



RELATÓRIO FINAL

Projeto TransOdara - Estudo de Prevalência da Sífilis e Outras Infecções Sexualmente Transmissíveis entre Travestis e Mulheres Transexuais (TrMT) no Brasil: Cuidado e Prevenção

Nº da Carta Acordo	SCON 2019-00162
Instituição Executora	Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão
Título do projeto	ESTUDO DE PREVALÊNCIA DA SÍFILIS E OUTRAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS ENTRE TRAVESTIS E MULHERES TRANSEXUAIS NO BRASIL: CUIDADO E PREVENÇÃO
Nome da Coordenadora	MARIA AMÉLIA DE SOUSA MASCENA VERAS
Telefone de contato – coordenadora	(11) 9.9629-5342
E-mail de contato – coordenadora	maria.veras@gmail.com
Vigência do Projeto	24 de julho de 2019 a 16 de julho de 2021
Data liberação recursos	24 de julho de 2019
Realização do campo	Dezembro de 2019 a Julho de 2021

EQUIPE

Pesquisador Responsável	Maria Amélia de Sousa Mascena Veras Ines Dourado
Pesquisador Responsável pelo Componente Qualitativo	Thiago Felix Pinheiro
Apoio à Coordenação Nacional	Lenice Galan de Paula – Logística transporte amostras Katia Bassichetto – Gerente de dados Jucélia Barbosa – Apoio Administrativo Rodrigo Calado – TI - REDCap José Luis Gomez Jr. – Gerenciador de Cupons Paula Galdino Cardin de Carvalho – Comunicação Roberto Carvalho - Clínica
Coordenadores Locais	
Campo Grande	Ana Rita Coimbra Motta de Castro
Manaus	Rita Bacuri
Porto Alegre	Andrea Fachel Leal Daniela Knauth
Salvador	Maria Ines Dourado Laio Magno
São Paulo	Lenice Galan Carla Gianna Luppi Roberto de Carvalho Paula Galdino Cardin de Carvalho José Luis Gomez Jr. Maria Aparecida da Silva
Coordenação pesquisa laboratorial	Elaine Lopes de Oliveira – Sorologia e Virologia (exceto HPV) – Instituto Adolfo Lutz Sandra Araújo e Maria Luiza Bazzo – Bacteriologia – Laboratório do CRT DST/Aids e ICESP Eliana Wendland e Luisa Lina Villa - HPV- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e ICESP - FMUSP

Equipe de Pesquisa: Maria Amélia de S.M. Veras, Maria Inês Costa Dourado, Thiago Pinheiro, Ana Rita C. Motta Castro, Andrea Fachel Leal, Bruno Puccinelli, Carla Gianna Luppi, Claudia Renata dos Santos Barros, Daniela Knauth, Daniel McCartney, Philippe Mayaud, Roberto Carvalho, Katia Cristina Bassichetto, Maria Aparecida da Silva, Rita Bacuri, Thiago Pestana, Laio Magno, Sandra Brasil, Luisa Lina Villa, Willi McFarland, Erin Wilson, Mariana Veloso, Alícia Kruger, Ana Roberta Patti Pascon, Adele Benzaken, Maria Luíza Bazzo, Gwenda Hughes. Carmem Freitas Oliveira, Luis Fernando Brígido, Regina Célia Moreira, Adriana Parise Compri, Edilene Peres Real da Silveira, Elaine Lopes de Oliveira, Marcia Jorge Castejon, Neuza Satomi Sato, Rosemeire Yamashiro; Sandra Araújo, Mara Cristina Scheffer, Lisléia Golfetto, Dariana Pimentel Gomes Hübner, Patrícia Puccinelli Orlandi Nogueira, Leonardo Soares Bastos, Francisco Inácio Bastos, Sandro Leonardo Martins Sperandei, Camila Mattos dos Santos.

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS, FIGURAS, TABELAS	6
LISTA DE ANEXOS	7
APRESENTAÇÃO	8
I. SUMÁRIO EXECUTIVO.....	10
II. OBJETIVOS.....	12
2.1. OBJETIVO GERAL.....	12
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
2.2.1. Do Componente Quantitativo.....	12
2.2.2. Do Componente Qualitativo	13
III. MÉTODOS	14
3.1. DESENHO E PLANO AMOSTRAL	14
3.2. PREPARAÇÃO DOS CAMPOS E GESTÃO DO PROJETO	16
3.2.1. Criação do nome fantasia TransOdara	18
3.2.2. Desenvolvimento de Gerenciador de Cupons	18
3.2.3. Atividades preparatórias para início do campo São Paulo	18
3.2.4. Realização de Treinamentos e Capacitações	20
3.2.5. Seleção de indicadores de interesse para o projeto	20
3.2.6. Coleta, armazenamento e transporte de amostras biológicas	21
3.3. ASPECTOS ÉTICOS	23
IV. IMPLEMENTAÇÃO DO ESTUDO	26
4.1. COMPONENTE QUALITATIVO	26
4.1.1. Mapeamento.....	27
4.1.2. Grupos focais exploratórios.....	30
4.1.3. Entrevistas em profundidade	35
4.2. COMPONENTE QUANTITATIVO	39
4.2.1. CAMPO GRANDE.....	40
4.2.2. MANAUS	49
4.2.3. PORTO ALEGRE	64
4.2.4. SALVADOR	73
4.2.5. SÃO PAULO	83
4.3. GERENCIAMENTO E MONITORAMENTO DA QUALIDADE DOS DADOS	92
4.4. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELOS LABORATÓRIOS DE REFERÊNCIA.....	95
4.4.1. Laboratório de Referência - Instituto Adolfo Lutz	95
4.4.2. Laboratório de Referência e Treinamento em DST-AIDS (CRT DST/AIDS) e Laboratório de Biologia Molecular.....	99
4.5. ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS	100

V. RESULTADOS PRELIMINARES E SELECIONADOS.....	101
5.1. RECRUTAMENTO	101
5.2. DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL	102
5.3. CARACTERIZAÇÃO GERAL DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA	102
5.3.1. Características socioeconômicas e demográficas	102
5.3.2. Experiência de Discriminação e Violência	105
5.3.3. Saúde Mental.....	110
5.3.4. Conhecimento e experiência de Uso de PrEP, PEP e autoteste	112
5.3.5. Experiência com IST	117
5.3.5.1. Sífilis	121
5.3.5.2. Hepatites B e C	126
5.3.5.3. HIV	128
5.3.6. Acesso a Serviços de Saúde	129
5.4. INDICADORES DE ACEITABILIDADE PRÉ-COLETA E PRÉ-PROCEDIMENTOS ..	135
5.4.1. Preferência por tipo de coleta (por profissional ou autocoleta) e amostras fornecidas	135
5.5. HISTÓRICO DE IST	139
5.6. REALIZAÇÃO DE EXAMES DURANTE CONSULTA MÉDICA E ACHADOS	142
5.7. PREVALÊNCIAS.....	147
5.7.1. Testes Rápidos para HIV, Sífilis, Hepatites B e C, diagnósticos para Clamídia e Gonorreia e Indicações para Profilaxias e Tratamentos.....	147
5.7.2. Positividade para HPV, segundo sítio de origem da amostra, subtipos e oncogenicidade	152
VI. DISSEMINAÇÃO DOS RESULTADOS	154
6.1. RELATÓRIOS COMUNITÁRIOS.....	154
6.2. PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS CIENTÍFICOS	154
6.3. SEMINÁRIOS DE DEVOLUTIVAS	155
6.4. VÍDEOS DE PREVENÇÃO WEB DOC.....	158
6.4.1. Vídeos de Prevenção	158
6.4.1. Webdocumentário do TransOdara	160
6.5. PUBLICAÇÕES DE ARTIGOS CIENTÍFICOS.....	161
VII. LIÇÕES APRENDIDAS	166
VIII. PRÓXIMOS PASSOS.....	170
8.1. Desdobramentos do Projeto: Criação de biorrepositórios.....	170
IX. CONSIDERAÇÕES FINAIS	171
X. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	172

“Of all diseases, Syphilis is the most social, in every sense of the word. More than any other it has provoked, and continues to provoke, changes in society, cultural responses which have a completely different character from medical ones. It is also the disease most adept of at surviving in human communities; we do not like it, of course, but it seems to like us. Unlike AIDS, with which we play double-or-quits to decide if we survive or if it does, Syphilis does not kill. It has lulled us into a state in which we no longer fear it, a state in which we even overlook it. It endures.”

