífilis. A sífilis é uma infecção bacteriana de caráter sistêmico, curável e exclusiva do ser humano. É causada pelo *Treponema pallidum*, uma bactéria não corada pelo gram, descoberta em 1905 (PEELING *et al.*, 2017). Pode atingir homens, mulheres, e o conceito de gestantes infectadas pela espiroqueta. A sífilis é uma das IST's que mais gera preocupação devido aos variados impactos negativos que pode provocar à saúde, como infertilidade, mortes fetais e neonatais, mau formações congênitas, além de aumentar a probabilidade de transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (BRASIL, 2016a).

Ao longo dos anos houve importante redução da prevalência de casos de sífilis que se manteve baixa até o ano de 2005 (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2016). Entretanto, o progresso na prevenção declinou nas últimas duas décadas com o ressurgimento da infecção em todo o mundo (BERNSTEIN, *et al.*, 2013; REKART *et al.*, 2017). Os casos de sífilis primária e secundária aumentaram em quase 130% nos Estados Unidos, entre os anos de 2005 e 2014 (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2016). No Canadá, os casos de sífilis em HSH aumentaram quatro vezes, entre os anos de 2005 e 2014. Os HSH representavam 60,4% dos casos de sífilis em 2005, e 88,9% em 2014 (CENTER FOR DISEASE CONTROL, 2015). No Brasil, o crescimento nas taxas de sífilis é atribuído primariamente aos homens que fazem sexo com homens (HSH) (BRASIL, 2016a; 2017) devido este grupo possuir uma carga desproporcionalmente maior da doença (ABARA, *et al.*, 2016).

A sífilis no Brasil tem acompanhado o crescimento mundial (BRASIL, 2017). A taxa de detecção de sífilis adquirida no Brasil em 2010 foi de 0,8/100 mil habitantes, aumentando para 75,8/100 mil habitantes em 2018. (BRASIL, 2016a)

Ao longo dos anos houve importante redução da prevalência de casos de sífilis que se manteve baixa até o ano de 2005 (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2016). Entretanto, o progresso na prevenção declinou nas últimas duas décadas com o ressurgimento da infecção em todo o mundo (BERNSTEIN, *et al.*, 2013; REKART *et al.*, 2017). Os casos de sífilis primária e secundária aumentaram em quase

130% nos Estados Unidos, entre os anos de 2005 e 2014 (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2016). No Canadá, os casos de sífilis em HSH aumentaram quatro vezes, entre os anos de 2005 e 2014. Os HSH representavam 60,4% dos casos de sífilis em 2005, e 88,9% em 2014 (Center for Disease Control, 2015). No Brasil, o crescimento nas taxas de sífilis é atribuído primariamente aos homens que fazem sexo com homens (HSH) (BRASIL, 2016a; 2017) devido este grupo possuir uma carga desproporcionalmente maior da doença (ABARA, *et al.*, 2016).

Estudos indicam que estes números de casos de sífilis podem ser ainda mais elevados entre HSH que fazem uso de terapia antirretroviral (HAART) (REKART *et al.*, 2017) e profilaxia pré-exposição (PrEP) (SCOTT; KLAUSNER, 2016). A incidência de sífilis entre HSH fazendo uso de PrEP foi 44,6 vezes maior do que entre HSH que não fazem uso de PrEP (KOJIMA; DAVEY; KLAUSNER, 2016). Parece haver uma sinergia entre as mudanças comportamentais e biológicas decorrentes do uso destas terapias e o aumento de novos casos de sífilis (REKART *et al.*, 2017). Em várias regiões metropolitanas dos EUA, o uso da internet para encontrar parceiros e uso de drogas, como metanfetaminas, foi associado com o aumento de casos de sífilis entre HSH (CHEW NG; SAMUEL; LO, *et al.*, 2013).

Desta forma, devido ao aumento da incidência de sífilis no Brasil e no mundo, e pelo fato das complicações que esta doença pode acarretar em adultos e, principalmente, nos fetos de gestantes infectadas com a doença, e o fato de que muitos HSH também apresentam relações sexuais com mulheres e se tornam um importante foco de transmissão da doença, este estudo se justifica para estimar a prevalência da sífilis em homens que fazem sexo com homens no Brasil e o seu potencial papel na transmissão entre mulheres e, conseqüentemente, em seus conceitos.

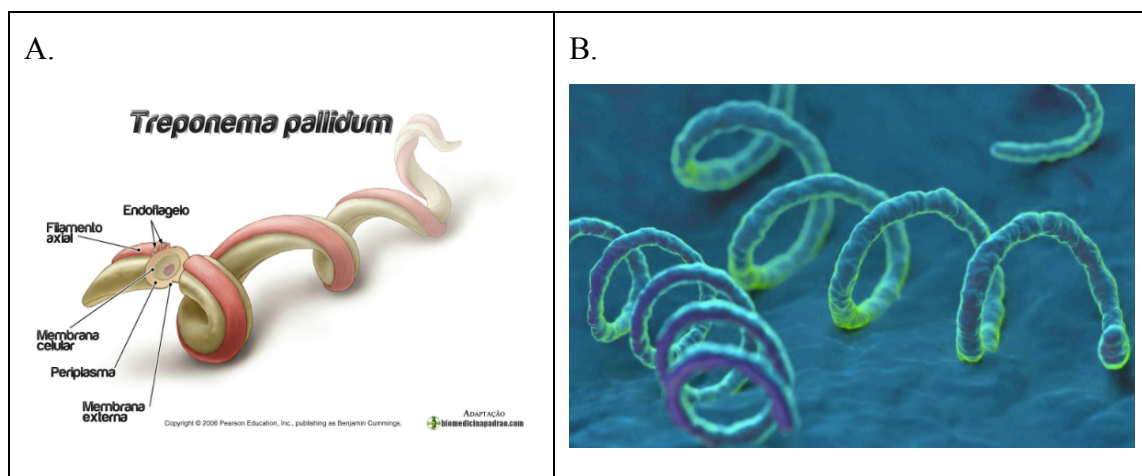
2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A SÍFILIS

Sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST), embora possa ser transmitida por transfusão de sangue contaminado, por contato com lesões mucocutâneas ricas em treponemas e por via transplacentária para o feto ou pelo canal do parto, o que configura a sífilis congênita (SELL; BERKOWER; MAX, 1996).

Os aspectos históricos da sífilis tornam a leitura fascinante e a especulação sem fim, e a sua origem é um assunto controverso, embora existam duas teorias mais aceitas. A primeira teoria sustenta que a doença era endêmica na América e que os marinheiros de Cristóvão Colombo a teriam introduzido na Europa Ocidental ao final do século XV. A teoria do Velho Mundo baseia-se na tese de que as treponematoses já existiriam no território europeu e seriam causadas por um único micro-organismo, originário na África, que com o passar do tempo foi se diferenciando e adquirindo características que aumentaram a sua virulência e permitiram a transmissão sexual e o desenvolvimento de epidemias (ROTHSCHILD, 2005)

A sífilis é causada pela espiroqueta *Treponema pallidum*, subespécie *pallidum* (ordem Spirochaetales) (Figura 1 A e B) (PEELING *et al.*, 2017). O *T. pallidum* é uma bactéria que não cora pelo gram e um patógeno humano obrigatório reconhecido pela sua capacidade invasiva e imuno-invasiva. Tem a forma de espiral, não possui membrana celular e é protegido por um envelope externo com três camadas ricas em moléculas de ácido N-acetil murâmico e N-acetil glucosamina. Apresenta flagelos que se iniciam na extremidade distal da bactéria e encontram-se junto à camada externa ao longo do eixo longitudinal. Move-se por rotação do corpo em volta destes filamentos (SINGH; ROMANOWSKI, 1999). É um microrganismo de difícil crescimento em culturas *in vitro*, e por isso a dificuldade de se utilizar de técnicas para delinear os determinantes de sua virulência, o que é o principal obstáculo para o seu estudo. Adiciona-se a isso a fragilidade e pouca quantidade de proteína de sua membrana externa, que tem dificultado os esforços para caracterizar suas moléculas expostas na superfície (RADOLF, 1995).

Figura 1 – *Treponema pallidum*

Fonte: A: (CÂMARA, 2011) e B: (CARVAJAL JIMÉNEZ, 2017)

As manifestações clínicas da doença resultam da resposta inflamatória local provocada pelas espiroquetas que se replicam dentro dos tecidos (CRUZ *et al.*, 2012; LAFOND; LUKEHART, 2006). A história natural da sífilis evolui por estágios que se alternam entre sintomáticos e assintomáticos, sendo que qualquer órgão do corpo humano pode ser afetado. Tipicamente, "sífilis precoce" refere-se a infecções que podem ser transmitidas sexualmente (incluindo primária, secundária e infecções latentes precoces) e é sinônimo de sífilis ativa. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define "sífilis precoce" como uma infecção de menos de 2 anos de duração (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). Pacientes com sífilis primária apresentam uma única úlcera (cancro) ou múltiplas lesões nos genitais ou outros sites corporais envolvidos em contato sexual e apresentam linfadenopatia local, aproximadamente 3 semanas após a infecção (Figura 2); estas são tipicamente indolores e se resolvem espontaneamente. A resolução das lesões primárias é seguida de 6-8 semanas mais tarde por manifestações secundárias, que podem incluir febre, dor de cabeça e uma erupção maculopapular no flanco, ombros, braço, peito ou costas e isso geralmente envolve as palmas das mãos e solas dos pés (Figura 3). Conforme os sinais e sintomas diminuem, os pacientes entram em fase latente, o que pode durar muitos anos. Pacientes nos primeiros 1-2 anos de latência possuem alto risco de transmissão devido a um risco de 25% de recaídas de sífilis secundária (ROLFS *et al.*, 1997). A literatura sugere que 15-

40% dos indivíduos não tratados irão desenvolver a sífilis terciária, que pode se manifestar com graves lesões neurológicas, cardíacas, de pele, viscerais e ósseas.

Figura 2 - Úlcera genital da sífilis (Cancro Duro).



Fonte: (PINHEIRO, 2018)

Figura 3 - Sífilis secundária



Fonte: (CARVAJAL JIMÉNEZ, 2017)

Dados recentes sugerem que a sífilis terciária é menos comum hoje, talvez devido ao amplo uso de antibióticos. Numerosos relatos de casos sugerem que a

infecção pelo HIV aumenta o risco de complicações neurológicas e oftalmológicas nos indivíduos com sífilis (GOLDEN; MARRA; HOLMES, 2003).

Importante ressaltar que a neurosífilis é tipicamente descrita como uma manifestação tardia da doença, mas pode ocorrer na sífilis precoce. Na verdade, *T. pallidum* pode ser frequentemente identificado de forma permanente no fluido cérebro-espinhal de pacientes com doença precoce (LUKEHART *et al.*, 1988). No entanto, a maioria de pacientes com sífilis precoce com anormalidades de LCR não demonstra sintomas do SNC e não requer terapia para neurosífilis (WORKOWSKI; BOLAN, 2015). Manifestações sintomáticas de neurosífilis incluem meningite crônica, síndromes meningo-vasculares que simulam as manifestações de um AVC e manifestações comuns nas formas neurológicas da sífilis terciária (tabes dorsalis e paresias generalizadas, uma demência progressiva que pode mimetizar uma variedade de síndromas psicóticas) (BENNETT; DOLIN; BLASER, 2014).

A transmissão sexual da sífilis ocorre durante os primeiros 1-2 anos após a infecção (isto é, durante o primeiro, o segundo e o início do estágio latente da infecção). O risco da transmissão vertical é mais alto nos estágios primário e secundário, seguido pelo estágio latente precoce. Entretanto, o risco de transmissão continua durante os primeiros 4 anos após a exposição, após os quais o risco de transmissão vertical diminui com o tempo (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006). A taxa de transmissão fetal depende do estágio da infecção materna, com cerca de 30% das gestações resultarem em morte fetal intra útero ou morte logo após o nascimento. Crianças nascidas de mães infectadas são geralmente pré-termo, com baixo peso, ou têm sinais clínicos que mimetizam sepsis neonatal (anorexia, letargia, *rash*, icterícia, hepatoesplenomegalia, anemia) (WATSON-JONES *et al.*, 2002).

Dado que o *Treponema pallidum* possui um tempo reprodutivo longo, penicilinas de longa duração, como a penicilina benzatina, são as escolhas principais para terapia de pacientes com sífilis. Desde 1940, quando a penicilina se tornou acessível, a prevalência de sífilis tem diminuído em regiões onde é fácil de se realizar o teste diagnóstico e realizar o tratamento da doença. Entretanto, surtos de sífilis tem ocorrido ao redor do mundo, principalmente com o declínio de morte relacionada a AIDS devido ao tratamento de pacientes com HIV nas duas últimas décadas, fazendo

com que a sífilis tenha ressurgido em centros urbanos, principalmente em homens que fazem sexo com homens (ABARA, *et al.*, 2016); CANTOR, *et al.*, 2016; PETERMAN *et al.*, 2015; SHOCKMAN; BUESCHER; STONE, 2014; ZHONG *et al.*, 2011; ZHOU *et al.*, 2014). Países de baixa e de média renda têm observado aumento no número de casos de sífilis, assim como aumento do número de casos de neurosífilis e, em alguns países, sífilis congênita (PEELING, *et al.*, 2017). Nos países de baixa renda, onde a prevalência de sífilis tem se mantido alta, a transmissão materno-fetal da sífilis tem sido uma das causas mais comuns de mortalidade relacionadas a IST's, superando as mortes devido ao HIV ou malária (NEWMAN, *et al.*, 2013). Juntamente com a malária, sífilis é agora a segunda maior causa de natimortos em todo mundo (LAWN, *et al.*, 2016).

Sífilis deveria ser uma doença de escolha para ser eliminada, já que ela não possui reservatório animal, pode ser usualmente diagnosticada com testes simples e de baixo custo, e tem cura. Apesar disso, sífilis continua sendo um desafio mundial (PEELING *et al.*, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

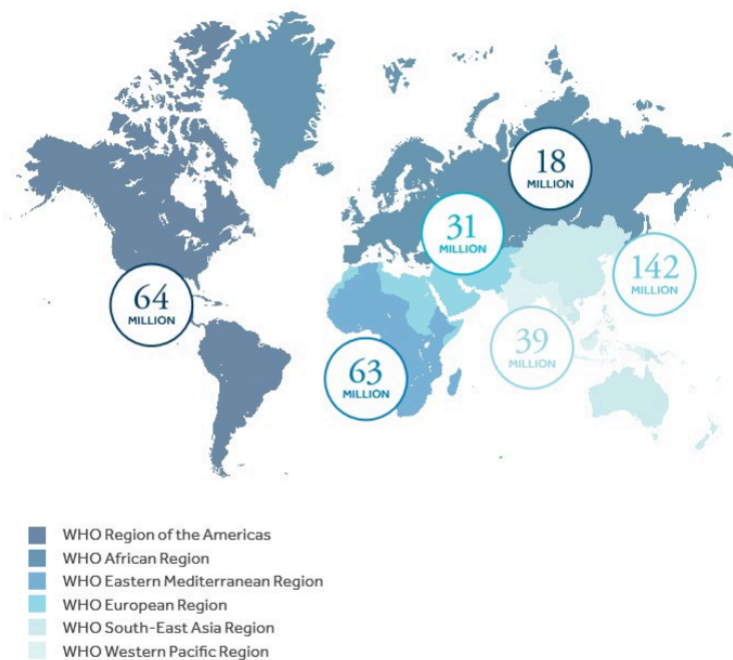
2.2 SÍFILIS NO MUNDO

De acordo com a OMS, a prevalência de infecções sexualmente transmissíveis (IST) tem aumentado no mundo. Anualmente, estima-se que, no mundo, ocorram cerca de 357 milhões de novos casos de IST curáveis, quais sejam: Clamídia trachomatis (131 milhões), Gonorreia (78 milhões), Sífilis (6 milhões), Trichomonas (147 milhões) entre pessoas de 15 a 49 anos (Figura 4) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Nos países de baixa e média renda, a disseminação heterossexual da sífilis tem diminuído na população geral, mas se mantém problemática em algumas subpopulações de alto risco, como profissionais do sexo e seus clientes do sexo masculino. Em contraste, países de alta renda tem tido diminuição da prevalência de sífilis entre homens e mulheres heterossexuais. Entretanto, nota-se um ressurgimento da sífilis que acomete desproporcionalmente os HSH. A sífilis está relacionada a comportamento sexual de risco e a infecção aumenta substancialmente se associada com a transmissão e contágio pelo HIV. De fato, os números e taxas de casos reportados de sífilis entre HSH

nos Estados Unidos e Europa Ocidental tem aumentado desde 1998 (ABARA; HESS; NEBLETT FANFAIR, *et al.*, 2016). Em 2015, as taxas de sífilis primária e secundária entre HSH (309/100.000) nos Estados Unidos eram 221 vezes a taxa em mulheres (1,4 por 100.000) e 106 vezes a taxa entre homens heterossexuais (2,9 por 100.000) (VOUX, *et al.*, 2017). No Canadá, a incidência de sífilis era 300 vezes maior entre HSH portadores do vírus do HIV que os casos reportados entre a população masculina em geral. Os fatores de risco para sífilis são geralmente sobrepostos. A infecção por sífilis tem sido associada com certos comportamentos e outros fatores, incluindo encarceramento, múltiplos parceiros sexuais, atividade sexual associada a uso de drogas ilícitas, procura por parceiros sexuais pela internet e outras atividades sexuais de alto risco que envolvem redes sociais (CDC, 2018; VAN WAGONER *et al.*, 2011). Apresentações atípicas da sífilis e a rápida progressão da doença em pacientes com infecção pelo HIV levantam a hipótese de que a infecção pelo HIV ou em tratamento alteram a história natural da sífilis (REKART *et al.*, 2017).

Figura 4 – Prevalências das Infecções Sexualmente Transmissíveis no mundo



Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016.

2.3 TRANSMISSÃO MATERNO-FETAL

Complicações ao nascimento causadas pela exposição fetal à sífilis são preveníveis se as mulheres realizarem *screening* para sífilis e for realizado tratamento adequado antes do final do segundo trimestre da gestação (BRASIL, 2016a). Entretanto, a transmissão materno-fetal da sífilis causam taxas altas de mortalidade infantil e em neonatos que, em 2007, a Organização Mundial de Saúde e seus parceiros lançaram uma iniciativa global para eliminá-la como um problema de saúde pública (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007). Na época do lançamento desta campanha, aproximadamente 1,4 milhões de mulheres grávidas haviam sido diagnosticadas com infecção ativa pela sífilis, das quais 80% tinham ido a pelo menos uma consulta de pré-natal, sugerindo oportunidades perdidas delas serem testadas e tratadas (DOMINGUES; LEAL, 2016). Nesta época, estima-se que estas infecções maternas não tratadas resultaram em mais de 500.000 complicações nas gestações e mais de 300.000 mortes perinatais.

Os testes para sífilis e seu tratamento durante a gestação são altamente eficazes e estudos tem mostrado que o investimento no *screening* para sífilis durante o pré-natal, testes para indicação de tratamento, e tratamento durante a gestação apresentam ótimo custo-benefício na maioria dos países, independente da prevalência da doença ou da disponibilidade de recursos e podem reduzir os custos na transmissão materno-fetal onde a prevalência de sífilis é maior que 3% nas mulheres grávidas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012a).

Desde 2007, vem aumentando o número de países que vem implementando iniciativas nacionais e regionais para prevenir a transmissão materno-fetal da sífilis (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012a), aumentando protocolos, utilizando postos de atendimento para testes como meios de melhorar o acesso do público a estes testes e ao tratamento, e realizando programas de controle de comportamento de risco e intervenções médicas na prevenção e programas de controle do HIV. Em 2012, estes esforços contribuíram para uma redução no número global de complicações na gestação devido a transmissão materno-fetal da sífilis de 350.000, incluindo 210.000 mortes perinatais, e tinha diminuído as taxas de sífilis materna e congênita em 38% e 39%, respectivamente (WIJESOORIYA *et al.*, 2016).

2.4 SÍFILIS NO BRASIL

Acompanhando o crescimento da sífilis no mundo, o Brasil registrou um aumento constante no número de casos de sífilis em gestantes, tanto a congênita como a adquirida, nos últimos cinco anos (BRASIL, 2019a). No Brasil, a taxa de detecção de sífilis adquirida em 2010 e 2015 foi de 0,8/100 mil habitantes e de 42,7/100 mil habitantes, respectivamente. Destaca-se que em 2015, os homens apresentaram a maior prevalência (60,2%) (BRASIL, 2016a), apesar de dados da OMS afirmarem que o número de homens e mulheres infectados com STI no mundo é similar (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016). No ano de 2016, foram notificados 87.593 casos de sífilis adquirida, 37.436 casos de sífilis em gestantes e 20.474 casos de sífilis congênita - entre eles, 185 óbitos, no Brasil. A maior proporção dos casos foi notificada na região Sudeste. Entre os anos de 2010 e 2016, a elevação da taxa de incidência de sífilis congênita e as taxas de detecção de sífilis em gestante por mil nascidos vivos aumentaram cerca de três vezes, passando de 2,4 para 6,8, e de 3,5 para 12,4 casos por mil nascidos vivos, respectivamente (BRASIL, 2016a)

A prevalência das IST e sífilis pode-se ter aumentado por uma série de questões, entre elas: pelo aprimoramento do sistema de vigilância e a ampliação do uso de testes rápidos para sífilis no Sistema Único de Saúde (SUS), aumentando a cobertura de testagem; pela redução do uso de preservativo (BRASIL, 2017); pela resistência dos profissionais de saúde à administração da penicilina na Atenção Básica (BRASIL, 2017); pelo desabastecimento mundial de penicilina (NURSE-FINDLAY, *et al.*, 2017).

A sífilis adquirida, que teve sua notificação compulsória implantada em 2010, teve sua taxa de detecção aumentada de 2,0 casos por 100 mil habitantes, em 2010 para 42,5 casos por 100 mil habitantes, em 2016 (BRASIL, 2017). Note-se que, o fato de a tendência de aumento das taxas observadas para sífilis adquirida se apresentar de maneira mais acentuada, representa, neste momento, em grande parte o aumento no número de notificações, ao invés de um aumento real do número de casos. Em comparação com o ano de 2015, observou-se um aumento de 14,7% na taxa de detecção em gestantes, acompanhado do aumento de 4,7% na incidência de sífilis congênita e do aumento de 26,8% na incidência de sífilis adquirida (BRASIL, 2017). Apesar do efeito mais dramático da sífilis se apresentar no conceito, que requer um controle eficaz sobre

a infecção entre as mulheres gestantes, o crescimento nas taxas de sífilis no Brasil é atribuído, primariamente, aos homens que fazem sexo com homens, devido este grupo possuir uma carga desproporcionalmente maior da doença (ABARA; HESS; NEBLETT FANFAIR, *et al.*, 2016).

2.5 SÍFILIS ENTRE HSH

Segundo o CDC, o número de casos de sífilis vem aumentando no mundo, assim como no Brasil, onde o crescimento nas taxas de sífilis é atribuído primariamente aos homens que fazem sexo com homens (HSH) (ABARA; HESS; NEBLETT FANFAIR, *et al.*, 2016). Houve um grande declínio no uso de preservativos na população geral, mas principalmente nesta população específica de HSH, e embora este comportamento ainda esteja sendo estudado, uma das causas seria o surgimento da profilaxia pré-exposição, ou PrEP.

A PrEP é uma das mais recentes e eficazes estratégias de prevenção biomédica contra a infecção pelo HIV. A PrEP é uma forma de pessoas que não têm HIV, mas que correm um risco considerável de adquiri-lo, evitar a infecção pelo HIV, tomando uma pílula que contém dois medicamentos (tenofovir e emtricitabina) que são usados em combinação com outros medicamentos para tratar o HIV (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2018). Estes medicamentos podem ajudar a impedir que o vírus estabeleça uma infecção permanente. A PrEP vem se destacando pela eficácia apresentada em diversos ensaios clínicos desenvolvidos (BAETEN, *et al.*, 2012; GRANT, *et al.*, 2010; PETERSON *et al.*, 2007; THIGPEN *et al.*, 2012; VAN DAMME *et al.*, 2012), sendo recomendada especialmente para populações-chaves vulneráveis à infecção, dentre os quais se destacam os HSH (GRANT, *et al.*, 2010). Em tais populações, a PrEP vem mostrando uma redução no risco de infecção de 92% ou até maior (GRANT, 2010; GRANT, *et al.*, 2014), dependendo da adesão. A PrEP tem sido recomendada para HSH em situação de risco (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014; 2012) e vem sendo empregada em países desenvolvidos, como Estados Unidos, Reino Unido e França, em combinação com outras formas de

prevenção. No Brasil, teve início como política de prevenção combinada no final de 2017.

Enquanto alguns autores argumentam que a PrEP não leva a um amplo risco sexual (BEYMER, *et al.*, 2018; FREEBORN; PORTILLO, 2017; LIU *et al.*, 2013; MARCUS, *et al.* 2013), a maioria dos pesquisadores reconhece um grande aumento nas IST entre os usuários da PrEP (BARREIRO, 2018; KOJIMA; DAVEY; KLAUSNER, 2016; SCOTT; KLAUSNER, 2016). Isso está associado ao declínio do uso de preservativos (BARREIRO, 2018) e à percepção popular da transformação da AIDS de uma doença infecciosa aguda com risco de vida para uma doença crônica tratável (DEEKS; LEWIN; HAVLIR, 2013; KENDALL, 2010). A sífilis, como uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), parece desempenhar um papel na transmissão do HIV (GIROMETTI, *et al.*, 2016; KATZ, *et al.* 2016; SOLOMON *et al.*). Vários autores defendem o uso simultâneo do tratamento com PrEP e IST, reconhecendo que a PrEP e o não uso de preservativos estão fortemente associados (DUBOURG; RAOULT, 2016; GIROMETTI, *et al.*, 2016; SCOTT; KLAUSNER, 2016). O uso de PrEP e o não uso de preservativos entre HSH poderia explicar o aumento tanto da sorologia positiva para o HIV como da sífilis na comunidade.

A aquisição recente de certas IST's está associada ao aumento da incidência de HIV em HSH (ZETOLA, *et al.*, 2009). Em particular, a infecção por clamídia ou gonorreia retal pode aumentar o risco de seroconversão do HIV (BERNSTEIN, *et al.*, 2010). A infecção por sífilis também se revelou um fator de risco independente para aquisição futura de HIV (PATHELA *et al.*, 2015; SOLOMON *et al.*, 2014). A sífilis precoce é um fator de risco para a aquisição do HIV em HSH, prevendo uma incidência de 8,3/100 mil habitantes. Estudos feitos com HSH na Inglaterra mostraram que a introdução do tratamento pré exposição para o HIV (PrEP) pode aumentar a prevalência de ISTs, apoiando a inclusão de triagem das mesmas nas diretrizes de manejo da PrEP (GIROMETTI, *et al.*, 2016).

Fortaleza é a única capital brasileira que vem desenvolvendo, de forma sistemática, estudos sobre a prevalência do HIV entre HSH (GONÇALVES, *et al.*, 2016; GONDIM; KERR, 2000; GONDIM, *et al.*, 2009; KENDALL, *et al.*, 2008; KERR, 2009). Em 2009, um estudo para estimar a prevalência de base do HIV e da

sífilis entre a população de HSH foi realizado em 10 cidades brasileiras (KERR, *et al.*, 2013), mostrando uma prevalência de 12,1% para o HIV e em torno de 9,0% para sífilis para as capitais estudadas. Por este motivo, faz-se necessário avaliar a prevalência de sífilis, atualmente, nesta capital, além de avaliar os motivos pelos quais este aumento incidência de sífilis vem ocorrendo, a fim de que medidas possam ser tomadas para evitar e controlar esta situação.

