

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE**

Ben Hur Graboski Pinheiro

**Avaliação transversal do uso das
profilaxias de pré-exposição (PrEP) e
pós-exposição (PEP) ao HIV pela
população de gays, bissexuais e homens
que fazem sexo com homens no Brasil:
Estudo SMESH**

UFCSA
Universidade Federal de Ciências da Saúde
de Porto Alegre

**Porto Alegre
2024**

Ben Hur Graboski Pinheiro

**AVALIAÇÃO TRANSVERSAL DO USO DAS PROFILAXIAS DE PRÉ-
EXPOSIÇÃO (PrEP) E PÓS-EXPOSIÇÃO (PEP) AO HIV PELA POPULAÇÃO
DE GAYS, BISSEXUAIS E HOMENS QUE FAZEM SEXO COM
HOMENS NO BRASIL: ESTUDO SMESH**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Eliana Marcia da Ros Wendland

**Porto Alegre
2024**

Catálogo na Publicação

Pinheiro, Ben Hur Graboski

Avaliação transversal do uso das profilaxias de pré-exposição (PrEP) e pós-exposição (PEP) ao HIV pela população de gays, bissexuais e homens que fazem sexo com homens no Brasil: Estudo SMESH / Ben Hur Graboski Pinheiro. -- 2024.

110 p. : il., graf., tab. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2024.

Orientador(a): Prof.^a Dr.^a Eliana Marcia Da Ros Wendland.

1. Profilaxia Pré-Exposição. 2. Profilaxia Pós-Exposição. 3. Populações-chave. 4. HIV. 5. AIDS. I. Título.



Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

Ata de Defesa de Dissertação/Tese nº 37

De acordo com o estabelecido previamente pela Comissão Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, no dia 29/07/2024, com início às 14:00 horas, ocorreu a **Defesa de Mestrado** de Ben Hur Graboski Pinheiro, com orientação de Eliana Marcia Da Ros Wendland. O trabalho foi intitulado: “**AVALIAÇÃO TRANSVERSAL DO USO DAS PROFILAXIAS DE PRÉEXPOSIÇÃO (PrEP) E PÓS-EXPOSIÇÃO (PEP) AO HIV PELA POPULAÇÃO DE GAYS, BISSEXUAIS E HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS NO BRASIL: ESTUDO SMESH**”.

A Banca Examinadora foi composta por:

Liane Nanci Rotta – 677.795.140-72
Lucas Pitrez da Silva Mocellin - 011.141.270-60
Daniele Botelho Vinholes – 691.408.550-15

Foram disponibilizados quarenta minutos para exposição oral, seguida de período de arguição pela banca examinadora. Após análise e deliberações, a banca emitiu o parecer:

APROVAÇÃO
 REPROVAÇÃO

Uma vez tendo obtido aprovação na presente Defesa, e tendo cumprido os demais requisitos exigidos, conforme regulamento do Programa, será concedido o grau de “**Mestre em Ciências da Saúde: Epidemiologia e Métodos Diagnósticos**”.

Nada mais havendo a tratar, foi encerrada a sessão e lavrada a presente ata, que será assinada pela orientação e pela coordenação do Programa.

Porto Alegre, 12 de agosto de 2024.



Documento assinado eletronicamente por **Eliana Marcia Da Ros Wendland, Chefe do Departamento de Saúde Coletiva Substituta**, em 12/08/2024, às 14:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Tiago Franco de Oliveira, Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde**, em 20/08/2024, às 15:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site



https://sei.ufcspa.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1959663** e o código CRC **F22BFDC8**.

RESUMO

Introdução: A epidemia de HIV continua a ser uma preocupação global, especialmente entre populações-chave, como homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas transgênero, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis. Estratégias para interrupção da cadeia de transmissão incluem o uso da PrEP e PEP. **Objetivo:** Avaliar o uso de PrEP e PEP pela população cisgênero de gays, bissexuais e HSH em diferentes regiões do Brasil e identificar fatores sociocomportamentais associados ao seu uso. **Metodologia:** Estudo transversal, conduzido de 2019 a 2023 por meio da metodologia Respondent Driven-Sampling (RDS) com amostragem restrita às capitais estaduais. As análises foram conduzidas no software RDSAT (Respondent-Driven Sampling Analysis Tool) versão 6.0.1. A associação entre o uso das profilaxias anti-HIV e variáveis sociocomportamentais foi avaliada usando regressão de Poisson. **Resultados:** Dentre os 1.139 participantes do estudo, jovens de 18-24 anos e pessoas autodeclaradas pardas apresentaram uma redução significativa na prevalência do uso de PrEP ($p < 0,05$). Ter mais do que cinco parcerias sexuais nos últimos seis meses e se relacionar sexualmente com parceria vivendo com HIV foram características fortemente associadas ao uso de PrEP e de PEP. A disposição em usar PrEP disponível no sistema único de saúde (SUS) foi indicada pela maioria (87.9%) dos participantes (IC95%: 83.2 - 92.5%). **Conclusão:** No cenário brasileiro, os desafios na ampliação do uso de PrEP e PEP incluem a conscientização sobre saúde sexual entre jovens e adultos, considerando a pré-disposição positiva em relação ao uso de PrEP relatada pela maioria, bem como a mitigação das disparidades no acesso à saúde de forma adaptada às complexidades sociodemográficas e regionais do país.

Palavras-chave: Profilaxia Pré-Exposição. Profilaxia Pós-Exposição. HIV.

ABSTRACT

Introduction: The HIV epidemic remains a global concern, particularly among key populations such as men who have sex with men (MSM), transgender individuals, sex workers, and people who inject drugs. Strategies to interrupt the transmission chain include the use of PrEP and PEP. **Objective:** To assess the use of PrEP and PEP among the cisgender population of gay, bisexual men, and MSM in different regions of Brazil and to identify socio-behavioral factors associated with their use. **Methodology:** A cross-sectional study conducted from 2019 to 2023 using Respondent-Driven Sampling (RDS) methodology, with sampling restricted to state capitals. Analyses were performed using RDSAT (Respondent-Driven Sampling Analysis Tool) version 6.0.1. The association between the use of HIV prophylaxis and socio-behavioral variables was evaluated using Poisson regression. **Results:** Among the 1,139 study participants, young individuals aged 18-24 years and self-declared pardo individuals showed a significant reduction in PrEP use prevalence ($p < 0.05$). Having more than five sexual partners in the last six months and engaging in sexual relations with a partner living with HIV were strongly associated with PrEP and PEP use. The majority (87.9%) of participants expressed willingness to use PrEP available through the public healthcare system (SUS) (95% CI: 83.2 - 92.5%). **Conclusion:** In the Brazilian context, challenges in expanding the use of PrEP and PEP include raising awareness about sexual health among young and adult populations, considering the positive predisposition towards PrEP use reported by the majority. Furthermore, addressing disparities in healthcare access requires adaptations to the country's sociodemographic and regional complexities.

Keywords: Pre-Exposure Prophylaxis. Post-Exposure Prophylaxis. HIV.

LISTA DE SIGLAS

AZT	Zidovudina
ARVs	Antirretrovirais
AIDS	Acquired immunodeficiency syndrome
CD4	Grupamento de diferenciação 4
DNA	Deoxyribonucleic acid
ELISA	Enzyme-linked immunosorbent assay
GPC	Global HIV Prevention Coalition
HIV	Human immunodeficiency virus
HSH	Homens que fazem sexo com homens
IST	Infecções sexualmente transmissíveis
ONG	Organização não governamental
PVHA	Pessoa vivendo com HIV/AIDS
PrEP	Profilaxia pré-exposição
PEP	Profilaxia pós-exposição
PCDT	Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas
RT	Reverse-transcriptase
RNA	Ribonucleic acid
STLV III	Simian T-lymphotropic virus type III
SUS	Sistema único de saúde
TARV	Terapia antirretroviral
TARc	Terapia antirretroviral combinada
TR	Teste rápido
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS
UDI	Usuários de drogas injetáveis
WB	Western Blotting

SUMÁRIO

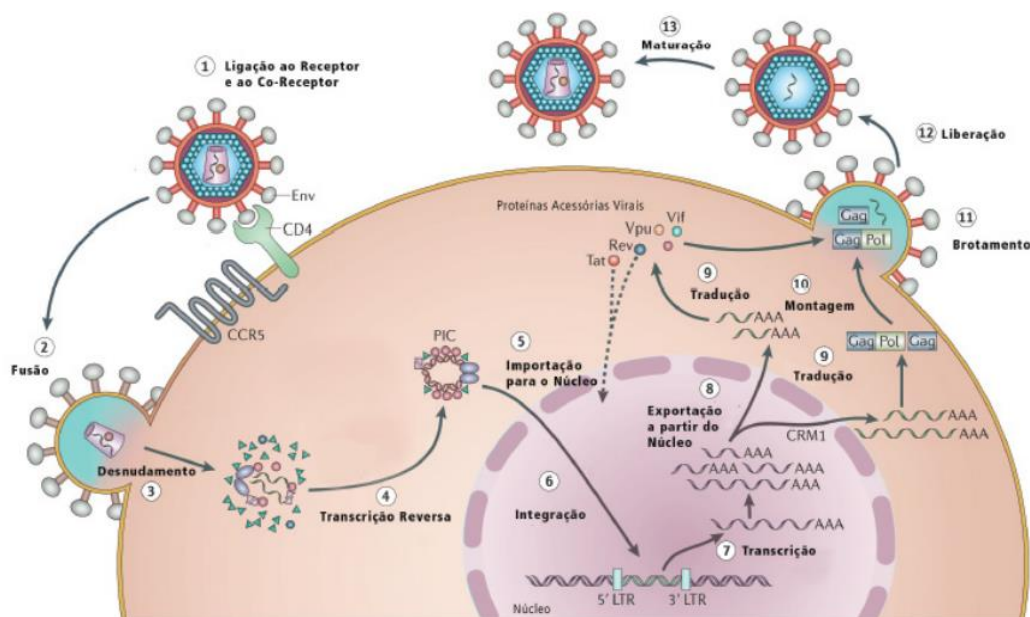
1	INTRODUÇÃO	9
1.1	HIV: AGENTE ETIOLÓGICO E CICLO REPLICATIVO	9
1.2	DIAGNÓSTICOS MODERNOS E PRECISÃO AUMENTADA	12
2	EPIDEMIOLOGIA	15
2.1	POPULAÇÕES-CHAVE.....	16
2.2	EPIDEMIA CONCENTRADA X EPIDEMIA GENERALIZADA	18
3	MEDIDAS DE CONTROLE	19
3.1	TERAPIA ANTIRRETROVIRAL	23
3.2	PrEP e PEP	26
	REFERÊNCIAS	29
4	OBJETIVOS	36
4.1	OBJETIVO GERAL	36
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	36
5	ARTIGO	37
6	CONCLUSÃO	57
	ANEXOS	58
1	NORMAS DA REVISTA	58
2	TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO	69
3	INSTRUMENTO DE PESQUISA APLICADO NA ENTREVISTA	71
4	PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP	107

1 INTRODUÇÃO

1.1 HIV: AGENTE ETIOLÓGICO E CICLO REPLICATIVO

Em 1985, alguns anos após os Estados Unidos, Haiti e África Central apresentarem os primeiros casos de infecção (1977 e 1978), foi denominado o agente etiológico causador da AIDS, *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), surgindo o teste diagnóstico para doença com base em anticorpos para o vírus (FIOCRUZ, 1999). A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) causada pelo vírus HIV, é uma doença que surge após o período prolongado de incubação do vírus (TEIXEIRA et al., 2022). Este agente etiológico, da família Retroviridae, se apresenta como um vírus envelopado, de ácido ribonucleico (RNA) de fita simples e polaridade positiva. Através da codificação da polimerase de ácido desoxirribonucleico (DNA) RNA-dependente – reverse-transcriptase (RT) – se torna capaz de replicar-se, por meio de um intermediário de DNA (MURRAY et al., 2014), como representado na Figura 1. Acredita-se que a cepa tenha sido originada de um retrovírus não patogênico de primatas (macacos-verdes) da África. O retrovírus, denominado STLV III (*simian T-lymphotropic virus type III*) pode ter sido transmitido através da mordida, ou de alimento malcozido (cérebro) do animal primata (KANKI; HOPPER; ESSEX, 1987).

Figura 1 – Ciclo replicativo do HIV-1.



Fonte: Adaptado de ENGELMAN; CHEREPANOV, (2012). PIC: Complexo Pré-Integração; CRM1: manutenção da região do cromossoma 1, Exportin 1; AAA: cauda de poliadenina.

Trata-se de um vírus com tropismo pelas células T que expressam a proteína CD4 (grupamento de diferenciação 4). Estes linfócitos entram em apoptose após serem infectados pelo material genético viral que se replica em seu interior, iniciando assim o processo de imunossupressão como resultado da redução dessas células (VERCH, 2022).

O HIV-2 também apresenta os genes *gag*, *pol* e *env* e genes regulatórios e acessórios com funções semelhantes às observadas no HIV-1. A similaridade entre os genomas dos dois vírus é de aproximadamente 50%. As regiões *gag* e *pol* do genoma viral apresentam maior similaridade entre o HIV-1 e HIV-2, ao contrário da região *env* (GUYADER et al., 1987; NICOLÁS et al., 2015). As proteínas do HIV-2 têm funções equivalentes às do HIV-1; entretanto, apresentam diferenças na composição de aminoácidos e no peso molecular (CLSI, 2011).

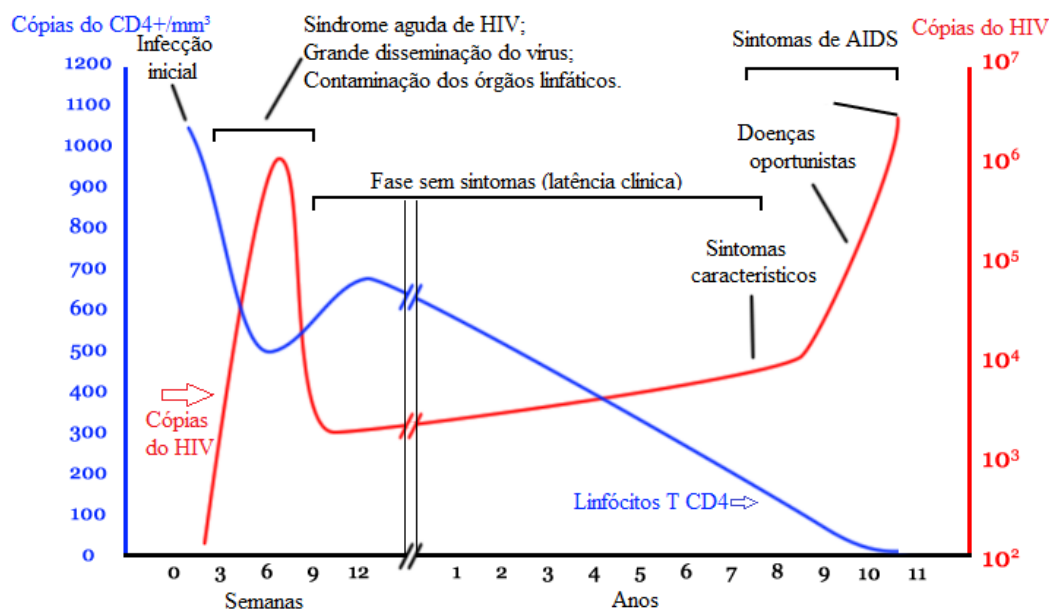
Dentre formas de transmissão, tais como sexo vaginal e anal sem camisinha, o sexo oral, compartilhamento de seringas, e transfusão de sangue contaminado durante a gravidez, no parto e na amamentação, também são meios por onde a infecção pode ser transmitida. Masturbação coletiva, beijos no rosto ou na boca, suor, lágrimas, picadas de insetos, apertos de mão ou abraços, compartilhamento de toalhas, sabonetes e lençóis, talheres e copos, uso de assentos de ônibus, piscina, uso de banheiro e a doação de sangue são atividades que não envolvem risco de transmissão de HIV (BRASIL, 2022a).

A janela imunológica é o intervalo de tempo entre a infecção pelo HIV até a primeira detecção de anticorpos anti-HIV que são produzidos pelo sistema de defesa do organismo. O período de duração da janela imunológica é de 30 dias, podendo variar de um organismo para o outro. Quando o teste para detecção de anticorpos anti-HIV é realizado durante o período desta janela existe um risco do resultado não ser assertivo, ou seja, não reagente, mesmo a pessoa estando infectada. Portanto recomenda-se que a testagem seja repetida após 30 dias. Contudo mesmo durante a janela imunológica o vírus pode ser transmitido (BRASIL, 2022b).

Após a infecção, o sistema imunológico passa a ser atacado. Essa é considerada a primeira fase, infecção aguda, onde o vírus fica incubado. Este período pode variar de três a seis semanas. O organismo leva de 30 a 60 dias após a infecção para produzir anticorpos anti-HIV. Os sintomas iniciais podem ser confundidos com uma gripe, e podem incluir febre, mal-estar, cefaleia, fadiga, faringite, exantema e linfadenopatia cervical/submandibular/axilar, mialgias e artralgias, ulcerações mucocutâneas e hepatoesplenomegalia (BRASIL, 2022c). A segunda fase é onde ocorre a interação entre células de defesa e as constantes e rápidas mutações do vírus. Porém o organismo ainda

não se encontra enfraquecido, o vírus amadurece e morre não causando grandes prejuízos ao organismo (Figura 2). Este período é chamado de assintomático e pode durar anos (BRASIL, 2022c).

Figura 2 – Fases clínicas do HIV.



Fonte: BRASIL, 2017.

Com frequentes ataques, o conseqüente rompimento de células imunes torna o organismo mais fraco, suscetível a infecções. Esta fase é denominada sintomática onde ocorre redução dos linfócitos T CD4 e glóbulos brancos do sistema imunológico. Pacientes podem apresentar: febre, diarreia, suor noturno e emagrecimento. Como a imunidade do organismo fica suprimida, o paciente fica exposto a outras doenças, atingindo o estágio avançado da doença (BRASIL, 2022c). Sendo assim, é necessária a orientação e metodologias que ampliem didaticamente a aprendizagem sobre sexo seguro, a fim de minimizar as infecções e sua transmissão e que favoreçam o conhecimento da população em relação aos seus direitos constitucionais, como, por exemplo, o de cuidado integral à saúde sem estigmas e julgamentos (OPAS; OMS, 2023).

1.2 DIAGNÓSTICOS MODERNOS E PRECISÃO AUMENTADA

Os índices atualizados da epidemia ganharam atenção por meio de métodos diagnósticos de rápida execução e retorno de resultados, como se dá na testagem rápida (TR) para detecção de anticorpos anti-HIV. Os métodos contemporâneos de detecção do vírus se distinguem pela sua precisão, eficácia e capacidade de fornecer resultados em tempo real, contribuindo significativamente para uma intervenção clínica mais eficiente (MUAUALO; NCUAZE, 2023), aspectos cruciais para uma análise epidemiológica aprofundada.

O surgimento da pandemia de HIV/AIDS na década de 1980 colocou em destaque a necessidade urgente de métodos de diagnóstico confiáveis e rápidos. Durante o período de identificação e isolamento do HIV, foram desenvolvidos métodos de cultura *in vitro*, no entanto, a produção do ELISA (*enzyme-linked immunosorbent assay*) só foi possível após a obtenção de linhagens celulares que permitissem a produção em massa de vírus (FERREIRA; MOTTA, 2020). Então, no dia 2 de março de 1985, nos EUA, a Abbott® anunciou o primeiro teste ELISA para a detecção de anticorpos anti-HIV. Este teste se baseava na identificação de anticorpos anti-HIV no plasma sanguíneo, oferecendo uma primeira linha de triagem para a infecção. No entanto, sua sensibilidade e especificidade, embora significativas, não eram perfeitas, levando à necessidade de testes confirmatórios (GÓES; FERREIRA; RAMOS, 2023).

O teste Western Blotting (WB) (TOWBIN; STAEHELIN; GORDON, 1979; BURNETTE, 1981; TOWBIN; GORDON, 1984), introduzido pouco depois do ELISA, consiste na detecção de proteínas específicas em amostras de lisados celulares ou de tecidos. Sendo assim, WB serviu como teste confirmatório necessário. Detectando proteínas específicas do HIV, ele proporcionou uma maior certeza no diagnóstico. Juntos, ELISA e WB formaram a base para o diagnóstico do HIV durante muitos anos. Durante essa janela, os testes baseados em anticorpos podem não detectar a infecção, levando a resultados falsamente negativos (TECHI et al., 2023).

Considerando essa lacuna, os testes moleculares para quantificação de carga viral foram desenvolvidos na década de 1990. Esses testes, em vez de procurar anticorpos, detectam o próprio RNA viral no sangue. Isso não apenas resolveu o período da janela imunológica para diagnóstico de HIV/AIDS, mas também permitiu o monitoramento da progressão da doença e a eficácia do tratamento, além de tornar possível fazer ajustes

terapêuticos mais informados, otimizando o manejo clínico dos pacientes (BENTO et al., 2023).

A utilização dos testes rápidos (TR) no Brasil teve início em 2001, a partir de publicação sobre recomendações para a profilaxia da transmissão materno infantil do HIV em 2001 (BRASIL, 2001). Estes testes, que também detectam anticorpos anti-HIV, fornecem resultados em menos de 30 minutos. Sua simplicidade e rapidez os tornam ideais para configurações com recursos limitados e campanhas de triagem em larga escala (BENITEZ et al., 2023). Ao contrário dos testes convencionais que necessitam de laboratórios equipados e processamento prolongado, os TR permitem uma detecção rápida, diretamente no local de atendimento ao paciente. Esta agilidade no diagnóstico facilita o acesso ao tratamento, especialmente em regiões remotas ou em ambientes com recursos limitados (FURLANI, 2009).

Ao mesmo tempo, os testes de quarta geração foram introduzidos. Estes combinam a detecção de anticorpos com a detecção de antígenos p24 do HIV. Isso reduz ainda mais a janela imunológica, permitindo uma detecção mais precoce da infecção (DUMONT-PENA et al., 2023). Atualmente sabe-se que os principais componentes virais com utilidade diagnóstica incluem as proteínas do envelope viral (gp160, gp120 e gp41), as proteínas codificadas pelo gene *gag* (p55, p24 e p17) e as proteínas codificadas pelo gene *pol* (p66, p51, p31) (CLSI, 2011).

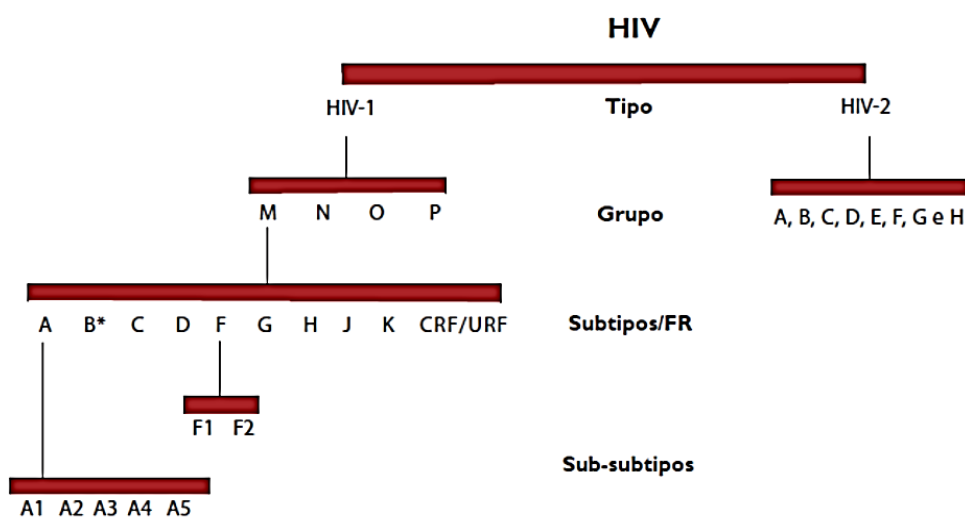
Uma inovação recente é o autoteste de HIV, que consiste em um teste rápido imunocromatográfico de utilização única, para a detecção de anticorpos contra o vírus da imunodeficiência humana tipos 1 e 2 (HIV-1/2) em amostras de sangue total por punção digital ou *swab* oral. Ele é destinado ao usuário leigo como um teste de triagem no diagnóstico da infecção por HIV-1 e HIV-2. Estes kits permitem que as pessoas obtenham resultados rapidamente em casa, sendo uma estratégia que tem o potencial de aumentar o diagnóstico entre pessoas que podem ser relutantes em visitar clínicas ou unidades de saúde (FIOCRUZ, 2024).

A evolução dos métodos de diagnóstico também trouxe avanços em termos de custo e acessibilidade. Muitos testes modernos são mais baratos de produzir, tornando o diagnóstico mais acessível em regiões com recursos limitados. A trajetória histórica dos métodos de diagnóstico do HIV/AIDS reflete a resposta global à pandemia. Desde os primeiros dias de incerteza e medo até os avanços contemporâneos, a capacidade de detectar e, assim, tratar eficazmente o HIV tem sido central no manejo do vírus (GRÄF; MESENBURG; FASSA, 2020).

O desenvolvimento e aprimoramento contínuos dos testes também conduziram a uma detecção mais precoce da infecção pelo HIV. Sabendo que a demora no diagnóstico, além de comprometer o tratamento, também diminui a expectativa de vida (RESENDE, 2021), torna-se imprescindível o acompanhamento constante de pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA). Isso é essencial, visto que um diagnóstico precoce pode resultar em um tratamento antirretroviral imediato, limitando a progressão da doença e reduzindo o potencial de transmissão. Adicionalmente, a capacidade de identificar coinfeções tornou-se uma vantagem fundamental dos diagnósticos modernos. Pacientes com HIV podem ser vulneráveis a outras infecções, como hepatites virais e tuberculose. Diagnosticar e tratar estas coinfeções concomitantemente é importante para otimizar a saúde e a longevidade dos pacientes (FERRO et al., 2021).

No contexto de avanços no diagnóstico, também é válido ressaltar a evolução das tecnologias de genotipagem que permitem a identificação de variantes específicas do HIV (Figura 3), ajudando a prever a resistência a determinados medicamentos ARVs e a personalizar regimes de tratamento, entretanto, ainda persistem desafios.

Figura 3 – Representação esquemática da classificação do HIV.



Fonte: DIAHV/SVS/MS, (2018).

*Inclui B (GPGR), B' (GPGQ) e B'' (GWGR).

O foco contínuo na melhoria dos métodos de diagnóstico não apenas aprimora o manejo clínico, mas também fortalece as estratégias de prevenção e controle global (CORRÊA et al., 2023). A implementação generalizada de testes avançados em regiões de baixa renda ainda é um obstáculo. Os custos associados, a formação técnica necessária

e a infraestrutura logística são barreiras que precisam ser superadas (ARAÚJO et al., 2023).

2 EPIDEMIOLOGIA

Os primeiros casos de infecção por HIV foram registrados em 1977 e 1978 nos Estados Unidos, Haiti e África Central. Após dois anos deste registro inicial, foi notificado o primeiro caso da doença no Brasil, em São Paulo (classificado como AIDS dois anos mais tarde) e houve a identificação da transmissão por transfusão sanguínea (FIOCRUZ, 1999). Inicialmente, a doença foi notificada como *Doença dos 5H* – *Homossexuais, Hemofílicos, Haitianos, Heroínômanos* (nome dado aos usuários de heroína injetável) e *Hookers* (termo em inglês que se refere a profissionais do sexo). Em 1984 houve a primeira notificação mundial de infecção por HIV em mulheres (BRASIL, 2018).

A AIDS passa a integrar o código internacional de doenças e procedimentos necessários ao tratamento da infecção são incluídos na tabela do Sistema Único de Saúde (SUS) e os medicamentos AZT e Zidovudina integram o coquetel anti-aids em 1987. Em 1988, o Brasil registrava 4.535 casos da doença e, após dois anos, o país alcançou o marco de 6 mil casos de AIDS. Um ano mais tarde, cerca de 10 milhões de pessoas estavam infectadas pelo HIV no mundo, sendo 11.805 no Brasil (FIOCRUZ, 1999). Nos dias atuais (2024), a prevalência média global de infecção por HIV entre a população com idades entre 15 e 49 anos é estimada em 0,7% (UNAIDS, 2022a). Em 2022, estima-se que 1,3 milhões de pessoas foram infectadas por HIV no mundo, resultando na estimativa de 39 milhões (33,1–45,7 mi) de PVHA globalmente. Destas, cerca de 990.000 (910.000-1.1 m) estão no Brasil (UNAIDS, 2023a).

A América Latina tem feito pouco progresso na redução das novas infecções por HIV na região desde o ano 2000, com o número aumentando em 5% entre 2010 e 2021. A partir de 2021, 2,2 milhões de pessoas na região (1,5–2,8 mi) viviam com HIV (UNAIDS, 2022b), resultando, em 2022, em uma prevalência estimada de HIV de 0,5% (0,4–0,5%) entre pessoas de 15 a 49 anos (UNAIDS, 2023a). No Brasil, um aumento importante da incidência da infecção no grupo de adolescentes foi observado. No que se refere às faixas etárias na população geral, observou-se no período de 2020-2022 que 23,4% dos casos são de jovens entre 15 e 24 anos (BRASIL, 2022). Dados de 2022 mostram que, a cada semana, aproximadamente 37 mulheres jovens com idades entre 15

e 24 anos foram infectadas pelo HIV (BRASIL, 2022). Diversos fatores contribuem para essa distribuição discrepante entre as populações, entre os quais se destacam a vulnerabilidade social, a discriminação e as barreiras ao acesso à saúde. Muitas vezes, devido ao estigma associado a determinadas práticas ou identidades, indivíduos podem hesitar em procurar serviços de saúde, testagem ou tratamento, exacerbando ainda mais a disseminação do vírus (PONTES-PEREIRA et al., 2023).

A falta de educação sexual abrangente e culturalmente apropriada é outro fator a ser considerado. A não conscientização sobre práticas seguras e os meios de transmissão do HIV pode levar a comportamentos de risco, muitas vezes agravados pela falta de acesso a serviços de prevenção. A exposição ao uso de substâncias como drogas ou álcool pode comprometer a capacidade de um indivíduo de tomar decisões seguras relacionadas ao sexo. Em cenários onde substâncias são consumidas, as inibições podem ser reduzidas, levando a práticas sexuais desprotegidas (SILVA; CUETO, 2018).

2.1 POPULAÇÕES-CHAVE

Globalmente, a prevalência média de infecção por HIV entre a população adulta (idades entre 15-49) é estimada em 0,7%. Entretanto, a prevalência média é maior entre as populações-chave, sendo: profissionais do sexo e sua clientela (2,5%), gays e homens que fazem sexo com outros homens (HSH) (7,5), usuários de drogas injetáveis (UDI) (5%), pessoas transgênero (10,3%) e pessoas em privação de liberdade (1,4%). (UNAIDS, 2022a). As populações-chave representam menos de 5% da população mundial, mas elas e suas parcerias sexuais constituíram 70% das novas infecções por HIV em 2021 (UNAIDS, 2022b).

Atualmente, a prevalência e incidência do HIV/AIDS entre populações-chave variam significativamente em diferentes regiões e países, refletindo as complexas interações entre fatores socioeconômicos, culturais e políticos. A comparação entre regiões pode oferecer *insights* valiosos sobre quais estratégias de intervenção são mais eficazes (FERNANDES et al., 2023). A África Subsaariana, por exemplo, abriga apenas 2% da população global, mas responde de forma desproporcional por um terço da carga global de infecção por HIV (GOVENDER, 2021), devido a fatores como a falta generalizada de acesso a serviços de saúde de qualidade, estigma associado ao trabalho sexual e a própria prevalência elevada de HIV/AIDS na população geral (GRÄF; MESENBURG; FASSA, 2020). Nas regiões leste e sul da África, a mediana da

prevalência de HIV é particularmente elevada entre profissionais do sexo (29.9%), HSH (12.9%), UDI (21.8%), pessoas transgênero (42.8%) e pessoas em privação de liberdade (5.5%) (UNAIDS, 2023a).