Claude Quétel,
in A History of Syphilis

“para ser trans tem que ter tido sífilis”

Fala de participante do Projeto TRansOdara,
2020-2021. Brasil

LISTA DE QUADROS, FIGURAS, TABELAS

Tipo e nº	Título	pag.
Quadro 1	Estratégias de recrutamento/especificidades dos estudos quantitativos em cada sítio. – Projeto ISTrans	15
Tabela 1	Tamanho de amostra para cada sítio (Projeto ISTrans-TransOdara), com o respectivo erro padrão associado, efeito de desenho igual a 2 e estimativas a priori para prevalência de sífilis ativa (titulação > 1:8) extraídas do estudo Divas.	16
Quadro 2	Equipe responsável pelo desenvolvimento do Componente Qualitativo em todos os sítios. Projeto TransOdara	26
Quadro 3	Reuniões realizadas durante a interrupção do campo TransOdara – Salvador, em função da pandemia de COVID-19	61
Quadro 4	Relação dos treinamentos realizados no sítio Salvador	76
Quadro 5	Quantitativo de amostras recebidas no IAL e número de remessas, por tipo e por sítio da pesquisa. TransOdara, dezembro de 2019 a julho de 2021.	95
Tabela 2	Participantes inscritas (nº e %) no estudo TransOdara e amostra esperada, por sítio da pesquisa. Dezembro 2019 a julho 2021	101
Figura 1	Nº de participantes inscritas, mensalmente, em cada sítio da pesquisa TransOdara, durante a etapa de Recrutamento. Dezembro de 2019 a julho de 2021.	102
Tabela 3	Características socioeconômicas e demográficas (n e %) das participantes do TransOdara, total e por sítios. Dezembro de 2019 a julho de 2021.	108
Tabela 4	Experiências de discriminação e violência (n e %), referidas pelas participantes do estudo, total e por sítios. TransOdara, dezembro de 2019 a julho de 2021.	109
Tabela 5	Problemas de saúde mental e autopercepção de saúde (n e %), nos últimos 15 dias anteriores à entrevista, referidas pelas participantes do estudo, total e por sítios. TransOdara, dezembro de 2019 a julho de 2021	115
Tabela 6	Conhecimento e Experiência de uso de PrEP, PEP e Autoteste (n e %), referidas pelas participantes do estudo, total e por sítios. TransOdara, dezembro de 2019 a julho de 2021.	116
Tabela 7	Experiência com IST (n e %) referidas pelas participantes do estudo, total e por sítios. TransOdara, dezembro de 2019 a julho de 2021	120
Tabela 8	Experiência com sífilis (n e %) referidas pelas participantes do estudo, total e por sítios. TransOdara, dezembro de 2019 a julho de 2021.	124
Tabela 9	Experiência com Hepatites B e C (n e %) referidas pelas participantes do estudo, total e por sítios. TransOdara, dezembro de 2019 a julho de 2021.	132
Tabela 10	Experiência com HIV (n e %) referidas pelas participantes do estudo, total e por sítios. TransOdara, dezembro de 2019 a julho de 2021.	133
Tabela 11	Experiência de acesso a serviços de saúde e autopercepção de saúde (n e %) referidas pelas participantes do estudo, total e por sítios. TransOdara, dezembro de 2019 a julho de 2021.	134
Tabela 12	Preferência prévia à consulta médica, das participantes do estudo, em relação à autocoleta ou coleta por profissional (n e %) para coleta de urina, swabs e amostras fornecidas (total e por sítios). TransOdara, dezembro de 2019 a julho de 2021.	137
Tabela 13	Interesse prévio à consulta médica, das participantes do estudo, em relação às profilaxias e/ou tratamentos (n e %), caso indicados. TransOdara, dezembro de 2019 a julho de 2021	138
Tabela 14	Histórico de exposição à IST e experiência prévia com IST (queixas e sintomas) (n e %), das participantes do estudo, investigados durante consulta médica. TransOdara, dezembro de 2019 a julho de 2021	141
Tabela 15	Permissão das participantes do estudo para realização de exames físico, genital e anal (n e %), durante consulta médica e respectivos achados. TransOdara, dezembro de 2019 a julho de 2021	145
Tabela 16	Resultados de testes rápido para HIV, sífilis, hepatites B e C; das participantes do estudo, indicações para profilaxias e encaminhamentos. TransOdara, dezembro de 2019 a julho de 2021	150
Tabela 16.1	Conduta para tratamento de sífilis. TransOdara, dezembro de 2019 a julho de 2021	152
Tabela 17	Proporção (%) de positividade para HPV, segundo origem da amostra em travestis e mulheres transexuais. Total e por sítio. Projeto TransOdara, dezembro de 2019 a julho de 2021.	153
Quadro 6	Trabalhos apresentados em eventos científicos contendo análises preliminares de dados do Projeto TransOdara	155
Quadro 7	Relação de temas para a elaboração de artigos científicos referentes ao Projeto TransOdara para compor o suplemento da Revista Brasileira de Epidemiologia e respectivos tipos de análise. Agosto de 2021.	162

LISTA DE ANEXOS

Nº	Título
1	Pacote de criação da marca 'TransOdara'
1.1	Relatório do desenvolvimento da marca
1.2	Convite
1.3	Imagens
2	Instrumentos coleta de dados em REDCap
2.1	Convites e Ressarcimento Secundário
2.2	Formulário de Elegibilidade
2.3	Questionário
2.4	Formulário de Aceitabilidade de Coleta Pré-Consulta
2.5	Formulário de Aceitabilidade de Procedimentos Pré-Consulta
2.6	Formulário de Avaliação Clínica e Seguimento
2.7	Formulário de Aceitabilidade de Coleta Pós-Consulta
2.8	Formulário de Aceitabilidade de Procedimentos Pós-Consulta
2.9	Formulário de Avaliação Laboratorial – Resultados Posteriores
3	Fluxo Operacional – São Paulo
4	Procedimentos Operacional Padrão (POP) - São Paulo
5	Instrutivos de Coleta
5.1	Orientações para Coleta e Processamento das Amostras de Sangue
5.2	Orientações para Coleta de Material para Testes de Clamídia e Gonorréia
5.3	Orientações para Coleta de Esfregaço Genital e Anal para HPV
5.4	Orientação para Coleta de Amostra de Úlcera / lesão para PCR - sífilis
5.5	Orientações para Coleta de Testes Rápidos
5.6	Orientação para Autocoleta
5.7	Registro e Armazenamento de Amostras
5.8	Transporte de Material Biológico
6	Lista de Materiais de Apoio
7	Lista de Instrumentos
8	Lista de Indicadores
9	Reuniões TransOdara – Salvador, durante pandemia de COVID-19
10	Equipe do sítio de Porto Alegre
11	Visita Domiciliar em Porto Alegre
12	Participantes de Porto Alegre
13	Fluxograma Operacional de Porto Alegre
14	Material / Vacinas Porto Alegre
15	Brechó - Porto Alegre
16	Protocolo de Retomada São Paulo após Interrupção COVID-19
17	Atividades administrativas
18	Mapas de distribuição das inscritas no Projeto TransOdara, segundo endereço de residência
18.1	Distribuição das inscritas no Projeto TransOdara – Campo Grande
18.2	Distribuição das inscritas no Projeto TransOdara – Manaus
18.3	Distribuição das inscritas no Projeto TransOdara – Porto Alegre
18.4	Distribuição das inscritas no Projeto TransOdara – Salvador
18.5	Distribuição das inscritas no Projeto TransOdara – São Paulo
19	Infográficos
19.1	Infográfico Campo Grande
19.2	Infográfico Manaus
19.3	Infográfico Porto Alegre
19.4	Infográfico Salvador
19.5	Infográfico São Paulo
20	Produção Científica
20.1	Distribuição Espacial de Travestis e Mulheres Transexuais com Teste Rápido Positivo para Sífilis
20.2	Testing and treating Syphilis in Transgender Women: a point-of-care approach in Brazil
20.3	Prevalence and risk factors for chlamydia and gonorrhoea among transgender women in São Paulo, Brazil
20.4	Distribuição Espacial de HIV entre Travestis e Mulheres Transexuais, São Paulo, 2020.
20.5	Protective factors for use of non-prescribed hormones among transwomen in São Paulo, Brazil, 2020
21	Programação do Seminário de Campo Grande
22	Programação do Seminário de Salvador
23	Fotos ilustrativas do Seminário de Salvador

