



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM DA UFC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

IZABEL CRISTINA DE SOUZA

**VULNERABILIDADES DA POPULAÇÃO LGBTQIA+ RELACIONADAS ÀS
INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E AO CONSUMO DE DROGAS**

FORTALEZA

2021

IZABEL CRISTINA DE SOUZA

**VULNERABILIDADES DA POPULAÇÃO LGBTQIA+ RELACIONADAS ÀS
INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E AO CONSUMO DE DROGAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito final à obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na promoção da saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Karina Bezerra Pinheiro

FORTALEZA

2021

S238v

Souza, Izabel Cristina de.

Vulnerabilidades da população LGBTQIA+ relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis e ao consumo de drogas / Izabel Cristina de Souza. – 2021.

147 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2021.

Orientação: Prof. Dr. Ana Karina Bezerra Pinheiro.

1. Vulnerabilidade em saúde. 2. Minorias sexuais e de gênero. 3. Infecções sexualmente transmissíveis. 4. HIV/Aids. 5. Consumo de drogas. I. Título.

CDD 610.73

IZABEL CRISTINA DE SOUZA

VULNERABILIDADES DA POPULAÇÃO LGBTQIA+ RELACIONADAS ÀS
INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E AO CONSUMO DE DROGAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito final à obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na promoção da saúde.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Ana Karina Bezerra Pinheiro (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dr.^a Selene Cordeiro Vasconcelos (Membro Examinador)
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Prof.^a Dr.^a Paula Renata Amorim Lessa Soares (Membro Examinador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dr.^a Samila Gomes Ribeiro (Membro Examinador - Suplente)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

À minha linda constelação de três Marias:

Maria José

Maria Luzimar

Terezinha Maria

AGRADECIMENTOS

À minha mãe Luzimar e minha irmã Terezinha, os maiores exemplos da minha vida. Seus passos acompanham os meus e quando caio, sei que não estou só. À minha “vovó Mazé” (*in memoriam*), minha vó de coração que se fez presente até o início da minha vida acadêmica e cuja presença moldou parte do que sou hoje.

Aos meus colegas de graduação e pós-graduação e aos meus grandes amigos Vitória e Airton, por manterem comigo, dia após dia, os frutos dessa linda amizade e por me apoiarem em meus momentos mais difíceis.

Ao meu companheiro Jonnas, que me impulsiona a ser melhor a cada dia e que acredita nos meus passos. Obrigada por segurar meus medos para que eu possa voar cada vez mais longe.

À minha querida UFC, que me acolheu e me deu subsídios para me tornar a profissional que sou, através de seus recursos materiais e humanos, através das relações e ensinamentos que me proporcionou.

À minha orientadora, professora doutora Ana Karina, a quem nutro profunda admiração, pela sua atenção, delicadeza, sua expertise e pela oportunidade que tive de conviver e aprender durante esse percurso. Sua paciência e compreensão certamente tornaram essa caminhada muito mais leve e agradável.

À professora doutora Samila Ribeiro, que, de forma quase onipresente, acolheu minhas dúvidas e me ensinou, estando sempre disponível durante minha trajetória.

À professora doutora Paula Renata, que contribuiu de forma contínua para esse trabalho com suas valiosas considerações desde a sua concepção.

À professora doutora Selene Cordeiro Vasconcelos que, com sua paciência e experiência, colaborou com a leitura e avaliação cuidadosas desse trabalho, tentando melhorá-lo.

Ao Grupo de Pesquisa em Saúde Sexual e Reprodutiva da UFC (GPSSR), que tão calorosamente me acolheu e pelas oportunidades de aprendizado nas reuniões, ações sociais ou educativas, coletas em pesquisas, nas comemorações e nas tão esperadas defesas.

Ao Departamento de Enfermagem da UFC e ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFC através de seus coordenadores, secretários e pelo corpo de professores que tornam possível a formação de centenas de mestres e doutores através de seriedade e trabalho árduo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal e de Nível Superior (CAPES), através da qual foi possível a realização do presente trabalho por meio de bolsa de auxílio à pesquisa.

Aos meus colegas de pesquisa que auxiliaram na coleta dos dados: Gilmara, Cícero, Tainan, Wesley, Luanna, Richardson, Cadu e Isael. Agradeço o apoio, os aprendizados e as risadas que nossa relação proporcionou.

Aos participantes dessa pesquisa, que me permitiram conhecer um pouco mais de suas histórias e compartilharam comigo aspectos tão íntimos. Agradeço a disponibilidade, a atenção e a confiança a mim dispensadas.

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.

(Albert Einstein)

RESUMO

Objetivou-se compreender as vulnerabilidades da população LGBTQIA+ às infecções sexualmente transmissíveis (IST/HIV) e ao consumo de drogas. Pesquisa observacional, com abordagem quantitativa, transversal, descritiva e analítica. Participaram brasileiros com idade igual ou superior a 18 anos, autorreferidos LGBTQIA+ com, pelo menos um encontro sexual nos últimos doze meses. Para a coleta de dados foram utilizados instrumento com dados sociodemográficos, conhecimento sobre HIV, acesso aos serviços de saúde, testagem para IST e comportamento sexual, além do *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)* para verificar o consumo de drogas. Os dados foram organizados e analisados no *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v.23.0*, para *Windows®*, utilizando-se cálculos de frequências absolutas e relativas, intervalo de confiança, testes estatísticos de Kruskal-Wallis, qui-quadrado e Fisher. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sob o número: 3.921.161. A amostra foi composta por 254 participantes, com faixa etária de 18 a 25 anos (78,7%), gênero masculino (54,6%), cisgênero (91,7%), homossexual (57,1%) e cor da pele parda (33%). A maioria estava solteira (51,2%) e não possuía filhos (98%), a principal ocupação era estudante (56,6%) com ensino superior incompleto (52,8%). Houve associação entre diagnóstico de IST e ter filhos, sendo esse um fator protetivo ($p=0,036$; OR: 8,81). A maioria possuía conhecimento suficiente sobre HIV (75,6%). preservativos e lubrificantes foram mais adquiridos por compra (38,2%; 42,9%) e testagens para IST foram realizadas pela maioria (56,7%). Principal local de atendimento foi o consultório particular (56,6%). A realização de exames no último ano e sinais de IST estiveram associados ao diagnóstico de IST ($p=0,04$ e $0,01$, respectivamente). Parcerias fixas (63,4%) foram mais reportadas e este grupo usava menos preservativo. Quanto ao consumo de drogas, o envolvimento foi maior com álcool (80,7%), tabaco (59,4%) e maconha (59%). Quanto ao risco para desenvolvimento de dependência, a maioria foi classificado como moderado (54,8%). Situação conjugal ($p=0,01$), moradia atual ($p=0,01$) e religião ($p<0,01$) estiveram relacionados ao grau de dependência às drogas. As vulnerabilidades individuais mais identificadas foram baixa autopercepção de risco, não uso do preservativo, sexo químico e múltiplas parcerias sexuais. As vulnerabilidades sociais foram: facilidade de adquirir drogas, estigma e preconceito, influência de amigos ou falta de apoio social. As vulnerabilidades programáticas foram: fragilização de programas de enfrentamento ao HIV/Aids/IST e de apoio à pessoa que usa drogas, prejuízo nos serviços quanto à recursos humanos e materiais.

Palavras-chave: Vulnerabilidade em saúde. Minorias sexuais e de gênero. Infecções sexualmente transmissíveis. HIV/Aids. Consumo de drogas. Enfermagem.

ABSTRACT

The study aimed to understand the vulnerabilities of the LGBTQIA+ population to sexually transmitted infections/HIV (STI) and their involvement with drugs. Observational research, with a cross-sectional, quantitative and correlational, descriptive and analytical approach. Participants were Brazilians aged 18 years or older, self-reported LGBTQIA+ with at least one sexual encounter in the last twelve months. For data collection we used a survey with information about sociodemographic data, knowledge about HIV, access to health services, STI testing and sexual behavior, and the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) to verify drug involvement. Data were organized and analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v.23.0 for Windows® software, calculating absolute and relative frequencies, confidence intervals and applying the Kruskal-Wallis, chi-square and Fisher statistical tests. The research was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Ceará, with approval number 3.921.161. The sample was composed of 254 participants, aged 18 to 25 years (78.7%), male (54.6%), cisgender (91.7%), homosexual (57.1%), and brown skin color (33%). Most were single (51.2%) and had no children (98%), and the main occupation was student (56.6%) with incomplete higher education (52.8%). There was an association between STI diagnosis and having children, which was a protective fact ($p=0.036$; OR: 8.81). Most had sufficient knowledge about HIV (75.6%). Condoms and lubricants were more commonly purchased (38.2%; 42.9%) and STI testing was performed by the majority (56.7%). The main place of care was private practice (56.6%). Performing tests in the last year and signs of STI were associated with STI diagnosis ($p<0.01$). Fixed partnerships (63.4%) were more reported and this group used condoms less. As for drug use, involvement was higher with alcohol (80.7%), tobacco (59.4%) and marijuana (59%). As for the risk for developing dependence, most were classified as moderate (54.8%). Marital status ($p=0.01$), current housing ($p=0.01$), and religion ($p<0.01$) were related to the degree of drug dependence. The individual vulnerabilities most identified were low self-perception of risk, non-use of condoms, chemical sex, and multiple sexual partnerships. The social vulnerabilities were: ease of acquiring drugs, stigma and prejudice, influence of friends or lack of social support. The programmatic vulnerabilities were: weakening of programs to confront HIV/AIDS, sexually transmitted infections, and support to people who use drugs, and loss in services regarding human and material resources.

Keywords: Health Vulnerability. Sexual And Gender Minorities. Sexually Transmitted Diseases. HIV/Aids. Substance Abuse. Nursing.

LISTA DE TABELAS

| | | |
|-----------|--|-----|
| Tabela 1 | – Perfil sociodemográfico dos participantes..... | 57 |
| Tabela 2 | – Associação entre variáveis do perfil sociodemográfico e diagnóstico de IST ... | 60 |
| Tabela 3 | – Conhecimento dos participantes sobre HIV (bloco B) | 66 |
| Tabela 4 | – Associação entre variáveis da avaliação do conhecimento e diagnóstico de IST..... | 67 |
| Tabela 5 | – Distribuição da frequência de respostas sobre assistência à saúde sexual: prevenção e testagem (bloco C) | 73 |
| Tabela 6 | – Associação entre assistência à saúde sexual e diagnóstico de IST | 78 |
| Tabela 7 | – Distribuição da frequência de respostas sobre testagens para HIV, sífilis e hepatites (bloco D)..... | 79 |
| Tabela 8 | – Distribuição da frequência de respostas sobre comportamento sexual daqueles com parceria fixa | 84 |
| Tabela 9 | – Distribuição da frequência de respostas sobre comportamento sexual daqueles com parceria casual | 86 |
| Tabela 10 | – Associação entre variáveis do comportamento sexual e diagnóstico de IST | 88 |
| Tabela 11 | – Distribuição de frequência de respostas do questionário ASSIST | 95 |
| Tabela 12 | – Distribuição das frequências do risco final para dependência de drogas | 110 |
| Tabela 13 | – Associação entre variáveis sociodemográficas e risco final para dependência de drogas | 111 |

LISTA DE FIGURAS

| | | | |
|----------|---|---|-----|
| Figura 1 | – | Esquema das populações-chave no Brasil | 22 |
| Figura 2 | – | Quadro da vulnerabilidade e direitos humanos: dimensões individual, social e programática..... | 29 |
| Figura 3 | – | Estratégia de busca conforme base de dados | 38 |
| Figura 4 | – | Fluxograma do resultado das buscas e do processo de triagem adaptado do PRISMA..... | 39 |
| Figura 5 | – | Caracterização dos estudos primários da temática IST conforme ano de publicação, autoria, país, título, tipo de estudo e categoria de análise | 41 |
| Figura 6 | – | Caracterização dos estudos primários da temática consumo de drogas conforme ano de publicação, autoria, país, título, tipo de estudo e categoria de análise | 42 |
| Figura 7 | – | Barreira ao controle de IST: perdas de seguimento em diferentes níveis entre a infecção e a cura | 79 |
| Figura 8 | – | Risco para dependência de tabaco, álcool e maconha | 110 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------|---|
| ABEP | Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa |
| Aids | <i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i> |
| ASSIST | <i>Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test</i> |
| BDEnf | Base de dados em Enfermagem |
| CAFe | Comunidade Acadêmica Federada |
| CAPES | Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior |
| CINAHL | <i>Cumulative Index To Nursing And Allied Health Literature</i> |
| CDC | <i>Centers for Disease Control and Prevention</i> |
| CRAS | Centro de Referência de Assistência Social |
| CREAS | <i>Centro de Referência Especializado de Assistência Social</i> |
| DeCS | Descritores em Ciências da Saúde |
| DSM | <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> |
| DSS | Determinantes Sociais da Saúde |
| GHB | Ácido gama-hidroxibutírico |
| GLB | Gays, Lésbicas e Bissexuais |
| HIV | <i>Human Immunodeficiency Virus</i> |
| HSH | Homem(ns) que faz(em) sexo com homem(ns) |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IST | Infecção(ões) Sexualmente Transmissível(eis) |
| LGBTQIA+ | Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans/Travestis, <i>Queer</i> , Intersexual, Assexual + outras definições |
| LILACS | Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde |
| LSD | <i>Lysergic acid diethylamide</i> |
| MeSH | <i>Medical Subject Headings</i> |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| ONG | Organização não-governamental |
| PBE | Prática Baseada em Evidência |
| PEP | Profilaxia Pós-Exposição |
| PNAD | Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios |
| PrEP | Profilaxia Pré-Exposição |
| PRISMA | Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses |

| | |
|------------|--|
| PVHIV/Aids | Pessoa(s) Vivendo com HIV/Aids |
| RI | Revisão Integrativa |
| SI | Sistemas de informação |
| SPSS | <i>Statistical Package for the Social Sciences</i> |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UAPS | Unidade de Atenção Primária à Saúde |
| UDI | Usuários de drogas injetáveis |
| UNAIDS | <i>Joint United Nations Program on HIV/Aids</i> |
| UNODC | <i>United Nations Office on Drugs and Crime</i> |

LISTA DE SÍMBOLOS

| | |
|------------|--------------------|
| $>$ | Maior que |
| $<$ | Menor que |
| \geq | Maior ou igual a |
| \leq | Menor ou igual a |
| $\%$ | Frequência |
| \bar{X} | Média |
| σ^2 | Nível de confiança |

SUMÁRIO

| | | |
|-------|--|-----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 19 |
| 2 | REFERENCIAL TEÓRICO | 27 |
| 2.1 | Vulnerabilidade em saúde | 27 |
| 2.2 | Promoção da saúde | 30 |
| 2.3 | Minorias sexuais e suas particularidades | 31 |
| 3 | OBJETIVOS | 35 |
| 4 | VULNERABILIDADES DA POPULAÇÃO LGBTQIA+ À AQUISIÇÃO DE IST E CONSUMO DE DROGAS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA ... | 36 |
| 4.1 | Introdução | 36 |
| 4.2 | Método | 37 |
| 4.3 | Resultados | 38 |
| 4.4 | Discussão | 47 |
| 4.5 | Conclusão | 50 |
| 5 | MÉTODO | 52 |
| 5.1 | Tipo de estudo | 51 |
| 5.2 | Local e período do estudo | 51 |
| 5.3 | População e amostra | 51 |
| 5.4 | Procedimentos e instrumentos de coleta de dados | 52 |
| 5.4.1 | Dados sociodemográficos, conhecimentos, assistência à saúde e comportamento sexual | 52 |
| 5.4.2 | Alcohol, Smoking And Substance Involvement Screening Test (ASSIST) | 53 |
| 5.5 | Organização e análise de dados | 54 |
| 5.6 | Aspectos éticos | 56 |
| 6 | RESULTADOS E DISCUSSÃO | 57 |
| 6.1 | Perfil sociodemográfico, conhecimento acerca do HIV, assistência à saúde e comportamento sexual | 57 |
| 6.2 | Consumo de drogas | 95 |
| 7 | CONCLUSÃO | 116 |
| | REFERÊNCIAS | 119 |
| | APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CONHECIMENTOS SOBRE HIV, ASSISTÊNCIA À SAÚDE E COMPORTAMENTO SEXUAL | 135 |
| | APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 144 |

| | |
|--|------------|
| ANEXO A – ALCOHOL, SMOKING AND SUBSTANCE INVOLVEMENT | |
| SCREENING TEST (ASSIST) OMS, 2010 | 145 |
| ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM | |
| PESQUISA | 147 |

1 INTRODUÇÃO

Os grupos ditos minoritários configuram-se como um conjunto de indivíduos que compartilham características em comum e que, por diferentes fatores, como o linguístico, o de gênero, o étnico, o religioso, ou mesmo o socioeconômico, são alocados em posição de inferioridade. Muito embora, em termos quantitativos, esses grupos não estejam em menor número absoluto, esta expressão é utilizada para indicar grupos que sofrem discriminação ou subordinação e essa posição faz com que um grupo minoritário esteja suscetível a vulnerabilidades (SÉGUIN, 2002).

Os estudos de vulnerabilidade analisam de forma mais abrangente questões de cunho individual, social e institucional, prática que leva a novas maneiras de se pensar soluções. Os elementos que compõem a vulnerabilidade são fatores que influenciam na vida e saúde dos sujeitos, tais como o estigma social, a baixa autoestima, a falta de suporte social, a falta de acesso à informação, ao trabalho e à escola (BERTOLOZZI *et al.*, 2009).

Nos últimos anos, o conceito vulnerabilidade tem sido expandido por diferentes áreas do conhecimento (ciências sociais, jurídica, saúde) passando por diversas definições com abordagens diferentes e ampliadas. No entanto, mesmo com tantas nuances, o conceito vulnerabilidade possui uma condição em todas as áreas do conhecimento: o aspecto da fragilidade.

A vulnerabilidade, no contexto de saúde, surgiu ligada à epidemia global da síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids), quando foram feitas tentativas de se identificar quais os fatores e que grupos específicos estariam associados à maior prevalência da infecção por HIV (vírus da imunodeficiência humana). Se diferencia do risco, pois, ao passo que, esse demonstra quais as chances de adoecimento de um indivíduo ou população, a vulnerabilidade evidencia possíveis fatores de adoecimento, de não adoecimento e as formas de enfrentá-lo (AYRES *et al.*, 2009).

Na área da saúde, vulnerabilidade tem uma maior relação com algumas populações específicas, tais como pessoas em situação de rua, mulheres, usuários de drogas, população negra e indígena, pessoas idosas, profissionais do sexo, Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais/Travestis/Transgêneros, *Queer*, Assexual (LGBTQIA+), população encarcerada e pessoas com HIV/Aids (BARROS; CAMPOS; FERNANDES, 2014).

Ayres (2009) destaca três qualidades indissociáveis acerca da vulnerabilidade como conceito, são elas: 1. a vulnerabilidade não é binária - ela é multidimensional, ou seja,

em uma mesma situação o indivíduo está vulnerável a alguns agravos e não a outros; o que pode deixá-lo vulnerável sob um aspecto poderá proteger sob outro; 2. a vulnerabilidade não é unitária - ela não responde ao modelo “sim ou não”; os sujeitos estão sempre vulneráveis em diferentes graus; 3. a vulnerabilidade não é estável – as dimensões e os graus de vulnerabilidade das pessoas mudam constantemente ao longo do tempo.

As pessoas não “são” vulneráveis, elas “estão” vulneráveis sempre a algo, em algum grau e forma e em certo ponto do tempo e do espaço. A análise do modelo de vulnerabilidade deve envolver a avaliação articulada dos três eixos interligados para a compreensão da vulnerabilidade: dimensão individual, social e programática (AYRES *et al.*, 2009).

Dentre os principais agravos e vulnerabilidades aos quais a população LGBTQIA+ está exposta, citam-se três principais: a violência, a maior vulnerabilidade à aquisição de infecções sexualmente transmissíveis (IST)/HIV e adoecimento mental (BOURIS *et al.*, 2010).

Estudos revelam uma alta prevalência de diversos tipos de violência na população LGBTQIA+, especialmente com as pessoas transexuais, que geralmente apresentam mais riscos de estarem envolvidas em trabalho sexual. Experiências de discriminação sexual contribuem para uma sindemia de depressão, consumo de drogas e comportamento sexual de risco, o que é associado também à ideação suicida (TEMMERMAN, 2017; REAM, 2019).

Muito embora a Organização Mundial de Saúde (OMS) tenha retirado a homossexualidade e a transexualidade respectivamente em 1990 e 2018 da lista de distúrbios mentais do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e a pauta LGBTQIA+ tenha se tornado mais evidente, a discriminação é uma preocupação que se representa, por vezes, através dos casos de LGBTIfobia.

Pesquisa realizada por uma ONG americana demonstrou que, pelo segundo ano consecutivo, a taxa de jovens americanos com idade entre 18 e 34 anos que se sentem confortáveis no cenário LGBTQIA+ diminuiu de 53 para 45%. Além disso, os crimes de ódio em território americano aumentaram 17% (GLAAD, 2019).

Pesquisa sobre estigma e preconceito realizada em treze países dos continentes da Ásia, América do Sul, América do Norte e África entre os anos de 2000 e 2018 revelou que a porcentagem de pessoas entre 15 e 49 anos que não comprariam vegetais de lojistas vivendo com HIV/Aids diminuiu em, pelo menos, uma das três medições observadas. Embora os dados dessa pesquisa revelem decaimento de estigma e preconceito relacionados à população LGBTQIA+, há muitos registros da marginalização de populações-chave por meio de leis

criminais, apontando discriminação e violação dos direitos humanos desta população (UNAIDS, 2019).

Estes dados nos revelam que para além da luta LGBTQIA+ pela livre expressão da identidade de gênero e orientação sexual sem estigmatização ou preconceito e considerando também o crescente movimento de descriminalização de relações e uniões homoafetivas, direito à união civil ou adoção por pessoas do mesmo sexo, bem como leis punitivas para atos homofóbicos, ainda há muitas conquistas a serem feitas. Em 2019, 65% (n=125) dos países-membros das Nações Unidas, consideravam relações homoafetivas como legais. No entanto, em continentes como a África, por exemplo, em 61% (33) dos países há leis que criminalizam relações homoafetivas. Na Ásia, em mais da metade dos países (52%), relacionar-se com pessoas do mesmo sexo é considerada uma atividade ilegal. Isso demonstra que, de forma global, a homoafetividade vem deixando de ser uma atividade criminosa, no entanto, há a concentração de leis punitivistas em algumas regiões (ILGA, 2019).

Vale ressaltar que a não criminalização da homoafetividade não garante segurança ou a ausência de preconceito. Mesmo em países onde não se condene pelo pertencimento à comunidade LGBTQIA+, como é o caso do Brasil, as taxas de LGBTfobia permanecem altas, sendo o Brasil líder no ranking de assassinato a pessoas trans (ANTRA, 2019).

Dados extraídos do Grupo Gay da Bahia, uma das organizações LGBTQIA+ mais antigas do Brasil, demonstram que a cada 26 horas, um LGBTQIA+ morre no Brasil por assassinato ou suicídio. O país lidera os rankings deste quesito. Em 2018, foram registrados, pelo menos, 297 homicídios e 32 casos de suicídio entre essa população (OLIVEIRA; MOTT, 2020).

Além disso, é sabido que muitos casos de homofobia e transfobia são subnotificados pela dificuldade de acesso dessa população ao serviço, pelo desrespeito ao nome social e pela classificação incorreta dos casos, que muitas vezes são registrados apenas como homicídios.

Estudo documental identificou que, à luz do aspecto legislativo brasileiro, a proteção jurídica à população de LGBTQIA+ não é considerada eficaz, sendo única exceção quando comparada às outras minorias avaliadas e isto pode explicar a alta taxa de LGBTifobia, pela crença de impunidade imaginada pelos criminosos (PAULA; SILVA; BITTAR, 2017).

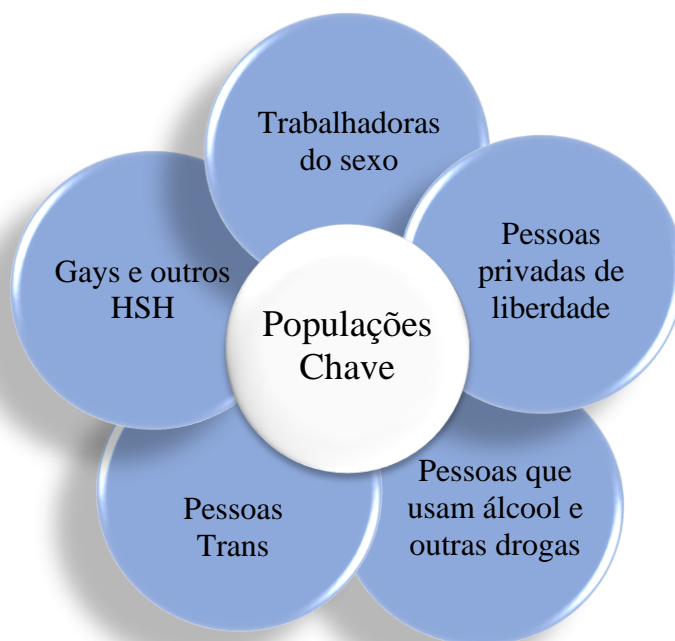
Com isso, a população em questão acaba por estar exposta a determinados danos psicológicos, como a ansiedade, depressão e suicídio ocasionados principalmente pela vergonha e pelo medo. Estudos indicam que, quando comparado a uma pessoa heterossexual, um LGBTQIA+ tem três vezes mais chances de cometer suicídio, além de apresentar mais

gravemente sintomas depressivos. Um estudo britânico constatou que metade das pessoas trans investigadas possuía depressão, com graus de severidade variando entre depressão leve a grave, sendo considerada uma alta incidência de doença mental (MCNEIL, 2012; RUSSEL; FISH, 2016).

A comunidade LGBTQIA+ integra parte das chamadas “populações-chave”, segmentos populacionais com maior vulnerabilidade à aquisição do HIV/Aids e que, no Brasil, apresentam uma prevalência de 0,4% superior à média nacional de infecção pelo HIV. Fazem parte das populações-chave: profissionais do sexo, gays, homens que fazem sexo com homens, pessoas trans, pessoas que usam drogas injetáveis e pessoas em privação de liberdade (BRASIL, 2018).

O Atlas de populações-chave organizado pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS) reúne informações de diversas fontes de indicadores relacionados à infecção pelo HIV nessas populações. Segundo os dados do portal, no Brasil, em 2017, 30% da população trans estava com HIV, 76,9% sabiam do seu estado sorológico e 70,8% alegaram utilizar preservativo durante as relações sexuais (UNAIDS, 2017).

Figura 1 – Esquema das populações-chave no Brasil.



Adaptado de Brasil (2018)

As populações-chave são aquelas que, em comparação à população geral, são atingidas de forma desproporcional e desigual no que concerne à epidemiologia e acesso à saúde, o que aumenta suas vulnerabilidades. Estudos vêm indicando altos níveis de prevalência de HIV

nesses grupos, com o de até 17,5% entre HSH, 6,2% entre trabalhadoras do sexo e 23,1% entre pessoas que usam drogas, enquanto na população geral a prevalência é estimada em torno de 0,4 a 0,6%. Tal fato evidencia o caráter concentrado da epidemia no Brasil e a importância de esforços conjuntos para a resposta de enfrentamento ao HIV, visando, também, a redução das desigualdades (BRASIL, 2018; CALAZANS *et al.*, 2018; KERR *et al.*, 2018; PEREIRA *et al.*, 2019).

Em 2019, conforme os dados da UNAIDS, 48 países e territórios ainda possuíam restrições que incluíam a testagem mandatória de HIV, bem como a divulgação do estado sorológico como parte do requerimento de permissão para entrar no país, alugar residência, estudar e/ou trabalhar. Baseados no estado sorológico, dos 48 países e territórios, pelo menos 30 ainda impõem medidas proibitivas e restrições de permanência e, desses, 19 deportam estrangeiros (UNAIDS, 2019).

Mundialmente, as infecções de HIV diminuíram 23% desde 2010, o que se deve à uma redução substancial de 38% de casos no leste e sul da África. No entanto, houve aumento de 72% dos casos na Europa oriental e Ásia Central; 22% no Oriente Médio e norte da África e 21% na América Latina (UNAIDS, 2020).

A infecção por HIV passou a ter notificação compulsória em 2014, sendo obrigatória sua notificação em gestantes no ano 2000. Já a Aids é agravo de notificação compulsória desde 1986, três anos após o reconhecimento dos primeiros casos da doença no Brasil. No entanto, sua influência no número de casos ainda não pode ser notada, tendo em vista o corrente processo de absorção no sistema de notificação (BRASIL, 2020a).

No Brasil, desde 2012 é possível perceber uma diminuição na notificação dos casos de Aids (decréscimo de 18,7% até 2019), o que não significa, necessariamente, uma atenuação no número absoluto de casos, mas uma subnotificação por transferência de dados ou demora na notificação, o que prejudica a resposta a esse agravo, haja vista comprometer dados epidemiológicos para futuras ações como fortalecimento de programas, atendimento especializado e dispensação de medicamentos (BRASIL, 2020a).

A diminuição do número de casos de Aids também pode estar ligada à recomendação “Tratamento para todos”, aprovada em 2013, que permite o acesso aos medicamentos antirretrovirais às pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHIV/Aids) independentemente de seu estado clínico ou imunológico, não sendo necessário apresentar um valor mínimo de contagem linfocitária para início do tratamento, auxiliando na diminuição da morbimortalidade e melhorando a qualidade de vida dos usuários (BRASIL, 2018).

Conforme o Boletim Epidemiológico de HIV/Aids, no Brasil, em 2019 foram detectados 41.919 novos casos de HIV (decréscimo de 4,6% em relação ao ano de 2018) e 37.308 casos de Aids (aumento de 0,39% em relação ao ano de 2018), sendo a taxa de detecção de 17,8 a cada 100.000 habitantes. Em 2019, 10.565 óbitos tiveram como causa básica a Aids. No mesmo período, na região nordeste houve um aumento do número de casos do HIV, onde foram diagnosticados 14.778 casos (35,3% do total). Quanto ao sexo, a razão nacional foi de 26 homens com HIV para cada 10 mulheres na mesma condição (BRASIL, 2020a).

No período de 2007 a junho de 2020, a faixa etária mais acometida pelo HIV foi a de 20 a 34 anos, somando 52,7% de todos os casos; já as escolaridades mais reportadas foram a “escolaridade ignorada” (25,2%) seguida de ensino médio completo (21,1%). Os negros foram a maioria (50,7%) dos diagnosticados, mesmo quando comparados por sexo. Em relação à categoria de exposição, a maioria dos homens contraiu HIV por exposição homossexual/bissexual (51,6%); exposição heterossexual (31,3%) e 1,9% tiveram transmissão por consumo de drogas injetáveis. Entre as mulheres, a exposição heterossexual foi a principal forma de aquisição do HIV (86,6%), seguida do consumo de drogas injetáveis (1,3%) (BRASIL, 2020a).

O baixo acesso aos serviços de saúde pela comunidade LGBTQIA+, advento observado a nível global, é ocasionado por diversos fatores que principiam e ao mesmo tempo são capazes de reforçar o afastamento dessa população, tais como o estigma e discriminação sofridos pela sociedade (incluindo profissionais de saúde), isolamento social, dificuldades econômicas e desconhecimento ou indisponibilidade de serviços para necessidades de saúde específicas (HIBBERT, 2019).

Experiências negativas com os serviços de saúde ofertados também podem funcionar como barreiras ao acesso dos mesmos. Uma pesquisa britânica apontou que, quando comparado aos participantes cisgêneros, o grupo de participantes trans era mais propenso a evitar serviços de saúde, por relatar diferença de tratamento em vivências anteriores. Dentre as queixas dos participantes desse grupo estava a sensação de negligência por serem deixados por último ou terem opções de atendimento limitadas, por ouvirem comentários negativos vindos de profissionais de saúde sobre pessoas que vivem com HIV, por não terem muita escolha acerca do dia ou do horário da consulta, por experienciarem divulgação não consentida da sua condição de saúde entre profissionais de saúde ou para o público. No estudo, os preditores mais fortes para o tratamento diferenciado foram o fato de se identificarem como trans, terem dificuldades financeiras e possuírem uma auto-imagem negativa em relação ao HIV (HIBBERT, 2018).

Altas prevalências de infecção do HIV pela população LGBTQIA+ são relatadas frequentemente na literatura. Como o conceito vulnerabilidade em saúde surgiu atrelado à ideia da maior possibilidade de aquisição de HIV por essa população, há estudos que endossam essa hipótese, permitindo o conhecimento sobre os principais fatores que vulnerabilizam essa população. Reconhecendo também esse grupo como passível de ser afetado por outros agravos (como é o caso da violência e da doença mental), faz-se necessária a investigação das diversas facetas vulnerabilidades da população LGBTQIA+.

Além da alta prevalência de HIV entre a população LGBTQIA+, um ponto importante, que influencia diretamente no aumento da incidência das IST entre essa população é o consumo de drogas. Uma pesquisa britânica de 2013 constatou que uma porcentagem maior de adultos LGBTQIA+ entre 18 e 64 anos relatou consumo excessivo de álcool no último ano (cinco ou mais bebidas em uma única ocasião) do que adultos heterossexuais. As pessoas LGBTQIA+ em tratamento para adicção de drogas iniciaram o consumo de álcool mais cedo do que quando comparadas com os participantes heterossexuais (WARD, 2013).

Dentre os consultados, o uso de bebida alcoólica (prática comum no Brasil e no mundo), é mais comum entre homens (74,3%) do que em mulheres (59%) e, embora não haja uma diferença muito expressiva quanto às faixas etárias que mais consomem a droga em questão, a que lidera esse ranking é a faixa etária de 25 a 34 anos (38,2%). Quanto à escolaridade dos entrevistados entre 18 e 65 anos, estavam em maior número aqueles de ensino superior completo (43,9%), seguido daqueles com ensino fundamental incompleto (27,2%) (BASTOS, 2017).

Tendo em vista as vulnerabilidades as quais estão expostas a população LGBTQIA+ e considerando ter esse grupo uma série de agravos em comum, faz-se necessário investigar a ocorrência dos mesmos como forma de entender quais os papeis dos profissionais de saúde nesse processo e como minimizar riscos, melhorar a qualidade de vida dessa população com vistas à redução de danos de seus principais agravos.

Ademais, pesquisa britânica realizada com 1.200 enfermeiros, revelou que apenas 13% dos profissionais entrevistados se sentia preparado para atender um paciente trans, muito embora mais de $\frac{3}{4}$ dos pacientes atendidos em seus locais de trabalho fossem trans (KENDALL-RAYNOR, 2016).

Os profissionais de Enfermagem, compondo expressiva parcela da equipe de saúde e sendo peça fundamental na prestação de assistência à saúde seja em nível primário, secundário ou terciário, devem buscar constante atualização e manter a sensibilização individual no tocante às diferentes necessidades da população atendida. Dessa maneira, alguns

entraves relativos ao acesso da população LGBTQIA+ aos serviços de saúde podem ser amenizados, buscando quebrar o ciclo de preconceito e estigma ao qual esse grupo se encontra, por vezes, inserido (ROSA, *et al.*, 2019).

Constante preparação e interesse enquanto profissional fazem parte de um cuidado de enfermagem de qualidade. Haja vista as diversas formas de atuação do enfermeiro como educador em saúde em saúde, testagens rápidas para HIV, sífilis e hepatites B e C, realização de prevenção ginecológica e consultas de enfermagem, enfatiza-se a importância da ampliação do conhecimento teórico voltado à população LGBTQIA+ não só para uma assistência de enfermagem integral, mas para produzir conhecimentos que possam, disseminar informações relevantes e transformadoras para a comunidade em geral, para a comunidade acadêmica e para outros profissionais de saúde (SOUZA, *et al.*, 2015).

Compreender as fragilidades de um atendimento tem o potencial de mudança para elevação nos padrões de assistência, atenuando o engessamento da prática profissional. Os enfermeiros possuem responsabilidade ética para a superação de práticas e atitudes estigmatizantes que possam prejudicar ou comprometer o atendimento a qualquer indivíduo, pois a assistência de enfermagem pautada na equidade e respeito aos indivíduos e coletividades é, além de um papel cidadão, um compromisso legal.

Desta forma, o problema da presente pesquisa traduz-se, enquanto pergunta: “Quais as vulnerabilidades da população LGBTQIA+ às infecções sexualmente transmissíveis/HIV e ao consumo de drogas?”.

A relevância desse estudo reside no fato de os dados de pesquisa permitirem a identificação das necessidades da população em estudo e servirem para caracterização da mesma, para elucidar possíveis problemas e lacunas, bem como subsidiar o desenvolvimento e a orientação para práticas educativas e de cuidados alinhadas às vulnerabilidades específicas apresentadas pelo grupo estudado.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Vulnerabilidade em saúde

“Vulnerabilidade” vem, originalmente, do latim *vulnus* que significa ‘lesão’, que evoluiu para o termo *vulnerare*, significando ‘ferir’, ‘lesar; *bilis* significando ‘suscetível a’ e, mais tardiamente, *vulnerabilis*. O termo vulnerabilidade aparece em dicionários da língua portuguesa portando o significado “daquilo que é vulnerável” ou a “suscetibilidade de ser ferido ou atingido por uma doença; fragilidade”, estando o conceito relacionado a uma debilidade (PRIBERAM; MICHAELIS, 2021).

O termo tem ampla aplicação na área da saúde, mas também é largamente encontrado em outras áreas, como a área jurídica, da educação, administração, economia e geografia e serviço social, o que demonstra seu caráter polissêmico. Mesmo dentro da área da saúde, a vulnerabilidade pode ter diferentes conotações, sendo, muitas vezes, utilizada como sinônimo de risco. Uma vez que conceitos podem influenciar imaginários e amparar práticas de saúde, é importante apropriar-se do real significado dos mesmos, a fim de se produzir atenção à saúde de forma sistematizada e harmônica (SOUSA; MIRANDA; FRANCO, 2010).

Na saúde pública, o conceito vulnerabilidade foi importado dos campos jurídicos e dos direitos civis, ganhando novos significados especialmente no surgimento da epidemia de Aids, delimitando a probabilidade de aquisição da doença por subgrupos. Mais tarde, a responsabilização ganhou o escopo individual, através das práticas comportamentais e, posteriormente, expandiu, ganhando denotação aprofundada envolvendo indivíduo, sociedade e Estado. Essas evoluções advieram das transformações percebidas no perfil epidemiológico de pessoas acometidas pela infecção e pelos processos vivenciados para tal (OVIEDO; CZERESNIA, 2015).

Os chamados “grupos de risco” incluíam homossexuais, hemofílicos, usuários de heroína e haitianos, grupo conhecido por 4H, que mais tarde incluiu as profissionais do sexo (*hookers*) passando a denominar-se 5H. A segmentação de grupos fortaleceu a crença de que só poderia ser acometido pelo vírus HIV - e posteriormente pela Aids- aqueles que estivessem em um dos grupos citados, criando preconceito e discriminação. Essa forma de estabelecer a exposição a um determinado perigo denota, na verdade, o conceito risco.

Com a reconfiguração do que se entendia por HIV/Aids e a disseminação de informação, a ideia de subgrupos soropositivos foi dando espaço ao chamado comportamento de risco, desvincilhando uma identidade à doença e responsabilizando o indivíduo através de suas ações onde as pessoas seriam agentes da sua exposição, independentemente de sua

orientação sexual, identidade de gênero, origem ou cor da pele. No entanto, essa responsabilização levou a uma culpabilização individual, conduzindo o sujeito a ser julgado como descuidado ou promíscuo, o que não acontecia, por exemplo, com outras doenças infecciosas e evitáveis (AYRES; PAIVA; FRANÇA-JR, 2012).

Considerando, então, o envolvimento de diversos elementos envolvidos na aquisição de HIV e desenvolvimento de Aids, para além das características biológicas e comportamentais, começou-se a pensar através da análise de vulnerabilidade pelas lentes da epidemiologia social e crítica, que passaria a considerar não só potenciais de adoecimento, mas também os potenciais de não adoecimento e as possibilidades de enfrentamento (AYRES; PAIVA; FRANÇA-JR, 2012).

No Brasil, o quadro da vulnerabilidade transcendeu a análise da epidemiologia do risco, passando a ser uma forma de compreensão dos estados de saúde e doença bem como suas influências e implicações, sendo seus primeiros estudos já publicados em 1996 e trazendo para seu escopo os direitos humanos como importante constituinte, haja vista a popularização do conceito ter sido contemporâneo ao momento de redemocratização e ápice da reforma sanitária no Brasil, onde o Sistema Único de Saúde acabara de ser implementado (AYRES; PAIVA; FRANÇA-JR, 2012).