Países da Ásia e do Pacífico apresentam quadros variados (DE SALES et al., 2020). Nessas regiões, a menor prevalência de HIV dentro das populações-chave está entre pessoas em privação de liberdade (0,9%), sendo a maior entre os gays e outros HSH (4.7%) (UNAIDS, 2023a). Em contraste, a Europa Ocidental, Central e na América do Norte, apesar de terem taxas gerais mais baixas (profissionais do sexo 0,8%, HSH 5,5%, UDI 5,0%, pessoas transgênero 7,6% e 1,0% em pessoas em privação de liberdade) (UNAIDS, 2023a), ainda enfrentam desafios relacionados à transmissão dentro dessas populações-chave (CAMPOS et al., 2023). Nessas regiões, discrepâncias significativas quando comparadas com as taxas da população em geral (0,2% 0,2–0,3%), sugerem que os desafios persistem (UNAIDS, 2023a; DE SALES et al., 2020).

Na América Latina, a prevalência de HIV nas populações-chave é maior em pessoas transgênero (14,7%), seguida por gays e outros homens que fazem sexo com homens (9,5%), UDI (1,5%), profissionais do sexo (1,3%) e pessoas em privação de liberdade (0,6%), sendo que, na região, pelo menos 25% dos novos diagnósticos são classificados como infecção avançada pelo HIV, com contagens de CD4 abaixo de 200/mm³ (UNAIDS, 2023a). Estudos realizados em regiões como na Cidade do México e em Assunção (Paraguai) revelaram prevalências significativamente altas, correspondentes a 20,7% e 24,2% das populações-chave nessas regiões, respectivamente (VERGARA-ORTEGA et al., 2021; AGUILAR et al., 2022).

Da Silva, De Moraes e De Sousa (2023) apontam que o cenário epidemiológico do HIV/AIDS no Brasil é caracterizado por contrastes regionais e pelo impacto diferenciado em populações-chave que apresentam prevalência para o HIV superior à média nacional, que é de 0,4% (BRASIL, 2024). Um estudo representativo da população HSH realizado em 12 cidades brasileiras estimou a prevalência de HIV em 18,4% (IC95% 15,4–21,7%) dentro do grupo, destacando uma alta prevalência nacional nessa população vulnerabilizada (KERR et al., 2018).

A vulnerabilidade ao HIV está frequentemente associada a fatores legais e sociais, o que aumenta a exposição a situações de risco e cria barreiras para o acesso a serviços de prevenção, testagem e tratamento eficazes, de qualidade e acessíveis (OPAS; OMS, 2023). Essa vulnerabilidade é, em grande medida, resultado de práticas de exposição e de contextos socioculturais e socioeconômicos que acentuam os riscos. Profissionais do

sexo, por exemplo, podem enfrentar dificuldades em impor o uso de proteção durante relações sexuais devido a pressões econômicas ou à ameaça de violência (SILVA et al., 2023). Por se tratar de uma atividade recorrente na dinâmica social e comportamental dessas populações, as redes de transmissão podem se tornar mais densas (OLIVEIRA et al., 2023).

É imprescindível que os esforços para reduzir a prevalência de HIV/AIDS em populações-chave sejam continuamente adaptados com base nas descobertas mais recentes. Essas populações são frequentemente marginalizadas ou sub-representadas em estudos de saúde pública, e a resposta à epidemia deve ser dinâmica, assim como o próprio vírus, e centrada nas necessidades e realidades das populações em questão (NEVES; SILVA, 2023).

2.3 EPIDEMIA CONCENTRADA X EPIDEMIA GENERALIZADA

Considera-se que uma epidemia tem caráter concentrado quando os casos de infecção de um determinado agravo contabilizam menos de 1% na população geral, ao passo que atingem ao menos 5% em grupos populacionais específicos. Ainda de acordo com a OMS, quando os casos ultrapassam a marca de 1% na sociedade como um todo, a epidemia passa a ser considerada generalizada (UNAIDS/WHO, 2002).

Atualmente, a epidemia brasileira do HIV é considerada concentrada nas populações-chave descritas anteriormente e também em populações prioritárias, que são segmentos populacionais que possuem caráter transversal e suas vulnerabilidades estão relacionadas às dinâmicas sociais locais e às suas especificidades (população de adolescentes e jovens, população negra, população indígena e população em situação de rua), pois apresentam prevalência para o HIV superior à média nacional, que é de 0,4% (BRASIL, 2024).

Entretanto, um estudo recente destaca que a capital do estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, e sua Região Metropolitana, sustentam a epidemia de HIV/AIDS na população geral, apresentando uma prevalência de 1,64% de PVHA. A taxa indica que o comportamento sexual na população em geral sustenta a transmissão de HIV (HNV, 2023), sendo, portanto, considerada uma epidemia generalizada. Mais estudos de prevalência do HIV/AIDS de abrangência regional e nacional são necessários para a atualização do status da epidemia em outras regiões do Brasil, visto que medidas de

controle específicas são indicadas nos diferentes contextos epidemiológicos (BRASIL, 2017).

3 MEDIDAS DE CONTROLE

Por meio da iniciativa de médicos, militantes de esquerda, pessoas ligadas ao movimento homossexual e intelectuais, no ano de 1985 foi criado em São Paulo a Fundação do Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS (GAPA), primeira organização não governamental (ONG) do Brasil e da América Latina ligada a causa da AIDS (CEZAR; DRAGANOV, 2014). No mesmo ano, o governo brasileiro criou a Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmitidas e AIDS (CN DST/AIDS) para gerir a política de combate à recente epidemia no país (FERREIRA; MOTTA, 2020). A colaboração entre governos e organizações da sociedade civil como as ONGs, têm desempenhado um papel crucial na resposta brasileira ao HIV, fornecendo serviços, advocacia e, acima de tudo, uma voz para populações muitas vezes marginalizadas (FEDOCCI et al., 2023). De modo cronológico, a notificação compulsória da AIDS, no território nacional, teve início com a publicação da Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986. A Infecção pelo HIV em Gestantes, Parturientes ou Puérperas e Crianças expostas ao risco de transmissão vertical do HIV passou a ser de notificação compulsória por meio da Portaria nº 993, de 4 de setembro de 2000 (BRASIL, 2002).

Com a introdução de campanhas de prevenção direcionadas na década de 1990, houve uma desaceleração nas taxas de infecção (MUAUALO; NCUAZE, 2023). Entretanto, de acordo com Fedocci et al., (2023), o estigma e a discriminação continuam sendo obstáculos significativos para populações-chave no país. Em 2019, o índice de estigma associado a indivíduos com HIV/AIDS lançou luz sobre como o estigma compromete a garantia de um acesso qualificado à saúde. Mais de 15% dos respondentes nacionais relataram experiências de discriminação por profissionais da saúde por serem PVHA. Especificamente em Porto Alegre, 10,6% manifestaram relutância em procurar atendimento médico por receios associados à integridade de seu diagnóstico ou tratamento inadequado (AGUIAR; LEAL; MARQUES, 2020). Conforme elucidado por Benitez et al., (2023), tais desafios sociais exacerbam os riscos associados à transmissão do HIV, tornando necessário que as estratégias de prevenção sejam direcionadas às populações-chave.

Nos dias atuais, estratégias globais, como as delineadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS (UNAIDS), enfatizam a necessidade de alcançar populações-chave com intervenções direcionadas. Estes planos reconhecem que, sem abordar eficazmente grupos de maior risco, a meta global de controlar a epidemia até 2030 permanecerá inatingível. Estes planos incluem estratégias comportamentais (programas de educação sobre saúde sexual e HIV, testagem regular do HIV, adesão à TARV, redução de danos como a troca de seringas e uso consistente de preservativos), estratégias estruturais (acesso pleno e com zero discriminação a serviços de saúde de qualidade, políticas públicas que promovam a igualdade de gênero, a proteção dos direitos humanos e o combate ao estigma e à discriminação das pessoas que vivem com HIV) e estratégias biomédicas (uso de tecnologias médicas para prevenir a infecção pelo HIV, como PEP, PrEP, imunizar HBV e HPV e diagnosticar e tratar IST em geral) (UNAIDS, 2024).

Em países da Ásia e do Pacífico, a eficácia das intervenções está ligada à capacidade dos governos de envolver comunidades vulnerabilizadas e fornecer serviços direcionados. Nessas regiões, estão em andamento esforços para expandir o acesso aos serviços combinados de prevenção ao HIV, incluindo serviços de redução de danos, autoteste e intervenções virtuais, além de uma maior oferta de PrEP (DE SALES et al., 2020). No Vietnã, por exemplo, um aumento de 59% no uso da PrEP em 2022 foi registrado (UNAIDS, 2023a), assim como registraram a redução das infecções por HIV em mais de 45% entre 2015 e 2021 (UNAIDS, 2022b). Partindo de um exemplo fruto desses esforços, nações como a Tailândia, que implementaram com sucesso programas robustos de prevenção direcionados a profissionais do sexo (DA SILVA et al., 2023), também foram os primeiros a receber a validação da OMS por ter eliminado a transmissão vertical do HIV (UNAIDS, 2016).

Programas de troca de seringas e acesso a locais seguros para a injeção de drogas foram implementados para diminuir o risco de transmissão do HIV entre UDI (FONSECA, 2005). Alguns exemplos de países que têm adotado essas medidas incluem o Canadá, Portugal, Austrália, Suíça, Países Baixos (Holanda) e Alemanha. A terapia de substituição de opiáceos tem sido associada com uma redução de 54% no risco de infecção pelo HIV entre UDI. Ela também tem sido usada para aumentar a adesão à TARV, reduzir despesas de bolso com saúde e para reduzir o risco de overdose de opióides em quase 90%. Na Austrália, em 10 anos, os programas de agulhas e seringas reduziram o número de casos de HIV em até 70% (UNAIDS, 2016).

Segundo Chianca et al., (2023) a América Latina, com sua diversidade cultural e econômica, oferece um quadro multifacetado. Em países como o Brasil, políticas públicas inclusivas e abrangentes têm sido historicamente implementadas. Junto com outras 10 nações designadas como foco da *Global HIV Prevention Coalition* (GPC), o país alcançou uma redução de pelo menos 66% em suas taxas anuais de novas infecções por HIV desde 2010. As reduções significativas nas novas infecções por HIV foram impulsionadas pela eficácia acumulada das estratégias de prevenção combinada do HIV, aliadas ao aumento do acesso ao tratamento antirretroviral (UNAIDS, 2023b).

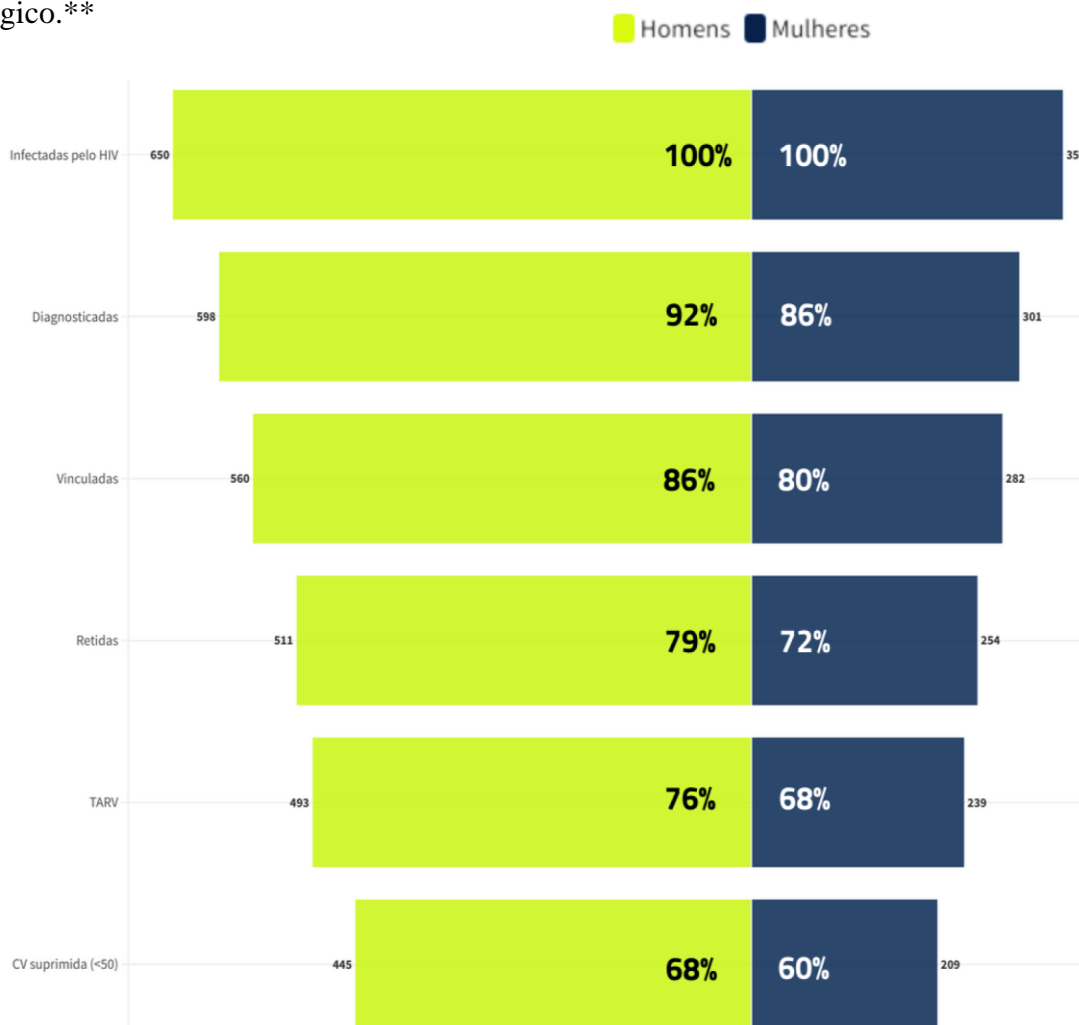
O Brasil enfatizou os direitos humanos, promoveu testes gratuitos de HIV, produziu medicamentos genéricos, lançou programas abrangentes de prevenção contra homofobia, realizou negociações corajosas com empresas farmacêuticas transnacionais para preços reduzidos de medicamentos e foi líder na Saúde Global (CUETO; LOPES, 2022). Entretanto, as populações-chave e as mulheres adolescentes e jovens continuam a enfrentar um alto risco de novas infecções por HIV (BRASIL, 2022). Para Neves e Silva (2023), para qualquer estratégia ser eficaz, é crucial envolver as próprias populações-chave no desenho, implementação e avaliação de intervenções. A participação comunitária não apenas garante que as intervenções sejam culturalmente sensíveis e adequadas, mas também promove a apropriação e a sustentabilidade das iniciativas no cenário epidemiológico.

Historicamente, a promoção do uso de preservativos foi uma das primeiras e mais eficazes estratégias de prevenção contra a transmissão do HIV. Segundo os dados da Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira – PCAP (BRASIL, 2013), a larga maioria dos brasileiros (94%) sabe que o preservativo é a melhor forma de prevenção às IST, HIV e AIDs. Apesar disso, de acordo com a mesma pesquisa, quase metade (45%) da população sexualmente ativa do país reportou não ter feito uso do preservativo (externo ou interno) nas relações sexuais casuais que tiveram nos 12 meses anteriores à pesquisa (BRASIL, 2013).

Em termos de medida de controle da epidemia, há uma disparidade significativa entre os sexos, com os homens apresentando uma trajetória mais favorável em comparação com as mulheres para o diagnóstico de HIV, vínculo, retenção e supressão viral (BRASIL, 2022), como visto na Figura 4. Fatores estruturais, como a pobreza ou o acesso limitado a serviços de saúde, também influenciam os riscos. A complexidade desses fatores, somados à exposição sexual em populações-chave, exige uma abordagem multifacetada. Intervenções eficazes devem considerar tanto comportamentos individuais

quanto contextos mais amplos, buscando mitigar os riscos e ampliar o acesso à prevenção e ao cuidado (CORRÊA et al., 2023).

Figura 4 – Cascata do cuidado contínuo do HIV* no Brasil em 2022, separada por sexo biológico.**



Fonte: Relatório de Monitoramento Clínico do HIV 2022 - Ministério da Saúde.

*Proporções calculadas em relação ao número de PVHA. **Número de PVHA em milhares.

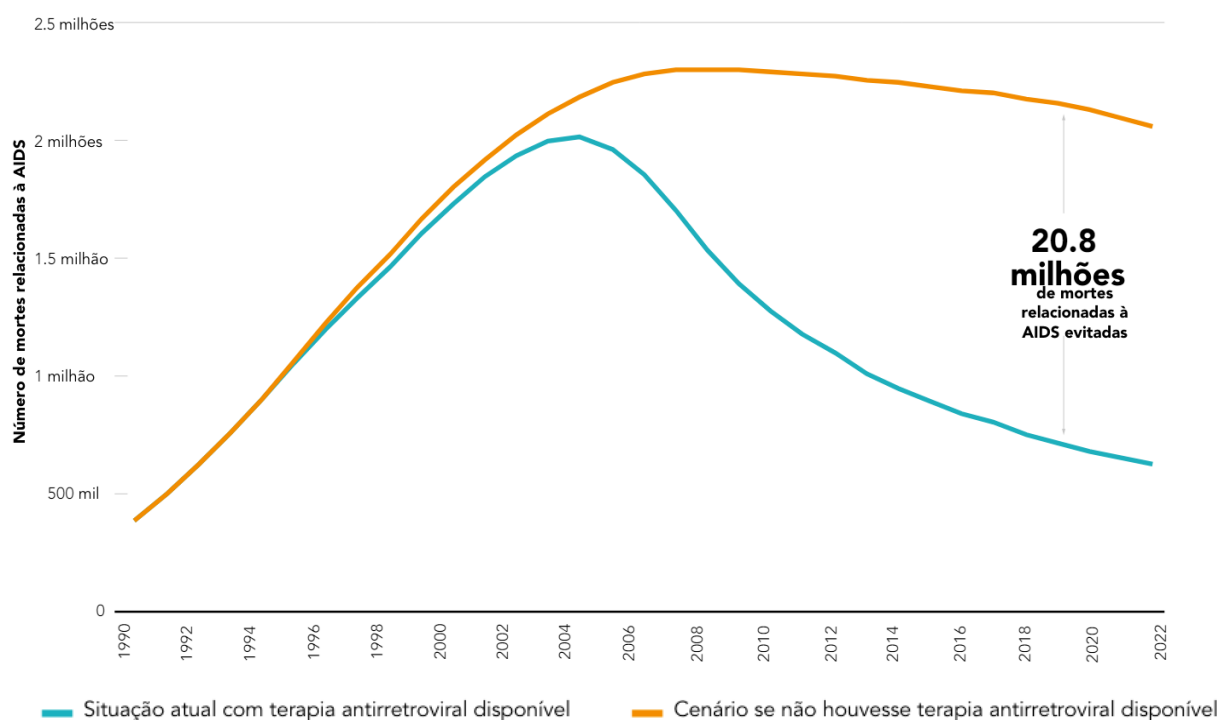
Para Fedocci et al., (2023), o SUS representa uma ferramenta vital. Com sua filosofia de acesso universal e gratuito, oferece testagem e tratamento antirretroviral, consolidando o Brasil como referência mundial no combate à epidemia. No entanto, apesar das políticas robustas, persistem desafios significativos. Através da consolidação e expansão das políticas nacionais, campanhas de prevenção e garantia de acesso a serviços de saúde de qualidade, é possível avançar ainda mais na resposta nacional à epidemia (REZENDE et al., 2023).

3.1 TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

Com a identificação do HIV como o causador da AIDS em 1983, a busca por um tratamento eficaz tornou-se uma prioridade global. O vírus foi isolado pela primeira vez na América Latina por pesquisadores do Instituto Oswaldo Cruz, iniciando assim o medicamento Zidovudina (AZT), que na época era usado em pacientes com câncer (BRASIL, 2018). No entanto, a monoterapia com AZT mostrou ter benefícios limitados, já que o vírus rapidamente desenvolvia resistência (TECHI et al., 2023).

A década de 1990 foi marcada por avanços significativos na terapia antirretroviral (TARV). A partir de novembro de 1996, a lei 9.313 passa a determinar a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS (BRASIL, 2018). A introdução de inibidores de protease e a combinação de múltiplos antirretrovirais, conhecida como terapia antirretroviral combinada (TARc), transformaram o HIV/AIDS de uma doença fatal em uma condição crônica manejável. Como visto na Figura 6, o tratamento do HIV evitou quase 21 milhões de mortes relacionadas à AIDS entre 1996 e 2022 (UNAIDS, 2023).

Figura 6 – Número de mortes relacionadas à AIDS: situação atual versus cenário sem terapia antirretroviral disponível, 1990-2022.



Fonte: Relatório Global do UNAIDS 2023. Análise especial do UNAIDS das estimativas epidemiológicas, 2023.

Essa tecnologia reduziu drasticamente as taxas de mortalidade relacionadas ao HIV e melhorou a qualidade de vida dos pacientes. Junto com o desenvolvimento de novos medicamentos, a década de 2000 assistiu a uma crescente conscientização sobre a importância da adesão ao tratamento. Percebeu-se que a interrupção ou a inconsistência na administração dos antirretrovirais poderia resultar na resistência do vírus, comprometendo a eficácia do tratamento (FONTENELE et al., 2023).

Outro marco na trajetória de tratamento do HIV foi a introdução dos inibidores de integrase na década de 2010. Estes medicamentos, que impedem o vírus de se integrar ao DNA da célula hospedeira, provaram ser altamente eficazes e, frequentemente, apresentam menos efeitos colaterais do que os tratamentos anteriores. Além dos avanços farmacológicos, houve progresso na identificação e tratamento de comorbidades associadas ao HIV. A coinfeção com tuberculose, hepatites virais e outras condições tornou-se uma área de foco, dada a sua prevalência em PVHA (GÓES; FERREIRA; RAMOS, 2023).

Outro avanço significativo na prevenção foi a compreensão de que a supressão viral através do tratamento antirretroviral em PVHA reduz o risco de transmissão a parceiros que não vivem com HIV/AIDS. Este princípio realça a importância do diagnóstico e tratamento precoces do HIV não apenas para a saúde individual, mas também como uma ferramenta de prevenção (OLIVEIRA et al., 2023). Também se tornou evidente que o acesso ao tratamento não é homogêneo em todo o mundo. O número de pessoas em tratamento para HIV aumentou apenas 1,47 milhão em 2021, em comparação com o aumento de mais de dois milhões de pessoas por ano nos anos anteriores. Isto representa o menor aumento desde 2009 (UNAIDS, 2022b). Enquanto países de alta renda têm ampla disponibilidade de medicamentos antirretrovirais de última geração, muitas regiões de baixa e média renda enfrentam desafios em garantir tratamento consistente e atualizado para todos (GÓES; FERREIRA; RAMOS, 2023).

Apesar da evolução dos métodos de tratamento do HIV/AIDS ao longo das últimas décadas ser um testemunho do poder da inovação médica e da colaboração global, os desafios persistem, reforçando a necessidade de pesquisa contínua, advocacia e esforços de saúde pública para garantir que todos tenham acesso a cuidados de alta qualidade (FEDOCCI et al., 2023). Ao encontro disso, a integração de serviços de saúde tem mostrado ser uma abordagem promissora. Ao combinar serviços de testagem e tratamento do HIV com outros serviços essenciais, como atendimento para outras IST,

saúde reprodutiva ou mesmo assistência psicológica, pode-se aumentar a adesão e o sucesso dos programas de intervenção (ARRUDA et al., 2023).

Para Pontes et al. (2023), a prevenção do HIV/AIDS tem sido um pilar fundamental no combate à pandemia global desde os primeiros relatos da doença nos anos 1980. A conscientização sobre as medidas profiláticas e estratégias de prevenção tornou-se central para reduzir a transmissão e limitar a expansão do vírus na população. À medida que a ciência avançava, as ferramentas e abordagens de prevenção se diversificaram e se refinaram.

Para Dourado et al., (2023) o panorama do tratamento do HIV/AIDS sofreu transformações profundas com o advento de terapias combinadas e a contínua inovação em medicamentos antirretrovirais. Estes avanços modernos, focados na otimização da eficácia e na superação da resistência viral, desempenharam um papel crucial em remodelar o cenário clínico da epidemia.

A introdução da TARc marcou um ponto de virada decisivo no tratamento do HIV. Ao usar múltiplos antirretrovirais simultaneamente, essa abordagem reduziu a possibilidade de resistência viral a qualquer medicamento individual. Consequentemente, muitos pacientes experimentaram uma supressão viral duradoura, o que reduziu drasticamente a progressão da doença (CAMILO et al., 2009).

Segundo Bassichetto et al., (2023), a melhoria na qualidade de vida dos pacientes é um dos benefícios mais tangíveis dos avanços modernos. Antes das terapias combinadas, muitos pacientes viviam com complicações debilitantes e uma alta carga viral. Com a TARc, a maioria dos pacientes consegue alcançar uma carga viral indetectável, reduzindo os sintomas, as comorbidades e melhorando significativamente o bem-estar diário. Além disso, o aumento da expectativa de vida tornou-se uma realidade palpável para muitos.

No entanto, a resistência aos medicamentos continuou a evoluir, levando os pesquisadores a buscar novas combinações e classes de medicamentos. Esta busca incessante deu origem a tratamentos inovadores, como os inibidores de integrase, que oferecem alta eficácia com perfis de efeito colateral mais favoráveis. Além dos medicamentos em si, os regimes de tratamento tornaram-se mais simplificados, por exemplo, os de dose única diária, o que facilita a adesão e reduz o risco de resistência devido a doses perdidas (AQUINO, MARTELLI et al., 2012).

Ao mesmo tempo, a pesquisa farmacológica concentrou-se em desenvolver formulações de liberação prolongada e métodos alternativos de administração. Estes

incluem injeções mensais ou bimestrais e implantes subdérmicos, proporcionando opções para aqueles que enfrentam desafios com a administração oral diária (OLIVEIRA; SOARES; MIRANDA, 2023). Entretanto, continuar a pesquisa e o desenvolvimento de novas terapias é crucial, considerando as variantes virais emergentes e as necessidades individuais dos pacientes, na busca de soluções ainda mais eficazes e acessíveis para todos (FONTENELE et al., 2023).

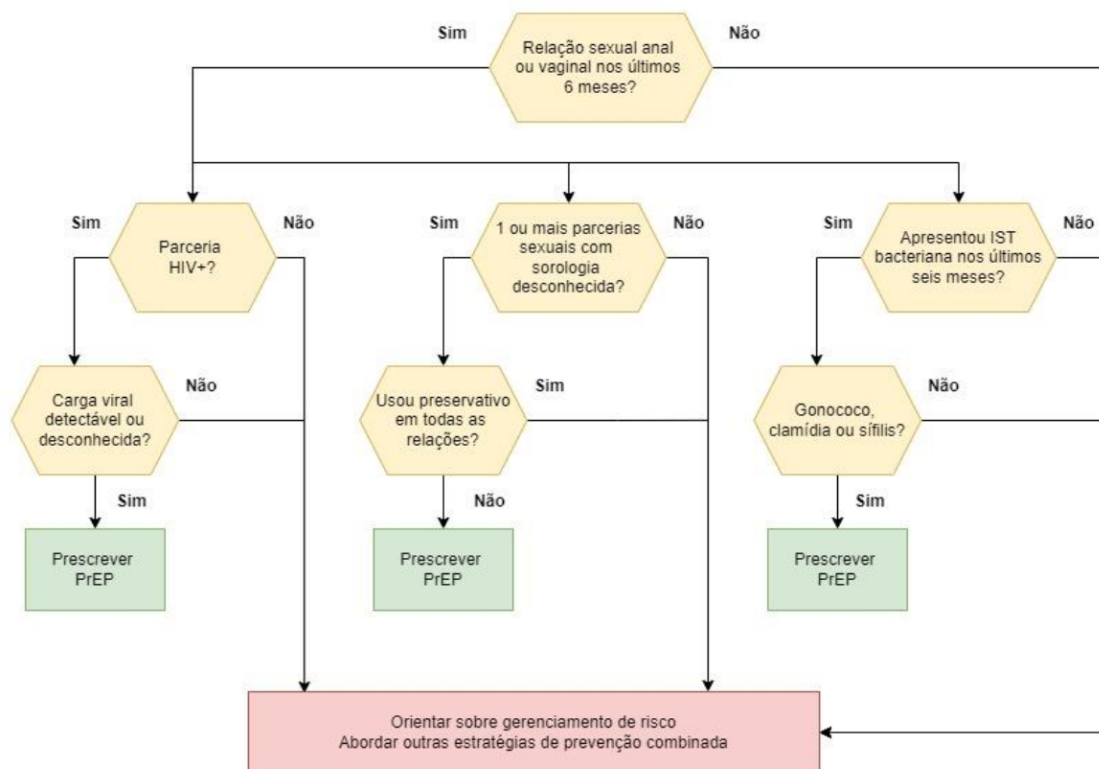
3.2 PrEP e PEP

A PrEP se refere ao uso de antirretrovirais (ARVs) para reduzir o risco de infecção por pessoas com sorologia negativa para o HIV (SPINNER et al., 2016; VAN DER ELST et al., 2013). Quando tomada conforme prescrito, a PrEP demonstrou ser altamente eficaz na prevenção da infecção pelo HIV, reduzindo a incidência do HIV em até 95% em estudos clínicos (GRANT, et al., 2010). Dentro dos esforços no âmbito da pesquisa para instituir o uso diário de PrEP em população vulnerabilizadas, a PrEP injetável se mostrou altamente eficaz e superiora ao uso via oral no ensaio randomizado, duplo-cego, duplo-placebo de não inferioridade conduzido por Landovitz et al., (2021), com infecções por HIV diagnosticadas em 13 participantes do grupo cabotegravir, em comparação com 39 no grupo de uso oral diário.

Um dos principais candidatos à PrEP de ação prolongada, o islatravir, estava sendo estudado como medicamento oral mensal ou como implante subcutâneo não erodível inserido por até 12 meses. No entanto, os estudos clínicos deste agente foram suspensos no final de 2021 devido a uma linfopenia imprevista (FLEXNER, 2022). No Brasil, a PrEP em sua versão oral é disponibilizada pelo SUS desde dezembro de 2017 (UNAIDS S/A). O presente PCDT-PrEP passa a preconizar a prescrição dessa profilaxia para pessoas a partir de 15 anos, com peso corporal igual ou superior a 35kg e sexualmente ativas (BRASIL, 2022d), conforme visto na Figura 5.

As taxas recentes indicam que, embora tenha havido avanços consideráveis em muitas regiões, ainda há falta de acesso a métodos preventivos como a PrEP e também a persistente falta de educação sexual inclusiva para populações específicas. Para que essa estratégia seja eficaz, é necessário ampliar o acesso dessas populações aos serviços, acolhendo-as na sua integralidade e garantindo seus direitos à saúde de qualidade (BRASIL, 2022).

Figura 5 – Fluxograma para avaliação de indicação de PrEP em adultos sexualmente ativos no Brasil.



Fonte: DCCI/SVS/MS, 2022.

Uma metanálise resumiu a aceitabilidade da PrEP entre HSH em escala global, incluindo artigos publicados antes de julho de 2016. Neste estudo, HSH mais jovens, com maior escolaridade, maior renda e com conhecimento prévio sobre a PrEP apresentaram aceitabilidade significativamente maior (57,8% IC 95% 52,4–63,1%), sendo que profissionais do sexo masculinos foram mais propensos a aceitar a PrEP (84,0% IC 95% 26,3–98,7%) do que os HSH em geral (PENG et al., 2018). Ainda que disponível pelo SUS, a PrEP permanece desconhecida por parte da população geral e populações-chave.

Outro estudo realizado em 2018 buscou estimar a adesão à PrEP (60% relataram uso constante na 48ª semana do estudo) e as principais barreiras e facilitadores para a inserção da profilaxia na rotina diária de HSH e mulheres transgênero. Uma ou mais barreiras para a adesão ao uso da PrEP foram relatadas por 38,2% dos participantes, incluindo o esquecimento das doses diárias (50%), mudanças na rotina (38%), escassez de comprimidos (25%) e não ter comprimidos disponíveis nos horários da dose (12%) (MARINS et al., 2021).

O conhecimento a respeito da PrEP parece demonstrar ter relação com a aceitabilidade. No estudo de Sun et al., (2022), estar ciente sobre a PrEP foi um determinante da vontade de utilizar a profilaxia. Entretanto, a proporção de HSH dispostos a utilizar a PrEP foi moderada, enquanto a proporção de HSH com prévio conhecimento sobre PrEP foi baixa à escala mundial. Dados do Ministério da Saúde, referentes a 2023, revelam que as pessoas que majoritariamente utilizam a PrEP no Brasil possuem alta escolaridade, são predominantemente brancas (56%), estão na faixa etária entre 30 e 39 anos (42%) e são gays e HSH (82%) (BRASIL, 2022).