APRESENTAÇÃO

É com grande satisfação que apresentamos o presente relatório, com as atividades desenvolvidas durante todo o período de realização do estudo TransOdara, desde as atividades preparatórias para início do recrutamento até a disseminação dos resultados preliminares (julho de 2019 a agosto de 2021).

Este projeto foi financiado pelo Ministério da Saúde/OPAS sob coordenação geral da Prof. Dra. Maria Amélia de Sousa Mascena Veras, vinculada à Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Na coordenação adjunta a Prof. Dra. Inês Dourado, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia

Trata-se de um estudo transversal com abordagem mista (quantitativa e qualitativa), cuja implementação foi extremamente complexa, tendo em vista não só o desenho, os diversos instrumentos de coleta de dados, amostras biológicas colhidas em diversos sítios anatômicos, testes realizados em laboratórios distantes dos locais de coleta e que buscou implementar uma abordagem *point-of-care*, com base nos recursos de prevenção e cuidado disponíveis no SUS.

Implementar este estudo exigiu a constituição de equipes compostas por profissionais de diversas áreas para atender ao seu escopo, nas cinco capitais brasileiras em que foi desenvolvido, São Paulo, Salvador, Manaus, Campo Grande e Porto Alegre, com cronogramas distintos, o que exigiu um suporte constante da equipe centralizada em São Paulo. Mas para além de tudo isso, o estudo foi quase todo realizado no contexto da pandemia de Covid-19, o que representou um desafio substancial para a criação e implantação de protocolos de segurança, tanto para as equipes locais, quanto para as participantes e para o alcance da amostra previamente definida, bem como requereu ajustes durante todo o período.

Para a realização deste projeto foram estabelecidas parcerias com diversas instituições. Para a realização dos testes laboratoriais: Instituto Adolfo Lutz - IAL, Laboratório do CRT DST/Aids, Instituto de Câncer do Estado de São Paulo - ICESP, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e Universidade Federal de Santa Catarina. Para a realização do trabalho de entrevistas e exames, as instituições às quais estão vinculados/as os/as pesquisadores/as do estudo, com apoio de organizações comunitárias, como a Associação Nacional de Travestis e Transexuais - ANTRA - e o Casarão da Diversidade em Salvador. Em Manaus, parceria importante foi estabelecida com a Associação de Travestis, Transexuais e Transgêneros do Estado do Amazonas (ASSOTRAM). Outras instituições e organizações

comunitárias parceiras serão mencionadas ao longo da descrição dos trabalhos de implementação em cada campo, nas cinco capitais onde o estudo se desenvolveu. A todes agradecemos.

A etapa de recrutamento foi concluída, atingindo ou mesmo excedendo a amostra inicialmente prevista, em todos os sítios. Um esforço combinado de análise e divulgação de resultados preliminares foi iniciado, como estimativas de prevalência de algumas IST e fatores associados na população de travestis e mulheres trans. Convidamos a todes a conhecerem o detalhamento de todo o processo que envolveu a realização deste projeto.

Esperamos que o conhecimento não só das prevalências das IST, principal objetivo deste estudo, mas de um conjunto de aspectos relacionados aos cuidados de saúde para a população de travestis e mulheres trans possa contribuir para o estabelecimento e fortalecimento das políticas e práticas de saúde.

SUMÁRIO EXECUTIVO

Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) atingem milhões de pessoas em todo o mundo. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que mais de um milhão de pessoas adquirem uma IST diariamente e que cerca de 500 milhões de pessoas adquiram uma das IST curáveis - gonorreia - *Neisseria gonorrhoeae* (NG), clamídia - *Chlamydia trachomatis* (CT), sífilis e tricomoníase a cada ano. No Brasil, ainda que com limites em termos de cobertura de dados, também tem sido observada tendência de aumento das infecções pelo T pallidum, NG e CT. A população de travestis e mulheres trans (TrMT) tem sido desproporcionalmente afetada pelas IST em diversos países de baixa, média e alta renda, sendo observada uma associação direta com uso de drogas recreativas, prostituição e o não uso do preservativo 1-8.

Considerando o exposto acima, este projeto constituiu uma rede de pesquisa para estimar a prevalência da sífilis e de outras IST em cinco capitais localizadas em cada uma das macrorregiões do Brasil: São Paulo (Sudeste), Porto Alegre (Sul), Salvador (Nordeste), Campo Grande (Centro-Oeste) e Manaus (Norte).

O recrutamento das TrMT se deu a partir da técnica de amostragem *Respondent-Drive Sampling* (RDS), considerada uma abordagem mais adequada para o alcance de populações de difícil acesso. A amostra foi calculada para estimar a prevalência de Sífilis (título > 1:8) entre TrMT.

O componente qualitativo abarcou o mapeamento dos espaços de sociabilidade das TrMT, que amparou a identificação das potenciais 'sementes' que dão início à cadeia de recrutamento do componente quantitativo. Além disso, a abordagem qualitativa permitiu ampliar a compreensão do contexto em que esta população está inserida, no que diz respeito ao acesso ao diagnóstico e tratamento de IST, com base em uma série de estratégias metodológicas que se complementam. Inicialmente, foram realizados grupos focais exploratórios, seguidos de grupos focais direcionados e entrevistas em profundidade; além da observação de natureza etnográfica, que ocorreu ao longo de todo o trabalho de campo.

As participantes, além de responderem ao questionário *baseline* e aos formulários de aceitabilidade para potenciais profilaxias e tratamentos, foram convidadas a coletar materiais biológicos para proceder aos testes laboratoriais de sífilis, infecções causadas pelo HIV, NG, CT, HPV, HAV, HBV e HCV; tiveram consultas médica e de enfermagem, e receberam indicação para profilaxias ou tratamentos, sempre que indicado, de preferência iniciando no mesmo dia.

Tendo em vista que o recrutamento de participantes foi finalizado em 02 de julho de 2021, quando apresentamos este relatório (agosto de 2021), ainda se encontram em curso a aplicação de doses subsequentes de profilaxias e tratamentos já iniciados.