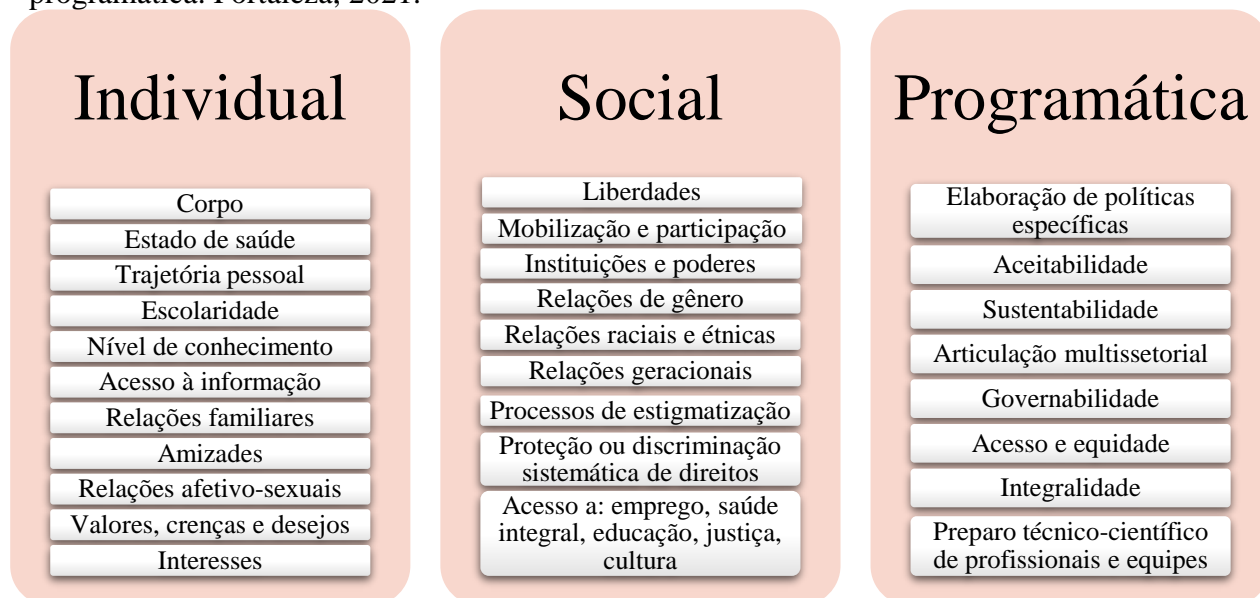
Admite-se, aqui, o conceito vulnerabilidade como: “Conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados à maior suscetibilidade de indivíduos e comunidades a um adoecimento ou agravo e, de modo inseparável, menor disponibilidade de recursos para sua proteção.” (AYRES, 2012, p. 78). Entende-se então, a vulnerabilidade não só como uma forma de análise de adoecimentos, mas a avaliação das interseccionalidades presentes e atuantes nos desdobramentos de saúde dos indivíduos. A vulnerabilidade está diretamente relacionada aos direitos humanos: a violação destes interfere diretamente nos processos de saúde-doença - na proporção de aumento da violação, há aumento de vulnerabilidades.

Há três dimensões consideradas para análise das vulnerabilidades. A dimensão individual considera a intersubjetividade, a identidade pessoal permanentemente construída nas interações com o outro. Aqui ressalta-se o indivíduo como sujeito de direitos, alguém que está em constante relação. São considerados desde componentes biológicos como porte físico, sexo, idade, predisposição genética até atitudes, comportamentos até o entendimento, elaboração e enfrentamento de determinado processo de adoecimento. Os indivíduos não são seres passivos de adquirirem doenças, mas coprodutores de sua saúde e devem ser entendidos também em seus conflitos e incoerências (PAIVA; AYRES; BUCHALLA, 2012).

A dimensão social compreende contextos de interação através de espaços de experiência concreta da intersubjetividade e que são atravessados por normatividades e poderes sociais baseados na organização política, estrutura econômica, tradições culturais, crenças religiosas, relações de gênero, relações sociais e relações geracionais. Aqui há a ênfase do indivíduo enquanto ser relacional, estando a vulnerabilidade social atrelada à maior ou menor impossibilidade de interferência nas tomadas de decisão (PAIVA; AYRES; BUCHALLA, 2012).

Já a dimensão programática trata das formas institucionalizadas de interação, englobando o conjunto de políticas, serviços e ações organizadas disponibilizadas em conformidade com os processos políticos dos diversos contextos sociais conforme os padrões de cidadania efetivamente operantes. Nessa dimensão cabe a observação sobre a redução ou reprodução de condições que aumentam as vulnerabilidades da população, bem como a (não) superação de iniquidades e o esforço dos governos para tal (PAIVA; AYRES; BUCHALLA, 2012).

Figura 2- Quadro vulnerabilidade e direitos humanos: dimensões individual, social e programática. Fortaleza, 2021.



Adaptado de Ayres *et al* (2012) p. 87

Em estudo que buscou clarificar o conceito vulnerabilidade em saúde, esse termo foi encontrado com os seguintes significados dentro do discurso científico: risco, possibilidade, suscetibilidade, sentimento e precariedade. Conforme a autora, Vulnerabilidade em Saúde é:

Condição humana, construída na interação entre o sujeito e o social, caracterizada por uma relação de poder que se movimenta em direção a uma

condição de precariedade quando o empoderamento não é vivenciado pelo sujeito ou coletivo. (FLORÊNCIO, 2018, p. 108)

A vulnerabilidade ocorre então num contexto de relação que considera atributos de empoderamento e precariedade, logo, as pessoas vivenciam processos de vulnerabilização, o que indica seu caráter transitório e traz o potencial de superação que muitas vezes não se encontra solitário, mas que dialoga com as outras dimensões.

2.2 Promoção da saúde

Considerando o conceito positivo e ampliado da OMS que diz que “saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” (OMS, 1948), compreende-se que a saúde é alcançada através de diversos processos com elementos que diferem entre si. Os determinantes sociais da saúde (DSS) representam essa variedade de fatores que afeta a saúde, tais como fatores sociais, econômicos, políticos, étnicos/raciais dentre outros. Tudo o que permeia a vida do indivíduo em sociedade pode ter influência em sua saúde (CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017).

A compreensão da existência e dos processos dos DSS aprofunda um debate sobre que aspectos se tornam mais latentes no processo de aquisição ou deterioração da saúde de um indivíduo, demonstrando as intersecções entre responsabilidades individuais, sociais e programáticas – análise à qual o estudo das vulnerabilidades também se propõe.

Como componente do bem-estar, a saúde sexual em seus diversos aspectos é definida como: “o estado de bem-estar físico, emocional, mental e social relacionado à sexualidade; não se refere à mera ausência de doenças, disfunções ou enfermidades” (OMS, 1975).

Sua manutenção é afetada por fatores como letramento funcional, acesso à informação e serviços, poder de escolha, posição na sociedade e pelos esforços (ou falta de esforços) que um Estado faz para concedê-la através de leis e políticas públicas. Nesse sentido, os direitos humanos estão intimamente ligados à saúde sexual (OMS, 2020).

A vivência e a expressão da vida sexual possuem interferências culturais, capazes de impedir o acesso a informações e serviços ou até de punir manifestações relativas ao gênero e identidade sexual. Em pesquisa global conduzida em 2013 e realizada em 40 países, o sexo pré-marital foi considerado moralmente inaceitável em 46% das respostas, havendo maior concordância sobre sua imoralidade na Indonésia (97%) e Paquistão (94%) e sendo essa uma prática ilegal em países como Irã, Marrocos, Paquistão, Arábia Saudita, Somália e Sudão. Quanto à contracepção, apenas 14% dos entrevistados consideraram o uso de contraceptivos

como moralmente inaceitável, com respostas mais concentradas no Paquistão, Nigéria e Gana (JACOB POUSHTER, 2014).

O enfermeiro tem papel essencial na educação em saúde, etapa primordial na promoção da saúde, e que considera a aquisição de conhecimentos de forma interacional. Esse processo considera, dentre outros fatores, a capacidade cognitiva do paciente, as evidências científicas e o contexto (faixa etária, questões religiosas, momento do atendimento, tempo disponível, presença de acompanhantes). A intenção do processo educativo deve ser facilitar a aquisição de conhecimentos para que o indivíduo seja capaz de tomar decisões de maneira informada e responsável, estimulando sua autonomia (KIM; OH, 2020).

O estímulo à mudança comportamental é fator primordial para o sucesso da educação em saúde, uma vez que a informação ou o conhecimento por si só não significa, necessariamente, sua incorporação às práticas de saúde. Com isso, algumas estratégias que utilizem aprendizagem significativa, participação ativa e a educação transversal. Dentro do contexto das vulnerabilidades encontradas na população LGBTQIA+, alguns temas podem ser abordados, conforme a necessidade de cada paciente, sendo alguns: saúde mental, consumo de drogas, rede de apoio, acesso aos serviços de saúde, testagem e prevenção de IST (ALBUQUERQUE; BOTELHO; RODRIGUES, 2019).

2.3 Minorias sexuais e suas particularidades

Embora o conceito minorias não tenha uma definição única, inclusive por ser utilizado em diversos contextos, assume-se, aqui, minoria enquanto grupo de pessoas com características em comum que vivencia alguma desvantagem em determinada relação de poder. Uma minoria pode ser assim classificada em razão do seu gênero, de sua cor/raça/etnia, de sua religião, de sua nacionalidade, de sua idade e de várias outras particularidades. Segundo Capotorti (1991), grupos minoritários estariam em menor quantidade em determinada representação, no entanto, observa-se violação de direitos e restrição de oportunidades mesmo em populações numericamente maiores, como ocorreu no regime de *apartheid* instituído na África do Sul. Portanto, uma minoria é uma posição menos privilegiada em uma sociedade, a exemplo de mulheres, pessoas com deficiência, negros, LGBTQIA+, dentre outros (ALAMINO; DEL VECCHIO, 2018).

A sexualidade, enquanto um campo vasto de idealizações e expressões, teve e tem sua vivência constantemente alterada, pois acompanha as mudanças, evoluções e retrocessos sociais ao longo das décadas. As conotações daquilo que é aceitável ou não também vão sendo

modificadas, no entanto, a sexualidade ainda hoje é pensada como um escopo moral, levando a um julgamento de valor sobre as formas mais simplórias e saudáveis de sua plena vivência (DALL'AGNOL, 2003).

Põe-se em discussão o binarismo de gênero, que assume apenas a existência do masculino e feminino enquanto possibilidades, sendo frequentemente utilizados em contraposição. No entanto, as formas de existir superam essa dicotomia, o que nos leva à necessidade de aproximação da diversidade de gênero, nem que, em um primeiro momento, de forma teórica.

Ao nascimento, designa-se o sexo biológico (comumente por observação da genitália) como forma de guiar o percurso performático dos indivíduos enquanto homens e mulheres, indicando-lhes identidade de gênero. Há, ainda, as pessoas intersexuais (anteriormente designadas hermafroditas), as quais apresentam variações de caracteres sexuais ao longo da vida através de cromossomos, gônadas ou genitálias (GRIFFITHS, 2018).

O gênero existe enquanto construção social que inclui uma série de papéis e performances atreladas que vão ser desenvolvidos e reproduzidos ao longo da vida. Dentro da análise binária, pessoas que nasceram com genitália masculina desempenham papéis relacionados às diversas masculinidades, o que também tem uma influência cultural. O mesmo ocorre com as pessoas que nascem com genitálias femininas, sendo imputadas a vivenciar suas feminilidades ou mulherismos. Com isso, o gênero tende a ser um atributo designado, recebido. No entanto, uma pessoa pode ou não se identificar com essa atribuição (REIS, 2018).

Nos casos em que há uma consonância entre o sexo biológico (que implica designação de gênero) e a identificação de gênero (como o indivíduo se auto-identifica e se percebe), essa pessoa é denominada cisgênero; caso não haja essa consonância, fala-se de transgêneridade. A identidade de gênero é, então, a experiência individual de cada pessoa quanto ao reconhecimento (ou não) de suas características biológicas e/ou papéis de gênero. A não adequação binarismo de gênero também pode ocorrer, a exemplo das pessoas agêneras, não binárias ou *queers*.

A expressão de gênero, maneira pela qual o indivíduo vai se mostrar ao mundo, ocorre por uma série de atributos que podem ser considerados como femininos, masculinos ou andróginos (REIS, 2018).

Apenas poucos países reconhecem um terceiro gênero, alguns em casos específicos, como Alemanha, Austrália e Nova Zelândia com concessões para pessoas intersexuais e outros, como Paquistão, Bangladesh e Índia em reconhecimento às pessoas identificadas como *hijras* - pessoas que nasceram com genitália masculina, mas que rejeitam a

identidade masculina, passando a identificar-se como mulheres ou mesmo como sem identificação, o que poderia ser similar à mulher trans no ocidente (JACOB POUSHTER, 2014; SARTAJ *et al.*, 2020).

A orientação sexual é a maneira involuntária pela qual indivíduos sentem atração afetivo-sexual por outros, considerando sexo, identidade ou expressão de gênero. De forma simplória, aqueles que sentem atração e se relacionam apenas com pessoas do sexo oposto são chamados de heterossexuais; aqueles que sentem atração e se relacionam com pessoas do mesmo sexo e do sexo oposto são chamados de bissexuais e aqueles que sentem atração e se relacionam são chamados de homossexuais (gays/lésbicas). Há ainda, os assexuais, que não costumam sentir atração sexual, embora possam experimentar envolvimento emocional (REIS, 2018).

Importante ressaltar que indivíduos podem ser heterossexuais e sentir atração ou mesmo se relacionar com pessoas do mesmo sexo, devendo a orientação sexual, identidade ou expressão de gênero ser sempre autorreferida ou autodeterminada, nunca imposta ou atribuída (UNAIDS, 2017).

Os princípios de Yogyakarta constituem um documento internacional que pauta sobre os direitos humanos e sua aplicação a questões de orientação sexual e identidade de gênero, responsabilizando Estados e, em menor parcela, atores da sociedade. O primeiro documento data de 2006 e elaborou 29 princípios, sendo complementado por outros nove princípios, em 2017 (YOGYAKARTA PRINCIPLES, 2006; YOGYAKARTA PRINCIPLES+10; 2017).

A existência de prerrogativas internacionais de direitos humanos é essencial como modelo a ser seguido, no entanto, não garantem a plena execução e respeito aos direitos humanos na população LGBTQIA+. Tal fato pode ser corroborado pelos números que indicam que o Brasil ocupou o primeiro lugar no ranking de assassinato de pessoas trans em 2020, com 175 mortes atribuídas à expressão de gênero (todas do gênero feminino), sem considerar as subnotificações. Com isso, demonstra-se que mesmo após avanços alcançados nessa seara, as respostas às formas de discriminação e outras violações de direitos humanos precisam ser tomadas de forma contundente, valorizando as necessidades dessa população (BENEVIDES; BONFIM, 2021).

O modelo de estresse de minorias postulado por Meyer (2003) admite que o pertencimento à uma minoria pode ocasionar estresses adicionais, como a população LGBTQIA+, que vivencia estresses no campo ambiental, social ou proximal. As diversas

situações podem comprometer a saúde e o bem-estar desses indivíduos, sendo necessária a avaliação de seus estados e estratégias adequadas para o enfrentamento de dificuldades.

O consumo de drogas é reportado em estudos, demonstrando que essa prática pode estar relacionada ao alívio de estresses como o medo de preconceito, o estigma e a sensação de insegurança, ocasionando problemas em relação ao uso dessas drogas, seja de caráter financeiro, relacional ou mesmo de saúde (FONTANARI *et al.*, 2019; SCHULER *et al.*, 2020).

O HIV e outras IST afetam de forma desproporcional a população LGBTQIA+, seja pelo uso inconsistente do preservativo, pela concomitância de parceiras sexuais, pela prática do sexo químico, pelas barreiras encontradas ao serviço de saúde e outras motivações que precisam ser entendidas e atendidas (RICH *et al.*, 2017).

Ademais, LGBTQIA+ podem necessitar de mais suporte social para sentirem-se apoiados em suas decisões e no enfrentamento de problemas, formando sua “família escolhida”, uma vez que podem sofrer retaliações e até serem expulsos de casa por seus parentes (FROST; MEYER; SCHWARTZ, 2016).

Essas vivências podem ainda, ocasionar diversas condições mentais, como apontado por revisão integrativa que buscou averiguar os principais desafios na saúde mental de LGBTQIA+, encontrando estigmatização, sofrimento emocional, vitimização, discriminação e barreiras ao acesso aos serviços de saúde. Apesar das conquistas, ainda há desafios significativos a serem enfrentados quanto à saúde mental (MOAGI *et al.*, 2021).

3 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

- Compreender as vulnerabilidades da população LGBTQIA+ às infecções sexualmente transmissíveis e ao consumo de drogas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a identidade sexual autorreferida, comportamento sexual e assistência à saúde da população LGBTQIA+;
- Identificar o grau de conhecimento acerca da transmissão e prevenção do HIV;
- Verificar o padrão do consumo de drogas da população LGBTQIA+ conforme o risco;
- Associar o padrão de consumo de drogas ao diagnóstico de IST e/ou HIV;
- Associar dados sociodemográficos, identidade sexual, histórico sexual e práticas sexuais de LGBTQIA+ com a existência de relação sexual desprotegida;
- Associar dados sociodemográficos, identidade sexual, histórico sexual e práticas sexuais de LGBTQIA+ com a o risco para dependência de drogas.

4 VULNERABILIDADES DA POPULAÇÃO LGBTQIA+ À AQUISIÇÃO DE IST E CONSUMO DE DROGAS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

4.1 Introdução

Haja vista a crescente popularização e disseminação de assuntos concernentes à população LGBTQIA+, torna-se essencial o conhecimento das necessidades dessa população, bem como vulnerabilidades e especificidades dentro dos diversos cenários, especialmente no contexto da saúde, onde a abordagem inicial pode ser fator decisivo para o acesso e (des)continuidade nos serviços de saúde prestados a essa população.

Considerando que os principais agravos relacionados à saúde da população LGBTQIA+ são a vulnerabilidade à aquisição de IST, a violência, o consumo de drogas e o adoecimento mental, procurou-se verificar a produção literária acerca das vulnerabilidades relacionadas à aquisição de IST/HIV e ao consumo de drogas na população LGBTQIA+ (HAFEEZ *et al.*, 2017).

A revisão integrativa (RI) fornece uma ampla gama de abordagens metodológicas, pois inclui em seu processo estudos experimentais e não-experimentais como forma de facilitar uma compreensão mais extensa do fenômeno estudado. Portanto, esse método coloca-se como uma importante ferramenta para a contribuição da Prática Baseada em Evidências (PBE) em enfermagem (WHITTEMORE, 2005; SOUZA, 2010).

Os resultados produzidos pela RI podem dar origem a produtos diversos, como novas formas de conhecimento por meio sínteses realizadas dos estudos incluídos, elaborações de conceito, conexões entre áreas distintas, produção de maior potencial explicativo, demonstração da fragilidade de estudos existentes e sugestões para estudos posteriores.

Desde as primeiras publicações acerca da RI, há a busca por um rigor metodológico que reduza os vieses e mantenha a consistência desse método. Apesar do desenho já ter sofrido algumas alterações com elementos adicionais, a essência das principais fases para o desenvolvimento de uma RI mantém-se até os dias atuais, sendo encontrada em publicações da mesma natureza e, portanto, servindo como embasamento para a revisão aqui apresentada (SOARES, 2014).

São elas:

1ª fase: Elaboração da pergunta norteadora (com definição dos critérios de elegibilidade);

2ª fase: Escolha de palavras-chave, estabelecimento dos critérios de busca, seleção de bases de dados e posterior busca dos estudos;

3ª fase: Coleta de dados por meio de um instrumento previamente elaborado ou adaptado;

4ª fase: Análise crítica e discussão dos resultados após categorização;

5ª fase: Apresentação dos resultados com seus produtos e potenciais recomendações.

6ª fase: Divulgação das descobertas.

4.2 Método

A primeira fase da revisão consistiu na elaboração da seguinte pergunta norteadora: “quais as vulnerabilidades da população LGBTQIA+ relacionadas à aquisição de IST e ao consumo de drogas?”. Para a elaboração da pergunta norteadora utilizou-se a estratégia PICO (acrônimo para *Population, Intervention/Exposure, Comparison, Outcomes*), sendo P a população LGBTQIA+, I as vulnerabilidades vivenciadas quanto à aquisição de IST e uso de drogas e O os elementos que funcionam como fatores que promovem ou diminuem os processos de vulnerabilidade. Ressalta-se que o componente C – comparação não pôde ser empregado dado o tipo de estudo.

As bases de dados selecionadas foram CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*), PubMed, LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), *Web of Science*, SCOPUS e BDEnf (Base de dados em Enfermagem). As bases de dados foram acessadas remotamente ao conteúdo assinado pelo Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) por meio do serviço da Comunidade Acadêmica Federada (CAFe).

Os descritores controlados foram oriundos do MeSH (*Medical Subject Headings*) para bases de dados internacionais e do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) para bases de dados de língua portuguesa. Foi realizada uma dupla busca em cada base de dados mencionada, dividindo-se em fase 1: buscas com descritores e palavras-chaves que relacionassem as vulnerabilidades da população LGBTQIA+ à aquisição de IST; e fase 2: buscas realizadas com descritores e palavras-chave relacionando a vulnerabilidade da população citada anteriormente ao consumo de drogas. No quadro 1 são descritos os descritores controlados utilizados para cada base de dados utilizando-se o operador booleano AND.

Figura 3 – Estratégia de busca conforme base de dados. Fortaleza, Ceará. 2020.

| Base de dados | Descritores utilizados Vulnerabilidades relacionadas às IST | Descritores utilizados Vulnerabilidades relacionadas ao consumo de drogas |
|-----------------------|---|---|
| CINAHL | LGBT Vulnerability HIV/AIDS | LGBT Vulnerability Drug use |
| PubMed | Gender minority Vulnerability Sexually transmitted disease HIV | Gender minority Vulnerability Drug use |
| LILACS | Gender minority Vulnerability HIV | Gender minority Vulnerability Drug use |
| <i>Web of Science</i> | Sexual minorities Vulnerability Sexually transmitted diseases | Sexual minorities Vulnerability Drug use |
| BDENF | Minorias de gênero Vulnerabilidade Doenças sexualmente transmissíveis | Minorias de gênero Vulnerabilidade Consumo de drogas |
| SCOPUS | Sexual minorities Vulnerability Sexually transmitted diseases HIV | Sexual minorities Vulnerability Drug use |

Fonte: elaborado pela autora.

Os critérios de elegibilidade para a inclusão na amostra final foram: estudos primários com população LGBTQIA+ que abordassem as vulnerabilidades dessa população à aquisição de IST/HIV e ao consumo de drogas. Resultados de interesse para essa revisão foram a descrição de vulnerabilidades ocasionadas pela aquisição de IST/HIV ou pelo consumo de drogas; e vulnerabilidades geradoras de maior risco de aquisição de IST/HIV ou consumo de drogas. Foram considerados todos os estudos publicados em português, inglês ou espanhol sem delimitação temporal e que estivessem disponíveis integralmente nas bases de dados supracitadas no período de busca. Foram excluídos os estudos duplicados e que abordassem outras vulnerabilidades que não as selecionadas.

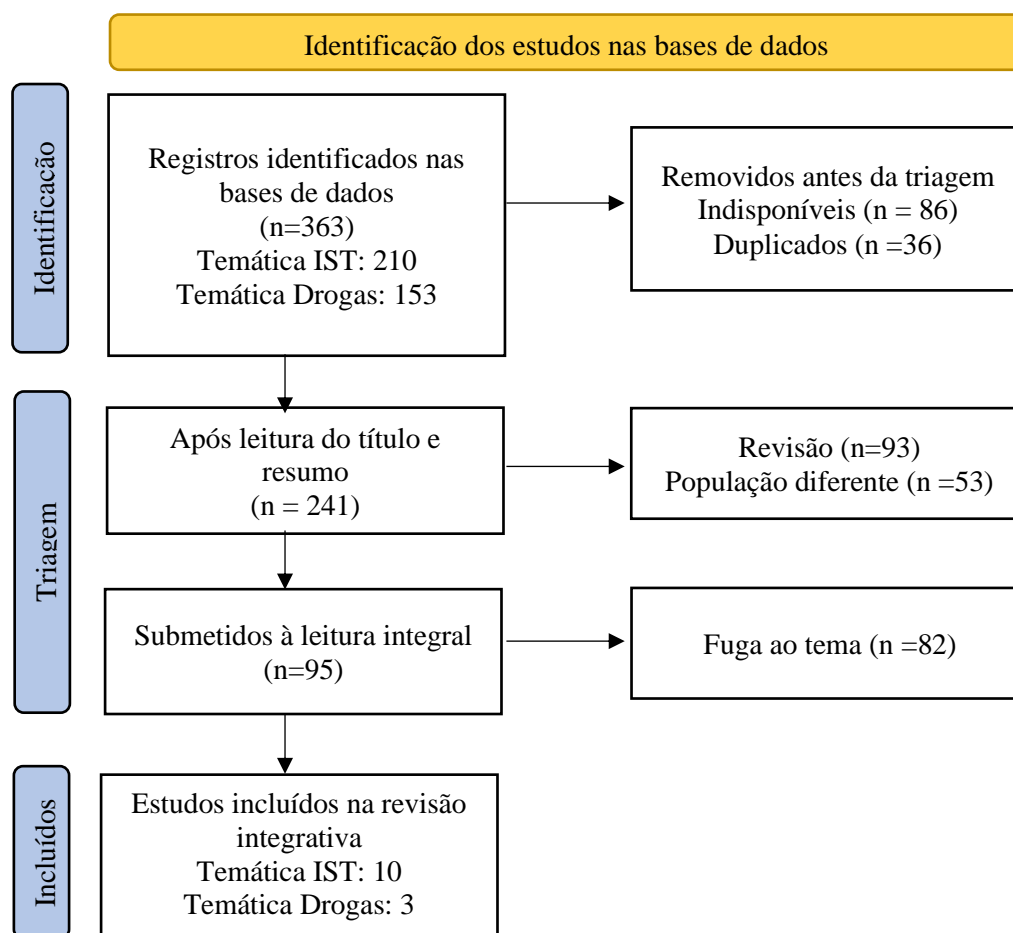
Em cada base de dados mencionada e após aplicação da estratégia de busca, foi realizada uma leitura criteriosa de título e resumo dos estudos a fim de identificar sua viabilidade para inclusão na amostra. Para a organização das seções da revisão e diagrama de busca dos artigos foram utilizados o checklist e o diagrama *Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses* (PRISMA).

4.3 Resultados

Foram localizados 363 artigos, sendo 210 da temática de IST e 153 da temática de consumo de drogas. Para a temática de IST, 58 artigos foram eliminados por indisponibilidade;

31 por duplicações; 47 por fugirem à temática e 64 por tratar-se de estudos secundários (revisões). Para a temática de consumo de drogas, foram excluídos 28 por indisponibilidade; cinco por duplicação; 88 por fugirem à temática e 29 por serem estudos de revisão. A amostra final foi de 10 artigos selecionados para a temática de IST e três artigos para a temática de consumo de drogas. O fluxograma (Figura 4) demonstra o processo de busca e inclusão dos artigos.

Figura 4 – Fluxograma do resultado das buscas e do processo de triagem adaptado do PRISMA (2020). Fortaleza, Ceará, 2020.



Fonte: elaborado pela autora.

A terceira fase, coleta de dados, foi realizada com auxílio de um instrumento validado e adaptado, sendo escolhidas as seguintes informações para a extração de dados da amostra final: procedência do artigo (base de dados de origem), ano de publicação, país, autores, periódico, título do estudo, objetivo, tipo de estudo (conforme metodologia) e principais achados/considerações. Após a organização dos dados e avaliação crítica, foi

realizada a elaboração de tabelas comparativas no *Microsoft Word*®, com informações sobre ano, autoria, país, título, tipo de estudo e categoria de análise em cada temática (URSI, 2005).

O resultado da revisão culminou com a inclusão de dez artigos da temática de IST, sendo cinco deles encontrados na PubMed, três na CINAHL, um artigo encontrado na *Web of Science* e um artigo encontrado na BDEnf. Na temática consumo de drogas foram encontrados três artigos, sendo dois deles da base de dados CINAHL e um da PubMed.

No que diz respeito ao ano de publicação, observou-se que na temática IST, a variação temporal foi de doze anos, com publicações de 2008 a 2019, sendo um artigo de 2008 (10%), um artigo de 2014 (10%), dois artigos de 2016 (20%), quatro artigos de 2017 (40%) e dois artigos de 2019 (20%). Na temática de consumo de drogas, dois artigos foram de 2014 (66,6%) e um artigo foi de 2019 (33,3%).

Muito embora não tenha havido delimitação temporal, foi perceptível que todas as produções literárias selecionadas foram publicadas a partir dos anos 2000, no qual os avanços em relação às conquistas da população LGBTQIA+ se intensificaram. Pesquisa realizada por GALLUP (2019) entre os anos de 1977 e 2008 mostra a visão de estadunidenses acerca de relacionamentos homoafetivos adultos e consentidos nos Estados Unidos, demonstrando uma queda da não aceitação (57% para 26%) e um aumento na aceitação (32 para 73%) desses relacionamentos. A discussão acerca do tema tem sido uma tendência envolvendo movimentos sociais, mobilização política e social, além de produção científica.

Quanto ao país de origem, na temática IST cinco artigos foram de publicação dos Estados Unidos, um da Jamaica, um da Etiópia, um do Brasil, um da Tailândia e um do Peru. Já na temática consumo de drogas, dois dos estudos selecionados foram dos Estados Unidos e um do Brasil, revelando a incipiente publicação brasileira nos temas mencionados e certa variedade sociogeográfica quanto à abordagem do tema, inclusive em países onde há criminalização de relações homoafetivas.

Dos treze artigos selecionados, todos foram observacionais, sendo dez estudos transversais e três estudos longitudinais. Dois estudos foram mistos, incluindo em sua metodologia as abordagens quantitativa e qualitativa. Conforme a classificação do *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine* (2009), que organiza as evidências em quatro graus de recomendação: A, B, C e D e dez níveis de evidência (1A, 1B, 1C, 2A, 2B, 2C, 3A, 3B, 4 e 5), todos os artigos da amostra figuraram no grau de recomendação B, nível 2C: “Observação de resultados terapêuticos (*outcomes research*) ou estudo ecológico”.

A categorização dos artigos foi realizada da seguinte forma: na temática IST, as categorias foram: 1. Comportamento sexual de risco e vulnerabilidades específicas à aquisição

de IST, 2. Vulnerabilidades relacionadas aos serviços de saúde e 3. Vulnerabilidades relativas à raça/etnia, orientação sexual ou expressão de gênero. Já a temática consumo de drogas resultou em apenas uma categoria de análise: Vulnerabilidades que influenciam o consumo de drogas por LGBTQIA+. A sumarização dos estudos incluídos nas duas temáticas é representada nos quadros 2 e 3.

Figura 5 – Caracterização dos estudos primários da temática IST conforme ano de publicação, autoria, país, título, tipo de estudo e categoria de análise. Fortaleza, Ceará. 2020.

| Ano | Autores | País | Título | Tipo de estudo | Categoria de análise |
|------|------------------------------|---------|--|----------------------------|--|
| 2008 | Gangamma <i>et al</i> | EUA | Comparison of HIV Risks among Gay, Lesbian, Bisexual and Heterosexual Homeless Youth | Observacional Transversal | 1. Comportamento sexual de risco e vulnerabilidades específicas à aquisição de IST |
| 2014 | Reisner <i>et al</i> | EUA | Sexual risk behaviors and psychosocial health concerns of female-to-male transgender men screening for STDs at an urban community health center | Observacional Transversal | 1. Comportamento sexual de risco e vulnerabilidades específicas à aquisição de IST |
| 2016 | Newcomb, Mustanski | EUA | Developmental Change in the Effects of Sexual Partner and Relationship Characteristics on Sexual Risk Behavior in Young Men Who Have Sex with Men | Observacional Longitudinal | 1. Comportamento sexual de risco e vulnerabilidades específicas à aquisição de IST |
| 2016 | Patel <i>et al</i> | EUA | Social Media Use and HIV-Related Risk Behaviors in Young Black and Latino Gay and Bi Men and Transgender Individuals in New York City: Implications for Online Interventions | Observacional Transversal | 1. Comportamento sexual de risco e vulnerabilidades específicas à aquisição de IST |
| 2017 | Cabral <i>et al</i> | Brasil | Homossexualidades femininas no contexto dos sistemas de informação de saúde | Observacional Transversal | 2. Vulnerabilidades relacionadas aos serviços de saúde |
| 2017 | Logie <i>et al</i> | Jamaica | Associations between Police harassment and HIV: Vulnerabilities among Men Who Have Sex with Men and Transgender Women in Jamaica | Observacional Transversal | 3. Vulnerabilidades relativas à raça/etnia, orientação sexual ou expressão de gênero |
| 2017 | Arayasirikul Wilson, Raymond | EUA | Examining the effects of transphobic discrimination and race on HIV risk among transwomen in San Francisco | Observacional Transversal | 3. Vulnerabilidades relativas à raça/etnia, orientação sexual ou expressão de gênero |
| 2017 | Reisner <i>et al</i> | Peru | Perceived barriers and facilitators to integrating HIV prevention and treatment with cross- sex hormone therapy for transgender women in Lima, Peru | Observacional Misto | 2. Vulnerabilidades relacionadas aos serviços de saúde |
| 2019 | Tadele, Amde | Etiópia | Health needs, health care seeking behaviour, and utilization of health services among lesbians, gays and bisexuals in Addis Ababa, Ethiopia | Estudo observacional Misto | 2. Vulnerabilidades relacionadas aos serviços de saúde |

| | | | | | |
|------|-------------------------|-----------|---|----------------------------|--|
| 2019 | Seekaew <i>et al</i> | Tailândia | Correlates of nonadherence to key population-led HIV pre-exposure prophylaxis services among Thai men who have sex with men and transgender women | Observacional Longitudinal | 2. Vulnerabilidades relacionadas aos serviços de saúde |
|------|-------------------------|-----------|---|----------------------------|--|

Fonte: elaborado pela autora

O quadro 3 designa os estudos primários incluídos na amostra final da revisão sobre vulnerabilidades da população LGBTQIA+ ao uso drogas, totalizando três artigos.

Figura 6 – Caracterização dos estudos primários da temática consumo de drogas conforme ano de publicação, autoria, país, título, tipo de estudo e categoria de análise. Fortaleza, Ceará, 2020.

| Ano | Autores | País | Título | Tipo de estudo | Categoria de análise |
|------|---------------------------|--------|---|----------------------------|---|
| 2014 | Newcomb, Mustanki | EUA | Developmental Change in the Relationship Between Alcohol and Drug Use Before Sex and Sexual Risk Behavior in Young Men Who Have Sex with Men | Observacional Longitudinal | Vulnerabilidades que influenciam o consumo de drogas por LGBTQIA+ |
| 2014 | Heck <i>et al</i> | EUA | Reducing Risk for Illicit Drug Use and Prescription Drug Misuse: High School Gay-Straight alliances and Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth | Observacional Transversal | |
| 2019 | Fontanari <i>et al</i> | Brasil | Dealing with gender-related and general stress: Substance use among Brazilian transgender youth | Observacional Longitudinal | |

Fonte: elaborado pela autora.

Temática IST

Categoria 1. Comportamento sexual de risco e vulnerabilidades específicas à aquisição de IST

Os artigos abordaram a influência de vulnerabilidades específicas no comportamento sexual de risco, sendo quatro artigos incluídos nesta categoria de análise. As vulnerabilidades específicas encontradas foram: habitação, subgrupos da população LGBTQIA+, desenvolvimento cronológico/psicológico e hábitos nas redes sociais.

Nesta categoria, destacou-se a situação de rua. Integrantes do grupo LGBTQIA+ compuseram 19% da amostra total de pesquisa que comparou o risco da aquisição de HIV entre GLB e heterossexuais. A maioria era bissexual, do sexo feminino com média de idade de 18,6 anos. Os jovens saíram de casa tendo, em média, 14,3 anos, sendo os principais motivos: desentendimento com pais, abuso verbal e consumo de drogas – pelos pais ou pelos próprios jovens. A média de idade para a sexarca dos jovens foi menor para os GLB (13 anos) quando comparados aos heterossexuais (13,4 anos). Nesse estudo, o risco de aquisição de HIV foi maior no grupo GLB e a extensa predisposição desse risco esteve relacionada ao sexo de sobrevivência/transacional, mais praticado por GLB e por mulheres de forma geral. O sexo de

sobrevivência diz respeito às atividades de prostituição em troca de alimento, moradia, drogas ou outros presentes (GANGAMMA *et al.*, 2008).

Ressalta-se que o comportamento sexual de risco também deve ser evidenciado em subgrupos nos quais há a crença de menor chance de aquisição de IST, como lésbicas e homens trans. Em estudo realizado com homens trans, o comportamento sexual de risco – admitido pelo estudo como sexo com outro homem sem uso de preservativo, uso inadequado do preservativo ou sexo com parceiro anônimo nos últimos três meses teve associação com relacionamento homossexual (apenas com outros homens), uso de álcool (5 ou mais doses por semana) e histórico de tentativa de suicídio (REISNER *et al.*, 2014).

O processo desenvolvimental também pode interferir nas práticas sexuais, já que na adolescência muitas ações são feitas em busca de aceitação ou validação externa. Em um estudo longitudinal realizado com 114 HSH, foi observado que o sexo anal sem preservativo foi mais identificado em relações monogâmicas no início da pesquisa, onde os participantes eram mais jovens. Essa prática esteve relacionada à demonstração de confiança, comprometimento e intimidade. Também foi possível perceber que, à medida que o tempo passava, menos participantes persistiam com essa prática em troca de bens materiais ou como forma de aprovação do parceiro, considerando suas próprias vontades e avaliando mais criteriosamente os riscos envolvidos. Segundo o estudo, isto se deveu à conquista de independência financeira, à segurança pessoal adquirida com novas experiências de vida e ao amadurecimento do próprio julgamento quanto às prioridades (NEWCOMB, MUSTANKI, 2016).

Dos 102 participantes de uma pesquisa realizada com HSH e mulheres trans, 85,3% eram negros ou hispânicos e 90% possuíam menos de 30 anos. Quanto ao uso de redes sociais verificou-se que 56,7% dos usuários as utilizavam a fim de buscar parcerias sexuais e desses, 10% realizaram sexo de sobrevivência/transacional em troca de drogas. Quanto mais perfis online, maior foi a chance de se realizar o sexo transacional ($p=0,04$) e quanto mais sexo transacional, maior foi a chance da aquisição de HIV ($p=0,03$) (PATEL *et al.*, 2016).

Categoria 2. Vulnerabilidades relacionadas aos serviços de saúde

Nesta categoria foram incluídos os estudos que versaram sobre facilitadores ou barreiras de acesso aos serviços de saúde pela população LGBTQIA+. Estiveram relacionados: a escassez de dados específicos sobre essa população, estrutura física inadequada dos serviços de saúde, falta de preparo profissional, medo de estigma e fragilidade nos processos de promoção da saúde. No total, quatro artigos foram incluídos.

Um artigo brasileiro extraiu dados dos principais sistemas de informação (SI) em saúde sobre a população lésbica e revelou escassez de informações específicas a respeito desse público, sendo disponibilizados apenas dados associados à violência e aquisição de HIV e sífilis. Falhas foram encontradas nos próprios SI no tocante à coleta de dados como identidade de gênero e orientação sexual, relembrando a posição ainda apagada ou invisibilizada das minorias sexuais e de gênero. Esses são exemplos que demonstram a orientação do modelo de saúde heteronormativo ainda vigente (CABRAL *et al.*, 2017).

A perspectiva de segmentos da população LGBTQIA+ sobre serviços de saúde é importante para gerar reflexão acerca das melhorias que precisam e podem ser realizadas. Estudo multimétodo realizado no Peru com 48 mulheres trans e 19 profissionais de saúde, em sua maioria enfermeiros (26,3%), evidenciou que metade das mulheres não confiava nos profissionais e 62,5% evitavam ir ao serviço de saúde por medo de estigmatização. Além disso, experiências anteriores como desrespeito ao nome social, falta de representatividade nesses espaços, sinalização explícita de consultórios para diagnóstico de IST/HIV (levando a julgamentos) e falta de horários flexíveis funcionaram como barreiras. Os profissionais do estudo, com experiência em atendimento LGBTQIA+, revelaram já ter recebido treinamento (63,1%), porém apenas 10,5% sentiam-se devidamente capacitados para atuar junto a esse público e suas demandas. O medo de estigma também foi relatado pelos profissionais, pois ao atuarem atendendo mulheres trans, tinham receio de serem julgados pelos colegas de profissão. Foi verificada, ainda, a associação entre hormonioterapia e cuidados relativos ao HIV (prevenção, testagem e tratamento) sendo essa associação benéfica do ponto de vista de mulheres trans e dos profissionais que as acompanhavam, pois, essa combinação funcionou como um encorajador à adesão na terapia medicamentosa (REISNER *et al.*, 2017).

Em pesquisa longitudinal realizada na Tailândia com 564 HSH e 89 mulheres trans para verificar a adesão à profilaxia pré-exposição (PrEP), identificou-se que 37% dos participantes (n=244) foram considerados como tendo baixa adesão, pois tomavam três ou menos comprimidos durante a semana. Neste grupo, estiveram mais propensos ao abandono ou baixa adesão os mais jovens (27,8 *versus* 29,5 anos, $p < 0,01$), as mulheres trans (65,2% *versus* 32,9%, $p < 0,01$), aqueles com nível educacional inferior ao bacharelado (52,5% *versus* 28,6%, $p < 0,01$) e aqueles com menor renda (42,6 *versus* 30%, $p = 0,014$). Além disso, clientes recentes sem elo com o serviço tenderam ao abandono. Esses dados sugerem que novas estratégias precisam ser incorporadas a fim de tornar o serviço de saúde um suporte constante para esses grupos (SEEKAEW *et al.*, 2019).