Da mesma forma, a profilaxia pós-exposição (PEP) foi desenvolvida para ser administrada após uma potencial exposição ao HIV e sua implantação no Brasil ocorreu em 2010 (FERRAZ, 2018). Geralmente utilizada em situações de emergência, como após exposições ocupacionais, relações sexuais desprotegidas e violência sexual, a PEP pode impedir a soroconversão se iniciada em um prazo curto após a exposição (SILVA et al., 2021). Ela consiste no uso de ARVs, com a combinação de duas ou três drogas durante um período de 28 dias, a ser iniciado em até 72 horas após a exposição ao vírus para evitar sua reprodução. O uso correto de ambas as profilaxias (PrEP e PEP) possibilita que, com o medicamento na corrente sanguínea, o HIV não infecte as células T (SILVA et al., 2021).

Para além da cobertura dessas tecnologias nos serviços de saúde, seu uso requer que as pessoas conheçam o método (SULTAN et al., 2014; COHEN et al., 2013). A revisão sistemática e metanálise de Oldenburg et al., (2014) buscou caracterizar a adesão à PEP após exposição sexual não forçada ao HIV. A adesão agrupada, avaliada principalmente por autorrelato, foi de 77% (IC 95% 68–87%) em estudos observacionais prospectivos, 81% (IC 95% 65–96%) em estudos retrospectivos, 78% (IC 95% 65–91%) em ECRs e 78% (IC 95% 72–85%) no geral. Conforme apontado por Silva et al., (2021) condições estatisticamente significativas para adesão à PEP incluem não ter feito uso da PEP anteriormente e não ter se esquecido de tomar os medicamentos. Além disso, podem contribuir para a não adesão pertencer à religião católica ou evangélica, ser de um grupo social com condições econômicas desfavoráveis e ter feito uso da PEP mais de uma vez.

REFERÊNCIAS

- AQUINO, Camila; MARTELLI, Andrea Cristina. **Escola e educação sexual: uma relação necessária**. IX ANPEDSUL: Seminário de pesquisa em educação da Região Sul. 2012.
- ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO. **Atitude: pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas ao comportamento sexual na população do Rio Grande do Sul**. Associação Hospitalar Moinhos de Vento. Porto Alegre, 2023. 216 p.
- AGUIAR, R. B.; LEAL, M. C. C.; MARQUES, A. P. DE O. Conhecimento e atitudes sobre sexualidade em pessoas idosas com HIV. **Ciência & saúde coletiva**, v. 25, p. 2051–2062, 2020.
- AGUILAR, G.; SAMUDIO, T.; MÉNDEZ, J.; LÓPEZ, G.; GIMÉNEZ, L.; SCHAEERER, C.; *et al.* HIV prevalence and associated risk factors among men who have sex with men in three regions of Paraguay. **Int J STD AIDS** 2022, v. 33, p. 1212–1222, 2022.
- ARAÚJO, T. M. D. et al. The high prevalence of infectious diseases among health workers indicates the need for improving surveillance. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 48, p. e17, 2023.
- ARRUDA, P. A. C. et al. Prevalence of contact and non-contact sexual violence against Brazilian men and factors associated with forced sex. **Saúde em Debate**, v. 47, p. 493–503, 2023.
- BASSICHETTO, K. C. et al. Factors associated with the retention of travestis and transgender women living with HIV in a peer navigation intervention in São Paulo, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p. e00147522, 2023.
- BENITEZ, F. J. et al. Sífilis e outras infecções sexualmente transmissíveis em pessoas soropositivas em região de tríplice fronteira internacional Brasil-Paraguai-Argentina. **Arq Ciênc Saúde UNIPAR**, v. 27, n. 4, p. 1731–1749, 2023.
- BENTO, A. G. M. et al. Fatores de risco comportamentais para o câncer de colo uterino. 2023.
- 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. **Boletim Epidemiológico - HIV/Aids 2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
- _____. **Transmissão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a.
- _____. **Diagnóstico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022b.
- _____. **Sintomas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022c.
- _____. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. **História da AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Vigilância do HIV no Brasil: Novas Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Recomendações para a profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

_____. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022d.

_____. **Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. **Prevenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BURNETTE, W. N. "Western blotting": electrophoretic transfer of proteins from sodium dodecyl sulfate--polyacrylamide gels to unmodified nitrocellulose and radiographic detection with antibody and radioiodinated protein A. **Analytical biochemistry**, v. 112, n. 2, p. 195–203, 1981. [https://doi.org/10.1016/0003-2697\(81\)90281-5](https://doi.org/10.1016/0003-2697(81)90281-5)

CAMILO, V. M. DE B. et al. Educação em saúde sobre DST/Aids com adolescentes de uma escola pública, utilizando a tecnologia educacional como instrumento. **Brazilian Journal of Sexually Transmitted Diseases**, v. 21, n. 3, p. 124–129, 15 ago. 2009.

CAMPOS, H. M. N. et al. Uso de substâncias psicoativas por universitários da área da saúde antes e durante a pandemia da covid-19: prevalência e fatores associados. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 47, n. 1, p. 129–148, 19 jun. 2023.

CEZAR, V. M.; DRAGANOV, P. B. History and HIV From Public Policy in Brazil under a Bioethics Vision. **Cienc. Biol. Agrar. Saúde**, v. 18, n. 3, p. 151–156, 2014.

CHIANCA, B. et al. Pre-exposure prophylaxis for HIV: clinical and social profile of users assisted in specialized service in Alagoas: Profilaxia Pré-exposição (PREP) para o HIV: perfil clínico e social dos usuários atendidos em um serviço especializado de Alagoas. **Concilium**, v. 23, n. 18, p. 212–225, 14 set. 2023.

CORRÊA, C. P. et al. PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO SEXUAL AO HIV EM REGISTROS DE UM CENTRO DE SAÚDE. **REVISTA FOCO**, v. 16, n. 8, p. e2770–e2770, 24 ago. 2023.

COHEN, S. E.; LIU, A. Y.; BERNSTEIN, K. T.; PHILIP, S. Preparing for HIV pre-exposure prophylaxis: lessons learned from post-exposure prophylaxis. **American journal of preventive medicine**, v. 44, n. 1 Sup 2, p. S80–S85, 2013. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2012.09.036>

CUETO, M.; LOPES, G. Backlash in global health and the end of AIDS' exceptionalism in Brazil, 2007–2019. **Global Public Health**, v. 17, n. 6, p. 815–826, 3 jun. 2022.

DA SILVA, Maria Luiza Laureano Galvão; MORAIS, Alanna Michely Batista de; SOUSA, Milena Nunes Alves de. Papilomavírus humano e fatores de risco no câncer de colo uterino | **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 1, 21 jan. 2023.

DOURADO, I. et al. Combination HIV prevention for adolescent men who have sex with men and adolescent transgender women in Brazil: vulnerabilities, access to healthcare, and expansion of PrEP. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. suppl 1, p. e00228122, 2023.

DUMONT-PENA, É. et al. Acceptability of HIV self-test among adolescent Men who have Sex with Men, travestis and transgender women in Brazil. **Saúde em Debate**, v. 47, n. 136, p. 56–67, mar. 2023.

DUARTE, D.S.J.K; ALVES D.A; COELHO, H.P; OLIVEIRA O.P; SANTOS, R.L. Fatores de risco associados ao comportamento sexual de adolescentes. **Acervo Saúde**, n. 49, p. e3382, 18 jun. 2020.

ENGELMAN, A.; CHEREPANOV, P. The structural biology of HIV-1: mechanistic and therapeutic insights. **Nature reviews. Microbiology**, v. 10, n. 4, p. 279–290, 16 mar. 2012.

FEDOCCHI, E. M. M. et al. Construction and validation of an e-book about cardiovascular risk in people living with the human immunodeficiency virus. **Acta Paulista de Enfermagem**, p. eAPE00733, 9 ago. 2023.

FERNANDES, S. S. et al. Fatores associados à exposição ao HIV em usuários de álcool. **Clinical and Biomedical Research**, v. 43, n. 1, 29 maio 2023.

FERRAZ, Dulce Aurélia de Souza. **Experiências de mulheres usuárias de profilaxia pós-exposição sexual ao HIV (PEP sexual): cenários pessoais e programáticos para a prevenção da aids**. Tese (Doutorado em Ciências) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

FERRO, L. D. et al. Prevalência de coinfeção por sífilis e HIV em adolescentes no Brasil/ Prevalence of syphilis and HIV coinfection in adolescents in Brazil. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 3, p. 9980–9987, 6 maio 2021.

FERREIRA, O. C. J.; MOTTA, L. R. **Três Décadas de Diagnóstico de HIV: A Experiência Brasileira**. Ser. 2020. Disponível em: <<https://www.ucs.br/ips2/wp-content/uploads/2020/09/Tres-Decadas-de-Diagnostico-de-HIV-A-Experiencia-Brasileira.pdf>>. Acesso em 15 jun. 2024.

FLEXNER, C. The future of long acting agents for PrEP. **Current opinion in HIV and AIDS**, v. 17, n. 4, p. 192–198, 1 jul. 2022.

FIOCRUZ. **O Vírus da Aids, 20 anos depois**. 1999. Disponível em: <<https://www.ioc.fiocruz.br/aids20anos/aidsmat6.html#>>. Acesso em: 11 jun. 2024

FIOCRUZ. **Autoteste HIV 1/2 Bio-Manguinhos**. 27 mai. 2024. Disponível em: <<https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/produtos/reativos/testes-rapidos/autoteste-hiv-1-2-bio-manguinhos>>. Acesso em: 12 jun. 2024.

- FONSECA, E. M. **Políticas de Redução de Danos ao Uso de Drogas: O contexto internacional e uma análise preliminar dos programas brasileiros**. 2005. 112f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2022.
- FONTENELE, R. et al. Perfil Epidemiológico e comportamento de risco de pacientes com sorologia positiva para o HIV em São Luís – Maranhão. **Enciclopédia Biosfera**, v. 20, n. 44, 30 jun. 2023.
- GÓES, E. F.; FERREIRA, A. J. F.; RAMOS, D. Anti-Black racism and maternal death from COVID-19: what have we seen in the Pandemic? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 9, p. 2501–2510, set. 2023.
- GRANT, R. M et al. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. **The New England Journal of Medicine**, v. 363, n. 27, p. 2587-2599, 2010.
- GRÄF, D. D.; MESENBURG, M. A.; FASSA, A. G. Risky sexual behavior and associated factors in undergraduate students in a city in Southern Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 41, 24 abr. 2020.
- GUYADER, M. et al. Genome organization and transactivation of the human immunodeficiency virus type 2. **Nature**, v. 326, n. 6114, p. 662–669, abr. 1987.
- GOVENDER, R. D.; HASHIM, M. J.; KHAN, M. A.; MUSTAFA, H.; KHAN, G. Global Epidemiology of HIV/AIDS: A Resurgence in North America and Europe. **J Epidemiol Glob Health**, v. 11, n. 3, p. 296-301, sep. 2021. doi: 10.2991/jegh.k.210621.001
- KANKI, P.J.; HOPPER, J. R.; ESSEX, M. The origins of HIV-1 and HTLV-4/HIV-2. **Ann N Y Acad Sci**, v. 511, p. 370-375, 1987. doi:10.1111/j.1749-6632.1987.tb36265.x
- KERR, L.; KENDALL, C.; GUIMARÃES, M. D. C.; SALANI MOTA, R.; VERAS, M. A.; DOURADO, I. (2018). HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil: results of the 2nd national survey using respondent-driven sampling. **Medicine**, v. 97, n. 1, p. 9–15, 2018. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000010573>
- JUNIOR, L. G. DE A.; BATISTA, T. P. DE A. PERFIL DOS PACIENTES DIABÉTICOS HIV POSITIVO ATENDIDOS EM SERVIÇO AMBULATORIAL DE ENDOCRINOLOGIA. **Cadernos ESP**, v. 17, n. 1, p. e1667–e1667, 10 ago. 2023.
- LANDOVITZ, R. J. et al. Cabotegravir for HIV Prevention in Cisgender Men and Transgender Women. **New England Journal of Medicine**, v. 385, n. 7, p. 595–608, 12 ago. 2021.
- MARINS, M. S. et al. Factors associated with self-reported adherence to daily oral pre-exposure prophylaxis among men who have sex with man and transgender women: PrEP Brasil study. **International Journal of STD & AIDS**, v. 32, n. 13, p. 1231–1241, nov. 2021.

MUAUALO, M.; NCUAZE, C. S. J. N. C. S. J. Análise de sobrevivência e factores de riscos associados ao desmame precoce em Moçambique. **Revista da UI IPSantarém**, v. 11, n. 2, p. 139–154, 12 set. 2023.

MURRAY, P; ROSENTHAL, S; PFALLER, A. **Microbiologia médica**. Rio de Janeiro: Elsevier Editora, 2014. 888p.

NEVES, B. S.; SILVA, A. F. DA. Dignidade Da Pessoa Humana Para Quem? : Empecilhos E Desafios Na Doação De Sangue De Pessoas Lgbtqiap+ À Luz Da Decisão Do Supremo Tribunal Federal. **Revista Direito e Sexualidade**, p. 17–32, 19 jul. 2023.

NICOLÁS, D. et al. Infection with human retroviruses other than HIV-1: HIV-2, HTLV-1, HTLV-2, HTLV-3 and HTLV-4. **Expert Review of Anti-infective Therapy**, v. 13, n. 8, p. 947–963, 3 ago. 2015.

OLIVEIRA, D. F. DE; SOARES, L. C. O.; MIRANDA, A. M. O IMPACTO FINANCEIRO NA SAÚDE PÚBLICA CONTRA IST'S EM ESPECÍFICO HIV NO MUNICÍPIO DE JI-PARANÁ: ANÁLISE DE DADOS (2019 A 2022). **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 27, n. 5, p. 3256–3271, 29 maio 2023.

OLIVEIRA, I. E. DE G. et al. A prevalência do HIV no Brasil: uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Development**, v. 9, n. 8, p. 23340–23350, 3 ago. 2023.

OLDENBURG, C. E.; BÄRNIGHAUSEN, T.; HARLING, G.; MIMIAGA, M. J.; MAYER, K. H. Adherence to post-exposure prophylaxis for non-forcible sexual exposure to HIV: a systematic review and meta-analysis. **AIDS and behavior**, v. 18, n. 2, p. 217–225, feb. 2014. <https://doi.org/10.1007/s10461-013-0567-0>

OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde. **HIV - AIDS**. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topicos/hivaid>>. Acesso em: 8 fev. 2024.

PENG, P. et al. A Global Estimate of the Acceptability of Pre-exposure Prophylaxis for HIV Among Men Who have Sex with Men: A Systematic Review and Meta-analysis. **AIDS and Behavior**, v. 22, n. 4, p. 1063–1074, 1 abr. 2018.

PONTES-PEREIRA, P. S. et al. Prevalence of chronic non-communicable diseases in people living with HIV. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 36, abr. 2023.

RESENDE, I. **Pandemia da Covid-19 impôs desafio no combate ao avanço do HIV no mundo**. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/pandemia-da-covid-19-impos-desafio-no-combate-ao-avanco-do-hiv-no-mundo/>>. Acesso em: 8 abr. 2024.

REZENDE, G. C. et al. Prevalência de Doença Hepática Gordurosa Não Alcoólica em pacientes infectados pelo HIV. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 5, p. 20644–20667, 12 set. 2023.

SILVA, A. F. C. D.; CUETO, M. HIV/AIDS, os estigmas e a história. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 25, n. 2, p. 311–314, jun. 2018.

SILVA, M. M. S. et al. Conditions associated with adherence to HIV post-sexual exposure prophylaxis. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, p. e03699, 2021.

SPINNER, C. D. et al. HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP): a review of current knowledge of oral systemic HIV PrEP in humans. **Infection**, v. 44, n. 2, p. 151–158, 1 abr. 2016.

SULTAN, B.; BENN, P.; WATERS, L. Current perspectives in HIV post-exposure prophylaxis. **HIV/AIDS (Auckland, N.Z.)**, v. 6, p. 147–158, 2014. <https://doi.org/10.2147/HIV.S46585>

SUN, Z. et al. Increasing awareness of HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) and willingness to use HIV PrEP among men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis of global data. **Journal of the International AIDS Society**, v. 25, n. 3, p. e25883, 2022.

TECHI, L. DE C. et al. Adesão à terapia antirretroviral por pacientes com HIV no Brasil e fatores que a prejudicam: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 9, p. e4612943123–e4612943123, 11 set. 2023.

TEIXEIRA, L. G. et al. O perfil epidemiológico da AIDS no Brasil / The epidemiological profile of AIDS in Brazil. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 1, p. 1980–1992, 31 jan. 2022.

TOWBIN, H.; STAEHELIN, T.; GORDON, J. Electrophoretic transfer of proteins from polyacrylamide gels to nitrocellulose sheets: procedure and some applications. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, v. 76, n. 9, p. 4350–4354, 1979. <https://doi.org/10.1073/pnas.76.9.4350>

TOWBIN, H.; GORDON, J. Immunoblotting and dot immunobinding--current status and outlook. **Journal of immunological methods**, v. 72, n. 2, p. 313–340, 1984. [https://doi.org/10.1016/0022-1759\(84\)90001-2](https://doi.org/10.1016/0022-1759(84)90001-2)

UNAIDS. **Prevenção Combinada do HIV**. 2 set. 2015. Disponível em: <<https://unaid.org.br/prevencao-combinada/>>. Acesso em: 8 jun. 2023.

_____. **Tailândia é o primeiro país da Ásia a eliminar a transmissão do HIV e da sífilis de mãe para filho**. 8 jun. 2016. Disponível em: <<https://unaid.org.br/2016/06/tailandia-primeiro-pais-da-asia-eliminar-transmissao-de-mae-para-filho-do-hiv/#:~:text=A%20Tail%C3%A2ndia%20recebeu%20ontem%2C%20dia,do%20Pac%C3%ADfico%20a%20conquistar%20essa>>. Acesso em: 16 jun. 2024.

_____. **Estatísticas**. 27 jul. 2022a. Disponível em: <<https://unaid.org.br/estatisticas/>>. Acesso em: 2 dez. 2023

_____. **EM PERIGO: Relatório Global sobre AIDS**. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS; 2022b.

_____. **RELATÓRIO GLOBAL DO UNAIDS 2023**. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS; 2023.

_____. **DATA 2023**. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2023a.

_____. **HIV Prevention: From Crisis to Opportunity**. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2023b.

_____. **Prevenção Combinada do HIV**. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS; 2024.

_____. **Do No Harm Health, Human Rights And People Who Use Drugs**. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2016a.

VAN DER ELST, E. M. et al. High Acceptability of HIV Pre-exposure Prophylaxis but Challenges in Adherence and Use: Qualitative Insights from a Phase I Trial of Intermittent and Daily PrEP in At-Risk Populations in Kenya. **AIDS and Behavior**, v. 17, n. 6, p. 2162–2172, 1 jul. 2013.

VERCH, Juliana Maria Fagundes. **COVID-19 e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST): o impacto da pandemia na taxa de exames de HIV no Brasil**. 2022. 70f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, 2022.

VERGARA-ORTEGA, D. N.; LÓPEZ-GATELL, H.; BAUTISTA-ARREDONDO, S.; COLCHERO, A.; SOSA-RUBÍ, S. G.; MORALES-VAZQUEZ, M; et al. Regional disparity of HIV incidence and prevalence among men who have sex with men. **BMC Infect Dis**, v. 21, p. 917, 2021.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Verificar o uso autorreferido das profilaxias de pré-exposição (PrEP) e pós-exposição (PEP) ao HIV pela população cisgênero de gays, bissexuais e homens que fazem sexo com homens no Brasil.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar o uso autorreferido da PrEP e PEP de acordo com as características sociodemográficas das populações estudadas.
- Verificar o uso autorreferido da PrEP e PEP de acordo com o comportamento sexual das populações estudadas.
- Descrever a percepção das populações estudadas em relação ao uso diário via oral da PrEP disponibilizada pelo SUS.

5 ARTIGO

A cross-sectional evaluation of pre-exposure prophylaxis (PrEP) and post-exposure prophylaxis (PEP) for HIV among the gay, bisexual, and men who have sex with men in Brazil: The SMESH Study

Ben Hur Graboski Pinheiro^{1,2,*}, Thayane Martins Dornelles^{1,2}, Gustavo Eidt², Emerson Silveira de Brito², Rafael Steffens Martins², Giovana Petracco de Miranda^{1,2}, Natalia Luiza Kops², Suelen Porto Basgalupp², Flávia Moreno Alves de Souza³, Gerson Fernando Mendes Pereira³, Maiko Luis Tonini³, Eliana Wendland^{1,2}

¹ Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, Brazil

² Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre, Brazil

³ Ministry of Health of Brazil, Brasília, Brazil

*** Correspondence:**

Ben Hur Graboski Pinheiro

benhurgraboski@gmail.com

ABSTRACT

Introduction: The HIV epidemic remains a global concern, particularly among vulnerable populations such as men who have sex with men (MSM), transgender individuals, sex workers, and injectable drug users. Strategies to interrupt the chain of transmission include the use of pre-exposure prophylaxis (PrEP) and post-exposure prophylaxis (PEP). **Objective:** To evaluate the use of PrEP and PEP among the cisgender population of gay, bisexual, and MSM individuals across different regions of Brazil and to identify socio-behavioral factors associated with the use of these prophylactic measures. **Methodology:** A cross-sectional study conducted from 2019 to 2023 using the Respondent Driven-Sampling (RDS) methodology, with sampling restricted to state capitals. The analyses were performed using the Respondent-Driven Sampling Analysis Tool (RDSAT) version 6.0.1. The association between HIV prophylaxis use and sociobehavioral variables was evaluated using Poisson regression. **Results:** Among the 1139 participants in the study across the five regions of the country, young adults aged 18-24 years and those who self-identified as pardo showed a significant reduction in the prevalence of PrEP use ($p < 0.05$). Having more than five sexual partners in the past six months and having an HIV-positive partner were strongly associated with PrEP and PEP use ($p < 0.05$). The majority of participants (86.3%; 95% CI 81.1 - 91.6%) reported that they would be willing to use PrEP through the healthcare system (SUS). **Conclusion:** Challenges in expanding the use of PrEP and PEP include raising awareness of sexual health among youth and mitigating disparities in healthcare access, adapted to the sociodemographic and regional complexities of the country.

Keywords: Pre-Exposure Prophylaxis. Post-Exposure Prophylaxis. HIV.

INTRODUCTION

Globally, the average prevalence of HIV infection in the adult population remains higher among transgender individuals, cisgender men who self-identify as gay or men who have sex with men (MSM), people who inject drugs, sex workers, and among those in carceral settings.¹ This increases the risk of exposure and creates barriers to accessing effective, high-quality, and accessible HIV prevention, testing, and treatment services.² Strategies to interrupt the chain of HIV transmission among vulnerable groups include promoting pre-exposure prophylaxis (PrEP) and post-exposure prophylaxis (PEP) which, when used as prescribed, are effective in reducing HIV incidence (95% and 80%, respectively).^{3,4}

Oral daily PrEP, currently available through Brazil's public healthcare system, demonstrates efficacy and safety in preventing HIV infection when used correctly. However, it presents challenges associated with daily and continuous oral administration.⁵ Literature on PrEP acceptability among MSM globally suggests that younger MSM, those with higher education levels, and prior knowledge about PrEP exhibit significantly greater acceptability. Additionally, male sex workers show a higher inclination to accept PrEP compared to MSM in general.⁶ Barriers to PrEP adherence comprise forgetting daily doses, disruptions in routine, pill shortages, and unavailability of pills at scheduled dosing times.⁷

The lack of knowledge regarding HIV prophylaxis is also documented in HIV testing and counseling centers,⁸ revealing a challenge in expanding the use of preventive methods such as PrEP and emergency interventions like PEP. However, older individuals and those identifying as male demonstrate greater ease of adherence to PEP.⁹ Other significantly associated conditions for PEP adherence include not having used it more than once and not having forgotten to take medications.¹⁰ Factors such as belonging to the Catholic or Evangelical religions and being from a socioeconomically disadvantaged social group have been described as barriers to adherence to this emergency prophylaxis.¹⁰

In this regard, this article sought to evaluate the self-reported previous use of PrEP and PEP by the cisgender population of gay, bisexual, and men who have sex with men in different regions of Brazil and identify sociodemographic and sexual behaviors associated with the use of HIV prophylaxis.

METHOD

Study design

The Sex Workers and Men Who Have Sex with Men: Evaluation of Sexual Health (SMESH) study is a cross-sectional, multicenter study that utilized strict adherence to Respondent-Driven Sampling (RDS) methodology due to its suitability for investigating hidden populations¹¹. RDS is based on the 'snowball sampling' method and employs a mathematical model that weights individuals in the sample according to their degree of social connections. This approach aims to eliminate selection bias and obtain reliable estimates in studies involving hidden or hard-to-reach populations. The reporting of this study was guided by the Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology for respondent-driven sampling studies (STROBE-RDS) guidelines.¹²

Setting

The target population of the study was actively involved throughout its development, implementation, and dissemination. Group discussions were facilitated to align language expressions to be used in the research instruments and ensure that all study procedures were sensitive to the participants' reality. Strategies and challenges related to recruitment and dissemination of study results were also addressed.

The study was conducted between June 2019 and April 2023 and all five regions of Brazil were represented (North, Northeast, Midwest, Southeast, and South), each including two state capitals (Belo Horizonte, Boa vista, Campo Grande, Cuiabá, Florianópolis, João Pessoa, Manaus, Porto Alegre, Recife e Rio de Janeiro). Sampling was restricted to state capitals and did not include a qualitative approach.

Participants

We included cisgender men who self-identify as MSM (men who are gay, bisexual, or other men who have sex with men), aged 18 or older, who reported having had oral or anal sex with another man in the last 12 months and possess a valid recruitment coupon. Participants living with HIV/AIDS were excluded from the analysis due to the preventive nature of the outcome (n=237). Initial participants, referred to as 'seeds' (3-5), were initially accessed at healthcare units by trained healthcare professionals through convenience sampling to recruit peers through recruitment waves, allowing for the calculation of selection probabilities. Three coupons were distributed to each respondent to recruit others until the sample size and balance in key variables were achieved.¹³ Each

coupon had a specific barcode to manage person-to-person recruitment. Coupons and participant identifiers were managed through a web platform developed for data entry. The same platform was used for interviews, study process control, and feedback to healthcare professionals involved in the study.

The study consisted of preliminary interviews to verify eligibility criteria and characterize the network size, along with a second questionnaire to gather sociodemographic, behavioral, and sexual information. To determine the size of each participant's contact network, the variable used was based on the question: 'How many of your contacts (i.e., individuals you know and who know you) are men who have sex with men (gay/MSM/bisexual)?'. Data were collected through face-to-face interviews conducted by healthcare professionals. Recruitment team training was conducted in person by professionals from the study team across the five regions of Brazil. Rigorous quality control was performed using different procedures, including training and certification of health professionals responsible for data collection and monitoring visits.

One of the ten state capitals (Cuiabá), located in the Midwest region of Brazil, was excluded from the sample count due to the impossibility of conducting the study in the participating center. Incentives for participation in the study consisted of sexual health materials (external and internal condoms, lubricating oil) and financial reimbursement. A reimbursement card was used to credit each participant with a primary incentive of USD 10.00 and a secondary incentive of USD 7.50 for each recruited participant who completed the survey.

Variables

The questionnaire included the following aspects: a network of relationships to assess homophily,¹³ sociodemographic data such as city of origin, sexual orientation (gay, bisexual, and heterosexual), race (white, black, and pardo), relationship status (without a steady partner or with a steady partner), education level, socioeconomic class based on criteria established by ABEP (A-B, C, D-E)¹⁴, and income (\leq USD 240, USD 241 - 480, USD 481 - 720, and $>$ USD 720). For the construction of the education variable, the following categories were used: Up to high school (incomplete/completed high school education), incomplete college, and college degree.

The research instrument also contained a set of questions on sexual behavior, such as history of sexual relationships (number of partners in the lifetime and last 6 months, age at first sexual intercourse), condom use (at first and last sexual intercourse), group

sex practice (never/rarely, frequently),¹⁵⁻¹⁷ partner's serological status (HIV-, HIV+, and unknown), use of PrEP and PEP, and perception regarding the availability of PrEP through the Unified Health System.

To track the recruiter–recruit relationship in the study, the barcode on the recruitment coupon provided during the interview was used to link participants. Additionally, the question 'Who provided you with the coupon to participate in this study?' was included, with response options being: partner, friend, relative, coworker, acquaintance, stranger, or other.

Data sources/measurement

Sociodemographic and sexual behavior variables of interest were collected using a structured questionnaire administered to the study participants. To ensure comparability across groups, the same set of questions was applied to all respondents.

Bias

Selection bias may occur due to the sampling of participants who attended a healthcare unit located in a state capital, which may not reflect the general population or those who lack access to these services. The network of recruiters and recruits was documented so that recruitment biases could be adjusted and evaluated in the analysis.¹³ Nevertheless, while RDS is a valuable sampling method, certain subgroups of MSM may be either overrepresented or underrepresented. Moreover, recall bias in self-reported measures cannot be ruled out.

Study size

The study included a total of 1,139 participants who presented valid recruitment coupons and met the inclusion criteria. Since this was a study using data from the SMESH study, which aimed to identify the prevalence of high-risk human papillomavirus (HPV) among men who have sex with men (MSM) and sex workers, the sample size (n=1,198 MSM) was calculated based on an estimated high-risk HPV prevalence of 48.0% in MSM, with an alpha of 5%, a power of 80%, an acceptable variance of 4%, and a design effect of 2.¹⁸ The minimum number of participants per stratum (collection site) was calculated to be 100.

Quantitative variables

The participant's age was calculated as the difference between the study participation date and the year of birth to allow categorization into age groups (18–24, 25–34, and ≥ 35 years). The same strategy was used to summarize the age groups corresponding to the age at first sexual intercourse: ≤ 14 years, 15–17 years, and ≥ 18 years. The participants' monthly income was categorized according to the Brazilian minimum wage for the year 2022, with \leq USD 240 for up to one minimum wage, USD 241–480 for those receiving between one and two minimum wages, USD 481–720 for those receiving between two and three minimum wages, and \geq USD 720 for participants receiving three or more minimum wages monthly.

The response categories corresponding to the number of sexual partners over a lifetime were created considering the minimum and maximum values of the responses: up to ten partners, between eleven and forty-nine, and for respondents who reported fifty or more sexual partnerships. For the number of sexual partnerships reported within the past six months, the groups were categorized as zero to one partnership, two to five partnerships, and more than five partnerships.

Statistical methods

Appropriate statistical methods were used for data collected with a complex sampling design, where each participant's contact network was considered (method proposed by the original authors of the RDS methodology) to apply statistical weights to mitigate biases due to different network sizes.¹³ Frequency calculations of variables of interest and homophily, i.e., the tendency of a participant to recruit peers with similar characteristics, were conducted using the RDSAT (Respondent-Driven Sampling Analysis Tool) 6.0.1 software. Categorical variables were summarized using absolute and relative frequencies, while continuous variables were summarized using means and standard deviation or median and interquartile range. The χ^2 test and Fisher's exact test were used to compare proportions, and Student's t-test or the non-parametric Mann-Whitney test were used for continuous variables. The association between HIV prophylaxis use and sociobehavioral variables was evaluated using Poisson regression.

Ethical Aspects

The study was approved by the research ethics committee of the main institution (Moinhos de Vento Hospital, protocol number 2.837.840) and by the corresponding ethics committees of the recruitment sites. Included participants voluntarily agreed to participate in the study and signed the informed consent form. The study complies with Resolution 466/2012 of the National Health Council. During participation in the study, a kit for prevention of sexually transmitted infections (STIs) was provided, including guidance on sexual health, lubricants, and condoms. All procedures were conducted in accordance with the Declaration of Helsinki.

RESULTS

A total of 1,139 participants were included in the study, distributed nationally across the North (26,7%) Northeast (22.3%), Midwest (11.8%), Southeast (18.7%), and South (20.5%) regions. The distribution of sociodemographic characteristics and the use of PrEP and PEP among gay and other MSM in the sample can be observed in Table 1.