Durante os próximos meses, o conjunto de pesquisadores envolvidos na pesquisa se manterá debruçado sobre o rico conjunto de dados resultantes do estudo, no sentido da produção de conhecimento dos muitos temas de interesse, que certamente resultarão na publicação de artigos científicos, dentre outras formas de disseminação dos resultados da pesquisa. Com os dados preliminares iniciamos a disseminação dos resultados para parceiros e comunidade por meio de diversas mídias.

Os resultados desta pesquisa certamente irão contribuir para melhoria da prevenção, do cuidado e tratamento oportuno da sífilis e outras IST entre TrMT e para a resposta a um perfil epidemiológico com taxas extremamente elevadas de IST entre essa população.

Palavras-chave: Infecções Sexualmente Transmissíveis, transexuais, travestis, prevenção, *point-of-care*, testar e tratar.

OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Estimar a prevalência e fatores associados à sífilis e outras IST, especificamente: infecções causadas pelo HIV, *Neisseria gonorrhoeae* (NG), *Chlamydia trachomatis* (CT), Papiloma vírus humano (HPV), vírus da hepatite A (HAV), hepatite B (HBV) e hepatite C (HCV); bem como compreender os significados atribuídos à infecção por sífilis, entre travestis e mulheres trans (TrMT) de cinco capitais brasileiras.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1. Do Componente Quantitativo

- ▶ Descrever o perfil socioeconômico e demográfico de TrMT recrutadas;
- ▶ Investigar o acesso aos serviços de prevenção e tratamento à sífilis e a outras IST das TrMT recrutadas;
- ▶ Investigar a aceitabilidade de estratégias de prevenção e cuidado tipo “point-of-care” entre TrMT recrutadas;
- ▶ Detectar o *T. pallidum* em amostras de lesão/úlceras de pacientes com sífilis pela técnica de PCR convencional, identificar o genótipo molecular (genes arp, tpr E-G-J, TP-0548) e analisar a mutação associado com a resistência aos macrolídeos (A2058- 23SrDNA);
- ▶ Investigar as barreiras para a realização de tratamento da sífilis e outras IST entre TrMT com aplicação de silicone industrial na região glútea e vasto lateral da coxa;
- ▶ Determinar a prevalência das infecções genital (pênis, canal anal, neovulva, neovagina, colo uterino) e cavidade oral por tipo-específico de HPV (38 tipos de HPV que comumente afetam o trato genital), especificamente: a. Infecção por qualquer um dos 38 grupos de HPV; b. Infecção por grupos oncogênicos e não-oncogênicos de HPV; c. Infecção com tipos individuais de HPV (p. ex. HPV tipos 6,11,16,18,31,45) e d. Infecção com variantes moleculares do HPV 16;
- ▶ Identificar fatores comportamentais, co-infecções e uso de hormônios independentemente associados com a infecções por HPV tipo-específicas;

- ▶ Avaliar a comparabilidade do resultado de testes rápidos (*Point of care*) utilizados no diagnóstico da infecção pelo HIV em relação a testes moleculares e sorológicos convencionais em amostras de um inquérito biológico e comportamental entre TrMT em cinco cidades brasileiras.

2.2.2. Do Componente Qualitativo

- ▶ Compreender os itinerários terapêuticos (biomédicos ou não) associados à sífilis e outras IST, do diagnóstico ao tratamento;
- ▶ Compreender o acesso e o uso de serviços de prevenção e tratamento à sífilis e outras IST;
- ▶ Avaliar a aceitabilidade de testagem que envolvam coleta de fluídos, como sangue, urina ou saliva, e que possam ser invasivos, como SWAB anal;
- ▶ Realizar um piloto da implementação de oferta de tratamento e insumos de prevenção *point-of-care*, incluindo vacinação;
- ▶ Identificar as barreiras relacionadas ao acesso à informação, testagem e tratamento para a sífilis e outras IST.

|||. MÉTODOS

3.1. DESENHO E PLANO AMOSTRAL

Foi realizado um estudo transversal que recrutou TrMT a partir da técnica de amostragem *Respondent-Driven Sampling* (RDS). Trata-se de uma abordagem mais adequada para o recrutamento de populações de difícil acesso quando comparada aos métodos de amostragem por conveniência, considerando que estas populações não podem ser selecionadas pelos métodos probabilísticos tradicionais, por ausência de censos ou dados sobre o tamanho da população.

O RDS requer que inicialmente seja realizada uma pesquisa formativa, de natureza qualitativa, para escolha de 'sementes' que informem possuir nas suas redes de contatos sociais um número suficiente de pessoas para a distribuição dos cupons, e que apresentem diversidade em relação a um conjunto de características de interesse do estudo (fase descrita em detalhes no componente qualitativo). Dessa forma, cada uma das 'sementes' recebeu cupons para convidar outras pessoas da sua rede social e estas novas convidadas receberam mais um número semelhante de convites, e o mesmo processo se repetiu até que fosse atingido o tamanho final da amostra desejada. Faz parte do método RDS que participantes encaminhem as pessoas que conhecem e com as quais mantêm uma relação social. Cada participante recebeu um número limitado de cupons (convites) e foi convidada a entregar um convite para um número limitado de membros de sua rede de contatos. Nenhuma informação foi coletada das participantes a respeito dos membros da sua rede de relações para quem os convites foram distribuídos, só foi enfatizado que deveriam fazer parte da mesma população de interesse do estudo.

As novas recrutadas apresentaram um cupom válido para a equipe do estudo, que iniciou uma nova onda de recrutamento. Somente depois de assinar o termo de consentimento informado para participar do estudo, as novas recrutadas forneceram informações de contato detalhadas que foram usadas para agendamento e lembretes de compromissos. O monitoramento da conexão recrutadora/recrutada foi realizado por meio de um "gerenciador de cupons", de modo que, ao final, toda a cadeia de recrutamento pudesse ser identificada através de um número, que leva em consideração o sítio da pesquisa (codificado de 1 a 5), o número de identificação individual ("id sequencial") e a cadeia de recrutamento (o número de todas as pessoas que participaram do recrutamento). Geralmente, os estudos trabalham com um número de cupons limitado por participante. Neste estudo, foram distribuídos seis cupons para cada participante, número estabelecido com base na experiência anterior com estudos com mulheres trans, visando assegurar o maior número de pessoas no período do estudo ⁸⁻¹⁰.

O projeto previu um ressarcimento para despesas com alimentação e transporte. Além disto, forneceu a quantidade pré-estabelecida de cupons. Inicialmente, foram entregues três cupons que, no decorrer do estudo, de acordo com o tamanho das cadeias ou para finalizar a amostra, puderam ser reduzidos ou incrementados, de acordo com a necessidade do estudo. As participantes também foram orientadas a convidar outras conhecidas para participarem do estudo, entregando-lhes os cupons devidamente numerados. Quando as convidadas vieram ao local do estudo, foram elegíveis e completaram todos os procedimentos de campo, as participantes que convidaram receberam novo ressarcimento para despesas com transporte e alimentação por cada convidada que aceitou participar. Esta técnica amostral já foi utilizada amplamente no Brasil para o recrutamento de TrMT em outros estudos (82,83). Trabalhamos com um RDS dinâmico, com a possibilidade de realizar o estudo em mais de um local de coleta de dados na mesma cidade, para ampliar o alcance da população de estudo. Para isso, tivemos o cuidado de estabelecer mecanismos/estratégias para evitar a possibilidade de participantes serem inseridas mais de uma vez no estudo. Sem comprometer os objetivos e o desenho geral da pesquisa, cada uma das capitais pode adotar as estratégias que pareceram mais adequadas ao contexto e ao momento do estudo para impulsionar o recrutamento. (Quadro 1)

Quadro 1 – Estratégias de recrutamento/especificidades dos estudos quantitativos em cada sítio. – Projeto ISTRans.