Em países onde há criminalização da homoafetividade e da expressão de transgêneridade, devem ser estudadas as motivações e dificuldades de acesso ao serviço de saúde. Em estudo multimétodo realizado na Etiópia com 93 participantes LGB, foi possível fazer essa verificação. As maiores barreiras estiveram relacionadas ao medo de estigma e discriminação (82,8%) bem como a vergonha ao procurar o serviço e o medo de ser ‘descoberto’ (82,8%). Outras dificuldades estiveram relacionadas à distância dos consultórios e hospitais, à falta de dinheiro para o atendimento e inquirição dos profissionais. Três a cada quatro participantes entrevistados já havia realizado sexo anal sem preservativo e 30,1% haviam tido IST em algum momento da vida. Três a cada dez participantes fazia uso consistente do preservativo (em todas as relações, durante todo o ato sexual) e as motivações para o não uso estiveram relacionadas ao medo e vergonha no momento da compra, ao senso de urgência, à falta de preparo, à influência de álcool, à preferência e à confiança no parceiro (TADELE; AMDE, 2019).

Categoria 3. Vulnerabilidades relativas à orientação sexual ou expressão de gênero e à raça/etnia

Essa categoria englobou os estudos que versaram sobre problemáticas enfrentadas pela população LGBTQIA+ em decorrência de sua orientação sexual, expressão de gênero ou raça/etnia.

Um artigo jamaicano sobre HSH (n=556) e mulheres trans (n=137) revelou altos índices de assédio policial em decorrência da orientação sexual ou expressão de gênero. Dos HSH, 13,5% possuíam HIV e 25,2% das mulheres trans possuíam HIV. A violência física foi vivenciada pelos dois grupos, atingindo 61,3% dos HSH e 45,9% das mulheres trans. Ambos os grupos apresentaram altas taxas de insegurança alimentar (HSH: 47,9% e mulheres trans: 59,9%). Já o assédio policial foi vivenciado, em sua maioria, por mulheres trans (51,8%) e esteve relacionado a depressão, estado sorológico reagente para HIV, a prostituição, a necessidade de maior suporte social, a vivência anterior de abuso físico, ao domicílio instável e ao estigma (LOGIE *et al.*, 2017).

A discriminação é muito reportada por pessoas LGBTQIA+ e pode, ainda, ser agravada pelo racismo e por condições que pessoas negras costumam ser relegadas, como a pobreza ou o baixo nível educacional. Estudo transversal examinou os efeitos da transfobia em relação ao desenvolvimento de comportamento sexual de risco (*binge drinking* e sexo anal receptivo sem preservativo) a partir do modelo do estresse de minorias. Participaram 111 mulheres trans negras (74,4%) e 38 mulheres trans brancas (25,5%). O nível educacional das

mulheres trans negras foi inferior ao nível educacional das mulheres trans brancas ($p=0.009$). O sexo sem preservativo nos últimos três meses foi mais reportado pelas mulheres trans negras ($p=0,01$). Em relação ao *binge drinking*, adotado pelos autores do artigo como sendo a ingestão de 5 ou mais doses de álcool em um único episódio nos últimos 6 meses, as mulheres trans com maiores níveis de discriminação foram aquelas que mais se envolveram com a prática de *binge*, independente de sua cor ($p=0,01$), demonstrando que as vítimas de transfobia tiveram 3,5 vezes mais chances de envolvimento com consumo pesado de álcool (ARAYASIRIKUL, WILSON, RAYMOND, 2017).

Temática consumo de drogas

Categoria: Vulnerabilidades que influenciam o consumo de drogas por LGBTQIA+

Foram incluídos aqueles estudos que abordassem fatores de risco e fatores de proteção para consumo de drogas por essa população bem como a influência do consumo de drogas no comportamento sexual de risco.

Um dos estudos incluídos nessa categoria buscou investigar a relação entre a existência de grupos de apoio LGBTQIA+ (aliança gay-hétero) em escolas públicas e privadas e o consumo de drogas. Participaram 475 alunos LGBTQIA+. Aqueles alunos que relataram não possuir um grupo de apoio em suas escolas estiveram mais expostos à vitimização por familiares, cuidadores e colegas, indicando maior sofrimento relacionado ao preconceito e *bullying*. O consumo de drogas ilícitas durante a vida ou seu uso abusivo foi mais reportado por alunos que não possuíam grupo de apoio em suas escolas, sendo as drogas mais utilizadas: cocaína, alucinógenos e maconha. Com isso, o estudo salientou que a implementação de grupos de apoio nas escolas reduziu o consumo de drogas ilícitas pelos jovens, sendo esse um importante artifício utilizado para a diminuição do consumo de drogas por jovens LGBTQIA+ ou como redução de danos (HECK *et al.*, 2014).

O consumo de drogas pode ser estimulado por diversos fatores, sendo importante que os profissionais de saúde os reconheçam. Um estudo brasileiro avaliou os fatores ambientais de risco e a motivação relacionados ao consumo de drogas por um grupo de transexuais jovens ($n= 207$). Os fatores foram divididos em três aspectos: físico (possuir um local estável para morar e se sentir seguro ao andar pela cidade), social (ter bom relacionamento familiar ou vivenciar discriminação) e econômico (ter acesso a provimentos básicos como material escolar). As motivações para o consumo de drogas foram: alívio do estresse geral, alívio do estresse relacionado ao gênero ou uso recreativo. A maconha foi a droga mais utilizada independente da motivação e a única substância que diferiu significativamente em

relação à motivação foi a classe dos sedativos, mais utilizada para enfrentamento do estresse relacionado ao gênero. Os resultados demonstraram que a sensação de insegurança aumentou as chances de consumo de drogas para enfrentamento de estresse relacionado ao gênero. A discriminação e a diminuição do engajamento escolar por questões econômicas também tiveram associação com maior consumo de drogas (FONTANARI *et al.*, 2019).

Quanto ao consumo de drogas antes ou durante a prática sexual, advento conhecido como *chemsex* ou sexo químico, um artigo avaliou a mudança comportamental em relação ao sexo químico e o comportamento sexual de risco de 114 jovens HSH durante quatro anos. Os resultados apontaram que o sexo químico aumentou conforme os anos, porém com particularidades para álcool e outras drogas: o uso de bebida antes da prática sexual aumentou os episódios de sexo anal sem preservativo. Ao longo dos anos o uso de outras drogas que não o álcool foi se tornando menos frequente antes da prática sexual. Nesse estudo, as drogas mais utilizadas foram maconha e cocaína (NEWCOMB, MUSTANKSI, 2014).

O comportamento sexual de risco foi apontado em mais de um estudo e possui uma série de práticas envolvidas. Não está restrito apenas à população LGBTQIA+, mas a ambientes e ações que favoreçam a insegurança sexual, como o sexo de sobrevivência. Estudo mostrou relação do comportamento sexual de risco com potencial de aquisição de IST/HIV pela concomitância de parceiros ou baixo rigor em ações preventivas (MARSHALL *et al.*, 2010).

Com isso, destaca-se a importância da prevenção combinada, que pode garantir mais segurança e menos exposição, como mudança comportamental (rigor na escolha de parceiros, motivação para a prática sexual), uso consistente de preservativo, vacinação, educação em saúde (onde os profissionais têm um papel crucial), testagem para IST, uso de PrEP e avaliação de riscos (GONÇALVES *et al.*, 2020).

4.4 Discussão

Expressiva parte da população LGBTQIA+ acometida pelo HIV ainda é jovem e isso evidencia a necessidade da implementação de diferentes estratégias educativas e comportamentais para alcançar essa população, como a abordagem em locais de sociabilização para atividades educativas, orientação, divulgação de serviços relativos à prevenção e tratamento de IST/HIV e distribuição de preservativos. O suporte social é uma necessidade humana e que tende a acentuar-se no período de amadurecimento e de transição para a vida adulta, como é o caso de jovens que frequentam a escola. Essa necessidade pode ainda ser aumentada em grupos LGBTQIA+, que sofrem preconceitos advindos, muitas vezes, da não aceitação de sua expressão sexual (seja por orientação sexual ou identidade de gênero) por

parte da família ou de outros grupos sociais, como o escolar (PAVELTCHUCK, DAMÁSIO, BORSA, 2019).

Aspectos da saúde mental foram citados em todos os artigos incluídos nesta revisão. A internalização de sintomas também foi fator responsável por aumentar a aquisição de HIV. Ela advém da vivência de eventos e emoções que se processam de maneira desordenada, causando problemas emocionais e comportamentais, relacionados à depressão, medo, baixa autoestima, ansiedade e solidão (LEE *et al.*, 2019).

É importante o reconhecimento das especificidades de cada indivíduo, pois podem explicar determinados comportamentos e guiar novas formas de relacionamento e condutas. Nos serviços de saúde há a necessidade de adequação de termos e procedimentos para a população LGBTQIA+, como inclusão de espaços nos formulários para nome social, orientação sexual ou identidade de gênero. Esses detalhes também se transformam em barreiras, por isso a importância de readequação dos serviços prestados aos diversos públicos, lançando-se mão de documentos e políticas já existentes, a fim de se superar preconceitos e mitos comumente reproduzidos, como a crença de que mulheres lésbicas não precisam fazer exame de prevenção ginecológica ou o de que não contraem IST (TRACY; SCHLUTERMAN; GREENBERG, 2013).

A recusa de assistência profissional com base em orientação sexual, identidade ou expressão de gênero reforça as vulnerabilidades vivenciadas e, conseqüentemente, potenciais danos vividos pela população LGBTQIA+ que tem esse direito violado ante códigos internacionais de ética em Enfermagem (HEIN *et al.*, 2018).

Com isso, o posicionamento dos profissionais de saúde é essencial para que os gestores estejam cientes das necessidades enfrentadas pelas populações atendidas em espaços de promoção da saúde ou prevenção de doenças.

A barreira mais prevalente aos serviços de saúde foi o medo de estigmatização, também presente em outros cenários, o que demonstra um elemento estrutural do preconceito existente – e muito comum - vivenciado pela população LGBTQIA+. A discriminação, que é a agência do preconceito, atinge de forma massiva grande parte desta população e consiste em práticas que ferem os direitos humanos, seja através de *bullying*, recusa ao atendimento, violência psicológica e violência física em suas diversas apresentações. A discriminação potencializa riscos e vulnerabilidades e precisa ser combatida, seja por políticas e leis que permitam isso, conjuntamente com educação e competência, até que se internalize no senso coletivo o respeito e a ética cidadã (MAGNO *et al.*, 2019; NAGAMINE, 2019).

É necessário pensar para além do acesso da população LGBTQIA+ aos serviços prestados (sendo de saúde ou não), entendendo que a permanência e a coordenação dos serviços devem ser consonantes com cada instituição e garantir a inclusão de maneira segura e confiável. Todo o processo logístico deve ser estruturado buscando abranger essa população, porém, como essa decisão é de foro interno de cada instituição, frisa-se a importância da discussão e inclusão dessa pauta no regimento de cada órgão bem como sua incorporação na educação permanente dos profissionais envolvidos.

Sugere-se um incremento e reforço da retenção no serviço ao invés da pura centralização de atividades na aderência ao tratamento, pois a criação de vínculo com o serviço permite atividades como educação em saúde e acompanhamento de outras necessidades, facilitando a abertura e manutenção de um canal entre serviço, profissional e usuário. Para tanto, é necessário que haja treinamento por parte de todos os profissionais do serviço (enfermeiros, atendentes, outros profissionais de saúde, recepcionistas), desde a entrada na unidade de saúde até a finalização do atendimento, bem como interesse e aceitação por parte desses profissionais, e disponibilização de recursos pela instituição de saúde.

Muitas das leis que criminalizam a homoafetividade bem como expressão da transgeneridade datam de épocas coloniais e ainda vogam, vulnerabilizando a população LGBTQIA+ não apenas na violação de seus direitos, mas também dificultando seu acesso aos serviços de saúde, dispendo de baixos índices de testagens para IST/HIV e, por conseguinte, falhando na criação de programas específicos para o diagnóstico e acompanhamento dessas infecções (HAGOPIAN *et al.*, 2017).

Mudanças devem ser feitas a nível estrutural, legal e com profundas repercussões sociais a fim de se promover transformações atitudinais que possam minimizar o preconceito, a discriminação e a violência como forma de mitigar cada vez mais as vulnerabilidades (LANHAM *et al.*, 2019).

Para além de treinamentos pontuais é necessário incluir discussões acerca de gênero e sexualidade desde a formação escolar e profissional, gerando reflexões sobre minorias e suas necessidades para questionar a posição social que se ocupa e entender a construção do estigma e seus impactos em diversos âmbitos da vida dessas pessoas, inclusive no que diz respeito ao acesso à saúde. Reforçar o compromisso com o atendimento ético e empático pode ser feito com recorrentes rodas de conversas, oficinas e grupos de estudo, sensibilizando profissionais e motivando-os a buscarem atualizações em eventos científicos. Nessa busca é imprescindível estar próximo e ouvir quem melhor pode falar da experiência de vida e dos seus próprios desejos: a população LGBTQIA+.

Dentre as formas de enfrentamento do estresse de minorias vivenciado pelos LGBTQIA+, o consumo de drogas figura como uma forma de lidar melhor com angústias pessoais e com o isolamento. Como apontado em outros estudos de Rosińska *et al.* (2018) e Moore *et al.* (2016), o consumo de álcool tem sido relacionado ao comportamento sexual de risco por alterar a percepção da pessoa, diminuindo a capacidade de decisão lógica e habilidade manual, o que poderia afetar a escolha do parceiro sexual, a escolha pelo ato sexual e o uso inadequado do preservativo (seja por não lembrar ou por não conseguir utilizá-lo da forma correta) (BROWN; GAUSE; NORTHERN, 2016; SCHEIM; BAUER; SHOKOOHI, 2017).

Importante frisar que os aspectos de saúde mental foram mencionados em todos os estudos, não devendo ser negligenciados pelos profissionais de saúde, ainda que essa não seja sua especialidade. A maioria dos LGBTQIA+ citados nos estudos possuía algum transtorno mental. Com isso, faz-se necessária uma sensibilização do corpo de profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, que muitas vezes prestam serviços de acolhimento.

Uma vez entendendo que o conceito vulnerabilidade perpassa dimensões intrínsecas e extrínsecas aos indivíduos, tem-se a compreensão global de que a saúde depende de diversos fatores para se manter adequada.

4.5 Conclusão

Uma vez que estudos corroboram essa tendência, é de extrema relevância que os profissionais saibam identificar tal vulnerabilidade e incorporem esse conhecimento no cuidado empático e ético com respeito aos direitos humanos sem, no entanto, estigmatizar esse público, buscando compreender suas necessidades e prestando assistência, bem como orientando-o da forma mais adequada. É importante que sejam trabalhados aspectos de redução de danos com jovens casais a fim de estimular um comportamento de prática sexual segura. O desenvolvimento de programas voltados à essa temática pode ser útil no enfrentamento dos problemas ocasionados pelo consumo de drogas que afeta a prática sexual segura.

Como os resultados mostrados na RI, há muitos elementos e situações que vulnerabilizam a população LGBTQIA+, como predisposição ao consumo de drogas tendo como possível desfecho o comportamento sexual de risco, o preconceito e discriminação vivenciados que os expõem a condições como depressão ou mesmo falta de empregos formais podendo culminar com o sexo por sobrevivência, aumentando ainda mais sua exposição.

Destarte, a compreensão das razões pelas quais levam essa população à determinada condição vulnerável age como ponto de partida para o desenvolvimento de estratégias para as necessidades específicas desse grupo.

5 MÉTODO

5.1 Tipo de estudo

Estudo do tipo não-experimental, com abordagem transversal, quantitativa e correlacional com componentes descritivos e analíticos. Os estudos transversais são aqueles cujas observações são feitas em uma única ocasião ou em períodos curtos. A abordagem quantitativa transforma variáveis em valores que podem ser quantificáveis para sua posterior classificação e análise (POLIT; BECK, 2018).

O componente descritivo busca examinar as distribuições das variáveis em uma população e o componente analítico caracteriza associações entre as variáveis estudadas. A pesquisa transversal permite a observação e descrição de aspectos situacionais buscando relações entre variáveis. Embora esse tipo de pesquisa não permita o estabelecimento preciso de relações causais, configura-se como um meio eficaz e eficiente para coleta de grande quantidade de dados e como base para o seguimento de estudos experimentais (HULLEY, 2015; POLIT; BECK, 2018).

5.2 Local e período do estudo

O recrutamento da amostra e coleta de dados ocorreu na cidade de Fortaleza, em locais de sociabilidade LGBTQIA+, haja vista maior facilidade para acessar esse grupo nesses espaços e seguindo a tendência de estudos realizados com a população citada. Os locais onde a coleta ocorreu foram: campus universitários em período letivo, festas universitárias, entorno de boates LGBTQIA+ e um centro cultural da cidade de Fortaleza.

Pesquisa semelhante realizada com um segmento da população em questão (homens que fazem sexo com homens) na cidade de Fortaleza verificou uma grande quantidade dessa mesma comunidade reunida em locais específicos, uma vez que se sentem mais confortáveis e seguros em espaços onde encontram seus pares (LIMA, 2014).

A coleta de dados ocorreu entre os meses de dezembro a outubro de 2019.

5.3 População e amostra

A população considerada para a coleta de dados compreendeu pessoas LGBTQIA+. Os critérios de inclusão na pesquisa foram: ter idade igual ou superior a 18 anos; ser brasileiro (a); referir-se como LGBTQIA+ e ter tido, pelo menos, um encontro sexual no último ano. Os critérios de exclusão foram: estar com nível de consciência alterado por psicotrópicos e/ou possuir doença mental que impossibilitasse o julgamento das respostas no momento da entrevista.

A amostra do estudo foi não-probabilística e obtida por conveniência, haja vista as dificuldades existentes em elaborar amostras probabilísticas e representativas da população cujo tamanho é desconhecido e pelas vantagens de custo e logística associadas. Apesar da amostragem não probabilística por conveniência produzir alguns vieses, tem potencial gerador de dados relevantes, sendo, inclusive, utilizada em estudos com população semelhante (POLIT; BECK, 2018).

Assim, o tamanho amostral foi calculado por meio da fórmula para populações infinitas, considerando-se o desconhecimento do número real da população LGBTQIA+:

$$n = \frac{\sigma^2 \cdot p \cdot q}{e^2}$$

onde, n = tamanho da amostra; σ = nível de confiança escolhido, expresso em números de desvio padrão; p = porcentagem com a qual o fenômeno se verifica; q = porcentagem complementar (100-p); e = erro máximo permitido. O nível de confiança estabelecido foi de 0,5; em termos de desvio padrão: 1,96. A porcentagem de verificação do fenômeno e a porcentagem complementar foram calculadas conformes dado de pesquisa conduzida em Fortaleza. O cálculo amostral considerou, também, a variável de “não uso do preservativo” pela população LGBTQIA+, considerando-se a proporção de uso do preservativo de p= 20%, de acordo com estudo de Lima *et al.* (2014). Logo,

$$n = \frac{(1,96)^2 \cdot 0,20 \cdot 0,80}{(0,05)^2} = 246$$

Foram coletados dados de 257 participantes, porém, com a perda de três instrumentos por incompletude na coleta de dados, a amostra final foi de 254 participantes.

5.4 Procedimentos e instrumentos de coleta de dados

Todos os entrevistadores participaram de treinamento sobre os instrumentos, formas de abordagem dos potenciais participantes e preenchimento correto dos dados das variáveis, além de utilizarem crachá para identificação nos períodos de coleta de dados. Ressalta-se que foi realizado um teste piloto com 8 participantes.

5.4.1 Dados sociodemográficos, conhecimento, assistência à saúde, testagens para IST e comportamento sexual

O instrumento para coleta de dados sociodemográficos e vulnerabilidade à aquisição de IST/HIV (Apêndice A) é um questionário adaptado de Brignol (2013). O

questionário foi estruturado em cinco blocos, sendo o Bloco A: Informações sociodemográficas (18 questões); Bloco B: Conhecimento sobre IST - questionário formulado com itens sugeridos pela Sessão Extraordinária da Assembleia Geral das Nações Unidas (UNAIDS, 2005) (7 questões); Bloco C: Assistência à Saúde (9 questões); Bloco D: Teste de HIV, Sífilis e Hepatites (10 questões) e Bloco E: Comportamento sexual (18 questões).

Para o bloco sobre conhecimentos, a avaliação do mesmo dividiu-se entre insuficiente e suficiente. O conhecimento foi considerado insuficiente se, em pelo menos uma das cinco questões selecionadas pela autora (perguntas de corte), o participante respondesse de maneira incorreta. Adotou-se método semelhante a uma pesquisa realizada em cidade nordestina com 110 travestis que buscou avaliar grau de conhecimento acerca da transmissão do HIV (SOUSA; FERREIRA; SÁ, 2013).

As perguntas de corte foram as seguintes: **B3.** “Uma pessoa com aparência saudável pode estar com HIV” (insuficiente caso respondesse: “discorda” ou “não sabe”); **B4.** “Uma pessoa pode se infectar com o vírus HIV ao ser picada por um inseto, como mosquito ou pernilongo” (insuficiente caso respondesse: “concorda” ou “não sabe”), **B5.** “Uma pessoa pode se infectar com o vírus HIV ao compartilhar talheres, copos ou refeições com alguém que está com HIV” (insuficiente caso respondesse: concorda); **B6.** “Uma pessoa pode se infectar com o vírus HIV compartilhando seringa ou agulha com outras pessoas” (insuficiente caso respondesse: “discorda” ou “não sabe”) e **B7.** “Uma pessoa pode se infectar com o vírus HIV se não usar preservativos nas relações sexuais” (insuficiente caso respondesse: “discorda”).

5.4.2 *Envolvimento com Drogas - The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)*

O instrumento utilizado para a avaliação do envolvimento com álcool e outras substâncias foi o *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)* (Anexo A). Esse instrumento, que em português traduz-se como Teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras drogas, é utilizado para pessoas com 18 anos ou mais. Começou a ser desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde em 1997 e foi validado no Brasil há mais de uma década. É utilizado por diversos profissionais da saúde objetivando a avaliação de riscos potenciais relacionados ao consumo de drogas, podendo ser utilizado em Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), por exemplo (HENRIQUE, 2004; HUMENIUK *et al.*, 2010).

O ASSIST possui oito perguntas e todas elas incluem nove classes de drogas, com um escopo abrangente, e suas referentes respostas em pontuações, que não são iguais. As perguntas são: 1- Na sua vida, qual(is) dessas drogas você já usou? 2- Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? 3- Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir cada droga mencionada? 4- Durante os últimos três meses, com que frequência o consumo da(s) droga(s) mencionada(s) resultou em problemas de saúde, sociais, legais ou financeiros? 5- Durante os últimos meses, com que frequência por causa do seu uso, você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você? 6- Há algum amigo, parente ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com o uso de alguma dessas drogas? 7- Alguma vez você já tentou controlar diminuir ou parar o uso de alguma dessas drogas e não conseguiu? 8- Alguma vez você já usou drogas por injeção?.

Ao fim do questionário, deve-se realizar o somatório das questões 2 a 7 para uma pontuação final, pois estas correspondem ao uso e intercorrência de drogas específicas. O escore máximo possível é 39, exceto para o tabaco, pois na questão 5 a resposta não se aplica, sendo o seu máximo, 31 pontos. Ou seja, considerando Q a questão, a pontuação deverá ser calculada da seguinte maneira: para o tabaco, soma-se $Q2+Q3+Q4+Q6+Q7$ e para qualquer outra substância, a soma deverá ser $Q2+Q3+Q4+Q5+Q6+Q7$.

Para cada droga obtém-se uma pontuação, onde pode-se classificar: baixo risco - não se faz necessária intervenção quando os escores pontuarem até 03 (exceto para o álcool, cuja pontuação até 10 não requer intervenção). Risco moderado - a partir de 4 a 26 pontos é recomendado que o entrevistado receba intervenção breve e alto risco – quando se somam 27 pontos e recomenda-se encaminhamento para o tratamento intensivo. Caso o entrevistado faça uso de droga injetável (questão 8), forneça intervenção (HUMENIUK *et al.*, 2010).

5.5 Organização e análise dos dados

Os dados foram organizados e analisados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 23.0, para *Windows®*, utilizando-se cálculos de frequências absolutas e relativas, intervalo de confiança e aplicando-se os testes estatísticos de Kruskal-Wallis, qui-quadrado, verossimilhança e Fisher.

Para estudar a associação entre o diagnóstico de IST e o perfil sociodemográfico, dividiu-se o banco de dados em dois grupos, grupo 1 (SIM para o diagnóstico) e 2 (NÃO para o diagnóstico). O Teste de Qui-quadrado teve como hipótese nula: *Não existe relação de*

dependência (não estão associadas). Para valores de p menores que 0,05, aceitamos a hipótese alternativa, com indicativo de que existiu associação entre as variáveis.

O teste de Kolmogorov Smirnov foi realizado a fim de se analisar a hipótese de normalidade das variáveis quantitativas, dado a rejeição da hipótese de normalidade, foi utilizado o teste de Mann Whitney para comparar a média entre os grupos e, em caso de diferença significativa, afirmou-se que a variável esteve associada ao diagnóstico.

As variáveis predictoras (independentes) foram:

Sociodemográficas: idade, sexo, identidade de gênero, orientação sexual, raça/cor, situação conjugal, escolaridade, renda mensal, condição habitacional, religião.

Conhecimentos sobre IST: será avaliado conforme índice de acertos do Bloco B “Conhecimento sobre IST, Aids, hepatites virais e acesso a preservativos” do instrumento sociodemográfico (Apêndice A).

Assistência à saúde: recebimento ou uso de preservativo no último mês, recebimento ou uso de gel lubrificante no último mês, realização de teste para IST no último ano.

Realização de testes de IST: saber onde realizar o teste, número de testes realizados no último ano.

Comportamento sexual: início da vida sexual, parcerias sexuais nos últimos 3 meses, número de parceiros sexuais fixos nos últimos 3 meses, número de parceiros sexuais casuais nos últimos 3 meses, frequência de uso do preservativo nos últimos 3 meses, frequência do consumo de drogas antes ou durante o ato sexual nos últimos 3 meses.

Padrão de consumo de drogas: uso na vida, frequência de uso nos três últimos meses, desejo de consumir nos últimos três meses, relação entre a frequência de uso e problemas de saúde, social, legal e financeiro, relação do uso com abandono de atividades diárias, preocupação de parentes e amigos com o uso, tentativa de controle, redução ou abandono do uso de tabaco, álcool, maconha, cocaína, crack, anfetaminas, inalantes, hipnóticos, sedativos, alucinógenos e opioides. Frequência de consumo de drogas injetáveis.

As variáveis dependentes/desfecho estudadas foram: diagnóstico de IST nos últimos doze meses; e risco moderado e alto para dependência de drogas.

O nível de confiança adotado foi de 0,5, que expresso em números de desvio padrão possui o valor de 1,96, admitindo-se nível de significância valor inferior a 0,05.

5.6 Aspectos éticos

O projeto da presente pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará e recebeu parecer favorável, sendo aprovado sob o número: 3.921.161 (Anexo B).

Os participantes elegíveis foram esclarecidos quanto ao objetivo da pesquisa, a forma de participação e o processo de obtenção dos dados (entrevista), bem como suas implicações. Após aceite, foi ofertado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C) em duas vias para serem assinados, sendo uma via entregue ao entrevistador e a outra via ficando com o participante. Foi garantida a participação de maneira individual, respeitando-se os direitos à confidencialidade e ao sigilo de identidade preconizados segundo a Resolução 466/2012 que trata sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Ressalta-se que, apesar da maioria das entrevistas ter ocorrido em locais abertos, como garantia do sigilo e confidencialidade, as mesmas ocorreram em local afastado do grupo de pessoas, onde o entrevistado se sentisse mais confortável.

Como possíveis danos ou riscos oriundos da pesquisa foram listados a possibilidade de constrangimento ao falar sobre tópicos sensíveis como relacionamentos, sexualidade e consumo de drogas; sensação de vergonha ou medo de ser julgado e o estresse ao responder as perguntas dos questionários apresentados.

Como benefícios aos participantes, destacaram-se a possibilidade de entrar em contato com informações sobre si, como percepção de aspectos da própria saúde sexual e tirar dúvidas ao fim da entrevista sobre testagens, centros de testagem e aconselhamento, centros de apoio para pessoas com uso problemático de drogas e redução de riscos em práticas sexuais. Os participantes que precisaram de orientações acerca dos serviços de saúde mais adequados para suas demandas identificadas através da pesquisa, foram informados sobre locais funcionantes e pré-requisitos para atendimento.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados a seguir estão organizados conforme a ordem de coleta de dados através dos instrumentos apresentados.

6.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CONHECIMENTO ACERCA DO HIV, ASSISTÊNCIA À SAÚDE E COMPORTAMENTO SEXUAL

Bloco A. Dados sociodemográficos

Na tabela 1 são apresentadas as frequências de respostas acerca das variáveis sociodemográficas.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos participantes. Fortaleza, Ceará. Dez-Out 2019.

| Variável | n | (%) |
|-----------------------------|----------|------------|
| Faixa etária | | |
| 18 a 25 anos | 200 | 78,7% |
| 26 a 29 anos | 39 | 15,4% |
| ≥ 30 anos | 15 | 5,9% |
| Gênero declarado | | |
| Masculino | 139 | 54,7% |
| Feminino | 107 | 42,1% |
| Neutro | 8 | 3,1% |
| Identidade de gênero | | |
| Cisgênero | 233 | 91,7% |
| Transgênero | 17 | 6,6% |
| Neutro | 4 | 1,5% |
| Orientação sexual | | |
| Gay | 104 | 40,9% |
| Bissexual | 97 | 38,1% |
| Lésbica | 34 | 13,3% |
| Não definido | 12 | 4,7% |
| Pansexual | 7 | 2,7% |
| Raça/Cor | | |
| Parda | 84 | 33% |
| Branca | 82 | 32,2% |
| Preta/negra | 65 | 25,5% |
| Amarela | 13 | 5,1% |
| Não sabe | 8 | 3,1% |
| Indígena | 2 | 0,7% |
| Situação conjugal | | |
| Sozinho/Solteiro | 130 | 51,1% |
| Namorando/Ficando | 102 | 40,1% |
| Casado/Morando junto | 20 | 7,8% |
| Separado/Divorciado | 2 | 0,78% |
| Filhos | | |
| Não | 250 | 98,4% |
| Sim | 4 | 1,6% |

Anos de estudo

| | | |
|------------------|-----|-------|
| Menos de 12 anos | 3 | 1,1% |
| 12 anos | 32 | 12,6% |
| 13 a 15 anos | 85 | 33,5% |
| ≥16 anos | 134 | 52,8% |

Ocupação

| | | |
|-----------------------------|-----|-------|
| Estudante | 144 | 56,6% |
| Empregado com CTPS assinada | 45 | 17,7% |
| Autônomo | 22 | 8,7% |
| Empregado sem CTPS assinada | 22 | 8,6% |
| Servidor público | 14 | 5,6% |
| Desempregado | 7 | 2,8% |

Principal fonte de renda no último mês

| | | |
|-----------------------------|----|-------|
| Família, parceiro ou amigos | 78 | 30,8% |
| Bolsista | 56 | 22,0% |
| Trabalho com CTPS | 41 | 16,2% |
| Trabalho sem CTPS | 33 | 12,9% |
| Benefício | 20 | 7,9% |
| Autônomo | 15 | 5,8% |
| Não sabe | 6 | 2,4% |
| Outras | 5 | 2,0% |

Valor da renda no último mês

| | | |
|-------------------------------------|-----|-------|
| Até um salário-mínimo | 135 | 67,8% |
| Acima de um a dois salários-mínimos | 41 | 20,6% |
| Mais de dois salários-mínimos | 23 | 11,6% |

Dormiu na maioria das noites do último mês

| | | |
|---------------------|-----|-------|
| Domicílio próprio | 169 | 66,5% |
| Domicílio alugado | 69 | 27,1% |
| Outro | 7 | 2,8% |
| Domicílio de amigos | 4 | 1,6% |
| Ocupação | 2 | 0,8% |
| Quarto alugado | 1 | 0,4% |
| Abrigo | 1 | 0,4% |
| Hospital | 1 | 0,4% |

Com quem mora atualmente

| | | |
|--------------------------|-----|-------|
| Apenas pais | 142 | 55,9% |
| Sozinho | 38 | 14,9% |
| Outros familiares | 29 | 11,4% |
| Amigos | 23 | 9% |
| Companheiro(a) | 20 | 7,8% |
| Colegas universitários | 1 | 0,39% |
| Pais e outros familiares | 1 | 0,39% |

Número de coabitantes

| | | |
|------------|-----|-------|
| 0 | 37 | 14,5% |
| 1 | 36 | 14,2% |
| 2-4 | 149 | 58,7% |
| Acima de 4 | 32 | 12,6% |

Religião

| | | |
|--------------|-----|-------|
| Sem religião | 140 | 55,1% |
| Católica | 68 | 26,8% |

| | | |
|--|----|------|
| Outras | 16 | 6,3% |
| Evangélica | 11 | 4,3% |
| Não quis responder | 7 | 2,7% |
| Afro-brasileira | 6 | 2,4% |
| Espírita | 6 | 2,4% |
| Sente-se acolhido nas atividades religiosas | | |
| Sim | 58 | 58% |
| Parcialmente | 22 | 22% |
| Não | 14 | 14% |
| Não sabe | 6 | 6% |

Fonte: elaborado pela autora.

Compuseram a amostra final 254 participantes, com idade entre 18 e 40 anos e mediana de 22 anos. A maioria era pertencente ao gênero masculino, cisgênero e homossexual, sendo gay ou lésbica. Quanto à raça/cor, característica de cunho autodeclaratório, a maioria definiu-se como parda. A despeito da situação conjugal, a maioria estava solteira e não possuía filhos.

Em relação à identidade de gênero, a maioria considerou-se cisgênero, frente àqueles que se declararam transgênero e houve, ainda, quem não se identificou como pertencente às identidades de gênero cis ou trans. Dentre as pessoas trans, 15 (88,2%) eram homens trans, uma (5,9%) era mulher trans e uma (5,9%) era pessoa trans não-binária.

No que concerne à orientação sexual, a maior parte autodeclarou-se gay, seguida dos bissexuais, dos quais 67% eram mulheres e 33% eram homens; lésbicas; pansexuais, dos quais 71,4% eram mulheres e 28,7% eram homens; e 12 pessoas (4,7%) preferiram assinalar sua orientação sexual como não definida.

A raça parda prevaleceu seguida da raça branca e raça preta, sendo, então, a raça negra (pardos e pretos) a mais prevalente. Em menor proporção estiveram amarelos, aqueles que não sabiam como se autodeclarar e indígenas.

A situação conjugal da maioria dos participantes foi solteira, seguida de relacionamento sério/namoro, casado(a) ou morando junto e separado(a). Apenas quatro participantes disseram ter filhos.

Acerca do grau de escolaridade, medido em anos de estudo, houve variação de 6 a 19 anos, com mediana de 16 anos. A principal ocupação mencionada foi a de estudante, a seguir, trabalho regular com carteira de trabalho assinada; trabalho autônomo/sem carteira assinada; desempregado e servidor público. Já a fonte de renda preponderante foi obtida através de família/parceiro/amigos; seguida de bolsa universitária e trabalho com carteira assinada,

variando entre R\$30,00 e R\$10.000,00 mensais com uma mediana de R\$600,00, demonstrando discrepância.

Mais da metade dos participantes dormiu a maior parte das noites do mês anterior à entrevista em casa ou apartamento próprio ou da família e morava com mãe e/ou pai. Daqueles que dividiam moradia, houve variação de 0 a 38 pessoas dividindo uma mesma residência, com mediana de 3 pessoas por casa. Quanto à religião, maior parte dos entrevistados relatou não possuir religião, seguida por aqueles que se diziam católicos, com média de uma atividade religiosa por mês. A maioria daqueles que disseram possuir religião sentia-se aceita nas atividades religiosas.

As variáveis do perfil sociodemográfica foram associadas ao diagnóstico de IST e os resultados estão descritos na tabela 2.

Tabela 2 – Associação entre variáveis do perfil sociodemográfico e diagnóstico de IST. Fortaleza, Ceará. Dez-Out 2019.

| Variável | P-valor | OR |
|------------------------------|-------------|------|
| Gênero declarado | 0,83 | |
| Identidade de gênero | 0,45 | |
| Orientação sexual | 0,96 | |
| Raça/Cor | 0,95 | |
| Situação conjugal | 0,06 | |
| Filhos | 0,03 | 8,81 |
| Ocupação | 0,41 | |
| Fonte de renda no último mês | 0,42 | |
| Onde dormiu no último mês | 0,80 | |
| Qual religião | 0,63 | |

Fonte: elaborado pela autora.

A associação das variáveis sociodemográficas com o diagnóstico de IST foi realizada com o teste de qui-quadrado, donde apenas a variável filhos teve significância estatística a 5% ($p=0,03$), OR: 8,81, demonstrando que ter filhos foi um fator protetivo, já que não ter filhos aumentou em 8 vezes a chance de diagnóstico de IST (Tabela 2).

O perfil encontrado aponta para uma população adulta jovem, com prevalência de homens gays autodeclarados pardos, consonante com pesquisa brasileira realizada com homens que fazem sexo com homens (GUIMARÃES *et al.*, 2019).

Em investigação conduzida em uma universidade no sul do Brasil incluindo população LGBTQIA+, dados como gênero declarado, orientação sexual, faixa etária e relacionamento foram semelhantes aos resultados aqui encontrados. No entanto, há que se frisar que contextos como o ambiente (campus de uma faculdade de medicina), região (sul

brasileiro) e proporção de participantes (LGBTQIA+ e não LGBTQIA+) diferem das condições do presente estudo, revelando variabilidade sociogeográfica (MORETTI-PIRES *et al.*, 2019).

Publicações com delineamento de perfil local acerca de minorias sexuais são escassas, no entanto, em pesquisa com método de amostragem *Respondent-Driven Sampling* (RDS), usualmente utilizado em populações de difícil acesso por questões relacionadas ao estigma e preconceito, aspectos similares puderam ser observados. Participaram 4.176 homens que fazem sexo com homens de 12 municípios do Brasil, incluindo Fortaleza. A maioria dos participantes possuía menos de 25 anos (58,3%), considerava-se pardo (42%), possuía ensino médio completo/ensino superior incompleto (59,3%) e era solteiro (85,6%) (KERR *et al.*, 2018).

Dados do *Centers of Disease Control and Prevention* (CDC) (2021) apontam que, em 2018, 21% dos diagnósticos de HIV nos Estados Unidos concentraram-se entre jovens com idade entre 13 e 24 anos. A principal forma de transmissão foi contato sexual, homossexual para homens (92%) e heterossexual para mulheres (86%).

Os jovens constituem o grupo etário menos provável de saber seu estado sorológico, o que dificulta o tratamento e pode perpetuar a cadeia de transmissão. O comportamento de não testagem; as vulnerabilidades sociais enfrentadas; baixo uso de prevenção combinada por motivos financeiros, de estigma ou falta de privacidade; e a presença de outras IST são fatores que os vulnerabilizam mais ainda à aquisição de HIV (CDC, 2021).

No Brasil, em treze anos (2007 – 2020), a faixa etária mais acometida pelo HIV possuía de 20 a 34 anos, com 52,7% de todos os casos, que coincide com a faixa etária encontrada no presente estudo e destaca a importância de estratégias que alcancem essa população nos diversos espaços que ela ocupa – empregos formais, espaços universitários, grupos sociais além de aumentar a discussão sobre o assunto em faixas etárias mais jovens, objetivando uma educação em saúde focada na prevenção (BRASIL, 2020a).

Reforça-se que a maior parte das infecções por HIV entre homens com idade superior a 18 anos ocorreu principalmente por exposição homossexual/bissexual (51,6%), prática representada epidemiologicamente pelo termo homens que fazem sexo com homens (HSH) a fim de abranger aqueles que se autoidentificam ou não como LGBTQIA+ (UNAIDS, 2017; BRASIL, 2020a).

A interseccionalidade é importante para análise de grupos vulnerabilizados, como é o caso da população LGBTQIA+, uma minoria sexual que é afetada, principalmente por discriminação e seus desdobramentos. Para além dessa característica, é necessário pensar o

indivíduo como um conjunto de potencialidades e fragilidades que dependem de fatores como o contexto. Portanto, gênero, raça e classe são recortes que devem ser levados em consideração para avaliação de vulnerabilidades.

Parker (2000) cunha o termo ‘sinergia de vulnerabilidades’ para referir-se à coexistência de diversas vulnerabilidades que, por vezes, se fortalecem e se retroalimentam. Daí a importância da identificação dos tipos de vulnerabilidades para o enfrentamento centrado e conforme as possibilidades do indivíduo.

A raça/cor/etnia, característica de cunho autodeclaratório baseada em marcadores fenotípicos, foi apontada pela maioria dos respondentes enquanto parda, seguida pela cor branca e preta. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) apontou que, no Brasil, entre os anos de 2012 e 2019, a maioria dos entrevistados considerava-se parda (46,8%), branca (42,7%), preta (9,4%) e indígena (1,1%), o que demonstra compatibilidade com a autopercepção do brasileiro, sendo inclusive corroborada por pesquisas com público LGBTQIA+ brasileiro (BRIGNOL *et al.*, 2015; KERR *et al.*, 2018; IBGE, 2019).