Table 1. Distribution of sociodemographic characteristics and use of PrEP and PEP among gay and other MSM.

Variable	Overall distribution ¹			Use of PrEP ²			p-value ³	Use of PEP ²			p-value ³
	n	%	(95% CI)	Yes	%	(95% CI)		Yes	%	(95% CI)	
Total	1139	100	—	197	21.4	(14.4-28.4)		200	20.5	(14.3-26.7)	
Age							<0.001				0.71
≤ 24 y	500	47.8	(41.7-53.9)	43	13.8	(1.3-26.3)		72	19.1	(7.5-30.7)	
25-34 y	440	36.6	(30.6-42.5)	110	24.9	(15.6-34.2)		95	21.2	(12.3-30.1)	
≥ 35 y	199	15.6	(11.9-19.3)	44	35.2	(14.3-56.1)		33	23.4	(8.4-38.4)	
Sexual orientation							0.008				0.12
Homosexual	943	76.3	(70.8-81.7)	178	23.2	(14.9-31.4)		179	21.7	(14.5-28.9)	
Heterosexual/Bisexual	193	23.7	(18.3-29.2)	18	11.1	(1.8-20.4)		20	13.9	(1.0-26.8)	
Partnership status							0.57				0.20
Without a steady partner	761	66.7	(60.7-72.7)	141	22.3	(14.1-30.5)		140	22.2	(14.5-30.0)	
With a steady partner	375	33.3	(27.3-39.3)	55	19.8	(6.4-33.3)		59	17.3	(6.9-27.7)	
Education							<0.001				0.78
Up to high school	319	35.7	(29.5-41.8)	30	19.1	(5.0-33.2)		25	18.3	(1.7-35.0)	
Incomplete college	469	38.2	(32.8-43.6)	51	12.6	(5.4-19.8)		85	20.9	(11.5-30.3)	
College degree	351	26.1	(20.6-31.6)	116	33.8	(19.6-48.1)		90	21.7	(12.9-30.5)	
Skin color/Ethnicity							0.07				0.50
White	516	40.0	(34.3-45.8)	120	26.2	(14.7-37.7)		112	21.0	(13.3-28.7)	
Black	213	19.0	(13.4-24.6)	32	18.5	(0.9-36.1)		27	16.2	(4.8-27.5)	
Pardo	392	41.0	(34.8-47.1)	41	16.3	(5.8-26.9)		56	22.1	(9.3-35.0)	
Socioeconomic class							0.22				0.40
A-B	450	33.6	(27.8-39.4)	101	25.3	(12.1-38.6)		95	19.9	(11.7-28.2)	
C	577	54.7	(48.6-60.7)	87	18.1	(9.8-26.5)		100	21.9	(12.5-31.3)	
D-E	107	11.7	(8.2-15.2)	8	24.7	(0.0-53.2)		4	10.5	(0.0-28.3)	
Income							0.009				0.34
≤ USD 240 †	215	24.5	(19.1-29.9)	14	12.3	(0.2-24.5)		19	17.7	(0.0-36.6)	
USD 241 - 480	225	23.5	(18.1-28.8)	29	14.2	(4.8-23.6)		34	16.7	(7.9-25.5)	
USD 481 - 720	199	19.4	(14.1-24.8)	32	25.9	(3.8-48.0)		45	27.2	(8.1-46.2)	
> USD 720	389	32.6	(26.4-38.7)	109	28.9	(16.6-41.2)		87	21.7	(12.3-31.0)	

†Corresponds to Brazil's monthly minimum wage (BRL 1,212) in 2022

Variable	Overall distribution ¹			Use of PrEP ²			Use of PEP ²			
	n	%	(95% CI)	Yes	%	(95% CI)	p-value ³	Yes	%	(95% CI)

¹Unweighted number of participants; RDS II adjusted column percentage (95% CI)

²Unweighted number of participants; RDS II adjusted prevalence within each category (95% CI)

³Pearson's X²: Rao & Scott adjustment

The sample comprises a diversified age distribution among participants, with a predominance of young adults in the age groups of 18 to 24 years (47.8%). In terms of education, most participants had incomplete college degree (38.2%). Classification based on sexual orientation showed that most participants identified as homosexual (76.3%), followed by a significant proportion of heterosexuals and bisexuals (23.7%). Regarding relationship status, the majority of participants did not have a steady partner (65.6%). In terms of race/skin color, an equitable distribution was observed between pardo and white participants (41% and 40%, respectively). The social stratification of participants was distributed in varied proportions in the sample, demonstrating socioeconomic diversity among participants, with the majority belonging to the middle class (Class C, according to the Brazilian Economic Classification Criteria - ABEP) and having a monthly income higher than the national average.

The self-reported prior use of PrEP and PEP was 21.4% and 20.5% in the sample, respectively. There is a statistically significant predominance of PrEP usage among the age group of ≥ 35 years (35.2%; $p < 0.001$). Additionally, prior use of this prophylaxis was also predominantly reported by homosexual's participants (23.2%; $p = 0.008$), those with college degree (33.8%; $p < 0.001$), and those with an income of \geq USD 720 (28.9%; $p = 0.009$). The distribution of self-reported prior use of PEP showed categorical similarity to PrEP usage, except for the variables of race/color and monthly income. The participants who predominantly utilized PEP were brown individuals (22.1%) and those with a monthly income between USD 481 and 720 (27.2%).

Table 2 presents the response frequencies related to use of PrEP and PEP among participants, categorized by different sexual behavior characteristics. Participants with ≥ 50 sexual partners in their lifetime and those with more than 5 sexual partners in the last six months were the ones who used PrEP and PEP in relation to other participants ($p < 0.001$). A higher usage of PrEP was also observed among participants with sexual partners living with HIV ($p = 0.02$) and among those who frequently participate in group sex ($p = 0.004$).

Table 2. Sexual behavior and use of Pr-EP and PEP among gay and other MSM.

Variable	Overall distribution ¹			Use of PrEP ²			p-value ³	Use of PEP ²			p-value ³
	n	%	(95% CI)	Yes	%	(95% CI)		Yes	%	(95% CI)	
Total	1139	100	—	197	21.4	(14.4-28.4)		200	20.5	(14.3-26.7)	
Age at first sexual intercourse							0.70				0.24
≤ 14 y	332	28.9	(23.1-34.6)	64	21.3	(7.4-35.2)		72	25.6	(12.6-38.6)	
15-17 y	478	42.0	(36.1-47.9)	71	20.1	(8.5-31.7)		83	19.5	(11.3-27.8)	
≥ 18 y	314	29.1	(23.6-34.6)	61	24.1	(11.1-37.2)		41	17.3	(3.3-31.3)	
Number of sexual partners (lifetime)							<0.001				<0.001
≤ 10	356	50.0	(43.3-56.7)	28	16.9	(1.3-32.5)		25	13.6	(3.0-24.3)	
11-49	366	33.4	(27.6-39.1)	47	19.5	(6.4-32.5)		52	14.2	(8.1-20.4)	
≥ 50	279	16.7	(12.5-20.8)	102	38.7	(25.4-52.1)		89	32.4	(16.6-48.3)	
Number of sexual partners (last 6 m)							<0.001				<0.001
≤ 1	417	45.0	(38.7-51.4)	22	10.2	(0.0-21.9)		32	12.1	(2.3-21.8)	
2-5	395	37.1	(31.1-43.0)	70	23.1	(10.7-35.5)		67	20.0	(9.7-30.2)	
> 5	282	17.9	(13.9-21.9)	93	37.3	(23.2-51.3)		89	33.5	(20.6-46.4)	
Condom use (first sexual intercourse)							0.21				0.17
No	597	54.0	(47.9-60.0)	104	19.2	(10.6-27.9)		121	23.1	(14.6-31.6)	
Yes	526	46.0	(40.0-52.1)	90	24.2	(12.2-36.2)		77	17.8	(8.7-26.9)	
Condom use (last sexual intercourse)							0.70				0.64
No	514	43.9	(37.8-49.9)	116	22.2	(13.2-31.2)		106	21.5	(13.0-30.1)	
Yes	622	56.1	(50.1-62.2)	81	20.7	(9.9-31.5)		94	19.8	(10.6-29.0)	
Partner's serological status							0.02				0.10
HIV-	561	50.6	(44.5-56.6)	82	17.4	(8.6-26.2)		94	19.2	(10.0-28.3)	
HIV+	57	4.5	(1.5-7.5)	21	41.5	(1.4-81.6)		23	36.7	(7.8-65.5)	
Unknown	517	44.9	(39.0-50.8)	94	23.8	(13.2-34.5)		83	20.7	(12.0-29.3)	
Group sex frequency							0.004				0.24
Never/Rarely	1,026	93.8	(91.6-96.1)	161	20.0	(12.7-27.3)		176	19.9	(13.5-26.3)	
Frequently	90	6.2	(3.9-8.4)	32	38.8	(17.4-60.2)		22	28.5	(7.8-49.3)	

¹Unweighted number of participants; RDS II adjusted column percentage (95% CI)²Unweighted number of participants; RDS II adjusted prevalence within each category (95% CI)³Pearson's X²: Rao & Scott adjustment

The results of the multivariate analysis, presented in Table 3a, indicate that age was positively associated with PrEP use, with participants aged 35 years or older showing a higher prevalence in the crude model (PR = 2.55; 95% CI: 1.53-4.27) and in the model adjusted for Block 1 (PR = 1.93; 95% CI: 1.09-3.42). Heterosexual/bisexual participants and those with incomplete higher education had a lower prevalence of PrEP use in the crude model, though these associations lost significance after adjustments. Regarding skin color/ethnicity, individuals identifying as "Pardo" consistently exhibited a negative association with PrEP use, with a lower prevalence in the adjusted model (PR = 0.58; 95% CI: 0.36-0.92).

Table 3a. Hierarchical regression on the factors associated with PrEP by variable blocks.

	Crude	Model 1	Model 2
Variable	PR (95% CI) ¹	PR (95% CI) ²	PR (95% CI) ³
Block 1			
Age			
≤ 24 y	1.00	1.00	1.00
25-34 y	1.80 (1.14-2.85)*	1.48 (0.88-2.46)	1.29 (0.73-2.28)
≥ 35 y	2.55 (1.53-4.27)*	1.93 (1.09-3.42)*	1.56 (0.80-3.01)
Sexual orientation			
Homosexual	1.00	1.00	
Heterosexual/Bisexual	0.48 (0.27-0.86)*	0.67 (0.37-1.21)	
Education			
Up to high school	1.00	1.00	1.00
Incomplete college	0.66 (0.39-1.12)*	0.62 (0.36-1.08)	0.67 (0.38-1.17)
College degree	1.77 (1.10-2.84)*	1.03 (0.61-1.74)	1.17 (0.67-2.03)
Skin color/Ethnicity			
White	1.00	1.00	1.00
Black	0.70 (0.43-1.17)*	0.78 (0.49-1.23)	0.76 (0.48-1.21)
Pardo	0.62 (0.40-0.97)*	0.61 (0.39-0.95)*	0.58 (0.36-0.92)*
Income			
≤ USD 240 †	1.00	1.00	
USD 241 - 480	1.15 (0.52-2.55)	1.14 (0.48-2.72)	
USD 481 - 720	2.10 (0.95-4.65)*	1.92 (0.84-4.37)	
> USD 720	2.34 (1.16-4.73)*	1.90 (0.88-4.10)	
Block 2			
Number of sexual partners (lifetime)			
up to 10	1.00		1.00
11-49	1.15 (0.66-2.00)		0.80 (0.47-1.35)
50 or more	2.29 (1.41-3.73)*		0.99 (0.59-1.67)
Number of sexual partners (last 6 m)			
0-1	1.00		1.00
2-5	2.27 (1.19-4.32)*		2.60 (1.39-4.86)*
> 5	3.66 (1.98-6.76)*		3.23 (1.70-6.13)*
Partner's serological status			
HIV-	1.00		1.00
HIV+	2.38 (1.31-4.32)*		2.22 (1.13-4.36)*
Unknown	1.37 (0.95-1.98)*		1.13 (0.78-1.64)
Group sex			

	Crude	Model 1	Model 2
Variable	PR (95% CI)¹	PR (95% CI)²	PR (95% CI)³
Never/Rarely	1.00		1.00
Frequently	1.94 (1.27-2.94)*		1.23 (0.79-1.91)

¹*p<0.20

²*p<0.10

³*p<0.05

PR = Prevalence Ratio, estimated by survey-weighted robust Poisson regression

Only associated variables were retained in subsequent models

Model 1 = block 1, Model 2 = block 2 adjusted for model 1

Having >5 sexual partners in the past six months was strongly associated with PrEP use in both the crude model (PR = 3.66; 95% CI: 1.98-6.76) and the adjusted model (PR = 3.23; 95% CI: 1.70-6.13). Frequent participation in group sex was also associated with PrEP use in the crude model (PR = 1.94; 95% CI: 1.27-2.94), although this association diminished after adjustments. Furthermore, having an HIV-positive partner was significantly associated with increased PrEP use in both the crude (PR = 2.38; 95% CI: 1.31-4.32) and adjusted models (PR = 2.22; 95% CI: 1.13-4.36).

The multivariate analysis of factors associated with PEP use (Table 3b) indicates that participants with ≥ 50 lifetime sexual partners had a significantly higher probability of PEP use in the crude model (PR = 2.38; 95% CI: 1.43-3.94), though this association was attenuated after adjustment (PR = 1.62; 95% CI: 0.88-2.99). Similarly, belonging to the group with >5 sexual partners in the last six months remained significantly associated with PEP use after adjustment (PR = 1.89; 95% CI: 1.04-3.46). Participants engaging in sexual relationships with people living with HIV also maintained a strong association with PEP use in both the crude (PR = 1.91; 95% CI: 1.17-3.14) and adjusted models (PR = 1.90; 95% CI: 1.07-3.38).

Table 3b. Regression on the factors associated with PEP.

Variable	Crude	Model 1
	PR (95% CI) ¹	PR (95% CI) ²
Sexual orientation		
Homosexual	1.00	1.00
Heterosexual/Bisexual	0.64 (0.36-1.15)*	0.77 (0.39-1.54)
Number of sexual partners (lifetime)		
≤ 10	1.00	1.00
11-49	1.04 (0.61-1.79)	0.93 (0.52-1.64)
≥ 50	2.38 (1.43-3.94)*	1.62 (0.88-2.99)
Number of sexual partners (last 6 m)		
0-1	1.00	1.00
2-5	1.66 (0.97-2.84)*	1.09 (0.59-2.01)
> 5	2.78 (1.68-4.59)*	1.89 (1.04-3.46)*
Condom use (first sexual intercourse)		
No	1.00	1.00
Yes	0.77 (0.54-1.12)*	0.73 (0.48-1.10)
Partner's serological status		
HIV-	1.00	1.00
HIV+	1.91 (1.17-3.14)*	1.90 (1.07-3.38)*
Unknown	1.08 (0.74-1.58)	1.04 (0.64-1.67)

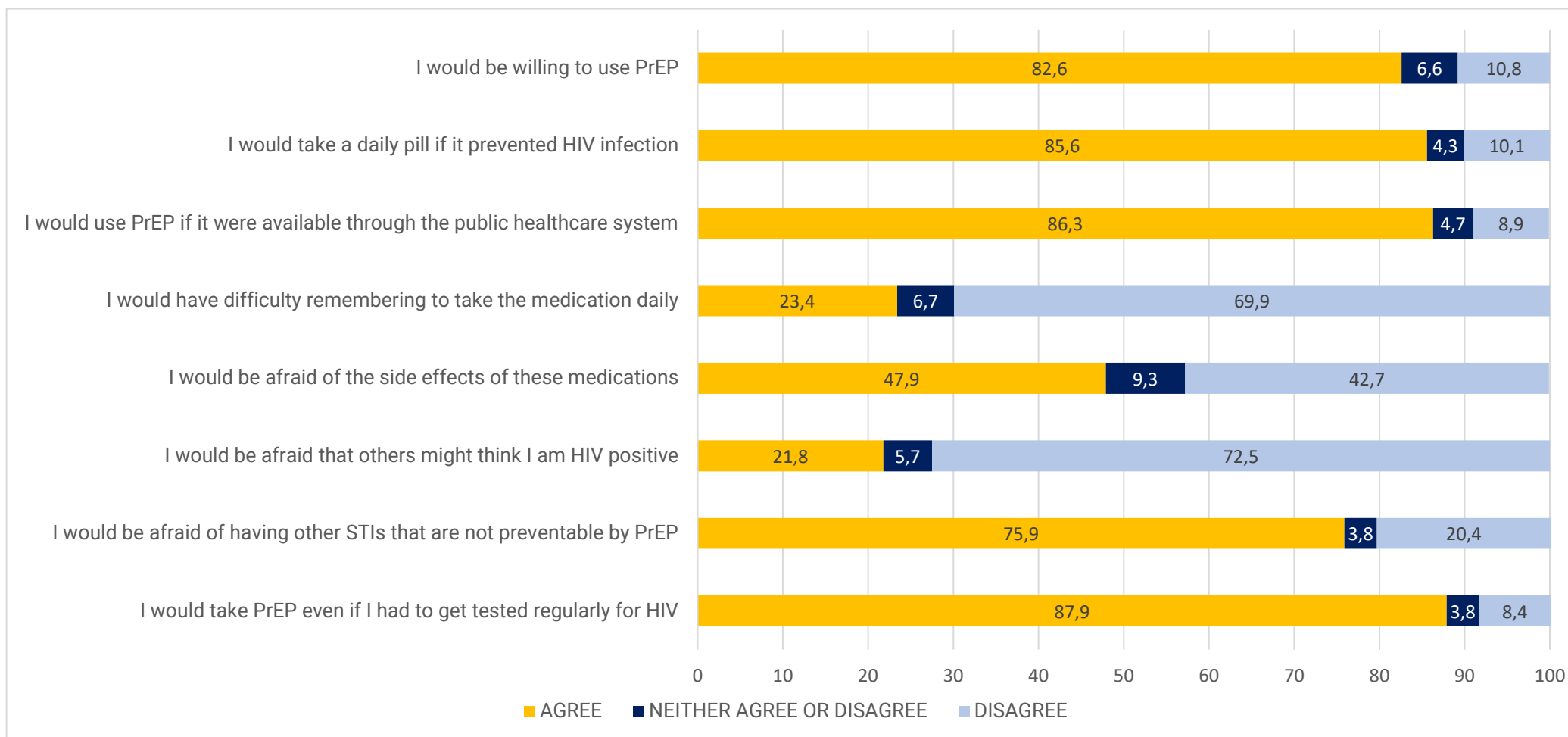
¹*p<0.20²*p<0.05

PR = Prevalence Ratio, estimated by survey-weighted robust Poisson regression

Model 1 = adjusted model

We also investigate the acceptability of PrEP use in this population (Figure 1). Although the majority of the participants are willing to use PrEP (82.6%; 95% CI 77 - 88.2%) and do not have any problem in taking a daily pill (85.6%; 95% CI 80.4 - 90.7%) or having regular HIV tests (87.9%; 95% CI 83.2 - 92.5%), more than 75% are afraid of having other STI and half of them (47.9%; 95% CI 40.3 - 55.5%) are also afraid of side effects of the medication. Regarding the availability of PrEP through the healthcare system (SUS), the majority of participants reported that they would be willing to use it (86.3%; 95% CI 81.1 - 91.6%).

Figure 1. Frequencies of responses regarding daily oral PrEP use among the gay, bisexual, and MSM population. Porto Alegre, Brazil, 2024.



DISCUSSION

This research is the first cross-sectional study involving cisgender gay men, bisexual individuals, and other MSM in different regions of Brazil, evaluating their history of HIV prophylaxis (PrEP and PEP), sociobehavioral characteristics, and perceptions regarding the daily use of oral PrEP available in Brazil.

Although Brazil was the first country in Latin America to introduce PrEP, its uptake among gay/MSM populations remains very low. Only 21.4% utilizing prophylaxis, reflecting a limited adherence, similar to previous studies conducted within the same population in Brazil.¹⁹ Despite efforts, Latin America has made limited progress in reducing new HIV infections, with at least 25% of new diagnoses being classified as advanced HIV infection.²⁰ By 2021, the only Latin American countries, excluding the Caribbean, that had incorporated the WHO recommendations for oral PrEP into their national guidelines were Brazil, Chile, Costa Rica, Mexico, Paraguay, and Peru.²¹ In these regions, as well as in Brazil, the expansion of PrEP has been slower compared to Australia, Europe, or the United States.²² Studies conducted in regions such as Canada demonstrate a PrEP uptake similar to that found in this study.²³ In contrast, in an English cohort, the uptake of PrEP among gay/MSM individuals was more than double the rate observed in Brazil.²⁴

Participants aged between 18 and 24, as well as those identifying as Pardo, demonstrate a marked reduction in the prevalence of PrEP usage. Despite the availability of prophylaxis in Brazil's unified health system, the number of new HIV cases has increased among MSM under 30 years of age.²⁵ For age groups in the general population, it was observed that from 2020 to 2022, 23.4% of cases were among young people aged 15 to 24.²⁵ Interventions to address disparities in HIV risk perception among younger individuals are urgently needed to maximize the impact of PrEP in reducing HIV infection among these populations in Brazil.²⁶

The repercussions of inequalities in access to healthcare services influence the epidemiology of HIV among different ethnic groups in PrEP use.²⁷ Similar proportions of PrEP use among black and pardo individuals are problematic considering the disproportionate number of HIV infections in this population.²⁵ In 2022, HIV detection notifications in Brazil were unevenly distributed among different racial groups: whites (29.9%), blacks (13%) and pardo (49.8%) individuals.²⁵ In Etowa's study²⁷ with individuals of African, Caribbean, and Black origin identified barriers to accessing HIV

testing, PEP, and PrEP were identified, including fear, health beliefs, stigma, lack of information, and racism in the healthcare system, reported both individually and communally.

Our study revealed that the use of PrEP and PEP was associated with having more than five sexual partnerships in the last six months, aligning with findings from research investigating barriers and facilitators to prophylaxis use within this population.²⁸ Furthermore, the utilization of both prophylaxes was also associated with participants who engage in sexual relationships with individuals living with HIV. These characteristics are outlined in national and international protocols for the use of these prophylaxes,²⁹ enabling us to understand that a portion of the target audience for these strategies has been or is being reached by these technologies. The majority of participants expressed a willingness to use oral PrEP daily and to undergo regular HIV testing while utilizing prophylaxis. However, concerns were raised, including difficulty in remembering to take the medication daily, fear of side effects, and worries about other STIs. Therefore, there is a pressing need to integrate prophylaxes into a comprehensive approach rather than viewing them as alternatives to existing prevention methods such as condoms.²⁷

The fear expressed by participants of being associated with people living with HIV while taking PrEP suggests the influence of stigma-related fear on non-adherence to prophylaxis. The internalization of these negative associations can distort individuals' perceptions of their own eligibility or need for PrEP, potentially reducing adherence as a method of self-protection.³⁰ Therefore, it is recommended that PrEP expansion strategies seek to disassociate prophylaxis from negative stereotypes. This should take into account population concerns regarding healthcare provider attitudes, quality assurance, and data protection as potential determinants for the utilization of these prophylaxis at the national level.³¹ Awareness of PrEP varies significantly among countries with different economic statuses and WHO regions, as well as in locations with supportive policies.²⁸ Thus, improving awareness of PrEP and PEP through enhanced access to prevention-related health education and a better understanding of HIV infection risk could positively influence willingness to use PrEP among MSM.

It is important to acknowledge certain inherent limitations of the study stemming from its design and sampling strategy. The findings are specifically applicable to gay and other MSM residing in large urban centers. While RDS is a valuable sampling method,

some subgroups of MSM may be either over- or underrepresented. Moreover, recall bias in self-reported measures cannot be ruled out. Furthermore, due to the cross-sectional nature of the analysis, any association identified does not imply causality.

Understanding the characteristics associated with access to HIV prophylaxis is crucial for informing public policy decisions aimed at promoting continuous use of PrEP and PEP among vulnerable populations. In the Brazilian context, expanding the adoption of preventive methods such as PrEP faces challenges including raising awareness of sexual health care among younger individuals, as well as those with lower education levels, and pardo individuals. Social inequalities, influenced by factors like education and race/skin color, significantly impact access to health services and must be addressed through an intersectional approach tailored to regional differences. Promoting emergency preventive methods like PEP through comprehensive strategies that respect the specific needs of MSM populations across all age groups and are free from stigma can help reduce the incidence of HIV infections in vulnerable groups.

REFERENCES

1. UNAIDS. *Estatísticas 2022* [homepage in Internet]. <https://unaids.org.br/estatisticas/> (accessed 8 Apr 2024).
2. OPAS/OMS. *HIV/AIDS 2023*. [homepage in Internet] <https://www.paho.org/pt/topicos/hivaids> (acesso em 8 Apr 2024)
3. Grant, RM *et al.* Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *The New England Journal of Medicine*, v. 363, n. 27, p. 2587-2599, 2010.
4. Rapid Response Service. *The efficacy of post-exposure prophylaxis (PEP) for HIV*. Ontario HIV Treatment Network. Toronto, ON: March, 2019.
5. Horvatich G. PrEP: Anvisa aprova primeiro medicamento injetável para prevenção do HIV. Cons. Fed. Farmácia. 2023. <https://site.cff.org.br/noticia/Noticias-gerais/16/06/2023/prep-anvisa-aprova-primeiro-medicamento-injetavel-para-prevencao-do-hiv> (accessed 24 Apr2024).
6. Peng P, Su S, Fairley CK, Chu M, Jiang S, Zhuang X *et al.* A Global Estimate of the Acceptability of Pre-exposure Prophylaxis for HIV Among Men Who have Sex with Men: A Systematic Review and Meta-analysis. *AIDS Behav* 2018; 22: 1063–1074.
7. Monteiro Spindola Marins L, Silva Torres T, Luz PM, Moreira RI, Leite IC, Hoagland B *et al.* Factors associated with self-reported adherence to daily oral pre-exposure prophylaxis among men who have sex with man and transgender women: PrEP Brasil study. *Int J STD AIDS* 2021; 32: 1231–1241.

8. Simões D, Meireles P, Rocha M, Freitas R, Aguiar A, Barros H. Knowledge, and Use of PEP and PrEP Among Key Populations Tested in Community Centers in Portugal. *Front Public Health* 2021; 9.
9. Thomas R, Galanakis C, Vézina S, Longpré D, Boissonnault M, Huchet E *et al.* Adherence to Post-Exposure Prophylaxis (PEP) and Incidence of HIV Seroconversion in a Major North American Cohort. *PLOS ONE* 2015; 10: e0142534.
10. Silva MMS, Nichiata LYI, Simão NS, Silveira RAD. Conditions associated with adherence to HIV post-sexual exposure prophylaxis. *Rev Esc Enferm USP* 2021; 55: e03699.
11. Heckathorn DD. Respondent-Driven Sampling: A New Approach to the Study of Hidden Populations. *Soc Probl* 1997; 44: 174–199.
12. White, Richard G. et al. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology for respondent-driven sampling studies: “STROBE-RDS” statement. *Journal of Clinical Epidemiology* 2015;68: 1463 –71.
13. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. (2013). *Introduction to HIV/AIDS and sexually transmitted infection surveillance: module 4: introduction to respondent-driven sampling.*
14. ABEP. Critério Brasil 2015. [homepage in Internet] <https://www.abep.org/> (accessed 24 Apr 2024)
15. Ministry of Health (BR). *Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira - PCAP 2013* [Brasília]: Ministry of Health (BR); 2013.
16. Jin F, Prestage GP, Mao L, Kippax SC, Pell CM, Donovan B *et al.* Transmission of Herpes Simplex Virus Types 1 and 2 in a Prospective Cohort of HIV-Negative Gay Men: The Health in Men Study. *J Infect Dis* 2006; 194: 561–570.
17. Giuliano AR, Lee J-H, Fulp W, Villa LL, Lazcano E, Papenfuss MR *et al.* Incidence and clearance of genital human papillomavirus infection in men (HIM): a cohort study. *The Lancet* 2011; 377: 932–940.
18. Wendland EM, Bessel M, Comerlato J, Horvath JDC, Falcetta F, Mendes Pereira GF *et al.* Evaluating sexual health in sex workers and men who have sex with men: the SMESH cross-sectional protocol study. *BMJ Open* 2019; 9: e031358.
19. Blair, K. J.; Torres, T. S.; Hoagland, B.; Bezerra, D. R. B.; Veloso, V. G.; Grinsztejn, B.; Clark, J.; Luz, P. M. Pre-exposure prophylaxis use, HIV knowledge, and internalized homonegativity among men who have sex with men in Brazil: A cross-sectional study. *Lancet regional health. Americas*, 6, 100152, 2022. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100152>
20. UNAIDS. DATA 2023. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2023.
21. UNAIDS. Laws and Policies Analytics. [homepage in Internet]. <https://lawsandpolicies.unaids.org/topicresult?i=742> (accessed 8 Apr 2024).

22. Torres T. S.; Teixeira S. L.M.; Hoagland B.; Konda K. A.; Derrico M.; Moreira R. I. et al. Recent HIV infection and annualized HIV incidence rates among sexual and gender minorities in Brazil and Peru (ImPrEP seroincidence study): a cross-sectional, multicenter study. *Lancet Reg Health – Am* 2023; 28.
23. Cox, J., Apelian, H., Moodie, E. E. M., Messier-Peet, M., Hart, T. A., Grace, D., Moore, D. M., Lachowsky, N. J., Armstrong, H. L., Jollimore, J., Skakoon-Sparling, S., Rodrigues, R., Tan, D. H. S., Maheu-Giroux, M., Noor, S. W., Lebouché, B., Tremblay, C., Olarewaju, G., Lambert, G., & Engage Study Team. Use of HIV pre-exposure prophylaxis among urban Canadian gay, bisexual and other men who have sex with men: a cross-sectional analysis of the Engage cohort study. *CMAJ open*, 9(2), E529–E538, 2021. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20200198>
24. Hanum, N., Cambiano, V., Sewell, J., Phillips, A. N., Rodger, A. J., Speakman, A., Nwokolo, N., Asboe, D., Gilson, R., Clarke, A., Miltz, A. R., Collins, S., Lampe, F. C., & AURAH2 Study Group. Use of HIV pre-exposure prophylaxis among men who have sex with men in England: data from the AURAH2 prospective study. *The Lancet. Public health*, 5(9), e501–e511, 2020. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30186-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30186-9)
25. Ministry of Health (BR). Boletim Epidemiológico - HIV/Aids 2022 [Internet]. [Brasília]: Ministry of Health (BR); [accessed em 24 apr 2024]. https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2022/hiv-aids/boletim_hiv_aids_-2022_internet_31-01-23.pdf/view (accessed 24 Apr 2024).
26. Albuquerque G. A.; Belém J. M.; Nunes J. F. C.; Alves M. J. H.; Feitosa F. R. A.; Queiroz C. M. H. T. et al. Saberes e práticas sexuais de adolescentes do sexo masculino: impactos na saúde. *Rev Enferm Cent-Oeste Min* 2014. doi:10.19175/recom.v0i0.588.
27. Etowa J, Tharao W, Mbuagbaw L, Baidoobonso S, Hyman I, Obiorah S et al. Community perspectives on addressing and responding to HIV-testing, pre-exposure prophylaxis (PrEP) and post-exposure prophylaxis (PEP) among African, Caribbean and Black (ACB) people in Ontario, Canada. *BMC Public Health* 2022; 22: 913.
28. Sun Z, Gu Q, Dai Y, Zou H, Agins B, Chen Q et al. Increasing awareness of HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) and willingness to use HIV PrEP among men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis of global data. *J Int AIDS Soc* 2022; 25: e25883.
29. BRASIL. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022d.
30. Calabrese SK, Underhill K. How Stigma Surrounding the Use of HIV Preexposure Prophylaxis Undermines Prevention and Pleasure: A Call to Destigmatize “Truvada Whores”. *Am J Public Health* 2015; 105: 1960–1964.
31. Yi S, Tuot S, Mwai GW, Ngini C, Chhim K, Pal K et al. Awareness and willingness to use HIV pre-exposure prophylaxis among men who have sex with men in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *J Int AIDS Soc* 2017; 20: 21580.