2.6 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A SÍFILIS

A Estratégia Saúde da Família (ESF), proposta como modelo de atenção à saúde pela Política Nacional de Atenção Básica, tem contribuído para a ampliação da oferta de serviços de saúde no Brasil. O cuidado pré-natal adequado é um fator crucial para o controle de casos de sífilis congênita, haja vista que gestantes diagnosticadas e tratadas precocemente apresentam redução do risco de transmissão vertical da sífilis e menor chance de apresentarem desfechos desfavoráveis ao conceito, se comparadas àquelas com intervenção medicamentosa tardia. A Atenção Primária à Saúde, e no Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é locus privilegiado da implementação de ações para controle da sífilis (SARACENI; MIRANDA, 2012). Entretanto, no caso da Sífilis Congênita, estudos epidemiológicos apontaram que apesar do aumento da cobertura do pré-natal, quando se realizam exames sorológicos e tratamento de casos, observou-se baixa efetividade destas ações no controle do agravo. Estudos apontam falhas na qualidade do atendimento, como a dificuldade de uso da penicilina nas Unidades Básicas (ARAUJO, *et al.*, 2012). É preciso criar novas estratégias na ESF para identificar casos e dar acesso ao tratamento aos grupos vulneráveis, como os HSH e as mulheres em contato com estes. A capacitação dos profissionais de saúde para abordagem as IST, em especial os profissionais da ESF, o provimento de exames e medicamentos são caminhos para a redução da prevalência de sífilis.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em 2011 foi criada a Rede Cegonha, estabelecendo-se diretrizes para um atendimento materno-infantil de qualidade, sendo preconizada a ampliação da testagem rápida para sífilis no primeiro e

no terceiro trimestres de gestação, com o objetivo de viabilizar o diagnóstico e o tratamento em tempos oportunos (REDE CEGONHA).

A incidência de sífilis gestacional e de sífilis congênita no Brasil tem aumentado nos últimos anos, e o aumento foi mais significativo nos municípios que apresentaram percentuais de cobertura da ESF inferiores a 75%, nos mostrando a importância da estratégia de saúde da família no controle tanto da sífilis gestacional como da sífilis congênita. Estudos ainda mostram que as gestantes que realizam pré-natal na Estratégia de Saúde da Família, recebem maior percentual de cuidados, de acordo com os procedimentos recomendados pelo Ministério da Saúde, do que outros serviços de saúde (MENDOZA-SASSI, *et al.*, 2011).

3 OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GERAL

Estimar a prevalência da infecção por sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) e comportamentos em relação ao teste da sífilis e à assistência à sífilis a fim de subsidiar as políticas públicas de prevenção e assistência a esta IST nesta população específica.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever características socioeconômicas de HSH de acordo com o status sorológico da sífilis;
- Descrever as características da sífilis e outras IST entre HSH;
- Descrever acesso a tratamento da sífilis e outras IST entre HSH.

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1 LOCAL E TIPO DE ESTUDO

O estudo foi realizado em 12 municípios brasileiros nas cinco regiões do Brasil, de junho a dezembro de 2016, a saber: Manaus, Belém (região Norte); Fortaleza, Recife, Salvador (região Nordeste); Brasília, Campo Grande (região Centro-Oeste); Belo Horizonte, Rio de Janeiro e São Paulo (região sudeste) e Curitiba, Porto Alegre (região sul) (Figura 1).

O local escolhido para a pesquisa foi um estabelecimento público de saúde, exceto em Belo Horizonte e Salvador, onde foram utilizados locais privados. Os horários de coleta foram ajustados para incluir horário comercial ou mesmo noites ou fins de semana, conforme necessário. Todos os locais continham espaços para um recepcionista e uma área de espera, para entrevistas e uma sala privada para testes e aconselhamento.

Figura 5 – Estados e cidades onde o estudo entre HSH foi conduzido em 2016, Brasil.



Este estudo é parte de um inquérito da segunda Pesquisa de Vigilância Biológica e Comportamental (PVBC) realizada entre HSH, usando a metodologia *Respondent Driven-Sampling* (RDS). O RDS é um método de amostragem em cadeia que permite que os participantes recrutem seus conhecidos e usa um modelo matemático para ajustar esse método de recrutamento (GILE, 2011; HECKATHORN, 1997; SALGANIK, 2006). O RDS já foi usado em centenas de pesquisas (JOHNSTON, *et al.*, 2016; MALEKINEJAD, *et al.*, 2008; MONTEALEGRE *et al.*, 2013) em todo o mundo e foi recentemente identificado como uma importante contribuição para aspectos sociais, comportamentais e econômicos por pesquisa realizada pelas Academias Nacionais de Ciências dos EUA (NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES; MEDICINE, 2017).

4.2 MÉTODO DE AMOSTRAGEM

Os participantes foram recrutados por meio da técnica *Respondent Driven Sampling*¹ (RDS) (HECKATHORN, 2007; HECKATHORN, 1997; 2002b). O RDS é um método de amostragem em cadeia que começa com uma amostra de conveniência de membros da população-alvo chamada “sementes”. As sementes recebem números variáveis de cupons, em geral três cupons, não reproduzíveis, únicos e com numeração específica para que se forme uma cadeia, e iniciam a amostra através da entrega dos cupons para três indivíduos conhecidos da comunidade de HSH. Estes, ao comparecerem ao local da pesquisa e aceitarem participar, passam a fazer parte da amostra da pesquisa, formando uma onda. Estes novos participantes desta onda receberão mais três cupons, cada um repetindo todo o processo anterior até que o tamanho amostral tenha sido atingido. Todos os indivíduos participantes do estudo recebem um incentivo pelo tempo dispendido, para transporte e alimentação, e para cada membro da comunidade de HSH recrutado por ele e que aceite participar da pesquisa.

¹ Após inúmeras tentativas de tradução deste nome, o governo brasileiro decidiu por manter o nome em inglês, pela dificuldade de interpretação do nome em português.

O RDS produz cadeias de recrutamento que, quando adquirem um ponto denominado “equilíbrio”, não são mais dependentes das sementes, escolhidas por conveniência. Além disso, os participantes fornecem a informação sobre o tamanho de sua rede pessoal de outros HSH que são potenciais participantes. O tamanho desta rede social é utilizado para atribuir pesos aos indivíduos nos dados finais a fim de corrigir a influência do tamanho da rede e do recrutamento diferencial, dado que os participantes com tamanhos de rede maiores têm uma maior probabilidade de serem selecionados e receberão, portanto, menor peso, e vice-versa.

Para o cálculo do tamanho amostral, empregando recomendações de Wejnert *et al.* (2012) de efeito de desenho² de 4, usando uma população finita e empregando prevalência entre a população de HSH encontrada em estudos anteriores (KERR, *et al.*, 2013). O tamanho amostral para Fortaleza foi estimado em 131 participantes ($\alpha=5\%$, Poder=80%). Entretanto, tamanhos muito menores que 350 podem fazer com que a população, no caso do RDS, não consiga reduzir a variabilidade das variáveis estudadas. Este processo será verificado empiricamente através do software RDS Analyst, empregado na análise de amostras selecionadas utilizando o RDS. Desta forma, pretende-se trabalhar com uma amostra total mínima de 350 indivíduos.

4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população é composta de homens que fazem sexo com homens (HSH) que tenham 18 anos completos ou mais e que residam em Fortaleza. Serão considerados elegíveis para participarem do estudo aqueles que cumprirem os seguintes critérios: 1) ter tido pelo menos uma relação sexual com um homem nos últimos 12 meses; 2) morar, residir ou estudar no município participante; 3) ter 18 anos ou mais; 4) aceitar as condições para participar do estudo, que incluem responder o questionário do estudo e realizar o teste (optativo) para sífilis; 5) Estar em condições físicas e mentais de participar; 6) concordar em convidar seus pares para participarem do estudo.

² Efeito de desenho é a variação do tamanho da amostra necessária devido ao uso de aglomerados ou amostragem complexa, normalmente levando a um incremento no tamanho amostral

Estarão excluídos da amostra os participantes ≤ 18 anos; que estiverem sob a influência de drogas, incluindo álcool, no momento da entrevista ou que se identifiquem como transexuais ou travestis, considerando que estas não fazem parte da mesma rede social dos HSH.

4.4 COLETA DE DADOS

Homens que receberam um cupom válido e foram orientados por seus recrutadores a ligar para um número telefônico e agendar um horário e local para realizarem a entrevista ou a comparecerem ao endereço especificado nos cupons em horários pré-estabelecidos. O cupom (Anexo I) conterá o horário de atendimento e o local da pesquisa. As entrevistas foram realizadas neste mesmo local. O participante elegível entregou ao entrevistador seu cupom e recebeu do mesmo as explicações sobre os objetivos do estudo, procedimentos, riscos e benefícios da participação e aqueles considerados elegíveis e que aceitaram participar assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram inscritos no projeto através de um gerenciador de cupons que gerou 16 etiquetas que serão utilizadas para identificar: 1) dois TCLE³; 2) um check list; 3) quatro planilha dos testes; 4) três tubos de sangue; 5) seis etiquetas com os números dos convidados deste participante para os dois lados dos três cupons. Após este procedimento, foi realizada uma entrevista estruturada. Aqueles considerados não-elegíveis ou que desistiram de participar foram convidados a responder um breve questionário com perguntas de natureza sócio demográficas e motivos para não participação e receberam material educativo e preservativos.

Para aplicar as entrevistas, este projeto adotou a tecnologia de auto entrevista assistida por computador (*audio computer-assisted self-interviewing* - ACASI). Trata-se de tecnologia que vem sendo cada vez mais adotada (BROWN; SWARTZENDRUBER; DICLEMENTE, 2013) quando se pesquisa sujeitos em situação de vulnerabilidade abordando informações sensíveis e comportamentos de risco.

³ Um TCLE para a pesquisa quantitativo e outro para a qualitativo (Pesquisa Formativa)

Pesquisas neste contexto têm sido prejudicadas por sua dependência de entrevistados para relatar com precisão sobre o envolvimento em comportamentos que são altamente sensíveis e eventualmente ilegais. Um exemplo de uso bem-sucedido do ACASI foi em uma pesquisa em que esta tecnologia foi utilizada para medir comportamentos de adolescentes. Nesta pesquisa observou-se uma maior prevalência de relatos de contato sexual entre homens, uso de drogas injetáveis, e exposição sexual de risco entre usuários de drogas intravenosas (Turner et al., 1998). Em outro estudo avaliando uso de gel microbicida por mulheres em relações sexuais, constatou-se que as informações relacionadas a comportamentos sexuais foram obtidas com mais precisão com o uso de ACASI do que através de entrevista convencional (Gorbach et al., 2012). Em um estudo de metanálise, observou-se que as entrevistas assistidas por computador apresentaram uma melhor qualidade dos dados de entrada e taxas elevadas de relatos de comportamentos sensíveis como sexo oral, anal e/ou sexo forçado, idade de iniciação sexual, uso de preservativo na primeira relação sexual, entre outras (Langhaug et al., 2010).

O questionário estruturado construído através do sistema ACASI foi apropriado para uso em tabletes. O questionário foi auto aplicado e os participantes poderiam ser assistidos por entrevistadores caso fosse solicitado. Os participantes também poderiam optar por terem a totalidade do questionário aplicado no tablete através do entrevistador, caso se sentissem mais confortáveis e/ou não tivessem condições físicas ou cognitivas de utilizar este dispositivo.

Após a entrevista, o entrevistado foi convidado a fazer o aconselhamento pré-teste para sífilis. Após o aconselhamento pré-teste, os participantes foram encaminhados para fazer os testes rápidos para sífilis. Os testes rápidos (TR) são imunoenaios (IE) simples, que podem ser realizados em até 30 minutos, permitindo a realização do diagnóstico de sífilis em ambientes não laboratoriais, ampliando o acesso ao diagnóstico de forma rápida e segura na presença do indivíduo eliminando a possibilidade de troca de amostra.

De acordo com a aceitação do participante sobre os testes que ele desejasse fazer, foi coletado sangue venoso da seguinte forma: 1) um tubo com EDTA e gel separador de 4,5ml para os quatro testes rápidos; 2) 1 tubo seco com gel separador de

4,5ml para confirmatório de HIV, sífilis, hepatites B e C; 3) 1 tubo com EDTA e gel separador de 4,5ml para carga viral, genotipagem e teste de avidéz. Profissionais de saúde capacitados e sob a supervisão do Departamento de Infecções Sexualmente transmissíveis/Aids e Hepatites Virais (DIAHV) realizarão a coleta do material biológico.

A coleta das amostras de sangue total foi feita através da punção de uma das veias da fossa ante cubital de um dos membros superiores (direito ou esquerdo) com garrote suficientemente apertado para distender a veia, sem causar desconforto. O garrote foi mantido até que se assegure fluxo adequado e contínuo do sangue venoso, liberando-o em seguida, antes de ser retirada a agulha. É aplicada pressão diretamente no local da punção, com algodão ou gaze esterilizada, mantendo o braço reto ou um pouco elevado em seguida será aplicado um adesivo protetor no local da punção (OPPERMANN, 2003).

Ao final da coleta, as amostras foram encaminhadas a um laboratório de apoio (Instituto Adolfo Lutz - SP), para realização dos testes confirmatórios, no caso do nosso estudo, o de sífilis, por meio dos testes de VDRL e FTA-Abs (no caso de resultados discordantes). O transporte até o laboratório Adolfo Lutz foi realizado em gelo seco e foi realizado por transportadoras regulamentadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para este fim.

Após a coleta de sangue, o participante era encaminhado para o aconselhamento pós-teste para receber os resultados dos testes rápidos. Após o teste e aconselhamento pós-teste, se algum dos exames resultassem positivo, o participante era encaminhado a uma unidade de referência do SUS para atendimento clínico recomendado pelo serviço ou da escolha do participante.

Em seguida, o supervisor entregava o ressarcimento no valor de R\$25,00 (vinte e cinco reais) para despesas com alimentação e transporte. Além disto, fornecia a quantidade pré-estabelecida de cupons. Inicialmente eram entregues três cupons que, no decorrer do estudo, de acordo com o tamanho das cadeias ou para finalizar a amostra, poderiam ser reduzidos ou incrementados de acordo com a necessidade do estudo. Os participantes também eram orientados a convidar outros HSH conhecidos para participarem do estudo entregando-lhes os cupons devidamente numerados. Quando os

convidados iam ao local do estudo, e fossem elegíveis e completassem todos os procedimentos de campo, os participantes que o convidaram receberiam novo incentivo da quantia de R25,00 (vinte e cinco reais) para despesas com transporte e alimentação por cada convidado que ele trouxer e que participar da pesquisa.

Os participantes com algum resultado positivo eram encaminhados para unidades de saúde de referência para IST pré-definidas, onde deveriam comparecer portando um cartão de encaminhamento da pesquisa ou da unidade de atendimento, caso esta tenha um padrão específico. Os resultados dos exames eram encaminhados para estas unidades de referência que eram treinadas quanto aos procedimentos com estes indivíduos. O acompanhamento pelo Sistema Único de Saúde deveria ocorrer conforme normas do Ministério da Saúde.

Os profissionais envolvidos foram devidamente capacitados pelos coordenadores e por consultores qualificados. Para todas as etapas do estudo (agendamento da entrevista, entrevista mediada por tabletes, aconselhamento pré-teste, encaminhamentos, aconselhamento e entrega de cupons e gerenciamento dos incentivos) foram elaborados manuais contendo os Procedimentos Operacionais Padrão (POP), que foram aprovados pelo DIAHV. Planilhas para controle de qualidade dos processos também foram utilizadas em todas as etapas do estudo.

4.5 PESQUISA FORMATIVA

Antes da fase de coleta de dados, foi realizada uma pesquisa formativa no município do estudo para que a equipe de pesquisa definisse a melhor estratégia para o recrutamento, a fim de facilitar a participação dos voluntários e evitar problemas não previstos por desconhecimento da realidade local. O coordenador principal, o local e um especialista em metodologia qualitativa conduziram as entrevistas abertas e semiestruturadas com grupos focais de curta duração para obter informações sobre: interesse dos HSH em participar deste projeto de pesquisa; necessidade de ressarcimento e natureza do ressarcimento; escolha de materiais educativos a serem distribuídos; preferência por procedimentos e logística do estudo (local, dias e horários de funcionamento, característica dos membros da equipe, seleção das sementes, cupons,

retornos e encaminhamentos). Para participar das entrevistas ou grupos focais, os voluntários foram orientados a revisar e assinar um TCLE específico para este fim.

4.6 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Um instrumento de coleta de dados disponibilizado pelo Departamento Nacional de IST/AIDS e Hepatites Virais (DIAHV) foi complementado pelo coordenador do estudo até o limite de 20% a mais de questões. O instrumento foi construído em blocos, levando em conta os indicadores monitorados pelo Programa das Nações Unidas para IST's e a Organização Mundial da Saúde (OMS). Os seguintes blocos foram abordados:

- I. Identificação;
- II. Informações socioeconômicas e demográficas;
- III. Formas de transmissão de algumas doenças sexualmente transmissíveis;
- IV. Assistência à saúde em geral;
- V. Testagem;
- VI. Informações sobre banco de sangue;
- VII. Visibilidade gay/homossexual;
- VIII. Discriminação e violência;
- IX. Comportamento sexual;
- X. Uso de álcool e drogas;
- XI. Fontes de informações sobre IST's e acesso a preservativos;
- XII. Integração e participação social.

4.7 TESTES DIAGNÓSTICOS

Profissionais especializados em coleta de sangue treinados em coleta venosa e, preferencialmente, aconselhamento, estavam disponíveis durante todo o campo da pesquisa. Além do tubo coletado para a realização dos testes rápidos, os outros dois tubos de sangue, coletados com EDTA, foram centrifugados para separação do plasma e congelados a -20°C e, ao final do estudo, encaminhadas para o Instituto Adolfo Lutz de São Paulo, com capacidade técnica de realizar os exames confirmatórios de sífilis (FTA e VDRL) de acordo com as exigências técnicas do DIAHV, passando pelos seguintes procedimentos: 1) As amostras foram acondicionadas em caixas térmicas (de isopor) com gelo reciclável; 2) As caixas foram vedadas com fita adesiva; 3) As caixas foram identificadas com nome, endereço completo da instituição remetente; 4) O acondicionamento das amostras foi feito momentos antes do recolhimento da caixa de isopor pela empresa transportadora; 5) Era necessário o agendamento prévio da retirada do material pela transportadora.

Quanto aos procedimentos de Biossegurança, foram aplicados os cuidados necessários ao manuseio de amostras potencialmente infectantes, entre os quais: 1) Uso de avental com mangas longas, luvas descartáveis, óculos de proteção e máscara; 2) Abrir os tubos contendo sangue envolvendo a tampa com gaze para evitar inalação de aerossóis; 3) Não reencapar as agulhas (este procedimento é uma das principais causas de acidentes com material biológico de profissionais de saúde); 4) Descartar o material em recipientes com paredes rígidas adequadas a materiais perfurocortantes.

4.8 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DE SÍFILIS

Para a determinação da prevalência de sífilis, foi utilizado o teste VDRL. Considerando o TR como teste de triagem para sífilis, nas amostras cujo resultado do VDRL for não-reagente foi realizado o teste FTA-Abs, conforme determinação da Portaria MS 3.242 de 30 de dezembro de 2011.

4.9 GERENCIAMENTO DOS DADOS

Uma equipe composta de vários profissionais foi encarregada do gerenciamento dos dados, desde a coleta até processamento e armazenamento, a saber. O manejo dos dados, incluindo todos os questionários e protocolos a serem utilizados, esteve sob responsabilidade do coordenador do estudo. Os campos tinham acesso à internet rápida provida pelo coordenador no local do estudo para que os dados coletados fossem imediatamente transferidos para uma central de controle sob a responsabilidade de um analista de sistema contratado para tal fim. Um supervisor de campo local realizou o controle de qualidade do armazenamento e transferência eletrônica das bases de dados e do gerenciamento eletrônico da entrega e recebimento de cupons.

Ao término da entrevista, o ACASI fechou a mesma automaticamente e a enviou por internet. Cada local de estudo era provido de um modem portátil com 6Gb de capacidade para que os dados fossem colhidos e imediatamente enviados por internet para um programador central encarregado do gerenciamento. Uma rotina foi criada de forma que os dados coletados nacionalmente, fossem encaminhados ao coordenador geral diariamente.

O analista de sistema elaborou quatro formulários eletrônicos a serem utilizados no campo: um questionário de elegibilidade contendo dados sociodemográficos dos participantes elegíveis e não elegíveis e sociocomportamental, um questionário de rede social, um questionário de seguimento da entrega de cupons e um formulário de resultados de testes (para registro do resultado do TR e dos demais testes recebidos online do laboratório). Para cada formulário foi gerada uma base de dados específica que será agrupada com as demais em única base de dados pelo ID do participante. Em tempo real, após o fechamento do questionário no tablete, os dados gravados nos tabletes foram transferidos através de internet para as bases de dados centrais em um sistema centralizado e seguro de gerenciamento e armazenamento de dados. Diariamente, os dados recebidos por esta central eram repassados ao coordenador. As bases recebidas foram, então, revisadas para limpeza dos dados. Antes do início do trabalho de campo, toda a equipe foi capacitada no manejo dos tabletes para entrevistas e nos procedimentos de envio dos dados via internet para o gerenciamento central.

Além disso, as equipes locais eram continuamente monitoradas para assegurar a qualidade da coleta eletrônica e armazenamento de dados.

4.10 PLANO DE ANÁLISES EPIDEMIOLÓGICAS DO ESTUDO DE PREVALÊNCIA DE SÍFILIS EM HSH EM FORTALEZA

A análise seguiu os seguintes passos. O estimador de amostragem sucessiva de Gile (GILE; HANDCOCK, 2010) foi usado para produzir estimativas ponderadas usando o software RDS Analyst versão 1.7-16. O estimador assume uma população finita e requer uma estimativa do tamanho da população para cada amostra. Para calcular isso, utilizou-se a proporção de homens (18 a 64 anos) que relataram ter tido pelo menos uma relação sexual com outro homem na Pesquisa Nacional de Conhecimento, Atitudes e Práticas na população brasileira, realizada em 2013 (BENZAKEN, *et al.*, 2016), realizado para fornecer estimativas regionais. Aplicamos essa estimativa regional à população masculina total de homens entre 18 e 64 anos em cada cidade de cada região, conforme fornecido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017).

Para calcular uma estimativa nacional, juntamos os bancos das 12 cidades criando um único banco de dados. Este banco foi, então, analisado usando a ferramenta de *surveys* de análise complexa do software Stata^{TR} 14.0, sendo cada cidade tratada como seu próprio estrato para ponderar os resultados finais.

As amostras reativas ao teste rápido foram testadas novamente por um teste não treponêmico - Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) (BRASIL, 2018) e foram diluídas em série para determinar se a doença está ativa. Como recomendado pelo Ministério da Saúde, sífilis ativa foi definida como títulos de VDRL iguais ou superiores a 1/8 mais o exame positivo com teste treponêmico (HENAO-MARTINEZ; JOHNSON, 2014; BRASIL, 2018; BRASIL, 2006). Utilizando este critério, foram estimadas as prevalências de sífilis ativa, cicatriz (TR+ e título <1:8) e na vida (TR+ e VDRL com título \geq 1:8) e seus respectivos intervalos de confiança (95%). Em seguida,

uma análise bivariada foi realizada comparando-se as variáveis de interesse com sífilis ativa e sífilis total com os controles negativos, separadamente.

4.11 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa seguiu fielmente as recomendações contidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde relativas à ética em pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto maior foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFC, credenciado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, e foi aprovado sob número 1.024.053 (23/06/2015).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos sujeitos da pesquisa foram aplicados a todos os participantes. Uma vez que o inquérito nacional e local ora proposto consistiu em uma pesquisa envolvendo seres humanos, o coordenador da pesquisa cuidou para que os responsáveis do trabalho de campo informassem aos sujeitos de pesquisa sobre os objetivos, métodos e benefícios da pesquisa, a fim de que eles pudessem emitir o consentimento de forma livre, esclarecida e por escrito. Por entender que nenhum ser humano poderá ser sujeito de pesquisa sem que lhe seja dada a opção de participar ou não da pesquisa, foi obrigatório o preenchimento e a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Caso o sujeito de pesquisa seja analfabeto, o termo de consentimento foi lido em voz alta, na presença de duas testemunhas, que o assinaram em conjunto.

Foi fornecido ressarcimento no valor de R\$25,00 (vinte e cinco reais) para despesas com alimentação e transporte dos participantes para coleta de dados. Como participantes também foram orientados a convidar outros HSH conhecidos para participarem do estudo entregando-lhes os cupons devidamente numerados e os orientando para este processo, quando os convidados iam ao local do estudo, fossem elegíveis e completassem todos os procedimentos de campo, os participantes que convidaram receberam novo incentivo da quantia de R\$25,00 (vinte e cinco reais) para despesas com transporte e alimentação por cada convidado que participou.

Todas as informações colhidas durante a pesquisa e após a conclusão serão mantidas em sigilo por todos aqueles que dela participarem. Por isto, foi solicitado

ainda que todos os membros da equipe envolvida na coleta de dados, quando da entrega do protocolo de pesquisa e antes do início dos trabalhos, que assinassem o termo de confidencialidade e sigilo, Declaração de Uso Específico do Material e/ou Dados Coletados, Termo de guarda de material biológico.

Os pesquisadores se comprometeram, outrossim, a instruir todos aqueles que participaram da pesquisa, sobretudo, aqueles selecionados para entrevistar os participantes e coletar material para análise, a não revelarem a terceiros, estranhos à pesquisa, nenhum dado coletado.

Os envolvidos na pesquisa empenharam os esforços necessários para assegurar que os dados coletados durante a pesquisa, a respeito das condições de saúde dos participantes, não identificassem o sujeito da pesquisa, uma vez que o estabelecimento de relação entre o sujeito de pesquisa e os dados coletados poderia inibir a colaboração dos participantes no desenvolvimento dos trabalhos. Para tanto serão identificados através de um número próprio do sistema de amostragem do RDS.

Para efeito dos resultados laboratoriais, o nome dos participantes era registrado nos tubos de coleta e na planilha de testes.

Os participantes foram informados que a participação neste estudo era totalmente voluntária e a não participação no estudo não implicaria em nenhuma alteração no seu acompanhamento na unidade onde seria realizada a pesquisa. Após assinar o consentimento, o indivíduo teve total liberdade de retirá-lo a qualquer momento e deixar de participar do estudo se assim o desejar, sem quaisquer prejuízos à continuidade do tratamento e acompanhamento na instituição da pesquisa, inclusive a(s) forma(s) de contato para tal, ao conhecimento dos resultados obtidos com a utilização do seu material biológico e às orientações quanto as suas implicações. Do mesmo modo, continha manifestação expressa da vontade do sujeito da pesquisa quanto à cessão dos direitos sobre o material armazenado aos sucessores ou outros por ele indicado, em caso de óbito ou condição incapacitante.

Os participantes foram informados sobre os riscos associados com a coleta de sangue que incluíam: dor, hematoma, ou outro desconforto no local da coleta. Raramente desmaio ou infecções no local de punção poderiam ocorrer. Foram ainda informados que cuidados seriam tomados para minimizar esses riscos.