A raça negra, composta por pardos e pretos, representou 56,2% da população, no entanto, apesar de maioria numérica é uma minoria social, atravessada por menores índices de escolaridade, maiores taxas de infecção por HIV, menor acesso à saúde, agravos com piores desfechos e maior encarceramento no Brasil (MORETTO *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2018; CHAMBERS; ERAUSQUIN, 2018; ASSARI, 2019; INFOPEN, 2019; BRASIL, 2020a).

As pessoas cisgênero estiveram em maior proporção quando comparadas às pessoas trans. É importante frisar que a maior parte da pesquisa fora conduzida em ambiente universitário, um local ainda visto como privilegiado e com certo elitismo. Pessoas trans possuem maior evasão escolar haja vista maiores vulnerabilidades sociais e programáticas, a exemplo a expulsão de casa quando ainda jovens, a necessidade de sobreviver (muitas vezes através da prostituição), a consequente pobreza, a dificuldade de qualificação; o estigma e a discriminação institucionalizados (ANDRADE, 2012; LIMA, 2020).

A escola pode representar um ambiente de exclusão, intensificando a evasão na população trans, como analisa Luma de Andrade, primeira transexual a obter o título de doutora no Brasil, no ano de 2012, em sua tese. As oito principais razões são o desrespeito ao nome social por professores e colegas, impedimento ao banheiro feminino, projetos pedagógicos que não reconhecem as singularidades das pessoas trans, ausência de temas como diversidade sexual no currículo escolar, falta de formação para professores e demais profissionais, desrespeito à laicidade do Estado, supressão de expressões culturais de pessoas trans e impedimento do acesso da pessoa trans às festas de formatura e colação (ANDRADE, 2012).

A idade estimada para a expulsão de casa é de 13 anos para pessoas trans, o que culmina com uma taxa de 56% dessa população sem ensino fundamental completo, 72% sem ensino médio completo e apenas 0,02% alcançando o ensino superior. Dentre participantes de uma pesquisa conduzida em Belo Horizonte com 139 mulheres trans, 91,3% não haviam completado o ensino médio e apenas 2,2% (n=3) haviam terminado o ensino superior, demonstrando pouco acesso e permanência desse segmento (SCOTE, 2017; ANTRA, 2020).

Em pesquisa que buscou analisar o ambiente educacional, encontrou-se que em torno de 60,2% de estudantes LGBTQIA+ relataram insegurança na escola na escola em detrimento de sua orientação sexual, já 42,8% sentiam-se em seguros em razão de sua expressão de gênero, demonstrando que a hostilidade de grupos e discriminações institucionais são vulnerabilidades sociais e programáticas presentes nas vivências desse segmento (GUIZZO; FELIPE, 2015).

Em estudo qualitativo realizado com mulheres trans na cidade de São Paulo, verificou-se que a dificuldade para alocação no mercado de trabalho está permeada por cinco principais motivos: 1. O preconceito, 2. Registros civis incompatíveis com a identidade de gênero assumida (e o não alistamento às Forças Armadas) – gerando confusão, inclusive, entre respeito ao nome social e falsidade ideológica, 3. Impedimento ao uso de dependências que são compatíveis à sua identidade de gênero, como banheiros e vestuários, além do fornecimento de farda inadequada, 4. Evasão escolar – por vezes, involuntária, e 5. Características físicas atribuídas a outra identidade de gênero (ostensivamente percebidas em pessoas trans quando comparadas a outros LGBTQIA+) (ALMEIDA; VASCONCELLOS, 2018).

A necessidade de sustentar-se logo cedo aliada ao despreparo profissional e à falta de oportunidades faz com que até 90% das pessoas trans recorram à prostituição como fonte primária ou complementar de renda, expondo-as às violências, IST, exploração, sobrecarga de trabalho, doenças mentais, preconceito e marginalização. A prostituição é vista como atividade estigmatizada, desprivilegiada e moralmente reprovável (ELIAS *et al.*, 2018).

No Brasil, a prostituição não é considerada crime, no entanto, há penalidades que podem ser aplicadas aos envolvidos na situação de transação de serviços sexuais. É uma profissão que consta na Classificação Brasileira de Ocupações desde 2002, no entanto, as condições de sua oferta são de insegurança (CAMINHAS, 2020).

Como formas de superar esse panorama, sugere-se discussão de temas acerca da diversidade sexual para o corpo docente, funcionários, gestores, alunos e responsáveis em escolas; respeito ao nome social e aos espaços ocupados pelas crianças e adolescentes trans. Na educação superior e mercado de trabalho são sugeridas lei de cotas, respeito ao nome social;

responsabilização de instituições no combate à discriminação, capacitação dos recursos humanos, parcerias entre empresas privadas e Estado a fim de estimular maior inclusão no mercado de trabalho e políticas que favoreçam a permanência desse segmento no ensino superior (ALMEIDA; VASCONCELLOS, 2018; LIMA, 2020).

Em termos de escolaridade, o nível educacional encontrado foi, em suma, de ensino médio completo ou superior incompleto, no entanto, segundo a PNAD em 2019, 51,2% dos adultos brasileiros não possuíam ensino médio completo. No Nordeste, a cada cinco adultos, três (60,1%) não completaram o ensino médio (IBGE, 2020). Reforça-se que o local de coleta de dados foi majoritariamente universitário, o que explica o achado de alto nível de escolaridade

Apenas 1,1% das pessoas entrevistadas possuía menos de 12 anos de estudo, o equivalente ao ensino fundamental completo no Brasil. A maioria possuía 16 anos ou mais de estudo, tempo compatível com ensino superior (incompleto ou completo). Altos níveis de escolaridade estão relacionados a maiores chances no mercado de trabalho formal e melhores condições de vida, em termos de acesso à saúde, ocupação e qualidade de vida, reduzindo iniquidades. Além disso, a escolaridade é uma condicionante do acesso à informação e da capacidade compreensiva do sujeito, o que pode interferir diretamente na adoção de práticas mais seguras após orientações (MOLLBORN; EVERETT, 2015; REIS, *et al.*, 2019).

A principal ocupação assinalada foi a de estudante, sendo a maior parte sustentada pelos pais, familiares, parceiro ou amigos, o que também foi relatado em pesquisas com público LGBTQIA+. A renda proveniente de bolsas fornecidas pela universidade através de financiamento próprio ou por agências de fomento correspondeu a um terço dos tipos de fonte de renda, reforçando a importância dessa iniciativa para a manutenção do aluno dentro da universidade. A renda mensal teve uma variação de R\$30,00 a R\$10.000,00 com uma mediana de R\$600,00, valor inferior ao salário-mínimo então vigente (R\$998,00) e com valor inferior ao de pesquisa semelhante conduzida no extremo sul do Brasil, onde a mediana foi de R\$3.000,00 (QUEIROZ *et al.*, 2018; MOREIRA; DUMITH; PALUDO, 2018).

Na presente pesquisa, a maioria dos participantes recebia até um salário-mínimo. Em 2019, a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) alterou o critério de classificação econômica do Brasil, situando a maioria dos brasileiros entre as classes D/E (R\$719,81) a C2 (R\$1.748,59) (ABEP, 2019).

Um dos parâmetros de igualdade social leva em consideração a educação de qualidade por capacitar grupos sociais visando produtividade, fazendo com que mais pessoas desfrutem do crescimento econômico. Estudos revelam que maior nível educacional está

associado a maiores rendas, sendo este um importante determinante social (SALVATO; FERREIRA; DUARTE, 2010; BARROS, 2018).

Destaca-se que, apesar de elevado nível educacional apontado entre os entrevistados, a renda obtida ainda é baixa, o que pode sofrer interferência do próprio grau de escolaridade – ensino superior incompleto, fragilidades na estrutura educacional familiar, dedicação à graduação em universidade pública (muitas vezes em tempo integral), a faixa etária e as relações familiares estabelecidas, uma vez que maior parte ainda morava com os pais.

Os locais onde os entrevistados mais passaram as noites no último mês foram domicílio próprio/pais/familiares, domicílio alugado e outros locais. Ressalta-se que a mediana foi de três pessoas por casa, havendo, também, relato de moradia nas chamadas residências universitárias, importante para a segurança e manutenção de alunos oriundos de outros municípios incapazes de manter-se autonomamente. Domicílios minimamente estruturados oferecem mais segurança, no entanto, a discriminação aos LGBTQIA+ pode vir do próprio seio familiar, diminuindo o suporte social desse grupo e afetando aspectos socioemocionais, gerando baixa autoestima, exclusão social e depressão (NASCIMENTO; SCORSOLINI-COMIN, 2018).

O suporte social compreende relações e recursos os quais podem ser acionados em situações de desamparo, representando-se através de familiares, grupos de amigos, parceiros e demais grupos comunitários. A maioria dos respondentes relatou estar solteiro ou sozinho (51,1%), frente àqueles que estavam namorando (40,1%), compatível com estudo brasileiro de base populacional. Possuir um companheiro esteve relacionado a menores níveis de depressão em mulheres lésbicas e heterossexuais, ademais, estudo norte-americano demonstrou que LGBTQIA+ casados legalmente possuíam maior qualidade de vida e maiores recursos socioeconômicos, o que enfatiza a importância das conquistas de direitos LGBTQIA+ (KORNBLITH *et al.*, 2016; GOLDSSEN *et al.*, 2017; KERR *et al.*, 2018).

A religiosidade professada através da crença ou da participação em atividades religiosas foi reportada por 42,1% da amostra, sendo as religiões mais citadas: catolicismo, outras religiões e religião protestante. Não raro, religiões cristãs veem a diversidade sexual como algo aversivo, errado e que vai contra os princípios bíblicos, empregando pânico moral. No entanto, algumas associações ou congregações são mais receptivas, acolhendo essa comunidade e incluindo-a em suas atividades (CARVALHO; SÍVORI, 2017).

Em estudo qualitativo realizado com sete gays e quatro lésbicas no sul brasileiro, alguns participantes relataram restrições em atividades religiosas após assunção da orientação sexual, fazendo com que uns aceitassem o novo papel designado e outros migrassem para

diferentes comunidades religiosas. A naturalização do desconforto em troca de “fazer parte de um lugar” também foi percebida, o que traz prejuízos quanto ao estigma e discriminação (RIBEIRO; SCORSOLINI-COMIN, 2017).

Bloco B. Conhecimentos sobre HIV

Os dados acerca dos conhecimentos sobre HIV estão dispostos na tabela 3. As perguntas foram extraídas de instrumento aplicado com população semelhante (GUIMARÃES *et al.*, 2019). No total foram feitas sete perguntas em forma de afirmação, cada uma com quatro opções de resposta: “Concorda”, “Discorda”, “Não sabe” e “Não quis responder”. Para avaliar o grau de conhecimento, foram selecionadas afirmativas consideradas básicas sobre o conhecimento básico acerca do HIV e suas respectivas respostas.

Tabela 3 – Conhecimento dos participantes sobre HIV (bloco B). Fortaleza, Ceará. Dez-Out 2019.

| Variável | n | (%) |
|---|----------|------------|
| Se uma pessoa usar camisinha sempre que tiver relação sexual, terá menos risco de se infectar com HIV | | |
| Concorda | 252 | 99,2% |
| Discorda | 2 | 0,8% |
| Se uma pessoa tiver relações sexuais apenas com um parceiro fixo e não infectado pelo HIV, ela terá menos risco de se infectar | | |
| Concorda | 197 | 77,6% |
| Discorda | 46 | 18,1% |
| Não sabe | 8 | 3,1% |
| Não quis responder | 3 | 1,2% |
| Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada por HIV | | |
| Concorda | 248 | 97,6% |
| Discorda | 4 | 1,6% |
| Não sabe | 2 | 0,8% |
| Uma pessoa pode se infectar com o vírus HIV ao ser picada por um inseto, como mosquito ou pernilongo | | |
| Concorda | 12 | 4,7% |
| Discorda | 205 | 80,7% |
| Não sabe | 37 | 14,6% |
| Uma pessoa pode se infectar com o vírus HIV compartilhando talheres, copos ou refeições com alguém contaminado | | |
| Concorda | 13 | 5,1% |
| Discorda | 224 | 88,2% |
| Não sabe | 17 | 6,7% |
| Uma pessoa pode se infectar com o vírus HIV compartilhando seringa ou agulha com outras pessoas | | |
| Concorda | 250 | 98,4% |

| | | |
|---|-----|-------|
| Discorda | 2 | 0,8% |
| Não sabe | 2 | 0,8% |
| Uma pessoa pode se infectar com o vírus HIV se não usar preservativos nas relações sexuais | | |
| Concorda | 253 | 99,6% |
| Discorda | 1 | 0,4% |

Fonte: elaborado pela autora.

Dos entrevistados, 75,6% (n=192) foram classificados como possuindo conhecimento suficiente e 24,4% (n=62) foram classificados como possuindo conhecimento insuficiente, resultados pouco diferentes das respostas dadas pelas travestis de pesquisa conduzida por Sousa, Ferreira e Sá (2013), cujos resultados apontaram conhecimento suficiente em 65,5% dos entrevistados e insuficiente em 34,5%. A mediana dos acertos foi de 7 questões, com intervalo interquartil de 1. O número de questões acertadas variou de 4 a 7, sendo: 4 (1,6%), 5 (9,8%), 6 (34,3%) e 7 (54,3%), demonstrando que, mesmo em avaliação do número de acertos, a maioria da amostra acertou todas as questões.

Ao associar-se o bloco de conhecimento com diagnósticos de IST (Tabela 4) por meio do teste de Qui-quadrado, obteve-se o seguinte: as variáveis B2. *Parceiro fixo* e B7. *Uso de preservativos* foram significativas a 5% para o diagnóstico de IST, demonstrando que o conhecimento pode relacionar-se ao diagnóstico de IST, o que reforça a importância do conhecimento adequado para atitudes e práticas adequadas.

Tabela 4 – Associação entre variáveis da avaliação do conhecimento e diagnóstico de IST. Fortaleza, Ceará. Dez-Out 2019.

| Variável | Resultado positivo para IST | P-valor |
|---|-----------------------------|-------------|
| B1. Uso do preservativo em todas as relações sexuais | | 0,92 |
| Concorda | 9 (3,54%) | |
| Discorda | 0 (0,0%) | |
| B2. Parceria fixa não infectada diminui riscos | | 0,04 |
| Concorda | 4 (1,57%) | |
| Discorda | 5 (1,96%) | |
| B3. Aparência saudável | | 0,99 |
| Concorda | 9 (3,54%) | |
| Discorda | 0 (0,0%) | |
| B4. Transmissão do HIV por picada de inseto | | 0,88 |
| Concorda | 0 (0,0%) | |
| Discorda | 7 (2,75%) | |
| B5. Transmissão do HIV por meio de utensílio culinário | | 0,82 |
| Concorda | 0 (0,0%) | |

| | | |
|--|-----------|------|
| Discorda | 9 (3,54%) | |
| B6. Transmissão do HIV por meio de seringas e agulhas | | 0,96 |
| Concorda | 9 (3,54%) | |
| Discorda | 0 (0,0%) | |
| B7. Transmissão do HIV por não uso de preservativo | | |
| Concorda | 9 (3,54%) | |
| Discorda | 0 (0,0%) | |

Fonte: Elaborado pela autora.

A prevenção às IST e seu tratamento também são influenciados pelos conhecimentos e informações adquiridas. Logo, uma informação equivocada pode levar a uma conduta inadequada com desfechos clínicos e psicossociais indesejados, como é demonstrado em casos norte-americano e africano, nos quais, em casais lésbicos sorodiferentes, houve transmissão do HIV para a parceira -até então- soronegativa por insuficiência de informações sobre práticas sexuais de risco, como o compartilhamento de brinquedos sexuais sem higienização e sem a proteção do preservativo (TAKEMOTO *et al.*, 2019).

Em estudo qualitativo realizado no Piauí com 44 pessoas vivendo com HIV, foi perceptível a associação de sentimentos negativos com o diagnóstico de HIV e inconsistência de informações. A maioria dos participantes só sabia identificar a Aids como uma doença, não demonstrando entendimento acerca dos fatores associados. Um dos participantes revelou não saber se o HIV era uma bactéria e se o possuía, mesmo recebendo tratamento e atendimento em serviço especializado (ARAÚJO *et al.*, 2017).

O estigma e o preconceito que permeiam as vidas das pessoas vivendo com HIV são reforçados por falta de conhecimento científico, prevalecendo, muitas vezes o senso comum. A veiculação de informações não é suficiente: é preciso saber como ela chega, como será interpretada e que mudanças ocasionará.

As pessoas LGBTQIA+, mais expostas à aquisição de IST também devem ser foco de atividades de educação em saúde, sobretudo, ter garantia a informações com nível de evidência comprovado e adequadas às suas necessidades, como letramento funcional em saúde ou mesmo tipo de terapia farmacológica empregada.

Ao serem avaliadas falas de 30 usuários de um aplicativo de relacionamentos entre LGBTQIA+, foi demonstrado que os mesmos possuíam conhecimento limitado e equivocado acerca das formas de prevenção ao HIV, revelando um descompasso entre a evolução tecnológica e aquisição de informações acuradas sobre o tema, por vezes, sendo referido apenas o preservativo como forma de prevenção. A PrEP não foi falada por nenhum participante de

forma espontânea e ainda foi confundida com PEP por, pelo menos, três participantes (QUEIROZ *et al.*, 2018).

Decisões sexuais ágeis podem levar a um julgamento precário, aumentando a exposição dos indivíduos à aquisição de IST através do não uso do preservativo ou uso incorreto/inconsistente, compartilhamento de utensílios sexuais sem proteção e sexo químico. No estudo, os comportamentos de risco mais associados à vulnerabilidade individual para aquisição de IST/HIV foram: múltiplas parcerias, sexo anal desprotegido, desconhecimento do status sorológico, sexo químico e sexo grupal (QUEIROZ *et al.*, 2018).

O profissional enfermeiro, no âmbito da testagem de IST, tem capacidade técnico-científica para aconselhamento pré e pós-teste, realização de testes rápidos e respectivas orientações e encaminhamentos. Além disso, atua orientando cuidados focados na redução de danos e gerenciamento de riscos, lançando mão das diversas formas de prevenção disponíveis e estimulando manutenção do tratamento indicado e acompanhando o processo saúde-doença-cuidado. Portanto, é responsabilidade desse profissional o comprometimento com informações adequadas atentando-se para as potenciais falhas de comunicação.

A utilização de instrumentos que mensurem o conhecimento dos usuários de TARV tem sido descrita na literatura como uma forma de avaliar se o medicamento pode ser utilizado de forma segura ou não, apoiando o profissional em sua conduta. É o que se descreve no estudo de Moraes *et al.* (2019) com 256 participantes em uso de TARV, cujos melhores níveis de conhecimento sobre essa terapia estiveram relacionados à faixa etária de 30 a 39 anos, grau de escolaridade mais avançado e renda familiar maior ou igual a um salário-mínimo. Dos participantes, 27,9% não sabia o objetivo da TARV ou referiram que a medicação age destruindo inteiramente o vírus HIV. A maioria (51,2%) dos entrevistados teve conhecimento classificado como regular, significando que eles poderiam utilizar o medicamento de forma segura em condições ideais sem intercorrências durante o tratamento.

Em Buenos Aires, pesquisa com 498 homens que fazem sexo com homens sobre o conhecimento acerca do HIV obteve os seguintes resultados: a média de respostas corretas foi 62%; no entanto, estando com menores índices: aqueles cujos parceiros sexuais no ano anterior fossem bissexuais. Corroborando estudos brasileiros, aqueles com histórico de testagem para IST e com diagnóstico de HIV apresentaram melhores níveis de conhecimento. Apesar de conhecimentos básicos sobre o HIV, foram mencionados conceitos equivocados sobre a transmissão e a prevenção. Pessoas LGBTQIA+ obtiveram melhores índices, o que, provavelmente relaciona-se ao fato de as campanhas de visarem grupos específicos (PANDO *et al.*, 2013).

Estudos sobre conhecimento acerca do HIV/Aids em populações específicas têm sido foco de pesquisadores brasileiros, como representado em pesquisa realizada em 2008 com 3.746 homens que fazem sexo com homens, apontando que 36,6% possuíam alto conhecimento, 37,4% médio conhecimento e 26% baixo conhecimento sobre a temática. Tal estudo estratificou variáveis relacionadas a potenciais vulnerabilidades e foi encontrada associação estatisticamente significativa com o baixo conhecimento nas seguintes variáveis: 8 anos ou menos de estudo, morar com os pais, classe econômica C e D/E; ser menor que 25 anos, sexarca com 14 anos ou menos, ser homossexual ou bissexual, ter somente um parceiro no último semestre, não possuir autopercepção de risco, ter praticado sexo químico no último semestre, não conhecer um grupo organizado ou ONG, nunca ter realizado testes para IST, não ter recebido preservativo ou ter recebido de forma insuficiente e não ter recebido gel lubrificante (GOMES *et al.*, 2017).

Seguindo a metodologia do estudo anteriormente citado, em 2016 foi realizada uma nova pesquisa sobre a avaliação do conhecimento sobre HIV/Aids com 4.176 homens que fazem sexo com homens em 12 cidades brasileiras. Os resultados demonstraram que apenas 23,7% possuíam o alto nível de conhecimento (percentual 12,9% menor que a pesquisa realizada oito anos antes). O menor índice foi identificado na cidade de Fortaleza (5,2%) e o maior índice foi na cidade de São Paulo (34,2%). Nesse estudo, as variáveis que estiveram relacionadas a maiores índices de conhecimento foram: idade superior a 25 anos, maior nível de escolaridade, cor branca, acesso a plano de saúde, não ter realizado sexo transacional, conhecimento sobre locais de testagem, realização anterior de testes anti-HIV e sífilis, histórico de IST, consulta médica nos últimos doze meses, autopercepção do risco de infecção por HIV moderada a alta e recebimento de material educativo sobre a temática, demonstrando as implicações de aspectos pessoais e socioeconômicos na aquisição de conhecimento (GUIMARÃES *et al.*, 2019).

A partir da pesquisa “Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS”, com dados coletados ainda na década de 1990 (1997 e 1998), Irifi, Soares e DeSouza (2010) avaliaram os determinantes do conhecimento sobre as formas de transmissão do HIV. O grau de escolaridade foi diretamente proporcional ao nível de conhecimento sobre HIV, assim como aqueles com melhores níveis socioeconômicos e casados. Aqueles com extremos de idade foram mais propensos a um conhecimento insuficiente. No estudo, mulheres heterossexuais possuíram os melhores níveis de conhecimento.

À época da coleta de dados, os meios de comunicação de massa como televisão, rádio, revistas e jornais eram utilizados para veiculação de informativos sobre a epidemia do

HIV. Nos anos compreendidos entre 1994 e 2002, mais de 30 campanhas de massa foram organizadas pelo governo brasileiro. Apesar da diminuição do consumo de conteúdos por esses meios de comunicação em virtude de tecnologias como *smartphones*, que reúnem muitas funções em um só dispositivo, a pandemia da COVID-19 trouxe um novo panorama da grande mídia, sendo importante fonte de informações acerca de formas de prevenção do HIV, combate à discriminação e serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (IRFI; SOARES; DESOUZA, 2010; MALTA, 2020).

Maiores níveis educacionais impulsionam a busca por conhecimentos inerentes ao HIV/Aids e facilitam o entendimento das formas de transmissão quando advêm da mídia, de familiares, amigos ou outras pessoas de círculos sociais. Daí a importância do investimento em educação e veiculação dessas informações.

Ainda assim, o domínio ou conhecimento sobre dado assunto não garante a sua implementação. Importante ressaltar que, no presente estudo, daqueles com resultado positivo para IST (n=9), sete possuíam conhecimento adequado (77%). A mudança comportamental requer uma mobilização que envolve motivações e recursos para tal, o que envolve vulnerabilidades a nível individual, social e programático. Em termos individuais, o estímulo para a mudança de um hábito ou prática possui estágios, logo, o profissional pode lançar mão da identificação dessas fases para o estabelecimento de metas realistas, favorecendo sua autonomia. Estudo brasileiro demonstrou que a autopercepção da situação de saúde (período de contemplação) foi fator facilitador para o aumento da adesão à TARV (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1983; SANTOS *et al.*, 2011).

Faz-se necessário o reconhecimento da importância das medidas de prevenção como enfoque dos programas de educação em saúde, que pouco são veiculados pela mídia. A diminuição da discussão sobre o tema pode ser evidenciada pelo descompasso sobre a existência de tecnologias como a PrEP e a PEP, que integram formas de prevenção combinada, e o pouco conhecimento da população LGBTQIA+ a seu respeito.

Ainda em termos programáticos, o acompanhamento da resposta brasileira à epidemia do HIV/AIDS é requerido, haja vista a fragilidade dos compromissos mais recentemente assumidos e as mudanças envolvidas, como a transformação do antigo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, para o Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, o que pode acarretar em diminuição da visibilidade da causa, diluição do orçamento e territorialização das ações (AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DA AIDS, 2019).

Embora o perfil de respondentes tenha sido de universitários que, supostamente, têm mais conhecimento sobre IST e AIDS, estudos apontam lacunas no conhecimento e, ainda, falta de incorporação de informações nas práticas sexuais, como o não uso do preservativo em relações sexuais (MELO, 2019; MOREIRA; DUMITH; PALUDO, 2018).

Para a avaliação de vulnerabilidades individuais concernentes ao conhecimento sobre HIV, foram associadas as seguintes variáveis: idade, sexarca, orientação sexual, expressão de gênero, número de parceiros fixos no último trimestre, número de parceiros casuais no último trimestre, uso de preservativo quando penetrado, motivo de ter realizado testes para IST, resultado de testes para IST com a variável avaliação do conhecimento (adequado ou inadequado) e nenhum dos cruzamentos resultou em associação estatisticamente significativa.

Já em termos de vulnerabilidade social, foram consideradas as variáveis: raça/cor, situação conjugal, anos de estudo e valor mensal da renda, não possuindo associação estatisticamente significativa com o nível de conhecimento.

Por fim, considerou-se a análise da vulnerabilidade programática associando o nível de conhecimento com as seguintes variáveis: participação em atividades religiosas, sentimento de acolhimento nas atividades religiosas, realização de testes para IST e recebimento de preservativos e géis lubrificantes. Novamente, nenhuma das variáveis esteve associada ao nível de conhecimento na amostra estudada.

Investigações acerca do nível de conhecimento são importantes pois evidenciam fragilidades concernentes às informações que grupos específicos têm sobre IST/HIV. Embora, no presente estudo, não tenha sido encontrada associação entre nível de conhecimento e identidade de gênero e/ou orientação sexual, o mesmo destaca-se por incluir outros subgrupos da população LGBTQIA+, quando a maioria dos estudos envolve apenas homens que fazem sexo com homens.

A relação profissional-paciente possui uma importante influência no seguimento ou acompanhamento do estado de saúde, tornando o momento do atendimento propício para o esclarecimento de dúvidas e repasse de informações necessárias, como o surgimento de novas tecnologias ou serviços que possam se adequar ao caso de cada paciente. De modo inverso, as relações de poder podem violar os direitos dos pacientes, afetando sua autonomia quando gera uma comunicação unidirecional onde só o profissional é detentor do saber. Com isso, sugere-se que os profissionais avaliem seus processos de trabalho, a fim de considerarem as queixas e o repertório que os usuários dos serviços carregam consigo. O fortalecimento de vínculos é

uma tecnologia leve que pode transformar o que antes era uma vulnerabilidade social em uma potencialidade de acesso ao serviço e de recebimento de cuidado (BAPTISTA *et al.*, 2018).

Bloco C. Assistência à saúde

Em relação à assistência à saúde, foram realizadas perguntas acerca do uso e acesso à preservativos, lubrificantes, realização de testes para identificação de IST e a presença de sinais ou sintomas indicativos de IST. A maioria das variáveis contidas nesse bloco referem-se à vulnerabilidade programática. Na tabela 5 estão dispostas as respostas para as nove perguntas desse bloco.

Tabela 5 – Distribuição da frequência de respostas sobre assistência à saúde sexual: prevenção e testagem (bloco C). Fortaleza, Ceará. Dez-Out 2019.

| Variável | n | (%) |
|--|----------|------------|
| Local de recebimento de preservativo nos últimos 12 meses | | |
| Comprou | 97 | 38,2% |
| Recebeu gratuitamente no serviço de saúde | 70 | 27,6% |
| Recebeu gratuitamente em outro local | 29 | 11,4% |
| Não obteve camisinha | 28 | 11% |
| Não usa camisinha | 24 | 9,4% |
| Recebeu gratuitamente em ONG | 3 | 1,2% |
| Recebeu gratuitamente em local de trabalho | 3 | 1,2% |
| Local de recebimento de gel lubrificante nos últimos 12 meses | | |
| Comprou | 109 | 42,9% |
| Não usa gel lubrificante | 46 | 18,2% |
| Não obteve gel lubrificante | 42 | 16,5% |
| Recebeu gratuitamente no serviço de saúde | 32 | 12,6% |
| Recebeu gratuitamente em outro local | 10 | 3,9% |
| Não sabe | 7 | 2,8% |
| Recebeu gratuitamente em local de trabalho | 5 | 1,9% |
| Recebeu gratuitamente em ONG | 3 | 1,2% |
| Realização de testagem para IST nos últimos 12 meses | | |
| Sim | 144 | 56,7% |
| Não | 107 | 42,1% |
| Não sabe | 2 | 0,8% |
| Não quis responder | 1 | 0,4% |
| Resultado positivo para alguma IST nos últimos 12 meses (n=144) | | |
| Sim | 9 | 6,2% |
| Não | 134 | 93% |
| Não sabe | 1 | 0,7% |
| Realizou tratamento para IST (n=9) | | |
| Sim | 4 | 44,4% |

| | | |
|--|-----|-------|
| Não | 5 | 55,6% |
| Sinais de IST nos últimos 12 meses | | |
| Não teve nenhum problema | 203 | 81,1% |
| Não sabe | 20 | 7,8% |
| Corrimento uretral | 17 | 6,7% |
| Não quis responder | 8 | 3% |
| Úlcera genital ou anal | 5 | 2% |
| Verruga genital ou anal | 1 | 0,4% |
| Local que foi atendido em caso de sinais de IST (n=23) | | |
| Consultório particular | 13 | 56,6% |
| UBS | 5 | 21,7% |
| Não procurou ajuda | 2 | 8,7% |
| UPA ou pronto-socorro | 2 | 8,6% |
| Centro de especialidades, policlínica ou ambulatório de hospital público | 1 | 4,3% |
| Orientações recebidas após atendimento (n=23) | | |
| Uso de preservativo durante as relações | 7 | 30,4% |
| Não recebi orientações | 7 | 30,4% |
| Não quis responder | 4 | 17,4% |
| Não sabe | 2 | 8,6% |
| Necessidade de tratamento do parceiro | 1 | 4,4% |
| Fazer o teste de HIV | 1 | 4,4% |
| Outra | 1 | 4,4% |
| Vacinação contra Hepatite B | | |
| Sim, 3 doses | 104 | 40,9% |
| Não sabe | 96 | 37,8% |
| Sim, mas não completei as 3 doses | 50 | 19,7% |
| Não tomou | 4 | 1,6% |

Fonte: elaborado pela autora.

No último ano, a forma mais comum de acesso ao preservativo foi a compra, seguida de recebimento em serviço de saúde e recebimento de forma gratuita em outro local. Importante ressaltar que 9,4% dos respondentes não utilizavam preservativo. Quanto ao acesso ao lubrificante íntimo, a maioria adquiriu comprando e recebendo gratuitamente no serviço de saúde. Houve ainda aqueles que não utilizavam gel lubrificante ou que não o obtiveram no período.

Quanto aos testes para identificação de IST realizados nos últimos doze meses, a maioria dos participantes revelou ter realizado algum teste (56,7%). Dos 144 participantes que haviam realizado teste para IST, 134 (93%) tiveram resultado negativo; 9 (6,2%) apresentaram resultado positivo e um participante (0,7%) revelou não saber o resultado. Dos 9 que apresentaram resultado positivo para alguma IST, mais da metade 5 (55%) não recebeu tratamento. As IST relatadas foram clamídia 1 (11%), herpes (1; 11%); HIV 1 (11%), HPV 2 (22%) e sífilis 4 (44%).

Em relação à apresentação de sinais e sintomas de IST no último ano, a maioria referiu não ter apresentado algum sinal clínico (79,9%). Dos que apresentaram sinais, 17 (6,7%) relataram corrimento uretral, 5 (2%) relataram aparecimento de úlcera genital ou anal e uma pessoa (0,4%) relatou ter apresentado verruga genital ou anal.

Os locais mais procurados para atendimento de sinais sugestivos de IST em qualquer momento da vida foram consultório particular e UBS. As unidades de pronto atendimento e ambulatórios/policlínicas também foram mencionadas. Ressalta-se que duas pessoas (8,7%) não procuraram ajuda na ocasião em que apresentaram sinais sugestivos de IST.

Os respondentes tiveram média de 9,34 meses em relação ao último exame, com variação de 0 a 144 meses. Já a média de realização de testes anti-HIV no último ano por participante foi 1,31 exames, variando de um a nove exames por participante.

Desde 1994 o SUS trabalha na distribuição de preservativos de forma ampliada e sistemática. Além disso, a disponibilização de preservativos em locais como farmácias, supermercados e lojas de conveniência facilitam o acesso a esse dispositivo de barreira. Em revisão narrativa que analisou produções sobre preservativos, foram reunidos artigos que empregaram intervenções com populações específicas (adolescentes, HSH, pessoas que usam drogas, trabalhadores sexuais) e verificou-se um aumento do uso do preservativo quando esse assunto foi estimulado por rodas de conversa, programas de educação, oficinas e educação sexual por pares (DOURADO *et al.*, 2015).

As formas mais comuns de aquisição do preservativo foram a compra e o recebimento gratuito em serviços de saúde e outros locais, reforçando a importância da distribuição massiva para estímulo ao uso. Estudos já demonstraram que a maior disponibilidade de preservativos aumenta seu uso e, embora deva-se pensar em estratégias combinadas para a prevenção ao HIV e outras IST, o preservativo continua sendo a forma mais lembrada e uma das mais acessíveis do ponto de vista de obtenção e forma de uso (MALEKINEJAD *et al.*, 2017; ANDRZEJEWSKI; LIDDON; LEONARD, 2018).

As três esferas do governo têm o dever de atuar para a aquisição e distribuição de preservativos, devendo, portanto, garantir a distribuição desse insumo de forma contínua, garantindo a longitudinalidade do acesso, a fim de diminuir vulnerabilidades programáticas. Em 2020, a distribuição de preservativos teve um aumento de 12% em relação ao ano de 2019, no entanto, verifica-se a ausência de campanhas massivas nacionais como estímulo ao seu uso e comportamento mais seguro. Além disso, inquéritos e pesquisas nacionais regulares sobre

taxa e formas de uso do preservativo são importantes para direcionar programas governamentais e políticas públicas (BRASIL, 2020a).

Além da possibilidade de acesso aos preservativos na atenção primária à saúde, o acolhimento é de fundamental importância para que o usuário perceba que pode ser atendido em suas demandas – relacionadas ou não à sexualidade. As vivências discriminatórias podem afastar LGBTQIA+ de serviços de saúde, aumentando suas vulnerabilidades e refletindo iniquidades nesse campo (SANTOS; SILVA; FERREIRA, 2019).

Dentre os diversos serviços ofertados na atenção primária no âmbito de promoção da saúde e prevenção do HIV e outras IST, citam-se as testagens rápidas, que ocorrem por meio de aconselhamento, a dispensação de preservativos externos e internos, a realização do exame de prevenção de câncer de colo uterino, a imunização para hepatite B e HPV, o encaminhamento aos serviços especializados e, ainda, consultas com realização de procedimentos e prescrição de medicamentos – a exemplo de alguns casos de HPV (SILVA, *et al.*, 2021).

O local mais procurado em caso de sinais clínicos de IST foi a rede particular, o que pode indicar não absorção da rede pública para as demandas, tempo excessivo de espera, medo ou constrangimento ao encontrar alguém conhecido ou mesmo a não procura pelo serviço por crenças já estabelecidas, como a de que o serviço público de saúde é demorado ou não é tão bom. Outros estudos devem ser conduzidos a fim de abordar as motivações de procura do serviço particular em detrimento do serviço público. Ainda assim, diante desse dado é necessário que se repense o atendimento à população LGBTQIA+ nos diversos níveis de atenção à saúde, levando em consideração as práticas em saúde, a ética, o combate à discriminação e os dispositivos legais, como política nacional de saúde LGBT.

Ainda assim, a maioria (56,7%) dos participantes havia realizado testagem para IST nos últimos 12 meses. Essa estratégia de enfrentamento à epidemia de HIV compõe a dimensão programática, mas pode ser afetada por aspectos da dimensão individual, como o grau de percepção de risco ao HIV.

O rastreamento de IST é recomendado pelo Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e sua periodicidade varia conforme o objetivo e o grupo populacional. Para todos os adolescentes e jovens abaixo de 30 anos, a realização de testes anti-HIV e para sífilis deve ser realizada anualmente. Nas populações-chave sem IST, a realização de teste anti-HIV, sífilis e hepatites B e C deve ser semestral (BRASIL, 2020b).

Na presente pesquisa, a média de tempo para realização do exame foi superior à recomendação nacional, no entanto, há que se ressaltar que a diversidade da amostra também

inclui grupos não-HSH, como lésbicas. Importante destacar que houve uma variação de tempo expressiva, atingindo até 12 anos (144 meses) da realização do último exame anti-HIV – que pode estar relacionada à não percepção de risco; e a realização de até nove exames por pessoa no intervalo de um ano – o que pode demonstrar não adesão aos outros métodos de prevenção.

A prática de testagem para diagnóstico de IST deve ser investigada junto a outros comportamentos, a fim de se verificar que padrões são produzidos e como podem impactar na prevenção ao HIV e outras IST. Estratégias conjuntas são estimuladas por serem comprovadamente mais efetivas. Para que o indivíduo decida quando, como e por que fazer, faz-se necessária a informação correta e o acesso aos testes, mediados pela resposta programática (REDOSCHI *et al.*, 2017).

Em estudo realizado com 235 HSH em Salvador, 6,5% tiveram resultado positivo para HIV e 8,8% para sífilis, taxas maiores que as encontradas no presente estudo, no entanto, não acessamos resultados de testes em nossos participantes. Ainda, a maioria dos participantes não apresentou sintomas relacionados às IST. Nas vulnerabilidades individuais foram identificados: sexarca precoce, multiplicidade de parcerias, não uso de preservativo, soropositividade para sífilis e HIV. Na vulnerabilidade social figurou a idade, raça, renda e presença de discriminação. Em relação a fatores programáticos, estiveram presentes a falta de acesso a testagens e falta de acesso a gel lubrificantes (BRIGNOL *et al.*, 2015).

Percebe-se que, dos 23 participantes que apresentaram algum sinal ou sintoma de IST, a maior parte das orientações adensou-se sobre o uso de preservativo, seguida de tratamento do parceiro e realização de teste de HIV. Ressalta-se que em 60,8% daqueles que procuraram serviço de saúde, não houve orientação sobre comportamentos ou condutas.

Em estudo realizado em São Paulo, as orientações sobre IST foram mais reportadas pelas mulheres do que pelos homens. Para os homens, as orientações mais comuns versaram sobre uso do preservativo (especialmente para faixas etárias mais jovens) e informação à parcerias sexuais. A recomendação de realização de testes para sífilis, HIV e hepatite não foi conduta habitual. As mulheres foram mais orientadas quanto ao uso de preservativos e informação de parcerias. As faixas etárias mais velhas não receberam informações sobre a importância de testagem para HIV e sífilis (PINTO *et al.*, 2018).

A orientação correta permite sorodiagnóstico precoce e tratamento em tempo oportuno. O apoio da vigilância epidemiológica permite traçar metas e planejamentos integrando ações de baixa densidade tecnológica, como um aconselhamento qualificado.

Na tabela 6 é possível ver a associação conforme o teste de qui-quadrado entre as perguntas do bloco de assistência à saúde e o resultado reagente para IST, as variáveis exame

para IST no último ano e presença de sinais e sintomas de IST no último semestre foram significativas a 5% para o diagnóstico de IST.

Tabela 6 – Associação entre assistência à saúde sexual e diagnóstico de IST. Fortaleza, Ceará. Dez-Out 2019.

| Variável | Diagnóstico de IST | | P-valor |
|---|--------------------|----------------------------------|-------------|
| | Resultado positivo | Não testou ou resultado negativo | |
| Obteve preservativo | | | |
| Sim | 9 (3,5%) | 193 (76%) | 0,12 |
| Não | 0 (0,0%) | 52 (20,5%) | |
| Obteve lubrificante | | | |
| Sim | 5 (2%) | 153 (60,2%) | 0,67 |
| Não | 4 (1,6%) | 92 (36,2%) | |
| Exame para IST no último ano | | | |
| Sim | 8 (3,1%) | 136 (53,5%) | 0,04 |
| Não | 1 (0,4%) | 109 (43%) | |
| Tratamento para IST prévia (n=10) | | | |
| Sim | 4 (40%) | 0 (0,0%) | 0,19 |
| Não | 4 (40%) | 2 (20%) | |
| Sinas e sintomas de IST no último semestre | | | |
| Sim | 3 (1,1%) | 20 (8%) | 0,01 |
| Não | 6 (2,3%) | 225 (88,6%) | |
| Assistência em caso de IST prévia (n=20) | | | |
| Procurou | 3 (15%) | 0 (0,0%) | 0,53 |
| Não procurou | 15 (75%) | 2 (10%) | |
| Orientações após diagnóstico (n=21) | | | |
| Recebeu | 3 (14,3%) | 8 (38%) | 0,07 |
| Não recebeu | 0 (0,0%) | 10 (48%) | |
| Vacinação contra hepatite B | | | |
| Sim, completa | 3 (1,1%) | 100 (39,4%) | 0,65 |
| Não, incompleta ou não lembra | 6 (2,3%) | 145 (57,2%) | |

Fonte: Elaborado pela autora.