6 CONCLUSÃO

A saúde sexual de diferentes grupos sociais é afetada de forma distinta pela epidemia de HIV/AIDS no Brasil. As disparidades de uso dos métodos preventivos como a PrEP e de urgência como a PEP são intensificadas quando fatores como escolaridade e diferenças étnicas e raciais se associam a regiões onde se concentram desigualdades sociais. Nos achados aqui descritos, os agravantes sociais foram determinantes no relato de uso de profilaxias que se destinam, também, para as populações contempladas no estudo. Além disso, o fator idade também demonstrou associação com a aproximação ou distanciamento a esses métodos, mesmo tratando-se de uma amostra altamente escolarizada.

Frente ao cenário brasileiro, os desafios para expandir o uso de métodos preventivos como a PrEP incluem a conscientização sobre cuidados com saúde sexual para pessoas de faixas etárias que variam entre os mais jovens e os mais velhos, entendendo que características individuais das populações podem influenciar na eficácia de estratégias para expansão das profilaxias. Estas devem ser pensadas de forma personalizada, considerando linguagem e veículos de informação adaptados às diferentes populações e cenários regionais do país.

ANEXOS

1 NORMAS DA REVISTA

Information for Authors

The *Lancet HIV* publishes interesting and informative reviews on any topic connected with HIV, and considers any original research contribution that advocates change in, or illuminates, clinical practice policy, or management. Manuscripts must be solely the work of the authors stated, must not have been previously published elsewhere, and must not be under consideration by another journal. All papers should be written to be clearly understandable to the journal's readers in a wide range of specialties and countries. The *Lancet HIV* is an online-only journal.

The journal publishes a range of article types that encompass all aspects of HIV: Comment, Correspondence, News, Articles, Review, and Viewpoint.

All original research judged eligible for fast-track publication by the journal's editors will be peer-reviewed within 3–5 days and, if accepted, published within 10 weeks from submission. A majority of accepted fast-track Articles are published online first before being assigned to an issue.

The *Lancet* is a signatory journal to the Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, issued by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE Recommendations), and to the Committee on Publication Ethics (COPE) code of conduct for editors. We follow COPE's guidelines.

If your question is not addressed on these pages then please email the Editor at thelancethiv@lancet.com.

How to submit your paper

Manuscript submission

Manuscript submission to all *Lancet* journals is free. Manuscripts should be submitted online via the *The Lancet HIV*'s online submission and peer review website (known as EM) at www.editorialmanager.com/thelancethiv

- Simply log on to EM and follow the onscreen instructions for all submissions
- If you have not used EM before, you will need to register first. In EM, the corresponding author is the person who enters the manuscript details and uploads the submission files
- Inclusion of illustrations (eg, photographs, graphs, diagrams) is a prerequisite for many publication types. Submission of original and editable artwork files is encouraged. Digital photography files should have a resolution of at least 300 dpi and be at least 107 mm wide. Before and after images should be taken with the same intensity, direction, and colour of light.
- In almost all cases, if you have a finished manuscript, you should submit it, rather than contacting *The Lancet HIV* to enquire whether an unseen manuscript is likely to be accepted
- Unless you have been asked by the Editor to submit by email, you should use the online system for all types of submission, including correspondence
- If you have any technical problems or questions, please contact our dedicated journal office inbox at editorial@lancet.com, the editor at TheLancetHIV@lancet.com, or visit our [Support Center](#) for further assistance

Covering letter

- You should upload your covering letter at the "Enter Comments" stage of the online submission process
- Use the covering letter to explain why your paper should be published in *The Lancet HIV* rather than elsewhere and state if you wish for it to be considered for fast-track publication
- It is helpful to indicate what could shorten your paper—the full paper can be reviewed and a shorter version published; a table or figure, details of a DNA sequence, or further references, for

Submissions to *The Lancet HIV* should include:

- 1 Covering letter
- 2 Manuscript including tables and panels
- 3 Figures
- 4 Author statement form (see next section)
- 5 Declaration of interests and source of funding statements (see next section)
- 6 In-press papers—one copy of each with acceptance letters
- 7 Protocols and CONSORT details for randomised controlled trials (see Articles)
- 8 We encourage disclosure of correspondence from other journals and reviewers, if previously submitted, and we might contact relevant editors of such journals
- 9 Research in context panel, for all primary research Articles

example, can be published on our website or made available from the authors

Statements, permissions, and signatures

Authors and contributors

- Designated authors should meet all four criteria for authorship in the ICMJE Recommendations
- All authors, and all contributors (including medical writers and editors), should specify their individual contributions at the end of the manuscript
- We require that more than one author has directly accessed and verified the underlying data reported in the manuscript. For research articles that are the result of an academic and commercial partnership, at least one of the authors named as having accessed and verified data must be from the academic team. The contributors statement should state who those authors are.
- All authors should confirm that they had full access to all the data in the study and accept responsibility to submit for publication
- We encourage collaboration and coauthorship with colleagues in the locations where the research is conducted
- The *Lancet* Group takes a neutral position with respect to territorial claims in institutional affiliations

Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals
<http://www.icmje.org>

COPE Core Practices
<https://publicationethics.org/core-practices>

ICMJE Recommendations
<http://www.icmje.org>

Information for Authors

Author statement form
<https://www.thelancet.com/for-authors/forms?section=thiv-author-sig>

- When choosing coauthors, we ask lead authors to be mindful of the benefits of diversity in authorship and to consider inviting coauthors who reflect diversity in every sense, including (but not limited to) background, career-stage, gender, geography, race, ethnicity, and (dis)ability
- We encourage authors of papers focused on minoritised populations to include authors from those populations. Authors are also encouraged to describe whether and how people with lived experience of minoritisation were involved in or led their research.
- The Lancet *HW* will not publish any paper unless we have the signatures of all authors
- We suggest you use the **author statement form** and upload the signed copy with your submission
- Please include written consent of any cited individuals noted in acknowledgments or personal communications
- These forms should only be supplied if your paper is selected for peer review. You will receive instruction from the editorial team when to send these documents
- For author groups of more than 30 members, we encourage use of a collaborator or study group for any additional authors. For this collaborator or study group, if they wish to be indexed to the paper, please provide a separate document with a table of first names and surnames of all members of the group (this is to ensure that PubMed and similar databases encode the names correctly).

Elsevier's author guide
<https://beta.elsevier.com/about/policies-and-standards/author/doi/trial/truce>

Reporting sex-based and gender-based analyses

Reporting guidance

For research involving or pertaining to humans, animals, model organisms, or eukaryotic cells, investigators should integrate sex-based and gender-based analyses into their research design according to evolving funder/sponsor requirements and best practices within a field. Authors should address their research's sex and/or gender dimensions in their manuscript. In cases where they cannot, they should discuss this as a limitation to their research's generalisability. With research involving cells and model organisms, researchers should use the term "sex". With research involving humans, researchers should consider which terms best describe their data (see Definitions section below). Authors can refer to the **Sex and Gender Equity in Research (SAGER) Guidelines** and the **SAGER guidelines checklist**. They offer systematic approaches to the use and editorial review of sex and gender information in study design, data analysis, outcome reporting, and research interpretation. However, there is no single, universally agreed-upon set of guidelines for defining sex and gender or reporting sex-based and gender-based analyses.

Definitions

In human research, the term "sex" carries multiple definitions. It often refers to an umbrella term for a set of biological attributes associated with physical and physiological features (eg, chromosomal genotype, hormonal levels, internal and external anatomy). It can also signify a sex categorisation, most often designated at birth ("sex assigned at birth") based on a newborn's visible external anatomy. The term "gender" generally refers to socially constructed roles, behaviours, and identities of women, men, and gender-diverse people that occur in a historical and cultural context, and might vary across societies and over time. Gender influences how people view themselves and each other,

how they behave and interact, and how power is distributed in society. Sex and gender are often incorrectly portrayed as binary (female/male or woman/man), concordant, and static. However, these constructs exist along a spectrum that includes additional sex categorisations and gender identities, such as people who are intersex/have differences of sex development (DSD), or identify as non-binary. In any given person, sex and gender might not align, and both can change. Sex and gender are not entirely discrete concepts and their definitions continue to evolve. Biology and society influence both, and many languages do not distinguish between them. Since the terms "sex" and "gender" can be ambiguous, authors should describe the methods they use to gather and report sex-related and/or gender-related data (eg, self-report or physician-report, specific biological attributes, current sex/gender, sex assigned at birth, etc) and discuss the potential limitations of those methods. This will enhance the research's precision, rigor, and reproducibility, and avoid ambiguity or conflation of terms and the constructs to which they refer. Authors should use the term "sex assigned at birth" rather than "biological sex", "birth sex" or "natal sex" as it is more accurate and inclusive. When ascertaining gender and sex, researchers should use a two-step process: (1) ask for gender identity allowing for multiple options and (2) if relevant to the research question, ask for sex assigned at birth. In addition to this defining guidance and the SAGER guidelines, you can find further information about reporting sex and gender in research studies on Elsevier's diversity, equity, and inclusion in the publishing author guide available [here](#).

Reporting on race and ethnicity

We encourage researchers to include people from minoritised racial or ethnic populations as participants, and to plan to report and analyse data by race, ethnicity, or both. Disaggregating these data can help to uncover health inequities. In the Methods section, please explain the definitions, categories, or conceptual framework used and how they were assigned (eg, self-report, census or registry data). If specific data on race or ethnicity were not collected, analysed, or reported, it would be useful to give the reasons for this if possible.

Furthermore, for research specifically involving groups that have historically been marginalised, how have researchers prioritised community engagement and self-determination in the research process? For research involving Indigenous peoples, a possible tool to help you report this is the **CONSIDER statement**.

In the Discussion section, please discuss the representativeness of the study population, to help readers assess the applicability of the findings to their setting.

Because race is a sociocultural construct, not a fixed biological trait, we ask authors to avoid use of race-based reference ranges and algorithms. For all manuscripts, any discussion of data in relation to race, ethnicity, or both should consider the wider context of socioeconomic, historical, and other structural drivers, for which race or ethnicity might be surrogate measures. We ask authors to qualify race-based associations drawn from observational data by discussing the potential limitations of such data and the possible role of unmeasured confounders. Such explanation can reduce the potential for harm from simplistic attributions to race.

We also ask authors to consider a **strengths-based approach** rather

Sex and Gender Equity Research (SAGER) Guidelines
<https://researchintegrityjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s41073-016-0007-6>

SAGER guidelines checklist
<https://ese.arphahub.com/article/86910/>

Strengths-based approach
<https://www.lancetjournals.com/wp-content/uploads/2023/05/deficit-discourse-strengths-based.pdf>

than a deficit discourse, when discussing findings related to race and ethnicity. For instance, discuss how findings might promote health and wellbeing, rather than focusing on problems.

The use of AI and AI-assisted technologies in scientific writing

Where authors use AI and AI-assisted technologies in the writing process, these technologies should only be used to improve readability and language of the work and not used to replace researcher tasks such as producing scientific insights, analysing and interpreting data, or drawing scientific conclusions. Such writing assistance should be disclosed in a statement at the end of the article in the acknowledgment section. Applying these technologies should only be done with human oversight and control, and authors should carefully review and edit the result because AI can generate authoritative-sounding output that can be incorrect, incomplete, or biased.

Authors who have used AI technology in any part of their study, enhancing search strategies, or in the development of Review articles should describe its use in the methods section in sufficient detail to enable replication of the approach including the tool used, version, and prompts where applicable. Authors should not list AI and AI-assisted technologies as an author or co-author, nor cite AI as an author. Authors are ultimately responsible and accountable for the originality, accuracy, and integrity of the work.

Forms and signatures

For Reviews, Personal Views, Position Papers, Viewpoints, Comments, and Correspondence, we require you to upload your forms at submission. For original research (Articles), we will request these forms after peer review. The following signed statements are required:

- Authors' contributions
- Conflicts of interest statements (ICMJE forms)
- Statements of role, if any, of medical writer or editor
- Acknowledgments—written consent of cited individual
- Personal communications—written consent of cited individual
- Use of copyright-protected material—signed permission statements from author and publisher

These statements can be scanned and submitted electronically with your submission. Please note that *The Lancet* journals will accept hand-signed and electronic (typewritten) signatures.

Declaration of interests

A conflict of interest exists when professional judgement concerning a primary interest (such as patients' welfare or validity of research) may be influenced by a secondary interest (such as financial gain). Financial relationships are easily identifiable, but conflicts can also occur because of personal relationships or rivalries, academic competition, or intellectual beliefs. A conflict can be actual or potential, and full disclosure to the Editor of all relationships is a requisite. Purposeful failure to disclose conflicts is a form of misconduct and might lead to publication of a correction or even to retraction. All submissions to *The Lancet HIV* must include disclosure of all relationships in which there is a potential or actual conflict of interest, even if it not directly relevant to the submitted work. The Editor may use such information as a basis for editorial decisions and will publish all

disclosures that authors declare on their conflict of interests form. It is the corresponding author's responsibility to check that all declarations made by authors on their conflicts of interest form are included at the end of the manuscript. Agreements between authors and study sponsors that interfere with authors' access to all of a study's data, or that interfere with their ability to analyse and interpret the data and to prepare and publish manuscripts independently, may represent conflicts of interest, and should be avoided. Authors may be required to provide the journal with any such agreements in confidence.

- At the end of the text, under a subheading "Declaration of interests", all authors must disclose any financial and personal relationships with other people or organisations, even if it does not directly relate to the submitted work. Examples of financial conflicts include employment, consultancies, stock ownership, honoraria, paid expert testimony, patents or patent applications, and travel grants, all within 3 years of beginning the work submitted. If there are no conflicts of interest, authors should state that none exist
- All authors are required to provide a Conflict of Interest Statement and should complete a standard form, which is available at <https://www.thelancet.com/for-authors/forms/section-icmje-coi>. The form has been modified by the ICMJE following consultation with authors and editors. Further information is available in a joint ICMJE statement published on July 1, 2010. For more information see *Lancet* 2009; 374: 1395–96.
- For any Review, Personal View, Position Paper, or Viewpoint, *The Lancet HIV* will not publish the manuscript if an author, within the past 3 years, and with a relevant company or competitor, has any stocks or shares, equity, a contract of employment, or a named position on a company board; or has been asked by any organisation other than *The Lancet HIV* to write, be named on, or to submit the paper (see *Lancet* 2004; 363: 2–3)
- For any Review or Viewpoint, the use of medical writers is not permitted unless they have been paid and instructed directly by an author, or their institution, and their role is purely technical (eg, editing a first draft for language and grammar). If you are contemplating use of a medical writer, please contact the journal immediately to ensure doing so complies with our policies

ICMJE COI form
<https://www.thelancet.com/for-authors/forms/section-icmje-coi>

Joint ICMJE statement
<https://www.thelancet.com/for-authors/forms/section-icmje-statement>

Role of the funding source (to be included only with Articles)

- All sources of funding should be declared as an acknowledgment at the end of the text
- At the end of the Methods section, under a subheading "Role of the funding source", authors must describe the role of the study sponsors, if any, in study design; in the collection, analysis, and interpretation of data; in the writing of the report; and in the decision to submit the paper for publication
- If there is no Methods section, the role of the funding source should be stated as an acknowledgment. If the funding source had no such involvement, the authors should state so

Role of medical writer or editor

- If a medical writer or editor was involved in the creation of your manuscript, we need a signed statement from the corresponding author to include their name and information about funding of this person

Information for Authors

- This information should be added to the Acknowledgments or Contributors section
- We require signed statements from any medical writers or editors declaring that they have given permission to be named as an author, as a contributor, or in the Acknowledgments section

Consents

- Appropriate written consents, permissions, and releases must be obtained where you wish to include any case details, personal information, and images of patients or other individuals in *The Lancet HIV* in order to comply with all applicable laws and regulations concerning privacy and security of personal information. Studies on patients or volunteers need approval from an ethics committee and informed consent from participants. These should be documented in your paper.
- Do not use “blackout” bars or similar devices to anonymise patients in clinical images: if you have taken consent appropriately masking is not needed.
- Since the consent form needs to comply with the relevant legal requirements of your particular jurisdiction, we do not provide sample forms; this is your responsibility. Your affiliated institution should be able to provide an appropriate form.
- For the purposes of publishing in *The Lancet HIV*, a consent, permission, or release should include, without limitation, publication in all formats (including print, electronic, and websites), in sublicensed and reprinted versions (including translations), and in other works and products.
- To respect patients’ and any other individuals’ privacy, please do not send signed forms to *The Lancet HIV*. Please instead complete the patient consent section of the *Author Statements* while retaining copies of the signed forms in the event they should be needed.
- If consent, permission, or release is made subject to any conditions, *The Lancet HIV* must be made aware in writing of all such conditions before publication.
- For more information about our policy, please visit <https://www.elsevier.com/about/our-business/policies/patient-consent>.

Types of article and manuscript requirements

Please ensure that anything you submit to *The Lancet HIV* follows the guidelines provided for each article type. For instructions on how to format the text of your paper, including tables, figures, panels, and references, please see our [Formatting guidelines](#). Please note *The Lancet HIV* does not publish case reports.

Red section (Articles and Meta-analyses)

Articles

- *The Lancet HIV* prioritises reports of original research that are likely to change clinical practice or thinking about HIV
- We invite submission of all clinical trials, whether phase 1, 2, 3, or 4 (see *Lancet* 2006; **368**: 827–28). For phase 1 trials, we especially encourage those of a novel substance for a novel indication, if there is a strong or unexpected beneficial or adverse response, or a novel mechanism of action
- We require registration of all interventional trials, whether early or late phase, in a primary registry that participates in WHO’s International Clinical Trial Registry Platform (see *Lancet*

2007; **369**: 1909–11) or in [ClinicalTrials.gov](#), in accordance with ICMJE recommendations. We also require full public disclosure of the minimum 24-item trial registration dataset at the time of registration and before recruitment of the first participant (see *Lancet* 2006; **367**: 1631–35). The registry must be independent of for-profit interest

- Reports of trials must conform to *CONSORT 2010 guidelines*, and should be submitted with a full protocol in English, or, with the full protocol and a synopsis in English including details of enrolment criteria, outcomes/endpoints, and statistical considerations. Please also submit a statistical analysis plan with the protocol if there is one
- All reports of randomised trials should include a section entitled Randomisation and masking, within the Methods section. Please refer to *The Lancet’s formatting guidelines for randomised trials*
- Cluster-randomised trials must be reported according to *CONSORT extended guidelines*
- Randomised trials that report harms must be described according to *extended CONSORT guidelines*
- Studies of diagnostic accuracy must be reported according to *STARD guidelines*
- Observational studies (cohort, case-control, or cross-sectional designs) must be reported according to the *STROBE statement*, and should be submitted with their protocols
- We encourage the registration of all observational studies on a WHO-compliant registry (see *Lancet* 2010; **375**: 348)
- Genetic association studies must be reported according to *STREGA guidelines*
- Reports of studies of global health estimates should be reported according to the *GATHER statement* (see *Lancet* 2016; **388**: e19–23)
- Clinical trials that report interventions using artificial intelligence must be described according to the *CONSORT-AI Extension guidelines* and their protocols must be described according to the *SPIRIT-AI Extension guidelines*
- To find reporting guidelines see <http://www.equator-network.org>
- Please be aware it is *The Lancet HIV’s* standard practice to commission an independent Comment to accompany all published research to add context and insight
- When using a study group, collaborator group, or Consortia instead of authors’ names, please be aware that individuals’ names will not explicitly appear when your published Article is uploaded to MEDLINE/PubMed. Your Article will still be discoverable via a search for a specific named author, but only the collective name given to the study will appear on that platform. If you need more information, please contact us.

All Articles should, as relevant:

- Be up to 3500 words (4500 for randomised controlled trials) with 30 references (the word count is for the manuscript text only)
- Include an abstract (semistructured Summary), with five paragraphs (Background, Methods, Findings, Interpretation, and Funding), not exceeding 300 words. Our electronic submission system will ask you to copy and paste this section at the “Submit Abstract” stage

WHO’s International Clinical Trial Registry Platform
<http://www.who.int/ictrp/network/trds/en/index.html>

Clinical trials
<http://clinicaltrials.gov>

ICMJE recommendations
<http://icmje.org/recommendations/browse/publishing-and-editorial-issues/clinical-trial-registration.html>

CONSORT 2010 guidelines
<http://www.consort-statement.org/consort-2010>

Formatting guidelines for randomised trials
<https://www.thelancet.com/for-authors/forms/section/rct>

CONSORT extended guidelines
<http://www.consort-statement.org/extensions/extensions/>

STARD guidelines
<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/stard/>

STROBE statement
<http://www.strobe-statement.org/>

STREGA guidelines
<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/strobe-strega/>

GATHER statement
[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)30388-9/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30388-9/fulltext)

CONSORT-AI Extension guidelines
[https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(20\)30218-1](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(20)30218-1)

SPIRIT-AI Extension guidelines
[https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(20\)30219-3](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(20)30219-3)

To find reporting guidelines, see
<http://www.equator-network.org>

- For randomised trials, the abstract should adhere to CONSORT extensions: abstracts (see *Lancet* 2008; **371**: 281–83)
- When reporting Kaplan–Meier survival data, at each timepoint, authors must include numbers at risk, and are encouraged to include the number of censored patients.
- For intervention studies, the Summary should include the primary outcome expressed as the difference between groups with a confidence interval on that difference (absolute differences are more useful than relative ones). Secondary outcomes can be included as long as they are clearly marked as secondary and all such outcomes are reported
- Use the recommended international non-proprietary name (rINN) for drug names. Ensure that the dose, route, and frequency of administration of any drug you mention are correct
- Use gene names approved by the Human Gene Organisation. Novel gene sequences should be deposited in a public database (GenBank, EMBL, or DDBJ), and accession numbers provided. Authors of microarray papers should include in their submission the information recommended by the MIAME guidelines. Authors should also submit their experimental details to one of the publicly available databases: [ArrayExpress](#) or [GEO](#)
- Include any necessary additional data as part of your EM submission
- All accepted Articles should include a link to the full study protocol published on the authors' institutional website (see *Lancet* 2009; **373**: 992 and *Lancet* 2010; **375**: 348).
- We encourage researchers to enrol women and diverse ethnic groups into clinical trials of all phases, and to plan to analyse data by sex and by race

Putting research into context

- All research papers (including systematic reviews and meta-analyses) submitted to any journal in *The Lancet* family must include a panel putting their research into context with previous work in the format outlined below (see *Lancet*

Research in context

Evidence before this study

This section should include a description of all the evidence that the authors considered before undertaking this study. Authors should briefly state: the sources (databases, journal or book reference lists, etc) searched; the criteria used to include or exclude studies (including the exact start and end dates of the search), which should not be limited to English language publications; the search terms used; the quality (risk of bias) of that evidence; and the pooled estimate derived from meta-analysis of the evidence, if appropriate.

Added value of this study

Authors should describe here how their findings add value to the existing evidence.

Implications of all the available evidence

Authors should state the implications for practice or policy and future research of their study combined with existing evidence. Research in context panels should not contain references; key studies mentioned here should be referenced in the main text.

2014; **384**: 2176–77, for the original rationale). This panel should not contain references. Editors will use this information at the first assessment stage and peer reviewers will be specifically asked to check the content and accuracy. The Discussion section should contain a full description and discussion of the context. Authors are also invited to either report their own, up-to-date systematic review or cite a recent systematic review of other trials, putting their trial into context of the review

Data sharing

From September 21, 2020, all submitted research Articles must contain a data sharing statement, to be included at the end of the manuscript. Data sharing statements must include:

- Whether data collected for the study, including individual participant data and a data dictionary defining each field in the set, will be made available to others ("undecided" is not an acceptable answer);
- What data will be made available (deidentified participant data, participant data with identifiers, data dictionary, or other specified data set);
- Whether additional, related documents will be available (eg, study protocol, statistical analysis plan, informed consent form);
- When these data will be available (beginning and end date, or "with publication", as applicable);
- Where the data will be made available (including complete URLs or email addresses if relevant);
- By what access criteria data will be shared (including with whom, for what types of analyses, by what mechanism – eg, with or without investigator support, after approval of a proposal, with a signed data access agreement – or any additional restrictions).

See [table](#) for examples. Clinical trials that begin enrolling participants on or after Jan 1, 2019, must include a data sharing plan in the trial's registration. If the data sharing plan changes after registration, this should be reflected in the statement submitted and published, and updated in the registry record. [Mendeley Data](#) is a secure online repository for research data, permitting archiving of any file type and assigning a permanent and unique digital object identifier (DOI) so that the files can be easily referenced. If authors wish to share their supporting data, and have not already made alternative arrangements, a Mendeley DOI can be referred to in the data sharing statement.

Systematic reviews and meta-analyses

- In general, these should follow the [PRISMA guidelines](#). Please refer to *The Lancet's* [formatting guidelines for systematic reviews and meta-analyses](#).
- Manuscripts should be structured around five sections: Summary, Introduction, Methods, Results, and Discussion
- Aim for a maximum length of about 3500 words and 75 references
- Meta-analyses should also contain a semistructured summary as described previously

Blue section (Comment, Correspondence, etc)

Editorial

- Editorials are the voice of *The Lancet* HIV, written in-house by the journal's editorial-writing team, and signed "The Lancet HIV"

Human Gene Organisation
<http://www.genenames.org/>

MIAME guidelines
<http://ged.org/projects/miame/>

Array and GEO
<http://www.ncbi.ac.uk/microarray-as/ae/>
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/geo>

MENDELEY data
<https://data.mendeley.com>

PRISMA guidelines
<http://www.prisma-statement.org/>

Formatting guidelines for meta-analysis
<https://www.thelancet.com/for-authors/form/section=meta-analysis>

Information for Authors

Comment

- This section contains commentaries that accompany papers published in *The Lancet HIV* or on issues of wide-reaching concern. Most commentaries are commissioned and linked to specific research Articles to add context, but unsolicited commentaries (no more than 750 words, ten references, and one figure, panel, or small table) are also welcome. Unsolicited commentaries may be peer reviewed
- At the Editor's discretion, commentaries may be shortened in the interests of space
- The place to respond to something we have published is in our **Correspondence** section
- See **Conflicts of Interest** guidelines for comments

Correspondence

- We welcome correspondence on content published in *The Lancet HIV* or on other topics of interest to our readers
- Letters for publication in the print journal must reach us within 4 weeks of publication of the original item online and should be no longer than 250 words
- Letters of general interest, unlinked to items published in the journal, can be up to 400 words long
- Correspondence letters are not usually peer reviewed, but we might invite replies from the authors of the original publication, or pass on letters to these authors
- Only one table or figure is permitted, and there should be no more than five references and five authors
- All accepted letters are edited, and proofs will be sent out to authors before publication

Features and Profiles

- These pieces highlight interesting stories relevant to HIV and organisations and institutions supporting communities.
- They are commissioned by the journal's editors from professional writers. If you have an idea for a story or organisation that we should cover in these sections, please contact us at TheLancetHIV@lancet.com.

Culture

- In this section we highlight how HIV is represented in films, tv, theatre, books, exhibitions, etc—any media that presents HIV and individuals, communities, or populations affected by HIV.
- Content for this section is typically commissioned by the journal's editors from professional writers, but if you have a suggestion for something to cover in this section, please contact us at TheLancetHIV@lancet.com.

Corrections

- Any substantial error in any article published in *The Lancet HIV* should be corrected as soon as possible. Blame is not apportioned; the important thing is to set the record straight
- The *Lancet* journals have a **policy** for types of errors that we do and do not correct. We will always correct any error affecting a non-proprietary drug name, dose, or unit, any numerical error in the results, or any factual error in interpretation

of results. Authorship format changes after publication to facilitate a different visualisation in MEDLINE/PubMed will not be done.

- Other corrections are at the Editor's discretion

Green section (Reviews, Personal Views, Position Papers, Viewpoints, and Commissions)

Reviews

Most reviews are commissioned, but unsolicited short outlines (300–400 words) can be directed to the Editor. If you have already written the paper, please submit it for consideration via our **online system**

- Reviews should be either a definitive overview of a major topic connected with HIV or an update of knowledge in a somewhat narrower field of current interest
- Manuscripts will be assessed in-house and those judged suitable will be peer reviewed before an editorial decision is made
- Reviews should be no more than 4500 words, with a maximum of 75 references
- References selected for publication should be chosen for their importance, ease of access, and for the further reading opportunities they provide; citations to papers published in non-peer-reviewed supplements are discouraged. In addition to references, authors should consider supplying a short list of useful websites where readers can find further information on the subject
- A 150 word unstructured summary should be included. Use of up to six illustrations or tables is encouraged to aid readers
- Complete transparency about the choice of material included is important to any Review paper; therefore, all should include a brief section entitled "Search strategy and selection criteria" stating the sources (including databases, MeSH and free text search terms and filters, and reference lists from journals or books) of the material covered, and the criteria used to include or exclude studies. Citations to papers published in non-peer-reviewed supplements are discouraged. Because these papers should be comprehensive, we encourage citation of publications in non-English languages. An example is shown below:

Search strategy and selection criteria

References for this Review were identified through searches of PubMed with the search terms "young onset", "early onset", "presenile", and "dementia" from 1995 until April, 2019. Articles were also identified through searches of the authors' own files. Only papers published in English were reviewed. The final reference list was generated on the basis of originality and relevance to the broad scope of this Review

Personal Views

- Personal View papers should follow the same guidelines as a Review (no more than 4500 words, with a maximum of 75 references, and a 150-word unstructured Summary)
- These opinion pieces, typically by one or a small group of authors, encourage debate and allow opinions to be expressed on a topic of immediate relevance to HIV prevention, treatment, care, or

Online System
www.editorialmanager.com/thelancethiv

For The Lancet journals' policy on correction of errors see <http://www.thelancet.com/for-authors/forms?action=correction>

implementation. The authors should use the best evidence to develop a robust argument

Position Paper

- Position Papers should follow the same guidelines as a Review (no more than 4500 words, with a maximum of 75 references, and a 150-word unstructured Summary)
- These pieces will make a case for a position on policy or practice through a considered review of available evidence and expert opinion, for example, a formal consensus process or as a write-up of a meeting or workshop focused on an HIV prevention, treatment, care, or implementation.

Viewpoint

- These should be up to 2500 words, with a maximum of 30 references
- These opinion pieces may reflect an individual perception, involvement, or contribution to HIV, and should be prepared in a similar way to a Review. Unsolicited contributions are welcome, although please contact the Editor before submission to ensure that the proposed topic is within the remit of the journal

Commissions

- Topics for *The Lancet HIV* Commissions are selected by our editors, who work with academic partners to identify the most pressing issues in science, medicine, and global health with the aim of producing recommendations to change public policy or improve practice. Projects usually last 2–3 years, and author groups will represent a broad range of international expertise. All *The Lancet HIV* Commissions are academic publications and are subject to the same rigorous peer review process as all other research papers published in our journals. *The Lancet HIV* does not provide direct financial support to Commissioners for the research or writing of the reports. Funding is sought directly by authors, with oversight from our editors.

Series

- Series are collections of papers (usually two or three) on a broad topic in HIV. *The Lancet HIV* would not consider a large collection of papers on a narrow topic. Series are typically commissioned by the journal's editors, but if you have a suggestion for a Series topic, please contact us at TheLancetHIV@lancet.com

Formatting guidelines

Language

- Manuscripts should be submitted in English. Authors writing in Chinese, Portuguese, or Spanish may wish to use the Webshop (<http://webshop.elsevier.com/languageservices>) to provide an English translation of their manuscript for submission.

Title page

- A brief title, author names, preferred degree (one only), affiliations, and full addresses of the authors must be included. The name and address of the corresponding author should be

separately and clearly indicated along with email and telephone details

Formatting of text

- Type a single space at the end of each sentence
- Do not use bold, italics, or underline for emphasis within text
- Do not worry about type of font or point size
- We use a comma before the final "and" or "or" in a list of items
- Type decimal points midline (ie, 23.4, not 23.4). To create a midline decimal on a PC: hold down ALT key and type 0183 on the number pad, or on a Mac: ALT shift 9
- Numbers one to ten are written out in words unless they are used as a unit of measurement, except in figures and tables
- Use single hard-returns to separate paragraphs. Do not use tabs or indents to start a paragraph
- Do not use the automated features of your software, such as hyphenation, endnotes, headers, or footers (especially for references). Please use page and line numbering
- Guidelines on formatting tables are available in the [artwork guidelines](#)

References

- Cite references in the text sequentially in the Vancouver numbering style, as a superscripted number after any punctuation mark. For example:
"...as reported by Saito and colleagues.¹⁹"
- Two references are cited separated by a comma, with no space. Three or more consecutive references are given as a range with an en rule. To create an en rule on a PC: hold down CTRL key and minus sign on the number pad, or on a Mac: ALT hyphen
- References in tables, figures, and panels should be in numerical order according to where the item is cited in the text
- Here is an example for a journal reference (note the use of tab, bold, italic, and the en rule or "long" hyphen):

"...15[tab]Saito N, Ebara S, Ohotsuka K, Kumeta J, Takaoka K. Natural history of scoliosis in spastic cerebral palsy. *Lancet* 1998; **351**: 1687–[en rule]92."