Cidades	Especificidades
São Paulo	O estudo transversal foi aninhado ao estudo de coorte 'TransNacional', em andamento na época. Esta coorte também utilizou para recrutamento a metodologia RDS, e teve como objetivo medir a incidência de HIV, eventos sociais e biomédicos de transição de gênero, comportamentos de risco relacionados à afirmação de gênero e às múltiplas formas de estresse em todos os níveis ecológicos comportamentais de influência, associados à aquisição do HIV. As participantes da coorte foram informadas sobre o estudo aninhado transversal pelas formas de contato pactuadas com a coordenação.
Campo Grande	Utilizou a metodologia RDS, com recrutamento em dois diferentes locais (CTA e HDIA-EBSERH-UFMS), visando uma maior participação da população trans no estudo.
Manaus	Utilizaram a metodologia RDS antecedida de pesquisa formativa, visando uma maior participação da população trans no estudo.
Porto Alegre	
Salvador	

Tamanho da Amostra

O tamanho da amostra de cada sítio calculado para estimar a prevalência de sífilis ativa, considerando títulos >1:8 no VDRL, é apresentado na Tabela 1. Foi fixado um efeito de desenho de 2, e as estimativas para sífilis em cada sítio foram a priori estabelecidas com base nos resultados do estudo Divas, apresentadas em Bastos e colaboradores (2018)¹¹. O erro padrão para cada sítio foi calculado usando o método proposto por Salganik¹² que não assume um tamanho de população conhecido.

Tabela 1 - Tamanho de amostra para cada sítio (Projeto IStran-TransOda- ra), com o respectivo erro padrão associado, efeito de desenho igual a 2 e estimativas *a priori* para prevalência de sífilis ativa (titulação > 1:8) extraídas do estudo Divas.

Sítio	n	EP esperado	Prevalência	IC 95%
Campo Grande	180	0.050	34.8	18.9 - 50.7
Manaus	300	0.037	28.6	17.6 - 39.5
Porto Alegre	200	0.048	35.3	17.5 - 53.1
Salvador	200	0.047	34.3	21.5 - 47.1
São Paulo	400	0.031	26.9	18.1 - 35.7

Limitações - Se levarmos em consideração o proposto por Salganik¹² não temos conhecimento da existência de estudos que confirmem ou rejeitem estes números para estimar sífilis em TrMT. Experiências de outros países, por exemplo, Wejnert e colaboradores¹³ discutem as implicações de utilizar um efeito de desenho que só pode ser estimado *post hoc*, e demonstram a necessidade de levar em conta o desenho amostral no cálculo das estimativas. Outro fator importante a ser considerado é que não há estimativas do tamanho da população de TrMT em nenhum dos sítios. Dessa forma, utilizamos a experiência dos sítios que levam em conta um conhecimento empírico da população e diferentes erros padrão.

3.2. PREPARAÇÃO DOS CAMPOS E GESTÃO DO PROJETO

Na fase de preparação dos campos e estruturação da gestão do projeto a equipe de coordenação central planejou um conjunto de atividades, visando atender ao cronograma da pesquisa e atribuiu responsabilidades, com base no perfil mais adequado para cada uma delas.

Tais atividades foram desenvolvidas concomitantemente e visaram a: a) constituição e capacitação das equipes; b) estabelecimento de parcerias com diversas instituições; c) interface com ambulatórios e serviços de apoio a definição de conteúdo / preparação dos treinamentos, d) orga-

nização do espaço físico, e) elaboração de diversos materiais de apoio, a serem detalhados posteriormente e f) aquisição de materiais e insumos para a execução do projeto.

Parte da equipe vinculada à coordenação do projeto também assumiu atividades para a execução do campo São Paulo. Esta equipe foi constituída a partir da identificação de profissionais médicas e de enfermagem que se somarão à equipe de entrevistadoras da coorte do projeto TransNacional. Foi estabelecido um cronograma de reuniões de treinamento, conduzidos pela coordenação da pesquisa, envolvendo também pessoas chaves como supervisores/as de campo, profissionais responsáveis pelo laboratório e profissionais de diversos setores do serviço de saúde onde a pesquisa foi realizada, no caso de São Paulo, o CRT DST/Aids, como laboratório de referência, sala de vacinas, equipe clínica e gerencial.

Para o alcance dessas necessidades foram realizadas inúmeras reuniões ampliadas e com equipes específicas. A fase inicial da pesquisa envolveu um período mais intenso de planejamento e inúmeras reuniões presenciais, semipresenciais e à distância, especialmente em São Paulo e com os demais sítios, que foram fundamentais no sentido de aprofundar a operacionalização. Além disso, foram realizadas reuniões presenciais ou à distância com laboratórios de referência para alinhamento dos aspectos que envolvem padronização de procedimentos de coleta, envio de amostras para análise, fluxo para disponibilização dos resultados, verificação da possibilidade de inserção desses no REDCap (*Research Electronic Data Capture*), cadastramento em sistema nacional etc.

O REDCap tem aplicação via web e possibilita coleta de dados em tempo real, com estrutura de *software* totalmente voltada para pesquisa científica. Gera automaticamente um banco de dados, e este passa por revisão e controle de qualidade, atividade essa desempenhada pela gerente de dados do projeto, a qual indica a necessidade de correção e complementação das inconsistências e incompletudes observadas. Esta atividade atende a dois objetivos principais: disponibilizar banco de dados da pesquisa já submetido a controle de qualidade, facilitando a análise, assim como atender a fins didáticos, uma vez que os dados a serem revisados são devolvidos para cada membro da equipe responsável pela aplicação desses instrumentos.

Algumas atualizações do Fluxograma Operacional ou procedimentos foram necessárias, especialmente no sentido de ajustar orçamento e contemplar objetivos da pesquisa.

3.2.1. Criação do nome fantasia TransOdara

Sob a coordenação das profissionais Rita Sepulveda Faria e Marilia Zilberstein uma série de atividades foram desenvolvidas, envolvendo TrMT, para criar uma marca e um nome fantasia para o projeto, culminando com a escolha do nome TransOdara. Os documentos sobre o Pacote de Marcas, incluindo a definição das cores e imagens feitas por TrMT em várias consultas, estão detalhadas nos **ANEXOS 1.1 a 1.3**.

3.2.2. Desenvolvimento de Gerenciador de Cupons

Exceto para o campo de São Paulo, que recruta participantes a partir da Coorte Transnacional, cujas participantes foram recrutadas por meio de RDS, todos os demais sítios iniciaram o recrutamento a partir de novas sementes, com base na metodologia RDS. Para tanto, foi necessário desenvolver um novo gerenciador de cupons, utilizando como referência o gerenciador que havia sido desenvolvido pelo mesmo profissional da Fiocruz do Rio de Janeiro para ser utilizado no estudo Divas. Este foi desenvolvido em Access e permite a criação de um código identificador de RDS da participante e uma sequência numérica para os cupons de suas convidadas.

Tendo em vista a necessidade de padronização da identificação de todos os instrumentos e materiais de coleta foi necessário elaborar juntamente com a equipe de TI um arquivo em Word, vinculado a um arquivo de Excel, para a impressão de etiquetas de identificação.