Tal associação aponta que a realização de testes de IST está ligada a mais diagnósticos, assim como apresentar sinais e sintomas – o que pode levar a uma busca por atendimento de saúde.

Ainda assim, é importante ressaltar que nem todas as IST apresentam sinais e sintomas clínicos (então chamadas de doenças sexualmente transmissíveis), podendo cursar de forma assintomática e potencializando a cadeia de transmissão. A exemplo disso, cita-se a clamídia, que pode causar cervicite e ocorrer de forma assintomática em até 80% dos casos, levando a complicações como doença inflamatória pélvica, gravidez ectópica e infertilidade (MIRANDA *et al*, 2021a).

O modelo conceitual de barreira ao controle de IST, sugerido por Brasil (2020) e adaptado da OMS (2005) demonstra que há perda de seguimento em diversos níveis no processo de infecção até a cura, o que perpassa pela busca de atendimento, diagnóstico e tratamento corretos, finalização do tratamento, tratamento das parcerias sexuais e, por fim, o desfecho com cura ou persistência da cadeia de transmissão. Esse modelo é representado na figura 4.

Figura 7– Barreira ao controle de IST: perdas de seguimento em diferentes níveis entre a infecção e a cura. 2020.

| PESSOAS COM IST | |
|----------------------------------|---------------------------------------|
| Sintomáticas | Assintomáticas |
| Buscam atendimento | Não buscam atendimento |
| Diagnóstico adequado | Sem diagnóstico |
| Tratamento correto | Sem tratamento correto |
| Tratamento completo | Não completam tratamento |
| Tratamento das parcerias sexuais | Parcerias sexuais não tratadas |
| Cura | Persistência da cadeia de transmissão |

BRASIL, 2020b, p. 46

O subdiagnóstico de IST conduz a subnotificações, prejudicando a ação de enfrentamentos estratégicos às IST. Há que se reforçar o papel da Atenção Primária à Saúde como central para a imunização de pessoas contra IST imunopreveníveis (hepatites A e B, HPV), para a distribuição de preservativos e para o diagnóstico e atenção integral às pessoas com IST e suas parcerias sexuais. Além disso, a disseminação de informações como a periodicidade de consultas e testes para IST deve ser ampliada para que grupos populacionais sejam testados conforme sua necessidade (MIRANDA *et al.*, 2021b).

Bloco D. Teste de HIV, sífilis e hepatites

No tocante à realização de testagens para HIV, sífilis e hepatites B e C, os resultados estão sumarizados na tabela 7. A maioria dos participantes sabia aonde ir caso quisesse realizar um teste de HIV e o local de escolha seria UBS, CTA, hospital particular, UPA ou pronto socorro.

Tabela 7 – Distribuição da frequência de respostas sobre testagens para HIV, sífilis e hepatites (bloco D). Fortaleza, Ceará. Dez-Out 2019.

| Variável | n | (%) |
|---|-----|-------|
| Sabe onde realizar teste de HIV/Aids | | |
| Sim | 204 | 80,3% |
| Não | 50 | 19,5% |

| | | |
|--|-----|-------|
| Local de preferência para testagem (n=204) | | |
| CTA | 39 | 19,1% |
| UBS | 103 | 50,5% |
| UPA ou pronto socorro | 14 | 6,9% |
| Hemocentro | 7 | 3,4% |
| Hospital particular | 18 | 8,8% |
| Consultório particular | 12 | 5,9% |
| Participando de campanhas | 8 | 3,9% |
| No local de trabalho | 3 | 1,5% |
| Realizou teste para hepatite C alguma vez | | |
| Sim | 147 | 57,9% |
| Não | 70 | 27,6% |
| Não sabe | 37 | 14,5% |
| Realizou teste para sífilis alguma vez | | |
| Sim | 171 | 67,3% |
| Não | 69 | 27,2% |
| Não sabe | 14 | 5,5% |
| Realizou teste para hepatite B alguma vez | | |
| Sim | 159 | 62,6% |
| Não | 66 | 26% |
| Não sabe | 29 | 11,4% |
| Realizou teste para HIV alguma vez | | |
| Sim | 185 | 72,8% |
| Não | 60 | 23,6% |
| Não sabe | 9 | 3,6% |
| Realizou teste de HIV de fluido oral/saliva | | |
| Sim | 21 | 8,3% |
| Não | 167 | 65,7% |
| Não conhece | 59 | 23,2% |
| Não sabe | 7 | 2,8% |
| Local de realização da última testagem para HIV (n=185) | | |
| CTA | 18 | 9,7% |
| Não sabe ou não lembra | 5 | 2,7% |
| UBS | 45 | 24,3% |
| UPA ou pronto socorro | 12 | 6,5% |
| Hemocentro | 6 | 3,2% |
| Hospital particular | 25 | 13,5% |
| Consultório particular | 20 | 10,8% |
| Participando de campanhas | 49 | 26,6% |
| No local de trabalho | 2 | 1,1% |
| ONG | 3 | 1,6% |
| Principal motivo de da realização do último teste de HIV/Aids (n=185) | | |
| Achar que tinha risco | 51 | 27,7% |
| Outro motivo | 5 | 2,7% |
| Foi ofertado | 44 | 23,7% |

| | | |
|---|-----|-------|
| Exame de rotina | 47 | 25,4% |
| Curiosidade | 25 | 13,5% |
| Parceiro pediu | 1 | 0,5% |
| Indicação médica | 8 | 4,3% |
| Não sabe | 4 | 2,2% |
| Resultado do último teste de HIV (n=185) | | |
| Positivo | 1 | 0,5% |
| Negativo | 180 | 97,3% |
| Não sabe | 4 | 2,2% |
| Principal motivo de nunca ter feito teste de HIV/Aids (n=69) | | |
| Não quis responder | 2 | 2,9% |
| Nunca foi ofertado | 3 | 4,3% |
| Não quis responder | 1 | 1,4% |
| Não sabe onde fazer | 4 | 5,8% |
| Não se sente em risco | 36 | 52,2% |
| Medo do resultado | 16 | 23,2% |
| Medo do preconceito | 4 | 5,8% |
| Constrangimento | 3 | 4,4% |

Fonte: elaborado pela autora.

Nos quatro tipos de testagens mencionadas: HIV, hepatite B, hepatite C e sífilis, a maioria respondeu já ter realizado um desses testes alguma vez na vida. A maioria havia realizado teste diagnóstico para hepatite C, para sífilis, hepatite B e teste anti-HIV. Já o teste anti-HIV com fluido oral foi realizado por 8,3% da amostra, considerando que 23,3% dos respondentes não o conhecia.

Das pessoas que realizaram teste anti-HIV, a maior parte o fez por meio de campanhas de testagem, seguida daquelas que fizeram o teste em UBS e em hospitais particulares. Os principais motivos para realização do teste de HIV/Aids foram: autopercepção de risco, acompanhamento de exames de rotina e oferta.

Quanto ao resultado do último teste, dos 185 que realizaram, apenas uma pessoa (0,5%) reportou resultado reagente para HIV. Ressalta-se que, pelo fato da coleta de dados ter ocorrido por meio de entrevista face a face, esse momento pode ter gerado constrangimento e vergonha para a revelação do real status sorológico.

Dentre aqueles que nunca haviam realizado o teste, as principais motivações foram a ausência da autopercepção de risco e o medo do resultado. Em relação à realização de testes de IST no último ano, conforme demonstrado na tabela 7, a maioria relatou ter realizado algum teste, embora uma quantidade considerável não tenha realizado. Nos resultados são

considerados, ainda que em menor proporção, aqueles que não sabiam se haviam realizado (0,8%) e os que não quiseram responder (0,4%).

Excluindo-se aqueles que não realizaram testes para IST nos últimos doze meses, a maioria dos participantes que disse ter feito teste para IST teve resultado não reagente, frente a 4,8% daqueles que tiveram resultado reagente.

As testagens para HIV como componente da prática de prevenção à epidemia são medidas relativamente recentes, integrando a prevenção combinada e incluindo novas formas de enfrentamento, como mudanças comportamentais e estruturais, além de materiais e tecnologias biomédicas. No Brasil, a incorporação de teste rápido anti-HIV deu-se em 2003, face a outros países com incorporação mais tardia, como a Austrália, que só liberou a testagem em 2012. Em termos programáticos, a prevenção ao HIV também se modificou, passando do aconselhamento para realização do teste, fidelidade e abstinência como principal estratégia para a oferta de serviços que preconizam, também, o “tratamento como prevenção” (REDOSCHI *et al.*, 2017).

A realização de testes anti-HIV e outros testes para diagnosticar IST pode demonstrar a autopercepção de exposição ao risco, no entanto, não deve ser utilizada como forma isolada de prevenção, embora o sorodiagnóstico precoce interrompa a cadeia de transmissão. Há estudos que avaliam a relação entre repetidas TR e o risco de ser diagnosticado com HIV, enquanto outras investigações encontraram associação entre testagens e práticas sexuais mais seguras, como o uso consistente de preservativos (KAHLE *et al.*, 2018; KHAWCHAROENPORN *et al.*, 2019).

A baixa autopercepção de risco ou sensação de invulnerabilidade também pode ser analisada quando nos casos de sexo anal desprotegido e testagem recente, indicando o TR como uma forma de prevenção isolada, o que aumenta o risco de aquisição de HIV. Discute-se, ainda, que a maior possibilidade de realização de TR está condicionada à oferta e acesso dos serviços de saúde (REDOSCHI *et al.*, 2017).

Relações afetivas envolvem aspectos ligados à confiança e podem influenciar a decisão de realizar ou não testagem, ou mesmo de saber a sorologia do parceiro ou parceira. No presente estudo, as pessoas que menos utilizavam preservativo nas relações possuíam parcerias fixas, o que pode revelar certa segurança quanto à soronegatividade da parceria sexual e confiança na fidelidade do parceiro, como relatado em estudo norte-americano que reuniu dados de 472 HSH e demonstrou que aqueles com relacionamentos mais sérios tendiam a conversar mais sobre saúde sexual e a utilizar menos preservativo (FEINSTEIN *et al.*, 2018).

Já a idade figura como elemento variável na decisão e frequência de realização de testagens, ora com grupos etários mais jovens realizando mais testagens, ora com grupos mais velhos. Os dados apresentados não revelaram associação entre faixa etária e realização de testagens, no entanto, a maior porcentagem daqueles que haviam realizado testagens concentrou-se na faixa etária de 30 anos ou mais (85,7%). Apesar das diferenças demonstradas nos estudos, compreende-se que pessoas mais velhas tendem a ser mais conscientes dos riscos e possibilidades de adoecimento, ao contrário da sensação invulnerabilidade que pode estar presente em pessoas mais jovens (KELLY; BARKER, 2016; ADEBAYO; GONZALEZ-GUARDA, 2017; MUSUMARI *et al.*, 2020).

A média de tempo em relação à realização do último teste de HIV/Aids foi de 9,34 meses, sendo, em média, 1,31 testes para cada pessoa no último ano, com variação de zero a nove testes no mesmo período. Importante ressaltar que as motivações para a realização da testagem podem indicar áreas de atuação por parte de programas governamentais, a exemplo do que foi encontrado: a maioria dos participantes realizou a testagem por achar que estava em risco, o que é benéfico do ponto de vista da autopercepção e autorresponsabilização e, por outro lado, indica uma exposição supostamente consciente (LAMBERT *et al.*, 2018).

As unidades básicas de saúde (UBS) são a porta de entrada para o SUS e ofertam, serviços que visam à prevenção e proteção de agravos e promoção da saúde. As UBS também são um apoio diagnóstico, oferecendo testagens como a do anti-HIV e sífilis. Tais serviços objetivam a descentralização em saúde e resolutividade dos (potenciais) agravos, garantindo a longitudinalidade de ações e diluindo a demanda da atenção secundária.

A referência das UBS como principal local para a realização de testagens reconhecida pelos respondentes demonstra um conhecimento acerca das atividades desempenhadas pelas unidades, fato animador, uma vez que diagnósticos precoces viabilizam tratamentos em tempo oportuno, quebra da cadeia de transmissão, supressão da carga viral e melhor qualidade de vida das PVHIV/AIDS (ARAÚJO *et al.*, 2017).

Ainda assim, faz-se necessária a análise sobre a ocorrência da descentralização de serviços no âmbito do SUS, reconhecendo as limitações e pontos estratégicos a serem melhorados objetivando sua efetividade. Em pesquisa qualitativa realizada no sul brasileiro, as fragilidades identificadas diziam respeito ao número reduzido de funcionários na equipe, alta rotatividade, sobrecarga do trabalho, insegurança no momento do aconselhamento e desconfiança dos próprios profissionais quanto à confiabilidade do teste - o que pode repercutir negativamente no fluxo de atendimento. Ainda assim, os profissionais enxergavam como potencialidades a maior sensibilidade dos dados epidemiológicos (permitindo um

acompanhamento mais próximo), percepção de ampliação do acesso à saúde, maior participação da comunidade, capacitações, matriciamento e mobilização subjetiva (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2016).

Enfermeiros, em seu escopo de atuação, participam ativamente do processo de aconselhamento e realização de testagens, sendo responsáveis pelo apoio emocional, apoio educativo e avaliação de riscos. Esse momento delicado requer conhecimento científico e habilidades pessoais, haja vista atravessar um momento de fragilidade e apreensão do outro, que pode ser impactado negativa ou positivamente pelas condutas realizadas.

Pacientes que não recebem um aconselhamento com informações e abordagens adequadas podem ter a sensação de angústia e desamparo, levando à diminuição da adesão ao tratamento ou encorajar ideias suicidas. com isso a postura profissional deve sempre primar pela autonomia do usuário, fortalecendo uma relação simétrica (TAQUETTE; RODRIGUES; BORTOLOTTI, 2017).

As campanhas também foram consideravelmente citadas espaços para realização de testagens, reforçando a importância de ações semelhantes para captar pessoas, principalmente jovens em locais estratégicos, como eventos universitários ou eventos de ações sociais. Essas iniciativas podem aumentar a interação dos usuários com os serviços e profissionais de saúde, além de reforçar o apoio entre pares (MELO, 2019).

Bloco E. Comportamento sexual

O bloco E reuniu informações acerca do comportamento sexual dos participantes e se refere, principalmente à vulnerabilidade individual, com dados distribuídos nas tabelas 8 e 9. Nos últimos três meses, a maior parte das relações sexuais foi realizada com homens (66,1%). O tipo de relacionamento mais reportado foi a parceria fixa (63,4%), quando comparada à parceria casual (41%).

Parceria sexual fixa

Na tabela 8 são apresentados os comportamentos sexuais daqueles com parceria fixa.

Tabela 8 – Distribuição da frequência de respostas sobre comportamento sexual daqueles com parceria fixa. Fortaleza, Ceará. Dez-Out 2019.

| Variável | n | (%) |
|---|----------|------------|
| Com quem teve relações sexuais nos últimos 3 meses | | |
| Homens | 168 | 66,1% |
| Mulheres | 62 | 24,4% |
| Não teve relações sexuais | 22 | 8,7% |

| | | |
|--|-----|-------|
| Não sabe ou não quis responder | 2 | 0,8% |
| Relação sexual com parceria fixa nos últimos 3 meses | | |
| Sim | 161 | 63,4% |
| Não | 37 | 14,6% |
| Não tenho parceiro fixo | 56 | 22% |
| Uso de preservativo masculino nos últimos 3 meses (n=161) | | |
| Sempre | 45 | 28% |
| Na maioria das vezes | 22 | 13,7% |
| Às vezes | 24 | 14,9% |
| Raramente | 12 | 7,4% |
| Nunca | 58 | 36% |
| Frequência de uso de álcool/outras drogas durante a relação sexual nos últimos 3 meses (n=161) | | |
| Sempre | 10 | 6,2% |
| Na maioria das vezes | 8 | 5% |
| Às vezes | 40 | 25% |
| Raramente | 26 | 16,1% |
| Nunca | 72 | 44,7% |
| Não sabe | 5 | 3% |
| Posição sexual (n=161) | | |
| Ativo | 26 | 16,2% |
| Passivo | 29 | 18% |
| Versátil | 95 | 59% |
| Sexo sem penetração | 11 | 6,8% |
| Frequência de uso de preservativo no sexo anal insertivo nos últimos 3 meses (n=120) | | |
| Sempre | 32 | 27% |
| Na maioria das vezes | 10 | 8,3% |
| Às vezes | 10 | 8,3% |
| Raramente | 7 | 5,7% |
| Nunca | 53 | 44,1% |
| Não sabe ou não quis responder | 8 | 6,6% |
| Frequência de uso de preservativo no sexo anal quando foi penetrado nos últimos 3 meses (n=124) | | |
| Sempre | 27 | 21,9% |
| Na maioria das vezes | 15 | 12% |
| Às vezes | 8 | 6,4% |
| Raramente | 4 | 3,2% |
| Nunca | 60 | 48,5% |
| Não sabe ou não quis responder | 10 | 8% |
| Frequência de uso de preservativo em sexo oral nos últimos 3 meses (n=167) | | |
| Sempre | 5 | 3% |
| Na maioria das vezes | 6 | 3,6% |
| Às vezes | 7 | 4,2% |
| Raramente | 13 | 7,8% |

| | | |
|--------------------------------|-----|-------|
| Nunca | 130 | 77,8% |
| Não sabe ou não quis responder | 6 | 3,6% |

Fonte: Elaborada pela autora.

A maioria dos participantes disse nunca envolver o uso de preservativo (36%). Referente ao uso de substância (álcool e/ou outras drogas) antes ou durante a relação sexual nos últimos 3 meses, a maioria nunca realizava essa prática (44,7%); além disso é importante ressaltar que 6,2% e 5% dos entrevistados utilizavam sempre e na maioria das vezes, respectivamente.

A maioria dos respondentes referiu realizar prática sexual versátil (59%), o que inclui práticas anais insertivas e receptivas e para 6,8% dos entrevistados as práticas não envolviam penetração. Quanto à utilização do preservativo masculino em práticas insertivas, 44% disseram nunca utilizar com seus parceiros fixos, 27% sempre usavam, 16,6% utilizavam na maioria das vezes ou às vezes e 5,7% utilizavam raramente. Ainda havia aqueles que não sabiam responder, correspondendo a 6,6%.

Para as práticas anais receptivas, 48,5% nunca usavam preservativo, 21,9% usavam sempre, 12% usavam às vezes, 8% não sabiam, 6,4% às vezes e 3,2% utilizavam raramente. Para a prática do sexo oral, a taxa de uso foi ainda menor, sendo de 77,8% dentre aqueles que nunca utilizavam, frente a 3% dos que usavam sempre.

Parceria sexual casual

Na tabela 9 estão reunidas as informações acerca do comportamento sexual daqueles com parcerias casuais.

Tabela 9 – Distribuição da frequência de respostas sobre comportamento sexual daqueles com parceria casual. Fortaleza, Ceará. Dez-Out 2019.

| Variável | n | (%) |
|--|-----|-------|
| Relação sexual casual nos últimos 3 meses | | |
| Sim | 104 | 41% |
| Não | 80 | 31,5% |
| Não tenho parceiro casual | 70 | 27,5% |
| Uso de preservativo masculino nos últimos 3 meses (n=112) | | |
| Sempre | 53 | 47,3% |
| Na maioria das vezes | 25 | 22,4% |
| Às vezes | 5 | 4,4% |
| Raramente | 3 | 2,7% |
| Nunca | 26 | 23,2% |

Frequência de uso de álcool/outras drogas durante a relação sexual nos últimos 3 meses (n=104)

| | | |
|----------------------|----|-------|
| Sempre | 8 | 7,7% |
| Na maioria das vezes | 17 | 16,4% |
| Às vezes | 14 | 13,5% |
| Raramente | 12 | 11,5% |
| Nunca | 52 | 50% |
| Não sabe | 1 | 0,9% |

Posição sexual (n=111)

| | | |
|---------------------|----|-------|
| Ativo | 18 | 16,2% |
| Passivo | 30 | 27,1% |
| Versátil | 57 | 51,3% |
| Sexo sem penetração | 6 | 5,4% |

Frequência de uso de preservativo no sexo anal quando penetrou nos últimos 3 meses (n=75)

| | | |
|--------------------------------|----|-------|
| Sempre | 37 | 49,3% |
| Na maioria das vezes | 6 | 8% |
| Às vezes | 5 | 6,7% |
| Raramente | 2 | 2,7% |
| Nunca | 18 | 24% |
| Não sabe ou não quis responder | 7 | 9,3% |

Frequência de uso de preservativo no sexo anal quando foi penetrado nos últimos 3 meses (n=87)

| | | |
|--------------------------------|----|-------|
| Sempre | 39 | 44,8% |
| Na maioria das vezes | 16 | 18,4% |
| Às vezes | 5 | 5,8% |
| Raramente | 1 | 1,1% |
| Nunca | 20 | 23% |
| Não sabe ou não quis responder | 6 | 6,9% |

Frequência de uso de preservativo em sexo oral nos últimos 3 meses (n=109)

| | | |
|--------------------------------|----|-------|
| Sempre | 4 | 3,7% |
| Na maioria das vezes | 4 | 3,7% |
| Às vezes | 11 | 10,1% |
| Raramente | 6 | 5,5% |
| Nunca | 82 | 75,2% |
| Não sabe ou não quis responder | 2 | 1,8% |

Fonte: elaborada pela autora.

A maioria dos respondentes teve relação sexual com parceiros casuais nos últimos 3 meses (41%). O uso do preservativo esteve presente em 47,3% das relações sexuais casuais no último semestre, contrastando-se com sua ausência em 23,2% das relações. Já o uso de bebidas e/ou outras drogas antes ou durante a prática sexual não foi muito comum, ocorrendo em metade das relações sexuais casuais no último trimestre, seguido de uso na maioria das vezes (16,4%).

Na prática sexual, 51,3% disseram ser versáteis, 27,1% relataram ser passivos e 16,2% disseram ser ativos com parceiros casuais. Quanto ao uso de preservativo, a maioria (49,3%) utilizou sempre preservativo ao penetrar seu parceiro/parceira sexual. Para o sexo receptivo, 44,8% sempre utilizaram preservativo nos últimos 3 meses. Na prática de sexo oral, 75,2% dos respondentes disseram nunca usar preservativo, 10,1% revelaram usar às vezes e 5,5% revelaram usar preservativo raramente.

A média de sexarca foi de 16,5 anos, com variação de 9 a 26 anos e a média de número de parceiros casuais nos últimos 3 meses foi de 2,82, variando de 0 a 20 parceiros nesse mesmo período.

A associação entre comportamento sexual e diagnóstico de IST está contida na tabela 10.

Tabela 10– Associação entre variáveis do comportamento sexual e diagnóstico de IST. Fortaleza, Ceará. Dez-Out 2019.

| Variável | Diagnóstico de IST | | P-valor |
|--|--------------------|----------------------------------|---------|
| | Resultado positivo | Não testou ou resultado negativo | |
| Relação sexual com parceria fixa no último semestre | | | |
| Sim | 6 (2,4%) | 152 (59,9%) | 0,77 |
| Não | 3 (1,1%) | 93 (36,6%) | |
| Uso de preservativo com parcerias fixas no último trimestre (n=158) | | | |
| Sim | 6 (3,8%) | 95 (60,1%) | 0,06 |
| Não | 0 (0,0%) | 57 (36,1%) | |
| Sexo químico com parcerias fixas no último trimestre (n=158) | | | |
| Sim | 4 (2,5%) | 80 (50,7%) | 0,48 |
| Não | 2 (1,2%) | 72 (45,6%) | |
| Uso do preservativo durante sexo anal insertivo com parcerias fixas no último trimestre (n=137) | | | |
| Sim | 2 (1,5%) | 56 (40,9%) | 0,64 |
| Não | 4 (2,9%) | 75 (54,7%) | |
| Uso do preservativo durante sexo anal receptivo com parcerias fixas no último trimestre (n=136) | | | |
| Sim | 1 (0,7%) | 56 (41,1%) | 0,20 |
| Não | 5 (3,7%) | 74 (54,4%) | |
| Uso do preservativo durante sexo oral com parcerias fixas no último trimestre (n=161) | | | |
| Sim | 1 (0,6%) | 30 (18,7%) | 0,96 |
| Não | 4 (2,4%) | 126 (78,3%) | |

| | | | |
|---|----------|-------------|-------------|
| Relação sexual com parceria eventual no último semestre | | | |
| Sim | 4 (1,6%) | 100 (39,4%) | 0,82 |
| Não | 5 (2,0%) | 145 (57,0%) | |
| Uso de preservativo com parcerias fixas no último trimestre (n=104) | | | |
| Sim | 4 (3,8%) | 78 (75,0%) | 0,29 |
| Não | 0 (0,0%) | 22 (21,2%) | |
| Quantidade de parcerias sexuais eventuais no último trimestre (n=104) | | | |
| Até 2 | 0 (0,0%) | 64 (61,5%) | 0,02 |
| 3 ou mais parcerias | 3 (2,9%) | 37 (35,6%) | |
| Sexo químico com parcerias eventuais no último trimestre (n=104) | | | |
| Sim | 3 (2,9%) | 51 (49%) | 0,34 |
| Não | 1 (1,0%) | 49 (47,1%) | |
| Uso do preservativo durante sexo anal insertivo com parcerias eventuais no último trimestre (n=75) | | | |
| Sim | 3 (4,0%) | 48 (64,0%) | 0,22 |
| Não | 0 (0,0%) | 24 (32,0%) | |
| Uso do preservativo durante sexo anal receptivo com parcerias eventuais no último trimestre (n=89) | | | |
| Sim | 4 (4,5%) | 59 (66,3%) | 0,18 |
| Não | 0 (0,0%) | 26 (29,2%) | |
| Uso do preservativo durante sexo oral com parcerias eventuais no último trimestre (n=107) | | | |
| Sim | 0 (0,0%) | 25 (23,4%) | 0,26 |
| Não | 4 (3,7%) | 78 (72,9%) | |

Fonte: elaborado pela autora

Apenas a variável “número de parceiros eventuais” teve associação com o diagnóstico de IST, revelando que o diagnóstico foi mais prevalente dentre aqueles com mais parceiros casuais, assim, quanto maior o número de parceiros casuais, mais tendência a ter resultado positivo para IST ($p=0,02$).

O uso de preservativo durante a relação sexual constitui-se como a principal forma de prevenção de IST/HIV, ganhando destaque nas campanhas governamentais e sendo o elemento mais lembrado quando evocados assuntos concernentes à transmissão ou prevenção de IST. No entanto, para além da responsabilização individual sobre conhecimento acerca do funcionamento, formas de uso e incorporação do seu uso, há outros fatores envolvidos, como as influências comportamentais, psicossociais e disponibilidade do preservativo (MOREIRA; DUMITH; PALUDO, 2018).

Em pesquisa que objetivou investigar a taxa de uso de preservativo na última relação sexual entre universitários, a prevalência de uso foi de 41,5%, estando menos propensos ao uso: aqueles com sexarca antes dos 14 anos, não uso do preservativo na primeira relação sexual e aqueles com parceria fixa/cônjuges. Os que mais utilizaram preservativo foram aqueles com parcerias eventuais, mais de duas parcerias sexuais no último mês e aqueles que não tiveram relação sexual no último mês. Nas análises bruta e ajustada, à medida que a idade aumentava, o uso do preservativo diminuía ($p < 0,001$) (MOREIRA; DUMITH; PALUDO, 2018).

Conforme a Pesquisa Nacional de Saúde, realizada pelo IBGE em parceria com o Ministério da Saúde, dentre os brasileiros que tiveram relação sexual no último mês, apenas 22,8% utilizaram preservativo em todas as relações, sendo os jovens mais aderentes à essa prática (IBGE, 2020).

A confiança e a intimidade aparecem, novamente, como influenciadores, dessa vez para o uso ou não uso de preservativo, como destacado nos dados apresentados. Aqueles com parceria fixa foram mais propensos a utilizar menos o preservativo quando comparados àqueles com parcerias eventuais. No último trimestre, 36% daqueles com parcerias fixas nunca utilizavam, frente aos 28% que sempre utilizavam preservativo nas relações sexuais, destacando que a percepção de risco pode estar ligada ao tipo de parceria e aos sentimentos por esta evocados (BAVINTON *et al.*, 2019).

Em pesquisa com 862 adultos jovens (15-24 anos), 52,4% utilizaram preservativo na última relação. Os fatores relacionados ao uso de preservativo entre os homens foram: estar separado ou nunca ter se casado, ter tido relação homossexual, ter obtido preservativo gratuitamente, uso de álcool e ter feito teste anti-HIV. Já entre as mulheres, os fatores que as levaram à maior utilização de preservativo foram: não ser casada, ter utilizado preservativo na primeira relação sexual e ter tido encontro sexual casual no último ano. Nos dois grupos, não ter sido casado, ter usado preservativo na primeira relação sexual e ter recebido gratuitamente o preservativo esteve ligado positivamente ao uso do mesmo (GUTIERREZ *et al.*, 2019).

Tais dados reafirmam a importância da distribuição gratuita de preservativos, das testagens anti-HIV como espaço de autopercepção do risco e do reforço de práticas de sexo mais seguro para a continuidade de tal comportamento. Estudo holandês publicado em 2019 demonstrou que a distribuição de preservativos gratuitos diminuiu a incidência de IST, principalmente de HIV, sendo uma estratégia acessível, de baixo custo e com resultados satisfatórios. No mesmo escopo, mais testagens anti-HIV diminuem os casos de Aids, pois

permitem tratamento em tempo oportuno e a manutenção da supressão viral (BOM *et al.*, 2019).

Além disso, reconhecer as motivações de uso e não uso de preservativo é importante para a adoção de medidas adequadas e abordagens mais focadas em metas realistas. Pelos dados apresentados anteriormente, percebe-se a baixa adesão a preservativos durante o sexo oral em parcerias fixas e parcerias casuais com taxas semelhantes (77,8% e 75,2% respectivamente). Pesquisa brasileira demonstrou que 79,6% dos HSH entrevistados nunca utilizam o preservativo durante o sexo oral, com fatores de não uso associados ao incômodo, diminuição do prazer, confiança no parceiro e a não percepção de risco. Importante ressaltar que o sexo oral sem preservativo é forma importante de aquisição de IST, ocorrendo infecção por *Neisseria gonorrhoeae* em 25% das vezes, já que a faringe é um reservatório geralmente assintomático para esse patógeno (FONTE *et al.*, 2017; LANNOY *et al.*, 2021).

Muito embora o instrumento de coleta não tenha acessado a motivação de uso ou não uso do preservativo, a literatura descreve que a diminuição do prazer sexual e confiança no parceiro são fortes influenciadores do não uso do preservativo. Além disso, questões culturais e comportamentais interferem no uso do preservativo, sendo essa prática continuada quando existe desde as primeiras (SANTOS *et al.*, 2017; GUTIERREZ *et al.*, 2019).

Em sua maioria, o público encontrado classificou-se na categoria epidemiológica de HSH, grupo de interesse para estudos que versam sobre vulnerabilidades às IST, uma vez que se constituem como população-chave. Em relação ao comportamento sexual, independentemente do tipo de parceria (fixa ou eventual), as práticas sexuais insertivas e receptivas estiveram presentes, denotando maioria de postura versátil. Importante ressaltar que mais formas de contato geram mais exposições, no entanto, as chances de aquisição são maiores em relações receptivas (PEBODY, 2020).

As posturas e práticas sexuais possuem diferentes riscos e, por esse motivo, é importante reconhecer a relação de vulnerabilidade em cada uma delas. Estudo peruano realizado com mulheres trans examinou a relação entre o tipo de parceria e o comportamento sexual. Os achados sugeriram que o sexo anal insertivo sem preservativo foi mais comum no sexo comercial, com parceiros casuais e na presença de sexo químico. Já o sexo anal receptivo foi mais praticado entre aqueles com parcerias fixas/estáveis. Além disso, pessoas sabidamente soropositivas praticavam menos sexo anal insertivo sem preservativo enquanto que pessoas de status sorológico desconhecido tenderam a usar menos preservativo no sexo anal receptivo (SATCHER *et al.*, 2016).

Comportamentos sexuais de risco, como sexo comercial, sexo receptivo sem preservativo e sexo químico são fatores que aumentam a vulnerabilidade à aquisição de IST/HIV e o conhecimento acerca dessas práticas pode auxiliar em orientações que objetivam a redução de riscos e vulnerabilidades.

Estudo australiano verificou que a versatilidade esteve relacionada a ser mais jovem, possuir maior renda, ter mais parcerias sexuais, ser soropositivo e morar em área rural (LYONS; PITTS; GRIERSON, 2012). Além das questões sociodemográficas, o campo da sexualidade envolve desejos e potenciais, devendo o profissional enfermeiro estar preparado para as demandas que surgirem, inclusive dúvidas e orientações. Em termos de gerenciamento de risco, há que se frisar que o risco de infecção está atrelado ao tipo de prática sexual e apresenta maiores taxas naqueles que praticam sexo anal receptivo sem preservativo, quando comparados aos que praticam sexo anal insertivo (PEBODY, 2020).

Em casais sorodiferentes, há estratégias com distintos graus de eficácia que podem ser utilizadas para que os riscos e vulnerabilidades diminuam. O uso consistente (do início ao fim da relação sexual) e correto do preservativo; a indicação de postura insertiva do parceiro soronegativo sempre não houver o uso do preservativo (posicionamento estratégico); a ejaculação externa; o uso de PrEP; e o tratamento com TARV para soropositivos são alguns dos métodos utilizados para a diminuição da chance de aquisição do HIV (BAVINTON *et al.*, 2019).

Em estudo de coorte realizado na Austrália, Brasil e Tailândia com casais sorodiferentes e mediana de 1,7 anos de acompanhamento, foi possível verificar que 33,3% dos soronegativos continuaram a utilizar PrEP no período, 40,4% iniciaram a PrEP e 7,9% iniciaram, porém pararam. Dos soropositivos, 75% conseguiram manter supressão da carga viral, 19,5% conseguiram diminuir a carga viral, 3,2% estiveram com oscilação e 2% não conseguiram manter supressão da carga viral. Os participantes tailandeses com supressão viral consistente estiveram em uso de TARV ($p < 0,001$) (BAVINTON *et al.*, 2019).

Os australianos utilizaram menos preservativo isoladamente e mais dispositivos biomédicos, como PrEP e monitoramento da carga viral (incorporada há mais tempo). Importante frisar que a disponibilidade de PrEP é menor na Tailândia se comparada à Austrália e Brasil. Neste, foram observadas as maiores taxas de prevenção combinada (32,1%) utilizando-se preservativo, monitoramento da carga viral e PrEP. O posicionamento estratégico foi mais utilizado na Tailândia e a ejaculação externa no Brasil, demonstrando diferenças sociogeográficas relacionadas à cultura, programas governamentais e conhecimento (BAVINTON *et al.*, 2019).

Pesquisa brasileira revelou que dentre 286 PVHIV, 72,7% delas tiveram práticas de risco nos últimos seis meses, sendo 44,1% por sexo químico, 34,3% por múltiplas parcerias e 29% por uso inconsistente do preservativo (usar às vezes ou nunca). Aqueles com parceiros sorodiferentes apresentaram associação entre uso inconsistente de preservativo e escolaridade menor que 11 anos. Ainda, aqueles que praticaram sexo químico, que não buscavam informação sobre formas de transmissão, que não receberam aconselhamento de profissionais da saúde e que não conversavam com a parceria sobre o uso do preservativo foram mais propensos ao uso inconsistente do mesmo (REIS *et al.*, 2019).

A média de parceiros fixos no trimestre foi de 1,28 com variação de 1 a 5 e a média de parceiros casuais foi de 2,8 com variação de 1 a 20 no trimestre. Com isso, é importante ressaltar que a coexistência de parcerias sexuais fixas e casuais não é rara e que a multiplicidade de parceiros está relacionada a maior risco para a aquisição de IST (ARMSTRONG *et al.*, 2018; REIS *et al.*, 2019).

A multiplicidade de parcerias sexuais é considerada a existência de dois ou mais parceiros em um determinado período (que pode variar conforme a referência) e há diversos fatores que influenciam sua existência, como questões sociais, de gênero ou mesmo do campo da sexualidade. Em estudo com afro-americanos, examinou-se a relação entre capital social – percepção de recursos coletivos disponíveis com base em suas conexões sociais – e a existência de múltiplas parcerias. Para os homens, quanto mais capital social, maior foi o número de parcerias simultâneas. Já entre as mulheres, essa relação foi inversa, demonstrando que atitudes comportamentais podem interferir na exposição ao HIV, aumentando ou diminuindo sua vulnerabilidade. Assim, é de suma importância que programas invistam no treinamento de profissionais e na estratégia de aconselhamento, não tencionando abstinência sexual, mas um comportamento responsável e mais seguro (RANSOME *et al.*, 2020; REIS *et al.*, 2019).

Assim como no presente estudo a presença de parceiros fixos configurou-se como fator protetivo para o diagnóstico de IST, quanto maior o número de parceiros ocasionais, maior a chance de diagnóstico para alguma IST, corroborando outros estudos nacionais e internacionais. Informações completas e honestas durante o aconselhamento são capazes de fornecer bases para a identificação de vulnerabilidades e formas de superá-las ou de gerenciar riscos, tornando o usuário protagonista de seu próprio cuidado com o apoio dos serviços e profissionais de saúde.

A multiplicidade de parceiros favorece a maior ocorrência de atos sexuais com parceiros que podem possuir diferentes sorologias e outras parcerias, logo, a exposição é aumentada. No entanto, é importante que não se julgue o comportamento como promíscuo ou

moralmente inaceitável. Novamente, o foco deve ser na gestão de risco, enfatizando-se a orientação de uma relação sexual mais segura e lançando mão de tecnologias biomédicas e mudanças comportamentais, como preconizado pela prevenção combinada (PINES *et al.*, 2016).

O sexo químico foi reportado em taxas semelhantes tanto naqueles com parcerias casuais quanto naqueles com parcerias fixas, no entanto, não ter realizado sexo químico nenhuma vez no último trimestre esteve mais presente naqueles com parceria casual (50,9%). Esse grupo também apresentou maior ocorrência de sexo químico em todas as relações sexuais no último trimestre (7,7%), revelando a variedade de comportamentos sexuais e sugerindo intervenções para a redução de riscos.

A utilização de álcool causa um efeito desinibidor, potencializando comportamentos de risco, como práticas sexuais sem preservativo ou com uso inconsistente do mesmo e uso de outras drogas concomitantemente. Em PVHIV essa prática é ainda mais preocupante porque pode interferir na adesão ao tratamento, diminuir os níveis de linfócitos TCD4+ e promover resistência viral (SANTOS *et al.*, 2017).

Contatos iniciais com o álcool têm maior relação com seu uso posterior, podendo esse ser um eixo para a atuação de políticas públicas que objetivam à prevenção do uso problemático de álcool. Além disso, há questões culturais que influenciam o consumo de bebidas alcoólicas como as propagandas sobre bebidas alcoólicas na mídia de grande massa e a possibilidade de aquisição desses produtos a partir dos 18 anos no Brasil (CURCELLI; FONTANELLA, 2019).

Em estudo realizado com 3.588 HSH chineses, foi investigada a associação entre consumo de álcool, comportamento sexual e aquisição de HIV e sífilis. A prevalência de uso de álcool no último trimestre foi de 56,1% e aqueles com padrão de uso prejudicial ou *binge* (6 ou mais drinks/doses sendo a dose de 10g de álcool em uma única ocasião) foram mais propensos ao consumo de drogas ilícitas, múltiplas parcerias, prática de sexo comercial e prática de sexo anal insertivo sem preservativo, inclusive, com interferência da quantidade da dose consumida – quanto maior a dose, maior a probabilidade de envolvimento em comportamentos de risco. Quanto ao diagnóstico de HIV e sífilis, as prevalências foram, respectivamente, 12,7% e 7,5%, estando mais presentes dentre aqueles com maior consumo ou maior risco para dependência de álcool (LIU *et al.*, 2016).

A média de sexarca foi de 16,5 anos, com variação de 9 a 26 anos e a média de número de parceiros casuais nos últimos 3 meses foi de 2,82, variando de 0 a 20 parceiros nesse mesmo período.

A Pesquisa Nacional de Saúde apontou que a média de idade de início da vida sexual dos brasileiros acima de 18 anos foi de 17,3 anos, ligeiramente maior do que a encontrada (16,5). No entanto, entre grupos etários mais jovens (18 a 29 anos), a iniciação sexual ocorreu mais cedo (média de 16 anos) (IBGE, 2020).