- Give any subpart to the title of the article. Journal names are abbreviated in their standard form as in *Index Medicus*
- If there are six authors or fewer, give all six in the form: [surname] [initials]...
- If there are seven or more give the first three in the same way, followed by "et al"
- For a book, give any editors and the publisher, the city of publication, and year of publication
- For a chapter or section of a book, also give the authors and title of the section, and the page numbers
- For online material, please cite the URL, together with the date you accessed the website
- Online journal articles can be cited by use of the DOI number
- References that are in press can be cited in the reference list with "(in press)" added after the journal name
- For personal communications and unpublished work, please cite in-text rather than in the reference list in the format "(unpublished)" or "(Smith R, unpublished)" if it is your own

Formatting guidelines for text, tables, and figures

Guidelines on formatting of text, tables, and figures can be found at <https://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/author/artwork-guidelines.pdf>

Index Medicus
<http://www.nlm.nih.gov/>

Information for Authors

observation, or "(Jones E, institution, personal communication)" if it is someone else's observation

- Do not put references in the Summary or Research in context and Search strategy and selection criteria panels
- If preprints are central to your work or cover crucial developments in the topic(s) covered in your paper, but are not yet formally published, these may be referenced. Preprints should be clearly marked as such, for example by including [preprint] before the reference, and specifically referred to as a preprint in the main text. Where a preprint has subsequently become available as a peer-reviewed article, the formal publication should be used as the reference.

Figures

Our in-house illustrators redraw most figures into Lancet style. The quality of the files we receive from authors has a direct effect on the accuracy and time taken to prepare figures that are suitable for publication.

We have different criteria for photographic and illustrative files, the following notes are a summary of our ideal requirements, but a detailed description is in the [artwork guidelines](#)

- For images (photographs or photographic images) that are used as part of illustration or image composite figures we require a file that is no less than 300 dpi when set at its final printed size. Ideal file formats are TIF or JPG
- For trial profiles, study profiles, and CONSORT diagrams, please supply as an editable flow diagram in Word (.doc) or PowerPoint (.ppt) file
- For illustrations (all non-photographic line-work and general drawing) we require editable vector files that contain selectable geometry and fonts (editable text). The editability of files depends on the package they were created in, but as a rule we would prefer to receive any of the following: Adobe Illustrator (.ai) file; Adobe Illustrator or generic .eps files exported from a graphics program; vector-based PDF, PowerPoint, or Word file; or SVG file. If authors are unable to supply files in any these formats, our in-house illustrators can offer guidance on whether it is more economical to export or convert the file into another format, or to redraw from scratch. When files are exported to eps files, we would prefer text to be exported "as text" rather than "as objects", which is especially crucial for files such as forest plots in which there is a lot of text
- If your figures are annotated, please supply two copies of each of these figures as separate files (one annotated copy and one non-annotated and editable copy). Our in-house illustrators will annotate according to journal style using the annotated figures as a guide. For multi-part figures, please supply the individual parts as well as a combined version to be used as a guide for our illustrators to recreate the files
- Images that have been published previously should be accompanied by a statement indicating permission to reproduce the image. If required, further assistance can be obtained from the editorial team. If you have used previously published images, you must obtain permission from the copyright holder of the paper, which might be the authors or the publisher. If all the figures are your own and have not been published before, then this requirement does not apply

Guidelines for supplementary material

All material should be submitted as one PDF (with a table of contents and numbered pages) with the paper and will be peer reviewed. Material will be published at the discretion of The Lancet journals' editors. For clinical trials, we encourage authors to include a copy of the study protocol. All material should be provided in English.

Text

- Main heading for the appendix should be in 12 point Times New Roman font BOLD
- Text should be in 10 point Times New Roman font, single spaced
- Headings should be in 10 point BOLD

Tables

- Main table heading should be in 10 point Times New Roman font BOLD
- Legends should be in 10 point, single spaced
- Tables should be in 8 point Times New Roman font, single spaced
- Headings within tables should be in 8 point BOLD

Data

- Numbers in text and tables should always be provided if % is shown
- Means should be accompanied by SDs, and medians by IQR
- p values should be given to two significant figures, unless $p < 0.0001$

Drug names

- Recommended international non-proprietary name (rINN) is required
- We encourage use of neuroscience-based nomenclature for psychotropic drugs

References

- Vancouver style:
—Smith A, Jones B, Clements S. Clinical transplantation of tissue-engineered airway. *Lancet* 2008; **372**: 1201–09.
—Hourigan P. Ankle injuries. In: Chan D, ed. *Sports medicine*. London: Elsevier, 2008: 230–47.
- Numbered in order of mention in Webappendix and numbered separately from references in the full paper

Figures

- All images must have a minimum resolution of 300 dpi, width 107 mm
- Main figure heading should be in 10 point Times New Roman font BOLD
- Legends should be in 10 point, single spaced

Audio/video material

- The paper to which the audio or video clip relates should be mentioned in the recording
- Audio clip and video files should be accompanied with brief text explaining the content of the audio, names of interviewers and interviewees, date of recording, and place of recording if relevant

Drug names
For more on neuroscience-based nomenclature see [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366\(17\)30098-6.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366(17)30098-6.pdf)

- Written consent from all parties must be supplied at submission

Audio

- Audio material submitted as an mp3 file, no larger than 50 Mb
- Your paper may be selected for a podcast. If so, the Web Editor will contact you to arrange a pre-recorded interview to discuss your paper. For more information, see [Audio](#)

Video

- Video material should be submitted in .mp4 format with aspect ratio of 16:9, and be no larger than 50 Mb
- We welcome your videos and invite you to submit any video material (reports, interviews, scans, imaging) for consideration in the online journal. Please ensure that all those featured in the video have given permission for publication (see also the previous section on [Consents](#))
- All video files can be submitted alongside your article in EM

Disclosure of results before publication

- Presentation of data at a scientific meeting, as a poster, abstract, orally, on a CD, or as an abstract on the web, or on a preprint server does not conflict with submission to the Lancet journals. As a member journal of the International Committee for Medical Journal Editors, *The Lancet HIV* does not regard results that are posted in the same clinical trials registry in which primary registration resides as a previous publication, if the results are presented in the form of a brief structured abstract or table
- The Lancet journals operate an embargo system, whereby journalists are given access to papers and press releases ahead of publication, allowing them a protected window to develop their stories. We believe that this window can help encourage balanced and accurate coverage of peer-reviewed scientific and medical research to inform public debate. As such, we ask that authors and their institutions refrain from actively seeking media attention for articles that have been submitted to *The Lancet HIV* or that are available as a preprint. The important steps of thorough peer review and experienced editorial scrutiny and guidance, together with putting research findings into a wider context and highlighting implications for clinical practice, will make the final published paper in *The Lancet HIV* very different to the submitted or preprint version. Coverage that results from pre-publication communication can impact media interest at the time of publication and our ability to support responsible journalism
- For more information on Preprints with *The Lancet*, please see www.thelancet.com/preprints. For additional questions regarding media, please contact pressrelease@lancet.com

Fast-track publication

- All Articles judged eligible by the journal's staff for expedited review will be peer-reviewed within 3–5 days and, if accepted, published in 10 weeks from submission
- A majority of accepted fast-track Articles are published online first before being assigned to an issue

- The online article does not differ from the version subsequently published in print and is citable by the DOI assigned at the time of online publication
- All other manuscripts will be peer-reviewed via our standard process

Online publication

- *The Lancet HIV* publishes papers online as they are ready. You will be informed at least a week in advance of the publication date
- Each paper is citable by the digital object identifier (DOI) assigned at the time of online publication

Audio
<http://www.thelancet.com/audio>

How *The Lancet HIV* handles your paper

Acknowledgment

- Receipt of your paper will be acknowledged by an email containing a reference number, which should be used in all future communications

Checking for plagiarism, duplicate publication, and text recycling

- All Reviews, Personal Views, Position Papers, Health Policy, and Viewpoint articles, and other non-research material that we are interested in publishing will be checked by editors using CrossCheck (see *Lancet* 2011; 377: 281–82). We expect that such papers are written in a way that offers new thinking without recycling previously published text

Peer review

- *The Lancet HIV* operates a single-anonymised review process
- Every Article, Review, Personal View, Position Paper, or Viewpoint published in *The Lancet HIV* has been peer reviewed. Other contributions (eg, commentaries) may be peer-reviewed; decisions are made on a case-by-case basis
- On submission to *The Lancet HIV*, your report will first be read by one or more of the journal's staff of physicians and scientists. This is an important feature of our selection process that many papers are turned away on the basis of in-house assessment alone. That decision will be communicated quickly
- Research papers and most other types of paper that receive positive in-house reviews are followed by peer review by at least three reviewers. You will receive notification of which editor is handling the peer review of your paper

Decision

- Submissions that survive in-house assessment and peer review might be referred back to authors for revision. This is an invitation to present the best possible paper for further scrutiny by the journal; it is not an acceptance
- Authors should give priority to such revisions; the journal will reciprocate by making a final decision quickly
- Two copies of the revised version should be sent back, one of which should be highlighted to show where changes have been made. Detailed responses to reviewers' comments, in a covering letter, are also necessary

The Lancet journals and other Elsevier journals

- If your paper is rejected by *The Lancet HIV*, we might judge it

Information for Authors

suitable to pass it on to other editors in the Lancet-group for consideration, or to editors of other relevant journals within Elsevier's portfolio

Appeals

- Sometimes editors make mistakes. When we do, we like to hear about them. If an author believes that an editor has made an error in declining a paper, we welcome an appeal. In your appeal letter, which should be sent to the Editor, please state why you think the decision is mistaken and set out your specific responses to any peer reviewers' comments if those seem to have been the main cause of rejection
- At least two editors will decide whether to invite a revised manuscript and whether re-review or another course of action is appropriate (see *Lancet* 2003; **361**: 1926 for more details on our appeals process)

Proofs

- The *Lancet* journals employ highly skilled Assistant Editors, and it is likely that your paper will be substantially edited after acceptance to ensure that it is accurate, clear, and understandable to a wide readership
- All figures will be redrawn into *The Lancet* style by our in-house illustrators
- You will receive a proof from an Assistant Editor. The proof should be corrected and returned within 48 h

Editorial research

- We are keen to better understand and improve editorial conduct, decision making, and issues related to peer review. Therefore, we occasionally take part in or conduct editorial research. Your submitted paper might be used in such research. If you do not want your paper entered into such a study, please let us know in your covering letter. Your decision to take part or not will have no effect on the editorial decision on your paper

Open access and funding

Open access

- The *Lancet HIV* is committed to support authors in making their research publicly and freely available. The editors encourage all authors to post their peer-reviewed, accepted article on their personal or institutional websites any time after publication in print or online. Your document should indicate the article's citation and a link to the published article on *The Lancet* website.
- The *Lancet HIV* is a hybrid journal. In this journal, we offer authors of research Articles with funding that requires open access publication either a gold open access or a subscription green open access solution for their submission. Open access publication in our hybrid journals is available for authors whose research is funded by specific funders. Find out more about open access at <https://www.thelancet.com/open-access>.
- For the gold open access solution, we offer a choice of creative commons licences (CC BY, CC BY-NC, or CC BY-NC-ND). Please check with your funder whether a specific creative commons licence is preferred. Information on the article processing

charge (APC) for *The Lancet HIV* can be found at <https://www.thelancet.com/open-access>

- For the green open access solution, authors can deposit the final accepted version of their paper in any repository they choose 6 months after publication. Additionally, for authors who choose the green open access solution we will also make the published paper free to access on our websites 6 months after publication. See below for copyright and reuse information.
- In general, open access options cannot be applied retrospectively, unless as part of the terms of your open access agreement.
- The decision to accept or reject a paper at *The Lancet Group* is made by Editors after peer review and is not related to the ability to pay. Editors do not have access to payment information upon submission, and payments post-acceptance are handled by a separate department.
- We will always make it possible to publish accepted papers and offer support through discounts and waivers. To find out more, please see <https://www.thelancet.com/open-access>. For any questions, please contact our team openaccess@lancet.com.

NIH Public Access Policy

- To allow authors to comply with the National Institutes of Health (NIH) Public Access Policy, we will deposit accepted articles (final peer-reviewed but unedited version) reporting research that is directly funded by NIH to PubMed Central no later than 12 months after publication. For authors who are NIH employees (but not for those with just NIH funding), any peer-reviewed accepted article of any type will be deposited by us in PubMed Central in its unedited format no later than 12 months after publication.

Click [here](#) for Elsevier's agreements with funding bodies.

Ombudsperson

For information about what our ombudsperson can and cannot investigate, articles about past ombudspersons, and how to contact the current ombudsperson see <https://www.thelancet.com/ombudsperson>.

What happens after publication?

Press release

- Press releases are issued by *The Lancet* journals' press office for selected content published in our journals. You will be advised in advance if your paper has been selected for press release. The *Lancet* journals' media relations team will contact you with detailed instructions about the embargo for your paper, and will provide a draft press release for your comments ahead of the publication date. If your institute or funder are planning to press release your paper, please let your Assistant Editor know in the first instance, and they will provide you with details on *The Lancet's* press release policy, embargo dates, and how to receive finalised PDFs of your paper to share with journalists.

Author interview

- Your paper may be selected for a podcast or video. If so, the Web

For further details on *The Lancet's* ombudsperson see <https://www.thelancet.com/ombudsperson>

For further details on *The Lancet's* media relations team see <http://www.thelancet.com/press-room>

Open access <https://www.thelancet.com/open-access>

Editor will contact you to arrange a pre-recorded interview to discuss your paper. For more information, see [Audio](#)

Offprints and Reprints

Following publication in an issue, the corresponding author will receive, at no cost, a customised Share Link providing 50 days free access to the final published version of an Article, Review, Personal View, Position Paper, or Viewpoint on ScienceDirect. The Share Link can be used for sharing the article via any communication channel, including email and social media, for personal use. Corresponding authors who have published their article gold open access do not receive a Share Link because their final published version of the article is available as an open access article on ScienceDirect and at www.thelancet.com and can be shared through the article DOI link. Commercial use of Share Links is not allowed under the following situations:

- For commercial gain without a formal agreement with Elsevier. For example, reuse of the full-text of the article, with or without association with bespoke advertising, by providing hosting services to other repositories or to other organisations (including where an otherwise non-commercial site or repository provides a service to other organisations or agencies) or charging fees for document delivery or access
- As an alternative for services already provided directly by The Lancet or by Elsevier. For example, article aggregation, systematic distribution of articles via emails lists or share buttons, posting, indexing, or linking for promotional or marketing activities, by commercial companies for use by their customers or the intended target audiences of such companies (such as, pharmaceutical companies, or health-care professionals or physician-prescribers)

All requests for reprints should be addressed to the Reprints Department in the London office. Email e.steel@elsevier.com

Data storage

- Authors may be required to provide the raw data for research

papers when they are under review and up to 10 years after publication in The Lancet HIV

Audio
<http://www.thelancet.com/audio>

Copyright and reuse

- Authors will be asked to sign a transfer of copyright agreement, which recognises the common interest that both journal and author(s) have in the protection of copyright. We accept that some authors (eg, government employees in some countries) are unable to transfer copyright.
- Gold open access articles are published under Creative Commons licensing, which enables authors to retain copyright while allowing others to copy, distribute, and make some uses of their work, provided full credit is given to them as originators. Authors will be offered a choice of two licences (CC BY or CC BY-NC-ND) depending on whether or not they wish to allow others to make commercial reuse of their work and/or alter their work in the course of its reuse. Authors will be asked to sign an exclusive publishing agreement with Elsevier to publish the work or, if the article is to be published under a CC BY license or for some government employees, a non-exclusive publishing agreement.
- For Creative Commons licensing see <http://creativecommons.org/licenses/>.
- All requests to reproduce or make available anything in the journal—in whole or in part, in electronic or in any other form, including translation—should be made through Elsevier. For more information, please visit <https://www.elsevier.com/about/policies/copyright/permissions>.
- For general permissions queries please visit the Permissions Helpdesk Support Center.

For Creative Commons licensing see <http://creativecommons.org/licenses/>

Permission guidelines
<https://www.elsevier.com/about/policies/copyright/permissions>

For Permissions Helpdesk Support Center see <http://service.elsevier.com/app/contact/supporthub/permissions-helpdesk/>

Responsible sharing

The Lancet supports responsible sharing. We recognise that authors want to share their papers and we encourage this. Find out how you can share your paper [here](#).

Responsible sharing
www.elsevier.com/sharing-articles

2 TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO



«resp»

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar do estudo “Prevalência de HPV em profissionais do sexo e homens que fazem sexo com homens no Brasil”, que tem como objetivo verificar a prevalência do papilomavírus humano (HPV) e outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) em profissionais do sexo e gays/homens que fazem sexo com homens (HSH). A maioria das infecções por HPV não causam sintomas, mas a infecção persistente pode causar câncer de colo de útero. Além disso, há evidências crescentes de que o HPV é fator de risco para câncer de ânus, vulva, vagina e pênis, bem como de cabeça e pescoço.

Você foi selecionado(a) por ser profissional do sexo ou gay/HSH, além de ter mais de 18 anos e apresentar um cupom válido de recrutamento. Sua participação é voluntária e você poderá desistir de participar em qualquer momento, e isso não trará prejuízo algum no seu atendimento atual ou futuro neste local.

Se você decidir participar, você responderá a um questionário com questões sobre condições socioeconômicas, práticas sexuais, uso de preservativo, uso de álcool e outras drogas. Se você ficar constrangido (a) em responder alguma questão, poderá optar por não responder. Também será coletado material biológico para diagnosticar a presença do vírus HPV por profissional de saúde treinado. Para mulheres, será realizada uma coleta cervical, que é semelhante ao exame ginecológico de rotina, podendo causar um pequeno desconforto que diminui se você conseguir relaxar e se o exame for realizado com boa técnica e de forma delicada. Para homens, a coleta de material do pênis e escroto será realizada com um cotonete sobre a pele. A coleta de material anal será feita por você mesmo, com a inserção de um cotonete na sua região anal. Para a coleta da boca, você deverá fazer bochechos e gargarejos com 10 ml de enxaguatório bucal. Os testes de HIV e sífilis serão realizados através de testes rápidos, com a coleta de uma gota de sangue da ponta do seu dedo. Caso algum resultado seja positivo, você deverá fazer o teste confirmatório através de coleta de sangue. É possível que seja realizada investigação de outras ISTs e fatores associados. Tais estudos poderão auxiliar na investigação sobre a infecção pelo HPV. Para isso, uma amostra do seu material biológico será armazenada.

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são: no momento da coleta de sangue, caso ocorra, poderá haver alguma dor decorrente da punção da pele e/ou um pequeno desconforto que desaparece em poucos dias. Cuidados serão tomados para minimizar esses riscos. A duração aproximada de sua participação será de 1 hora. Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem custo pessoal.

Você não terá custo em participar deste estudo. As suas despesas provenientes de sua participação no estudo, tais quais transporte e alimentação, serão ressarcidas. O valor a ser pago sairá do orçamento do estudo.

Rubrica do participante: _____

Rubrica do responsável pela obtenção do termo: _____



Participando do estudo você ficará sabendo se tem HPV genital, HIV e/ou sífilis. Se você tiver alguma lesão sugestiva de infecção por HPV ou resultado positivo de HIV e sífilis, você será tratado(a) na própria unidade, ou encaminhado(a) para o serviço de saúde adequado, caso julgue-se necessário.

Os dados obtidos nesta pesquisa serão confidenciais e serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Se você tiver alguma dúvida adicional, entre em contato com o pesquisador responsável, podendo a ligação ser feita a cobrar, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa:

Dr^a. Eliana Márcia Wendland Escritório de Projetos PROADI Hospital Moínhos de Vento Porto Alegre/RS. Fone: (51) 3314.3600	Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Moínhos de Vento Rua Tiradentes, 198 – CEP 90560-030 Porto Alegre/RS. Fone: (51) 3314.3690
--	---


AUTORIZAÇÃO PARA ARMAZENAMENTO DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS

Declaro que li as informações acima e entendi o propósito deste estudo e ficou claro que não terei nenhum custo com a armazenagem ou com a utilização das amostras biológicas. Também ficou claro que eu posso retirar a permissão do armazenamento das amostras biológicas e entendo que não receberei nenhuma compensação monetária por permitir a utilização do material coletado.

Por intermédio deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dou meu consentimento para a utilização das amostras biológicas armazenadas para investigação de HPV e de outras doenças relacionadas não especificadas neste Termo, não sendo necessário, para tal, novo consentimento.

Concordo Não Concordo

Ao assinar abaixo, você confirma que leu as afirmações contidas neste termo de consentimento, que foram explicados os procedimentos do estudo, que teve a oportunidade de fazer perguntas, que está satisfeito com as explicações fornecidas e que decidiu participar voluntariamente deste estudo. Uma via será entregue a você e outra será arquivada pelo investigador principal.

Local, _____	Data: ____/____/____
_____ Nome	_____ Assinatura do participante
_____ Nome	_____ Assinatura do responsável pela obtenção do termo
_____ Eliana Márcia da Ros Wendland Nome	 _____ Assinatura do pesquisador responsável

3 INSTRUMENTO DE PESQUISA APLICADO NA ENTREVISTA



Nome do entrevistador: _____

Data da entrevista: __/__/__

Digitação na plataforma de dados www.lepmoinhos.com/sisepldemio

Versão 8



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



CADASTRO DO PARTICIPANTE

(LEIA) “Para darmos início à nossa entrevista, eu preciso cadastrar você. Para isso, vou precisar de algumas informações básicas.”

Qual é o seu nome completo?

Qual é o seu sexo biológico?

Masculino

Feminino

Intersexo

Qual é o nome da sua mãe?

Qual é a sua data de nascimento?

____/____/____ (DD/MM/AAAA)

CADASTRO DE ENTREVISTA

(REGISTRE O NÚMERO DO IDENTIFICADOR DO PARTICIPANTE)

____ _ SH

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

(LEIA) “Para participar deste estudo, precisamos confirmar algumas informações sobre o cupom que você deve ter recebido. Você pode me mostrar o cupom?”

(ATENÇÃO! SE ALGUMA QUESTÃO INELEGÍVEL FOR ASSINALADA, LEIA): “Pelas informações fornecidas até agora, vi que infelizmente você não faz parte da população desse estudo. Agradecemos sua participação até aqui, muito obrigado (a)!”

(REGISTRE O CÓDIGO DE BARRAS DO CUPOM)

(LEIA) “Agora vou fazer algumas perguntas sobre este cupom.”

INC1 Pensando neste cupom, você: (LEIA AS ALTERNATIVAS)

Ganhou

Encontrou (INELEGÍVEL)

Comprou (INELEGÍVEL)

Trocou (INELEGÍVEL)

INC2 Quem deu o cupom para você participar deste estudo? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

Parceiro(a), companheiro(a), namorado(a), ficante

Amigo

Parente

Colega de trabalho

Conhecido(a)

Desconhecido(a) (INELEGÍVEL)

Outro

INC3 Quais são os principais motivos de sua vinda? (MOSTRE O CARTÃO. SE FOR O CASO, REGISTRE MAIS DE UMA OPÇÃO)

- Motivo econômico/por causa do ressarcimento
- Por causa dos resultados do teste para HPV
- Por causa dos resultados do teste para HIV
- Por causa dos resultados do teste para sífilis
- Receber informação sobre IST (infecções sexualmente transmissíveis)
- Receber informação sobre medicação antirretroviral (contra o vírus da AIDS)
- Colaborar com uma pesquisa
- Conversar com o profissional de saúde
- Tempo livre
- Outro motivo

INC4 Você já participou de alguma pesquisa anteriormente?

- Não
- Sim

INC5 (REGISTRE SE O(A) PARTICIPANTE TEM MAIS DE 18 ANOS)

- Não (INELEGÍVEL)
- Sim

INC6 Qual a sua identidade de gênero? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

- Cisgênero (homem/mulher)
- Transgênero (transexual/travesti) (INELEGÍVEL)
- Não binário

INC7 (REGISTRE A COR DO CUPOM)

- Cupom verde
- Cupom roxo (*pule para RDST1*)

REDE SOCIAL PARA CUPONS VERDES

(LEIA) "Agora vou fazer algumas perguntas sobre sua rede de contatos."

RDSH1 Nos últimos 12 meses, você teve algum contato sexual com outro homem, seja sexo oral ou anal?

- Não (INELEGÍVEL)
- Sim
- Não quer responder (INELEGÍVEL)

RDSH2 Você se considera: (LEIA AS ALTERNATIVAS)

- Homossexual (gay)
- HSH (homem que faz sexo com homem)
- Bissexual
- Nenhum (INELEGÍVEL)
- Não quer responder (INELEGÍVEL)

RDSH3 Quantos conhecidos seus (ou seja, você conhece e que conhecem você) são homens que fazem sexo com homens (gays/HSHs/bissexuais)?

RDSH4 Quantos desses que você mencionou tem 18 anos ou mais?

RDSH5 Nos últimos 2 meses, quantos desses você encontrou ou falou pessoalmente por telefone, WhatsApp ou outro aplicativo?

RDSH6 Desses que você encontrou ou falou nos últimos 2 meses, quantos você convidaria para participar desse estudo?

RDSH7 Se pudéssemos dar o número de cupons que você desejasse, para quantos desses (REPITA O NÚMERO RESPONDIDO ANTERIORMENTE) você daria um cupom nas próximas 24 horas?

RDSH8 Esses (REPITA O NÚMERO RESPONDIDO ANTERIORMENTE), com quantos você já teve relações sexuais, ou seja, fez sexo oral ou anal?

RDSH9 Nos últimos 12 meses, você teve relação sexual (sexo oral ou anal) com a pessoa que lhe deu o convite?

Não (*pule para TCLE*) Sim (*pule para TCLE*) Não quer responder (*pule para TCLE*)

REDE SOCIAL PARA CUPONS ROXO

(LEIA) "Agora vou fazer algumas perguntas sobre sua rede de contatos."

RDST1 Nos últimos 4 meses, você realizou algum sexo comercial?

Não (**INELEGÍVEL**) Sim Não quer responder (**INELEGÍVEL**)

RDST2 Você se considera trabalhador(a) do sexo?

Não (**INELEGÍVEL**) Sim Não quer responder (**INELEGÍVEL**)

Para mulheres

RDST3 Você está grávida ou esteve grávida nos últimos 3 meses?

Não Sim (**INELEGÍVEL**)

Para mulheres

RDST4 Alguma vez você foi submetida à histerectomia (retirada do útero)?

Não Sim (**INELEGÍVEL**)

Para mulheres

RDST5 Você já teve lesão pré-maligna (NIC2), câncer de colo uterino ou foi submetida a tratamento cirúrgico do colo? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

Não Sim, faz mais de 6 meses Sim, faz menos de 6 meses (**INELEGÍVEL**)

RDST6 Quantos(as) conhecidos(as) seus(suas) são trabalhadores(as) do sexo?

RDST7 Quantos(as) desses(as) tem 18 anos ou mais?

RDST8 Nos últimos 2 meses, quantos(as) desses(as) você encontrou ou falou pessoalmente por telefone, WhatsApp ou outro aplicativo?

RDST9 Esses(as) (REPITA O NÚMERO RESPONDIDO ANTERIORMENTE) que você encontrou ou falou nos últimos 2 meses, quantos(as) você convidaria para participar desse estudo?

RDST10 Se pudéssemos dar o número de cupons que você desejasse, para quantos(as) desses(as) você daria um cupom nas próximas 24 horas?

(LEIA) "Legal. Você pode participar da entrevista. Agora vou ler para você o termo de consentimento livre e esclarecido. Depois vou precisar de algumas informações adicionais sobre quem é você."

TCLE (ASSINALE SE O PARTICIPANTE ASSINOU O TCLE)

Não (**INELEGÍVEL**) Sim

(LEIA) "Agora vou fazer algumas perguntas sobre os itens da sua casa."

ID9 Na sua casa você tem quantos... (LEIA AS ALTERNATIVAS E AGUARDE A RESPOSTA PARA CADA UMA DELAS)

	0	1	2	3	4+
Banheiros					
Empregados domésticos, pelo menos 5 dias por semana					
Automóveis para passeio, uso particular					
Microcomputador/notebook/netbook/laptop (não considerar celular, tablet)					
Máquina de lavar louça					
Geladeira					
Freezer (independente ou geladeira duplex)					
Máquina de lavar roupa, excluindo lavadora tanquinho					
Aparelho de DVD					
Microondas					
Motocicleta, desconsiderando as usadas exclusivamente para trabalho					
Secadora de roupa					

ID10 Qual o grau de instrução da pessoa que contribui com a maior renda do seu domicílio? (MOSTRE O CARTÃO)

- Analfabeto/até 3ª série do ensino fundamental
 Ensino fundamental incompleto
 Ensino fundamental completo/médio incompleto
 Ensino médio completo/superior incompleto
 Ensino superior completo

ID11 No mês passado, qual foi aproximadamente a sua renda familiar líquida? (Considere a soma de rendimentos de todas as pessoas que contribuem na sua casa)

R\$ _____, _____

Não sabe / Não quer responder

ID11.1 Quem é a pessoa que mais contribui com essa renda? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

- Você Outra pessoa Todos contribuem da mesma forma

ID11.2 A sua renda familiar foi alterada pela pandemia? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

- Diminuiu
 Permaneceu o mesmo
 Aumentou
 Não sabe / Não quer responder

ID12 Quantas pessoas (adultos e crianças), incluindo você, dependem dessa renda para viver?

_____ pessoas

ID13 A água utilizada no seu domicílio é proveniente de: (LEIA AS ALTERNATIVAS)

- Água encanada (rede geral de distribuição) Poço ou nascente Outro meio

ID14 Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é: (LEIA AS ALTERNATIVAS)

- Asfaltada/Pavimentada Terra/Cascalho

ID15 No último mês, qual foi a sua principal fonte de renda/sustento? (MOSTRE O CARTÃO)

- Servidor público
- Empregado(a) com carteira de trabalho
- Empregado(a) sem carteira de trabalho
- Empregador(a)
- Trabalha por conta própria e não tem empregados
- Aposentadoria
- Assistência social (Bolsa Família)
- Pensão (alimentícia de filhos, por invalidez, por morte de parente)
- Seguro-desemprego
- Profissional do sexo
- Outra. Qual? _____
- Não possui fonte de renda →
- Não quer responder

ID16 Qual a principal razão de você não possuir renda própria? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

- Procurando emprego/não encontrou trabalho
- Do lar/cuidando da família
- Dependente do(a) parceiro(a), de família ou amigos
- Trabalhos não remunerados (voluntário, ONGs)
- Estudos/treinamento
- Doença/incapacidade
- Outro
- Não quer responder

FUMO, USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

(LEIA) "Agora gostaríamos de saber sobre o seu comportamento quanto ao fumo, uso de álcool e outras drogas. As informações serão mantidas em sigilo."

UD1 Na sua vida inteira, você já fumou pelo menos 100 cigarros? (1 CARTEIRA POSSUI 20 CIGARROS)

Não (*pule para UD9*) Sim Não sabe/Não quer responder (*pule para UD9*)

UD2 Quantos anos você tinha quando começou a fumar cigarros regularmente?

_____ anos Nunca fumou regularmente Não sabe / Não quer responder

UD3 Atualmente, você fuma cigarros? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

Não →
 Sim, todos os dias
 Sim, alguns dias (*pule para UD7*)
 Não quer responder (*pule para UD9*)

UD4 Há quanto tempo você parou de fumar?

_____ meses
 Não sabe / Não quer responder

UD5 Em média, quantos cigarros você fumava por dia?

_____ cigarros (*pule para UD9*)
 Não sabe / Não quer responder (*pule para UD9*)

UD6 Depois de acordar, quanto tempo você demora para fumar o primeiro cigarro? (MOSTRE O CARTÃO)

Dentro de 5 minutos
 De 6 a 30 minutos
 De 30 minutos a 1 hora
 De 1 a 2 horas
 De 2 a 3 horas
 De 3 a 4 horas
 Mais de 4 horas
 Não lembra Não quer responder

UD7 No último mês, você fumou em quantos dias?