3.2.3. Atividades preparatórias para início do campo São Paulo

São Paulo foi a primeira capital a iniciar o campo quanti, tendo em vista que era também onde estava sediada a coordenação do projeto. O primeiro mês de atividades serviu como um piloto que orientaria os demais campos quando do seu início. Tal decisão foi estratégica para termos a oportunidade de testar os diversos instrumentos de coleta de dados, disponibilizados em REDCap: Formulário de Convites e Ressarcimento (**ANEXO 2.1**), Formulário de Elegibilidade (**ANEXO 2.2**), Questionário (**ANEXO 2.3**), Formulário de Aceitabilidade de Coleta Pré-Consulta (**ANEXO 2.4**), Formulário de Aceitabilidade de Procedimentos Pré-Consulta (**ANEXO 2.5**), Formulário de Avaliação Clínica e Seguimento (**ANEXO 2.6**), Formulário de Aceitabilidade de Coleta Pós-Consulta (**ANEXO 2.7**), Formulário de Aceitabilidade de Procedimentos Pós-Consulta (**ANEXO 2.8**) e o Formulário de Resultados Laboratoriais Posteriores (**ANEXO 2.9**).

Contamos com o suporte de uma equipe de Tecnologia de Informação (TI) que foi responsável pela identificação da melhor tecnologia a ser utilizada para coleta e constituição de um banco a partir dos dados registrados. A escolha pelo REDCap se deu em função da experiência positiva de vários profissionais envolvidos na pesquisa, em projetos anteriores, com esta plataforma e porque a Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa já dispunha deste acesso e poderia abrigar a base de dados.

Foram também elaborados os primeiros protótipos de instrumentos de coleta de dados para atendimento dos objetivos da pesquisa e desenvolvida a interface eletrônica, por meio do 'REDCap'. Nas etapas subsequentes, esses instrumentos foram validados em ambiente virtual. Além disso, foram necessárias correções e ajustes nos instrumentos em REDCap, observados apenas após o início do campo. A equipe de TI foi responsável também pelo treinamento dos pesquisadores para uso e manejo do REDCap e por oferecer suporte durante o período de coleta de dados.

A experiência acumulada com o início deste campo e os documentos gerados para este fim, foram compartilhados com os demais sítios, e foram adaptados às suas necessidades: a) Fluxograma operacional - SP (**ANEXO 3**), b) Procedimentos Operacionais Padrão (POP), com detalhamento das atividades a serem desenvolvidas pelos membros da equipe em cada momento da pesquisa (**ANEXO 4**), c) Instrutivos para coleta e processamento de materiais biológicos (sangue, urina e swabs oral, genital e anal) (**ANEXOS 5.1 a 5.4**); d) Materiais de Apoio referentes a orientações para coleta de realização de testes rápidos (**ANEXO 5.5**), e) Material Ilustrativo com instruções de autocoleta de swabs (**ANEXOS 5.6**); bem como Instrutivos para registro e armazenamento (**ANEXO 5.7**), visando padronização e garantia de envio de material adequado aos laboratórios de análise (**ANEXO 5.8**).

Os instrumentos elaborados para serem aplicados em formato impresso (em doc ou planilha *Excel*) receberam o logo da pesquisa e foram testados previamente antes de serem disponibilizados em formato definitivo para uso em todos os sítios. Todos os instrumentos utilizados no sítio São Paulo foram disponibilizados para os demais sítios, podendo ser adaptados conforme necessidade local, com exceção dos que se encontram em formato para a inserção no REDCap.

A lista de todos os materiais de apoio e dos demais documentos da pesquisa, incluindo seus respectivos formatos, constam do (**ANEXOS 6 e 7**).

3.2.4. Realização de Treinamentos e Capacitações

Uma série de treinamentos foram realizados para toda a equipe de coordenação do campo São Paulo. Durante os treinamentos foram apresentados o contexto da solicitação para submeter o projeto ao Ministério da Saúde, um detalhamento do projeto, seus objetivos e métodos, conceito de *point-of-care*, o processo de construção da marca e escolha do nome fantasia, uma introdução às questões de gênero e sexualidade, conteúdos relativos às IST incluídas na pesquisa, dados epidemiológicos, modo de transmissão, sinais e sintomas clínicos, métodos diagnósticos e tratamento. Foram também apresentados os fluxogramas de campo e instrumentos de pesquisa, incluindo procedimentos de coleta e armazenamento, gerenciamento de convites e etiquetas para rotular as amostras. Adicionalmente, foram realizados treinamentos específicos, à distância, com todos os demais sítios, atendendo às necessidades e especificidades de cada campo, como gerenciamento de etiquetas, fluxos internos de coleta de dados e amostras de materiais biológicos, cadastramento e treinamento da equipe no uso do sistema digital REDCap.

Vale lembrar que para além dos treinamentos e capacitações formais foram realizadas reuniões por videoconferência com cada um dos sítios para auxiliar no planejamento do início da fase quanti. A comunicação com todos os sítios a fim de compartilhar as experiências e decisões aconteceu de forma contínua durante todas as fases da pesquisa.

3.2.5. Seleção de indicadores de interesse para o projeto

Para a seleção dos indicadores de interesse para o projeto foi constituída uma equipe formada por pesquisadores, com formação em epidemiologia e manejo clínico, em especial o grupo que atua no CRT DST/AIDS, na clínica de DST e na Vigilância.

Os indicadores selecionados, bem como os respectivos métodos de cálculo foram organizados, delimitando os que seriam utilizados nas etapas correspondentes ao fluxo da pesquisa: testagem, diagnóstico, cuidado e tratamento (**ANEXO 8**).

Este conjunto de indicadores foi útil para a elaboração dos resultados preliminares, ainda em caráter descritivo. Serviu também, durante todo o monitoramento, para apresentar periodicamente às equipes o quadro parcial relacionado a diversos aspectos do projeto.

3.2.6. Coleta, armazenamento e transporte de amostras biológicas

As orientações para coleta de material biológico foram padronizadas e descritas em instrutivos e materiais de apoio, e foram compartilhadas com as equipes de todos os centros de pesquisa. Estas foram importantes para a capacitação das equipes, realizadas virtualmente. Também foi elaborado material para auto coleta de amostras, que ao ser impresso facilitou a coleta pelas participantes.

O armazenamento e transporte das amostras biológicas coletadas em todos os sítios da pesquisa para os três laboratórios que realizaram o diagnóstico dos agravos propostos no projeto (Instituto Adolfo Lutz, Laboratório do Centro de Referência em DST/ Aids, Laboratório Epiclin na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre) foi um dos itens centrais do projeto, que mereceu atenção contínua, por parte da equipe da coordenação geral. A logística inicialmente concebida para este transporte foi revisada, com o objetivo de adequar o tamanho das caixas de transporte e o volume do gelo seco à quantidade de material a ser transportado em cada remessa. Após o período de interrupção de atendimento, acrescido à dificuldade dos laboratórios em receber as amostras devido à pandemia, o material ficou acumulado por algum tempo, necessitando reavaliação a cada embarque.

O custo do frete aéreo aumentou após a interrupção de atendimentos e todos os valores individuais das remessas aumentaram, exigindo remanejamento de recursos no orçamento para atendimento dessas necessidades.

A primeira orientação definida pela coordenação geral do projeto para todos os sítios era que as amostras biológicas ficariam armazenadas nos centros de pesquisa em *freezer* com temperatura -20°C até o momento do transporte aos laboratórios de referência, para que fosse assegurada a sua qualidade. Para esse procedimento foi necessária a criação de um Procedimento Operacional Padrão (POP)P específico para descrever as instruções de registro das amostras em formulários padronizados e detalhamento da forma de armazenamento em embalagens próprias, para cada tipo de amostra / laboratório (**ANEXO 5.7**).

O transporte das amostras foi realizado por empresa especializada, responsável pela coleta das amostras em cada capital como Substância Biológica, Categoria B - UN 3373, e a entrega efetuada nos laboratórios indicados. Cada centro de pesquisa enviou 3 ou 4 remessas para cada laboratório, dependendo do número de participantes e volume de amostras.