Diversos motivos interferem no início da vida sexual, inclusive, para LGBTQIA+ essa experiência pode ser considerada antecipada ou retardada por motivos relacionados à orientação sexual ou ao gênero. A discriminação pode fazer com que as experiências sexuais demorem mais tempo para acontecer, atreladas à uma sensação de maior segurança e de autoidentificação (TAQUETTE; RODRIGUES, 2015).

É necessário, também, acessar os repertórios e histórias de vida apresentados pelos usuários dos serviços, compreendendo suas visões e experiências sexuais e como essas podem repercutir em suas práticas.

Encontramos que as maiores vulnerabilidades em relação aos comportamentos sexuais estiveram relacionadas à não adesão ao uso do preservativo de forma consistente e prática do sexo químico (vulnerabilidade individual), a não realização regular de testes para IST (vulnerabilidades individual e programática) e informações incompletas (vulnerabilidades social e programática).

6.2 CONSUMO DE DROGAS

Grau de envolvimento com drogas

Em relação à análise do consumo de drogas, os dados estão sumarizados na tabela 11 e foram tabulados conforme as questões do ASSIST. Dos 254 respondentes, 30 (11,8%) nunca haviam consumido drogas e, dentre as utilizadas pelo menos uma vez na vida, as mais reportadas foram: álcool 205 (80,7%), tabaco 151 (59,4%), e maconha 150 (59%).

Tabela 11 – Distribuição de frequência de respostas do questionário ASSIST. Fortaleza, Ceará. Dez-Out 2019.

| Variável | n | (%) |
|-----------------------------------|----------|------------|
| Uso anterior de substância | | |
| Tabaco | 151 | 59,4% |
| Álcool | 205 | 80,7% |
| Maconha | 150 | 59% |
| Cocaína, crack | 26 | 10,2% |
| Anfetaminas ou êxtase | 25 | 9,8% |
| Inalantes | 45 | 17,7% |

| | | |
|----------------------|----|-------|
| Hipnóticos/sedativos | 26 | 10,2% |
| Alucinógenos | 26 | 10,2% |
| Opoides | 5 | 1,9% |

Frequência de consumo de drogas nos últimos 3 meses

| Variável | n | (%) |
|------------------------------------|----------|------------|
| Uso de tabaco (n=151) | | |
| Nunca | 30 | 19,9% |
| 1 ou duas vezes | 48 | 31,8% |
| Mensalmente | 12 | 7,9 % |
| Semanalmente | 35 | 23,2% |
| Diariamente ou quase todos os dias | 26 | 17,2% |
| Uso de álcool (n=205) | | |
| Nunca | 11 | 5,4% |
| 1 ou duas vezes | 45 | 22% |
| Mensalmente | 50 | 24,4% |
| Semanalmente | 95 | 46,3% |
| Diariamente ou quase todos os dias | 4 | 1,9% |
| Uso de maconha (n=150) | | |
| Nunca | 35 | 23,3% |
| 1 ou duas vezes | 46 | 30,7% |
| Mensalmente | 25 | 16,7 % |
| Semanalmente | 28 | 18,7% |
| Diariamente ou quase todos os dias | 16 | 10,6% |
| Uso de cocaína (n=26) | | |
| Nunca | 10 | 38,4% |
| 1 ou duas vezes | 12 | 46,1% |
| Mensalmente | 1 | 3,9% |
| Semanalmente | 2 | 7,7% |
| Diariamente ou quase todos os dias | 1 | 3,9% |
| Uso de anfetamina (n=25) | | |
| Nunca | 15 | 60% |
| 1 ou duas vezes | 8 | 32% |
| Mensalmente | 2 | 8% |
| Uso de inalantes (n=45) | | |
| Nunca | 26 | 57,7% |
| 1 ou duas vezes | 11 | 24,5% |
| Mensalmente | 7 | 15,6% |
| Semanalmente | 1 | 2,2% |
| Uso de hipnóticos (n=26) | | |
| Nunca | 14 | 53,8% |
| 1 ou duas vezes | 7 | 26,9% |
| Mensalmente | 5 | 19,3% |
| Uso de alucinógenos (n=26) | | |
| Nunca | 15 | 57,8% |
| 1 ou duas vezes | 7 | 26,9% |
| Mensalmente | 4 | 15,3% |

Uso de opioides (n=5)

| | | |
|-----------------|---|-----|
| Nunca | 2 | 40% |
| 1 ou duas vezes | 2 | 40% |
| Semanalmente | 1 | 20% |

Desejo de uso da droga no último trimestre

| Variável | n | (%) |
|---|----------|------------|
| Forte desejo de usar tabaco (n=151) | | |
| Nunca | 80 | 53% |
| Uma ou duas vezes | 21 | 13,9% |
| Mensalmente | 8 | 5,3% |
| Semanalmente | 15 | 9,9% |
| Diariamente ou quase todos os dias | 27 | 17,9% |
| Forte desejo de usar álcool (n=205) | | |
| Nunca | 71 | 34,6% |
| Uma ou duas vezes | 43 | 21% |
| Mensalmente | 36 | 17,6% |
| Semanalmente | 49 | 23,9% |
| Diariamente ou quase todos os dias | 6 | 2,9% |
| Forte desejo de usar maconha (n=150) | | |
| Nunca | 75 | 50% |
| Uma ou duas vezes | 24 | 16% |
| Mensalmente | 12 | 8% |
| Semanalmente | 19 | 12,7% |
| Diariamente ou quase todos os dias | 20 | 13,3% |
| Forte desejo de usar cocaína (n=26) | | |
| Nunca | 15 | 57,7% |
| Uma ou duas vezes | 8 | 30,8% |
| Diariamente ou quase todos os dias | 3 | 11,5% |
| Forte desejo de usar anfetamina (n=25) | | |
| Nunca | 15 | 60% |
| Uma ou duas vezes | 6 | 24% |
| Mensalmente | 3 | 12% |
| Diariamente ou quase todos os dias | 1 | 4% |
| Forte desejo de usar inalantes (n=45) | | |
| Nunca | 33 | 73,3% |
| Uma ou duas vezes | 6 | 13,3% |
| Mensalmente | 3 | 6,7% |
| Semanalmente | 3 | 6,7% |
| Forte desejo de usar hipnóticos (n=26) | | |
| Nunca | 15 | 57,8% |
| Uma ou duas vezes | 8 | 30,7% |
| Mensalmente | 2 | 7,7% |
| Diariamente ou quase todos os dias | 1 | 3,8% |
| Forte desejo de usar alucinógenos (n=26) | | |
| Nunca | 15 | 57,7% |
| Uma ou duas vezes | 8 | 30,8% |

| | | |
|--|---|------|
| Semanalmente | 2 | 7,7% |
| Diariamente ou quase todos os dias | 1 | 3,8% |
| Forte desejo de usar opioides (n=5) | | |
| Nunca | 4 | 80% |
| Semanalmente | 1 | 20% |

Problema de saúde, social, legal ou financeiro relacionado ao consumo de drogas no último trimestre

| Variável | n | (%) |
|--|----------|------------|
| Problema relacionado ao uso de tabaco (n=121) | | |
| Nunca | 88 | 72,7% |
| Uma ou duas vezes | 12 | 9,9% |
| Mensalmente | 6 | 5% |
| Semanalmente | 7 | 5,8% |
| Diariamente ou quase todos os dias | 8 | 6,6% |
| Problema relacionado ao uso de álcool (n=194) | | |
| Nunca | 145 | 74,7% |
| Uma ou duas vezes | 30 | 15,5% |
| Mensalmente | 12 | 6,2% |
| Semanalmente | 6 | 3,1% |
| Diariamente ou quase todos os dias | 1 | 0,5% |
| Problema relacionado ao uso de maconha (n=115) | | |
| Nunca | 90 | 78,2% |
| Uma ou duas vezes | 14 | 12,2% |
| Mensalmente | 4 | 3,5% |
| Semanalmente | 4 | 3,5% |
| Diariamente ou quase todos os dias | 3 | 2,6% |
| Problema relacionado ao uso de cocaína (n=16) | | |
| Nunca | 14 | 87,6% |
| Uma ou duas vezes | 1 | 6,2% |
| Semanalmente | 1 | 6,2% |
| Problema relacionado ao uso de anfetamina (n=10) | | |
| Nunca | 9 | 90% |
| Uma ou duas vezes | 1 | 10% |
| Problema relacionado ao uso de inalantes (n=19) | | |
| Nunca | 15 | 78,9% |
| Uma ou duas vezes | 3 | 15,8% |
| Semanalmente | 1 | 5,3% |
| Problema relacionado ao uso de hipnóticos (n=12) | | |
| Nunca | 11 | 91,7% |
| Uma ou duas vezes | 1 | 8,3% |
| Problema relacionado ao uso de alucinógenos (n=11) | | |
| Nunca | 11 | 100% |
| Problema relacionado ao uso de opioides (n=3) | | |
| Nunca | 3 | 100% |
| Impacto negativo do consumo de drogas em atividades diárias | | |
| Variável | n | (%) |

| | | |
|--|----------|------------|
| Negligenciou atividade por uso de tabaco (n=121) | | |
| Nunca | 111 | 91,7% |
| Uma a duas vezes | 7 | 5,9% |
| Mensalmente | 2 | 1,6% |
| Semanalmente | 1 | 0,8% |
| Negligenciou atividade por uso de álcool (n=194) | | |
| Nunca | 147 | 75,8 |
| Uma ou duas vezes | 29 | 14,9% |
| Mensalmente | 12 | 6,2% |
| Semanalmente | 6 | 3,1% |
| Negligenciou atividade por uso de maconha (n=115) | | |
| Nunca | 100 | 87% |
| Uma ou duas vezes | 7 | 6% |
| Mensalmente | 4 | 3,5% |
| Semanalmente | 4 | 3,5% |
| Negligenciou atividade por uso de cocaína (n=16) | | |
| Nunca | 14 | 87,6% |
| Uma ou duas vezes | 1 | 6,2% |
| Diariamente | 1 | 6,2% |
| Negligenciou atividade por uso de anfetamina (n=10) | | |
| Nunca | 9 | 90% |
| Uma ou duas vezes | 1 | 10% |
| Negligenciou atividade por uso de inalantes (n=19) | | |
| Nunca | 18 | 94,7% |
| Uma ou duas vezes | 1 | 5,3% |
| Negligenciou atividade por uso de hipnóticos (n=12) | | |
| Nunca | 11 | 91,7% |
| Uma ou duas vezes | 1 | 8,3% |
| Negligenciou atividade por uso de alucinógenos (n=11) | | |
| Nunca | 11 | 100% |
| Negligenciou atividade por uso de opioides (n=3) | | |
| Nunca | 3 | 100% |
| Preocupação de terceiros com o uso de droga | | |
| Variável | n | (%) |
| Preocupação com o uso de tabaco (n=151) | | |
| Não, nunca | 105 | 69,5% |
| Sim, há mais de 3 meses | 14 | 9,3% |
| Sim, nos últimos 3 meses | 32 | 21,2 % |
| Preocupação com o uso de álcool (n=205) | | |
| Não, nunca | 139 | 67,8% |
| Sim, há mais de 3 meses | 17 | 8,3% |
| Sim, nos últimos 3 meses | 49 | 23,9% |
| Preocupação com o uso de maconha (n=150) | | |
| Não, nunca | 123 | 82% |
| Sim, há mais de 3 meses | 9 | 6% |

| | | |
|---|----|-------|
| Sim, nos últimos 3 meses | 18 | 12% |
| Preocupação com o uso de cocaína (n=26) | | |
| Não, nunca | 23 | 88,5% |
| Sim, há mais de 3 meses | 1 | 3,8% |
| Sim, nos últimos 3 meses | 2 | 7,7% |
| Preocupação com o uso de anfetamina (n=25) | | |
| Não, nunca | 22 | 88% |
| Sim, há mais de 3 meses | 1 | 4% |
| Sim, nos últimos 3 meses | 2 | 8% |
| Preocupação com o uso de inalantes (n=45) | | |
| Não, nunca | 40 | 89% |
| Sim, há mais de 3 meses | 3 | 6,6% |
| Sim, nos últimos 3 meses | 2 | 4,4% |
| Preocupação com o uso de hipnóticos (n=26) | | |
| Não, nunca | 23 | 88,5% |
| Sim, há mais de 3 meses | 2 | 7,7% |
| Sim, nos últimos 3 meses | 1 | 3,8% |
| Preocupação com o uso de alucinógenos (n=26) | | |
| Não, nunca | 24 | 92,4% |
| Sim, há mais de 3 meses | 1 | 3,8% |
| Sim, nos últimos 3 meses | 1 | 3,8% |
| Preocupação com o uso de opioides (n=5) | | |
| Não, nunca | 4 | 80% |
| Sim, há mais de 3 meses | 1 | 20% |

Tentativa fracassada de controle, diminuição ou interrupção do uso de droga

| Variável | n (%) | |
|--|-------|-------|
| Insucesso no controle ou cessação do uso de tabaco (n=151) | | |
| Não | 112 | 74,2% |
| Sim, há mais de 3 meses | 12 | 7,9% |
| Sim, nos últimos 3 meses | 27 | 17,9% |
| Insucesso no controle ou cessação do uso de álcool (n=205) | | |
| Não | 163 | 79,5% |
| Sim, há mais de 3 meses | 16 | 7,8% |
| Sim, nos últimos 3 meses | 26 | 12,7% |
| Insucesso no controle ou cessação do uso de maconha (n=150) | | |
| Não | 120 | 80% |
| Sim, há mais de 3 meses | 9 | 6% |
| Sim, nos últimos 3 meses | 21 | 14% |
| Insucesso no controle ou cessação do uso de cocaína (n=26) | | |
| Não | 20 | 77% |
| Sim, há mais de 3 meses | 3 | 11,5% |
| Sim, nos últimos 3 meses | 3 | 11,5% |

| | | |
|--|----|-------|
| Insucesso no controle ou cessação do uso de anfetamina (n=25) | | |
| Não | 22 | 88% |
| Sim, há mais de 3 meses | 1 | 4% |
| Sim, nos últimos 3 meses | 2 | 8% |
| Insucesso no controle ou cessação do uso de inalantes (n=45) | | |
| Não | 42 | 93,4% |
| Sim, há mais de 3 meses | 1 | 2,2% |
| Sim, nos últimos 3 meses | 2 | 4,4% |
| Insucesso no controle ou cessação do uso de hipnóticos (n=26) | | |
| Não | 24 | 92,3% |
| Sim, nos últimos 3 meses | 2 | 7,7% |
| Insucesso no controle ou cessação do uso de alucinógenos (n=26) | | |
| Não | 26 | 100% |
| Insucesso no controle ou cessação do uso de opioides (n=5) | | |
| Não | 5 | 100% |

Fonte: Elaborado pela autora.

As frequências trimestrais de uso, desejo, problemas relacionados à substância, preocupação de terceiros e tentativa fracassada de parar ou diminuir foram calculadas tomando por base aquelas pessoas que já haviam consumido a substância alguma vez na vida.

Dentre as drogas utilizadas nos últimos três meses, as que tiveram maior percentual de frequência foram o álcool (80,7%), o tabaco (59,4%) e a maconha (59%). A droga de uso diário mais reportada foi o tabaco (17,2%), seguida da maconha (10,6%). O grupo de drogas com menor frequência de uso no último trimestre foi o das anfetaminas (40%).

Quanto ao forte desejo de consumo de drogas, as mais reportadas foram álcool (65,4%), maconha (50%) e tabaco (47%). Importante destacar que mesmo as drogas menos utilizadas foram mencionadas como provocadoras de desejo diário, como cocaína, anfetamina, hipnóticos e alucinógenos.

Para a questão que aponta problemas de saúde, sociais, legais ou financeiros em decorrência do consumo de drogas, foram considerados aqueles que fizeram uso de alguma das drogas citadas no último trimestre. Os problemas não foram muito comuns, no entanto, estiveram mais relacionados ao tabaco (27,3%), álcool (25,3%) e maconha (21,8%). O uso de alucinógenos e opioides não foi relatado como um causador dos problemas supracitados.

O abandono de atividades ocasionado por consumo de drogas foi mais comum dentre aqueles que utilizaram álcool (24,2%), maconha (13%) e cocaína (12,4%). Novamente o uso de alucinógenos e opioides não interferiu na realização de atividades.

A preocupação expressada por amigos, parentes ou outras pessoas ocorreu, com mais frequência, nos três meses que antecederam a entrevista, sendo mais comum dentre aqueles que usaram álcool (32,2%), tabaco (30,5%) e opioides (20%). Os inalantes, alucinógenos e hipnóticos foram as drogas que mais despertaram a preocupação de terceiros há três meses ou mais. Todas as drogas mencionadas, em algum momento, foram motivo de preocupação, seja nos últimos três meses ou há mais tempo.

A tentativa fracassada de controle, diminuição ou cessação do consumo de drogas foi maior dentre aqueles que usaram tabaco (25,8%), cocaína ou crack (23%) e álcool (20,5%). A maior parte das tentativas teria ocorrido nos três últimos meses. Dentre aqueles que fizeram uso de alucinógenos ou opioides, essa experiência não foi relatada.

A palavra droga, do holandês antigo *droog*, significa “folha seca” e, conforme a OMS, refere-se a qualquer substância química ou mistura de substâncias que tem a capacidade de alterar a função biológica e, possivelmente, fisiológica e comportamental. Para o Ministério da Saúde, droga é definida como “substância que pode determinar dependência física ou psíquica relacionada, como tal, nas listas aprovadas pela Convenção Única sobre Entorpecentes” (OMS, 1994; BRASIL, 1998; DOMANICO, 2018).

As drogas possuem diversas classificações, podendo ser categorizadas conforme sua origem (naturais, semissintéticas e sintéticas); ação no sistema nervoso central (depressoras, estimulantes e/ou perturbadoras); e conforme as leis (drogas lícitas ou ilícitas). Pela existência de diversos instrumentos e conceitos, há uma dificuldade quanto à uniformização dos padrões de consumo de drogas, no entanto, conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), há critérios a serem avaliados para o diagnóstico de dependência, podendo esta ser antecedida pelo uso experimental, ocasional, habitual ou mesmo uso nocivo (DOMANICO, 2018; OMS, 2019).

De modo geral, outras classificações também podem ser utilizadas: Widiger (1994) definiu os padrões de uso como uso experimental, uso recreativo, uso frequente, uso nocivo e dependência. Já o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) utiliza os padrões de uso na vida, uso no ano, uso no mês, *binge drinking* e dependência. Ainda, Schaeffer, define padrões de uso como experimental, recreacional, situacional, intensivo e compulsivo (AUSTRALIA'S DEPARTMENT OF HEALTH, 2004; CEBRID, 2006; MALBERGIER; AMARAL, 2013).

Conforme o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), é possível identificar o abuso de substâncias, sua dependência e o curso do transtorno. O transtorno por uso de substâncias é caracterizado por um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos causados por uso contínuo de determinada substância. O diagnóstico ocorre quando há identificação de padrão de comportamentos patológicos associados ao uso da substância, considerando baixo controle, deterioração social, uso arriscado e critérios farmacológicos (DSM, 2013).

O consumo de drogas constitui-se enquanto problema de saúde pública por suas profundas repercussões na saúde, nas relações sociais e prejuízos associados, uma vez que as drogas psicoativas interferem no funcionamento do cérebro alterando a consciência, o humor, a percepção e o comportamento. A problemática reside no fato de que o consumo de drogas pode predispor a acidentes, violência, distúrbios do sono, comportamentos de risco e dependência física e psicológica (FERNANDES *et al.*, 2017).

No período compreendido entre 2009 e 2018, o número estimado de pessoas que usaram drogas no mundo aumentou de 210 milhões para 269 milhões, ou seja, houve um aumento de 28%, o que ocorreu, também, devido ao crescimento da população global (UNODC, 2020).

Em 2018, cerca de 269 milhões de pessoas no mundo usaram droga pelo menos uma vez no ano anterior, o que corresponde a 5,4% da população mundial com idade entre 15 e 64 anos, representando quase 1 pessoa a cada 19. Cerca de 35,6 milhões de pessoas têm transtornos relacionados ao consumo de drogas, experienciando dependência ou precisando de tratamento, o que, a nível global, significa uma prevalência de 0,7% entre a população de 15 a 64 anos (UNODC, 2020).

No Brasil, o percurso histórico do consumo de drogas tem caráter proibitivo quanto às chamadas drogas ilícitas ou ilegais, ao passo que o consumo de drogas lícitas/legais é, por vezes, estimulado. Esse tema ganhou maior destaque com a epidemia de HIV/AIDS, já que os usuários de drogas injetáveis possuíam altas taxas de soroprevalência para HIV, o que fez com que a cidade de Santos, parte da rota alternativa para o tráfico internacional, recebesse a alcunha de “capital da AIDS” em 1988 (MESQUITA, 1992).

Tal fato fez a prefeitura municipal de Santos desenvolver iniciativas que objetivavam a redução de danos (RD), a despeito do que já vinha ocorrendo em países como Holanda, Canadá e Austrália. No entanto, à época, o projeto que incentivava a troca de seringas dentre aqueles que utilizavam drogas injetáveis foi visto como um encorajador da prática,

sendo barrado pela lei de drogas vigente à época (lei 6.368 de 1976) (MESQUITA, 1994, p. 169).

A redução de danos tenciona, por meio de políticas públicas, programas e práticas, a minimização dos impactos negativos que estão associados ao consumo de drogas em pessoas que não querem ou não conseguem parar de usar drogas. Para a RD, a prevenção de danos é prioritária, independentemente se houver alcance ou não da abstenção de uso da droga. Suas ações são preventivas, mas podem ser assistenciais de baixa exigência (HARM REDUCTION INTERNATIONAL, 2021).

No entanto, com o decreto 9.761 de 11 de abril de 2019, que trata sobre a Política Nacional sobre Drogas, a redução de danos, que não é mencionada uma vez sequer no documento, deixa de compor a política pública para pessoas que usam drogas, dando lugar à abstinência como seu principal objetivo, o que limita as abordagens nesse âmbito (BRASIL, 2019).

A discussão sobre drogas é realizada dentro de âmbitos específicos, como o acesso e uso entre adolescentes, pessoas em situação de rua e pessoas com baixos níveis socioeconômicos, grupos assinalados como vulneráveis a esse comportamento. Há, também, pesquisas com populações singulares, a exemplo dos universitários que, frequentemente, são associados ao consumo dessas substâncias.

O ingresso na universidade está relacionado a uma mudança de ambiente, criação de novas relações sociais, novas experiências, responsabilidades e independência. Esses fatores podem ser desafiadores, exigindo, por vezes um enfrentamento que cursa de maneira prejudicial, como o consumo de drogas para alívio de tensões (CAMARGO *et al.*, 2019).

Nesta pesquisa, o álcool, o tabaco e a maconha foram as drogas mais reportadas quanto ao uso prévio (pelo menos uma vez na vida) e quanto à frequência. Álcool e tabaco são considerados drogas lícitas, sendo sua produção, comercialização e consumo permitidos no Brasil àqueles com idade superior a 18 anos.

De acordo com os dados do III Levantamento Nacional Sobre Consumo de drogas Pela População Brasileira, o uso de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias teve prevalência de 30,1%, o equivalente a, aproximadamente, 46 milhões de habitantes. Já o *binge drinking*, admitido na pesquisa como a ingestão de cinco ou mais doses para homens, ou quatro ou mais doses para mulheres em uma única ocasião teve prevalência de 16,5%, o que corresponde a aproximadamente 25 milhões de habitantes. O consumo de bebidas alcoólicas foi mais frequente entre pessoas com nível superior completo (43,9%). Além disso, a mediana de idade

estimada para primeiro consumo foi de 13,4 anos para o sexo masculino e 13,7 anos para o sexo feminino, idade bem anterior ao ingresso no ensino superior (BASTOS *et al.*, 2017).

O consumo de álcool faz parte da cultura brasileira, sendo estimulado desde muito cedo e vivenciado até mesmo em eventos sociais ou familiares, sendo estabelecida uma aproximação precoce com essa droga. Em pesquisa qualitativa que buscou investigar o sentido de uso de algumas drogas por universitários, participantes relataram que o contato inicial com o álcool ocorreu em família e que o ato de beber também possuía a função de evocar as lembranças desses momentos, sendo, muitas vezes, utilizado para esse fim (CAMARGO *et al.*, 2019).

Além disso, o status social atrelado ao álcool faz com que essa seja uma substância que desperta desejo, uma vez que se relaciona a sucesso, fama, desinibição e felicidade, sendo essa imagem vendida, inclusive, em propagandas comerciais, o que pode exercer influência sobre os jovens prematuramente.

Em estudo realizado com 1.132 estudantes de 7º e 8º anos de três escolas públicas, verificou-se associação entre consumo de bebida alcoólica nos últimos 30 dias e as seguintes variáveis: crença de que os comerciais falam a verdade (OR = 2,122; p = 0,000), percepção de similaridade entre os comerciais e vida real (OR = 1,712; p = 0,009), prestar atenção aos comerciais de bebida alcoólica (OR = 1,563, p = 0,028) e ter uma marca preferida de bebida alcoólica (OR = 5,150; p = 0,000), destacando o poder dessas propagandas (FARIA *et al.*, 2011).

A aproximação com o álcool e experiências como *binge drinking* na adolescência podem predizer o uso problemático de álcool na vida adulta. Faixa etária, bem como fatores sociais, ambientais e genéticos estão envolvidos no uso de álcool, no entanto, há pouca percepção de que essa prática pode, de fato, trazer malefícios como a dependência, que é tida como um estigma imoral. Em estudo brasileiro, a maioria dos usuários de três Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad) iniciou o consumo de álcool ainda na adolescência, com idade entre 12 e 15 anos (ROZIN; ZAGONEL, 2012; TREVISAN; CASTRO, 2019).

Já quanto ao público universitário, uma pesquisa objetivou analisar propagandas de festas em um campus universitário e encontrou que, nos cartazes, a menção a bebidas alcoólicas foi ubíqua. Além disso, 62% dos cartazes mencionavam a modalidade *open bar*, que permite degustação e consumo de maior quantidade de bebidas alcoólicas. Foram utilizados símbolos para denotar os benefícios da bebida alcoólica, como efeitos inebriantes ou

potencializadores sexuais, apoiando-se em fragilidades pessoais para a promoção de seu uso (CURCELLI; FONTANELLA, 2019).

Levando em consideração o fácil acesso às bebidas alcoólicas, os benefícios que são costumeiramente atrelados ao seu uso (como maior desinibição, diminuição de sofrimentos) e maior possibilidade de socialização entre pares, inclusive em festas universitárias, compreende-se a motivação que levou essa a ser a droga mais utilizada e com maior frequência.

Considera-se, ainda, que o consumo de drogas por LGBTQIA+ pode estar mais presente em decorrência do estigma, preconceito e violência vivenciados pela expressão da orientação sexual ou identidade de gênero. Pesquisa realizada com população LGBTQIA+ no interior do Ceará encontrou que o álcool foi a droga mais utilizada, com uso intensificado dentre aqueles que sofreram violência psicológica e verbal (PARENTE *et al.*, 2015).

Achados de uma pesquisa norte-americana reportaram que, mesmo com a diminuição do consumo de álcool entre adolescentes, essa taxa foi mais encontrada entre lésbicas e mulheres bissexuais, o que é consonante com outra pesquisa da mesma região, que apontou que minorias sexuais tiveram mais uso problemático de álcool, tabaco e outras drogas quando comparadas aos heterossexuais. Para as três classes investigadas, os desfechos de controle prejudicado, insuficiência social, uso arriscado e tolerância foram mais severos entre LGBTQIA+ (PHILLIPS II *et al.*, 2019; BOYD *et al.*, 2019)

Por sua difusão na cultura brasileira, o álcool, muitas vezes, não é visto como uma substância que pode causar grandes problemas e seus efeitos nocivos são subestimados. No entanto, drogas lícitas costumam causar grandes impactos por serem as mais consumidas e ocasionam profundos danos psicossociais decorrentes de uso abusivo e dependência.

O tabaco e a maconha também foram muito mencionados e, junto ao álcool, foram as drogas mais desejadas e as drogas que causaram mais problemas do tipo legal, de saúde ou financeiro. É importante frisar que esse achado pode estar relacionado com o grande número de pessoas que fez uso pregresso ou atual dessas substâncias.

Quanto ao uso do tabaco, segunda droga mais utilizada (59,4%), estima-se que os brasileiros usuários de produtos de tabaco nos últimos 12 meses tenham chegado a 26,4 milhões (17,3%) com idade entre 12 e 65 anos, sendo o consumo maior dentre aqueles com menor escolaridade. Importante ressaltar que mesmo tratando-se de droga lícita, tem potencial de causar dependência e que no levantamento, pessoas abaixo de 18 anos correspondiam a 6,3% da amostra (BASTOS *et al.*, 2017).

No mesmo levantamento, o percentual de pessoas com uso de alguma droga ilícita na vida foi de 9,9% (15.197 pessoas). No último ano, 3,2% dos brasileiros usaram drogas ilícitas e 7,4% das pessoas com idade entre 18 e 24 anos haviam consumido drogas ilícitas no último ano, revelando ser um grupo de grande uso. A maconha foi categorizada como substância cuja prevalência é moderadamente elevada na população geral (12 a 65 anos) e foi considerada a droga ilícita mais consumida no Brasil, com 7,7% da população tendo a utilizado pelo menos uma vez. A segunda droga ilícita mais utilizada foi a cocaína em pó (3,1%) (BASTOS *et al.*, 2017).

Em 2018 o uso de maconha no mundo foi de 3,9% (192 milhões de pessoas), sendo o maior uso nas Américas (taxa de 8,8%), com um aumento do consumo no período de 2009 a 2018 e maior uso por jovens de 19 a 25 anos (20,8%) (UNODC, 2020).

Ainda são incipientes as produções que tratem do perfil de LGBTQIA+ com predomínio de universitários e consumo de drogas no Brasil, sendo mais comuns publicações que não tratem da especificidade de gênero ou orientação sexual. No entanto, pesquisa que utilizou o mesmo instrumento de coleta de dados para mensurar o envolvimento com drogas apresentou resultados semelhantes aos aqui encontrados, sendo as cinco drogas mais reportadas pelos universitários: bebidas alcoólicas, tabaco, maconha, hipnóticos/sedativos e alucinógenos. No presente estudo, as cinco drogas de maior envolvimento foram bebidas alcoólicas, tabaco, maconha, inalantes e cocaína (SILVA *et al.*, 2019).

As drogas mais relacionadas com algum grau de abandono de atividades foram álcool, maconha e cocaína. Por serem drogas psicoativas, alteram a percepção, estado de consciência, grau de atenção e comportamento, logo o seu uso pode interferir em algumas atividades. Além disso, a intoxicação por essas substâncias (que no caso do álcool causa ressaca), podem determinar uma impossibilidade momentânea. O álcool é uma substância que, inicialmente, age como droga estimulante e passa a ser depressora, a maconha é uma droga perturbadora e a cocaína é uma droga estimulante e perturbadora (MALBERGIER; AMARAL, 2013).

O turno de estudo também possuiu envolvimento com o tipo de droga utilizada dentre universitários. Conforme pesquisa brasileira, as bebidas alcoólicas, a maconha e os opioides foram mais utilizados por alunos que estudavam pela manhã. Para aqueles estudavam em turno integral, as drogas mais utilizadas foram tabaco, inalantes e alucinógenos. Já os estudantes de cursos noturnos utilizavam mais cocaína/crack, anfetaminas, hipnóticos e opioides, sendo as drogas estimulantes mais utilizadas por alunos que estudavam à noite (SILVA *et al.*, 2019).

A preocupação externada por terceiros foi mais comum dentre aqueles que utilizavam álcool, tabaco e opioides. Esse marcador é importante pois a percepção de pessoas próximas quanto ao consumo de determinada droga e os riscos associados podem sugerir um uso abusivo ou problemático da substância, ainda mais porque essas pessoas podem perceber mudança nos padrões comportamentais e hábitos de consumo antes mesmo que as próprias pessoas que usam drogas desenvolvam essa autopercepção.

Os opioides são substâncias depressoras do sistema nervoso central que possuem ação analgésica e seu uso é muito relacionado ao uso indevido/abusivo. São utilizados principalmente por via oral, mas podem ser encontrados em apresentações para administração intravenosa, nesse caso sendo restrito seu uso ao ambiente hospitalar. No Brasil, o uso de opioides teve um aumento de 465% entre 2009 e 2015, sendo sua maior indicação de uso o manejo da dor crônica. Haja vista seus (KRAWCZYK et al., 2018).

Por ser uma substância de uso prescrito, faz-se necessário o conhecimento sobre a fonte de obtenção da droga, uma vez que esta pode ser obtida de familiares, amigos ou mesmo conseguida através da compra ilegal. Além disso, pessoas que fazem uso de opioides (por indicação médica ou não) devem estar cientes dos riscos do uso prolongado ou das grandes quantidades utilizadas. O desconhecimento acerca dos efeitos colaterais e do uso abusivo de opioides (levando à dependência) pode ser um dos fatores de aumento do seu uso, por isso é preciso orientar usuários e saber quando encaminhá-los a um serviço especializado (MELO *et al.*, 2020)

As tentativas de diminuir, regular uso ou parar de usar droga também são um importante marcador que demonstra o grau de controle sobre o uso da droga. Quanto mais insucesso nas tentativas, menor autonomia da pessoa diante do relacionamento com a droga, resultando em uso problemático, que muitas vezes se relaciona à sensação de fracasso.

Apesar de ser uma vulnerabilidade individual, possui componentes sociais, como a própria relação com o consumo de drogas imposta pela sociedade, a desvalorização e estigmatização da pessoa que usa drogas e, além disso, possui interferência programática, na medida que há insuficiência de programas e abordagem limitante para tais casos.

Vulnerabilidades podem estimular o consumo de drogas e esse uso pode criar vulnerabilidades, representadas nas três dimensões. Em termos individuais, pensa-se na vulnerabilidade ao consumo de drogas estimulada por trajetórias pessoais, crenças e desejos. Já nos termos sociais, há grande influência de pares, as relações que impulsionam comportamentos e liberdades; e no campo da vulnerabilidade programática, as ações e programas que visam a garantia de cuidado da pessoa que usa drogas, a redução de danos ou a

interrupção do uso de substâncias, garantindo suporte à saúde física, mental e social. A vulnerabilidade programática abarca, ainda fatores facilitadores de consumo de drogas, a exemplo de propagandas ou fácil comercialização.

Já as vulnerabilidades ocasionadas pelo consumo de drogas, são, em suma vulnerabilidades do campo individual e social, pois podem culminar em comportamentos de risco, como risco de acidentes de trânsito, envolvimento em casos de violência, aumento do risco de suicídio, sexo químico, maior exposição às IST por não uso do preservativo ou por escolha não criteriosa de atividade sexual, além de fragilidades envolvidas com o processo de dependência de substâncias.

Nesse sentido, é imprescindível entender os contextos e repertórios nos quais pessoas LGBTQIA+ estão imersas e reconhecer que vulnerabilidades as fazem usar drogas e, principalmente, entender sua relação com esse uso para que então, outras vulnerabilidades e potencialidades possam erigir e ser consideradas para um posterior enfrentamento.

A prevenção ao abuso de álcool e outras drogas é uma das metas previstas nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), incluída no objetivo 3 - Boa saúde e bem-estar e para ser alcançada precisa de sérios compromissos intersetoriais, pois sua causa e seu enfrentamento, por vezes, são multifatoriais.

As abordagens atualmente empregadas precisam ser revistas, já que a repressão do usuário e seu encarceramento não agem na raiz do problema e acabam criando outras situações de vulnerabilidade. Trata-se de uma complexa discussão, que vai além da dualidade entre legalização ou criminalização e envolve também aspectos primordiais, como a diferenciação entre porte e tráfico com menos aspectos subjetivos.

O foco deve estar centrado na pessoa que usa drogas, com programas que objetivem prevenção ao uso ou, uma vez que esse uso já ocorra, que sejam estabelecidas estratégias de redução de danos e reabilitação com reinserção social. A sociedade deve participar junto aos governos para a definição de estratégias voltadas às necessidades e vulnerabilidades encontradas.

Risco para desenvolvimento de dependência

O cálculo do risco final geral para dependência (tabela 12) foi realizado através da soma de pontos das respostas 2 a 7, como preconizado pelo ASSIST e, em seguida sendo o risco categorizado como baixo, moderado e alto conforme a pontuação final. Como o número de questões a serem consideradas para o cálculo é inferior ao número total de questões, o valor

do risco difere do valor isolado daqueles que já utilizaram droga alguma vez na vida ou nos últimos 3 meses.

Dos 254 respondentes, 217 (85,4%) apresentaram algum risco para dependência, sendo 73 (33,7%) pontuaram considerados como baixo risco, 119 (54,8%) como risco moderado e 25 (11,5%) classificados como alto risco.

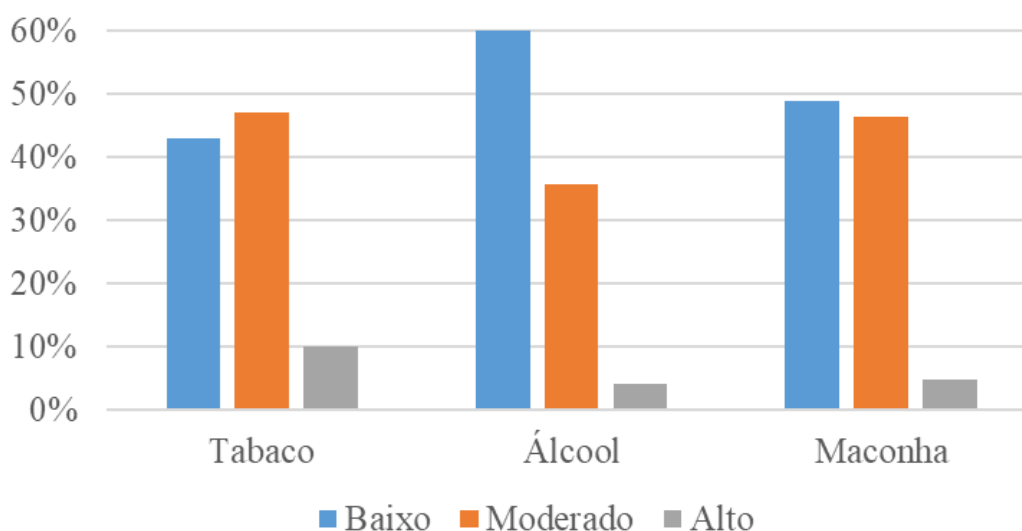
Tabela 12 – Distribuição das frequências do risco final para dependência de drogas. Fortaleza, Ceará. Dez-Out 2019.

| Risco | n | % |
|----------|-----|-------|
| Baixo | 73 | 33,6% |
| Moderado | 119 | 54,8% |
| Alto | 25 | 11,5% |

Fonte: elaborado pela autora.

Quanto ao risco relacionado ao uso das drogas individualmente, o gráfico de coluna que segue ilustra o resultado do cálculo da pontuação do ASSIST para as três substâncias de maior envolvimento.

Figura 8 – Risco para dependência de tabaco, álcool e maconha. Fortaleza, Ceará. Dez-Out 2019.



Fonte: elaborado pela autora.

Conforme o gráfico indicado na figura 8, é possível identificar que o uso de tabaco esteve relacionado predominantemente a um risco moderado (47%), revelando que essas pessoas já podiam experienciar problemas relacionados ao uso de tabaco no momento da entrevista e que havia a possibilidade de dependência futuramente. A segunda maior parcela esteve relacionada a um baixo risco (43%) para dependência ou desenvolvimento de outros problemas relacionados ao uso de tabaco. Em menor proporção (10%), estiveram aqueles com alto risco para desenvolvimento de dependência ou a dependência propriamente dita.

Em relação ao uso de álcool a maior parte dos respondentes encaixou-se na categoria de baixo risco (60,2%), seguida de risco moderado (35,6%) e a menor fração (4,2%) encaixou-se na categoria de alto risco para problemas relacionados a álcool ou dependência para essa substância.

Quanto ao risco para dependência de maconha, houve pouca diferença entre baixo risco (48,8%) e risco moderado (46,4%), sendo esses dois os mais prevalentes. O alto risco (4,8%) para dependência de maconha apareceu em menor proporção.

Exceto as drogas supracitadas, nenhuma das outras drogas apresentou alto risco para dependência, a saber: cocaína (baixo: 88,9%, moderado: 11,1%); anfetamina (baixo: 85,7%, moderado: 14,3%); inalantes (baixo: 95%, moderado: 5%); alucinógenos (baixo: 85,7%, moderado: 14,3%); opioides (baixo: 100%).

Portanto, dentre as drogas avaliadas, as que tiveram maior risco moderado foram tabaco, maconha e álcool e, nessa mesma ordem, alto risco. Os resultados podem levar a uma melhor compreensão do uso dessas drogas dentre a amostra estudada e auxiliar na elaboração de novas formas de enfrentamento específicas para cada substância e risco envolvido.

As variáveis “situação conjugal”, “moradia atual” e “religião” foram significativas a 5% para o risco de dependência de drogas (tabela 13), todas apontando para o risco moderado. Solteiros ($p=0,01$), aqueles moravam com os pais ($p=0,01$), e aqueles sem religião ($p=0,00$), estiveram mais propensos ao risco moderado de dependência para drogas, o que pode dever-se ao fato dessas categorias terem abarcado maior parte dos participantes.