Estratégias foram utilizadas para garantir o sigilo na entrega de diagnósticos, em especial, dos resultados positivos aos participantes da pesquisa. Ações foram desenvolvidas visando a assegurar o aconselhamento, tratamento e acompanhamento dos participantes da pesquisa que vieram a ter problemas de saúde, com ênfase nos agravos estudados.

Todas as informações colhidas e os resultados dos testes foram analisados em caráter estritamente científico, mantendo-se a confidencialidade (segredo) do paciente a todo o momento, ou seja, em nenhum momento os dados que o identifique foram divulgados, a menos que seja exigido por lei. Os registros médicos que trazem a identificação e o termo de consentimento assinado poderão ser inspecionados por agências reguladoras e pelo CEP.

5. RESULTADOS

Os resultados deste estudo atenderam todos objetivos propostos por este estudo, tais como o cálculo da prevalência da sífilis na vida e ativa, e como ocorre a assistência entre esta população em relação às IST, em especial à sífilis.

Os resultados serão apresentados no formato de um Artigo intitulado “Sífilis entre homens que fazem sexo com homens no Brasil”. Os resultados também devem ser entregues à direção do Departamento de Condições Crônicas e IST do Ministério da Saúde.

ARTIGO

Introdução

Mais de um milhão de novos casos de infecções sexualmente transmissíveis curáveis (IST) ocorrem diariamente no mundo entre pessoas de 15 a 49 anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016). Isso equivale, anualmente, a mais de 376 milhões de casos de quatro infecções - clamídia, gonorreia, tricomoníase e sífilis. Entre homens e mulheres com idades entre 15 e 49 anos, houve 127 milhões de novos casos de clamídia, 87 milhões de gonorreia, 6,3 milhões de sífilis e 156 milhões de tricomoníase, em 2016. A estimativa da prevalência mundial de sífilis em homens e mulheres é de 0,5% (95% IC: 0,4-0,6), variando regionalmente entre 0,1 e 1,6% (ROWLEY *et al.*, 2019). Estas estimativas fornecem evidências para promover a melhoria, monitoramento e avaliação de programas de prevenção direcionados às IST..

A sífilis é uma das que geram maior preocupação devido aos impactos negativos que pode provocar à saúde, como infertilidade, alterações psicossociais, além de sequelas graves no bebê, dentre elas as mortes fetais e neonatais (NEWMAN, *et al.*, 2013; PIALOUX *et al.*, 2008; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016; ZETOLA, *et al.*, 2009), além de aumentar a probabilidade de transmissão do HIV (BUCHACZ, *et al.*, 2004; SADIQ *et al.*, 2005). É causada pelo *Treponema pallidum*, uma bactéria gram-negativa, descoberta em 1905 (PEELING *et al.*, 2017). É uma IST causada por uma bactéria de caráter sistêmico, curável e exclusiva do ser humano. Ao longo dos anos houve importante redução na taxa de prevalência de casos de sífilis que se manteve baixa até o ano de 2005 (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2016). Entretanto, o progresso na prevenção declinou nas últimas duas décadas com o ressurgimento da infecção em todo o mundo (BERNSTEIN, *et al.*, 2013; REKART *et al.*, 2017).

Vinte e sete países classificados como de alta renda foram investigados em relação ao comportamento epidemiológico da sífilis. Quando a proporção de homens para mulheres foi substancialmente maior que dois nas notificações de sífilis nestes países, este indicador foi tomado como proxy para a infecção ser caracterizada como desproporcionalmente maior em homens que fazem sexo com homens (HSH). A análise

deste indicador nestes países mostrou que esta proporção excedeu dois em todos os países, exceto em quatro (READ; FAIRLEY; CHOW, 2015). Além disto, esta proporção aumentou significativamente em todas as áreas geográficas ao longo do tempo. Globalmente, a proporção de homens para mulheres nesses países aumentou de 4,1 em 2000 para 7,9 em 2013 ($P = 0,001$). Além disso, a proporção de casos masculinos registrados como sendo entre HSH aumentou ao longo do tempo de 26,8% para 55,0% neste mesmo período ($P < 0,001$) (READ; FAIRLEY; CHOW, 2015). Desta forma, estes achados mostram que em países com alta renda as taxas crescentes de sífilis em HSH são achados quase universais.

No Brasil, a sífilis tem acompanhado o crescimento mundial (BRASIL, 2019a). A taxa de detecção de sífilis adquirida em 2010 foi de 0,8/100 mil habitantes, aumentando para 75,8/100 mil habitantes em 2018. (BRASIL, 2016a). O crescimento dessas taxas tem ocorrido principalmente entre os HSH (BRASIL, 2016a; 2017) devido este grupo possuir uma carga desproporcionalmente maior da doença (ABARA; HESS; NEBLETT FANFAIR, *et al.*, 2016). Em 2009, o primeiro inquérito realizado entre HSH no país mostrou uma prevalência da sífilis entre HSH em 10 cidades brasileiras foi de 9% (KERR, 2009).

O controle da epidemia de sífilis é de extrema importância em saúde pública devido as complicações que acompanham esta IST a curto, médio e longo prazo. Especial atenção deve ser dada à população dos HSH, que representam grande parcela da população infectada em países desenvolvidos e no Brasil. Os HSH também podem atuar como uma possível fonte de transmissão da sífilis para a população em geral, especialmente as mulheres (GRECO, *et al.*, 2007; PARKER, 1996). Por esse motivo, esse estudo tem como objetivo estimar a prevalência de sífilis entre HSH no Brasil e discutir suas implicações para o Sistema Único de Saúde.

Material e Métodos

Local e tipo de estudo

O estudo foi realizado em 12 municípios brasileiros nas cinco regiões do Brasil, de junho a dezembro de 2016, a saber: Manaus, Belém (região Norte); Fortaleza, Recife, Salvador (região Nordeste); Brasília, Campo Grande (região Centro-Oeste);

Belo Horizonte , Rio de Janeiro e São Paulo (região sudeste) e Curitiba, Porto Alegre (região sul) (Figura 1).

Figura 1 – Estados e cidades onde o estudo entre HSH foi conduzido em 2016, Brasil.



O local escolhido para a pesquisa foi um estabelecimento público de saúde, exceto em Belo Horizonte e Salvador, onde foram utilizados locais privados. Os horários de coleta foram ajustados para incluir horário comercial ou mesmo noites ou fins de semana, conforme necessário. Todos os locais continham espaços para um recepcionista e uma área de espera, para entrevistas e uma sala privada para testes e aconselhamento.

Este estudo é parte de um inquérito da segunda Pesquisa de Vigilância Biológica e Comportamental (PVBC) realizada entre HSH, usando a metodologia *Respondent Driven-Sampling* (RDS). O RDS é um método de amostragem em cadeia que permite que os participantes recrutem seus conhecidos e usa um modelo matemático para ajustar esse método de recrutamento (GILE, 2011; HECKATHORN, 1997; SALGANIK,

2006). O RDS já foi usado em centenas de pesquisas (JOHNSTON, *et al.*, 2016; MALEKINEJAD, *et al.*, 2008; MONTEALEGRE *et al.*, 2013) em todo o mundo e foi recentemente identificado como uma importante contribuição para aspectos sociais, comportamentais e econômicos por pesquisa realizada pelas Academias Nacionais de Ciências dos EUA (NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING MEDICINE, 2017).

População de estudo

Nossa amostra foi constituída de homens, com 18 anos ou mais, que relataram sexo oral ou anal com outro homem ou mulher transgênero (*travestis*) nos últimos 12 meses; vivendo, estudando ou trabalhando na cidade de estudo; que faziam parte de uma rede social de HSH; aceitaram fazer parte do estudo; e assinaram o termo de consentimento. Foram excluídos os indivíduos sob influência de drogas ou álcool ou que se identificassem como mulher transgênero.

Tamanho da amostra

O estudo usou o método *Respondent Driven Sampling* (RDS) para recrutar os participantes por ser apropriado para populações de difícil acesso, como os HSH. O RDS requer um multiplicador de efeito de desenho (ED). ED é a razão entre a variação real e a variação esperada com a amostragem aleatória simples. Wejnert et al. recomendam um ED de 4 (WEJNERT *et al.*, 2012). Usando esta recomendação e a prevalência de HIV por cidade em estudos anteriores, calculou-se o tamanho da amostra para cada cidade, resultando em: Belém (393), Manaus (204), Salvador (193) Fortaleza (131) Recife (116) Brasília (299) Campo Grande (143), Belo Horizonte (267), Rio de Janeiro (450), São Paulo (474), Porto Alegre (393) e Curitiba (210). A instituição financiadora limitou o tamanho da amostra em 350 homens por cidade, o que resultou em ED de pelo menos 2, exceto para as cidades de São Paulo, Rio de Janeiro e Porto Alegre. Entretanto, todos os RDS alcançaram a convergência na onda 5 ou 6 em todos os municípios antes de alcançar o tamanho amostral de 350 participantes.

Pesquisa formativa (PF)

Antes do início do estudo, realizou-se uma pesquisa formativa (PR) em cada cidade, conforme recomendado (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2013), usando entrevistas individuais e Grupos Focais (GF) (29). Os guias de entrevistas individuais e dos grupos focais cobriram tópicos sobre identidades sexuais, organização social e geográfica dos HSH em cada cidade e aceitação da pesquisa pela comunidade, incluindo violência, homofobia e estigma. Perguntas relacionadas à logística do estudo, como o local, horário de funcionamento, perguntas sobre o tamanho das redes sociais, desejo de participar no estudo e se testar para os exames oferecidos e o potencial de servir como sementes foram exploradas até que a saturação de respostas para esse tópico fosse alcançada. Sementes são participantes escolhidos por conveniência a partir da pesquisa formativa e que iniciam uma amostra utilizando o RDS.

Coleta de dados do inquérito

Cinco a seis sementes foram identificadas durante a PF para cada cidade. Após a conclusão da pesquisa (entrevista e teste), cada semente recebeu três cupons não reproduzíveis para distribuir entre membros de sua rede social. Cada participante elegível que completou a pesquisa, incluindo as sementes, recebeu um valor de R\$ 25 (~US\$ 10 no período de estudo), para ressarcimento de suas despesas com transporte e alimentação, conforme recomenda o RDS (HECKATHORN, 2007; HECKATHORN, 1997; HECKATHORN, *et al.*, 2002a). Cada participante também recebeu um adicional de mais R\$ 25 por cada recrutado seu que compareceu e completou a pesquisa. As sementes e os recrutadores foram treinados pelo supervisor da equipe sobre como proceder para recrutar seus amigos.

Quando um novo participante chegava ao local, sua elegibilidade era checada. Todos os indivíduos, elegíveis ou não, receberam materiais educativos sobre o HIV e preservativos. Cupons e os códigos de identificação foram gerenciados através de um gerenciador de cupom on-line. A seguir, um entrevistador utilizou o *Computer Assisted Self Interview* (CAPI) para administrar o questionário de tamanho de rede social. A cascata de perguntas da rede social (4 perguntas) pode ser resumida em duas : “Quantos homens você conhece e também conhecem você, que fazem sexo com outros homens

(oral ou anal) nos últimos 12 meses, vivem, estudam e / ou trabalha no [município], tem 18 anos ou mais, você conheceu ou falou nos últimos dois meses? Destes homens, quantos você convidaria para participar deste estudo”? Após a conclusão desta parte do questionário, o respondente assinou um termo de consentimento separadamente para o questionário sócio comportamental e para os testes.

Instrumento de coleta de dados

O questionário sócio comportamental respondido em seguida foi adaptado do instrumento utilizado no primeiro estudo realizado entre esta comunidade em 2009, no Brasil (KERR, *et al.*, 2013). Foi composto de itens para relatar indicadores internacionais de aids relativos ao Brasil e outras questões relacionadas às necessidades do Ministério da Saúde. O questionário era composto dos seguintes blocos: 1) identificação e elegibilidade; 2) tamanho da rede social; 3) informações socioeconômicas e demográficas; 4) infecções sexualmente transmissíveis, HIV / AIDS e hepatite B e C; 5) acesso aos serviços de saúde geral, voltada para IST e/ou HIV; 6) história prévia de testagens para HIV, sífilis e hepatites; 7) conhecimentos sobre HIV/AIDS, Profilaxia Pós-Exposição (PEP), Profilaxia Pré-exposição (PrEP), testes oferecidos e tratamento para HIV / AIDS; 8) visibilidade gay e homossexual; 9) violência, estigma e discriminação; 10) comportamento sexual, incluindo uso de preservativo; 11) uso de drogas e álcool; 12) inclusão e participação social; e 13) saúde mental. Após esta etapa, após assinarem o termo de consentimento os participantes eram encaminhados para realizar os testes laboratoriais.

Exames laboratoriais

Após o aconselhamento, coletou-se sangue venoso do participante e realizou-se o Teste Rápido (TR) Anti-Sífilis (Biomanguinhos) para sífilis. Os indivíduos com testes positivos receberam explicação sobre o significado e foram encaminhados para avaliação tratamento.

A prevalência de sífilis ao longo da vida foi determinada usando um teste rápido treponêmico que detecta anticorpos contra o *Treponema pallidum*. Como recomendado pelo Ministério da Saúde do Brasil, resultados reagentes no TR e reagentes no VDRL com título igual ou superior a 1:8, foram definidos como sífilis ativa. Resultados

reagentes no TR e não reagentes no VDRL ou que reagentes no TR e reagentes no VDRL com títulos baixos ($\leq 1:4$) foram definidos como cicatriz sorológica (BRASIL, 2018).

Análise

A análise seguiu os seguintes passos. O estimador de amostragem sucessiva de Gile (GILE; HANDCOCK, 2010) foi usado para produzir estimativas ponderadas usando o software RDS Analyst versão 1.7-16. O estimador assume uma população finita e requer uma estimativa do tamanho da população para cada amostra. Para calcular isso, utilizou-se a proporção de homens (18 a 64 anos) que relataram ter tido pelo menos uma relação sexual com outro homem na Pesquisa Nacional de Conhecimento, Atitudes e Práticas na população brasileira, realizada em 2013 (BENZAKEN, *et al.*, 2016), realizado para fornecer estimativas regionais. Aplicamos essa estimativa regional à população masculina total de homens entre 18 e 64 anos em cada cidade de cada região, conforme fornecido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017).

Para calcular uma estimativa nacional, juntamos os bancos das 12 cidades criando um único banco de dados. Este banco foi, então, analisado usando a ferramenta de *surveys* de análise complexa do software Stata^{TR} 14.0, sendo cada cidade tratada como seu próprio estrato para ponderar os resultados finais.

As amostras reativas ao teste rápido foram testadas novamente por um teste não treponêmico - Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) (BRASIL, 2018) e foram diluídas em série para determinar se a doença está ativa. Como recomendado pelo Ministério da Saúde, sífilis ativa foi definida como títulos de VDRL iguais ou superiores a 1/8 mais o exame positivo com teste treponêmico (HENAO-MARTINEZ; JOHNSON, 2014; BRASIL, 2018; BRASIL, 2006). Utilizando este critério, foram estimadas as prevalências de sífilis ativa, cicatriz (TR+ e título $<1:8$) e na vida (TR+ e VDRL com título $\geq 1:8$) e seus respectivos intervalos de confiança (95%). Em seguida, uma análise bivariada foi realizada comparando-se as variáveis de interesse com sífilis ativa e sífilis total com os controles negativos, separadamente.

Considerações éticas

O estudo geral foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), credenciado pela Comissão Nacional de Pesquisa. Os participantes assinaram o termo de consentimento para participar da entrevista e consentiram separadamente para o questionário e para cada teste oferecido.

Resultados

A amostra de HSH do estudo caracteriza-se por ser jovem (56,5% tinham menos do que 25 anos), mais de 70% (71,3%) tinham, no mínimo, o ensino médio completo, 67,7% se identificaram como não brancos e mais da metade (56,7%) advinham das classes sociais mais desfavorecidas (C, D e E). Mais de 80,0% (82,5%, IC: 80,1 – 84,6) consultaram um médico no último ano anterior a pesquisa. A prevalência de IST auto relatada na vida foi de 27,8%, com destaque para sífilis (52,1%), HIV/Aids (27,5%) e gonorreia (23,4%). Além disso, quase 20,0% apresentaram algum sintoma de IST no último ano, como úlceras/feridas (7,5%) e bolhas (7,1%) no pênis e/ou anus. Destes, 81,8% receberam tratamento para estes sintomas.

Menos de 40% referem ter recebido algum material educativo sobre IST no último ano. Dentre os que receberam algum material, 53,0% informam que receberam no serviço público de saúde. Somente 53,8% apresentam conhecimento suficiente sobre as formas de transmissão do HIV.

Tabela 1 - Distribuição das características socioeconômico e demográfico entre homens que fazem sexo com homens em 12 cidades, Brasil, 2016

| | n/N ¹ | % ² | IC ² | |
|--|------------------|----------------|-----------------|-------|
| | | | LI | LS |
| Idade (anos) | | | | |
| < 25 anos | 2505/4131 | 56,5% | 53,4% | 59,5% |
| ≥ 25 anos | 1626/4131 | 43,5% | 40,5% | 46,6% |
| Grau de instrução? | | | | |
| Analfabeto a Fundamental II incompleto | 372/4132 | 12,0% | 10,2% | 14,0% |
| Fundamental II completo / Médio incompleto | 645/4132 | 16,7% | 14,7% | 19,0% |
| Médio completo / Superior completo | 3115/4132 | 71,3% | 68,8% | 73,7% |
| Cor de pele ou raça | | | | |
| Branca | 1285/4113 | 32,3% | 29,5% | 35,3% |
| Não branca | 2828/4113 | 67,7% | 64,7% | 70,5% |
| NSE | | | | |
| A/B | 1889/4127 | 43,3% | 40,4% | 46,2% |
| C/D-E | 2238/4127 | 56,7% | 53,8% | 59,6% |

Aproximadamente, 94,0 % dos participantes realizaram teste rápido para sífilis durante a pesquisa. Somente em Manaus 100% dos homens realizaram o teste. Campo Grande (99,6%, IC: 97,5 – 100,0) e Brasília (99,1%, IC: 96,8 – 99,7) atingiram taxas acima de 99%. A menor taxa de realização do teste na pesquisa foi na cidade do Rio de Janeiro (78,0%, IC: 71,6 – 83,4). Juntamente com Rio de Janeiro, Salvador (88,9%, IC: 83,8 – 92,1) e Belém (87,0%, 82,1 – 90,6) foram as únicas cidades que não atingiram 90% de testagem (dados não apresentados).

A prevalência geral de sífilis para as 12 cidades foi de 26,9% (95%IC: 24,0 – 29,9), sendo 13,2% (95%IC: 11,1% - 15,6%) casos ativos da IST (Tabela 2). Recife apresentou a maior prevalência do estudo (35,7%, IC: 29,8 – 42,0), enquanto que em Brasília foi identificada a menor prevalência (14,7%, IC:10,8 – 19,7). Dentre os casos positivos para sífilis no teste rápido e que realizaram teste confirmatório, 49,8% (43,3 – 56,4) eram casos de sífilis ativa. Observou-se que, 57% das cidades possuem Sífilis ativa superior a 50%, com destaque para Belém com 68,9 (IC: 57,4 – 78,5) (Tabela 3). Em contrapartida, o Rio de Janeiro apresentou a menor prevalência (39,2, IC: 24,5 –

56,2). Identificou-se que 11 das 12 cidades possuem prevalência da Sífilis maior que 20% sendo que em 7 cidades a prevalência é superior a 25%, com destaque para Recife com 35,4% de casos (17,6% ativa e 17,8% cicatriz). A maior prevalência de Sífilis ativa encontra-se em Belém (19,6%) e a menor em Brasília (7,1%) (Tabela 3).

Tabela 2 – Prevalência de sífilis ativa, cicatriz e total na vida entre HSH em 12 cidades brasileiras, 2016.

| Diagnóstico Sífilis | n/N ¹ | % ² | 95% IC | |
|-----------------------|------------------|----------------|--------|-------|
| | | | LI | LS |
| Positivo ³ | 1014/3907 | 26,5% | 23,7% | 29,6% |
| Ativo | 534/3907 | 13,2% | 11,1% | 15,6% |
| Cicatriz | 480/3907 | 13,3% | 11,1% | 15,8% |
| Negativo ³ | 2893/3907 | 73,5% | 70,4% | 76,3% |

¹ valor observado; ²valor ponderado; ³Teste Rápido

Mais de 80,0% (IC95%: 82,5% – 84,6) consultaram um médico no último ano anterior a pesquisa (Tabela 4). A prevalência de IST auto relatada na vida foi de 27,8%, com destaque para sífilis (52,1%), HIV/Aids (27,5%) e gonorreia (23,4%). Além disso, quase 20,0% apresentaram algum sintoma de IST no último ano, como úlceras/feridas (7,5%) e bolhas (7,1%) no pênis e/ou anus. Destes, 81,8% receberam tratamento para estes sintomas. Menos de 40% referem ter recebido algum material educativo sobre IST no último ano. Dentre os que receberam algum material, 53,0% informam que receberam no serviço público de saúde. Somente 53,8% apresentam conhecimento suficiente sobre as formas de transmissão do HIV.

Tabela 3 – Prevalência da sífilis ativa, cicatriz e teste rápido (TR) positivo entre HSH em 12 cidades, Brasil, 2016.

| Diagnóstico de Sífilis entre casos positivos | n/N ¹ | % ² | 95% IC ² | | n/N ¹ | % ² | 95% IC ² | | n/N ¹ | % ² | 95% IC ² | | n/N ¹ | % ² | 95% IC ² | |
|--|------------------|----------------|---------------------|-------|------------------|----------------|---------------------|-------|------------------|----------------|---------------------|-------|------------------|----------------|---------------------|-------|
| | | | LI | LS | | | LI | LS | | | LI | LS | | | LI | LS |
| | Manaus | | | | Belém | | | | Fortaleza | | | | Recife | | | |
| Ativo | 53/90 | 64,6% | 52,4% | 75,2% | 60/92 | 68,9% | 57,4% | 78,5% | 52/103 | 53,3% | 42,3% | 64,0% | 56/343 | 49,8% | 39,2% | 60,4% |
| Cicatriz | 37/90 | 35,4% | 24,8% | 47,6% | 32/92 | 31,1% | 21,5% | 42,6% | 51/103 | 46,7% | 36,0% | 57,7% | 63/343 | 50,2% | 39,6% | 60,8% |
| | Salvador | | | | Campo Grande | | | | Brasília | | | | Belo Horizonte | | | |
| Ativo | 39/58 | 65,0% | 47,9% | 79,0% | 57/90 | 65,1% | 51,9% | 76,3% | 35/65 | 48,5% | 33,1% | 64,2% | 47/96 | 50,6% | 36,9% | 64,2% |
| Cicatriz | 19/58 | 35,0% | 21,0% | 52,1% | 33/90 | 34,9% | 23,7% | 48,1% | 30/65 | 51,5% | 35,8% | 66,9% | 49/96 | 49,4% | 35,8% | 63,1% |
| | São Paulo | | | | Rio de Janeiro | | | | Curitiba | | | | Porto Alegre | | | |
| Ativo | 37/80 | 46,9% | 34,0% | 60,2% | 24/59 | 39,2% | 24,5% | 56,2% | 40/90 | 44,5% | 32,4% | 57,3% | 34/72 | 52,8% | 38,8% | 66,4% |
| Cicatriz | 43/80 | 53,1% | 39,8% | 66,0% | 35/59 | 60,8% | 43,8% | 75,5% | 50/90 | 55,5% | 42,7% | 67,6% | 38/72 | 47,2% | 33,6% | 61,2% |
| Diagnóstico Sífilis | n/N ¹ | % ² | 95% IC ² | | n/N ¹ | % ² | 95% IC ² | | n/N ¹ | % ² | 95% IC ² | | n/N ¹ | % ² | 95% IC ² | |
| | Manaus | | | | Belém | | | | Fortaleza | | | | Recife | | | |
| Positivo (TR) | 90/349 | 24,6% | 19,7% | 30,3% | 92/302 | 28,5% | 23,1% | 34,5% | 103/336 | 27,9% | 22,9% | 33,4% | 119/343 | 35,4% | 29,5% | 41,7% |
| Ativo | 53/349 | 15,9% | 11,8% | 21,1% | 60/302 | 19,6% | 15,1% | 25,2% | 52/336 | 14,9% | 11,1% | 19,6% | 56/343 | 17,6% | 13,2% | 23,2% |
| Cicatriz | 37/349 | 8,7% | 5,9% | 12,6% | 32/302 | 8,8% | 6,0% | 12,9% | 51/336 | 13,0% | 9,6% | 17,4% | 63/343 | 17,8% | 13,5% | 23,1% |
| Negativo | 259/349 | 75,4% | 69,7% | 80,3% | 210/302 | 71,5% | 65,5% | 76,9% | 233/336 | 72,1% | 66,6% | 77,1% | 224/343 | 64,6% | 58,3% | 70,5% |

| | | | | | | | | | % | | | | | | | |
|----------|-----------|-------|-------|-------|----------------|-------|-------|-------|----------|-------|-------|-------|----------------|-------|-------|-------|
| | Salvador | | | | Campo Grande | | | | Brasília | | | | Belo Horizonte | | | |
| Positivo | 58/309 | 20,8% | 15,4% | 27,5% | 90/347 | 26,7% | 21,3% | 33,0% | 65/356 | 14,7% | 10,8% | 19,7% | 96/327 | 29,5% | 23,1% | 36,7% |
| Ativo | 39/309 | 13,5% | 9,2% | 19,4% | 57/347 | 17,4% | 12,9% | 23,0% | 35/356 | 7,1% | 4,6% | 10,8% | 47/327 | 14,9% | 10,1% | 21,4% |
| Cicatriz | 19/309 | 7,3% | 4,2% | 12,4% | 33/347 | 9,3% | 6,1% | 14,1% | 30/356 | 7,6% | 4,8% | 11,8% | 49/327 | 14,6% | 10,2% | 20,5% |
| Negativo | 251/309 | 79,2% | 72,5% | 84,6% | 257/347 | 73,3% | 67,0% | 78,7% | 291/356 | 85,3% | 80,3% | 89,2% | 231/327 | 70,5% | 63,3% | 76,9% |
| | São Paulo | | | | Rio de Janeiro | | | | Curitiba | | | | Porto Alegre | | | |
| Positivo | 80/336 | 28,4% | 22,5% | 35,0% | 59/254 | 25,8% | 19,2% | 33,7% | 90/332 | 24,5% | 19,4% | 30,4% | 72/316 | 21,0% | 16,2% | 26,9% |
| Ativo | 37/336 | 13,3% | 9,2% | 18,9% | 24/254 | 10,1% | 6,0% | 16,6% | 40/332 | 10,9% | 7,5% | 15,5% | 34/316 | 11,1% | 7,5% | 16,2% |
| Cicatriz | 43/336 | 15,1% | 10,7% | 20,8% | 35/254 | 15,7% | 10,5% | 22,7% | 50/332 | 13,6% | 9,8% | 18,6% | 38/316 | 9,9% | 6,8% | 14,3% |
| Negativo | 256/336 | 71,6% | 65,0% | 77,5% | 195/254 | 74,2% | 66,3% | 80,8% | 242/332 | 75,5% | 69,6% | 80,6% | 244/316 | 79,0% | 73,1% | 83,8% |