_____ dias Não sabe Não quer responder

UD8 Em média, durante o último mês, quantos cigarros você fumou por dia?

_____ cigarros Não sabe Não quer responder

UD8.1 O seu consumo de cigarros foi modificado pela pandemia? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

Diminuiu Permaneceu o mesmo Aumentou Não sabe / Não quer responder

UD9 Quantos anos você tinha quando tomou sua primeira bebida alcoólica?

_____ anos Nunca tomou (*pule para UD15*) Não sabe / Não quer responder

UD9.1 Com que frequência você consome bebidas alcoólicas? (MOSTRE O CARTÃO)

Nunca (*pule para UD10.1*)
 1 vez por mês ou menos
 2 a 4 vezes por mês
 2 a 3 vezes por semana
 4 ou mais vezes por semana

UD10 Quando você bebe, quantas doses de bebida você consome? Veja o que é uma dose: (MOSTRE O CARTÃO)

1 ou 2 doses
 3 ou 4 doses
 5 ou 6 doses
 7 a 9 doses
 10 ou mais doses

UD10.1 O seu consumo de bebidas alcoólicas foi modificado pela pandemia? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

Diminuiu Permaneceu o mesmo Aumentou Não sabe / Não quer responder

UD11 Nos últimos 12 meses, quantas vezes: (MOSTRE O CARTÃO. LEIA AS PERGUNTAS E AGUARDE A RESPOSTA PARA CADA UMA DELAS)

	Nunca	Menos de 1 vez/mês	Pelo menos 1 vez/mês	Pelo menos 1 vez/semana	Diariamente ou quase diariamente
Você consumiu 6 doses ou mais de bebida em uma única ocasião?					
Você percebeu que não conseguia parar de beber depois de começar?					
Você não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido demais?					
Você precisou beber pela manhã para "curar" uma ressaca?					
Teve sentimento de culpa ou remorso por ter bebido?					
Não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por ter bebido?					

UD12 Alguma vez você ficou ferido ou feriu alguém por você ter bebido? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

Não Sim, mas não nos últimos 12 meses Sim, nos últimos 12 meses

UD13 Alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que você deixasse de beber? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

Não Sim, mas não nos últimos 12 meses Sim, nos últimos 12 meses

UD14 Nos últimos 6 meses, com que frequência você ingeriu alguma bebida alcoólica até 2 horas antes ou durante a relação sexual? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

- Nunca
 Raramente
 Algumas vezes
 Na maioria das vezes
 Sempre
 Não quer responder

(LEIA) "As questões a seguir são sobre o uso de substâncias ilícitas."

UD15 Na sua vida, quais dessas substâncias você já utilizou? (MOSTRE O CARTÃO. SE FOR O CASO, REGISTRE MAIS DE UMA OPÇÃO)

- Maconha, haxixe, skank
 Cocaína
 Crack, pedra
 Anfetaminas (ecstasy, bolinha, rebite)
 Inalante (cola, solvente, lança perfume, cheirinho da loló)
 Hipnóticos, sedativos, ansiolíticos, tranquilizantes
 Alucinógenos (LSD, gás de buzina, chá de cogumelo)
 Opióides (morfina, codeína, ópio, heroína)
 Outras. Quais? _____
 Nenhuma *(pule para UD22)*
 Não quer responder *(pule para UD22)*

UD15.1 Você iniciou o consumo de alguma destas substâncias durante a pandemia? (MOSTRE O CARTÃO. SE FOR O CASO, REGISTRE MAIS DE UMA OPÇÃO)

- Maconha, haxixe, skank
 Cocaína
 Crack, pedra
 Anfetaminas (ecstasy, bolinha, rebite)
 Inalante (cola, solvente, lança perfume, cheirinho da loló)
 Hipnóticos, sedativos, ansiolíticos, tranquilizantes
 Alucinógenos (LSD, gás de buzina, chá de cogumelo)
 Opióides (morfina, codeína, ópio, heroína)
 Outras. Quais? _____
 Nenhuma
 Não quer responder

UD15.2 O seu consumo de (LEIA CADA SUBSTÂNCIA ASSINALADA ANTERIORMENTE) foi modificado pela pandemia? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

	Não se aplica	Diminuiu	Permaneceu o mesmo	Aumentou	Não sabe
Maconha, haxixe, skank					
Cocaína					
Crack, pedra					
Anfetaminas (ecstasy, bolinha, rebite)					
Inalante (cola, solvente, lança perfume, cheirinho da loló)					
Hipnóticos, sedativos, ansiolíticos, tranquilizantes					
Alucinógenos (LSD, gás de buzina, chá de cogumelo)					
Opióides					
Outras					

	UD20 Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com o uso de (LEIA CADA SUBSTÂNCIA ASSINALADA ANTERIORMENTE)? (LEIA AS ALTERNATIVAS)			UD21 Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (LEIA CADA SUBSTÂNCIA ASSINALADA ANTERIORMENTE) e não conseguiu? (LEIA AS ALTERNATIVAS)		
	Não, nunca	Sim, nos últimos 3 meses	Sim, mas não nos últimos 3 meses	Não, nunca	Sim, nos últimos 3 meses	Sim, mas não nos últimos 3 meses
Maconha, haxixe, skank						
Cocaína						
Crack, pedra						
Anfetaminas (ecstasy, bolinha, rebite)						
Inalante (cola, solvente, lança perfume, cheirinho da loló)						
Hipnóticos, sedativos, ansiolíticos, tranquilizantes						
Alucinógenos (LSD, gás de buzina, chá de cogumelo)						
Opióides						
Outras						

UD22 Alguma vez você já usou drogas injetáveis? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

- Nunca
 Sim, nos últimos 3 meses
 Sim, mas não nos últimos 3 meses
 Não quer responder

UD23 Nos últimos 6 meses, com que frequência você ingeriu drogas ilícitas até 2 horas antes ou durante a relação sexual? (MOSTRE O CARTÃO)

- Nunca
 Raramente
 Algumas vezes
 Na maioria das vezes
 Sempre
 Não quer responder

AUTOESTIMA E PERCEÇÃO DE IMAGEM CORPORAL

(LEIA) "Agora vou fazer algumas perguntas sobre como você se enxerga."

AIC1 Ao pensar sobre você, responda o que melhor lhe descreve: (MOSTRE O CARTÃO, LEIA AS AFIRMATIVAS E AGUARDE A RESPOSTA PARA CADA UMA DELAS)

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Eu sinto que sou uma pessoa de valor, no mínimo, tanto quanto as outras pessoas				
Eu acho que eu tenho várias boas qualidades				
Levando tudo em conta, eu penso que eu sou um fracasso				
Eu acho que sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas				
Eu acho que eu não tenho muito do que me orgulhar				
Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo(a)				
No conjunto, eu estou satisfeito(a) comigo				
Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo(a)				
Às vezes eu me sinto inútil				
Às vezes eu acho que não presto para nada				

AIC2 Observe a imagem. Escolha qual a figura que: (MOSTRE O CARTÃO)

Mais se assemelha com você: _____ (COLOQUE O Nº DA FIGURA)

Você gostaria de ser: _____ (COLOQUE O Nº DA FIGURA)

AIC2.1 A sua autoestima foi afetada pela pandemia? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

- Diminuiu
 Permaneceu a mesma
 Aumentou
 Não sabe / Não quer responder

MA1 Qual é o seu peso? _____ kg

Não sabe / Não quer responder

MA2 Qual é a sua altura? _____ cm

Não sabe / Não quer responder

(Para os homens, pule para a seção "Saúde")

SAÚDE DO SEXO BIOLÓGICO FEMININO

(LEIA) "Agora vou fazer algumas perguntas sobre sua saúde reprodutiva."

M1 Quantos anos você tinha quando menstruou pela primeira vez?

_____ anos Não sabe Não quer responder

M2 Você ainda menstrua?

Não →

Sim

M3 Que idade você tinha quando parou de menstruar?

_____ anos *(pule para M6)* Não lembra *(pule para M5)*

M4 Você ou suas parcerias sexuais utilizam algum método para evitar gravidez?

Não

Sim →

Não sabe

Não quer responder

M5 Qual(is) método(s)? (MOSTRE O CARTÃO. SE FOR O CASO, REGISTRE MAIS DE UMA OPÇÃO)

Preservativo/camisinha

Anticoncepcional oral

Anticoncepcional injetável/implante

DIU de cobre (sem hormônio)

DIU Mirena (com hormônio)

Tabela

Pílula do dia seguinte

Anel vaginal

Coito interrompido

Ligadura de trompas ou vasectomia

Não sabe / Não quer responder

M6 Durante a sua vida, você já utilizou anticoncepcional oral, injetável, implantável (subcutâneo) ou DIU com hormônio? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

Nunca utilizou *(pule para M8)*

Sim, faz mais de 12 meses que não utiliza mais

Sim, faz menos de 12 meses que parou de utilizar

Sim, ainda utiliza

M7 Por quanto tempo você utiliza/utilizou esse método?

_____ anos Menos de 1 ano Não sabe Não quer responder

M8 Você já teve relação sexual usando preservativo feminino?

Não

Sim →

Não sabe

Não quer responder

M9 Qual preservativo você prefere? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

Masculino

Feminino

Não sabe Não quer responder

M10 Você já esteve grávida alguma vez?

Não *(pule para M16)* Sim Não quer responder *(pule para M16)*

M11 Quantas vezes você esteve grávida?

_____ vezes

M12 Quantos partos você teve?

_____ partos

M13 Quantos filhos você teve?

_____ filhos

M14 Com quantos anos você teve sua 1ª gestação?

_____ anos Não sabe / Não quer responder

M15 Você já sofreu algum aborto espontâneo?

Não Sim Não quer responder

M16 Você já fez algum aborto/interrompeu alguma gravidez?

Não Sim Não quer responder

M17 Alguma vez na vida você quis ter filhos e não conseguiu engravidar?

Não Sim Não quer responder

M18 Você conhece o exame de papanicolau (exame preventivo de câncer de colo de útero)?

Não *(pule para a próxima seção)* Sim Não quer responder *(pule para a próxima seção)*

M19 Quanto tempo faz que você fez exame de papanicolau?

Nunca fez *(pule para a próxima seção)*

Menos de 1 ano

Entre 1 e 2 anos

Entre 2 e 3 anos

Entre 3 e 5 anos

5 anos ou mais

M20 Você já teve alguma alteração no exame papanicolau?

Não Sim Não sabe Não quer responder

SAÚDE

(LEIA) "Agora vamos falar sobre sua saúde em geral."

S1 De um modo geral, como você classifica o seu estado de saúde? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

- Muito bom
 Bom
 Regular/razoável
 Ruim
 Muito ruim
 Não sabe / Não quer responder

S1.1 E antes da pandemia, como você classificaria o seu estado de saúde? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

- Muito bom
 Bom
 Regular/razoável
 Ruim
 Muito ruim
 Não sabe / Não quer responder

S2 Quando você está doente ou precisa de conselhos sobre sua saúde, você vai a algum local?

- Não
 Sim →
 Não sabe
 Não quer responder

S3 Qual é o local que você costuma procurar? (MOSTRE O CARTÃO)

- Unidade básica de saúde / posto de saúde
 Consultório particular
 Emergência hospitalar / unidade de pronto atendimento
 Consultório na rua
 Hospital
 CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento)
 Outro. Qual? _____
 Não sabe / Não quer responder

S4 Você já fez testes de hepatite? Qual foi o resultado? (LEIA AS ALTERNATIVAS E AGUARDE A RESPOSTA PARA CADA UMA DELAS)

	Não realizou	Negativo	Positivo	Não sabe	Não quer responder
Hepatite B					
Hepatite C					

S5 Você já fez o exame de HIV? Em caso afirmativo, sabe o resultado do exame? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

- Não realizou (*pule para S10*)
 Negativo (*pule para S9*)
 Positivo
 Não sabe (*pule para S10*) Não quer responder (*pule para S10*)

S6 Qual foi o ano do seu diagnóstico?

Não lembra Não quer responder

S7 Como você acha que foi infectado(a)? (MOSTRE O CARTÃO)

- Transmissão vertical
 Relações sexuais com homens
 Relações sexuais com mulheres
 Relações sexuais com homens ou mulheres
 Transfusão sanguínea
 Compartilhamento de agulhas
 Acidente com material biológico
 Não sabe Não quer responder

S8 Você toma ou já tomou medicamentos antirretrovirais (para HIV/AIDS)? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

- Não
 Sim, ainda toma
 Sim, já tomou mas parou
 Não sabe
 Não quer responder

S9 Quando foi a última vez que você fez o exame para HIV? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

- Há menos de 6 meses
 Entre 6 meses e 1 ano atrás
 Entre 1 e 2 anos atrás
 Mais de 2 anos atrás
 Não sabe Não quer responder

S10 Você já teve sífilis alguma vez na vida? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

- Não (*pule para S20*)
 Sim. Qual foi o ano do seu diagnóstico? _____
 Nunca fez o teste (*pule para S20*)
 Não lembra (*pule para S20*)
 Não quer responder (*pule para S20*)

Para mulheres

S11 Você estava grávida na última vez que teve sífilis?

- Nunca esteve grávida Não Sim

S12 Você já realizou ou realiza tratamento para sífilis?

- Não (*pule para S16*) Sim Não sabe (*pule para S16*)
 Não quer responder (*pule para S16*)

S13 Quantas vezes você fez o tratamento para sífilis?

- _____ vezes Não sabe (*pule para S15*)
 Não quer responder (*pule para S15*)

S14 Quantas vezes você completou o tratamento para sífilis?

- _____ vezes
 Não sabe Não quer responder

S15 Na última vez que você tratou sífilis, você fez exames de sangue para verificar se o tratamento fez efeito? Se sim, qual a frequência? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

- Não
 Sim, 1 vez por mês
 Sim, 1 vez a cada 3 meses
 Sim, 1 vez por ano
 Sim, outra frequência
 Não sabe Não quer responder

S16 Quando você teve sífilis, você comunicou suas parcerias sexuais? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

- Não (*pule para S20*)
 Sim, algumas parcerias
 Sim, todas as parcerias
 Não sabia que precisava avisar
 Não quer responder

S17 Você sabe se essas suas parcerias sexuais fizeram o teste para sífilis depois do comunicado?

- Não fizeram (*pule para S20*)
 Fizeram →
 Não sabe (*pule para S20*)

S18 Você sabe o resultado?

- Não (*pule para S20*)
 Sim, positivo
 Sim, negativo (*pule para S20*)
 Não sabe

S19 Você sabe se essas suas parcerias sexuais fizeram o tratamento recomendado para sífilis?

- Não fizeram o tratamento
 Sim, fizeram o tratamento
 Não sabe se fizeram o tratamento

S20 Você já teve alguma outra infecção transmitida através de relação sexual? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

- Não (*pule para S24*)
 Sim, mas não tem mais (*pule para S22*)
 Sim, ainda tem
 Sim, mas não sabe se ainda tem
 Não sabe (*pule para S24*) Não quer responder (*pule para S24*)

S21 Qual(is) outra(s) infecção(ões) você tem ou acha que tem? (LEIA AS ALTERNATIVAS E AGUARDE A RESPOSTA PARA CADA UMA DELAS)

- Gonorreia (gota matinal, pingadeira)
 Clamídia (linfogranuloma venéreo, cervicite)
 Tricomoníase (vaginite)
 Herpes genital (bolhas na vagina, pênis ou ânus)
 Verruga genital (condiloma, crista-de-galo, couve-flor)
 Outra. Qual(is)? _____
 Não sabe Não quer responder

S22 Qual(is) outra(s) infecção(ões) você já teve? (LEIA AS ALTERNATIVAS E AGUARDE A RESPOSTA PARA CADA UMA DELAS)

- Gonorreia (gota matinal, pingadeira)
 Clamídia (linfogranuloma venéreo, cervicite)
 Tricomoníase (vaginite)
 Herpes genital (bolhas na vagina, pênis ou ânus)
 Verruga genital (condiloma, crista-de-galo, couve-flor)
 Outra. Qual(is)? _____
 Não sabe Não quer responder

S23 O que você fez para tratar essa(s) infecção(ões)? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

	Não se aplica	Não fez nada	Tratou sozinho	Procurou um serviço de saúde	Não sabe	Não quer responder
Gonorreia (gota matinal, pingadeira)						
Clamídia (linfogranuloma venéreo, cervicite)						
Tricomoníase (vaginite)						
Herpes genital (bolhas na vagina, pênis ou ânus)						
Verruga genital (condiloma, crista-de-galo, couve-flor)						
Outra(s)						

S24 Como você avalia o seu risco de se infectar com HIV? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

- Não se aplica Nenhum Baixo Médio Alto

S24.1 E antes da pandemia, como você avaliava o seu risco de se infectar com HIV? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

- Não se aplica Nenhum Baixo Médio Alto

S25 Antes de participar dessa pesquisa, você já tinha ouvido falar sobre medicamentos para a prevenção do HIV (PEP) que podem ser usados após uma situação de risco de infecção, tais como sexo sem preservativo, violência sexual, acidente com material biológico (sangue)?

- Não
 Sim →
 Não quer responder

S26 Você já fez uso da PEP? Em caso afirmativo, qual o motivo? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

- Não
 Sim, após acidente ocupacional com material biológico
 Sim, após relação sexual desprotegida
 Sim, após violência sexual
 Não quer responder

S27 Antes de participar dessa pesquisa, você já tinha ouvido falar sobre medicamentos para a prevenção de HIV, conhecidos como PrEP (Profilaxia Pré-exposição), utilizados por pessoas que não tem HIV?

- Não *(pule para a próxima seção)*
 Sim
 Não quer responder *(pule para a próxima seção)*

S28 Você já fez uso da PrEP?

- Não Sim Não quer responder

S29 Você deixaria de usar camisinha se tomasse o medicamento para HIV todos os dias, como a PrEP?

- Não Sim Não sabe Não quer responder

S30 Ao pensar em fazer uso da PrEP, responda o que melhor descreve sua opinião. (MOSTRE O CARTÃO, AGUARDE A RESPOSTA PARA CADA UMA DELAS)

	Concordo	Discordo	Não concordo nem discordo	Não sei
Eu estaria disposto a usar PrEP				
Tomaria um comprimido por dia se isso prevenisse a infecção por HIV				
Eu usaria PrEP se ela estivesse disponível no SUS				
Eu teria dificuldade em lembrar de tomar a medicação diária				
Eu teria medo dos efeitos colaterais desses medicamentos				
Eu teria medo das outras pessoas acharem que tenho HIV positivo				
Eu teria medo de ter outras IST que não são preveníveis pela PrEP				
Eu tomaria PrEP mesmo que tivesse que me testar regularmente para o HIV				

CONHECIMENTO SOBRE HPV E VACINAÇÃO

(LEIA) "Agora vamos ver seu conhecimento sobre o HPV (Papilomavírus humano) e vacinação."

CH1 Você já ouviu falar sobre o Papilomavírus humano (HPV)?

Não (*pule para CV1*) Sim Não sabe (*pule para CV2*)
 Não quer responder (*pule para CV1*)

CH2 Você já fez algum exame para detectar HPV (Papilomavírus humano)? Em caso positivo, qual foi o resultado?

Não
 Sim, deu negativo
 Sim, deu positivo
 Sim, não sabe o resultado
 Não sabe se fez

Para as próximas afirmações, responda "falso", "verdadeiro" ou "não sei":

CH3 O HPV pode causar câncer de colo de útero Falso Verdadeiro Não sei
CH4 Uma pessoa pode ter HPV por muitos anos sem saber Falso Verdadeiro Não sei
CH5 Ter muitos parceiros sexuais aumenta o risco de contrair HPV Falso Verdadeiro Não sei
CH6 O HPV é muito raro Falso Verdadeiro Não sei
CH7 O HPV pode ser transmitido nas relações sexuais Falso Verdadeiro Não sei
CH8 O HPV sempre apresenta sinais e sintomas Falso Verdadeiro Não sei
CH9 Usar camisinha/preservativo (masculino ou feminino) diminui o risco de contrair HPV Falso Verdadeiro Não sei
CH10 O HPV pode causar HIV/AIDS Falso Verdadeiro Não sei
CH11 O HPV pode ser transmitido pelo contato direto com a pele das partes genitais Falso Verdadeiro Não sei
CH12 Homens não contraem HPV Falso Verdadeiro Não sei
CH13 Ter relações sexuais em idade precoce aumenta o risco de contrair HPV Falso Verdadeiro Não sei
CH14 Existem muitos tipos de HPV Falso Verdadeiro Não sei
CH15 O HPV pode causar verrugas genitais Falso Verdadeiro Não sei
CH16 O HPV pode ser curado com antibióticos Falso Verdadeiro Não sei
CH17 A maioria das pessoas sexualmente ativas vai contrair HPV em algum momento de sua vida Falso Verdadeiro Não sei
CH18 Geralmente o HPV não precisa de tratamento Falso Verdadeiro Não sei

CV1 Você já ouviu falar sobre a vacinação para HPV?

Não (*pule para próxima seção*) Sim Não sabe (*pule para próxima seção*)
 Não quer responder (*pule para próxima seção*)

CV2 Você já se vacinou contra o HPV?

Não (*pule para CV4*) Sim Não sabe (*pule para CV4*)

CV3 Quantas doses?

1 dose 2 doses 3 doses Não sabe

CV4 Você sabia que a vacina do HPV é recomendada para imunodeprimidos (HIV +)?

Não Sim

COMPORTAMENTO SEXUAL

(LEIA) "As próximas perguntas são sobre seu comportamento sexual. Suas respostas são fundamentais para o estudo e serão mantidas em sigilo."

CS1 Que idade você tinha na sua primeira relação sexual?

_____ anos
 Não lembra Não quer responder

CS1.1 Essa primeira relação foi consentida?

Não Sim Não quer responder

CS2 A pessoa com quem você teve sua primeira relação sexual era: (LEIA AS ALTERNATIVAS)

Homem
 Mulher
 Transgênero
 Não quer responder

CS3 Que idade tinha o(a) seu(sua) parceiro(a)?

_____ anos Não sabe Não quer responder

CS4 Vocês usaram preservativo (camisinha) nesta primeira relação sexual?

Não Sim Não sabe Não quer responder

CS5 Durante a sua vida, você teve quantas parcerias sexuais do mesmo sexo biológico que você?

_____ parcerias Nenhum (*pule para CS8*) Não sabe Não quer responder

CS6 E nos últimos 6 meses, você teve quantas parcerias sexuais do mesmo sexo que você?

_____ parcerias Nenhum (*pule para CS8*) Não sabe Não quer responder

CS6.1 Nos 6 meses antes da pandemia, você teve quantas parcerias sexuais do mesmo sexo que você?

_____ parcerias Nenhum (*pule para CS8*) Não sabe Não quer responder

Para cupons verdes

CS7 Nos últimos 6 meses, sua prática sexual tem sido predominantemente com outros homens: (MOSTRE O CARTÃO)

Pelo menos 5 anos mais jovens
 Pelo menos 10 anos mais jovens
 Próximos de sua idade (mais ou menos 5 anos)
 Pelo menos 5 anos mais velhos
 Pelo menos 10 anos mais velhos
 Não quer responder

CS8 Qual a sua orientação sexual? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

Homossexual Heterossexual Bissexual Não quer responder

CS9 Você costuma participar de alguma reunião, evento, atividade em grupo organizado, movimento social ou ONG (organização não-governamental)?

Não Sim Não quer responder

CS10 Nos últimos 6 meses, você recebeu/pegou preservativos (camisinhas) gratuitos? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

Não estava disponível
 Não quis
 Sim →
 Não sabe / Não quer responder

CS11 Onde você recebeu/pegou gratuitamente os preservativos (camisinhas)? (MOSTRE O CARTÃO. SE FOR O CASO, REGISTRE MAIS DE UMA OPÇÃO)

Em serviço público de saúde
 Em ONGs
 Em instituições de ensino
 Em bares, boates ou saunas
 Na rua
 Outro

CS12 Nos últimos 6 meses, você recebeu/pegou lubrificante ou gel gratuito? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

- Não estava disponível
 Não quis
 Sim →
 Não sabe / Não quer responder

CS13 Onde você recebeu/pegou gratuitamente o lubrificante? (MOSTRE O CARTÃO. SE FOR O CASO, REGISTRE MAIS DE UMA OPÇÃO)

- Em serviço público de saúde
 Em ONGs
 Em instituições de ensino
 Em bares, boates ou saunas
 Na rua
 Outro

CS13.1 A pandemia afetou o seu acesso a preservativos (camisinhas) e/ou lubrificantes gratuitos? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

- Diminuiu Permaneceu o mesmo Aumentou Não sabe / Não quer responder

CS14 Na sua vida, você frequentou algum desses lugares para encontrar parceiros sexuais? (MOSTRE O CARTÃO. SE FOR O CASO, REGISTRE MAIS DE UMA OPÇÃO)

- Bar gay
 Bar / boate
 Dark room ("sala escura")
 Sauna
 Cinema /cinemão (filmes pornográficos)
 Café / restaurante
 Rua / praça / parque
 Banheiro público
 Festas
 Casa de amigos
 Não frequenta (*pule para CS16*)
 Outros. Quais? _____

Não quer responder (*pule para CS16*)

CS15 Nos últimos 6 meses, com que frequência você visitou esses lugares: (MOSTRE O CARTÃO)

	Quase todos os dias	Semanalmente	Uma vez por mês	Menos de uma vez por mês	Nunca	Não quer responder
Bar gay						
Bar / boate						
Dark room						
Sauna						
Cinema / cinemão						
Café / restaurante						
Rua / praça / parque						
Banheiro público						
Festas						
Casa de amigos						
Outros						

CS15.1 A pandemia modificou a frequência que você visitou esses lugares: (LEIA AS ALTERNATIVAS E AGUARDE A RESPOSTA PARA CADA UMA DELAS)

	Não se aplica	Diminuiu	Permaneceu o mesmo	Aumentou	Não sabe/ Não quer responder
Bar gay					
Bar / boate					
Dark room					
Sauna					
Cinema / cinemão					
Café / restaurante					
Rua / praça / parque					
Banheiro público					
Festas					
Casa de amigos					
Outros					

CS16 Na sua vida, você utilizou algum desses itens para encontrar parceiros sexuais? (MOSTRE O CARTÃO. SE FOR O CASO, REGISTRE MAIS DE UMA OPÇÃO)

- Sala de bate-papo
 Redes sociais
 Aplicativo de celulares
 Web sites
 Sex hotlines
- Sex phone
 Não utiliza *(pule para CS18)*
 Outros. Quais? _____
 Não quer responder *(pule para CS18)*

CS17 Nos últimos 6 meses, com que frequência você utilizou esses itens: (MOSTRE O CARTÃO)

	Quase todos os dias	Semanalmente	Uma vez por mês	Menos de uma vez por mês	Nunca	Não quer responder
Sala de bate-papo						
Redes sociais						
Aplicativo de celulares						
Web sites						
Sex hotlines						
Sex phone						
Outros						

CS17.1 A pandemia modificou a frequência de utilização desses itens: (LEIA AS ALTERNATIVAS E AGUARDE A RESPOSTA PARA CADA UMA DELAS)

	Não se aplica	Diminuiu	Permaneceu a mesma	Aumentou	Não sabe / Não quer responder
Sala de bate-papo					
Redes sociais					
Aplicativo de celulares					
Web sites					
Sex hotlines					
Sex phone					
Outros					

CS18 Ao longo de sua vida, você já fez relações sexuais para obter drogas?

Não Sim Não sabe / Não quer responder

CS19 Você já pagou por sexo?

Não Sim Não sabe / Não quer responder

(ENTREVISTADOR: ASSINALE A COR DO CUPOM)

Cupom verde Cupom roxo (*pule para CS22*)

Para cupons verdes

CS20 Você já foi pago por sexo?

Não (*pule para CS27*) Sim Não lembra / Não quer responder

Para cupons verdes

CS21 Você se considera garoto de programa, michê, ou trabalhador do sexo?

Não (*pule para CS27*) Sim Não sabe / Não quer responder (*pule para CS27*)

Para cupons raxos

CS22 Qual é o seu local de trabalho (relacionado à atividade sexual)? (MOSTRE O CARTÃO. SE FOR O CASO, REGISTRE MAIS DE UMA OPÇÃO)

- Boate
 Hotel/motel
 Casa de prostituição
 Sauna
 Ponto de rua
 Outro. Qual: _____

Para cupons raxos

CS22.1 Antes da pandemia, qual era o seu local de trabalho (relacionado à atividade sexual)? (MOSTRE O CARTÃO. SE FOR O CASO, REGISTRE MAIS DE UMA OPÇÃO)

- Boate
 Hotel/motel
 Casa de prostituição
 Sauna
 Ponto de rua
 Outro. Qual: _____

CS23 Que idade você tinha quando iniciou com sexo comercial?

_____ anos Não sabe / Não quer responder

CS24 Por quanto tempo (em anos) você trabalha como profissional do sexo?

_____ anos Menos de 1 ano Não sabe / Não quer responder

CS25 Quantos parceiros comerciais você tem por semana?

_____ parceiros Não sabe / Não quer responder

CS25.1 Antes da pandemia, quantos parceiros comerciais você tinha por semana?

_____ parceiros Não sabe / Não quer responder

CS26 Qual é o preço do seu encontro sexual?

_____ reais Não sabe / Não quer responder

CS26.1 Antes da pandemia, qual era o preço do seu encontro sexual?

_____ reais Não realizava sexo comercial Não sabe / Não quer responder

(LEIA) “Agora vou perguntar sobre o tipo de parceiros(as) que você manteve ou mantém relações sexuais. As parcerias podem ser FIXAS, CASUAIS OU COMERCIAIS. Parcerias FIXAS são aquelas com quem você se relaciona regularmente e se sente comprometido(a), pode ser namorado(a), companheiro(a) ou alguém com quem você vive. Parcerias CASUAIS são aquelas com quem você faz sexo, mas não se sente comprometido(a) ou não conhece muito bem, pode ser paquera, crush, ficante, rolo. Já as parcerias COMERCIAIS são aquelas que você pagou ou recebeu dinheiro para ter relações sexuais.”

CS27 Nos últimos 6 meses, quantas parcerias sexuais fixas você teve?

_____ parcerias Não sabe / Não quer responder

CS27.1 Nos 6 meses antes da pandemia, quantas parcerias sexuais fixas você teve?

_____ parcerias Não sabe / Não quer responder

CS28 Nos últimos 6 meses, quantas parcerias sexuais casuais você teve?

_____ parcerias Não sabe / Não quer responder

CS28.1 Nos 6 meses antes da pandemia, quantas parcerias sexuais casuais você teve?

_____ parcerias Não sabe / Não quer responder

CS29 Durante a sua vida, você já teve relações sexuais vaginais (pode ser relação entre mulheres, uso de objetos, brinquedos, alimentos ou outros)? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

Não (*pule para CS32*)

Sim, nos últimos 12 meses

Sim, mas não nos últimos 12 meses (*pule para CS32*)

Não quer responder (*pule para CS32*)

CS30 Nos últimos 6 meses, com que frequência você tem feito sexo vaginal? (MOSTRE O CARTÃO, AGUARDE A RESPOSTA PARA CADA PERGUNTA)

	Não se aplica	Sempre	Maioria das vezes	Eventualmente	Nunca	Não quer responder
Com parcerias fixas (namorado(a), companheiro(a) ou alguém com quem você vive)?						
Com parcerias casuais (paquera, crush, ficante, rolo)?						
Com parcerias comerciais?						

CS31 Nos últimos 6 meses, com que frequência você usou preservativo no sexo vaginal? (MOSTRE O CARTÃO, AGUARDE A RESPOSTA PARA CADA PERGUNTA)

	Não se aplica	Sempre	Maioria das vezes	Eventualmente	Nunca	Não quer responder
Com parcerias fixas (namorado(a), companheiro(a) ou alguém com quem você vive)?						
Com parcerias casuais (paquera, crush, ficante, rolo)?						
Com parcerias comerciais?						