Tabela 13 – Associação entre variáveis sociodemográficas e risco final para dependência de drogas. Fortaleza, Ceará. Dez-Out 2019.

| Variável | Risco | | | P-valor |
|-------------------------|--------------|-----------------|-------------|---------|
| | Baixo (n) | Moderado (n) | Alto (n) | |
| Gênero declarado | | | | |

| | | | | |
|---|----|-----|----|-------------|
| Feminino | 28 | 53 | 14 | 0,20 |
| Masculino | 44 | 61 | 9 | |
| Neutro | 1 | 5 | 2 | |
| Identidade de gênero | | | | |
| Cisgênero | 68 | 110 | 21 | 0,28 |
| Transgênero | 4 | 6 | 4 | |
| Outro | 1 | 3 | 0 | |
| Orientação sexual | | | | |
| Homossexual | 43 | 61 | 11 | 0,64 |
| Bissexual | 28 | 51 | 12 | |
| Pansexual | 1 | 5 | 2 | |
| Outro | 1 | 2 | 0 | |
| Raça/cor | | | | |
| Branca | 25 | 34 | 7 | 0,15 |
| Preta/negra | 21 | 31 | 7 | |
| Amarela | 6 | 6 | 0 | |
| Parda | 21 | 42 | 7 | |
| Indígena | 0 | 1 | 1 | |
| Não sabe | 0 | 5 | 3 | |
| Situação conjugal | | | | |
| Sozinho/solteiro | 28 | 68 | 14 | 0,01 |
| Namorando/ficando | 31 | 45 | 11 | |
| Casado/morando junto | 13 | 5 | 0 | |
| Separado/divorciado | 1 | 1 | 0 | |
| Filhos | | | | |
| Sim | 2 | 2 | 0 | 0,80 |
| Não | 71 | 115 | 25 | |
| Não sabe | 0 | 1 | 0 | |
| Ocupação | | | | |
| Servidor público | 3 | 6 | 2 | 0,19 |
| Empregado com CTPS assinada | 18 | 22 | 0 | |
| Empregado sem CTPS assinada | 4 | 13 | 1 | |
| Autônomo | 4 | 5 | 4 | |
| Trabalhos esporádicos/bicos | 3 | 3 | 2 | |
| Estudante | 39 | 65 | 14 | |
| Desempregado | 1 | 3 | 1 | |
| Não sabe | 1 | 0 | 0 | |
| Principal fonte de renda do último mês | | | | |
| Assistência/benefício | 5 | 9 | 4 | 0,28 |

| | | | | |
|---|----|----|----|------|
| Bolsista | 14 | 20 | 6 | |
| Família/parceiro/amigos | 23 | 41 | 11 | |
| Trabalho regular CTPS assinada | 18 | 17 | 0 | |
| Trabalho regular sem CTPS assinada | 6 | 16 | 4 | |
| Trabalho autônomo | 3 | 4 | 0 | |
| Trabalho esporádico/bico | 2 | 5 | 0 | |
| Outras | 0 | 4 | 0 | |
| Não sabe | 2 | 3 | 0 | |
| Onde dormiu a maioria das noites no último mês | | | | |
| Casa ou apartamento próprio ou da família | 47 | 80 | 14 | 0,30 |
| Casa ou apartamento alugado | 19 | 33 | 7 | |
| Casa ou apartamento de amigos | 1 | 2 | 1 | |
| Casa ou apartamento invadido (ocupação) | 1 | 1 | 0 | |
| Hospital | 1 | 0 | 0 | |
| Outro | 3 | 1 | 3 | |
| Local atual de moradia | | | | |
| Sozinho(a), não divide moradia | 7 | 23 | 3 | 0,01 |
| Amigos/amigas | 6 | 11 | 3 | |
| Mãe e/ou pai | 39 | 63 | 16 | |
| Outros parentes | 7 | 16 | 1 | |
| Companheiro(a) | 13 | 4 | 1 | |
| Outras travestis/transsexuais | 0 | 0 | 1 | |
| Mãe, pai e outros parentes | 0 | 1 | 0 | |
| Universidade | 1 | 0 | 0 | |
| Religião | | | | |
| Não tem | 35 | 70 | 16 | 0,00 |
| Católica | 28 | 19 | 5 | |
| Espírita | 1 | 5 | 0 | |
| Afro-brasileira | 0 | 2 | 3 | |
| Evangélica ou protestante | 4 | 6 | 0 | |
| Outra | 3 | 8 | 0 | |
| Não sabe | 1 | 3 | 0 | |

Fonte: elaborado pela autora.

Na análise da frequência de risco para drogas, temos que o risco alto para drogas foi composto, em sua maior parte, pelo seguinte perfil: sexo feminino, cisgênero e orientação bissexual. Para o risco moderado, o perfil foi: sexo masculino, cisgênero, e orientação

bissexual. Quanto à raça, no risco baixo a maior composição foi de pessoas brancas, para o risco moderado a maior frequência foi de pessoas pardas e para o risco alto não houve diferenças entre brancos, pardos e pretos.

Aqueles que não tinham filhos estiveram mais concentrados no risco moderado. Aqueles que tinham filhos ficaram igualmente divididos entre risco baixo e risco moderado. A ocupação que teve mais representação nos três tipos de risco foi a de estudante. O mesmo aconteceu com a fonte de renda, sendo a principal renda advinda de família/parceiros/amigos.

Ao realizar-se teste de associação entre o diagnóstico de IST e o risco de consumo de drogas não houve indícios de dependência entre as variáveis, logo não foi encontrada relação entre o diagnóstico de IST e o risco de dependência.

Foi utilizado o teste de Qui-quadrado com correção de Bonferroni para identificar a existência de diferença entre o risco individual de cada substância com o risco final. Concluiu-se que, ao nível de significância de 5%, os riscos das drogas tabaco, álcool e maconha foram significativamente associados ao risco de dependência de drogas. De acordo com o R quadrado, este modelo explica aproximadamente 60% da variabilidade do risco final.

Em termos de risco para dependência, pesquisa brasileira identificou que as drogas com alto risco foram tabaco, bebidas alcoólicas e maconha, resultado semelhante aos apresentados aqui, exceto pelos valores retratados, maiores nos dados trazidos por mim (SILVA *et al.*, 2019).

Os instrumentos de triagem para consumo de drogas são importantes ferramentas que auxiliam o profissional de saúde na condução de sua consulta, fornecendo dados para um diagnóstico e planejamento mais assertivos. Ao se investigar o grau de dependência para consumo de drogas entre usuários de um CAPS ad, encontrou-se que a maioria estava em uso nocivo (52%), seguido da parcela que apresentava a síndrome da dependência (40%) com as drogas mais utilizadas sendo álcool, tabaco e maconha, o que corrobora nossos achados (ANDRADE *et al.*, 2020).

Ressalta-se que o uso concomitante de múltiplas drogas é uma prática comum e que pode agravar comportamentos de risco, além aumentar vulnerabilidades, como problemas financeiros, legais e sociais. Ademais, os danos físicos e mentais podem ser exacerbados e aumentar os riscos de eventos cardiovasculares, culminando com maior morbimortalidade naqueles que utilizam drogas, especialmente as que causam efeitos deletérios ao sistema cardiovascular (KIM; PARK, 2019; NISHIMURA *et al.*, 2020).

O risco moderado indica que caso o uso da droga continue com os mesmos padrões, há uma probabilidade de problemas envolvendo a saúde ou outros aspectos, inclusive causando

dependência. É importante lembrar que, como o ASSIST avalia o comportamento, pessoas com dependência prévia mesmo que apresentem risco moderado em avaliação recente merecem atenção especial. Para esse perfil de usuários, breves intervenções são indicadas (3 a 15 minutos), utilizando componentes da entrevista motivacional e indicando serviços e materiais de apoio (HUMENIUK *et al.*, 2010).

Ainda que não tenha sido encontrada associação estatística entre IST e risco de dependência para drogas, é importante frisar que a ocorrência de sexo químico pode aumentar comportamentos sexuais de risco pelos efeitos que o uso agudo da substância provoca. Muito embora esse evento isolado não seja capaz de predizer por si só o comportamento sexual de risco, atribui-se a ele uma diminuição na percepção de risco, levando os usuários a utilizarem menos preservativo, por exemplo (FERNANDES *et al.*, 2016; GLYNN *et al.*, 2018).

As vulnerabilidades reconhecidas quanto ao consumo de drogas foram, em suma, do campo individual, no entanto, é necessária a condução de estudos que busquem identificar que tipo de vulnerabilidades promovem o consumo de drogas e que vulnerabilidades são criadas a partir desse uso. Dados acerca do consumo de drogas entre população LGBTQIA+ são importantes para subsidiar a criação de políticas e programas, dando suporte a esse grupo em suas necessidades.

7 CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo se debruçaram sobre a caracterização de uma minoria sexual quanto aos seus aspectos sociodemográficos, nível de conhecimento acerca da transmissão do HIV, aspectos comportamentais e de acesso aos serviços de saúde, com enfoque nos serviços de diagnóstico e assistência no âmbito das infecções sexualmente transmissíveis. Além disso, a pesquisa investigou o grau de envolvimento dos participantes com drogas lícitas e ilícitas.

A amostra foi majoritariamente jovem, com mediana de idade de 22 anos, predominantemente identificada como masculina, cisgênera, homossexual e parda. A situação conjugal mais comum foi a solteira e o grau de escolaridade foi alto, correspondente ao ensino superior incompleto. O perfil encontrado foi de jovens universitários que moravam com os pais cuja renda destes e seu complemento advinha de bolsas universitárias, sendo a mediana dessa renda inferior ao salário-mínimo vigente à época. A maioria não possuía religião e, daqueles que possuíam, a maioria se sentia acolhida em atividades religiosas. A única associação estatisticamente significativa entre variáveis sociodemográficas e diagnóstico de alguma IST foi ter filhos, sendo este um fator protetivo.

A identificação de vulnerabilidades quanto aos aspectos sociodemográficos não revelou muitas fragilidades, no entanto, questões financeiras e relacionais foram as que mais se destacaram, encaixando-se na dimensão social.

Quanto ao conhecimento avaliado, a maioria foi classificada como possuindo conhecimento suficiente acerca das formas de transmissão e prevenção do HIV, o que, de certa forma, é esperado de pessoas com nível de escolaridade mais elevado. A pergunta que gerou mais dúvidas e discordância entre os participantes referia-se à parceria única como forma de prevenção ao HIV. Nível de conhecimento, incluindo letramento funcional e saúde são atributos relacionados à dimensão individual, portanto, representando uma vulnerabilidade, mas também um potencial, inclusive para a autopercepção de comportamentos de risco e responsabilização por sua saúde. As vulnerabilidades social e programática estão presentes nesse cenário quando suas ações dificultam ou não facilitam o acesso à informação.

No tocante à assistência à saúde, representado, principalmente pelas dimensões social e programática, foi avaliado o acesso a produtos e serviços de saúde no âmbito da saúde sexual. As formas mais comuns de aquisição de preservativos e lubrificantes foram a compra e o recebimento gratuito em serviços de saúde. Os locais de atendimento em caso de aparecimento de sinais sugestivos para IST foram o consultório particular e UBS. Os testes

diagnósticos de IST foram realizados pela maior parte dos participantes nos últimos doze meses, com média de 9,34 meses em relação ao último exame e nove resultados reagentes, donde as IST diagnosticadas foram: sífilis, HPV, herpes e HIV e tratamento sendo reportado por metade destes. A realização de testes para IST no último ano e a apresentação de sinais e sintomas de IST nos últimos 6 meses, teve associação com o diagnóstico, apontando a importância de orientação e acesso a esse serviço.

As vulnerabilidades de falta de autopercepção de risco, ou conhecimento insuficiente acerca de locais de testagem foram as mais comuns no campo individual. Ter medo ou vergonha do estigma ocasionado pela realização de testes diagnósticos de IST, embora não comum, foi citado e configura-se como vulnerabilidade social. As vulnerabilidades programáticas referiram-se à dificuldade de acesso, problemas no fluxograma de atendimento, bem como falta de compromisso ético dos profissionais.

A despeito do comportamento sexual, a maioria possuía mais relacionamentos do tipo fixo do que relacionamentos casuais/eventuais. Nas parcerias fixas o abandono de preservativo foi mais reportado, inclusive em situações de maior exposição às IST. A prática de sexo químico também foi mais encontrada nas relações fixas. A variável de número de parceiros casuais teve associação estatística com o diagnóstico de IST, revelando que a multiplicidade de parceiros aumentou o risco à aquisição de IST. Aqui são mais comuns vulnerabilidades individuais, uma vez que dizem respeito ao imaginário de confiança no parceiro, desejos e a ação de práticas que podem ser consideradas comportamentos de risco, como o não uso de preservativo.

O grau de envolvimento com drogas revelou que a maioria da amostra já tinha experimentado alguma droga lícita ou ilícita e as substâncias mais utilizadas foram álcool, tabaco e maconha, o que está de acordo com resultados nacionais e internacionais. Além das três drogas mencionadas, cocaína e opioides figuraram enquanto motivo de abandono de atividades ou preocupação de terceiros. O risco para dependência de droga mais encontrado foi o moderado, seguido do baixo e alto risco. Não houve associação entre risco de dependência e diagnóstico de IST, no entanto situação conjugal, moradia e religião demonstraram associação. Essa investigação aponta para vulnerabilidades individuais quanto às motivações para uso e esforços de redução ou cessação. Já as vulnerabilidades sociais identificadas remetem ao suporte social, liberdades e as vulnerabilidades programáticas associam-se a iniciativas que dão suporte à prevenção ou à assistência de pessoas com uso problemático de drogas.

As limitações do estudo estão relacionadas ao seu tipo, uma vez que pesquisas transversais trabalham com um período limitado, indicando dados de prevalência e, não

permitem o estabelecimento de causa e efeito. Ademais, ressalta-se que o tamanho amostral não favorece grandes generalizações. Por se tratar de uma investigação ocorrida por meio de entrevistas, pode ter sofrido interferência de informações quanto ao viés recordatório dos participantes ou omissão de respostas por constrangimento.

Sugere-se que estudos que avaliem causas motivacionais, avaliação de relações e análise de qualidade sejam conduzidos em diferentes abordagens para que se aprofunde a discussão sobre vulnerabilidades no escopo das minorias sexuais.

Os dados aqui encontrados dão subsídios para que profissionais de saúde, especialmente enfermeiros, possam refletir os cuidados em saúde para LGBTQIA+ sob o prisma da vulnerabilidade, desvelando suas fragilidades, bem como identificando e sugerindo potências. Uma vez que enfermeiros possuem um vasto campo de atuação e entendendo os diversos perfis de atendimento, faz-se necessária a sensibilização acerca de temas que atravessam esse grupo em suas interseccionalidades. O objetivo de tal movimento aponta para a melhoria da assistência prestada, bem como mobilização social pelos direitos de todos.

REFERÊNCIAS

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério Brasil**: Diretrizes de ordem geral, a serem consideradas pelas entidades prestadoras de serviços e seus clientes, a respeito da adoção do Novo Critério de Classificação Econômica Brasil. 2019. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>. Acesso em: 15 maio 2021.

ADEBAYO, O.W.; GONZALEZ-GUARDA, R.M. Factors Associated With HIV Testing in Youth in the United States: an integrative review. **Journal Of The Association Of Nurses In Aids Care**, [S.L.], v. 28, n. 3, p. 342-362, maio 2017.

AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DA AIDS. **Departamento de Aids troca de nome e passa a se chamar “Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis”**. 2019. Disponível em: <https://agenciaaids.com.br/noticia/departamento-de-aids-troca-de-nome-e-passa-a-se-chamar-departamento-de-doencas-de-condicoes-cronicas-e-infeccoes-sexualmente-transmissiveis/>. Acesso em: 02 maio 2021.

ALAMINO, F.N.P.; VECCHIO, V.A. Os Princípios de Yogyakarta e a proteção de direitos fundamentais das minorias de orientação sexual e de identidade de gênero. **Revista da Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo**, [S.L.], v. 113, p. 645-668, 8 abr. 2018.

ALBUQUERQUE, M.R.T.C.; BOTELHO, N.M.; RODRIGUES, C.C.P. Atenção integral à saúde da população LGBT: experiência de educação em saúde com agentes comunitários na atenção básica. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.L.], v. 14, n. 41, p. 1-11, 8 abr. 2019.

ALMEIDA, C.B.; VASCONCELLOS, V.A. Transexuais: transpondo barreiras no mercado de trabalho em São Paulo?. **Revista Direito Gv**, [S.L.], v. 14, n. 2, p. 303-333, ago. 2018.
ANDRADE, F.T.; et al. Grau de dependência em usuários de um centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas. **J. Nurs. Health**. 2020;10(3):e20103005.

ANDRADE, L.N. **Travestis na escola**: assujeitamento ou resistência à ordem normativa. 2012. 279f. – Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-graduação em Educação Brasileira, Fortaleza (CE), 2012.

ANDRZEJEWSKI, J.; LIDDON, N.; LEONARD, S. Condom Availability Programs in Schools: a review of the literature. **American Journal Of Health Promotion**, [S.L.], v. 33, n. 3, p. 457-467, 1 ago. 2018.

ARAÚJO, L. F.; et al. Concepções psicossociais acerca do conhecimento sobre a Aids das pessoas que vivem com o HIV. **Revista Colombiana de Psicología**. v. 26, n. 2, p. 219-230. 2017.

ARAYASIRIKUL, S.; WILSON, EC.; RAYMOND, H.F. Examining the Effects of Transphobic Discrimination and Race on HIV Risk Among Transwomen in San Francisco. **Aids And Behavior**, [s.l.], v. 21, n. 9, p.2628-2633, 20 fev. 2017.

ARMSTRONG, H.L.; et al. Associations between sexual partner number and HIV risk behaviors: implications for HIV prevention efforts in a treatment as prevention (TASP) environment. **Aids Care**, [S.L.], v. 30, n. 10, p. 1290-1297, 20 mar. 2018.

ASSARI, S. Race, Education Attainment, and Happiness in the United States. **Int J Epidemiol Res**. v. 6, n. 2, p.76-82. 2019.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS - ANTRA. **Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2019**. Benevides, BG.

AUSTRALIA'S DEPARTMENT OF HEALTH. **Helping Young People Identify Their Needs: Overhead Transparencies**. Schaeffer's model. 2004. Disponível em:

AYRES, J. R.; PAIVA, V.; FRANÇA JÚNIOR, I. **Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos**. In: PAIVA, V.; AYRES, J. R.; BUCHALLA, C. M. (Org.). **Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania**. Curitiba: Juruá, 2012. p. 43-94. (Livro 1).

AYRES, J.R; et al. **Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde**. In: **Tratado de saúde coletiva**[S.l: s.n.], 2009.

BAPTISTA, M.K.S.; et al. O poder na relação enfermeiro-paciente: revisão integrativa. **Revista Bioética**, [S.L.], v. 26, n. 4, p. 556-566, dez. 2018.

BARROS, D. S. Escolaridade e distribuição de renda entre os empregados na economia brasileira: uma análise comparativa dos setores público e privado dos anos 2001 e 2013. **Revista de Economia Contemporânea**, [S.L.], v. 21, n. 3, p. 1-26, 5 abr. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/198055272135>.

BARROS, S.; CAMPOS, P.F.S.; FERNANDES, J.J.S. **Atenção à Saúde de Populações Vulneráveis**. São Paulo: Manole, 2014.

BASTOS, F.I.P.M. et al. (Org.). **III Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017. 528 p.

BASTOS, F.I.P.M.; et al. (Org.). **III Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017. 528 p.

BAVINTON, B.R.; et al. Strategies used by gay male HIV serodiscordant couples to reduce the risk of HIV transmission from anal intercourse in three countries. **Journal Of The International Aids Society**, [S.L.], v. 22, n. 4, p. 25277-25286, abr. 2019.

BENEVIDES, B.G.; NOGUEIRA, S.N.B (orgs). **Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2020** – São Paulo: Expressão Popular, ANTRA, IBTE, 2021. 136p.

BERTOLOZZI, M.R.; et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Rev Esc Enferm. USP** 2009; 43(2):126-130.

BOM, R.J.M.; et al. The effects of free condom distribution on HIV and other sexually transmitted infections in men who have sex with men. **BMC Infect Dis.**v.19, n. 222, p.1-10. 2019.

BOURIS, A.; et al. Systematic Review of Parental Influences on the Health and Well-Being of Lesbian, Gay, and Bisexual Youth: Time for a New Public Health Research and Practice Agenda. **J Primary Prevent.** 2010; 31:273–309.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/2012. **Dispõe sobre novas diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos no cenário brasileiro.** 12 de dez 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 344, de 12 de maio de 1998. **Aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.** Brasília, DF, Diário Oficial da União. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)** – Brasília : Ministério da Saúde, 2020b. 248 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Agenda Estratégica para Ampliação do Acesso e Cuidado Integral das Populações-Chave em HIV, Hepatites Virais e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis** – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2020.** Brasília. Secretaria de Vigilância em saúde. 2020a. 68 p.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 9.761, de 2019. **Aprova A Política Nacional Sobre Drogas.** Brasília, DF, 11 abr. 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm. Acesso em: 17 jun. 2021.

BRIGNOL, S.; et al. Vulnerability in the context of HIV and syphilis infection in a population of men who have sex with men (MSM) in Salvador, Bahia State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 31, n. 5, p. 1035-1048, maio 2015.

BRIGNOL, S.M.S. **Estudo Epidemiológico da infecção por HIV entre homens que fazem sexo com homens no Município de Salvador/BA.** 2013. 184 f. – Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva, Salvador (BA), 2013.

BROWN, J.L.; GAUSE, N.K.; NORTHERN, N. The Association Between Alcohol and Sexual Risk Behaviors Among College Students: a Review. **Current Addiction Reports**, [s.l.], v. 3, n. 4, p.349-355, 13 out. 2016.

- CABRAL, L.S.; et al. Homossexualidades femininas no contexto dos sistemas de informação de saúde. **Revista de Enfermagem Ufpe Online**, Recife, v. 4, n. 11, p.1699-1707, abr. 2017.
- CALAZANS, G.J. et al. Vulnerabilidade programática e cuidado público: panorama das políticas de prevenção do hiv e da aids voltadas para gays e outros HSH no brasil. **Sexualidad, Salud y Sociedad** (Rio de Janeiro), [S.L.], n. 29, p. 263-293, ago. 2018.
- CAMARGO, E.C.P.; et al. Uso e abconsumo de drogas entre universitários e a sua interface com as políticas públicas. **Smad Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, [S.L.], v. 15, n. 4, p. 1-9, 8 nov. 2019.
- CAMINHAS, L. A Regulamentação Da Prostituição É Uma Demanda Por Justiça?. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. v. 35, n. 103. p.1-18. 2020.
- CAPOTORTI, F. **Study on the rights of persons belonging to ethnic, religious and linguistic minorities**. New York: United Nations, 1991.
- CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 26, n. 3, p. 676-689, set. 2017.
- CARVALHO, M.C.; SÍVORI, H.F. Ensino religioso, gênero e sexualidade na política educacional brasileira. **Cadernos Pagu**, [S.L.], v. 1, n. 50, p. 1-37, 18 dez. 2017.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC. **HIV Information and Youth**: young people need to know their HIV status as it gives them powerful information to stay healthy. 2021. Disponível em: https://www.cdc.gov/healthyyouth/youth_HIV/HIV-information-and-youth.htm. Acesso em: 09 maio 2021.
- CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE. **Oxford Centre for Evidence-based Medicine – Levels of Evidence**. 2019. Disponível em: <http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/>. Acesso em: 04 jan 2021.
- CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÃO SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS - CEBRID. **II Levantamento domiciliar sobre o consumo de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.
- CHAMBERS, B.D.; ERAUSQUIN, J.T. Race, Sex, and Discrimination in School Settings: a multilevel analysis of associations with delinquency. **Journal Of School Health**, [S.L.], v. 88, n. 2, p. 159-166, 14 jan. 2018.
- CURCELLI, E.M.; FONTANELLA, B.J.B. Uso de bebidas alcoólicas por estudantes: análise de propagandas de festas em um campus universitário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 23, p. 1-21. 2019.
- DALL'AGNOL, R.S.A. A sexualidade no contexto contemporâneo: permitida ou reprimida?. **Psic.São Paulo**,v. 4, n. 2, p. 26-31, dez. 2003.

DOMANICO, A. **Os projetos de redução de danos no Brasil**. In: SURJUS, L.T.L.S.; FORMIGONI, M.L.O.S.; GOUVEIA, F. Redução de Danos: Conceitos e Práticas. Material comemorativo aos 30 anos de Redução de Danos no Brasil. 2018. UNIFESP. Disponível em: http://www.tjmt.jus.br/intranet.arq/cms/grupopaginas/105/988/Redu%C3%A7%C3%A3o_de_danos_-_conceitos_e_pr%C3%A1ticas.pdf Acesso em: 17 abr 2021.

DOURADO, I.; et al. Revisiting the use of condoms in Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.L.], v. 18, n. 1, p. 63-88, set. 2015.

ELIAS, A.R.R.; et al. Vulnerabilidades e marginalização no mundo do trabalho da prostituição. **Caderno Espaço Feminino**, [S.L.], v. 31, n. 2, p. 301-331, 15 mar. 2019;

FARIA, R.; et al. Propaganda de álcool e associação ao consumo de cerveja por adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 45, n. 3, p. 441-447, jun. 2011.

FEINSTEIN, B.A.; et al. Characterizing Sexual Agreements With One's Most Recent Sexual Partner Among Young Men Who Have Sex With Men. **Aids Education And Prevention**, [S.L.], v. 30, n. 4, p. 335-349, ago. 2018.

FERNANDES, M.A. Infecções sexualmente transmissíveis e as vivências de mulheres em situação de reclusão. **Revista Enfermagem Uerj**, [S.L.], v. 24, n. 6, p. 1-6, 18 dez. 2016.

FERNANDES, T.F.; et al. Uso de substâncias psicoativas entre universitários brasileiros: perfil epidemiológico, contextos de uso e limitações metodológicas dos estudos. **Cadernos Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 4, p. 498-507, dez. 2017.

FERNANDES, T.F.; et al. Uso de substâncias psicoativas entre universitários brasileiros: perfil epidemiológico, contextos de uso e limitações metodológicas dos estudos. **Cadernos Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 4, p. 498-507, dez. 2017

FLORÊNCIO, R.S. **Vulnerabilidade Em Saúde: Uma Clarificação Conceitual**. 2018. 148f. Tese (Doutorado) - Curso de Doutorado em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), 2018.

FONTANARI, A.M.V; et al. Dealing with gender-related and general stress: Substance use among Brazilian transgender youth. **Addictive Behaviors Reports**, [s.l.], v. 9, p.100166-100172, jun. 2019.

FONTE, V.R.F.; et al. Fatores associados ao uso do preservativo entre jovens homens que fazem sexo com homens. **Enfermería Global**, [S.L.], v. 16, n. 2, p. 1-15, 28 mar. 2017.

FROST, D.M.; MEYER, I.H.; SCHWARTZ, S. Social support networks among diverse sexual minority populations. **American Journal Of Orthopsychiatry**, [S.L.], v. 86, n. 1, p. 91-102, 2016.

GALLUP. **Gallup First Polled on Gay Issues in '77**. What Has Changed?. Disponível em: <https://news.gallup.com/poll/258065/gallup-first-polled-gay-issues-changed.aspx>. Acesso em: 14 jan. 2021.

GANGAMMA, R.; et al. Comparison of HIV Risks among Gay, Lesbian, Bisexual and Heterosexual Homeless Youth. **Journal Of Youth And Adolescence**, [S.L.], v. 37, n. 4, p. 456-464. 2008.

GLAAD. Gay & Lesbian Alliance Against Defamation. **Accelerating Acceptance 2018: A Survey of American Acceptance and Attitudes Toward LGBTQ America**. The Harris Poll. 2018.

GOLDSSEN, J.; et al. "Who Says I Do: The Changing Context of Marriage and Health and Quality of Life for LGBT Older Adults. **The Gerontologist**. v. 57, n. 1, p.50-62. 2017.

GOMES, R.R.F.M.; et al. Fatores associados ao baixo conhecimento sobre HIV/AIDS entre homens que fazem sexo com homens no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 33, n. 10, p. 1-15, 26 out. 2017.

GONÇALVES, T.R.; et al. Prevenção combinada do HIV? Revisão sistemática de intervenções com mulheres de países de média e baixa renda. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 5, p. 1897-1912, maio 2020.

GRIFFITHS, D.A. Shifting syndromes: sex chromosome variations and intersex classifications. **Social Studies Of Science**, [S.L.], v. 48, n. 1, p. 125-148, fev. 2018.

GUIMARÃES, M.D.C.; et al. HIV/AIDS knowledge among MSM in Brazil: a challenge for public policies. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 2019, v. 22, n. 1, p.1-15. 2019.

GUIZZO, B.; FELIPE, J. **Avanços e retrocessos em políticas públicas contemporâneas relacionadas a gênero e sexualidade: Entrelaces com a educação**. In: Anais da Reunião nacional da ANPED. Florianópolis (SC). Disponível em: <http://www.anped.org.br>.

GUTIERREZ, E.B.; et al. Fatores associados ao uso de preservativo em jovens - inquérito de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.L.], v. 22, p. 1-14, 2019.

HAFEEZ, H; ZESHAN, M; A TAHIR, M.; et al. Health Care Disparities Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth: a literature review. **Cureus**, [S.L.], p. 1-7, 20 abr. 2017. Cureus, Inc.. <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.1184>.

HAGOPIAN, A.; et al. Anti-homosexual legislation and HIV-related stigma in African nations: what has been the role of pepfar?. **Global Health Action**, [S.L.], v. 10, n. 1, p. 1-10, jan. 2017.

HARM REDUCTION INTERNATIONAL (org.). **What is harm reduction?** 2021. Disponível em: <https://www.hri.global/what-is-harm-reduction>. Acesso em: 15 jun. 2021.

HECK, N.C.; et al. Reducing risk for illicit drug use and prescription drug misuse: High school gay-straight alliances and lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. **Addictive Behaviors**, [s.l.], v. 39, n. 4, p.824-828, abr. 2014.

HEIN, L.C.; et al. Policy brief: protecting vulnerable lgbtq youth and advocating for ethical health care. **Nursing Outlook**, [S.L.], v. 66, n. 5, p. 505-507. 2018.

HENRIQUE, I.F.S.; et al. Validação da Versão Brasileira do Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro E Outras Drogas (ASSIST). **Rev Assoc Med Bras.** v. 50, n. 2, p. 199-206. 2004.

HIBBERT, M.P.; et al. Psychosocial and sexual factors associated with recent sexual health clinic attendance and HIV testing among trans people in the UK. **BMJ Sexual & Reproductive Health**, [s.l.], p.1-10, 30 out. 2019.

HIBBERT, M; et al. Experiences of stigma and discrimination in social and healthcare settings among trans people living with HIV in the UK. **Aids Care**, [s.l.], v. 30, n. 7, p.836-843, 6 fev. 2018.

HULLEY, S.B.; et al. **Delineando a pesquisa clínica**. 4. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2015.

HUMENIUK, R.; et al. **The Alcohol, Smoking and Substance involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care**. World Health Organization. 2010.

INFOPEN - Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias. **Composição da população por cor/raça no sistema prisional: julho a dezembro de 2019**. Disponível em:<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiN2ZlZWVmNzktNjRlZi00MjNiLWFhYmYtNjExNmMyNmYxMjRkIiwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MWYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9>. Acesso em: 26 maio 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA DE ESTATÍSTICA - IBGE. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa nacional de saúde 2019: acidentes, violências, doenças transmissíveis, atividade sexual, características do trabalho e apoio social** - Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 101p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA DE ESTATÍSTICA – IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Educação 2019**. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101736_informativo.pdf 2019. Acesso em: 26 fev 2021. 16p.

IRFFI, G.; SOARES R.B.; DESOUZA S.A. Fatores Socioeconômicos, Demográficos, Regionais e Comportamentais que Influenciam no Conhecimento sobre HIV/AIDS. **Revista Economia**. Brasília (DF), v.11, n.2, p.333–356. 2010.

JACOB POUSHTER. **What’s morally acceptable? It depends on where in the world you live**. Pew Research Center. 15 de abril de 2014. Disponível em: <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2014/04/15/whats-morally-acceptable-it-depends-on-where-in-the-world-you-live/>. Acessado em 02 fev 2021.

KAHLE, E.M.; et al. HIV Prioritization and Risk Perception Among an Online Sample of Men Who Have Sex With Men in the United States. **American Journal Of Men'S Health**, [S.L.], v. 12, n. 4, p. 676-687, 21 maio 2018.

KELLY, M.P.; BARKER, M. Why is changing health-related behaviour so difficult? **Public Health**, [S.L.], v. 136, p. 109-116, jul. 2016.

KENDALL-RAYNOR, P. Transgender training and knowledge left to chance. **Nursing Standard**, [s.l.], v. 31, n. 8, p.12-13, 19 out. 2016.

KERR, Ligia et al. HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil. **Medicine**. [S.L.], v. 97, n. 1, p. 9-15, maio 2018.

KHAWCHAROENPORN, T.; et al. HIV risk, risk perception and uptake of HIV testing and counseling among youth men who have sex with men attending a gay sauna. **Aids Research And Therapy**, [S.L.], v. 16, n. 1, p. 1-11, 12 jun. 2019.

KIM, M.Y.; OH, S. Nurses' Perspectives on Health Education and Health Literacy of Older Patients. **International Journal Of Environmental Research And Public Health**, [S.L.], v. 17, n. 18, p. 1-11, 4 set. 2020.

KIM, S. T.; PARK, T. Acute and Chronic Effects of Cocaine on Cardiovascular Health. **International journal of molecular sciences**, v. 20, n. 3, p. 584. 2019.

KORNBLITH, E.; et al. Marital status, social support, and depressive symptoms among lesbian and heterosexual women. **J Lesbian Stud.** 2016;20(1):157-73.

KRAWCZYK, N.; et al. Rising Trends of Prescription Opioid Sales in Contemporary Brazil, 2009–2015. **American Journal Of Public Health**, [S.L.], v. 108, n. 5, p. 666-668, maio 2018.

LAMBERT, R.F.; et al. Factors that Motivated Otherwise Healthy HIV-Positive Young Adults to Access HIV Testing and Treatment in South Africa. **Aids And Behavior**, [S.L.], v. 22, n. 3, p. 733-741, 11 fev. 2017.

LANHAM, M.; et al. “We're Going to Leave You for Last, Because of How You Are”: Transgender Women's Experiences of Gender-Based Violence in Healthcare, Education, and Police Encounters in Latin America and the Caribbean. **Violence And Gender**, [s.l.], v. 6, n. 1, p.37-46, mar. 2019.

LANNOY, L.H.; et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecções que causam corrimento uretral. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.L.], v. 30, n. 1, p. 2-13, 2021.

LEE, H.; et al. Internalized Homophobia, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults in South Korea: an age-stratified analysis. **LGBT Health**, [S.L.], v. 6, n. 8, p. 393-399, 1 dez. 2019.

LIMA, D.J.M.; et al. Comportamentos e práticas sexuais de homens que fazem sexo com homens. **Rev. bras. Enferm. Brasília**, v. 67, n. 6, p. 886-890. 2014.

LIMA, T. Educação básica e o acesso de transexuais e travestis à educação superior. **Revista do Instituto de Estudos Brasileiros**, [S.L.], n. 77, p. 70-87, 3 dez. 2020.

LIU, Y.; et al. Alcohol misuse, risky sexual behaviors, and HIV or syphilis infections among Chinese men who have sex with men. **Drug And Alcohol Dependence**, [S.L.], v. 168, p. 239-246, nov. 2016.

LOGIE, C.A.; et al. Associations between Police Harassment and HIV Vulnerabilities among Men Who Have Sex with Men and Transgender Women in Jamaica. **Health and human rights**. vol. 19, n.2, p.147-154. 2017.

LYONS, A.; PITTS, M.; GRIERSON, J. Versatility and HIV Vulnerability: patterns of insertive and receptive anal sex in a national sample of older australian gay men. **Aids And Behavior**, [S.L.], v. 17, n. 4, p. 1370-1377, 10 out. 2012.

MAGNO, L.; et al . Stigma and discrimination related to gender identity and vulnerability to HIV/Aids among transgender women: a systematic review. **Cad. Saúde Pública**. v. 35, n. 4, p. 1-21. 2019.

MALBERGIER, A; AMARAL, R.A. **Conceitos básicos sobre o uso abusivo e dependência de drogas**. 2013. São Luis, MA. 12p.

MALEKINEJAD, M.; et al. Effectiveness of community-based condom distribution interventions to prevent HIV in the United States: a systematic review and meta-analysis. **Plos One**, [S.L.], v. 12, n. 8, p. 1-19, 3 ago. 2017.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS - DSM-5. **American Psychiatric Association**; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento. 5. Ed – Porto Alegre: Artmed, 2014.

MARSHALL, B.D.L.; et al. Survival Sex Work and Increased HIV Risk Among Sexual Minority Street-Involved Youth. **Journal Of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, [s.l.], v. 53, n. 5, p.661-664, abr. 2010.

MCNEIL, J. et al. **The trans mental health study**. Edinburgh: Scotland: Scottish Transgender Alliance, 2012.

MELO, A.P.; et al. Retirada de opioides: uma revisão bibliográfica. **Brazilian Journal Of Development**, [S.L.], v. 6, n. 9, p. 67098-67112, 2020.

MELO, W. Ações itinerantes do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) em ambiente universitário. **Pesqui. prá. Psicossociais**. v. 14, n. 1, p. 1-10, mar. 2019.

MESQUITA, F. **Aids na rota da cocaína** — um conto santista. São Paulo: Anita Garibaldi, 1992.

MESQUITA, F.; BASTOS, F. I. **Drogas e Aids**: estratégias de redução de danos. São Paulo: Hucitec, 1994

MEYER, I.H. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence.. **Psychological Bulletin**, [S.L.], v. 129, n. 5, p. 674-697, set. 2003.

- MIRANDA, A.E.; et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecções que causam cervicite. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.L.], v. 30, n. 1, p. 1-12, 2021a.
- MIRANDA, A.E.; et al. Políticas públicas em infecções sexualmente transmissíveis no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.L.], v. 30, n. 1, p. 1-8, 2021b.
- MOAGI, M.M.; et al. Mental health challenges of lesbian, gay, bisexual and transgender people: an integrated literature review. **Health Sa Geseondheid**, [S.L.], v. 26, p. 1-12, 20 jan. 2021.
- MOLLBORN, S.E.; EVERETT, B. Understanding the Educational Attainment of Sexual Minority Women and Men. **Res Soc Stratif Mobil**. v. 41, p.40-55. 2015.
- MOORE, C.L.; et al. Patterns of Drug Use and Drug-related Hospital Admissions in HIV-Positive and -Negative Gay and Bisexual Men. **Aids And Behavior**, [s.l.], v. 20, n. 10, p.2372-2386, 2 fev. 2016.
- MORAES, D.C.A; et al. O conhecimento de pessoas vivendo com HIV/AIDS sobre a Terapia Antirretroviral. **Enfermería Global**, [S.L.], v. 17, n. 1, p. 111-126, 30 dez. 2017.
- MOREIRA, L.R.; DUMITH, S.C.; PALUDO, S.S. Uso de preservativos na última relação sexual entre universitários: quantos usam e quem são?. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 23, n. 4, p. 1255-1266, abr. 2018.
- MORETTI-PIRES, R.O.; et al. Preconceito contra Diversidade Sexual e de Gênero entre Estudantes de Medicina de 1º ao 8º Semestre de um Curso da Região Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S.L.], v. 43, n. 11, p. 557-567. 2019.
- MORETTO, M.C.; et al. Associação entre cor/raça, obesidade e diabetes em idosos da comunidade: dados do estudo fibra. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 32, n. 10, p. 1-12, out. 2016.
- MUSUMARI, P.M.; et al. Factors associated with HIV testing and intention to test for HIV among the general population of Nonthaburi Province, Thailand. **Plos One**, [S.L.], v. 15, n. 8, p. 1-16, 14 ago. 2020.
- NAGAMINE, R.R.V.K. Os direitos de pessoas LGBT na ONU (2000-2016). **Sexualidad, Salud y Sociedad**. [S.L.], n. 31, p. 28-56, abr. 2019.
- NASCIMENTO, G.C.M.; SCORSOLINI-COMIN, F.B. A Revelação da homossexualidade na família: revisão integrativa da literatura científica. **Temas em Psicologia**, [S.L.], v. 26, n. 3, p. 1527-1541, 2018.
- NEWCOMB, M.E.; MUSTANSKI, B. Developmental Change in the Effects of Sexual Partner and Relationship Characteristics on Sexual Risk Behavior in Young Men Who Have Sex with Men. **Aids And Behavior**, [S.L.], v. 20, n. 6, p. 1284-1294, 11 abr. 2016.

NEWCOMB, M.E.; MUSTANSKI, B. Developmental Change in the Relationship Between Alcohol and Drug Use Before Sex and Sexual Risk Behavior in Young Men Who Have Sex with Men. **Aids And Behavior**, [s.l.], v. 18, n. 10, p.1981-1990, 3 abr. 2014.

NISHIMURA, M.; et al. The Impact of Substance Abuse on Heart Failure Hospitalizations. **The American Journal Of Medicine**, [S.L.], v. 133, n. 2, p. 207-213, fev. 2020.