Tabela 4 - Infecção por Doenças Sexualmente Transmissível (IST) na vida, recebimento de material educativo, sintomas e tratamento de IST nos últimos 12 meses entre HSH de 12 cidades, Brasil, 2016

| | n/N ¹ | % ² | IC ² LI | LS |
|--|------------------|----------------|-----------------------|-------|
| Quando consultou um médico pela última vez? | | | | |
| Nos últimos doze meses | 3297/4078 | 82,5% | 80,1% | 84,6% |
| De 1 a 2 anos | 481/4078 | 10,8% | 9,1% | 12,8% |
| Há mais de 2 anos/Nunca foi ao médico | 300/4078 | 6,7% | 5,4% | 8,3% |
| Alguma vez na vida, algum médico lhe disse que você já teve alguma IST? | | | | |
| Sim | 1055/4063 | 27,8% | 25,1% | 30,8% |
| Não | 3008/4063 | 72,2% | 69,2% | 74,9% |
| Qual IST o médico disse que você teve? | | | | |
| Sífilis | 512/1010 | 52,1% | 45,6% | 58,5% |
| HIV/Aids | 176/1010 | 27,5% | 21,7% | 34,1% |
| Gonorreia | 247/1010 | 23,4% | 18,7% | 28,9% |
| HPV | 138/1010 | 13,6% | 9,8% | 18,5% |
| Herpes | 51/1010 | 6,5% | 3,6% | 11,6% |
| Hepatite | 41/1010 | 3,8% | 2,1% | 6,8% |
| Nos últimos 12 meses, você recebeu algum material educativo sobre IST? | | | | |
| Sim | 1644/3856 | 39,1% | 36,0% | 42,2% |
| Não | 2212/3856 | 60,9% | 57,8% | 64,0% |
| Onde você recebeu material educativo sobre IST | | | | |

| | | | | |
|--|----------|-------|-------|-------|
| Em serviço público de saúde | 868/1636 | 53,0% | 47,9% | 58,1% |
| Na rua | 552/1625 | 31,0% | 26,6% | 35,8% |
| Em instituições de ensino | 458/1625 | 23,5% | 19,8% | 27,6% |
| Em ONG que trabalha com LGBTTT | 291/1624 | 13,1% | 10,4% | 16,2% |
| Em ONG que trabalha com HIV/aids | 241/1625 | 11,5% | 8,8% | 14,8% |
| Em ONG geral | 170/1625 | 7,0% | 5,1% | 9,5% |
| Em bares, boates ou saunas | 139/1625 | 5,0% | 3,8% | 6,6% |
| Outro local | 198/1620 | 13,9% | 10,6% | 18,1% |
| Nos últimos 12 meses teve sintomas de IST | 744/4107 | 18,8% | 16,4% | 21,3% |
| Quais sintomas de IST você teve nos últimos 12 meses | | | | |
| Ulceras/feridas no pênis ou anus | 263/4097 | 7,5% | 5,9% | 9,5% |
| Pequenas bolhas no pênis ou anus | 271/4099 | 7,1% | 5,6% | 9,0% |
| Secreção no pênis ou anus | 283/4105 | 6,2% | 4,9% | 7,8% |
| Verrugas no pênis ou anus | 240/4104 | 5,3% | 4,1% | 6,8% |
| O que você fez sobre este (s) sintoma (s) | | | | |
| Procurei um local, um profissional e/ou um serviço | 533/740 | 70,2% | 63,3% | 76,3% |
| Não fiz nada | 152/740 | 22,1% | 16,7% | 28,6% |
| Tratei sozinho | 139/740 | 15,3% | 11,1% | 20,8% |
| Qual foi o primeiro local, profissional ou serviço que você procurou para tratar esse (s) sintoma(s)? | | | | |
| Instituições Pública | 322/585 | 66,2% | 58,6% | 73,1% |
| Instituições Particular | 142/585 | 16,9% | 12,2% | 22,9% |
| Tratou sozinho | 51/585 | 8,8% | 5,4% | 14,0% |
| Farmácia | 59/585 | 6,3% | 4,0% | 10,0% |

| | | | | |
|--|---------|-------|-------|-------|
| Outro (a) | 11/585 | 1,8% | 0,5% | 5,7% |
| Você recebeu tratamento para este (s) sintoma (s)? | | | | |
| Não | 122/583 | 18,2% | 13,2% | 24,7% |
| Sim | 461/583 | 81,8% | 75,3% | 86,8% |
| Você ainda tem este (s) sintoma (s)? | 175/738 | 21,9% | 16,6% | 28,2% |
| No primeiro local que você procurou por causa desse (s) sintoma (s), você recebeu alguma das seguintes orientações do profissional de saúde | | | | |
| Sempre usar preservativo durante as relações sexuais | 423/557 | 71,8% | 62,7% | 79,4% |
| Informar seus (as) parceiros (as) sobre esse (s) problemas e a importância do tratamento | 384/557 | 67,8% | 59,0% | 75,5% |
| Fazer o teste anti HIV (vírus da aids) | 374/559 | 58,4% | 49,4% | 66,8% |
| Fazer o teste de sífilis | 355/559 | 55,0% | 46,2% | 63,5% |

Discussão

Este estudo mostrou uma elevada taxa de prevalência de sífilis na vida entre HSH no Brasil. Esta prevalência foi de 14,6% (95%CI: 11,8 – 17,5), em 2009 (KERR, 2009), para 26,9% (95%CI: 24,0 – 29,9), em 2016, representando um aumento de 84% no período. O valor encontrado em 2016 foi 355 vezes maior que a taxa de detecção na população geral brasileira em 2018 (BRASIL, 2019b). E mais, a metade destes casos de sífilis entre os HSH foram classificados como na forma ativa.

A prevalência de sífilis mediana entre populações-chave de cerca de um quinto dos países que notificam seus casos para o Monitoramento Mundial da AIDS, da UNAIDS, em 2016-2017, foi de 3,2%, para mulheres profissionais do sexo, em contraste com 6,0% para HSH (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). A prevalência nesta população no Brasil foi 4,5 vezes maior. Os dados brasileiros mostram um perfil epidemiológico da sífilis similar ao encontrado nos países desenvolvidos, ou seja, uma prevalência desproporcionalmente mais elevada entre HSH (READ; FAIRLEY; CHOW, 2015). Os números e taxas de casos reportados de sífilis entre HSH nos Estados Unidos e Europa Ocidental têm aumentado desde 1998 (ABARA; HESS; NEBLETT FANFAIR, *et al.*, 2016). No Canadá, entre os anos de 2005 e 2014, os casos de sífilis aumentaram quatro vezes na população de HSH e a taxa de incidência foi 300 vezes maior entre portadores do vírus do HIV quando comparados aos casos reportados entre a população masculina em geral (BURCHELL, *et al.*, 2015). Nos Estados Unidos, os casos de sífilis entre HSH representaram 60,4% dos casos notificados em 2005, e 88,9% em 2014 (CENTER FOR DISEASE CONTROL, 2015). Em 2015, as taxas de sífilis primária e secundária entre HSH (309/100.000) nos Estados Unidos eram 221 vezes maior que a taxa nas mulheres (1,4 por 100.000) e 106 vezes a taxa entre homens heterossexuais (2,9 por 100.000) (VOUX, *et al.*, 2017).

Estudos indicam que estes números de casos de sífilis podem ser ainda mais elevados entre HSH que fazem uso de terapia antirretroviral (HAART) (REKART *et al.*, 2017) e profilaxia pré-exposição (PrEP) (SCOTT; KLAUSNER, 2016). A incidência de sífilis entre HSH fazendo uso de PrEP foi 44,6 vezes maior do que entre HSH que não fazem uso de PrEP (KOJIMA; DAVEY; KLAUSNER, 2016). Parece haver uma sinergia entre as mudanças comportamentais e biológicas decorrentes do uso destas terapias e o aumento de novos casos

de sífilis (REKART *et al.*, 2017). Em várias regiões metropolitanas dos EUA, o uso da internet para encontrar parceiros e uso de drogas, como metanfetaminas, foi associado com o aumento de casos de sífilis entre HSH (CHEW NG, *et al.*, 2013).

A sífilis pode causar doenças neurológicas, cardiovasculares e dermatológicas em adultos e natimortos, morte neonatal, parto prematuro ou incapacidade grave em bebês (NEWMAN, *et al.*, 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016). Isoladamente, a sífilis causou cerca de 200.000 natimortos e mortes de recém-nascidos neste mesmo ano, tornando-a uma das principais causas de perda de bebês em todo o mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016). Estudos apontam que a população de HSH pode atuar como uma possível ponte para a infecção entre mulheres, através do comportamento bissexual (GRECON, *et al.*, 2007; PARKERN, 1996). Neste estudo, 561 HSH também referiram sexo com mulheres nos últimos seis meses (dados não apresentados). Perguntados sobre o uso de camisinha sempre com homens e com as suas parceiras femininas, 41,9% responderam não usar a camisinha sempre nem com o parceiro homem nem com a mulher. Desta forma, há uma possibilidade real destes homens atuarem como ponte para esta e outras IST para a população heterossexual feminina.

As interações entre sífilis e infecção pelo HIV tem sido bem documentadas. A sífilis causa lesões genitais conhecidas por aumentar o risco de transmissão do HIV (REYNOLDS *et al.*, 2006; ZETOLA, *et al.*, 2009). Estudos examinaram o efeito da sífilis na carga viral do HIV e a contagem de células CD4, mostrando que esta IST pode facilitar a transmissão e aquisição da infecção pelo HIV (BUCHACZ, *et al.*, 2004; FLEMING; WASSERHEIT, 1999; JARZEBOWSKI, *et al.*, 2012). Além disso, as pessoas com sífilis e outras IST experimentam frequentemente estigma, estereótipos, vulnerabilidade, vergonha e violência de gênero (AMIN, 2015).

Também observamos neste estudo o auto relato de uma diversidade de IST para além das que foram testadas (gonorreia, HPV, herpes) e de sintomas de IST (úlceras, feridas, bolhas, secreção e verrugas). Um dado importante deste estudo relacionados a estas IST está relacionado ao acesso dos HSH que referiram ter tido alguma IST na vida, aos serviços de prevenção e tratamento. A maioria deles não recebeu nenhum material educativo sobre IST no último ano e muitos, ou não procuraram nenhum atendimento médico, ou realizaram automedicação. Este fenômeno observado pode ter sido em decorrência da redução do

financiamento de políticas de prevenção, da falta de espaços para discussão sobre sexualidade e do avanço de conservadorismo em diversos espaços da vida social no Brasil, especialmente nas escolas, o que dificulta a divulgação de informações sobre IST (PARKER, 2016).

A Atenção Primária à Saúde, e no Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é locus privilegiado da implementação de ações para controle da sífilis (SARACENI; MIRANDA, 2012). Entretanto, no caso da Sífilis Congênita, estudos epidemiológicos apontaram que apesar do aumento da cobertura do pré-natal, quando se realizam exames sorológicos e tratamento de casos, observou-se baixa efetividade destas ações no controle do agravo. Estudos apontam falhas na qualidade do atendimento, como a dificuldade de uso da penicilina nas Unidades Básicas (ARAUJO, *et al.*, 2012). É preciso criar novas estratégias na ESF para identificar casos e dar acesso ao tratamento aos grupos vulneráveis, como os HSH e as mulheres em contato com estes. A capacitação dos profissionais de saúde para abordagem as IST, em especial os profissionais da ESF, o provimento de exames e medicamentos são caminhos para a redução da prevalência de sífilis.

Conclui-se que a sífilis duplicou, entre HSH no Brasil, de 2009 a 2016 e que dos casos de sífilis, metade são sífilis ativa, adquiridas em torno de 2 anos. Para seu controle, a OMS estabeleceu uma meta de reduções de 90% na incidência de gonorreia e sífilis, globalmente, entre 2018 e 2030 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016), considerando necessária as ampliações de serviços de prevenção, testes, tratamento a fim de alcançar esses objetivos parecem difíceis de serem alcançados. Em tempos de políticas neoliberais, que levam a cortes de gastos na saúde e prevenção em muitos países, incluindo o Brasil (PARKER, 2016), e o crescimento de movimentos conservadores nos costumes que estão impedindo a educação sexual de crianças e adolescentes, o controle da sífilis parece distante de acontecer.

6. Referências do artigo

ABARA, W. E.; HESS, K. L.; NEBLETT FANFAIR, R. *et al.* Syphilis Trends among Men Who Have Sex with Men in the United States and Western Europe: A Systematic Review of Trend Studies Published between 2004 and 2015. **PLoS One**, 11, n. 7, p. e0159309, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27447943>

AMIN, A. Addressing gender inequalities to improve the sexual and reproductive health and wellbeing of women living with HIV. **Journal of the International AIDS Society**, 18, p. 20302, 2015.

ARAÚJO, C. L. *et al.* Incidence of congenital syphilis in Brazil and its relationship with the Family Health Strategy. **Rev Saúde Pública**, 46, n. 3, p. 479-486, Jun 2012.

BENZAKEN A., P. A. R. P., Barros C. H. D., Galban H., Freitas M. E., Queiroz M. J. , Meireles M. V. , Oliveira S. B.,. **Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira**. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, p. 166. 2016.

BERNSTEIN, K. T.; STEPHENS, S. C.; STRONA, F. V.; KOHN, R. P. *et al.* Epidemiologic characteristics of an ongoing syphilis epidemic among men who have sex with men, San Francisco. **Sex Transm Dis**, 40, n. 1, p. 11-17, Jan 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE DST/AIDS E HEPATITES VIRAIS. **Boletim Epidemiológico - Sífilis 2016**. Ministério da saúde. Brasília. 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE DST/AIDS E HEPATITES VIRAIS. **Boletim Epidemiológica de Sífilis**. Ministério da Saúde. 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE DST/AIDS E HEPATITES VIRAIS. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Ministério da Saúde Brasília. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE DST/AIDS E HEPATITES VIRAIS. **Boletim Epidemiológica de Sífilis**. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E IST. **Boletim Epidemiológico: HIV/Aids**. Ministério da Saúde. Brasília: Dez 2019. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) 2**. Programa Nacional de DST e Aids. Brasília, p. 76. 2006.

BUCHACZ, K.; PATEL, P.; TAYLOR, M.; KERNDT, P. R. *et al.* Syphilis increases HIV viral load and decreases CD4 cell counts in HIV-infected patients with new syphilis infections. **AIDS**, 18, n. 15, p. 2075-2079, Oct 21 2004.

BURCHELL, A. N. *et al.* High incidence of diagnosis with syphilis co-infection among men who have sex with men in an HIV cohort in Ontario, Canada. **BMC infectious diseases**, 15, n. 1, p. 356, 2015.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Round 4: Formative Research Manual**. Atlanta: CDC, December 20, 2013, p. 1-64. 2013.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Sexually transmitted disease surveillance 2015**. Atlanta: CDC, 2016.

CHEW NG, R. A. *et al.* Sex, drugs (methamphetamines), and the Internet: increasing syphilis among men who have sex with men in California, 2004–2008. **American journal of public health**, 103, n. 8, p. 1450-1456, 2013.

FLEMING, D. T.; WASSERHEIT, J. N. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. **Sex Transm Infect**, 75, n. 1, p. 3-17, Feb 1999.

GILE, K. J. Improved inference for respondent-driven sampling data with application to HIV prevalence estimation. **Journal of the American Statistical Association**, 106, n. 493, p. 135-146, 2011.

GILE, K. J.; HANDCOCK, M. S. Respondent-driven sampling: an assessment of current methodology. **Sociological methodology**, 40, n. 1, p. 285-327, 2010.

GRECO, M.; SILVA, A. P.; MERCHÁN-HAMANN, E.; JERONYMO, M. L. *et al.* Differences in HIV-risk behavior of bisexual men in their relationships with men and women. **Revista de saude publica**, 41, p. 109-117, 2007.

HECKATHORN, D. D. Extensions of Respondent Driven Sampling: Analyzing continuous variables and controlling for differential recruitment. **Sociological Methodology**, 37, n. 1, p. 151-207, 2007. 10.1111/j.1467-9531.2007.00188.x.

HECKATHORN, D. D. Extensions of Respondent-Driven Sampling: A new approach to the study of injection drug users aged 18-25. **SEMAAN, S. B. R. S. H. J. J. 1: 55-67 p.** 2002.

HECKATHORN, D. D. Respondent-driven sampling: A new approach to the study of hidden populations. **Social Problems**, 44, p. 174-199, 1997.

HENAO-MARTINEZ, A. F.; JOHNSON, S. Diagnostic tests for syphilis: new tests new algorithms. **Neurol Clin Pract.**, v. 4, n. 2, p. 114-122, 2014.

IBGE. **Projection of the population of Brazil [Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação]**. Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: Jul 26.

JARZEBOWSKI, W.; CAUMES, E.; DUPIN, N.; FARHI, D. *et al.* Effect of early syphilis infection on plasma viral load and CD4 cell count in human immunodeficiency virus-infected

men: results from the FHDH-ANRS CO4 cohort. **Arch Intern Med**, 172, n. 16, p. 1237-1243, Sep 10 2012.

JOHNSTON, L. G.; HAKIM, A. J.; DITTRICH, S.; BURNETT, J. *et al.* A Systematic Review of Published Respondent-Driven Sampling Surveys Collecting Behavioral and Biologic Data. **AIDS Behav**, 20, n. 8, p. 1754-1776, Aug 2016.

KERR, L. **Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 10 cidades brasileiras**. Brasília, 2009. Power Point presentation.

KERR, L. R.; MOTA, R. S.; KENDALL, C.; PINHO ADE, A. *et al.* HIV among MSM in a large middle-income country. **AIDS**, 27, n. 3, p. 427-435, Jan 28 2013.

KOJIMA, N.; DAVEY, D. J.; KLAUSNER, J. D. Pre-exposure prophylaxis for HIV infection and new sexually transmitted infections among men who have sex with men. **AIDS**, 30, n. 14, p. 2251-2252, Sep 10 2016.

MALEKINEJAD, M.; JOHNSTON, L. G.; KENDALL, C.; KERR, L. R. F. S. *et al.* Using respondent-driven sampling methodology for HIV biological and behavioral surveillance in international settings: a systematic review. **AIDS and Behavior**, 12, n. 4 Suppl, p. S105-130, 2008.

MONTEALEGRE, J. R.; JOHNSTON, L. G.; MURRILL, C.; MONTERROSO, E. Respondent driven sampling for HIV biological and behavioral surveillance in Latin America and the Caribbean. **AIDS Behav**, 17, n. 7, p. 2313-2340, Sep 2013.

NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING MEDICINE. **The Value of Social, Behavioral, and Economic Sciences to National Priorities: A Report for the National Science Foundation**. Washington, DC: The National Academies Press, 2017. 52 p. 978-0-309-45992-1.

NEWMAN, L.; KAMB, M.; HAWKES, S.; GOMEZ, G. *et al.* Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data. **PLoS Med**, 10, n. 2, p. e1001396, 2013.

PARKER, R. G. **Neoliberalismo, acesso a medicamentos e o desmonte da resposta brasileira ao HIV/AIDS**. 2016. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=node/464>. Acesso em: Feb 23 2020.

PARKER, R. G.; AGGLETON, P. Bisexuality and HIV/AIDS in Brazil. **Bisexualities and AIDS**, p. 148-160, 1996.

PARKER, R.; BARBOSA, R. M.; CAMARGO, K. R. *et al.* **Mito vs realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016**. Rio de Janeiro: ABIA, 2016.

PEELING, R. W.; MABEY, D.; KAMB, M. L.; CHEN, X. *et al.* Syphilis. **Nature Reviews**, 3, n. 17073, 2017.

PIALOUX, G.; VIMONT, S.; MOULIGNIER, A.; BUTEUX, M. *et al.* Effect of HIV infection on the course of syphilis. **AIDS Rev**, 10, n. 2, p. 85-92, Apr-Jun 2008.

READ, P.; FAIRLEY, C. K.; CHOW, E. P. Increasing trends of syphilis among men who have sex with men in high income countries. **Sexual health**, 12, n. 2, p. 155-163, 2015.

REKART, M. L.; NDIFON, W.; BRUNHAM, R. C.; DUSHOFF, J. *et al.* A double-edged sword: does highly active antiretroviral therapy contribute to syphilis incidence by impairing immunity to *Treponema pallidum*? **Sex Transm Infect**, 93, n. 5, p. 374-378, Aug 2017.

REYNOLDS, S. J.; RISBUD, A. R.; SHEPHERD, M. E.; ROMPALO, A. M. *et al.* High rates of syphilis among STI patients are contributing to the spread of HIV-1 in India. **Sex Transm Infect**, 82, n. 2, p. 121-126, Apr 2006.

ROWLEY, J.; VANDER HOORN, S.; KORENRUMP, E.; LOW, N. *et al.* Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: global prevalence and incidence estimates, 2016. **Bull World Health Organ**, 97, n. 8, p. 548-562P, Aug 1 2019.

SADIQ, S. T.; MCSORLEY, J.; COPAS, A. J.; BENNETT, J. *et al.* The effects of early syphilis on CD4 counts and HIV-1 RNA viral loads in blood and semen. **Sex Transm Infect**, 81, n. 5, p. 380-385, Oct 2005.

SALGANIK, M. J. Variance estimation, design effects, and sample size calculations for respondent-driven sampling. **J.Urban.Health**, 83, n. 6 Suppl, p. i98-112, 2006.

SARACENI, V.; MIRANDA, A. E. [Coverage by the Family Health Strategy and diagnosis of syphilis in pregnancy and congenital syphilis]. **Cad Saude Publica**, 28, n. 3, p. 490-496, Mar 2012.

SCOTT, H. M.; KLAUSNER, J. D. Sexually transmitted infections and pre-exposure prophylaxis: challenges and opportunities among men who have sex with men in the US. **AIDS Res Ther**, 13, p. 5, 2016.

VOUX, A. *et al.* State-specific rates of primary and secondary syphilis among men who have sex with men—United States, 2015. **MMWR. Morbidity and mortality weekly report**, 66, n. 13, p. 349, 2017.

WEJNERT, C.; PHAM, H.; KRISHNA, N.; LE, B. *et al.* Estimating design effect and calculating sample size for respondent-driven sampling studies of injection drug users in the United States. **AIDS and Behavior**, 16, n. 4, p. 797-806, 2012.

WHO. **Global Health Sector Strategy on Sexually Transmitted Infections 2016–2021**. Geneva. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global health sector strategy on sexually transmitted infections 2016-2021: toward ending STIs**. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report on global sexually transmitted infection surveillance**. World Health Organization. Switzerland. 2018.

ZETOLA, N. M.; BERNSTEIN, K. T.; WONG, E.; LOUIE, B. *et al.* Exploring the relationship between sexually transmitted diseases and HIV acquisition by using different study designs. **J Acquir Immune Defic Syndr**, 50, n. 5, p. 546-551, Apr 15 2009.

7. REFERÊNCIAS GERAIS

ABARA, W. E. *et al.* Syphilis trends among men who have sex with men in the United States and Western Europe: a systematic review of trend studies published between 2004 and 2015. **PLoS One**, v. 11, n. 7, p. e0159309, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27447943>

AMIN, A. Addressing gender inequalities to improve the sexual and reproductive health and wellbeing of women living with HIV. **Journal of the International AIDS Society**, v. 18, p. 20302, 2015.

ARAÚJO, C. L. *et al.* et al. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 3, p. 479-86, 2012.

AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Syphilis: diagnosis, treatment and control. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 81, n. 2, p. 111-126, 2006.

BAETEN, J. M., *et al.* Antiretroviral prophylaxis for HIV prevention in heterosexual men and women. **New England Journal of Medicine**, v. 367, n. 5, p. 399-410, 2012.

BARREIRO, P. Hot News: Sexually Transmitted Infections on the Rise in PrEP Users. **AIDS Rev**, v. 20, n. 1, p. 71, Jan-Mar 2018.

BENNETT, J. E.; DOLIN, R.; BLASER, M. J. **Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases E-Book**. Elsevier Health Sciences, 2014.

BENZAKEN, A. P. A. R. P. *et al.* **Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2016.

BERNSTEIN, K. T., *et al.* Epidemiologic characteristics of an ongoing syphilis epidemic among men who have sex with men, San Francisco. **Sex Transm Dis.**, v. 40, n. 1, p. 11-7, Jan 2013.

BERNSTEIN, K. T., *et al.* Rectal gonorrhea and chlamydia reinfection is associated with increased risk of HIV seroconversion. **JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 53, n. 4, p. 537-543, 2010.

BEYMER, M. R. *et al.* Does HIV pre-exposure prophylaxis use lead to a higher incidence of sexually transmitted infections? A case-crossover study of men who have sex with men in Los Angeles, California. **Sex Transm Infect.**, v. 94, n. 6, p. 457-462, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - Sífilis 2016**. Brasília, v. 47, n. 35, 2016a. 29 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico da DST/AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológica de Sífilis 2017**. Brasília, v. 48, n. 36, 2017. 42 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológica de Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. **Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) 2**. Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Departamento de Condições Crônicas e IST. **Boletim Epidemiológico: HIV/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, dez. 2019b.

BROWN, J.; SWARTZENDRUBER, A.; DICLEMENTE, R. Application of audio computer-assisted self-interviews to collect self-reported health data: an overview. **Caries Research**, v. 47, n. Suppl. 1, p. 40-45, 2013.

BUCHACZ, K. *et al.* Syphilis increases HIV viral load and decreases CD4 cell counts in HIV-infected patients with new syphilis infections. **AIDS**, v. 18, n. 15, p. 2075-9, 2004.

BURCHELL, A. N. *et al.* High incidence of diagnosis with syphilis co-infection among men who have sex with men in an HIV cohort in Ontario, Canada. **BMC Infectious Diseases**, v. 15, 2015. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4546079/pdf/12879_2015_Article_1098.pdf

CÂMARA, B. Espiroquetas. **Biomedicina Padrão**: o blog da biomedicina, 01 set. 2011. Disponível em: <https://www.biomedicinapadrao.com.br/2011/09/espiroquetas.html>. Acesso em: 12 maio 2018.

CANTOR, A. G. *et al.* Screening for Syphilis: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. **Jama**, v. 315, n. 21, p. 2328-37, 2016.

CARVAJAL JIMÉNEZ, O. Sífilis. **Dr. Óscar Carvajal Jiménez**: Medicina General, 16 out. 2017. Disponível em: <http://droscarcarvajal.com/blog/sfilis>. Acesso em: 12 maio 2018.

CDC. Syphilis Treatment and Care. p. Sexually Transmitted Diseases (STDs), 12/04/2018 2018.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP). Atlanta, 2018. Disponível em: <https://www.cdc.gov/hiv/risk/prep/index.html>

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Round 4**: formative research manual. Atlanta: CDC, 2013.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Sexually Transmitted Disease Surveillance 2015**. Atlanta: CDC, 2016.

CHEW NG, R. A. *et al.* Sex, drugs (methamphetamines), and the Internet: increasing syphilis among men who have sex with men in California, 2004–2008. **American journal of public health**, v. 103, n. 8, p. 1450-1456, 2013.

CRUZ, A. R. *et al.* Immune evasion and recognition of the syphilis spirochete in blood and skin of secondary syphilis patients: two immunologically distinct compartments. **PLoS Negl Trop Dis**, v. 6, n. 7, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22816000>

DEEKS, S. G.; LEWIN, S. R. ; HAVLIR, D. The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease. **The Lancet**, v. 382, n. 9903, p. 1525-33, 2013.

DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. D. C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 6, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n6/1678-4464-csp-32-06-e00082415.pdf>

DUBOURG, G.; RAOULT, D. The challenges of preexposure prophylaxis for bacterial sexually transmitted infections. **Clin Microbiol Infect.**, v. 22, n. 9, p. 753-756, 2016.