CS32 Na sua vida, você já fez sexo oral em alguém? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

Não (*pule para CS35*)

Sim, nos últimos 6 meses

Sim, mas não nos últimos 6 meses (*pule para CS35*)

Não quer responder (*pule para CS35*)

CS33 Nos últimos 6 meses, com que frequência você tem feito sexo oral em outra pessoa? (MOSTRE O CARTÃO, AGUARDE A RESPOSTA PARA CADA PERGUNTA)

	Não se aplica	Sempre	Maioria das vezes	Eventualmente	Nunca	Não quer responder
Com parcerias fixas (namorado(a), companheiro(a) ou alguém com quem você vive)?						
Com parcerias casuais (paquera, <i>crush</i> , ficante, rolo)?						
Com parcerias comerciais?						

CS34 Nos últimos 6 meses, com que frequência você usou preservativo no sexo oral? (MOSTRE O CARTÃO, AGUARDE A RESPOSTA PARA CADA PERGUNTA)

	Não se aplica	Sempre	Maioria das vezes	Eventualmente	Nunca	Não quer responder
Com parcerias fixas (namorado(a), companheiro(a) ou alguém com quem você vive)?						
Com parcerias casuais (paquera, <i>crush</i> , ficante, rolo)?						
Com parcerias comerciais?						

CS34.1 A pandemia modificou a frequência com que você pratica sexo...

	Não se aplica	Diminuiu	Permaneceu a mesma	Aumentou	Não quer responder
Vaginal nas relações fixas?					
Oral nas relações fixas?					
Anal nas relações fixas?					
Vaginal nas relações casuais?					
Oral nas relações casuais?					
Anal nas relações casuais?					
Vaginal nas relações comerciais?					
Oral nas relações comerciais?					
Anal nas relações comerciais?					

CS34.2 A pandemia modificou a frequência de uso de preservativo no sexo..

	Não se aplica	Diminuiu	Permaneceu a mesma	Aumentou	Não quer responder
Vaginal nas relações fixas?					
Oral nas relações fixas?					
Anal nas relações fixas?					
Vaginal nas relações casuais?					
Oral nas relações casuais?					
Anal nas relações casuais?					
Vaginal nas relações comerciais?					
Oral nas relações comerciais?					
Anal nas relações comerciais?					

CS35 (ENTREVISTADOR: ASSINALE A COR DO CUPOM)

- Cupom verde (*pule para CS41*) Cupom roxo

CS36 Quais os aspectos da sua boca que você considera importantes no seu dia a dia? (MOSTRE O CARTÃO. SE FOR O CASO, REGISTRE MAIS DE UMA OPÇÃO)

- Estéticos
 Prática sexual
 Não sentir dor
 Não ter perda dentária
 Não ter mau hálito
 Outros. Quais? _____
 Nenhum
 Não sabe Não quer responder

CS37 O quanto você considera a boca importante como instrumento de trabalho? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

- Muito importante
 Importante
 Razoavelmente importante
 Pouco importante
 Muito pouco importante
 Não quer responder

CS38 No momento, você tem algum problema na boca que lhe impeça alguma atividade de trabalho? (LEIA AS ALTERNATIVAS. SE FOR O CASO, REGISTRE MAIS DE UMA OPÇÃO)

- Dente cariado
 Dente perdido
 Prótese mal adaptada
 Dor em algum dente
 Dor em alguma parte da boca, que não seja o dente
 Outro. Qual? _____
 Nenhum
 Não sabe / Não quer responder

CS39 Você apresenta alguma lesão na região da boca? Se sim, qual o local? (SE FOR O CASO, REGISTRE MAIS DE UMA OPÇÃO)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Não apresenta | <input type="checkbox"/> Parte interna das bochechas |
| <input type="checkbox"/> Parte externa dos lábios | <input type="checkbox"/> Palato (céu da boca) |
| <input type="checkbox"/> Parte interna dos lábios | <input type="checkbox"/> Gengiva |
| <input type="checkbox"/> Língua | <input type="checkbox"/> Outro |
| <input type="checkbox"/> Assoalho da boca (embaixo da língua) | <input type="checkbox"/> Não sabe / Não quer responder |

CS40 Com que frequência você beija clientes na boca? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

- Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes Sempre Não quer responder

CS40.1 Antes da pandemia, com que frequência você beijava clientes na boca? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

- Nunca Raramente Às vezes Muitas vezes Sempre Não quer responder
 Não realizava sexo comercial

CS41 Na sua vida, você já fez sexo anal (ativo ou passivo)?

- Não (*pule para CS46*)
 Sim, nos últimos 6 meses
 Sim, mas não nos últimos 6 meses (*pule para CS46*)
 Não quer responder (*pule para CS46*)

*Para mulheres***CS42** Nos últimos 6 meses, com que frequência você tem feito sexo anal? (MOSTRE O CARTÃO, AGUARDE A RESPOSTA PARA CADA PERGUNTA)

	Não se aplica	Sempre	Maioria das vezes	Eventualmente	Nunca	Não quer responder
Com parcerias fixas (namorado(a), companheiro(a) ou alguém com quem você vive)?						
Com parcerias casuais (paquera, <i>crush</i> , ficante, rolo)?						
Com parcerias comerciais?						

*Para homens***CS42.1** Nos últimos 6 meses, com que frequência você tem feito sexo anal ativo? (MOSTRE O CARTÃO, AGUARDE A RESPOSTA PARA CADA PERGUNTA)

	Não se aplica	Sempre	Maioria das vezes	Eventualmente	Nunca	Não quer responder
Com parcerias fixas (namorado(a), companheiro(a) ou alguém com quem você vive)?						
Com parcerias casuais (paquera, <i>crush</i> , ficante, rolo)?						
Com parcerias comerciais?						

*Para homens***CS42.2** Nos últimos 6 meses, com que frequência você tem feito sexo anal passivo? (MOSTRE O CARTÃO, AGUARDE A RESPOSTA PARA CADA PERGUNTA)

	Não se aplica	Sempre	Maioria das vezes	Eventualmente	Nunca	Não quer responder
Com parcerias fixas (namorado(a), companheiro(a) ou alguém com quem você vive)?						
Com parcerias casuais (paquera, <i>crush</i> , ficante, rolo)?						
Com parcerias comerciais?						

*Para mulheres***CS43** Nos últimos 6 meses, com que frequência você usou preservativo no sexo anal? (MOSTRE O CARTÃO, AGUARDE A RESPOSTA PARA CADA PERGUNTA)

	Não se aplica	Sempre	Maioria das vezes	Eventualmente	Nunca	Não quer responder
Com parcerias fixas (namorado(a), companheiro(a) ou alguém com quem você vive)?						
Com parcerias casuais (paquera, <i>crush</i> , ficante, rolo)?						
Com parcerias comerciais?						

*Para homens***CS43.1** Nos últimos 6 meses, com que frequência você usou preservativo no sexo ativo? (MOSTRE O CARTÃO, AGUARDE A RESPOSTA PARA CADA PERGUNTA)

	Não se aplica	Sempre	Maioria das vezes	Eventualmente	Nunca	Não quer responder
Com parcerias fixas (namorado(a), companheiro(a) ou alguém com quem você vive)?						
Com parcerias casuais (paquera, <i>crush</i> , ficante, rolo)?						
Com parcerias comerciais?						

Para homens

CS43.2 Nos últimos 6 meses, com que frequência você usou preservativo no sexo passivo? (MOSTRE O CARTÃO, AGUARDE A RESPOSTA PARA CADA PERGUNTA)

	Não se aplica	Sempre	Maioria das vezes	Eventualmente	Nunca	Não quer responder
Com parcerias fixas (namorado(a), companheiro(a) ou alguém com quem você vive)?						
Com parcerias casuais (paquera, <i>crush</i> , ficante, rolo)?						
Com parcerias comerciais?						

Para homens

CS44 Em relação ao sexo anal, você se considera: (MOSTRE O CARTÃO)

- Exclusivamente ativo
 Predominantemente ativo
 Igualmente ativo e passivo / não tenho preferência
 Predominantemente passivo
 Exclusivamente passivo
 Não se aplica
 Não quer responder

Para homens

CS45 Você teve relações anais receptivas (você sendo penetrado) desprotegidas nos últimos 6 meses?

- Não Sim Não quer responder

CS46 Você já teve algum contato oral-anal (também conhecido como beijo grego)? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Sim, fazendo →
<input type="checkbox"/> Sim, recebendo →
<input type="checkbox"/> Sim, fazendo e recebendo →
<input type="checkbox"/> Não quer responder | CS47 Com qual frequência você tem contato oral-anal? (MOSTRE O CARTÃO)
<input type="checkbox"/> Sempre
<input type="checkbox"/> Na maioria das vezes
<input type="checkbox"/> Algumas vezes
<input type="checkbox"/> Raramente
<input type="checkbox"/> Nunca
<input type="checkbox"/> Não sabe / Não quer responder |
|--|---|

CS48 Na última relação sexual, você ou seu(sua) parceiro(a) usaram preservativo (camisinha)?

- Não Sim Não sabe / Não quer responder

CS49 Em relação ao(a) seu(sua) último(a) parceiro(a), você sabia se ele(a) tinha HIV? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

- Sabia que ele(a) tinha HIV
 Sabia que ele(a) não tinha HIV
 Não sabia se ele(a) tinha ou não o HIV
 Não quer responder

CS50 O(A) seu(sua) último(a) parceiro(a) tem ou já teve alguma outra infecção transmitida através de relação sexual?

- Não
 Sim →
 Não sabe
 Não quer responder

CS51 Quais? (LEIA AS ALTERNATIVAS E AGUARDE A RESPOSTA PARA CADA UMA DELAS. SE FOI O CASO ASSINALE MAIS DE UMA OPÇÃO)

- Sífilis (cancro duro)
 Gonorreia (gota matinal, pingadeira)
 Clamídia (linfogranuloma venéreo, cervicite)
 Tricomoníase (vaginite)
 Herpes genital (bolhas na vagina, pênis ou ânus)
 Verruga genital (condiloma, crista-de-galo, couve-flor)
 Outra. Qual(is)? _____
 Não sabe | Não quer responder

CS52 Você já teve alguma relação em grupo (sexo grupal/swing)?

- Não
 Sim →
 Não sabe | Não quer responder

CS53 Com qual frequência você realiza sexo grupal? (MOSTRE O CARTÃO)

- Sempre
 Na maioria das vezes
 Algumas vezes
 Raramente
 Nunca
 Não sabe | Não quer responder

CS53.1 Antes da pandemia, com qual frequência você realizava sexo grupal? (MOSTRE O CARTÃO)

- Sempre
 Na maioria das vezes
 Algumas vezes
 Raramente
 Nunca
 Não sabe | Não quer responder

CS54 Em suas relações sexuais, você já utilizou: (MOSTRE O CARTÃO. SE FOR O CASO, REGISTRE MAIS DE UMA OPÇÃO)

- Brinquedos insertivos (consolo/pênis de borracha)
 Práticas sadomasoquistas (bater/apanhar/chicotes/asfixia/clipes)
 Amarrações (cordas/algemas)
 Géis (saborizados/que esquentam/que esfriam)
 Nenhuma (*pule para próxima sessão*)
 Outra. Qual? _____
 Não quer responder

CS54.1 A pandemia modificou o uso de: (LEIA AS ALTERNATIVAS E AGUARDE A RESPOSTA PARA CADA UMA DELAS)

	Não se aplica	Diminuiu	Permaneceu o mesmo	Aumentou	Não quer responder
Brinquedos insertivos					
Práticas sadomasoquistas					
Amarrações					
Géis					
Nenhuma					
Outra					

DISCRIMINAÇÃO E VIOLÊNCIA

(LEIA) “As próximas perguntas são sobre discriminação e violência.”

DV1 Você já contou para alguém sobre sua orientação sexual ou que você é profissional do sexo?

- Não
 Sim →
 Não quer responder

DV2 Para quem? (LEIA AS ALTERNATIVAS. SE FOR O CASO, REGISTRE MAIS DE UMA OPÇÃO)

- Mãe
 Pai
 Outro familiar
 Amigo(a)
 Colega de trabalho
 Outro(a). Quem? _____
 Não quer responder

DV3 Alguma vez na vida você sofreu discriminação, se sentiu impedido(a) de fazer algo, se sentiu incomodado(a) ou inferior por causa da sua orientação sexual, profissão, cor ou raça?

- Não *(pule para DV7)* Sim Não quer responder *(pule para DV7)*

DV4 Por qual motivo você foi discriminado(a)? (LEIA AS ALTERNATIVAS. SE FOR O CASO, REGISTRE MAIS DE UMA OPÇÃO)

- Orientação sexual
 Profissão
 Cor ou raça
 Outros
 Não quer responder

DV5 Onde ou em que situação(ões) ocorreram essas discriminações? (MOSTRE O CARTÃO. SE FOR O CASO, REGISTRE MAIS DE UMA OPÇÃO)

- Na família
 Na escola
 No trabalho
 Na rua ou em outros espaços públicos
 Quando procurou serviços de saúde
 Para ser contratado(a) ou para conseguir um emprego
 Quando estava num abrigo ou instituição
 No atendimento em lojas ou restaurantes
 Na obtenção de crédito, financiamento ou empréstimos bancários
 Ao buscar um espaço para moradia
 Com a polícia ou em tribunais
 Outro. Qual? _____
 Não quer responder

DV6 Você comunicou essa discriminação que você sofreu a alguém? Se sim, quem? (SE FOR O CASO, REGISTRE MAIS DE UMA OPÇÃO)

- Não
 Familiares
 Esposo(a)/ Parceiro(a)
 Amigo(a)
 Profissional de saúde
 Delegacia
 Outro
 Não quer responder

DV7 Alguma vez você sofreu algum tipo de agressão física por causa da sua orientação sexual ou por causa do seu trabalho (alguém já lhe agrediu ou bateu em você)?

Não (*pule para DV11*) Sim Não quer responder (*pule para DV11*)

DV8 Com que frequência isso aconteceu? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

- Muitas vezes
 Algumas vezes
 Poucas vezes
 Somente uma vez
 Não quer responder

DV9 Esse(s) ato(s) de agressão foi(foram) praticado(s) por quem? (MOSTRE O CARTÃO. SE FOR O CASO, REGISTRE MAIS DE UMA OPÇÃO)

- Pai e/ou mãe
 Irmã(o)
 Outros parentes
 Esposo(a)/parceiro(a)
 Amigos(as)/colegas
 Profissional de saúde
 Desconhecido(a)
 Outro. Quem? _____
 Não quer responder

DV10 Onde ocorreu essa agressão física? (SE FOR O CASO ASSINALE MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

- Em casa
 Na rua
 No trabalho
 Instituições de ensino
 Serviços de saúde
 Outro. Onde? _____
 Não quer responder

DV11 Alguma vez na vida alguém forçou você a ter relações sexuais?

Não (*pule para DV16*) Sim Não quer responder (*pule para DV16*)

DV12 Com que frequência forçaram você a ter relações sexuais? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

- Muitas vezes
 Algumas vezes
 Poucas vezes
 Somente uma vez
 Não quer responder

DV13 Quando forçaram você a ter relações sexuais? (LEIA AS ALTERNATIVAS. SE FOR O CASO, REGISTRE MAIS DE UMA OPÇÃO)

- Na infância
 Na adolescência
 Na idade adulta
 Não quer responder

DV14 Esse(s) ato(s) de agressão sexual foi(foram) praticado(s) por quem? (MOSTRE O CARTÃO. SE FOR O CASO ASSINALE MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

- Pai e/ou mãe
 Irmã(o)
 Outros parentes

-] Espos(a)/parceiro(a)
-] Amigos(as)/colegas
-] Profissional de saúde
-] Desconhecido(a)
-] Outro. Quem? _____
-] Não quer responder

DV15 Onde ocorreu essa agressão sexual? (SE FOR O CASO ASSINALE MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

-] Em casa
-] Na rua
-] No trabalho
-] Instituições de ensino
-] Serviços de saúde
-] Outro. Onde? _____
-] Não quer responder

DV16 Você sofreu algum tipo de violência durante a pandemia? (LEIA AS ALTERNATIVAS)

-] Não (*pule para próxima sessão*)
-] Sim
-] Não sabe/Não quer responder

DV17 Que tipo de violência? (LEIA AS ALTERNATIVAS. SE FOR O CASO, REGISTRE MAIS DE UMA OPÇÃO)

-] Sexual
-] Física
-] Psicológica
-] Outra. Qual? _____

(LEIA): “Encerramos a entrevista e agora faremos as coletas de material biológico.”

COLETA DE MATERIAL BIOLÓGICO

COLETA DE AMOSTRA ORAL

(LEIA) “Para detectar se há presença do HPV em sua boca, você deve fazer um bochecho com 10 ml de enxaguante bucal por 5 segundos, e a seguir gargareje por mais 5 segundos. Você terá de repetir esse procedimento 3 vezes, totalizando 30 segundos. Ao final, cuspa o enxaguante neste recipiente.”

CO1 (REGISTRE SE A AMOSTRA ORAL FOI COLETADA)

Não *(pule para CO4)* Sim

CO2 (HOVE QUEBRA DE PROTOCOLO?)

Não *(pule para CO4)* Sim

CO3 (REGISTRE QUAL FOI A QUEBRA DE PROTOCOLO. SE FOR O CASO, REGISTRE MAIS DE UMA OPÇÃO)

Não realizou bochechos e gargarejos por 30 segundos

Sangue visível na amostra

Presença de restos de alimentos na amostra

Volume reduzido de enxaguatório bucal

Outra. Qual? _____

CO4 Você apresenta ou apresentou alguma lesão persistente por mais de 15 dias na região da boca?

Não Sim Não sabe/Não quer responder

(Homens pule para a seção coleta de amostra peniana)

CC - COLETA DE AMOSTRA CERVICAL

(LEIA) “Para detectar se o HPV está no colo do seu útero e na sua região anal, precisamos coletar material dessas regiões. Para isso, vamos fazer um procedimento semelhante ao exame preventivo (Papanicolau). Você precisará se colocar em posição ginecológica, introduzirei o espécuro na sua vagina e utilizarei uma escovinha para coletar material do colo. Depois, realizarei a inserção de um cotonete na sua região anal. Você poderá sentir um leve desconforto no momento da coleta.”

CC1 (REGISTRE SE A AMOSTRA CERVICAL FOI COLETADA)

Não *(pule para seção CA)* Sim

CC2 (HOVE QUEBRA DE PROTOCOLO?)

Não *(pule para CCS)* Sim

CC3 (REGISTRE QUAL FOI A QUEBRA DE PROTOCOLO. SE FOR O CASO, REGISTRE MAIS DE UMA OPÇÃO)

Sangramento durante a coleta

Outra. Qual? _____

CC4 (FOI REALIZADA COLETA DE EXAME CITO PATOLÓGICO)?

Não Sim

CC5 (ASSINALE SE HÁ VERRUGAS/LESÃO SUGESTIVA DE HPV)

Não Sim Não sabe se a lesão é sugestiva de HPV

CC6 Você teve relação sexual nas últimas 24 horas?

Não *(pule para seção CA)* Sim *(pule para seção CA)* Não quer responder *(pule para seção CA)*

CP - COLETA DE AMOSTRA PENIANA

(LEIA) "Para detectar se o HPV está presente em sua região peniana, é preciso coletar material através de um esfregaço. Não ter higienizado o pênis nas últimas 12 horas facilitará a coleta. Para tanto, você precisa seguir este manual. O exame não causará desconforto."

CP1 (REGISTRE SE A AMOSTRA PENIANA FOI COLETADA)

Não (*pule para seção CP6*) Sim

CP2 (HOUE QUEBRA DE PROTOCOLO?)

Não (*pule para CP4*) Sim

CP3 (REGISTRE QUAL FOI A QUEBRA DE PROTOCOLO. SE FOR O CASO, REGISTRE MAIS DE UMA OPÇÃO)

- Coleta realizada pelo entrevistador
 Não molhou o swab com soro fisiológico
 Outra. Qual? _____

CP4 Você lavou o pênis nas últimas 12 horas?

Não Sim Não lembra

CP5 Você teve relação sexual nas últimas 24 horas?

Não Sim Não quer responder

CP6 Você possui alguma verruga (lesão sugestiva de HPV) na sua região genital?

Não Sim Não sabe

CP7 Você já foi operado de fimose ou circuncisão?

Não Sim Parcialmente Não sabe
 Não quer responder

CA - COLETA DE AMOSTRA ANAL

(LEIA PARA HOMENS) "Para detectar se o HPV está presente em sua região anal, você precisa seguir este manual. Você irá inserir o swab na região anal, com cuidado para não encostar em outros locais."

CA1 (REGISTRE SE A AMOSTRA ANAL FOI COLETADA E POR QUEM)

- Não (*pule para Exames Complementares*)
 Sim, foi auto coleta (*pule para CA3*)
 Sim, foi coletada pelo entrevistador

CA2 (ASSINALE SE HÁ VERRUGA/LESÃO SUGESTIVA DE HPV NA REGIÃO ANAL)

Não Sim Não sabe se a lesão é sugestiva de HPV

CA3 (HOUE QUEBRA DE PROTOCOLO?)

Não (*pule para CA5*) Sim

CA4 (REGISTRE QUAL FOI A QUEBRE DE PROTOCOLO. SE FOR O CASO, REGISTRE MAIS DE UMA OPÇÃO)

- Não molhou o swab com soro fisiológico
 Sangramento durante a coleta
 Outra. Qual? _____

CA5 Você teve relação sexual anal nas últimas 24 horas?

Não Sim Não quer responder

EXAMES COMPLEMENTARES		
EC1 (TESTE RÁPIDO PARA HIV 1)	EC2 (TESTE RÁPIDO PARA HIV 2)	EC3 (ENCAMINHADO(A) PARA TESTE CONFIRMATÓRIO: CARGA VIRAL E TCD4+ ?)
<input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Reagente → <input type="checkbox"/> Não realizado	<input type="checkbox"/> Não reagente → <input type="checkbox"/> Reagente → <input type="checkbox"/> Não realizado →	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
EC4 (TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS)	EC5 (ENCAMINHADO(A) PARA TESTE CONFIRMATÓRIO: VDRL?)	
<input type="checkbox"/> Não reagente <input type="checkbox"/> Reagente → <input type="checkbox"/> Não realizado	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
OBS (REGISTRE QUALQUER OBSERVAÇÃO QUE VOCÊ CONSIDERE RELEVANTE):		

(LEIA) "Chegamos ao final. Sua colaboração foi essencial para melhorarmos a saúde dos profissionais do sexo e gays, homens bissexuais e homens que fazem sexo com outros homens. Agora vou lhe entregar o ressarcimento pela sua participação no estudo e os cupons para você convidar 3 amigos(as)."

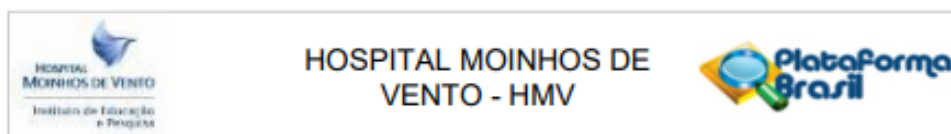
(INSIRA O NÚMERO DO CUPOM 1 ENTREGUE AO PARTICIPANTE) _____

(INSIRA O NÚMERO DO CUPOM 2 ENTREGUE AO PARTICIPANTE) _____

(INSIRA O NÚMERO DO CUPOM 3 ENTREGUE AO PARTICIPANTE) _____

(INSIRA O NÚMERO DO CARTÃO DE RESSARCIMENTO (DUO CARD) QUE SERÁ ENTREGUE AO PARTICIPANTE, ELE ESTÁ NA PRIMEIRA LINHA, LOGO AO LADO DE "ASSOCIACAO HOSPITALAR"):

4 PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prevalência de HPV em trabalhadoras do sexo e homens que fazem sexo com homens no Brasil

Pesquisador: ELIANA MARCIA DA ROS WENDLAND

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 95320718.4.0000.5330

Instituição Proponente: Hospital Moinhos de Vento - HMV

Patrocinador Principal: Hospital Moinhos de Vento - HMV

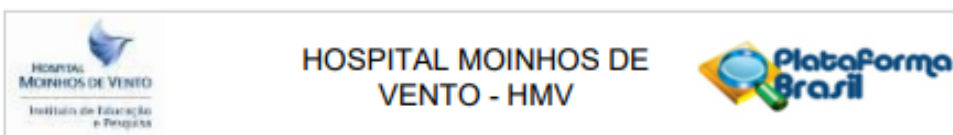
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.837.840

Apresentação do Projeto:

Estima-se que 15% de todos os cânceres sejam causados por infecções virais¹, sendo o papilomavírus humano (HPV) responsável por cerca de 5% dos casos^{1,2}. O vírus é transmitido através de contato direto com uma pessoa infectada, sendo que a principal forma de transmissão é por via sexual, que inclui contato oral-genital, genital-genital ou mesmo manual-genital⁴. Embora trabalhadores (a) do sexo⁵ e homens que fazem sexo com homens (HSH)⁶ estejam mais expostos ao contato com o vírus e, por isso, se esperaria uma maior frequência de infecção e lesões tumorais ou pré-tumorais, estudos que investigaram esta associação têm mostrado resultados discordantes e inconclusivos^{7,8}. Por isso, este estudo visa avaliar a prevalência de papilomavírus humano (HPV) em trabalhadoras do sexo e gays/HSH no Brasil. Metodologia: É um estudo demandado pelo Ministério da Saúde, a ser realizado pelo PROADI-SUS. Será um estudo transversal utilizando a metodologia de recrutamento RespondentDriven Sampling (RDS) com trabalhadoras do sexo ou HSH, maiores de 18 anos e que apresentarem um cupom válido de recrutamento. O método RDS foi escolhido por ser apropriado para investigar populações de difícil acesso⁹. Para avaliar a prevalência de HPV nesta população, serão necessários 1.408 trabalhadoras do sexo e 1.437 gays/HSH, distribuídos em 10 a 25 centros de saúde entre as 5 regiões brasileiras. Naqueles que aceitarem participar do estudo e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, será aplicado um questionário elaborado a partir de instrumentos validados, além de coleta de HPV oral, genital e anal, e teste rápido de HIV e sífilis. A coleta de dados será feita por profissionais de

Endereço: Rua Tiradentes, 198 - Subsolo
Bairro: Floresta **CEP:** 90.560-030
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3314-3537 **E-mail:** cep.lep@hmv.org.br



Continuação do Parecer: 2.837.840

saúde treinados e certificados pela equipe de pesquisadores do Hospital Moinhos de Vento. As amostras biológicas serão enviadas à Universidade Federal de Ciência da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA para processamento e extração de DNA. Os resultados de HPV serão incluídos na plataforma de dados e disponibilizados via online para os participantes. O conhecimento do impacto causado pelo vírus, o entendimento das suas formas de transmissão e fatores associados precisam ser investigados para controle da infecção e de desfechos relacionados. Apesar do papel etiológico comum do HPV no desenvolvimento de diversos cânceres, a investigação acerca desse tema precisa ser ampla e contemplar todos os possíveis fatores confundidores para elucidar a transmissão do HPV entre os diferentes sítios do corpo e entre populações.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a prevalência de papilomavírus humano (HPV) em trabalhadoras do sexo e gays/HSH no Brasil.

Objetivo Secundário:

Investigar a prevalência de HPV oral, genital e anal em trabalhadoras do sexo e gays/HSH;

Comparar a prevalência do HPV entre as diferentes populações estudadas;

Determinar a concordância de tipos e frequência entre os diferentes sítios investigados;

Identificar fatores comportamentais associados à infecção pelo HPV e seus tipos virais;

Avaliar a prevalência de HIV e sífilis.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

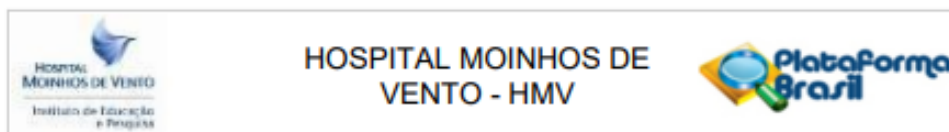
Riscos:

Os procedimentos a serem realizados durante a pesquisa – entrevista e coleta de material biológico – não acarretam riscos maiores, além dos riscos a que os mesmos estão submetidos para coletas realizadas rotineiramente pelo Sistema de Saúde. Os possíveis riscos ou desconfortos são: no momento da coleta de sangue, se houver, poderá haver alguma dor decorrente da punção da pele e/ou um pequeno desconforto que desaparece em poucos dias. Cuidados serão tomados para minimizar esses riscos. A duração aproximada da participação no estudo será de 1 hora.

Benefícios:

A participação no estudo não trará benefício direto, mas apresenta vantagens, pois irá oportunizar que o mesmo seja visto por profissionais de saúde (médico, enfermeira) habilitados para identificar possíveis lesões em região genital. Se o participante tiver alguma lesão sugestiva de

Endereço: Rua Tiradentes, 198 - Subsolo	CEP: 90.560-030
Bairro: Floresta	
UF: RS	Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3314-3537	E-mail: cep.lep@hmv.org.br



Continuação do Parecer: 2.837.840

infecção por HPV, ele será tratado na própria unidade, ou encaminhado para o serviço de saúde adequado, caso julgue-se necessário. O procedimento de coleta (exame ginecológico) é atualmente recomendado para todas as mulheres com vida sexual ativa, podendo se constituir em oportunidade de rastreamento de lesões de colo uterino em mulheres e ISTs em homens e mulheres. Durante a participação no estudo, será oferecido o teste rápido de HIV e sífilis, oportunizando o diagnóstico das doenças, bem como um kit prevenção, com orientações, lubrificantes e preservativos. Todos os participantes com teste positivo para o HIV e sífilis receberão aconselhamento pós teste e serão encaminhados para tratamento de acordo com a rede de saúde local.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa adequadamente estruturada sob o ponto de vista ético e metodológico. Questão de pesquisa de interesse sob o ponto de vista de saúde pública da população referida, capaz de nortear políticas de saúde pública específicas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os autores apresentam: TCLE, Termo de Responsabilidade e Autorização de Submissão. Todos adequados em consonância as necessidades da pesquisa.

Recomendações:

Nada a referir

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ausência de pendências ou inadequações

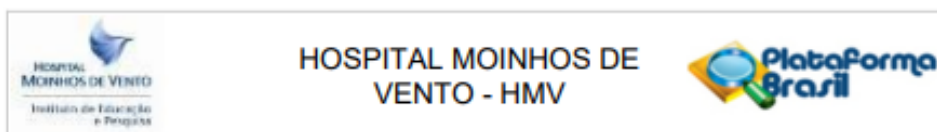
Considerações Finais a critério do CEP:

Este projeto de pesquisa foi APROVADO na sua totalidade, seguindo as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 466/12 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os aspectos que foram considerados para que esta decisão fosse tomada constam no parecer. O projeto de pesquisa poderá ser iniciado e toda e qualquer alteração no projeto deverá ser comunicada ao CEP/HMV, assim como relatórios semestrais e finais, notificação de eventos adversos e eventuais emendas ou modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Rua Tiradentes, 198 - Subsolo
 Bairro: Floresta CEP: 90.560-030
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3314-3537 E-mail: cep.lep@hmv.org.br



Continuação do Parecer: 2.837.840

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1170123.pdf	01/08/2018 09:03:50		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	01/08/2018 09:03:13	Natália Luiza Kops	Aceito
Outros	Manual_4_Control_Qualidade.pdf	01/08/2018 08:30:45	Natália Luiza Kops	Aceito
Outros	Manual_2_Coleta_Material_Biologico.pdf	01/08/2018 08:30:28	Natália Luiza Kops	Aceito
Outros	Manual_3_Armazenamento_Processamento_Material_Biologico.pdf	01/08/2018 08:29:40	Natália Luiza Kops	Aceito
Outros	Manual_1_Coleta_Dados.pdf	01/08/2018 08:28:34	Natália Luiza Kops	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	01/08/2018 08:27:13	Natália Luiza Kops	Aceito
Outros	Questionario.pdf	01/08/2018 08:26:14	Natália Luiza Kops	Aceito
Outros	Termo_responsabilidade.pdf	01/08/2018 08:25:38	Natália Luiza Kops	Aceito
Outros	Autorizacao_submissao.pdf	01/08/2018 08:25:18	Natália Luiza Kops	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	10/07/2018 16:38:00	Natália Luiza Kops	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 22 de Agosto de 2018

Assinado por:
Regina Kuhmmer Notti
(Coordenador)

Endereço: Rua Tiradentes, 198 - Subsolo
 Bairro: Floresta CEP: 90.560-030
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3314-3537 E-mail: cep.lep@hmv.org.br