Um outro POP específico sobre armazenamento e transporte de amostras foi criado para padronizar os procedimentos de acondicionamento das amostras em caixas pré-definidas e fornecidas aos centros, assim como a documentação necessária ao transporte, garantindo a segurança em cada remessa (**ANEXO 5.8**).

Na interface com os laboratórios, foi necessária atenção redobrada para garantir que os técnicos de cada laboratório de referência pudessem receber adequadamente as amostras oriundas dos centros de pesquisa. Foram observadas algumas dificuldades nesse processo, considerando que tanto o Instituto Adolfo Lutz, quanto o laboratório da UF-CSPA estiveram envolvidos nas análises de COVID-19, durante vários meses em 2020.

Na sequência, apresentamos diversas ações desenvolvidas na interface com laboratórios de referência e empresa de transporte de amostras biológicas:

- ▶ Avaliar junto com o laboratório a necessidade de compra de reagentes;
- ▶ Reavaliar periodicamente a validade do material já adquirido, devido à pandemia;
- ▶ Solicitar acesso ao REDCap, junto à equipe de TI, para os pesquisadores dos laboratórios para que pudessem paulatinamente registrar os resultados;
- ▶ Conferir a entrada de resultados e liberação de laudos;
- ▶ Intermediar com setor responsável pela TI, a adequação da máscara de resultados no REDCap às necessidades dos técnicos do laboratório;
- ▶ Intermediar com os campos as correções apontadas pelo laboratório, quanto à identificação de amostras, preenchimento de planilhas, coleta adequada de material biológico;
- ▶ Assegurar agendamento e provimento de material para embarque adequado de amostras por empresa especializada em transporte de material biológico.

3.3. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido inicialmente ao CEP do Centro Coordenador da pesquisa, sediado na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e foi aprovado 30 de janeiro de 2019.

Na sequência, o projeto foi também submetido às demais instituições envolvidas, a saber:

- ▶ CEP das Instituições coparticipantes:
 - Centro de Referência em DST/Aids (CRT- DST/ Aids)
 - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
 - Universidade Federal da Bahia (UFBA)
 - Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS)
 - Fundação Leônidas e Maria Deane (Fiocruz – Manaus)
 - Secretaria Municipal e de Saúde de Porto Alegre (SMS- POA)
- ▶ CEP dos Laboratórios parceiros
 - Instituto Adolfo Lutz (IAL)
 - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)

Os CEP dos Centros coparticipantes aprovaram a versão original do projeto entre 2019 e 2020 e as demais emendas submetidas, não exclusivas do Centro Coordenador.

Inicialmente os CEP das diferentes instituições solicitaram modificação dos Termos de Consentimento Livres e Esclarecidos para adequar ao sítio onde seria feita a coleta de dados, bem como foram incluídos documentos adicionais e atualização de orçamento e/ ou cronograma de acordo com as necessidade e solicitações.

Segue uma listagem com todas as EMENDAS submetidas à PLATAFORMA BRASIL:

- ▶ **Emenda 1:** indica a UFMS como coparticipante e responde pendência da coparticipante UFRS;
- ▶ **Emenda 2:** indica Fundação Leônidas e Maria Deane (Fiocruz – Manaus) e Instituto Adolfo Lutz (com criação de biorrepositório) como coparticipantes;
- ▶ **Emenda 3:** informa ausência de CEP em Manaus, solicita ao CEP coordenador que assuma esta submissão (emenda exclusiva do CEP coordenador);

- ▶ **Emenda 4:** indica UFMS como coparticipante, que não se efetivou;
- ▶ **Emenda 5:** indica UFMS como coparticipante e anexa vários documentos exigidos;
- ▶ **Emenda 6:** indica UFCSPA como coparticipante;
- ▶ **Emenda 7:** solicita autorização para incluir homens e pessoas não binárias em Grupos Focais, anexado TCLE do componente qualitativo adaptado (exclusiva do CEP coordenador)
- ▶ **Emenda 8:** propõe aninhar subprojeto de investigação sobre os aspectos relacionados ao uso de hormônios e à pandemia de COVID-19, incluindo testes sorológicos para SARS CoV-2 e testes hormonais, exclusivamente para o campo de Salvador;
- ▶ **Emenda 9:** inclui a SMS de POA como coparticipante, por substituição do local onde ocorreria o componente quantitativo do projeto naquela capital e substitui TCLE quantitativo para POA (emenda exclusiva do CEP coordenador);
- ▶ **Emenda 12:** propõe criação de 2 biorrepositórios, no laboratório do CRT- DST/ Aids e no laboratório Epiclin na UFCSPA. Esta última Emenda, submetida após aprovação pela OPAS da solicitação de liberação da última parcela de 10% prevista no contrato da Carta Acordo, feita em 21 de maio de 2021, aprovada no CEP do Centro Coordenador, ainda se encontra em Apreciação Ética nos centros coparticipantes.

Todas as demais emendas já estão aprovadas por todos os CEP. Em março de 2021, em atendimento a uma das normas do Sistema CEP/CONEP foi elaborado e submetido o Relatório Parcial do estudo. Neste, foram apresentadas, de forma sintética, as atividades operacionais e técnicas desenvolvidas até o momento para o alcance dos objetivos do projeto, além de alguns resultados preliminares, previamente selecionados. Este relatório foi aprovado por todos os CEP envolvidos.

Dificuldades encontradas:

Inicialmente o tempo de submissão do projeto nos CEP de algumas instituições foi maior que o esperado, o que resultou em algum atraso. Especialmente, a instituição coparticipante Fundação Leônidas e Maria Deane onde aconteceu a coleta de dados/material biológico em Manaus não possui CEP próprio e houve alguma dificuldade sobre a forma mais adequada para indicar outro CEP para assumir esta submissão. O CEP do centro coordenador assumiu a avaliação ética do projeto também para esta instituição.

Quando a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul foi indicada como coparticipante, o projeto foi rejeitado duas vezes pelo CEP local, solicitando novos documentos de anuência, o que exigiu submissão de novas emendas ao CEP coordenador, atrasando o início do estudo em Campo Grande.

Em Porto Alegre, foi necessário submeter o projeto a um novo CEP, pois houve alteração do local onde o componente quantitativo da pesquisa iria acontecer após a pandemia, nas instalações da própria UFRGS, sendo transferido para uma unidade da Secretaria Municipal de Porto Alegre, que passou a ser uma instituição coparticipante. Com isso, foi necessário alterar também algumas informações no TCLE.

No geral, algumas instituições possuem CEP muito ágeis e a aprovação das emendas se deu de forma relativamente rápida, mas em outras as emendas por vezes se acumularam. O acompanhamento de todo esse processo foi contínuo e ainda continua presente considerando que emenda 12 continua em avaliação, além de ser necessário apresentar o relatório final da pesquisa aos CEPs.

IV. IMPLEMENTAÇÃO DO ESTUDO

4.1. COMPONENTE QUALITATIVO

A equipe responsável pelo desenvolvimento do Componente Qualitativo em todos os sítios encontra-se listada no **Quadro 2**.

Quadro 2 - Equipe responsável pelo desenvolvimento do Componente Qualitativo em todos os sítios.

Projeto TransOdara.