FLEMING, D. T.; WASSERHEIT, J. N. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. **Sex Transm Infect.**, v. 75, n. 1, p. 3-17, 1999.

FREEBORN, K.; PORTILLO, C. J. Does Pre-exposure prophylaxis (PrEP) for HIV prevention in men who have sex with men (MSM) change risk behavior? A systematic review. **J Clin Nurs.**, v. 27, n. 17-18, p. 3254-3265, 2017.

GILE, K. J. Improved inference for respondent-driven sampling data with application to HIV prevalence estimation. **Journal of the American Statistical Association**, v. 106, n. 493, p. 135-146, 2011.

GILE, K. J.; HANDCOCK, M. S. Respondent-driven sampling: an assessment of current methodology. **Sociological methodology**, v. 40, n. 1, p. 285-327, 2010.

GIROMETTI, N. *et al.* High HIV incidence in men who have sex with men following an early syphilis diagnosis: is there room for pre-exposure prophylaxis as a prevention strategy? **Sex Transm Infect.**, v. 93, n. 5, p. 320-322, 2016.

GOLDEN, M. R.; MARRA, C. M.; HOLMES, K. K. Update on syphilis: resurgence of an old problem. **Jama**, v. 290, n. 11, p. 1510-1514, 2003.

GONÇALVES, V. F. *et al.* Incentives and barriers to HIV testing in men who have sex with men in a metropolitan area in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 5, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n5/1678-4464-csp-32-05-e00049015.pdf>

GONDIM, R. C.; KERR, L. R. F. S.; WERNECK, G. L., et al. Risky sexual practices among men who have sex with men in Northeast Brazil: results from four sequential surveys. **Caderno Saúde Pública**, v. 25, n. 6, p. 1390-1398, 2009.

GONDIM, R.; KERR, L. R. F. S. Homo/bissexualidade masculina: um estudo sobre práticas sexuais desprotegidas em Fortaleza. **Rev Bras Epidemiol**, v. 3, n. 1-3, p. 38-49, 2000.

GRANT, R. M. Antiretroviral agents used by HIV-uninfected persons for prevention: pre- and postexposure prophylaxis. **Clin Infect Dis.**, v. 50, Suppl. 3, p. S96-101, 2010.

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.

GRANT, R. M., *et al.* Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. **New England Journal of Medicine**, v. 363, n. 27, p. 2587-2599, 2010.

GRECO, M. *et al.* Diferenças nas situações de risco para HIV de homens bissexuais em suas relações com homens e mulheres. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, Supl. 2, p. 109-117, 2007.

HECKATHORN, D. D. *et al.* Extensions of respondent-driven sampling: a new approach to the study of injection drug users aged 18-25. **AIDS and Behavior**, v. 6, p. 55-67, 2002a.

HECKATHORN, D. D. Extensions of respondent driven sampling: analyzing continuous variables and controlling for differential recruitment. **Sociological Methodology**, v. 37, n. 1, p. 151-207, 2007.

HECKATHORN, D. D. Respondent-driven sampling II: Deriving valid population estimates from chain-referral samples of hidden populations. **Social Problems**, v. 49, n. 1, p. 11-34, 2002b.

HECKATHORN, D. D. Respondent-driven sampling: a new approach to the study of hidden populations. **Social Problems**, v. 44, n. 2, p. 174-199, 1997.

HENAO-MARTINEZ, A. F.; JOHNSON, S. C. **Diagnostic tests for syphilis new tests and new algorithms** . *Neurol Clin Pract.*, v. 4, n. 2, p. 8, 2014.

IBGE. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>

JARZEBOWSKI, W. *et al.* Effect of early syphilis infection on plasma viral load and CD4 cell count in human immunodeficiency virus-infected men: results from the FHDH-ANRS CO4 cohort. *Arch Intern Med.*, v. 172, n. 16, p. 1237-43, 2012.

JOHNSTON, L. G. *et al.* A systematic review of published respondent-driven sampling surveys collecting behavioral and biologic data. *AIDS Behav.*, v. 20, n. 8, p. 1754-76, 2016.

KATZ, D. A. *et al.* HIV Incidence among men who have sex with men after diagnosis with sexually transmitted infections. *Sex Trans Dis.*, v. 43, n. 4, p. 249-254, 2016.

KENDALL, C. *et al.* An empirical comparison of respondent-driven sampling, time location sampling, and snowball sampling for behavioral surveillance in men who have sex with men, Fortaleza, Brazil. *AIDS Behav.*, v. 12, n. 4, S97-S104, 2008.

KENDALL, C., HILL, Z. Chronicity and AIDS in three South African Communities. In: MANDERSON, L., SMITH-MORRIS, C. (Ed.). **Chronic conditions, fluid states: chronicity and the anthropology of illness**. Rutgers, NJ: Rutgers University Press, 2010. p. 175-194. (Studies in Medical Anthropology).

KERR, L. **Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 10 cidades brasileiras**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

KERR, L. R. *et al.* HIV among MSM in a large middle-income country. *AIDS*, v. 27, n. 3, p. 427-35, 2013.

KERR, L. R. F. S.; KENDALL, C.; PONTES, M. K. *et al* **Quantitative and qualitative assessment of selective participation in a respondent-driven sampling survey of men who have sex with men, Ceará, Brazil** 2009.

KOJIMA, N.; DAVEY, D. J.; KLAUSNER, J. D. Pre-exposure prophylaxis for HIV infection and new sexually transmitted infections among men who have sex with men. *AIDS*, v. 30, n. 14, p. 2251-52, 2016.

LAFOND, R. E.; LUKEHART, S. A. Biological basis for syphilis. *Clin Microbiol Rev.*, v. 19, n. 1, p. 29-49, 2006.

LAWN, J. E. *et al.* Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *The Lancet*, v. 387, n. 10018, p. 587-603, 2016.

LIU, A. Y. *et al.* Sexual risk behavior among HIV-uninfected men who have sex with men (MSM) participating in a tenofovir pre-exposure prophylaxis (PrEP) randomized trial in the United States. **J Acquir Immune Defic Syndr.**, v. 64, n. 1, p. 87-94, 2013.

LUKEHART, S. A. *et al.* Invasion of the central nervous system by *Treponema pallidum*: implications for diagnosis and treatment. **Annals of Internal Medicine**, v. 109, n. 11, p. 855-862, 1988.

MALEKINEJAD, M. *et al.* Using respondent-driven sampling methodology for HIV biological and behavioral surveillance in international settings: a systematic review. **AIDS and Behavior**, v. 12, n. 4 Suppl, p. S105-130, 2008.

MARCUS, J. L. *et al.* No evidence of sexual risk compensation in the iPrEx trial of daily oral HIV preexposure prophylaxis. **Plos One**, v. 8, n. 12, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3867330/pdf/pone.0081997.pdf>

MENDOZA-SASSI, R. A. *et al.* Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 4, p. 787-796, 2011.

MONTEALEGRE, J. R. *et al.* Respondent driven sampling for HIV biological and behavioral surveillance in Latin America and the Caribbean. **AIDS Behav.**, v. 17, n. 7, p. 2313-40, 2013.

NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING MEDICINE. **The value of social, behavioral, and economic sciences to national priorities**: a report for the National Science Foundation. Washington, DC: The National Academies Press, 2017. Disponível em: <https://www.nap.edu/catalog/24790/the-value-of-social-behavioral-and-economic-sciences-to-national-priorities>

NEWMAN, L. *et al.* Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data. **PLoS Med**, v. 10, n. 2, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23468598>.

NURSE-FINDLAY, S. *et al.* Shortages of benzathine penicillin for prevention of mother-to-child transmission of syphilis: An evaluation from multi-country surveys and stakeholder interviews. **PLoS Medicine**, v. 14, n. 12, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5744908/pdf/pmed.1002473.pdf>

PARKER, R. G. Bisexuality and HIV/AIDS in Brazil. In: AGGLETON, P. (Ed.). **Bisexualities and AIDS**: international perspectives. London: Taylor & Francis, 1996. p. 148-60.

PARKER, R. G. Neoliberalismo, acesso a medicamentos e o desmonte da resposta brasileira ao HIV/AIDS. CEE - Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz: Pesquisa, Política e Ação em Saúde Pública. 03 out. 2016. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=node/464>. Acesso em: 23 fev. 2020.

PARKER, R.; BARBOSA, R. M.; CAMARGO, K. R. *et al.* **Mito vs Realidade**: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016. Rio de Janeiro: ABIA, 2016.

PATHELA, P. *et al.* The high risk of an HIV diagnosis following a diagnosis of syphilis: a population-level analysis of New York City men. **Clinical Infectious Diseases**, v. 61, n. 2, p. 281-287, 2015.

PEELING, R. W. *et al.* Syphilis. **Nature Reviews Disease Primers**, v. 3, n. 17073, 2017.

PETERMAN, T. A. *et al.* Syphilis in the United States: on the rise? **Expert Rev Anti Infect Ther**, v. 13, n. 2, p. 161-8, Feb 2015.

PETERSON, L. *et al.* Tenofovir disoproxil fumarate for prevention of HIV infection in women: a phase 2, double-blind, randomized, placebo-controlled trial. **PLoS Clinical Trials**, v. 2, n. 5, p. e27, 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1876601/pdf/pctr.0020027.pdf>

PIALOUX, G. *et al.* Effect of HIV infection on the course of syphilis. **AIDS Rev.**, v. 10, n. 2, p. 85-92, Apr-Jun 2008.

PINHEIRO, P. Sífilis - Fases precoce e avançada. **MD. SAÚDE**. 27 fev. 2018. Disponível em: <https://www.mdsaude.com/doencas-infecciosas/dst/sifilis-fotos/>. Acesso em: 12 maio 2018.

RADOLF, J. D. *Treponema pallidum* and the quest for outer membrane proteins. **Molecular Microbiology**, v. 16, n. 6, p. 1067-1073, 1995.

READ, P.; FAIRLEY, C. K.; CHOW, E. P. Increasing trends of syphilis among men who have sex with men in high income countries. **Sexual Health**, v. 12, n. 2, p. 155-163, 2015.

REDE CEGONHA. Brasil. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-mulher/rede-cegonha>. Acesso em: 23 fev. 2020.

REKART, M. L. *et al.* A double-edged sword: does highly active antiretroviral therapy contribute to syphilis incidence by impairing immunity to *Treponema pallidum*? **Sex Transm Infect.**, v. 93, n. 5, p. 374-378, Aug 2017.

REYNOLDS, S. J. *et al.* High rates of syphilis among STI patients are contributing to the spread of HIV-1 in India. **Sex Transm Infect.**, v. 82, n. 2, p. 121-6, Apr 2006.

ROLFS, R. T. *et al.* A randomized trial of enhanced therapy for early syphilis in patients with and without human immunodeficiency virus infection. **New England Journal of Medicine**, v. 337, n. 5, p. 307-314, 1997.

ROTHSCHILD, B. M. History of syphilis. **Clinical Infectious Diseases**, v. 40, n. 10, p. 1454-1463, 2005.

ROWLEY, J. *et al.* Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: global prevalence and incidence estimates, 2016. **Bull World Health Organ**, v. 97, n. 8, p. 548-562, 2019.

SADIQ, S. T. *et al.* The effects of early syphilis on CD4 counts and HIV-1 RNA viral loads in blood and semen. **Sex Transm Infect**, v. 81, n. 5, p. 380-5, 2005.

SALGANIK, M. J. Variance estimation, design effects, and sample size calculations for respondent-driven sampling. **J. Urban Health**, v. 83, n. 6 (Suppl.), p. i98-112, 2006.

SARACENI, V.; MIRANDA, A. E. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. **Cad Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 490-6, Mar 2012.

SCOTT, H. M.; KLAUSNER, J. D. Sexually transmitted infections and pre-exposure prophylaxis: challenges and opportunities among men who have sex with men in the US. **AIDS Res Ther.**, v. 13, n. 5, 2016. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4719214/pdf/12981_2016_Article_89.pdf

SELL, S.; BERKOWER, I.; MAX, E. E. **Immunology, immunopathology, and immunity**. McGraw-Hill Professional Publishing, 1996.

SHOCKMAN, S.; BUESCHER, L. S.; STONE, S. P. Syphilis in the United States. **Clin Dermatol.**, v. 32, n. 2, p. 213-8, Mar-Apr 2014.

SINGH, A. E.; ROMANOWSKI, B. Syphilis: review with emphasis on clinical, epidemiologic, and some biologic features. **Clinical microbiology reviews**, v. 12, n. 2, p. 187-209, 1999.

SOLOMON, M. M. *et al.* Syphilis predicts HIV incidence among men and transgender women who have sex with men in a preexposure prophylaxis trial. *Clin Infect Dis.*, v. 59, n. 7, p. 1020-26, 2014.

THIGPEN, M. C. *et al.* Antiretroviral preexposure prophylaxis for heterosexual HIV transmission in Botswana. **New England Journal of Medicine**, v. 367, n. 5, p. 423-434, 2012.

VAN DAMME, L. *et al.* Preexposure prophylaxis for HIV infection among African women. **New England Journal of Medicine**, v. 367, n. 5, p. 411-422, 2012.

VAN WAGONER, N. J. *et al.* Characteristics of women reporting multiple recent sex partners presenting to a sexually transmitted disease clinic for care. **Sex Transm Dis.**, v. 38, n. 3, p. 210-5, 2011.

VOUX, A. *et al.* State-specific rates of primary and secondary syphilis among men who have sex with men-United States, 2015. **MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 66, n. 13, p. 349-354, 2017.

WATSON-JONES, D. *et al.* Syphilis in pregnancy in Tanzania. I. Impact of maternal syphilis on outcome of pregnancy. **The Journal of infectious diseases**, v. 186, n. 7, p. 940-947, 2002.

WEJNERT, C. *et al.* Estimating design effect and calculating sample size for respondent-driven sampling studies of injection drug users in the United States. **AIDS and Behavior**, v. 16, n. 4, p. 797-806, 2012.

WIJESOORIYA, N. S. *et al.* Global burden of maternal and congenital syphilis in 2008 and 2012: a health systems modelling study. **The Lancet Global health**, v. 4, n. 8, p. e525-e533, 2016.

WORKOWSKI, K. A.; BOLAN, G. A. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. Recommendations and reports. **Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)**, v. 64, n. RR-03, p. 1-137, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations**. Geneva: WHO, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis. 2 ed. Geneva: WHO, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global health sector strategy on sexually transmitted infections 2016-2021: toward ending STIs**. Geneva: WHO, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidance on oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) for serodiscordant couples, men and transgender women who have sex with men at high risk of HIV: recommendations for use in the context of demonstration projects. Geneva: WHO, July 2012b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis: promoting better maternal and child health and stronger health systems Initiative for the global elimination of congenital syphilis**. WHO Document Production Services, Geneva: WHO, 2012a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report on global sexually transmitted infection surveillance**. Geneva: WHO, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action. p. 2007.




WORLD HEALTH ORGANIZATION. The global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action. Sexually transmitted and reproductive tract infections, 2018.

ZETOLA, N. M. *et al.* Exploring the relationship between sexually transmitted diseases and HIV acquisition by using different study designs. **J Acquir Immune Defic Syndr.**, v. 50, n. 5, p. 546-51, 2009.

ZHONG, F. *et al.* Possible increase in HIV and syphilis prevalence among men who have sex with men in Guangzhou, China: results from a respondent-driven sampling survey. **AIDS Behav.**, v. 15, n. 5, p. 1058-66, 2011.

ZHOU, Y. *et al.* Prevalence of HIV and syphilis infection among men who have sex with men in China: a meta-analysis. **Biomed Res Int.**, v. 2014, p. 620431, 2014.

8. APÊNDICE 1

| | |
|---|---|
| <p>ME CONVIDA QUE EU VOU </p> <p>Obrigado pela participação!</p> <div data-bbox="240 712 663 887" style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;">  </div> <p>Fique com esta parte e pegue seu ressarcimento até: __/__/2016</p> | <p>ME CONVIDA QUE EU VOU </p> <p>CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento</p> <p>Rua: Anhanduí, 299 – Amambaí – Campo Grande/MS (Em frente ao Horto Florestal)</p> <p>Fone: (67) 9289-1136 (CLARO) (67) 9941-1211 (VIVO)</p> <p>Horário de atendimento das entrevistas: Segunda a quinta-feira (17h00 às 21h00). Sexta, sábado e domingo: favor agendar horário com Ana/Clarice</p> <p>Agende sua entrevista pelo telefone ou vá diretamente ao local</p> <p>Entregue esta parte do cupom para seu convidado!</p> <p>ATENÇÃO! Convite válido até __/__/2016</p> |
|---|---|

ME CONVIDA QUE EU VOU

CTA

Rua: Anhanduí, 299 – Amambaí –
Campo Grande/MS

(Em frente ao Horto Florestal)

Fone: (67) 9289-1136 (CLARO)

Fone: (67) 9941-1211 (VIVO)

Horário de atendimento das entrevistas:
Segunda a quinta-feira (17h00 às 21h00)

Sexta, sábado e domingo: favor agendar
horário Ana/Clarice

**Agende sua entrevista pelo telefone ou
vá diretamente ao local**

ME CONVIDA QUE EU VOU

**Traga este convite e, se você
puder participar da pesquisa,
você irá responder uma
entrevista confidencial e
anônima**

- ✓ Você também receberá um reembolso pelo seu tempo de participação na pesquisa
- ✓ Ganhará camisinhas, gel e material educativo
- ✓ Se desejar, pode fazer o teste rápido para HIV, Sífilis e Hepatites B e C

**Destaque esta parte e
entregue ao seu
convidado.**

UFC



9. APENDICE 2

ETAPA 1: ELEGIBILIDADE

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

A.2. CONFIRMAÇÃO DO ID DO PARTICIPANTE : __ __. __. __. __. __

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

A.5. DATA DA ENTREVISTA [__ __ / __ __ / __ __]

[DD MM AA]

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

BLOCO A: CRITÉRIO DE INCLUSÃO NA PESQUISA

A.7. LOCAL DA ENTREVISTA:

0. Unidade sede da pesquisa

1. Entrevista externa, fora da unidade sede ou secundária

A.8. Qual a sua idade ?

___ ___ anos

A.9. Qual é a data de seu nascimento?

[__ __ / __ __ / _____]

[DD MM AAAA]

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

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

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

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

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

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

A.11. Em que cidade você mora ?

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

A.11.1 Em que cidade você trabalha?

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

A.11.2.Em que cidade você estuda?

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

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

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

A.12. Em que bairro você mora? _____

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

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

[Se B.9=1, vá para B.11]

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

B.10. Quanto você pagou pelo convite ?

R\$ __ __ __,00 Reais

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

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

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

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

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

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

1. Sim

2. Não

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

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

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

1. Sim

2. Não

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

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

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

1. Por motivo econômico/Por causa do ressarcimento

2. Por causa dos resultados do teste para o HIV

3. Por causa dos resultados do teste para Sífilis

4. Por causa dos resultados do teste para hepatite B

5. Por causa dos resultados do teste para hepatite C

6. Receber informação sobre IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis)/HIV/Aids

7. Receber informação sobre medicação antirretroviral (contra o vírus da aids)

8. Colaborar com uma pesquisa para gays/homossexuais

9. Conversar com o aconselhador

10. Estava com tempo livre

11. Outro motivo: Qual? _____

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

1. Sim
2. Não

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

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

A.17. Você quer participar do estudo?

1. Sim
2. Não

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

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

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

Ao término da A.18, exiba a mensagem M7

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

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

1. Sim
2. Não

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

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

A.20. Motivo da não elegibilidade

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

Se A.20=8

Aparecer em nova tela

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

ETAPA 2: QUESTIONÁRIO SÓCIO COMPORTAMENTAL

BLOCO B: REDE SOCIAL

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

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

__ __ __ __ homens

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

__ __ __ __ homens

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

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

__ __ __ __ homens

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

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

__ __ __ __ homens

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

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

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

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

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

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

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

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

BLOCO C: INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICAS

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

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

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

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

C.2. Você tem religião?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

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

C.3. Você pratica sua religião?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

C.4. Qual sua religião?

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

C.5. Qual é sua situação conjugal?

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

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

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

R\$ _____ reais

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

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

R\$ _____ reais

C.8. Em que tipo de lugar você mora)?

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

[Se C.8= 8 ou 9, vá para o Bloco D]

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

[Se mora sozinho, digite “0”]

__ __ pessoas

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

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

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

Se C.10 \neq 1, 2, 3 ou 4, vá para C.13

C.11. Qual a idade deste parceiro?

_____ anos

C.13. Você é o chefe (principal responsável financeiro) de seu domicílio?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

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

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

Vamos começar?

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

| ITENS DE CONFORTO | NÃO POSSUI | 1 | 2 | 3 | 4+ |
|--|------------|---|---|---|----|
| C.14.1. Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular (não considere taxi ou carros de uso comercial) | | | | | |
| C.14.2. Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana | | | | | |
| C.14.3. Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho | | | | | |
| C.14.4. Quantidade de banheiros | | | | | |
| C.14.5. DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| DVD e desconsiderando DVD de automóvel | | | | | |
| C.14.6.Quantidade de geladeiras | | | | | |
| C.14.7.Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex | | | | | |
| C.14.8.Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones | | | | | |
| C.14.9.Quantidade de lavadora de louças | | | | | |
| C.14.10. Quantidade de fornos de micro-ondas | | | | | |
| C.14.11. Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional | | | | | |
| C.14.12. Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca | | | | | |

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

1. Rede geral de distribuição
2. Poço ou nascente
3. Outro(a) _____

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

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

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

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

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

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

98. Não quer responder

Se C.18 ≠ 7, vá para D.1 do Bloco D

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

1. Procurou, mas não conseguiu encontrar trabalho
2. Está trabalhando como voluntário
3. Está estudando ou em treinamento não remunerado

4. Do lar/cuidando da família
5. Por motivo de doença
6. Outro(a) _____
98. Não quer responder

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

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

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

| | 1.Sim | 2.Não | 98. Não sei/ Não quer responder |
|-------------------|-------|-------|---------------------------------|
| D.1.1. Sífilis | | | |
| D.1.2. Hepatite A | | | |
| D.1.3. Hepatite B | | | |
| D.1.4. Hepatite C | | | |
| D.1.5. Malária | | | |
| D.1.6. Dengue | | | |
| D.1.7. HIV | | | |
| D.1.8. Gonorreia | | | |
| D.1.9. HPV | | | |

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

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

1. Concorda
2. Discorda
9. Não Sabe

D.3. Uma pessoa pode pegar o HIV (vírus da aids) se compartilhar talheres, copos, ou refeições.

1. Concorda
2. Discorda
9. Não Sabe

D.5. Uma pessoa pode pegar o HIV (vírus da aids) se compartilhar com outras pessoas instrumentos para o uso de drogas, tais como seringa, agulha, cachimbo, latinha, canudo, etc..

1. Concorda
2. Discorda
9. Não Sabe

D.8. Uma pessoa pode pegar o HIV (vírus da aids) se for picada por um inseto, como pernilongo ou mosquito.

1. Concorda
2. Discorda
9. Não Sabe

D.9. Uma pessoa pode pegar o HIV (vírus da aids) se não usar preservativos em relações sexuais.

1. Concorda
2. Discorda
9. Não Sabe

D.10. Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo vírus da aids.

1. Concorda
2. Discorda
9. Não Sabe

D.11. Se uma pessoa tiver relações sexuais somente com um parceiro fiel, não infectado pelo vírus da aids, o risco de pegar o vírus é menor.

1. Concorda
2. Discorda
9. Não Sabe

D.12. Uma mulher grávida infectada pelo HIV que recebe medicamento para aids durante o pré-natal e no parto terá menor chance de transmitir o vírus para o bebê.

1. Concorda
2. Discorda
9. Não Sabe

D.14. Existe cura para a aids.

1. Concorda

2. Discorda

9. Não sabe

D.15. Uma pessoa infectada pelo HIV e que está tomando medicamento para aids tem menor risco de transmitir o vírus da aids para outra pessoa.

1. Concorda

2. Discorda

7. Não sabe

D.16. Existem medicamentos para o tratamento do HIV/aids para serem usados após uma situação de risco de infecção (sexo sem preservativo, violência sexual etc).

1. Concorda

2. Discorda

9. Não sabe

Se D.16 \neq 1, vá para D.17

D.16.1. Poderia dizer o(s) nome(s) deste(s) medicamento(s) ou tratamento?

1. PEP

2. Não sei

3. Outro(a) _____

D.17. Existem medicamentos para pessoas HIV negativas tomarem antes de fazerem sexo com outras pessoas para prevenir a infecção pelo HIV.

1. Concorda

2. Discorda

9. Não sabe

Se D.17 \neq 1, vá para D.18

D.17.1. Poderia dizer o(s) nome(s) deste(s) medicamento(s) ou tratamento?

1. PrEP

2. Não sei

3. Outro(a) _____

D.18. Uma pessoa pode contrair hepatite compartilhando escova de dente.

1. Concorda

2. Discorda

9. Não sabe

D.19. Uma pessoa pode contrair hepatite compartilhando material para manicure (algodão, palito, alicate...).

1. Concorda

2. Discorda

9. Não sabe

D.20. Uma pessoa pode contrair hepatite fazendo tatuagem ou colocando piercing.

1. Concorda

2. Discorda

9. Não sabe

D.21. Uma pessoa pode contrair hepatite se compartilhar com outras pessoas instrumentos para o uso de drogas, tais como seringa, agulha, cachimbo, latinha, canudo, etc.

1. Concorda
2. Discorda
9. Não sabe

BLOCO E: ASSISTÊNCIA À SAÚDE , PREVENÇÃO E TRATAMENTO ÀS IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis)

ASSISTÊNCIA À SAÚDE GERAL

E. 0. O seu domicílio está cadastrado na unidade de saúde da família?

1. Sim
2. Não
98. Não sei / Não quer responder

E.1. Com que frequência o seu domicílio recebeu uma visita de algum Agente Comunitário ou algum membro da Equipe de Saúde da Família?

1. Mensalmente
2. A cada 2 meses
3. De 2 a 4 vezes por ano
4. Uma vez por ano
5. Nunca recebeu
98. Não sei / Não quer responder

E.2. Você tem algum plano de saúde (médico ou odontológico), particular, de empresa ou órgão público (que não o SUS)?

1. Sim
2. Não
98. Não sei / Não quer responder

Se E.2 \neq 1, vá para E.3.1.

E.3. Se sim, especificar: _____

E.3.1. Você costuma procurar o mesmo lugar, mesmo médico ou mesmo serviço de saúde quando precisa de atendimento de saúde?

1. Sim
2. Não
98. Não sei / Não quer responder

E.4. Em geral, quando você está doente ou precisando de atendimento à saúde qual local você costuma buscar?

1. Farmácia
2. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)
3. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica
4. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)
5. Pronto-socorro ou emergência de hospital público
6. Ambulatório de hospital público

7. Consultório particular
8. Ambulatório ou consultório de clínica privada
9. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado
10. Profissional da equipe de saúde da família no domicílio
11. Curandeiro ou rezadeira ou similar
12. Outro (a) _____
13. Não procurou nenhum local
98. Não sei / Não quer responder

E.6. Em geral, quando você precisa fazer algum exame laboratorial solicitado por um profissional de saúde, não emergencial, qual local você costuma buscar?

1. Unidade Básica de Saúde/Unidade de Saúde da Família/Posto de saúde
2. Hospital público
3. Hospital particular
4. Laboratório particular
5. Farmácia
6. Outro(a) _____
98. Não sei / Não quer responder

E.7. Quando consultou um médico pela última vez?