OLIVEIRA, J.M.D; MOTT, L. **Mortes violentas de LGBT+ no Brasil – 2019**: Relatório do Grupo Gay da Bahia. 1. ed. – Salvador: Editora Grupo Gay da Bahia, 2020.

OLIVEIRA, K.A.; et al. Associação entre raça/cor da pele e parto prematuro: revisão sistemática com meta-análise. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 52, p. 1-11, 2 abr. 2018. org.br/biblioteca/item/avancos-e-retrocessos-em-politicas-publicas-contemporaneas-relacionadas-genero-e. Acesso em: 23 mar. 2021. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals**. Geneva, World Health Organization, 1975. 33p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Glosario de términos de alcohol y drogas**. Geneve: WHO; 1994. 66p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Saúde sexual, direitos humanos e a lei** (trad.). Porto Alegre, UFRGS, 2020. 88 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Sexually Transmitted and Other Reproductive Tract Infections: A guide to essential practice**. Geneva, 2005. 193 p.

OVIDO, R.A.M.; CZERESNIA, D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. **Interface (Botucatu)**. v. 19, n. 53, p. 237-250. 2015.

PAIVA, V.; AYRES, J. R.; BUCHALLA, C. M. (Org.). **Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania**. Curitiba: Juruá, 2012. p. 43-94. (Livro 1).

PANDO, M.A.; et al. HIV Knowledge and Beliefs Among Men Who Have Sex With Men (MSM) in Buenos Aires, Argentina. **Aids And Behavior**, [S.L.], v. 17, n. 4, p. 1305-1312, 8 jan. 2013.

PARENTE, J.S.; et al. Álcool, drogas e violência: implicações para a saúde de minorias sexuais. **Reprodução & Climatério**, [S.L.], v. 30, n. 3, p. 108-114, set. 2015.

PARKER, R. **Na contramão da Aids: sexualidade, intervenção, política**. Rio de Janeiro, ABIA, Editora São Paulo - 34, 2000.

PATEL, V.V.; et al. Social Media Use and HIV-Related Risk Behaviors in Young Black and Latino Gay and Bi Men and Transgender Individuals in New York City: implications for online interventions. **Journal Of Urban Health**, [S.L.], v. 93, n. 2, p. 388-399, 2 mar. 2016.

- PAULA, C.E.A; SILVA, AP; BITTAR, C.M.L. Vulnerabilidade legislativa de grupos minoritários. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 12, p. 3841-3848. 2017.
- PAVELTCHUK, F.O.; DAMÁSIO, B.F.; BORSA, J.C. Impact of Sexual Orientation, Social Support and Family Support on Minority Stress in LGB People. **Temas em Psicologia**, [S.L.], v. 27, n. 3, p. 735-748, 2019.
- PEBODY, R. **The biology of HIV transmission**: estimated HIV risk per exposure. 2020. Disponível em: <https://www.Aidsmap.com/about-HIV/estimated-HIV-risk-exposure>. Acesso em: 01 jun. 2021.
- PEREIRA, G.F.M. et al. HIV/AIDS, STIs and viral hepatitis in Brazil: epidemiological trends. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.L.], v. 22, n. 1, p. 1-3, 2019.
- PHILLIPS II, G.; et al. Trends in Alcohol Use Behaviors by Sexual Identity and Behavior Among High School Students, 2007-2017. **J Adolesc Health**. 2019 Dec;65(6):760-768.
- PINES, H.A.; et al. Concurrency and HIV transmission network characteristics among MSM with recent HIV infection. **Aids**, [S.L.], v. 30, n. 18, p. 2875-2883, 28 nov. 2016.
- PINTO, V.M.; et al. Fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis: inquérito populacional no município de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 23, n. 7, p. 2423-2432, jul. 2018.
- POLIT D.F., BECK C.T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 9ª ed. Porto Alegre: ArtMed; 2018.
- PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 51, n. 3, 390-395. 1983.
- QUEIROZ, A.A.F.L.N.; et al. Knowledge about HIV/AIDS and implications of establishing partnerships among Hornet® users. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 71, n. 4, p. 1949-1955, ago. 2018.
- RANSOME, Y.; et al. Social Capital and Risk of Concurrent Sexual Partners Among African Americans in Jackson, Mississippi. **Aids And Behavior**, [S.L.], v. 24, n. 7, p. 2062-2072, 28 dez. 2019.
- REAM, G. L. What's Unique About Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Youth and Young Adult Suicides? Findings From the National Violent Death Reporting System. **Journal of Adolescent Health**., v. 64, n. 5, p. 602–607, 2019.
- REDOSCHI, B.R.L.; et al. Uso rotineiro do teste anti-HIV entre homens que fazem sexo com homens: do risco à prevenção. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 33, n. 4, p. 1-22, 2017.
- REIS, T., org. **Manual de Comunicação LGBTI+**. 2ª edição. Curitiba: Aliança Nacional LGBTI / GayLatino, 2018.
- REISNER, S.L.; et al. Perceived Barriers and Facilitators to Integrating HIV Prevention and Treatment with Cross-Sex Hormone Therapy for Transgender Women in Lima, Peru. **Aids And Behavior**, [s.l.], v. 21, n. 12, p.3299-3311, 18 abr. 2017.

- REISNER, SL; et al. Sexual risk behaviors and psychosocial health concerns of female-to-male transgender men screening for STDs at an urban community health center. **Aids Care**, [s.l.], v. 26, n. 7, p.857-864. 2014.
- RIBEIRO, L.M.; SCORSOLINI-COMIN, F. Relações entre religiosidade e homossexualidade em jovens adultos religiosos. **Psicologia & Sociedade**, [S.L.], v. 29, n. 1, p. 1-11, 7 dez. 2017.
- RICH, A.; et al. Sexual HIV risk among gay, bisexual and queer transgender men: findings from interviews in Vancouver, Canada. **Culture, Health & Sexuality**, [S.L.], v. 19, n. 11, p. 1197-1209, 3 abr. 2017.
- ROSA, DF; et al. Nursing Care for the transgender population: genders from the perspective of professional practice. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 72, n. 1, p.299-306, fev. 2019.
- ROSIŃSKA, M.; et al. Prevalence of drug use during sex amongst MSM in Europe: results from a multi-site bio-behavioural survey. **International Journal Of Drug Policy**, [S.L.], v. 55, p. 231-241, maio 2018.
- ROZIN, L.; ZAGONEL, I.P.S. Fatores de risco para dependência de álcool em adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 25, n. 2, p. 314-318, 2012.
- RUSSELL, S.T.; FISH, J.N. Mental Health in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Youth. **Annual Review Of Clinical Psychology**, [s.l.], v. 12, n. 1, p.465-487, 28 mar. 2016.
- SALVATO, M. A.; FERREIRA, P. C. G.; DUARTE, A. J. M. O impacto da escolaridade sobre a distribuição de renda. **Estudos Econômicos** (São Paulo), [S.L.], v. 40, n. 4, p. 753-791, dez. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-41612010000400001>.
- SANTOS, C. P.; et al. Adesão ao uso do preservativo masculino por adolescentes escolares. **Brazilian Journal of Health Research**. v.18, n. 2, p.60–70. 2017.
- SANTOS, J.P.; SILVA, R.N.; FERREIRA, M.A. Health of the LGBTI+ Population in Primary Health Care and the Insertion of Nursing. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 23, n. 4, p. 1-6, 2019.
- SANTOS, V.F.; et al. Efeito do álcool em pessoas com HIV: tratamento e qualidade de vida. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.L.], v. 30, n. 1, p. 94-100, jan. 2017.
- SARTAJ, DT; et al. Mental illnesses and related vulnerabilities in the Hijra community: a cross-sectional study from india. **International Journal Of Social Psychiatry**, [S.L.], v. 67, n. 3, p. 290-297, 20 ago. 2020.
- SATCHER, M.F.; et al. Partner-Level Factors Associated with Insertive and Receptive Condomless Anal Intercourse Among Transgender Women in Lima, Peru. **Aids And Behavior**, [S.L.], v. 21, n. 8, p. 2439-2451, 17 set. 2016.

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

SCHULER, M.S.; et al. Substance Use Disparities at the Intersection of Sexual Identity and Race/Ethnicity: results from the 2015-2018 national survey on drug use and health. **LGBT Health**, [S.L.], v. 7, n. 6, p. 283-291, 1 set. 2020.

SCOTE, F.D. **Será que temos mesmo direitos a universidade?** O desafio do acesso e a permanência de pessoas transexuais no ensino superior. 2017. 152f. – Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de São Carlos, Programa de Pós-Graduação em Educação, São Carlos (SP), 2017.

SEEKAEW, P.; et al. Correlates of nonadherence to key population-led HIV pre-exposure prophylaxis services among Thai men who have sex with men and transgender women. **BMC Public Health**, [s.l.], v. 19, n. 1, p.322-329, 21 mar. 2019.

SÉGUIN, E. **Minorias e grupos vulneráveis: uma abordagem jurídica**. Rio de Janeiro: Forense, 2002

SILVA, D.A.; et al. Estudiantes universitarios y su incursión en el alcohol, tabaco y otras sustancias. **Revista Cuidarte**, [S.L.], v. 10, n. 2, p. 1-14, 3 maio 2019.

SILVA, D.L.; et al. Estratégias de prevenção a IST realizadas por enfermeiros na atenção primária a saúde: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal Of Health Review**, [S.L.], v. 4, n. 2, p. 4028-4044. 2021.

SOARES, C.B.; et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo , v. 48, n. 2, p. 335-345. 2014.

SOUSA, P.J.; FERREIRA, L.O.C.S.; SÁ, J.B. Estudo descritivo da homofobia e vulnerabilidade ao HIV/Aids das travestis da Região Metropolitana do Recife, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 18, n. 8, p. 2239-2251. Abr 2013.

SOUSA, P.K.R.; et al. Vulnerabilidade: análise do conceito na prática clínica do enfermeiro em ambulatório de HIV/AIDS. **Rev. bras. Enferm.** Brasília, v. 64, n. 2, p. 381-384, Apr. 2011 .

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Integrative review: what is it? How to do it?. **Einstein (São Paulo)**, [s.l.], v. 8, n. 1, p.102-106, mar. 2010.

SOUZA, MHT; et al. Violência e sofrimento social no itinerário de travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 31, n. 4, p.767-776, abr. 2015.

TADELE, G.; AMDE, W.K. Health needs, health care seeking behaviour, and utilization of health services among lesbians, gays and bisexuals in Addis Ababa, Ethiopia. **International Journal For Equity In Health**. v. 18, n. 11, p.86-92, jun. 2019.

TAKEMOTO, M.L.S.; et al. Prevalence of sexually transmitted infections and bacterial vaginosis among lesbian women: systematic review and recommendations to improve care. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 35, n. 3, p. 1-17, 2019.

TAQUETTE, S.R.; RODRIGUES, A.O.; BORTOLOTTI, L.R. Percepção de pacientes com AIDS diagnosticada na adolescência sobre o aconselhamento pré e pós-teste HIV realizado. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 22, n. 1, p. 23-30, jan. 2017.

TEMMERMAN, M. et al. **Violence motivated by perception of sexual orientation and gender identity**: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 96, n. 1, p. 29- 41L, 2017.

THE YOGYAKARTA PRINCIPLES PLUS 10. **Additional principles and state obligations on the application of international human rights law in relation to sexual orientation, gender identity, gender expression and sex characteristics to complement the Yogyakarta principles**. Geneva. 2017. Disponível em: http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2017/11/A5_yogyakartaWEB-2.pdf. Acesso em: 14 jan. 2021.

THE YOGYAKARTA PRINCIPLES. **Principles on the Application of International Human Rights Law in Relation to Sexual Orientation and Gender Identity**. International Commission of Jurists. 2006. Disponível em http://www.yogyakartaprinciples.org/wp/wp-content/uploads/2016/08/principles_en.pdf. Acesso em: 13 jan. 2021.

TRACY, J;K.; SCHLUTERMAN, N.H.; GREENBERG, D.R. Understanding cervical cancer screening among lesbians: a national survey. **Bmc Public Health**, [s.l.], v. 13, n. 1, p.06-12, 4 maio 2013.

TREVISAN, E.R.; CASTRO, S.S. Centros de Atenção Psicossocial - álcool e drogas: perfil dos usuários. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 43, n. 121, p. 450-463, abr. 2019.

UNAIDS. **Communities at the centre defending rights breaking barriers reaching people with HIV services**. Global Aids Update. 2019.

UNAIDS. **Global Aids Update. Seizing The Moment**: Tackling entrenched inequalities to end epidemics. 2020.

UNAIDS. **Guia de terminologia do UNAIDS**. Brasília, DF. 2017. 46p.

UNAIDS. **Key Populations Atlas**: Data sources. 2017. Disponível em: <http://kpatlas.unAids.org/dashboard>. Acesso em: 19 mar. 2021.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME WEB SITE – UNODC. **World Drug Report 2020**. Disponível em: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html>. Acesso em 25 maio 2021.

URSI, E.S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura**. [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.

VULNERABILIDADE. *In: Dicionário Priberam da Língua Portuguesa*, 2008-2021, <https://dicionario.priberam.org/chave>. Acesso em 10 jan 2021.

VULNERABILIDADE. *In: Michaelis - Moderno dicionário da língua portuguesa*. <https://michaelis.uol.com.br/>. Acesso em 10 jan 2021.

WARD, BW; et al. **Sexual Orientation and Health Among U.S. Adults**: National Health Interview Survey, 2013. Hyattsville, Md.: National Center for Health Statistics; 2014.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: update methodology. **J Adv Nurs**. v. 52, n. 5, p. 546-53. 2005.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R.A.N. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 26, n. 3, p. 785-806, set. 2016.

**APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO,
CONHECIMENTOS SOBRE HIV, ASSISTÊNCIA À SAÚDE E COMPORTAMENTO
SEXUAL**

BLOCO A: INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

Data da entrevista __/__/__ Local: _____

A1. Qual a sua idade? _____ (ANOS)

A2. Você prefere que lhe tratem no feminino, masculino ou neutro?

(1) Feminino (2) Masculino (3) Neutro (4) Não sabe

A3. Qual a sua identidade de gênero atual?

(1) Mulher (2) Homem (3) Transexual (4) Transgênero (5) Não sabe
(7)Outro: _____

A4. Como você se classifica em relação a sua orientação sexual?

(1) Homossexual (2) Bissexual (3) Assexual(4)
Pansexual (5) Queer

A5. Como você se classifica em relação à sua raça/cor?

(1) Branca (2) Preta/Negra (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena (6) Não sabe

A6. Qual é a sua situação conjugal?

(1) Sozinho/solteiro/sem parceiro (a) (2) Namorando/ficando junto (3) Casado ou morando junto
(4) Separado ou divorciado (5) Viúvo (6) Não sabe

A7. Você tem filhos?

(1) Sim (2) Não - *pular para A9* (3) Não sabe(4) Não quis responder

A8. Quantos filhos você tem? _____(número)

A9. Até que série você estudou? _____ (escrever a série)

A10. Qual a sua principal ocupação/trabalho atualmente? (Pode marcar mais de uma opção)

(1) Servidor (a) público (2) Empregado (a) com carteira de trabalho (3) Empregado (a) sem carteira de trabalho

- (1) Não tenho religião – **pular para o Bloco B** (2) Católica (3) Espírita
 (4) Afro-brasileira (Umbanda ou Candomblé) (5) Evangélica/Protestante
 (6) Outra. Qual? _____
 (7) Não sabe (8) Não quis responder

A17. Com que frequência por mês vai a cultos ou atividades religiosas? _____ (Escrever)

A18. Você se sente acolhido (respeitado, bem vindo) nas atividades promovidas pela sua religião (cultos, reuniões...)?

- (1) Sim (2) Não (3) Não sabe

BLOCO B: CONHECIMENTO SOBRE IST, Aids, HEPATITES VIRAIS E ACESSO A PRESERVATIVOS: *Agora vamos falar sobre conhecimentos de HIV, Aids e Hepatites e como você acha que essas doenças podem ser transmitidas.*

B1. Se uma pessoa usar camisinha toda vez que ela tiver relação sexual ela terá menos risco de se infectar pelo vírus da Aids.

- (1) Concorda (2) Discorda (3) Não sabe
 (4) Não quis responder

B2. Se uma pessoa tiver relações sexuais somente com um parceiro fixo e não infectado pelo vírus da Aids ela terá menos risco de se infectar.

- (1) Concorda (2) Discorda (3) Não sabe (4) Não quis responder

B3. Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo vírus da Aids.

- (1) Concorda (2) Discorda (3) Não sabe (4) Não quis responder

B4. Uma pessoa pode se infectar com o vírus da Aids ao ser picada por um inseto, como um mosquito ou pernilongo.

- ((1) Concorda (2) Discorda (3) Não sabe (4) Não quis responder

B5. Uma pessoa pode se infectar com o vírus da Aids compartilhando talheres, copos ou refeições com alguém que está infectado.

- (1) Concorda (2) Discorda (3) Não sabe (4) Não quis responder

B6. Uma pessoa pode se infectar com o vírus da Aids compartilhando seringa ou agulha com outras pessoas.

- (1) Concorda (2) Discorda (3) Não sabe (4) Não quis responder

B7. Uma pessoa pode se infectar com o vírus da Aids se não usar preservativos nas relações sexuais.

- (1) Concorda
quis responder
- (2) Discorda
- (3) Não sabe
- (4) Não

BLOCO C: ASSISTÊNCIA À SAÚDE - Agora vamos falar sobre suas experiências nos serviços de saúde que costuma frequentar.

C1. Nos últimos 12 meses, onde você recebeu de forma regular preservativos? Marque quantas opções forem aplicáveis

- (1) Recebi de graça no serviço de saúde governamental (ONG)
- (2) Recebi de graça em organização não governamental (ONG)
- (3) Recebi de graça no local de trabalho
- (4) Recebi de graça em outro local
- (5) Comprou
- (6) Não obtive camisinha
- (7) Não uso camisinha
- (8) Não sabe

C2. Nos últimos 12 meses, você recebeu de forma regular gel/creme lubrificante? (L)

Marque quantas opções forem aplicáveis

- (1) Recebi de graça no serviço de saúde governamental (ONG)
- (2) Recebi de graça em organização não governamental (ONG)
- (3) Recebi de graça no local de trabalho
- (4) Recebi de graça em outro local
- (5) Comprou
- (6) Não obtive gel lubrificante
- (7) Não uso gel lubrificante
- (8) Não sabe

C3. Nos últimos 12 meses você fez algum teste para identificar infecções transmitidas pelo sexo, as chamadas IST?

- (1) Sim
quis responder – pular para C6
- (2) Não – ir para C6
- (3) Não sabe – pular para C6
- (4) Não

C4. Algum desses testes teve resultado positivo para alguma IST?

- (1) Sim Qual? _____
- (2) Não – ir para C6
- (3) Não sabe – pular para C6
- (4) Não quis responder – pular para C6

C5. Você recebeu tratamento para alguma dessas IST?

- (1) Sim
quis responder – pular para C6
- (2) Não – ir para C6
- (3) Não sabe – pular para C6
- (4) Não

C6. Nos últimos 12 meses, você apresentou: Marque quantas opções forem aplicáveis

- (1) Corrimento pelo canal da urina
ânus
- (2) Úlceras ou Feridas no seu órgão genital ou ânus
- (3) Verrugas no seu órgão genital ou ânus
- pular para C9
- (4) Não teve nenhum dos problemas mencionados
- (5) Não sabe - pular para C9
- (6) Não quis responder - pular para C9

C7. Na última vez que você teve algum problema (verruga, corrimento, ferida, etc.), no seu órgão genital ou ânus onde procurou ajuda?

- (1) Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)
- (2) Centro de Especialidades, Policlínica pública ou Ambulatório de Hospital Público
- (3) UPA (Unidade de Pronto Atendimento) ou Pronto-socorro ou emergência de hospital público
- (4) Consultório particular, ambulatório ou consultório de clínica particular
- (5) Pronto-atendimento ou emergência de hospital particular
- (6) Farmácia
- (7) Outro lugar ou alguém de sua confiança (amigas(os), bombadeira, cafetina, benzedeira etc)
- (8) Não procurou ajuda - *pular para C9*
- (9) Nunca tive nenhum problema no órgão genital ou ânus - *pular para C9*
- (10) Não sabe - *pular para C9*
- (11) Não quis responder - *pular para C9*

C8. Na última vez que você teve um desses problemas no seu órgão genital ou ânus, você foi orientado sobre: Marque quantas opções forem aplicáveis

- | | |
|---|--|
| (1) Uso de preservativo durante as relações sexuais parceiros | (2) Necessidade de tratamentos dos parceiros |
| (3) Fazer o teste de HIV (vírus da Aids) sífilis | (4) Fazer o teste de sífilis |
| (5) Fazer o teste de hepatite orientações | (6) Não recebi orientações |
| (7) Não sabe | (8) Não quis responder |
| (9) Outra: _____ | |

C9. Você já tomou vacina para Hepatite B?

- (1) Sim, todas as 3 doses
- (2) Sim, mas não completei as 3 doses
- (3) Não sabe

BLOCO D: TESTE DE HIV, SÍFILIS e HEPATITES - Agora vamos conversar sobre suas experiências ao fazer os testes de HIV e outras infecções.

D1. Caso queira realizar um teste de HIV/Aids, você sabe onde ir?

- (1) Sim
- (2) Não – *pular para D3*
- (3) Não sabe- *ir para D3*
- (4) Não quis responder- *ir para D3*

D2. Onde vc iria preferencialmente?

- (1) CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento) ou COA (Centro de Orientação e Aconselhamento)
- (2) Unidade de atenção básica (Posto de Saúde, Clínica da Família, Consultório de/na rua)
- (3) Pronto Socorro / UPA 24H / Hospital público
- (4) Hemocentro (doação de sangue)
- (5) Hospital particular
- (6) Consultório particular
- (7) Participando de Campanhas
- (8) No local de trabalho
- (9) ONG
- (10) Não sabe
- (11) Outro: _____

D3. Quais dos seguintes testes (rápidos ou laboratoriais) você já realizou alguma vez na vida?
Marque quantas opções forem aplicáveis

| Hepatite C | Sífilis | Hepatite B | HIV/Aids |
|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 1. Sim | 1. Sim | 1. Sim | 1. Sim |
| 2. Não | 2. Não | 2. Não | 2. Não |
| 3. Não sabe | 3. Não sabe | 3. Não sabe | 3. Não sabe |

D4. Você já fez teste de HIV/Aids de fluido oral/saliva?

(1) Sim (2) Não (3) Não conhece esse teste (4) Não Sabe

D5. Quando foi a última vez que você fez o teste de HIV/ Aids: _____ (em meses)

() Nunca fez- pular para D10 () Não sabe

D6. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você fez o teste para HIV/ Aids? _____ vez(es) ()
 Não sabe

D7. Onde você fez o teste para HIV/ Aids da última vez?

(1) CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento) ou COA (Centro de Orientação e Aconselhamento)
 (2) Unidade de atenção básica (Posto de Saúde, Clínica da Família, Consultório de/na rua)
 (3) Pronto Socorro / UPA 24H / Hospital público (4) Hemocentro (doação de sangue)
 (5) Hospital particular (6) Consultório particular
 (7) Participando de Campanhas (8) No local de trabalho
 (9) ONG (10) Não quis responder
 (11) Não sabe (12) Outro:

D8. Qual o principal motivo de você ter feito teste para HIV/ Aids da última vez?

(1) Por achar que tinha algum risco (camisinha furou, relação sem preservativo, compartilhamento de aparato para uso de droga injetável, etc.)
 (2) Me foi ofertado (campanhas) (3) Exame de rotina (checkup)
 (4) Por curiosidade
 (5) Porque o parceiro(a) pediu (6) Porque o parceiro(a) está infectado(a) pelo vírus do HIV
 (7) Por indicação médica (8) Por exigência do trabalho/concurso
 (9) Não sabe (10) Por outro motivo: _____

D9. Qual foi o resultado do seu último teste de HIV/ Aids?

(1) Positivo (2) Negativo (3) Não recebi resultado (4) Não sabe (5) Não quis responder

D10. Qual o principal motivo de você nunca ter feito o teste de HIV/Aids?

- (1) Nunca me foi ofertado residência/trabalho (2) Porque a UBS é muito distante da minha
- (3) Porque não sei onde fazer o teste (4) Não vejo motivo/não me sinto em risco
- (5) Porque tenho medo do resultado (6) Porque tenho medo do preconceito
- (7) Outro: _____ (8) Não sabe
- (9) Constrangimento

BLOCO E: COMPORTAMENTO SEXUAL- *Agora eu gostaria de fazer algumas perguntas sobre seus relacionamentos e comportamentos sexuais no período mais recente.*

E1. Com quantos anos você começou a ter relações sexuais? _____

E2. Nos últimos 3 meses, você teve relações sexuais com: *Marque quantas opções forem aplicáveis*

- (1) Com homens (2) Com mulheres (3) Com transexuais/travestis/transgêneros
- (4) Não teve relações sexuais – pular bloco E (5) Não sabe
- (6) Não quis responder

PARCEIROS(AS) FIXOS(AS): *Agora vamos falar de suas experiências sexuais. Vamos começar perguntando sobre seus parceiros(as) fixos(as), com quem você manteve ou mantém relações sexuais regularmente. Parceiro(a) fixo(a) pode ser um namorado(a), esposa/marido, companheiro(a) ou alguém para quem você não recebe nem dá nenhum tipo de dinheiro, favores ou drogas para ter relações sexuais.*

E3. Você teve relações sexuais com PARCEIROS(as) FIXO(AS) nos últimos 3 meses?

- (1) Sim (2) Não (3) Não tenho parceiro(a) fixo(a) — pular para E10

E4. Com quantos(as) PARCEIROS(as) FIXO(AS) você teve relações sexuais nos últimos 3 meses? _____

E5. Com que frequência você usou camisinha nos últimos 3 meses, com PARCEIROS(as) FIXO(AS)?

- (1) Sempre (2) Na maioria das vezes (3) Às vezes (4) Raramente (5) Nunca
- (6) Não sabe

E6. Com que frequência você bebeu e/ou usou alguma droga antes/durante a relação sexual com PARCEIROS(as) FIXO(AS) nos últimos 3 meses?

- (1) Sempre (2) Na maioria das vezes (3) Às vezes (4) Raramente (5) Nunca
- (6) Não sabe

E7. Qual a sua posição sexual?

- (1) Ativo- não fazer E9 (2) Passivo – pular para E9
- (3) Versátil – fazer E8 e E9
- (4) sexo sem penetração- pular para E10

E8. Com que frequência você usou camisinha com PARCEIROS(as) FIXO(AS) durante sexo anal, quando você penetrou, nos últimos 3 meses?

- (1) Sempre (2) Na maioria das vezes (3) Às vezes (4) Raramente (5) Nunca
- (6) Não sabe (7) Não quis responder

E9. Com que frequência você usou camisinha PARCEIROS(as) FIXO(AS), durante sexo anal, quando você foi penetrado, nos últimos 3 meses?

- (1) Sempre (2) Na maioria das vezes (3) Às vezes (4) Raramente (5) Nunca
(6) Não sabe (7) Não quis responder

E10. Com que frequência você usou camisinha com PARCEIROS(as) FIXO(AS) durante o sexo oral (quando você fez ou recebeu de outro(a)), nos últimos 3 meses?

- (1) Sempre (2) Na maioria das vezes (3) Às vezes (4) Raramente (5) Nunca
(6) Não sabe (7) Não quis responder

PARCEIROS(AS) EVENTUAIS/CASUAIS: *Agora vamos falar de suas experiências sexuais nos últimos 30 dias com parceiros(as) eventuais/casuais. Parceiro(a) eventual/casual é alguém com quem você transou uma ou mais vezes sem regularidade ou compromisso, e para quem você não recebe nem dá dinheiro, drogas ou favores para ter relações sexuais. Pode ser um rolo, ficante, paquera etc...*

E11. Você teve relações sexuais com PARCEIROS(AS) EVENTUAIS/CASUAIS nos últimos 3 meses?

- (1) Sim (2) Não (3) Não tenho parceiro(a) /casual (4) Não sabe (5) Não quis responder

E12. Com quantos(as) PARCEIROS(AS) EVENTUAIS/CASUAIS você teve relações sexuais nos últimos 3 meses? _____

E13. Com que frequência você usou camisinha com PARCEIROS(AS) EVENTUAIS/ CASUAIS nos últimos 3 meses?

- (1) Sempre (2) Na maioria das vezes (3) Às vezes (4) Raramente (5) Nunca (6) Não sabe

E14. Com que frequência você bebeu e/ou usou alguma droga antes/durante a relação sexual com PARCEIROS(AS) EVENTUAIS/CASUAIS nos últimos 3 meses?

- (1) Sempre (2) Na maioria das vezes (3) Às vezes (4) Raramente (5) Nunca (6) Não sabe

E15. Qual a sua posição sexual?

- (1) Ativo- não fazer E17 (2) Passivo – pular para E17
(3) Versátil – fazer E16 e E17
(4) sexo sem penetração- pular para E18

E16. Com que frequência você usou camisinha com PARCEIROS CASUAIS/EVENTUAIS durante sexo anal, quando você penetrou, nos últimos 3 meses?

- (1) Sempre (2) Na maioria das vezes (3) Às vezes (4) Raramente (5) Nunca (6) Não sabe

E17. Com que frequência você usou camisinha com PARCEIROS CASUAIS/EVENTUAIS, durante sexo anal, quando você foi penetrado, nos últimos 3 meses?

(1) Sempre (2) Na maioria das vezes (3) Às vezes (4) Raramente (5) Nunca (6) Não sabe

E18. Com que frequência você usou camisinha com PARCEIROS CASUAIS/EVENTUAIS durante o sexo oral (quando você realizou ou recebeu), nos últimos 3 meses?

(1) Sempre (2) Na maioria das vezes (3) Às vezes (4) Raramente (5) Nunca (6) Não sabe

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado senhor(a),

Eu, Ana Karina Bezerra Pinheiro, enfermeira, professora do Departamento de em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, estou convidando você para participar de uma pesquisa que será realizada sob minha responsabilidade, intitulada como “VULNERABILIDADES PESSOAIS, SOCIAIS, E PROGRAMÁTICAS DA POPULAÇÃO LGBT”.

Os participantes devem ser maiores de dezøito anos, brasileiros, que tenham tido pelo menos um encontro sexual no último ano e que frequentemente locais de sociabilidade LGBT. Espera-se que com os dados obtidos possam auxiliar na formulação de políticas de forma a melhorar a qualidade de vida dessa população. Peço sua autorização para participar de uma entrevista que contém perguntas de identificação, comportamentos, vulnerabilidades e práticas sexuais. Garanto que a participação na entrevista não envolve riscos para o participante e que, esse encontro terá duração de, no máximo, 30 minutos e o senhor poderá, a qualquer momento, perguntar sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao estudo, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. Você tem liberdade de não participar ou de retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isto traga prejuízo para você.

Para sua maior comodidade, asseguramos que o sigilo de sua identidade será mantido, e você poderá desistir de participar quando achar conveniente. O estudo não trará nenhuma despesa para você e todos os recursos utilizados serão gratuitos.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (COMEPE) poderá ser consultado sobre o projeto pelo telefone (85) 3366 8338. Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço:

Ana Karina Bezerra Pinheiro
Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará
Rua Alexandre Baraúna, 1115. Fone: 3366-8448
anakarinaufc@hotmail.com

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu, _____ RG nº _____, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos acima relacionados, concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, ____ de _____ de 2019

Assinatura do participante

**ANEXO A – ALCOHOL, SMOKING AND SUBSTANCE INVOLVEMENT
SCREENING TEST (ASSIST)
OMS, 2010**



Nome _____ Sexo () F () M Idade _____ Registro _____
Entrevistador _____ Data _____

| 1. Na sua vida qual(is) desta(s) substância(s) você já usou? (somente uso não prescrito pelo médico) | NÃO | SIM |
|---|-----|-----|
| a. derivados do tabaco | Não | Sim |
| b. bebidas alcoólicas | Não | Sim |
| c. maconha | Não | Sim |
| d. cocaína, crack | Não | Sim |
| e. anfetaminas ou êxtase | Não | Sim |
| f. inalantes | Não | Sim |
| g. hipnóticos/sedativos | Não | Sim |
| h. alucinógenos | Não | Sim |
| i. opioides/opiáceos | Não | Sim |
| j. outras; especificar | Não | Sim |

- SE "NÃO" em todos os itens, investigue:
"Nem mesmo quando estava na escola?"
- Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista;
- Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões;
- Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2, pule para a questão 6; com outras respostas continue com as demais questões;

| 3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (primeira droga, depois a segunda droga etc.) | NUNCA | 1 OU 2 VEZES | MENSALMENTE | SEMANALMENTE | DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS |
|---|-------|--------------|-------------|--------------|------------------------------------|
| a. derivados do tabaco | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| b. bebidas alcoólicas | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c. maconha | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d. cocaína, crack | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| e. anfetaminas ou êxtase | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| f. inalantes | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| g. hipnóticos/sedativos | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| h. alucinógenos | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| i. opioides/opiáceos | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| j. outras; especificar | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |

NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

- a. derivados do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
 b. bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champanhe, licor, pinga, uísque, vodka, vermouths, caninha, rum, tequila, gim)
 c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank etc.)
 d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brilho)
 e. estimulantes, como anfetaminas (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
 f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tiner, dorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança-perfume, cheirinho da loló)
 g. hipnóticos/sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
 h. alucinógenos (LSD, chá de lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)
 i. opioides/opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína, elixir, metadona, meperidina, propoxifeno)
 j. outras – especificar:

| 2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (primeira droga, depois a segunda droga etc.) | NUNCA | 1 OU 2 VEZES | MENSALMENTE | SEMANALMENTE | DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS |
|--|-------|--------------|-------------|--------------|------------------------------------|
| a. derivados do tabaco | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| b. bebidas alcoólicas | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| c. maconha | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| d. cocaína, crack | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| e. anfetaminas ou êxtase | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| f. inalantes | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| g. hipnóticos/sedativos | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| h. alucinógenos | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| i. opioides/opiáceos | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| j. outras; especificar | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |

| 4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga etc.) resultou em problemas de saúde, sociais, legais ou financeiros? | NUNCA | 1 OU 2 VEZES | MENSALMENTE | SEMANALMENTE | DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS |
|---|-------|--------------|-------------|--------------|------------------------------------|
| a. derivados do tabaco | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| b. bebidas alcoólicas | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| c. maconha | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| d. cocaína, crack | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| e. anfetaminas ou êxtase | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| f. inalantes | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| g. hipnóticos/sedativos | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| h. alucinógenos | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| i. opioides/opiáceos | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| j. outras; especificar | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |

CONT. ANEXO A – ALCOHOL, SMOKING AND SUBSTANCE INVOLVEMENT SCREENING TEST (ASSIST)

OMS, 2010

| 5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga etc.), você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você? | NUNCA | 1 OU 2 VEZES | MENSALMENTE | SEMANALMENTE | DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS |
|--|-------|--------------|-------------|--------------|------------------------------------|
| a. derivados do tabaco | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| b. bebidas alcoólicas | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| c. maconha | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| d. cocaína, crack | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| e. anfetaminas ou êxtase | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| f. inalantes | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| g. hipnóticos/sedativos | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| h. alucinógenos | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| i. opioides/opiáceos | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| j. outras; especificar | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |

| 7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (primeira droga, depois a segunda droga etc.) e não conseguiu? | NÃO, nunca | SIM, nos últimos 3 meses | SIM, mas NÃO nos últimos 3 meses |
|---|------------|--------------------------|----------------------------------|
| a. derivados do tabaco | 0 | 6 | 3 |
| b. bebidas alcoólicas | 0 | 6 | 3 |
| c. maconha | 0 | 6 | 3 |
| d. cocaína, crack | 0 | 6 | 3 |
| e. anfetaminas ou êxtase | 0 | 6 | 3 |
| f. inalantes | 0 | 6 | 3 |
| g. hipnóticos/sedativos | 0 | 6 | 3 |
| h. alucinógenos | 0 | 6 | 3 |
| i. opioides/opiáceos | 0 | 6 | 3 |
| j. outras; especificar | 0 | 6 | 3 |

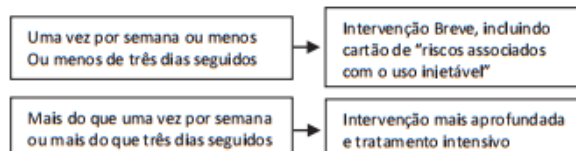
- FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1

| 6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga etc.)? | NÃO, Nunca | SIM, nos últimos 3 meses | SIM, mas não nos últimos 3 meses |
|--|------------|--------------------------|----------------------------------|
| a. derivados do tabaco | 0 | 6 | 3 |
| b. bebidas alcoólicas | 0 | 6 | 3 |
| c. maconha | 0 | 6 | 3 |
| d. cocaína, crack | 0 | 6 | 3 |
| e. anfetaminas ou êxtase | 0 | 6 | 3 |
| f. inalantes | 0 | 6 | 3 |
| g. hipnóticos/sedativos | 0 | 6 | 3 |
| h. alucinógenos | 0 | 6 | 3 |
| i. opioides/opiáceos | 0 | 6 | 3 |
| j. outras; especificar | 0 | 6 | 3 |

Nota importante: Pacientes que tenham usado drogas injetáveis nos últimos três meses devem ser perguntados sobre seu padrão de uso injetável durante esse período, para determinar seus níveis de risco e a melhor forma de intervenção.

| 8. Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Somente uso não prescrito pelo médico) | | |
|--|--------------------------|----------------------------------|
| NÃO, nunca | SIM, nos últimos 3 meses | SIM, mas NÃO nos últimos 3 meses |

Guia de Intervenção para Padrão de uso injetável



PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

| Anote aqui a pontuação para CADA droga. SOME APENAS as pontuações das questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7 | Nenhuma intervenção | Receber Intervenção Breve | Encaminhar para tratamento mais intensivo |
|--|---------------------|---------------------------|---|
| Tabaco | 0-3 | 4-26 | 27 ou mais |
| Álcool | 0-10 | 11-26 | 27 ou mais |
| Maconha | 0-3 | 4-26 | 27 ou mais |
| Cocaína, crack | 0-3 | 4-26 | 27 ou mais |
| Anfetaminas ou êxtase | 0-3 | 4-26 | 27 ou mais |
| Inalantes | 0-3 | 4-26 | 27 ou mais |
| Hipnóticos/sedativos | 0-3 | 4-26 | 27 ou mais |
| Alucinógenos | 0-3 | 4-26 | 27 ou mais |
| Opióides/opiáceos | 0-3 | 4-26 | 27 ou mais |
| Outras; especificar | 0-3 | 4-26 | 27 ou mais |

Cálculo do escore de Envolvimento com Substância Específica

Para cada substância (de "a" a "j") some os escores obtidos nas questões 2 a 7 (inclusive). Não inclua no cálculo as pontuações das questões 1 e 8. Por exemplo, um escore para maconha deverá ser calculado do seguinte modo: Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c.
ATENÇÃO: para tabaco a questão 5 não deve ser pontuada, sendo obtida pela soma de Q2a + Q3a + Q4a + Q5a + Q7a.

- Adaptação e Validação para o Brasil por HENRIQUE, I. F. S. et al. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). Rev Assoc Med Bras 50:199-206 (2004).
- Versão original desenvolvida por WHO ASSIST WORKING GROUP (2002). Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/index.html>.
- Este instrumento faz parte do KIT FORMATURA do curso SUPERA, promovido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, do Ministério da Justiça, e executado pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP.

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VULNERABILIDADES AO HIV DA POPULAÇÃO LGBT E MULHERES EM SITUAÇÃO DE RUA E EM PRIVAÇÃO DE LIBERDADE

Pesquisador: VIVIEN CUNHA ALVES DE FREITAS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 29499120.8.0000.5054

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.921.161

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de métodos mistos, utilizando a estratégia de triangulação concomitante, em que são coletados simultaneamente dados quantitativos e qualitativos, com a finalidade de comparar e determinar convergências, diferenças ou combinações entre eles (FETTERS; CURRY; CRESWELL, 2013). O referencial a ser utilizado na abordagem qualitativa será a etnografia, uma modalidade de pesquisa social que foi desenvolvida por antropólogos. A amostra será de 400 participantes. A pesquisa ocorrerá no período de julho de 2020 a julho de 2021, nos locais onde há o acolhimento de mulheres e população LGBT em situação de rua e em privação de liberdade. Foram elencados quatro locais de coleta de dados: o Centro POP (Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua), com duas sedes localizadas nos bairros Centro e Benfica, na cidade de Fortaleza-Ceará; e em duas unidades prisionais na zona metropolitana de Fortaleza-Ceará: Instituto Penal Feminino Auri Moura Costa e Unidade Prisional Irmã Imelda Lima Pontes. Os critérios de inclusão serão: mulheres em situação de privação de liberdade e pessoas que se identifiquem como LGBT, maiores de 18 anos de idade, que estejam acolhidos nos locais onde este estudo será desenvolvido no período da coleta de dados, que aceitem participar da pesquisa e assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Critério de Exclusão: Não participarão as pessoas que utilizam com pouca frequência os espaços institucionais e que não se consideram vinculadas ao serviço. O instrumento utilizado para os dados quantitativos será um formulário estruturado, com perguntas fechadas. As questões serão construídas a partir da

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br