1. Nos últimos doze meses
2. De 1 a 2 anos
3. Há mais de 2 anos
4. Nunca foi ao médico
98. Não sei / Não quer responder

E.8. Você já tomou a vacina contra o vírus da Hepatite B?

1. Sim
2. Não
98. Não sei / Não quer responder

Se E.8 \neq 1, vá para E.9

E.8.1. Se SIM, quantas doses da vacina contra Hepatite B você tomou?

1. 1 dose
2. 2 doses
3. 3 doses
98. Não sei / Não quer responder

E.9. De um modo geral, como você classifica o seu estado de saúde?

1. Muito Bom
2. Bom
3. Regular
4. Ruim
5. Muito Ruim
98. Não sei / Não quer responder

ASSISTÊNCIA À SAÚDE RELACIONADA ÀS IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis)

[Agora, gostaria de perguntar sobre algumas infecções sexualmente transmissíveis, se você já teve alguma, se buscou tratamento, etc.]

E.10. Alguma vez na vida, algum médico ou profissional de saúde lhe disse que você já teve alguma IST (Infecção Sexualmente Transmissível)?

1. Sim
2. Não
98. Não sei / Não quer responder

Se E.10 ≠ 1, vá para E.11

E.10.1. Se SIM, ESPECIFICAR: _____

E.11. Nos últimos 12 meses, você já teve algum dos seguintes sintomas:

| | 1.Sim | 2.Não | 98. Não sei/ Não quer responder |
|---|-------|-------|---------------------------------------|
| E.11.1. Secreção no pênis ou ânus?. | | | |
| E.11.2. Pequenas bolhas no pênis ou ânus? | | | |
| E.11.3. Verrugas no pênis ou ânus? | | | |
| E.11.4. Úlceras/feridas no pênis ou ânus?). | | | |

[Se E.11.1 \neq 1 e E.11.2 \neq 1 e E.11.3 \neq 1 e E.11.4 \neq 1, vá para E.18]

E.12. O que você fez sobre este(s) sintoma(s)? (PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

1. Não fiz nada
2. Tratei sozinho
3. Procurei um local, um profissional e/ou um serviço
98. Não sei / Não quer responder

[SE E.12 = 1 ou 98, vá para E.16]

E.13. Qual foi o primeiro local, profissional ou serviço que você procurou para tratar esse(s) sintoma(s)?

1. Farmácia
2. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)
3. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica
4. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)
5. Pronto-socorro ou emergência de hospital público
6. Ambulatório de hospital público
7. Consultório particular
8. Ambulatório ou consultório de clínica privada
9. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado
10. Profissional da equipe de saúde da família no domicílio
11. Curandeiro ou rezadeira ou similar

12. Outro _____

13. Não procurou nenhum local

98. Não sei / Não quer responder

E.14. Você recebeu tratamento para este(s) sintoma(s)?

1. Sim

2. Não

98. Não sei / não quero responder

E.15. No primeiro local que você procurou por causa desse(s) sintoma(s), você recebeu alguma das seguintes orientações do profissional de saúde que te atendeu ?

| | 1.Sim | 2.Não | 98. Não sei/ Não quer responder |
|--|-------|-------|---------------------------------------|
| E.15.1. Sempre usar preservativo durante as relações sexuais. | | | |
| E.15.2. Informar seus(as) parceiros(as) sobre esse(s) problemas e a importância do tratamento. | | | |
| E.15.3. Fazer o teste de sífilis. | | | |
| E.15.4. Fazer o teste anti-HIV (vírus da aids). | | | |
| E.15.5. Fazer o teste de hepatite. | | | |

Ao término de E.15.5, vá para E.17

E.16. Por qual(is) motivo(s) você não procurou algum serviço de saúde ?

| | 1.Sim | 2.Não | 98. Não sei/ Não quer responder |
|--|-------|-------|---------------------------------------|
| E.16.1. Distância da residência à unidade de saúde | | | |
| E.16.2. Custo com o transporte para ir a uma consulta | | | |
| E.16.3. Horário de funcionamento dos serviços | | | |
| E.16.4. Licença do trabalho | | | |
| E.16.5. Acha que o profissional de saúde tem preconceito | | | |
| E.16.6. Não sabe onde procurar atendimento | | | |
| E.16.7. O profissional era uma mulher | | | |
| E.16.8. Vergonha | | | |
| E.16.9. Automedicação | | | |
| E.16.10. Outro Motivo | | | |

Se E.16.10 \neq 1, vá para E.17

E.16.11. Que outro motivo, Especificar _____

E.17. Você ainda tem este(s) sintoma(s)?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

E.18. Você fez algum exame para as seguintes IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis), nos últimos 12 meses?

| | 1.Sim | 2.Não | 98. Não sei/ Não quer responder |
|---|-------|-------|---------------------------------------|
| E.18.1. Sífilis. | | | |
| E.18.2. Hepatite B | | | |
| E.18.3. Hepatite C | | | |
| E.18.4. Outras infecções sexualmente transmissíveis, exceto o HIV | | | |

[SE Todas forem diferentes de 1 E.18 \neq 1, vá para E.24]

E.18.A. Se fez algum destes exames citados acima, quais os resultados?

Somente será respondida se E.18.1 até E.18.4 tiver algum item=1

| | 1. Positivo | 2. Negativo | 3. Inconclusivo | 98. Não sei/ Não quer responder |
|---|-------------|-------------|-----------------|------------------------------------|
| E.18.A.1 Sífilis | | | | |
| E.18.A.2. Hepatite B | | | | |
| E.18.A.3. Hepatite C | | | | |
| E.18.A.4. Outras infecções sexualmente transmissíveis, exceto o HIV | | | | |

E.18.B. Para estes resultados positivos dos feitos nos últimos 12 meses, você recebeu tratamento?

Somente será respondida se E.18.A.1 até E.18.A.4 tiver algum item=1

| | 1. Sim | 2. Não | 98. Não sei/ Não quer responder |
|---|--------|--------|------------------------------------|
| E.18.B.1. Sífilis. | | | |
| E.18.B.2. Hepatite B | | | |
| E.18.B.3. Hepatite C | | | |
| E.18.B.4. Outras infecções sexualmente transmissíveis, exceto o HIV | | | |

E.19.1. Qual foi o primeiro profissional, serviço ou local que você procurou para o seu tratamento de Sífilis?

Somente será respondida se E.18.B.1 =1

1. Farmácia
2. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)
3. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica
4. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)
5. Pronto-socorro ou emergência de hospital público
6. Ambulatório de hospital público
7. Consultório particular
8. Ambulatório ou consultório de clínica privada
9. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado
10. Profissional da equipe de saúde da família no domicílio
11. Curandeiro ou rezadeira ou similar
12. Outro(a) _____
13. Não procurou nenhum local
98. Não sei / Não quer responder

E.19.1.A. Por qual(is) motivo(s) você não procurou algum serviço de saúde para o seu tratamento de Sífilis? (PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

Somente será respondida se E.19. 1 =13

1. Distância da residência à unidade de saúde
2. Custo com o transporte para ir a uma consulta

3. Horário de funcionamento dos serviços
4. Licença do trabalho
5. Acha que o profissional de saúde tem preconceito
6. Não sabe onde procurar atendimento
7. Procurei rezadeira/curandeiro ou similar
8. Automedicação
9. O profissional era uma mulher
10. Vergonha
11. Outro(a) _____

E.19.2. Qual foi o primeiro profissional, serviço ou local que você procurou para o seu tratamento de Hepatite B?

Somente será respondida se E.18.B.2 =1

1. Farmácia
2. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)
3. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica
4. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)
5. Pronto-socorro ou emergência de hospital público
6. Ambulatório de hospital público
7. Consultório particular
8. Ambulatório ou consultório de clínica privada
9. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado
10. Profissional da equipe de saúde da família no domicílio
11. Curandeiro ou rezadeira ou similar
12. Outro(a) _____
13. Não procurou nenhum local

98. Não sei / Não quer responder

E.19.2.A. Por qual(is) motivo(s) você não procurou algum serviço de saúde para o seu tratamento de Hepatite B? (PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

Somente será respondida se E.19.2 =13

1. Distância da residência à unidade de saúde
2. Custo com o transporte para ir a uma consulta
3. Horário de funcionamento dos serviços
4. Licença do trabalho
5. Acha que o profissional de saúde tem preconceito
6. Não sabe onde procurar atendimento
7. Procurei rezadeira/curandeiro ou similar
8. Automedicação
9. O profissional era uma mulher
10. Vergonha
11. Outro(a) _____

E.19.3. Qual foi o primeiro profissional, serviço ou local que você procurou para o seu tratamento de Hepatite C?

Somente será respondida se E.18.B.3 =1

1. Farmácia
2. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)
3. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica
4. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)

5. Pronto-socorro ou emergência de hospital público
6. Ambulatório de hospital público
7. Consultório particular
8. Ambulatório ou consultório de clínica privada
9. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado
10. Profissional da equipe de saúde da família no domicílio
11. Curandeiro ou rezadeira ou similar
12. Outro(a) _____
13. Não procurou nenhum local
98. Não sei / Não quer responder

E.19.3.A. Por qual(is) motivo(s) você não procurou algum serviço de saúde para o seu tratamento de Hepatite C? (PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

Somente será respondida se E.19.3 =13

1. Distância da residência à unidade de saúde
2. Custo com o transporte para ir a uma consulta
3. Horário de funcionamento dos serviços
4. Licença do trabalho
5. Acha que o profissional de saúde tem preconceito
6. Não sabe onde procurar atendimento
7. Procurei rezadeira/curandeiro ou similar
8. Automedicação
9. O profissional era uma mulher
10. Vergonha
11. Outro(a) _____

E.19.4. Qual foi o primeiro profissional, serviço ou local que você procurou para o seu tratamento para as Outras Infecções Sexualmente Transmissíveis, exceto o HIV?

Somente será respondida se E.18.B.4 =1

1. Farmácia
2. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)
3. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica
4. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)
5. Pronto-socorro ou emergência de hospital público
6. Ambulatório de hospital público
7. Consultório particular
8. Ambulatório ou consultório de clínica privada
9. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado
10. Profissional da equipe de saúde da família no domicílio
11. Curandeiro ou rezadeira ou similar
12. Outro(a) _____
13. Não procurou nenhum local
98. Não sei / Não quer responder

E.19.4.A. Por qual(is) motivo(s) você não procurou algum serviço de saúde para o seu tratamento para as Outras Infecções Sexualmente Transmissíveis, exceto o HIV? (PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

Somente será respondida se E.19.4 =13

1. Distância da residência à unidade de saúde

2. Custo com o transporte para ir a uma consulta
3. Horário de funcionamento dos serviços
4. Licença do trabalho
5. Acha que o profissional de saúde tem preconceito
6. Não sabe onde procurar atendimento
7. Procurei rezadeira/curandeiro ou similar
8. Automedicação
9. O profissional era uma mulher
10. Vergonha
11. Outro(a) _____

**ACESSO A PRESERVATIVOS E FONTES DE INFORMAÇÕES SOBRE IST
(Infecções Sexualmente Transmissíveis)**

[Agora, gostaria de perguntar sobre acesso a preservativos e fontes de informações sobre as IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis)]

E.24. Nos últimos 12 meses, você recebeu/pegou preservativos gratuitos?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

[Se E.24 ≠ 1, vá para E.29]

E.25. Onde você recebeu/pegou gratuitamente as camisinhas?

| | 1.Sim | 2.Não | 98. Não quer responder |
|--|-------|-------|------------------------|
| E.25.1. Em serviço público de saúde | | | |
| E.25.2. Em ONG geral | | | |
| E.25.3. Em ONG que trabalha com HIV/aids | | | |
| E.25.4. Em ONG que trabalha com LGBTTT | | | |
| E.25.5. Em instituições de ensino | | | |
| E.25.6. Em bares, boates ou saunas | | | |
| E.25.7. Na rua | | | |
| E.25.8. Outro(a) | | | |

E.26. No último mês quantas camisinhas você recebeu/pegou gratuitamente?

__ __ camisinhas (Se nenhuma, digite “00”)

[Se 00, vá para E.29]

E.27. Você acha que a quantidade de camisinhas que você recebeu/pegou gratuitamente no último mês foi suficiente?

1. Sim

2. Não

98. Não quer responder

E.28. Você costuma comprar camisinhas?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

E.29. Nos últimos 12 meses, você recebeu/pegou lubrificante/gel gratuito?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

[Se E.29 \neq 1, vá para E.34]

E.30. Onde você recebeu/pegou gratuitamente o lubrificante/gel?

| | 1.Sim | 2.Não | 98. Não sei/Não quer responder |
|--|-------|-------|--------------------------------|
| E.30.1. Em serviço público de saúde | | | |
| E.30.2. Em ONG geral | | | |
| E.30.3. Em ONG que trabalha com HIV/aids | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| E.30.4. Em ONG que trabalha com LGBTTT | | | |
| E.30.5. Em instituições de ensino | | | |
| E.30.6. Em bares, boates ou saunas | | | |
| E.30.7. Na rua | | | |
| E.30.8. Outro(a) | | | |

E.31. No último mês quantas embalagens de lubrificantes/gel você recebeu/pegou gratuitamente?

__ __ embalagens de lubrificante (Se nenhum, digite “00”)

[Se E.31 = 00, vá para E.34]

E.32. Você acha que a quantidade de lubrificante/gel que você recebeu/pegou gratuitamente foi suficiente?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

E.33. Você costuma comprar lubrificante/gel?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

E.34. Nos últimos 12 meses, você recebeu algum material educativo sobre IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis), aids e hepatites?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

[Se E.34 ≠ 1, vá para E.36]

E.35. Onde você recebeu material educativo sobre IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis), aids e hepatites?

| | 1.Sim | 2.Não | 98. Não sei/Não quer responder |
|--|-------|-------|--------------------------------|
| E.35.1. Em serviço público de saúde | | | |
| E.35.2. Em ONG geral | | | |
| E.35.3. Em ONG que trabalha com HIV/aids | | | |
| E.35.4. Em ONG que trabalha com LGBTTT | | | |
| E.35.5. Em instituições de ensino | | | |
| E.35.6. Em bares, boates ou saunas | | | |
| E.35.7. Na rua | | | |
| E.35.8. Outro(a) | | | |

E.36. Nos últimos 12 meses, você participou de alguma palestra ou oficina sobre IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis) e aids?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

[Se E.36 ≠ 1, vá para E.38]

E.37. Onde você participou de alguma palestra ou oficina sobre IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis) e aids?

| | 1.Sim | 2.Não | 98. Não sei / Não quer responder |
|--|-------|-------|----------------------------------|
| E.37.1. Em serviço público de saúde | | | |
| E.37.2. Em bares, boates ou saunas | | | |
| E.37.3. Em ONG geral | | | |
| E.37.4. Em ONG que trabalha com HIV/aids | | | |
| E.37.5. Em ONG que trabalha com LGBTTT | | | |
| E.37.6. Em instituições de ensino | | | |
| E.37.7. Na rua | | | |
| E.37.8. Outro(a) | | | |

E.38. Nos últimos 12 meses, você recebeu aconselhamento sobre IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis) e aids?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

[Se E.38 ≠ 1, vá para E.40]

E.39. Onde você recebeu aconselhamento sobre IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis) e aids?

| | 1.Sim | 2.Não | 98. Não sei/Não quer responder |
|--|-------|-------|--------------------------------|
| E.39.1. Em serviço público de saúde | | | |
| E.39.2. Em ONG geral | | | |
| E.39.3. Em ONG que trabalha com HIV/aids | | | |
| E.39.4. Em ONG que trabalha com LGBTTT | | | |
| E.39.5. Em instituições de ensino | | | |
| E.39.6. Em bares, boates ou saunas | | | |
| E.39.7. Na rua | | | |
| E.39.8. Outro(a) | | | |

TESTAGEM PARA O HIV

[Agora, vamos conversar um pouco sobre exames para HIV, Sífilis e Hepatites, se você fez o teste, quando, onde, etc.]

E.40A. Você sabe aonde ir caso queira fazer um teste de HIV/aids?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

E.40. Alguma vez na vida você já fez o teste para HIV/Aids?

1. Sim
2. Não
99. Não quer responder

Se E.40 \neq 1, vá para E.41

E.40.1. Quando foi a última vez que você fez o teste para HIV/Aids?

1. Há menos de 6 meses
2. Entre 6 meses e um ano
3. Entre um e dois anos atrás
98. Mais de dois anos atrás

E.40.2. Qual o resultado do teste?

1. Positivo
2. Negativo
3. Não pegou o resultado
99. Não quer responder

Se E.40.2 \neq 1, vá para E.40.3

E.40.2.1. Você toma medicamentos antirretrovirais (medicamentos para o HIV/Aids)?

1. Sim
2. Já tomei, mas parei
3. Nunca tomei
98. Não sabe/ Não quer responder

E.40.3. Você já fez o teste rápido para o HIV/Aids (um furinho na ponta do dedo), aquele cujo resultado sai na hora?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

E.40.3.1. Você já fez o teste rápido para o HIV/AIDS de fluido oral/ na saliva?

1. Sim, em uma campanha de testagem na rua (Viva Melhor Sabendo)
2. Sim, em um serviço de saúde
3. Não fiz
4. Não sei/ não quero responder

E.40.4. Onde você fez o último exame para HIV/aids?

1. No CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento, COA ou COAS)
2. Na Rede pública de saúde (Posto/Hospital/Pronto Socorro, Unidade Básica de Saúde, exceto CTA/COA ou COAS)
3. Na doação de sangue
4. Na empresa onde trabalha
5. Em hospitais/laboratórios particulares
6. Em ONG
7. Durante Campanha
8. Outro(a) _____
98. Não quer responder

E.40.5. Qual o principal motivo de ter feito o último exame para HIV/aids?

1. Por achar que tinha algum risco
2. Exame de rotina
3. Por curiosidade
4. Porque o(a) parceiro(a) pediu
5. Porque o(a) parceiro(a) pediu porque estava infectado pelo HIV ou tinha aids
6. Porque o parceiro estava infectado pelo HIV ou tinha aids
7. Por indicação médica
8. Por exigência do trabalho
9. Doou sangue
10. Outro(a) _____
11. Por ter se sentido doente
98. Não quer responder

Se E.40 = 1, vá para E.42

E.41. Qual o principal motivo de você nunca ter feito o exame para o HIV/ aids?

1. Nunca foi ofertado
2. Porque a unidade de saúde é muito distante da residência ou trabalho
3. Porque não sabe onde fazer o teste
4. Não vê motivo
5. Não se sente em risco
6. Porque tem medo
7. Porque tem medo de estigma e discriminação se for positivo
8. Não quer saber
9. Outro(a) _____
98. Não quer responder

E.42. Se fosse fazer, ou repetir, o exame para HIV/aids atualmente, quais locais você procuraria ? (PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

1. CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento, COA ou COAS)
2. Posto de Saúde
3. Hospital
4. Pronto Socorro
5. Hemocentro (doação de sangue)
6. Laboratório particular
7. ONG
8. Farmácia

9. Outro(a) _____

98. Não quer responder

E.43. Você faria um teste para diagnóstico do HIV/aids que você aplicasse em você mesmo?

1. Sim

2. Não

98. Não quer responder

E.43.1. Quais os motivos para esta sua decisão sobre um teste que você aplique em você mesmo (PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

1. Por achar que tem algum risco

2. Por achar que tem pouco ou nenhum risco

3. Exame de rotina

4. Por curiosidade

5. Porque o(a) parceiro(a) pede

6. Porque o(a) parceiro(a) pede porque estava infectado pelo HIV ou tinha aids

7. Porque o parceiro estava infectado pelo HIV ou tinha aids

8. Por indicação médica

9. Por exigência do trabalho

10. Para poder doar sangue

11. Porque nunca foi ofertado

12. Porque a unidade de saúde é muito distante da residência/trabalho

13. Porque não sabe onde fazer o teste

14. Não vê motivo

15. Porque tem medo

16. Porque não quero que ninguém saiba o resultado

17. Outro(a) _____

98. Não quer responder

E.45. Como você avalia sua chance de se infectar com o HIV ao longo de sua vida?

1. Nenhuma chance

2. Pouca chance

3. Chance moderada

4. Grande chance

5. Não consegue avaliar

6. Já sou positivo

98. Não quer responder

Se E.45 = 6, vá para E.47

E.46. E atualmente, você acha que sua chance de se infectar com o HIV é?

1. Nenhuma

2. Pouca

3. Moderada

4. Grande

5. Não sabe

98. Não quer responder

PROFILAXIA PARA O HIV (PEP e PrEP)

[Agora, gostaria de perguntar sobre seus conhecimentos e uso de medicamentos para a prevenção da infecção pelo HIV.]

E.47. Antes de participar desta pesquisa, você já tinha ouvido falar se existem medicamentos para a prevenção do HIV que podem ser usados APÓS uma situação de risco de infecção (PEP) tais como sexo sem preservativo, violência sexual, acidente de trabalho?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

[Se E.47 \neq 1 vá para E.48]

E.47.1. De quem ou de onde você ouviu falar de PEP? (PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

- | | | |
|----------------------------------|------------|------------|
| E.47.1.1. Amigos | 1. Sim () | 2. Não () |
| E.47.1.2. Serviços de saúde | 1. Sim () | 2. Não () |
| E.47.1.3. Profissionais da saúde | 1. Sim () | 2. Não () |
| E.47.1.4. Literatura científica | 1. Sim () | 2. Não () |
| E.47.1.5. TV | 1. Sim () | 2. Não () |
| E.47.1.6. Rádio | 1. Sim () | 2. Não () |
| E.47.1.7. Internet | 1. Sim () | 2. Não () |

E.47.2. Você já utilizou medicamentos para prevenção do HIV APÓS uma situação de risco sexual de infecção, tais como sexo sem preservativo, violência sexual?

1. Sim
2. Não
3. Não se aplica
98. Não quer responder

E.48. Antes de participar desta pesquisa, você já tinha ouvido falar de pessoas que NÃO estão com o HIV, mas que tomam medicamentos para se manterem negativos, também chamado de Profilaxia Pré-exposição (PrEP)?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

[Se E.48 \neq 1 vá para E.49]

E.48.1. De quem ou de onde você ouviu falar de PrEP? (PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

- | | | |
|----------------------------------|------------|------------|
| E.48.1.1. Amigos | 1. Sim () | 2. Não () |
| E.48.1.2. Serviços de saúde | 1. Sim () | 2. Não () |
| E.48.1.3. Profissionais da saúde | 1. Sim () | 2. Não () |
| E.48.1.4. Literatura científica | 1. Sim () | 2. Não () |
| E.48.1.5. TV | 1. Sim () | 2. Não () |
| E.48.1.6. Rádio | 1. Sim () | 2. Não () |
| E.48.1.7. Internet | 1. Sim () | 2. Não () |

E.48.2. Você já fez ou está fazendo uso da PrEP ou medicamento para prevenir a infecção pelo HIV?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

E.49. Você deixaria de usar camisinha se tomasse o medicamento para aids todos os dias, como a PrEP?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

E.50. Você se sentiria mais seguro para ter um maior número de relações sexuais se fizesse uso do medicamento para prevenir a infecção pelo HIV todos os dias, como a PrEP?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

E.51. Ao pensar em fazer uso da PrEP, responda o que melhor descreve sua opinião

| | Concordo | Discordo | Não concordo nem discordo | Não quer responder | Não sei |
|------------------------------------|----------|----------|---------------------------|--------------------|---------|
| E.51.0. Eu estaria disposto a usar | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| PrEP | | | | | |
| E.51.0.1. Tomaria um comprimido por dia se isso prevenisse a infecção por HIV | | | | | |
| E.51.0.2. Eu usaria PrEP se ela estivesse disponível no SUS | | | | | |
| E.51.1. Eu teria dificuldade em lembrar de tomar a medicação diária | | | | | |
| E.51.2. Eu teria medo dos efeitos colaterais dos medicamentos | | | | | |
| E.51.3. Eu teria medo das outras pessoas acharem que é HIV positivo | | | | | |
| E.51.4. Eu teria medo de ter outras IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis) que não são preveníveis pela PrEP | | | | | |
| E.51.4.2. Eu tomaria PrEP mesmo que tivesse que me testar regularmente para o HIV | | | | | |

BLOCO F: DISCRIMINAÇÃO E VIOLÊNCIA

F.1. Você já se sentiu discriminado (maltratado, tratado de forma negativa) por causa da sua orientação sexual?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

Se F.1 \neq 1, vá para F.2

F.1.a. Dê uma nota de 1 a 6 para impacto emocional que isto lhe causou?

1 = “Não causou nenhum impacto”

6 = “Causou um grande impacto”

1. () 2. () 3. () 4. () 5. () 6. ()

F.1.1. Nos últimos 12 meses, você já passou por algumas das seguintes situações devido a sua orientação sexual?

| | Muitas vezes | Algumas vezes | Poucas vezes | Somente uma vez | Nunca | Não quer responder |
|---|--------------|---------------|--------------|-----------------|-------|--------------------|
| F.1.1.1. Não foi selecionado ou foi demitido do emprego | | | | | | |
| F.1.1.2. Foi mal atendido ou impedido | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| de entrar em comércio/locais de lazer | | | | | | |
| F.1.1.3. Foi mal atendido em serviços de saúde ou por profissionais de saúde | | | | | | |
| F.1.1.4. Foi maltratado ou marginalizado por professores na escola/faculdade | | | | | | |
| F.1.1.4.1.Foi maltratado ou marginalizado por colegas na escola/faculdade | | | | | | |
| F.1.1.5.Foi excluído ou marginalizado de grupo de amigos | | | | | | |
| F.1.1.5.1.Foi excluído ou marginalizado de grupo de vizinhos | | | | | | |
| F.1.1.6.Foi excluído ou marginalizado em seu ambiente familiar | | | | | | |
| F.1.1.7.Foi excluído ou marginalizado) em | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| ambiente religioso | | | | | | |
| F.1.1.8.Foi impedido de doar sangue | | | | | | |
| F.1.1.9.Foi maltratado por policiais ou mal atendido em delegacias | | | | | | |
| F.1.1.10.Foi mal atendido ou mal tratado em serviços públicos, como albergues, subprefeituras, transporte ou banheiros públicos | | | | | | |
| F.1.1.11.Foi chantageado ou sofreu extorsão de dinheiro | | | | | | |
| F.1.1.12.Sentiu medo de caminhar em espaços públicos | | | | | | |

F.1.7. Você comunicou esta discriminação que você sofreu a alguém ? (PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

1. Ninguém
2. Familiares
3. Esposo(a) / Parceiro(a)
4. Amigo (a)

5. Profissional de saúde
6. Delegacia
7. Profissional da instituição de ensino
8. Outro(a) _____
98. Não quer responder

F.2. Alguma vez você sofreu algum tipo de agressão FÍSICA, ou seja, alguém já te bateu/agrediu, ou você já apanhou de alguém por causa da sua orientação sexual?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

Se F.2 \neq 1, vá para F.3

F.2.1. Com que frequência isto já aconteceu?

1. Muitas vezes
2. Algumas vezes
3. Poucas vezes
4. Somente uma vez
99. Não quer responder

F.2.2. Este(s) ato(s) de agressão foi(foram) praticado(s) por quem (PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA):

1. Pai e / ou Mãe
2. Irmão

3. Outros Parentes
4. Esposo(a) / Parceiro(a)
5. Amigos(as)
6. Colegas
7. Profissional da saúde
8. Profissional de instituição de ensino
9. Filhos
10. Chefe de trabalho
11. Professor
12. Desconhecido
13. Outro(a) _____
98. Não quer responder

F.2.4. Onde ocorreu esta agressão física? (PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

1. Em casa
2. Na rua
3. No trabalho
4. Em instituições de ensino
5. Em serviço de saúde
6. Outro(a) _____
98. Não quer responder

F.2.6. Você comunicou esta agressão física a alguém ? (PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

1. Ninguém
2. Familiares
3. Esposo(a) / Parceiro(a)
4. Amigo (a)
5. Profissional de saúde
6. Delegacia
7. Profissional da instituição de ensino
8. Outro(a) _____
98. Não quer responder

F.3. Alguma vez na vida alguém forçou você a ter relações sexuais?

1. Sim
2. Não
98. Não quero responder

Se F.3 ≠1, vá para G1 do Bloco G

F.3.1. Quando ocorreu de forçarem você a ter relações sexuais? (PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

1. Na infância
2. Na adolescência
3. Na idade adulta
98. Não quer responder

F.3.2. Com que frequência forçaram você a ter relações sexuais?

1. Muitas vezes
2. Algumas vezes
3. Poucas vezes
4. Somente uma vez
98. Não quer responder

F.3.3. Este(s) ato(s) de agressão sexual foi(foram) praticado(s) por quem (PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA):

1. Pai e / ou Mãe
2. Irmão
3. Outros Parentes
4. Esposo(a) / Parceiro(a)
5. Amigos(as)
6. Profissional da saúde
7. Profissional de instituição de ensino
8. Filhos
9. Chefe de trabalho
10. Professor
11. Desconhecido
12. Outro(a) _____
98. Não quer responder
13. Colegas

F.3.5. Das vezes em que sofreu agressão sexual, VOCÊ estava sob efeito de alguma droga ou álcool?

1. Nunca
2. Raramente
3. A maioria das Vezes
4. Todas as vezes
5. Não sabe
98. Não quer responder

F.3.6. Das vezes em que sofreu agressão sexual, seu agressor estava sob efeito de alguma droga ou álcool?

1. Nunca
2. Raramente
3. A maioria das Vezes
4. Todas as vezes
5. Não sabe
98. Não quer responder

F.3.7. Onde ocorreu esta agressão sexual? (PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

1. Em casa
2. Na rua
3. No trabalho
4. Em instituições de ensino
5. Em serviço de saúde
6. Outro(a) _____
98. Não quer responder

F.3.9. Você comunicou a agressão sexual a alguém? (PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

1. Ninguém
2. Familiares
3. Esposo(a) / Parceiro(a)
4. Amigo (a)
5. Profissional de saúde
6. Delegacia
7. Profissional da instituição de ensino
8. Outro(a) _____
98. Não quer responder

F.3.11. Você buscou ajuda de um profissional de saúde por ter sido forçado fisicamente a ter relações sexuais?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

Se F.3.11 \neq 1, vá para G.1 do Bloco G

F.53. Você foi orientado a tomar medicação para prevenir a infecção pelo HIV após ter relações sexuais forçadas (PEP)?

1. Sim
2. Não

98. Não quer responder

BLOCO G: VISIBILIDADE LGBTTT, PARTICIPAÇÃO E APOIO SOCIAL

G1. Com qual dessas denominações você mais se identifica? (PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

1. Gay
2. Homossexual
3. Bissexual
4. Bofe/Heterossexual
5. HSH (homem que faz sexo com homens)
6. Entendido
7. Viado
8. Bicha
9. Urso
10. Mulher
11. Goy
12. Nenhuma
13. Outro(a) _____

G2. Você sente atração sexual (tesão) por: (PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA):

1. Homens
2. Mulheres
3. Transexuais
4. Travestis
98. Não quer responder

G3. Você já contou para alguém que você transa ou faz sexo com homens?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

Se G3 \neq 1 vá para G5

G4. Se sim, para quem? (PODE MARCAR MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

1. Mãe
2. Pai
3. Outro familiar
4. Amigo
5. Colega de trabalho
6. Outro(a) _____
98. Não quer responder

G5. Como sua família lida com o fato de você sentir atração sexual por homens?

1. Aprova completamente
2. Aprova parcialmente
3. É indiferentes/faz de conta que nada acontece
4. Desaprova parcialmente
5. Desaprova completamente
6. A família não sabe

98. Não quer responder

G6. Você costuma participar de alguma reunião, evento ou atividade organizada de apoio social por igreja ou grupo religioso?

1. Sim

2. Não

98. Não quer responder

G7. Você costuma participar de alguma reunião, evento ou atividade organizada de apoio social em serviços de saúde?

1. Sim

2. Não

98. Não quer responder

G8. Você costuma participar de alguma reunião, evento ou atividade de algum grupo organizado, movimento social ou ONG (Organização não-governamental) que trabalhe com HIV/aids?

1. Sim

2. Não

98. Não quer responder

G9. Você é membro ou frequenta algum grupo organizado, movimento social ou ONG (Organização não-governamental) de promoção da cidadania e defesa dos direitos LGBTTTT?

1. Sim

2. Não

98. Não quer responder

G10. Com quantos amigos ou colegas você conversa sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e aids, como usar camisinha durante as relações sexuais ou usar medicamento para prevenir infecção (PEP ou PrEP)?

1. Todos
2. A maioria deles
3. Alguns deles
4. Poucos
5. Nenhum
98. Não quer responder

BLOCO H: COMPORTAMENTO SEXUAL

[Agora, gostaríamos de perguntar sobre o seu comportamento sexual. Inicialmente faremos perguntas mais gerais, depois perguntas sobre suas atividades sexuais nos últimos seis meses e, por último, perguntaremos algumas informações sobre seus três últimos parceiros(as) sexuais. Lembre-se que toda a informação que você der será anônima, não havendo nenhuma identificação sua ou de seus(as) parceiros(as). Suas respostas sinceras são fundamentais para o estudo]

H.1. Com que idade você teve a sua primeira relação sexual?

__ __ anos

98. Não quer responder

H.2. A pessoa com quem você teve sua primeira relação sexual era:

1. Homem

2. Mulher

3. Travesti

98. Não quer responder

99. Não sabe

H.2.1. Esta primeira relação sexual foi:

1. Forçada

2. Consentida

98. Não quer responder

H.2.2. Vocês usaram camisinha nesta primeira relação sexual?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder
99. Não sabe

H.3. Com que idade você teve a primeira relação sexual consentida com um homem?

_____ anos

H.4. Pensando nos últimos 12 meses, sua prática sexual com outros homens tem sido, PREDOMINANTEMENTE:

1. Com outros homens pelo menos cinco anos mais jovens
2. Com outros homens pelo menos dez anos mais jovens
3. Com outros homens próximos a sua idade (mais ou menos cinco anos)
4. Com outros homens pelo menos cinco anos mais velhos
5. Com outros homens pelo menos dez anos mais velhos
6. Não sabe
98. Não quer responder

H.5. Ao longo de sua vida, você teve relações sexuais com mulheres?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

Se H.5≠1, vá para H.6

H.5.A. Se sim, com que idade você teve a primeira relação sexual consentida com mulheres?

_____anos

98. Não quer responder

H.6. Ao longo de sua vida, você teve relações sexuais com travestis ou transgênero?

1. Sim

2. Não

98. Não quer responder

Se H.6≠1, vá para H.7

H.6.A. Se sim, com que idade você teve a primeira relação sexual consentida com travestis ou transgênero?

_____anos

98. Não quer responder

H.7. Ao longo de sua vida, com que frequência você PAGOU para ter relações sexuais com:

| | Todas as vezes | Na maioria das vezes | Algumas vezes | Raramente | Nunca | Não quer responder |
|------------------|----------------|----------------------|---------------|-----------|-------|--------------------|
| H.7.1. Homens | | | | | | |
| H.7.2. Mulheres | | | | | | |
| H.7.3. Travestis | | | | | | |

A CADA ITEM (H.7.1 ATÉ H.7.3), SE FOR=5, O CORRELATO NA QUESTÃO H.7.A DEVERÁ SER PULADO

H.7.A. Destas relações sexuais que você PAGOU, com que frequência você USOU CAMISINHA com:

| | Todas as vezes | Na maioria das vezes | Algumas vezes | Raramente | Nunca | Não quer responder |
|--------------------|----------------|----------------------|---------------|-----------|-------|--------------------|
| H.7.A.1. Homens | | | | | | |
| H.7.A.2. Mulheres | | | | | | |
| H.7.A.3. Travestis | | | | | | |

H.11. Ao longo de sua vida, com que frequência você RECEBEU para ter relações sexuais com:

| | Todas as vezes | Na maioria das vezes | Algumas vezes | Raramente | Nunca | Não quer responder |
|-------------------|----------------|----------------------|---------------|-----------|-------|--------------------|
| H.11.1. Homens | | | | | | |
| H.11.2. Mulheres | | | | | | |
| H.11.3. Travestis | | | | | | |

A CADA ITEM (H.11.1 ATÉ H.11.3), SE FOR =5, O CORRELATO NA QUESTÃO H.11.A DEVERÁ SER PULADO

H.11.A. Destas relações sexuais que você RECEBEU, com que frequência você USOU CAMISINHA com:

| | Todas as veze | Na maioria das vezes | Algumas vezes | Raramente | Nunca | Não quer responder |
|---------------------|------------------|-------------------------|------------------|-----------|-------|-----------------------|
| H.11.A.1. Homens | | | | | | |
| H.11.A.2. Mulheres | | | | | | |
| H.11.A.3. Travestis | | | | | | |

H.8. Ao longo de sua vida, com que frequência você TROCOU drogas para ter relações sexuais com:

| | Todas as veze | Na maioria das vezes | Algumas vezes | Raramente | Nunca | Não quer responder |
|------------------|------------------|-------------------------|------------------|-----------|-------|-----------------------|
| H.8.1. Homens | | | | | | |
| H.8.2. Mulheres | | | | | | |
| H.8.3. Travestis | | | | | | |

A CADA ITEM (H.8.1 ATÉ H.8.3), SE FOR =5, O CORRELATO NA QUESTÃO H.8 DEVERÁ SER PULADO

H.8.A. Destas relações sexuais você TROCOU drogas, com que frequência você USOU CAMISINHA com:

| | Todas as vezes | Na maioria das vezes | Algumas vezes | Raramente | Nunca | Não quer responder |
|--------------------|----------------|----------------------|---------------|-----------|-------|--------------------|
| H.8.A.1. Homens | | | | | | |
| H.8.A.2. Mulheres | | | | | | |
| H.8.A.3. Travestis | | | | | | |

H.14. Você se considera michê, garoto de programa ou trabalhador do sexo?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

H.15. Ao todo, nos últimos seis meses, quantos(as) parceiros(as) sexuais você teve, ou seja, pessoas com quem você fez sexo oral, vaginal ou anal?

___ ___ ___ parceiros(as)

98. Não quer responder

Se H.15 = 0, vá para H.4.1.A

H.16. Deste total mencionado, quantas pessoas eram homens, mulheres ou travestis?

H.16.1. Quantos eram Homens? _____

H.16.2. Quantos eram Mulheres? _____

H.16.3. Quantos eram Travestis/transgênero _____

98. Não quer responder

[Se H16.1 + H16.2 + H16.3 \neq H.15, apresentar a mensagem de erro: “Entrevistador, a soma do número de parceiros (travestis ou transgênero, homens e mulheres) nos últimos seis meses deve ser igual ao número total de parceiros sexuais fixos relatados na questão H.15., refaça as perguntas”. Retornar para H15]

H.17. Nos últimos 6 meses, das vezes que você teve relação sexual, com que frequência você ingeriu alguma bebida alcoólica durante a relação sexual ou até duas horas antes da relação?

1. Sempre
 2. Na maioria das vezes
 3. Algumas vezes
 4. Raramente
 5. Nunca
98. Não quer responder

H.18. Nos últimos 6 meses, das vezes que você teve relação sexual, com que frequência você ingeriu droga ilícita, como maconha, cocaína, crack, heroína, ou outras drogas durante a relação sexual ou até duas horas antes da relação?

1. Sempre
2. Na maioria das vezes
3. Algumas vezes
4. Raramente
5. Nunca

98. Não quer responder

[Agora vamos perguntar sobre o tipo de parceiros(as) você manteve ou mantém relações sexuais nos últimos seis meses. Gostaríamos de saber se seus parceiros foram **FIXOS, CASUAIS OU COMERCIAIS**. Vamos começar com os parceiros fixos, quer dizer alguém que você mantém ou manteve relações sexuais regularmente. Pode ser um namorado(a), esposa, marido, companheiro(a) ou alguém com quem você vive e de quem você não pagou e nem recebeu para ter relações sexuais]

H.A.19. Nos últimos seis meses, com quantos PARCEIROS(AS) FIXOS você fez sexo (oral, vaginal ou anal)?

__ __ __ parceiros(as)

98. Não quer responder

[SE H.A.19 = 0, vá para H.A.21]

[Se H.A.19 > H.15 apresentar a mensagem de erro: “Entrevistador, o número de parceiros fixos não pode ser maior que o número total de parceiros nos últimos seis meses, refaça as perguntas”. Retornar para H15]

H.20. Deste total de PARCEIROS FIXOS:

H.20.1. Quantos eram homens? _____

H.20.2. Quantos eram Mulheres? _____

H.20.3. Quantos eram Travestis/transgênero? _____

98. Não quer responder

[Se $H20.1 + H20.2 + H20.3 \neq H19$, apresentar a mensagem de erro: “Entrevistador, a soma do número de parceiros (travestis, homens e mulheres) nos últimos seis meses deve ser igual ao número total de parceiros sexuais fixos relatados na questão H.19., refaça as perguntas”. Retornar para H19]

Se $H.20.1 = 0$, vá para H.20.11

[Agora, vamos falar do USO DE CAMISINHA com cada TIPO de parceiro em diferentes práticas sexuais, ou seja, anal insertiva, anal receptiva, vaginal, ou oral receptiva que você teve nos últimos seis meses com PARCEIROS(AS) FIXOS(AS)]

PARCEIROS FIXOS HOMENS NOS ÚLTIMOS SEIS MESES:

H.20.4.Durante os últimos seis meses, você fez sexo ANAL RECEPTIVO (você sendo penetrado) PARCEIROS FIXOS homens?

1. Não fez sexo anal receptivo
2. Sempre
3. Na maioria das vezes
4. Algumas vezes
5. Raramente
98. Não quer responder

Se $H.20.4 = 1$ ou 98, vá para H.20.6

H.20.5.Durante os últimos 6 meses, com que frequência seu parceiro usou camisinha quando penetrou o seu ânus?

1. Sempre
2. Na maioria das vezes
3. Algumas vezes
4. Raramente
5. Nunca
98. Não quer responder

H.20.6. Durante os últimos seis meses, você fez sexo ANAL INSERTIVO (você penetrando) PARCEIROS FIXOS homens?

1. Não fez sexo anal insertivo
2. Sempre
3. Na maioria das vezes
4. Algumas vezes
5. Raramente
98. Não quer responder

Se H.20.6 = 1 ou 98, vá para H.20.8

H.20.7. Durante os últimos 6 meses, com que frequência você usou camisinha quando penetrou o ânus do seu parceiro?

1. Sempre
2. Na maioria das vezes
3. Algumas vezes
4. Raramente
5. Nunca

98. Não quer responder

H.20.8. Durante os últimos seis meses, você fez sexo ORAL RECEPTIVO (você chupando) com PARCEIROS FIXOS homens?

1. Não fez sexo oral receptivo
 2. Sempre
 3. Na maioria das vezes
 4. Algumas vezes
 5. Raramente
98. Não quer responder

H.20.9. NOS ÚLTIMOS 6 MESES, pensando NA ÚLTIMA VEZ, que você fez sexo com o último PARCEIRO FIXO HOMEM, você usou camisinha?

1. Sim
 2. Não
98. Não quer responder

H.20.10. Em relação a este último parceiro homem, você:

1. Sabia que ele tinha o vírus da aids
 2. Sabia que ele não tinha o vírus da aids
 3. Não sabia se ele tinha ou não o vírus da aids
98. Não quer responder

Se H.20.2 = 0, vá para H.20.17

PARCEIRAS FIXAS MULHERES NOS ÚLTIMOS 6 MESES:

H.20.11. Durante os últimos seis meses, você fez sexo ANAL INSERTIVO (você penetrando) PARCEIRAS FIXAS mulheres?

1. Não fez sexo anal insertivo
2. Sempre
3. Na maioria das vezes
4. Algumas vezes
5. Raramente
98. Não quer responder

Se H.20.11 =1 ou 98, vá para H.20.13

H.20.12. Durante os últimos 6 meses, com que frequência você usou camisinha quando penetrou o ânus destas parceiras mulheres?

1. Sempre
2. Na maioria das vezes
3. Algumas vezes
4. Raramente
5. Nunca
98. Não quer responder

H.20.13. Durante os últimos seis meses, você fez SEXO VAGINAL com PARCEIRAS FIXAS mulheres?

1. Não fez sexo vaginal

2. Sempre
3. Na maioria das vezes
4. Algumas vezes
5. Raramente
98. Não quer responder

Se H.20.13 = 1 ou 98, vá para H.20.15

H.20.14. Durante os últimos 6 meses, com que frequência você usou camisinha quando penetrou a vagina destas parceiras mulheres?

1. Sempre
2. Na maioria das vezes
3. Algumas vezes
4. Raramente
5. Nunca
98. Não quer responder

H.20.15. NOS ÚLTIMOS 6 MESES, pensando NA ÚLTIMA VEZ que você fez sexo com uma PARCEIRA FIXA MULHER, você usou camisinha?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

H.20.16. Em relação a esta última parceira MULHER, você:

1. Sabia que ela tinha o vírus da aids

2. Sabia que ela não tinha o vírus da aids
3. Não sabia se ela tinha ou não o vírus da aids
98. Não quer responder

Se H.20.3 = 0, vá para H.A.21

PARCEIRAS FIXAS TRAVESTIS OU TRANSGÊNERO NOS ÚLTIMOS 6 MESES:

H.20.17. Durante os últimos seis meses, você fez sexo ANAL RECEPTIVO (você sendo penetrado) com PARCEIRAS FIXAS travestis ou transgêneros?

1. Não fez sexo anal receptivo
2. Sempre
3. Na maioria das vezes
4. Algumas vezes
5. Raramente
98. Não quer responder

Se H.20.17 = 1 ou 98, vá para H.20.19

H.20.18. Durante os últimos 6 meses, com que frequência sua parceira travesti ou transgênero usou camisinha quando penetrou o seu ânus?

1. Sempre
2. Na maioria das vezes
3. Algumas vezes
4. Raramente

- 5. Nunca
- 98. Não quer responder

H.20.19. Durante os últimos seis meses, você fez sexo ANAL INSERTIVO (você penetrando) com PARCEIRAS FIXAS travestis ou transgênero?

- 1. Não fez sexo anal insertivo
- 2. Sempre
- 3. Na maioria das vezes
- 4. Algumas vezes
- 5. Raramente
- 98. Não quer responder

Se H.20.19 = 1 ou 98, vá para H.20.21

H.20.20. Durante os últimos 6 meses, com que frequência você usou camisinha quando penetrou o ânus das parceiras fixas travestis ou transgênero?

- 1. Sempre
- 2. Na maioria das vezes
- 3. Algumas vezes
- 4. Raramente
- 5. Nunca
- 98. Não quer responder

H.20.21. Durante os últimos seis meses, você fez sexo ORAL RECEPTIVO (você chupando) com PARCEIRAS FIXAS travestis ou transgênero?

1. Não fez sexo oral receptivo
2. Sempre
3. Na maioria das vezes
4. Algumas vezes
5. Raramente
98. Não quer responder

H.20.22. NOS ÚLTIMOS 6 MESES, pensando NA ÚLTIMA VEZ que você fez sexo com uma PARCEIRA FIXA TRAVESTI ou transgênero , você usou camisinha?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

H.20.23. Em relação a esta última parceira TRAVESTI ou transgênero , você:

1. Sabia que ela tinha o vírus da aids
2. Sabia que ela não tinha o vírus da aids
3. Não sabia se ela tinha ou não o vírus da aids
98. Não quer responder

[Agora vamos perguntar sobre parceiros(as) CASUAIS com quem você manteve ou mantém relações sexuais nos últimos seis meses. Parceiros(as) casuais são aqueles(as) com que você transou uma vez ou mais sem nenhuma regularidade e para quem você não pagou nem recebeu dinheiro para ter relações sexuais. Pode ser um(a) paquera, ficante, rolos, etc.]

H.A.21. Nos últimos seis meses, com quantos PARCEIROS(AS) CASUAIS você fez sexo (oral, vaginal ou anal)?

__ __ __ parceiros(as)

98. Não quer responder

H.22. Deste total de parceiros CASUAIS:

H.22.1. Quantos eram homens? _____

H.22.2. Quantos eram Mulheres _____

H.22.3. Quantos eram Travestis/transgênero _____

98. Não quer responder

[Se $H.22.1 + H.22.2 + H.22.3 \neq H.22$. apresentar a mensagem de erro: “Entrevistador, a soma do número de parceiros (travestis, homens e mulheres) nos últimos seis meses deve ser igual ao número total de parceiros sexuais casuais, refaça as perguntas”. Retornar para H22]

Se $H.22.1 = 0$, vá para H.22.11

[Agora, vamos falar do USO DE CAMISINHA com cada TIPO de parceiro em diferentes práticas sexuais, ou seja, anal insertiva, anal receptiva, vaginal, ou oral receptiva que você teve nos ÚLTIMOS 6 MESES com PARCEIROS(AS) CASUAL(AIS)].

PARCEIROS CASUAIS HOMENS NOS ÚLTIMOS SEIS MESES:

H.22.4. Durante os últimos seis meses, você fez sexo ANAL RECEPTIVO (você sendo penetrado) PARCEIROS CASUAIS homens?

1. Não fez sexo anal receptivo
2. Sempre

3. Na maioria das vezes
4. Algumas vezes
5. Raramente
98. Não quer responder

Se H.22.4 = 1 ou 98, vá para H.22.6

H.22.5. Durante os últimos 6 meses, com que frequência seu parceiro CASUAL HOMEM usou camisinha quando penetrou o seu ânus?

1. Sempre
2. Na maioria das vezes
3. Algumas vezes
4. Raramente
5. Nunca
98. Não quer responder

H.22.6. Durante os últimos seis meses, você fez sexo ANAL INSERTIVO (você penetrando) PARCEIROS CASUAIS homens?

1. Não fez sexo anal insertivo
2. Sempre
3. Na maioria das vezes
4. Algumas vezes
5. Raramente
98. Não quer responder

Se H.22.6 = 1 ou 98, vá para H.22.8

H.22.7.Durante os últimos 6 meses, com que frequência você usou camisinha quando penetrou o ânus dos seus parceiros CASUAIS HOMEM?

1. Sempre
2. Na maioria das vezes
3. Algumas vezes
4. Raramente
5. Nunca
98. Não quer responder

H.22.8.Durante os últimos seis meses, você fez sexo ORAL RECEPTIVO (você chupando) com PARCEIROS CASUAIS homens?

1. Não fez sexo oral receptivo
2. Sempre
3. Na maioria das vezes
4. Algumas vezes
5. Raramente
98. Não quer responder

H.22.9.NOS ÚLTIMOS 6 MESES, pensando NA ÚLTIMA VEZ, que você fez sexo com o último PARCEIRO CASUAL HOMEM, você usou camisinha?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

H.22.10. Em relação a este último parceiro homem, você:

1. Sabia que ele tinha o vírus da aids
2. Sabia que ele não tinha o vírus da aids
3. Não sabia se ele tinha ou não o vírus da aids
98. Não quer responder

Se H.22.2 = 0, vá para H.22.17

PARCEIRAS CASUAIS MULHERES NOS ÚLTIMOS 6 MESES:

H.22.11. Durante os últimos seis meses, você fez sexo ANAL INSERTIVO (você penetrando) PARCEIRAS CASUAIS mulheres?

1. Não fez sexo anal insertivo
2. Sempre
3. Na maioria das vezes
4. Algumas vezes
5. Raramente
98. Não quer responder

Se H.22.11 = 1 ou 98, vá para H.22.13

H.22.12. Durante os últimos 6 meses, com que frequência você usou camisinha quando penetrou o ânus destas parceiras CASUAIS mulheres?

1. Sempre

2. Na maioria das vezes
3. Algumas vezes
4. Raramente
5. Nunca
98. Não quer responder

H.22.13. Durante os últimos seis meses, você fez SEXO VAGINAL com PARCEIRAS CASUAIS mulheres?

1. Não fez sexo vaginal
2. Sempre
3. Na maioria das vezes
4. Algumas vezes
5. Raramente
98. Não quer responder

Se H.22.13 = 1 ou 98, vá para H.22.15

H.22.14. Durante os últimos 6 meses, com que frequência você usou camisinha quando penetrou a vagina destas parceiras CASUAIS mulheres?

1. Sempre
2. Na maioria das vezes
3. Algumas vezes
4. Raramente
5. Nunca
98. Não quer responder

H.22.15. NOS ÚLTIMOS 6 MESES, pensando NA ÚLTIMA VEZ que você fez sexo com uma PARCEIRA CASUAL MULHER, você usou camisinha?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

H.22.16. Em relação a esta última parceira CASUAL MULHER, você:

1. Sabia que ela tinha o vírus da aids
2. Sabia que ela não tinha o vírus da aids
3. Não sabia se ela tinha ou não o vírus da aids
98. Não quer responder

Se H.22.3 = 0, vá para H.22.23

PARCEIRAS CASUAIS TRAVESTIS OU TRANSGÊNERO NOS ÚLTIMOS 6 MESES:

H.22.17. Durante os últimos seis meses, você fez sexo ANAL RECEPTIVO (você sendo penetrado) com PARCEIRAS CASUAIS travestis ou transgêneros?

1. Não fez sexo anal receptivo
2. Sempre
3. Na maioria das vezes
4. Algumas vezes
5. Raramente

98. Não quer responder

Se H.22.17 = 1 ou 98, vá para H.22.19

H.22.18. Durante os últimos 6 meses, com que frequência sua parceira CASUAL travesti ou transgênero usou camisinha quando penetrou o seu ânus?

1. Sempre
 2. Na maioria das vezes
 3. Algumas vezes
 4. Raramente
 5. Nunca
98. Não quer responder

H.22.19. Durante os últimos seis meses, você fez sexo ANAL INSERTIVO (você penetrando) com PARCEIRAS CASUAIS travestis ou transgênero?

1. Não fez sexo anal insertivo
 2. Sempre
 3. Na maioria das vezes
 4. Algumas vezes
 5. Raramente
98. Não quer responder

Se H.22.19 = 1 ou 98, vá para H.22.21

H.22.20. Durante os últimos 6 meses, com que frequência você usou camisinha quando penetrou o ânus das parceiras CASUAIS travestis ou transgênero?

1. Sempre
2. Na maioria das vezes
3. Algumas vezes
4. Raramente
5. Nunca
98. Não quer responder

H.22.21. Durante os últimos seis meses, você fez sexo ORAL RECEPTIVO (você chupando) com PARCEIRAS CASUAIS travestis ou transgênero s?

1. Não fez sexo oral receptivo
2. Sempre
3. Na maioria das vezes
4. Algumas vezes
5. Raramente
98. Não quer responder

H.22.22. NOS ÚLTIMOS 6 MESES, pensando NA ÚLTIMA VEZ que você fez sexo com uma PARCEIRA CASUAL TRAVESTI, você usou camisinha?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

H.22.23. Em relação a esta última parceira TRAVESTI ou transgênero , você:

1. Sabia que ela tinha o vírus da aids
2. Sabia que ela não tinha o vírus da aids
3. Não sabia se ela tinha ou não o vírus da aids
98. Não quer responder

[Agora, vamos perguntar sobre suas experiências sexuais durante os últimos 6 meses com parceiros(as) comerciais, ou seja, alguém com quem você pagou ou recebeu dinheiro para ter relações sexuais].

H.23. Nos últimos seis meses, com quantos PARCEIROS(AS) COMERCIAIS você fez sexo (oral, vaginal ou anal)?

__ __ __ parceiros(as)

98. Não quer responder

H.24. Deste total de parceiros **COMERCIAIS**:

H.24.1. Quantos eram homens? _____

H.24.2. Quantos eram Mulheres? _____

H.24.3. Quantos eram Travestis/transgênero? _____

98. Não quer responder

[Se $H24.1 + H24.2 + H24.3 \neq H.24$, apresentar a mensagem de erro: “Entrevistador, a soma do número de parceiros (travestis, homens e mulheres) nos últimos seis meses deve ser igual ao número total de parceiros sexuais comerciais, refaça as perguntas”. Retornar para H23]

H.4.1. Nos últimos seis meses, pensando em sua última relação sexual com um parceiro homem, (independente de você ser o parceiro receptivo/passivo ou insertivo/ativo), vocês usaram camisinha?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

[Agora, vamos falar do USO DE CAMISINHA com cada TIPO de parceiro em diferentes práticas sexuais, ou seja, anal insertiva, anal receptiva, vaginal, ou oral receptiva que você teve nos ÚLTIMOS SEIS MESES com PARCEIROS(AS) COMERCIAL (AIS)].

Se H.24.1 = 0, vá para H.24.11

PARCEIROS COMERCIAIS HOMENS NOS ÚLTIMOS SEIS MESES:

H.24.4. Durante os últimos seis meses, você fez sexo ANAL RECEPTIVO (você sendo penetrado) PARCEIROS COMERCIAIS homens?

1. Não fez sexo anal receptivo
2. Sempre
3. Na maioria das vezes
4. Algumas vezes
5. Raramente
98. Não quer responder

Se H.24.4 = 1 ou 98, vá para H.24.6

H.24.5. Durante os últimos 6 meses, com que frequência seu parceiro usou camisinha quando penetrou o seu ânus dos seus parceiros COMERCIAIS HOMENS?

1. Sempre
2. Na maioria das vezes
3. Algumas vezes
4. Raramente
5. Nunca
98. Não quer responder

H.24.6. Durante os últimos seis meses, você fez sexo ANAL INSERTIVO (você penetrando) PARCEIROS COMERCIAIS homens?

1. Não fez sexo anal insertivo
2. Sempre
3. Na maioria das vezes
4. Algumas vezes
5. Raramente
98. Não quer responder

Se H.24.6 = 1 ou 98, vá para H.24.8

H.24.7. Durante os últimos 6 meses, com que frequência você usou camisinha quando penetrou o ânus dos seus parceiros COMERCIAIS HOMEM?

1. Sempre
2. Na maioria das vezes
3. Algumas vezes

4. Raramente
5. Nunca
98. Não quer responder

H.24.8. Durante os últimos seis meses, você fez sexo ORAL RECEPTIVO (você chupando) com PARCEIROS COMERCIAIS homens?

1. Não fez sexo oral receptivo
2. Sempre
3. Na maioria das vezes
4. Algumas vezes
5. Raramente
98. Não quer responder

H.24.9. NOS ÚLTIMOS 6 MESES, pensando NA ÚLTIMA VEZ, que você fez sexo com o último PARCEIRO COMERCIAL HOMEM, você usou camisinha?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

H.24.10. Em relação a este último parceiro homem, você:

4. Sabia que ele tinha o vírus da aids
5. Sabia que ele não tinha o vírus da aids
6. Não sabia se ele tinha ou não o vírus da aids
98. Não quer responder

Se H.24.2 = 0, vá para H.24.17

PARCEIRAS COMERCIAIS MULHERES NOS ÚLTIMOS 6 MESES:

H.24.11. Durante os últimos seis meses, você fez sexo ANAL INSERTIVO (você penetrando) PARCEIRAS COMERCIAIS mulheres?

6. Não fez sexo anal insertivo
7. Sempre
8. Na maioria das vezes
9. Algumas vezes
10. Raramente
98. Não quer responder

Se H.24.11 =1 ou 98, vá para H.24.13

H.24.12. Durante os últimos 6 meses, com que frequência você usou camisinha quando penetrou o ânus destas parceiras COMERCIAIS mulheres?

1. Sempre
2. Na maioria das vezes
3. Algumas vezes
4. Raramente
5. Nunca
98. Não quer responder

H.24.13. Durante os últimos seis meses, você fez SEXO VAGINAL com PARCEIRAS COMERCIAIS mulheres?

1. Não fez sexo vaginal
2. Sempre
3. Na maioria das vezes
4. Algumas vezes
5. Raramente
98. Não quer responder

Se H.24.13 = 1 ou 98, vá para H.24.15

H.24.14. Durante os últimos 6 meses, com que frequência você usou camisinha quando penetrou a vagina destas parceiras COMERCIAIS MULHERES?

1. Sempre
2. Na maioria das vezes
3. Algumas vezes
4. Raramente
5. Nunca
98. Não quer responder

H.24.15. NOS ÚLTIMOS 6 MESES, pensando NA ÚLTIMA VEZ que você fez sexo com uma PARCEIRA COMERCIAL MULHER, você usou camisinha?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

H.24.16. Em relação a esta última parceira COMERCIAL MULHER, você:

1. Sabia que ela tinha o vírus da aids
2. Sabia que ela não tinha o vírus da aids
3. Não sabia se ela tinha ou não o vírus da aids
98. Não quer responder

Se H.24.3 = 0, vá para (H.4.1.A)

PARCEIRAS COMERCIAIS TRAVESTIS OU TRANSGÊNERO NOS ÚLTIMOS 6 MESES:

H.24.17. Durante os últimos seis meses, você fez sexo ANAL RECEPTIVO (você sendo penetrado) com PARCEIRAS COMERCIAIS travestis ou transgênero ?

1. Não fez sexo anal receptivo
2. Sempre
3. Na maioria das vezes
4. Algumas vezes
5. Raramente
98. Não quer responder

Se H.24.17 = 1 ou 98, vá para H.24.19

H.24.18. Durante os últimos 6 meses, com que frequência sua parceira COMERCIAL travesti ou transgênero usou camisinha quando penetrou o seu ânus?

1. Sempre
2. Na maioria das vezes
3. Algumas vezes
4. Raramente
5. Nunca
98. Não quer responder

H.24.19. Durante os últimos seis meses, você fez sexo ANAL INSERTIVO (você penetrando) com PARCEIRAS COMERCIAIS travestis ou transgênero?

1. Não fez sexo anal insertivo
2. Sempre
3. Na maioria das vezes
4. Algumas vezes
5. Raramente
98. Não quer responder

Se H.24.19 = 1 ou 98, vá para H.24.21

H.24.20. Durante os últimos 6 meses, com que frequência você usou camisinha quando penetrou o ânus das parceiras COMERCIAIS travestis ou transgênero?

1. Sempre
2. Na maioria das vezes
3. Algumas vezes
4. Raramente
5. Nunca

98. Não quer responder

H.24.21. Durante os últimos seis meses, você fez sexo ORAL RECEPTIVO (você chupando) com PARCEIRAS COMERCIAIS travestis ou transgênero?

1. Não fez sexo oral receptivo

2. Sempre

3. Na maioria das vezes

4. Algumas vezes

5. Raramente

98. Não quer responder

H.24.22. NOS ÚLTIMOS 6 MESES, pensando NA ÚLTIMA VEZ que você fez sexo com uma PARCEIRA COMERCIAL TRAVESTI ou transgênero , você usou camisinha?

1. Sim

2. Não

98. Não quer responder

H.24.23. Em relação a esta última parceira TRAVESTI ou transgênero , você:

1. Sabia que ela tinha o vírus da aids

2. Sabia que ela não tinha o vírus da aids

3. Não sabia se ela tinha ou não o vírus da aids

98. Não quer responder

H.4.1.A Pensando na sua última relação sexual anal com um parceiro homem (independente de ser receptiva/passiva ou insertiva/ativa) e independente deste parceiro homem ser fixo, casual ou comercial, vocês usaram camisinha?

1. Sim
2. Não
98. Não quer responder

H.25.A. Agora vamos falar das relações sexuais que você manteve com os seus últimos três parceiros masculinos, independente de ser nos últimos seis meses, **COMEÇANDO DO MAIS RECENTE**. Para facilitar, vamos chamá-los de parceiro "A", parceiro "B" e parceiro "C" – SE PREFERIR USE NOMES FICTÍCIOS, QUE SERIAM:

Parceiro A _____

Parceiro B _____

Parceiro C _____

As perguntas a seguir referem-se ao **PARCEIRO A**, OU _____

H.25. Em relação ao parceiro A, vocês estavam/estão num relacionamento:

1. Fixo
2. Casual
3. Comercial
98. Não quer responder

H.26. Quando vocês tiveram a primeira relação sexual?

___ / ___ (mês/ano)

Se não lembrar o mês, diga apenas o ano

98. Não quer responder

H.27. Quando vocês fizeram sexo pela última vez?

___ / ___ (mês/ano)

Se não lembrar o mês, diga apenas o ano

98. Não quer responder

H.28. Vocês ainda estão tendo relações sexuais?

1. Sim

2. Não

98. Não quer responder

H.29. Ao todo, quantas relações sexuais anais insertivas (VOCÊ PENETRANDO o parceiro A) você teve?

_____ relações sexuais anais insertivas

Nenhuma=0

98. Não quer responder

[SE H.29 = 0, vá para H.32]

H.30. Dessas relações sexuais anais insertivas com o parceiro A, quantas vezes você usou preservativo?

_____ relações sexuais anais insertivas com preservativo

Nenhuma=0

98. Não quer responder

H.31. Dessas relações sexuais anais insertivas com o parceiro A, quantas vezes você usou GEL LUBRIFICANTE?

_____ relações sexuais com gel lubrificante

Nenhuma=0

98. Não quer responder

H.32. Ao todo, quantas relações sexuais anais receptivas (VOCÊ SENDO PENETRADO pelo parceiro A) você teve?

_____ relações sexuais anais

Nenhuma=0

98. Não quer responder

[SE H.32 = 0, VÁ PARA H.35]

H.33. Dessas relações sexuais anais receptivas com o parceiro A, quantas vezes você usou preservativo?

_____ relações sexuais anais com preservativo

98. Não quer responder

H.34. Dessas relações sexuais anais receptivas com o parceiro A, quantas vezes você usou GEL LUBRIFICANTE?

_____ relações sexuais anais com gel lubrificante

Nenhuma=0

98. Não quer responder

As perguntas a seguir referem-se ao **PARCEIRO B**, OU _____

H.35. Em relação ao parceiro B, vocês estavam/estão num relacionamento:

1. Fixo

2. Casual

3. Comercial

98. Não quer responder

H.36. Quando vocês tiveram a primeira relação sexual?

___ / ___ (mês/ano)

Se não lembrar o mês, diga apenas o ano

98. Não quer responder

H.37. Quando vocês fizeram sexo pela última vez?

___ / ___ (mês/ano)

98. Não quer responder

H.38. Vocês ainda estão tendo relações sexuais?

1. Sim

2. Não

98. Não quer responder

H.39. Ao todo, quantas relações sexuais anais insertivas (VOCÊ PENETRANDO o parceiro B) você teve?

_____ relações sexuais anais insertivas

98. Não quer responder

[Se H.39 = 0, vá, para H.42]

H.40. Dessas relações sexuais anais insertivas com o parceiro B, quantas vezes vocês usaram preservativo?

_____ relações sexuais anais insertivas com preservativo

Nenhuma=0

98. Não quer responder

H.41. Dessas relações sexuais anais insertivas com o parceiro B, quantas vezes vocês usaram GEL LUBRIFICANTE?

_____ relações sexuais com gel lubrificante

Nenhuma=0

98. Não quer responder

H.42. Ao todo, quantas relações sexuais anais receptivas (VOCÊ SENDO PENETRADO pelo parceiro B) você teve?

_____ relações sexuais anais

Nenhuma=0

98. Não quer responder

Se H.42 = 0, vá para H.45

H.43. Dessas relações sexuais anais receptivas com o parceiro B, quantas vezes vocês usaram preservativo?

_____ relações sexuais anais com preservativo

Nenhuma=0

98. Não quer responder

H.44. Dessas relações sexuais anais receptivas com o parceiro B, quantas vezes vocês usaram GEL LUBRIFICANTE?

_____ relações sexuais anais com gel lubrificante

Nenhuma=0

98. Não quer responder

As perguntas a seguir referem-se ao **PARCEIRO C**, OU _____

H.A.45. Em relação ao parceiro C, independente de ser nos últimos seis meses, você teve um terceiro parceiro?

1. Sim

2. Não

98. Não quer responder

H.45. Em relação ao parceiro C, vocês estavam/estão num relacionamento:

1. Fixo

2. Casual

3. Comercial

98. Não quer responder

H.46. Quando vocês tiveram a primeira relação sexual?

___ / ___ / ___ (mês / ano)

Nenhuma=0

98. Não quer responder

H.47. Quando vocês fizeram sexo pela última vez?

___ / ___ / ___ (mês / ano)

Nenhuma=0

98. Não quer responder

H.48. Vocês ainda estão tendo relações sexuais?

1. Sim

2. Não

98. Não quer responder

H.49. Ao todo, quantas relações sexuais anais insertivas (VOCÊ PENETRANDO o parceiro C) você teve?

_____ relações sexuais anais insertivas

Nenhuma=0

98. Não quer responder

[Se H.49 = 0, vá para H.52]

H.50. Dessas [relações sexuais anais insertivas com o parceiro C, quantas vezes você usou preservativo?

_____ relações sexuais anais insertivas com preservativo

Nenhuma=0

98. Não quer responder

H.51. Dessas relações sexuais anais insertivas com o parceiro C, quantas vezes você usou GEL LUBRIFICANTE?

_____ relações sexuais com gel lubrificante

Nenhuma=0

98. Não quer responder

H.52. Ao todo, quantas relações sexuais anais receptivas (VOCÊ SENDO PENETRADO pelo parceiro C) você teve?

_____ relações sexuais

Nenhuma=0

98. Não quer responder

[Se H.52 = 0, vá para H.55]

H.53. Dessas relações sexuais anais receptivas com o parceiro C, quantas vezes você usou preservativo?

_____ relações sexuais com preservativo

Nenhuma=0

98. Não quer responder

H.54. Dessas relações sexuais anais receptivas com o parceiro C, quantas vezes você usou GEL LUBRIFICANTE?

_____ relações sexuais anais com gel lubrificante

Nenhuma=0

98. Não quer responder

H.A.55. Você aceitaria fazer sexo sem preservativo?

1. Sim

2. Não

98. Não quer responder

(Se H.55. diferente de 1, vá para H.56)

H.55. Se sim, em que situações você aceitaria fazer sexo sem preservativo?

| | Sim | Não | Não se aplica | Não quer responder / não sei |
|---|-----|-----|---------------|------------------------------|
| H.55.2.Com meu marido | | | | |
| H.55.3.Com meu com namorado | | | | |
| H.55.4.Quando estiver sob efeito de drogas ou de álcool | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| H.55.5.Se não tivesse disponível | | | | |
| H.55.6.Se confiasse no parceiro | | | | |
| H.55.7.Se pensasse que não há risco de transmissão de doenças | | | | |
| H.55.8.Se o gozo não fosse dentro | | | | |
| H.55.9.Se fosse um cliente fixo (só responde se H.23≠0) | | | | |
| H.55.10. Se o parceiro pagasse mais (só responde se H.23≠0) | | | | |
| H.55.11.Quando faz muitos programas no mesmo dia e o preservativo acaba (só responde se H.14≠0) | | | | |
| H.55.12.Quando não está consciente por uso de drogas ou álcool | | | | |
| H.55.13. Se o parceiro for casado (só responde se H.23≠0) | | | | |
| H.55.14. Se o parceiro for jovem (só responde se H.23≠0) | | | | |
| H.55.15. Se o parceiro for bonito (só responde se H.23≠0) | | | | |
| H.55.16. Se o parceiro for educado (só responde se H.23≠0) | | | | |

H.56. Nos últimos seis meses, com que frequência você foi a algum dos lugares que vou mencionar para encontrar parceiros sexuais:

| | Quase todos os dias | Uma vez por semana | Uma vez por mês | Menos de uma vez por mês | Nunca | Não quer responder |
|---------------------------------|---------------------|--------------------|-----------------|--------------------------|-------|--------------------|
| H.56.1. Bar Gay | | | | | | |
| H.56.2. Bar/Boate Heterossexual | | | | | | |
| H.56.3. Boate | | | | | | |
| H.56.4. Dark Room | | | | | | |
| H.56.5. Sauna | | | | | | |
| H.56.6. Cinema/cinemão | | | | | | |
| H.56.7. Café/Restaurante | | | | | | |
| H.56.8. Rua/Praça/Parque | | | | | | |
| H.56.9. Banheiro Público | | | | | | |
| H.56.10.Festas | | | | | | |
| H.56.11.Casa de amigos | | | | | | |
| H.56.12.Outros | | | | | | |

H.57. Nos últimos seis meses, com que frequência você utilizou das seguintes tecnologias que vou mencionar para encontrar parceiros sexuais?

| | Quase todos os dias | Uma vez por semana | Uma vez por mês | Menos de uma vez por mês | Nunca | Não quer responder |
|---------------------------------|---------------------|--------------------|-----------------|--------------------------|-------|--------------------|
| H.57.1. Sala de bate-papo | | | | | | |
| H.57.2. Redes Sociais | | | | | | |
| H.57.3. Aplicativo de celulares | | | | | | |
| H.57.4. Web Sites | | | | | | |
| H.57.5. Sex Hotlines | | | | | | |
| H.57.6. Sex Phone | | | | | | |
| H.57.7. Outros | | | | | | |

BLOCO I: SAÚDE MENTAL

Agora vamos falar sobre problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 15 dias

| | Nunca | De vez em quando | Boa parte do tempo | A maior parte do tempo |
|---|-------|------------------|--------------------|------------------------|
| I.1 Nos últimos 15 dias, com qual frequência você teve problemas no sono, como dificuldade para adormecer, acordar frequentemente à noite ou dormir mais do que de costume? | | | | |
| I.2. Nos últimos 15 dias, com qual frequência você teve problemas por não se sentir descansado e disposto durante o dia, sentindo-se cansado, sem ter energia? | | | | |
| I.3. Nos últimos 15 dias, com qual frequência você se sentiu incomodado por ter pouco interesse ou não sentir prazer em fazer as coisas? | | | | |
| I.4. Nos últimos 15 dias, com qual frequência você teve problemas para se concentrar nas suas atividades habituais? | | | | |
| I.5. Nos últimos 15 dias, com qual frequência você teve problemas na alimentação, como ter falta de apetite ou | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| comer muito mais do que de costume? | | | | |
| I.6.Nos últimos 15 dias, com qual frequência você teve lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem, ou ao contrário, ficou muito agitado ou inquieto, andando de um lado para o outro muito mais do que de costume? | | | | |
| I.7.Nos últimos 15 dias, com qual frequência você se sentiu deprimido, “pra baixo” ou sem perspectiva? | | | | |
| I.8.Nos últimos 15 dias, com qual frequência você se sentiu mal com você mesmo, se achando um fracasso ou achando que decepcionou sua família? | | | | |
| I.9.Nos últimos 15 dias, com qual frequência você pensou em se ferir de alguma maneira ou achou que seria melhor estar morto? | | | | |

BLOCO J: USO DE ALCOOL E DROGAS

Agora vamos falar sobre uso de álcool e drogas

J1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?

1. Nunca
 2. Uma vez por mês ou menos
 3. 2 a 4 vezes por mês
 4. 2 a 3 vezes por semana
 5. 4 ou mais vezes por semana
- 98 Não quer responder

[Se J1=1, vá para J12]

J2. Quantas doses de álcool você consome num dia normal? (Uma dose de álcool significa: 1 lata de cerveja; 1 dose de conhaque ou uísque; 1 taça de vinho; 1 dose de aperitivo; 1 copinho de pinga, cachaça ou caipirinha)

1. 0 ou 1 dose
 2. 2 ou 3 doses
 3. 4 ou 5 doses
 4. 6 ou 7 doses
 5. 8 doses ou mais
- 98 Não quer responder

J3. Com que frequência você consome cinco ou mais doses em uma única ocasião?

1. Nunca
2. Menos de uma vez por mês
3. Uma vez por mês
4. Uma vez por semana
5. Quase todos os dias
- 98 Não quer responder

J4. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?

1. Nunca
2. Menos de uma vez por mês
3. Uma vez por mês
4. Uma vez por semana
5. Quase todos os dias
- 98 Não quer responder

J5. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você não conseguiu fazer o que era esperado de você por causa do álcool?

1. Nunca
2. Menos de uma vez por mês
3. Uma vez por mês
4. Uma vez por semana
5. Quase todos os dias
- 98 Não quer responder

J6. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?

1. Nunca
2. Menos de uma vez por mês
3. Uma vez por mês
4. Uma vez por semana
5. Quase todos os dias
- 98 Não quer responder

J7. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você se sentiu culpado ou com remorso após ter bebido?

1. Nunca
2. Menos de uma vez por mês
3. Uma vez por mês
4. Uma vez por semana
5. Quase todos os dias
- 98 Não quer responder

J8. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?

1. Nunca
2. Menos de uma vez por mês
3. Uma vez por mês
4. Uma vez por semana
5. Quase todos os dias

98 Não quer responder

J9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?

1. Não
2. Sim, mas não no último ano
3. Sim, durante o último ano

98 Não quer responder

J10. Alguém ou algum parente, amigo ou médico, já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?

1. Não
2. Sim, mas não no último ano
3. Sim, durante o último ano

98 Não quer responder

[Agora, gostaríamos de perguntar se você já fez ou faz uso de alguma droga].

J12. Nos últimos 6 meses, quantas vezes você fumou maconha?

1. Nenhuma vez
2. Uma vez por mês ou menos
3. Mais ou menos uma vez por semana
4. Várias vezes por semana
5. Todos os dias

98 Não quer responder

[Se J12=1, vá para J14]

J14. Nos últimos 6 meses, quantas vezes você fumou crack ou merla?

1. Nenhuma vez
 2. Uma vez por mês ou menos
 3. Mais ou menos uma vez por semana
 4. Várias vezes por semana
 5. Todos os dias
- 98 Não quer responder

J16. Nos últimos 6 meses, quantas vezes você tomou bolinha ou anfetaminas (Hipofagin, Moderex, Glucoenergin, Inibex, Calina, etc)?

1. Nenhuma vez
 2. Uma vez por mês ou menos
 3. Mais ou menos uma vez por semana
 4. Várias vezes por semana
 5. Todos os dias.
- 98 Não quer responder

J18. Nos últimos 6 meses, quantas vezes você cheirou lança-perfume, loló, cola, éter, esmalte, tinta, clorofórmio ou solventes?

1. Nenhuma vez
2. Uma vez por mês ou menos

3. Mais ou menos uma vez por semana
4. Várias vezes por semana
5. Todos os dias
- 98 Não quer responder

J20. Nos últimos 6 meses, quantas vezes você tomou ecstasy?

1. Nenhuma vez
2. Uma vez por mês ou menos
3. Mais ou menos uma vez por semana
4. Várias vezes por semana
5. Todos os dias
- 98 Não quer responder

J22. Nos últimos 6 meses, quantas vezes você cheirou cocaína?

1. Nenhuma vez
2. Uma vez por mês ou menos
3. Mais ou menos uma vez por semana
4. Várias vezes por semana
5. Todos os dias
- 98 Não quer responder

J24. Nos últimos 6 meses, quantas vezes você injetou cocaína na veia?

1. Nenhuma vez
2. Uma vez por mês ou menos

3. Mais ou menos uma vez por semana
4. Várias vezes por semana
5. Todos os dias
- 98 Não quer responder

M10: “Chegamos ao final do questionário. Sua colaboração será essencial para melhorarmos a saúde dos homens que fazem sexo com homens

10. APÊNDICE 3



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DOUTORADO EM
SAÚDE COLETIVA
Rua Prof. Costa Mendes,1608- 5º andar -Fortaleza-Ce -
Tel/fax:85-3366.8045
e-mail: dscoletiva@ufc.br

Termo de consentimento livre e esclarecido

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

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

Para participar do estudo você deverá responder um questionário e será convidado a realizar testes rápidos para o HIV, para sífilis e hepatite B e C. É muito importante que, mesmo que você já tenha feito um ou mais testes oferecidos neste estudo, você faça

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

Se você concordar em participar, nós iremos coletar aproximadamente 12 ml de sangue colhido em alguma veia do braço (ou equivalente), se você concordar com todos os testes que estamos oferecendo. Este exame é parecido com um exame de sangue de rotina, que você pode ter feito para avaliar se tem ou não anemia ou diabetes, por exemplo. Você poderá sentir um pequeno desconforto no lugar da picada da agulha e, depois desse exame, você poderá ficar com uma pequena marca roxa neste local. Para diminuir estes problemas, serão utilizados equipamentos modernos para coletar seu sangue e as pessoas responsáveis pela coleta são experientes e bem treinadas. Os resultados dos testes rápidos serão fornecidos em meia hora ou, no máximo, uma hora após seu sangue ter sido colhido, por um profissional de saúde qualificado que irá discutir o significado deste resultado com você. O sangue coletado

que não for utilizado para os testes será desprezado de acordo com as normas internacionais de biossegurança pelo Instituto Adolfo Lutz.

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

Após ter recebido o resultado de seus exames, você receberá seu ressarcimento, no valor de vinte e cinco reais (R\$25,00) para despesas com refeição, com transporte e por seu tempo gasto com os procedimentos do estudo. Será pedido para que você convide três conhecidos seus que lhe conhecem pelo nome e que também tenham feito sexo com outros homens no último ano. Você receberá mais um ressarcimento para cobrir suas despesas com locomoção, alimentação e tempo gasto para cada um de seus três conhecidos elegíveis que você recrutar e que participar do estudo, totalizando cem reais (R\$100,00), vinte e cinco reais por cada um dos três convidados. Se o número de pessoas necessárias para o estudo já tiver sido atingida, não lhe será pedido para convidar mais ninguém, ou seus convidados podem não participar da pesquisa.

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

parar de participar do estudo a qualquer momento que desejar e, também poderá retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo.

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

Endereço dos responsáveis pela pesquisa:

Nome: Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr

Instituição: Universidade Federal do Ceará

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

Telefones para contato: (85) 3366-8645

Nome: _____ (Coordenador local)

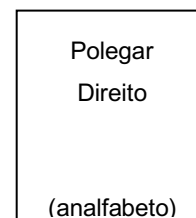
Instituição: _____

Endereço: _____

Telefones para contato: _____

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

Assinatura do participante: _____



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

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

Assinatura: _____

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

() HIV

() Sífilis

() Hepatite B

() Hepatite C

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

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

Assinatura: _____

Eu não quero fazer nenhum teste. *Assinatura:* _____

Entrevistador: _____

Assinatura do entrevistador: _____

Local _____ e data ____ / ____ / ____

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