Sítios	Pesquisadores
Campo Grande	Ana Rita de Castro Coimbra, Guilherme Rodrigues Passamani, Asher Brum (coordenadores da equipe), Ariel Dorneles, Gabriel Nolasco, Cristiane Stefanny Vidal Venceslau, Rafael Ferreira, Clarice Pinto
Manaus	Rita Bacuri (coordenadora da equipe), Vallery de Souza, Leandro Gomes, Ana Priscila, José Evangelista Torres
Porto Alegre	Daniela R. Knauth, Andréa Fachel Leal (coordenadoras da equipe), Michele de Lavra Pinto, Priscila Farfan Barroso, Pedro Lavalle Carneiro Rafael Steffens Martins, Jonatan Pereira, Vinícius Vacari, Izabela Spíndola
Salvador	Sandra Assis Brasil, Thais Regis Aranha Rossi (coordenadoras da equipe), Clarice Portugal, Marcos Pereira e Felipe Duarte
São Paulo	Thiago Pinheiro (coordenador da equipe), Paula Galdino, José Luiz Gomez, Renata Batisteli, Paula Moreno, Clair Aparecida, Michel Furquim

O componente qualitativo foi realizado em duas etapas. A primeira teve caráter de pesquisa formativa e ocorreu no início do projeto em cada um dos cinco sítios, após a composição das equipes com pesquisadores de campo com experiência em investigação qualitativa e, quando possível, no trabalho com TrMT. Nessa etapa, foram realizados (a) um mapeamento dos locais de socialização de TrMT e de instituições com serviços direcionados a elas, com objetivo de identificar e sistematizar dados a respeito de suas redes, bem como de subsidiar a seleção de 'sementes' para o componente quantitativo da pesquisa; (b) grupos focais, com objetivo de conhecer os significados atribuídos por TrMT à sífilis e outras IST, identificar seu conhecimento a respeito da prevenção, testagem e tratamento dessas infecções, compreender uso que fazem de serviços de saúde e avaliar a aceitabilidade de diferentes estratégias de testagem e tratamento para sífilis e outras IST.

A segunda etapa foi conduzida posteriormente com participantes já inseridas no componente quantitativo (exceto em Salvador, onde as duas etapas qualitativas foram realizadas no início do projeto). Nela, foram realizadas (c) entrevistas individuais em profundidade com o objetivo de compreender a vulnerabilidade de TrMT à sífilis e a outras IST, os significados atribuídos a tais infecções, seu acesso aos serviços de saúde e seus itinerários terapêuticos no cuidado em saúde, incluindo a identificação de barreiras ao tratamento das IST.

As atividades de campo referentes a esse componente foram iniciadas em meados de 2019 e concluídas no primeiro semestre de 2021. Em São Paulo, a primeira etapa ocorreu em julho-outubro de 2019 e a segunda em dezembro de 2020. Em Salvador, ambas foram realizadas em outubro-dezembro de 2019, em virtude de a equipe local dispor de contato prévio e continuado com TrMT a partir de outros projetos. Em Campo Grande, o início das atividades só foi possível depois do atendimento a exigências adicionais do CEP local. Assim, a primeira etapa ocorreu em fevereiro de 2020 e a segunda em novembro de 2020. Em Manaus, a primeira e a segunda etapas ocorreram respectivamente em outubro-novembro de 2019 e em março-abril de 2021. Em Porto Alegre, elas ocorreram em novembro-dezembro de 2019 e março-maio de 2021. Nos dois últimos sítios, as equipes enfrentaram dificuldades ocasionadas pelo agravamento da pandemia de COVID-19, o que resultou no adiamento da segunda etapa.

Também devido às restrições impostas pela situação pandêmica e em atendimento às orientações sanitárias de distanciamento físico, foram necessárias algumas modificações para viabilizar o seguimento do projeto. Nesse sentido, foram suspensos os grupos focais previstos para ocorrer na segunda etapa e, em contrapartida, foram incrementadas (em quantidade e em conteúdo) as entrevistas em profundidade.

4.1.1. Mapeamento

Em São Paulo, o mapeamento consistiu no levantamento de dados acerca dos espaços caracterizados pela frequência de TrMT na cidade, distribuídos em duas modalidades: (a) rede de trabalho sexual - prostituição de rua e em espaços fechados - e (b) outras redes de socialização. A coleta de dados foi realizada inicialmente a partir de entrevistas informais com informantes-chave: TrMT, integrantes de movimentos sociais, pesquisadores e profissionais de saúde que trabalham com TrMT. Em seguida, foram selecionados os locais de maior frequência de TrMT ou com destacada relevância em sua circulação pela cidade para serem visitados e observados. Os locais selecionados foram agrupados em 15 pontos, que contemplam as cinco regiões da cidade (centro, zona oeste, zona leste, zona sul e zona norte). Na maior parte deles, puderam ser

observadas a presença e a caracterização de TrMT. Em alguns, no entanto, não foram encontradas TrMT, o que pode indicar a sazonalidade de sua presença ou mudanças recentes na ocupação de tais espaços.

Ao todo, foram mapeados 35 pontos de prostituição na rua, 5 pontos de prostituição em lugares fechados, 50 outros espaços de socialização (especialmente serviços públicos de saúde ou de assistência social e direitos, ONG, bares e baladas) e 10 eventos itinerantes (festas, sobretudo). Os dados passaram por geoprocessamento de modo a compor um mapa do conjunto de locais registrados.

O registro dos pontos de prostituição na rua e de outros espaços de socialização (não itinerantes) equivale à parte mais bem-sucedida do mapeamento. O resultado do geoprocessamento permite visualizar uma maior parte dos pontos na região central, mas também detecta pontos espalhados pelas diferentes partes da cidade. Os pontos variam em relação à quantidade de TrMT presentes no local. O registro de maior frequência diz respeito a um ponto de prostituição de rua que, segundo informante, chega a ter até 200 TrMT em um dia. O registro dos pontos de prostituição em lugares fechados obteve menos êxito. Poucas informações foram fornecidas pelos/as informantes a respeito desses lugares, certamente em razão de preocupações com as questões legais e práticas que envolvem as casas de prostituição e o exercício de atividades de cafetinagem.

Em Manaus, foi realizado um levantamento de informações em trabalhos acadêmicos sobre o tema e *sites* na *internet*, bem como entrevistas informais com informantes-chave para conhecer as redes de socialização de TrMT. Nesse levantamento, também se destacaram os locais de prostituição de rua, distribuídos por todas suas zonas geográficas da cidade. Em especial, a parceria com a Associação de Travestis, Transexuais e Transgêneros do Estado do Amazonas (ASSOTRAM) possibilitou aos/às pesquisadores/as uma aproximação amistosa aos locais mapeados.

Em seguida, foram visitados 21 pontos de prostituição, nos quais algumas TrMT foram contatadas e convidadas para participar da pesquisa. Esses locais são, em geral, vias de grande movimento de veículos, com boa iluminação e fácil acesso. Neles, as TrMT foram encontradas predominantemente em grupos, na busca por maior segurança. Foi observada uma considerável diversidade em relação ao perfil e modo de agir das TrMT.

Em Campo Grande, o levantamento de dados acerca das redes de sociabilidade de TrMT na cidade, especialmente da rede de trabalho sexual, tomou como ponto de partida estudo etnográfico acerca da prevenção de HIV com profissionais do sexo na cidade¹. Nas regiões que apresentam maior circulação de TrMT, foram mapeados os principais espaços de prostituição, localizados, em geral, nas saídas da cidade ou em avenidas com ruas paralelas pouco iluminadas. Um único ponto foi localizado no centro da cidade. Além disso, foi visitada a residência de algumas TrMT, participantes de pesquisas anteriores. Ao serem informadas a respeito da pesquisa, as TrMT contatadas passaram a indicar novos pontos que poderiam ser visitados.

Foram encontradas poucas TrMT em alguns pontos, especialmente nas visitas realizadas em noites chuvosas. Em particular, ao encontrar uma mulher trans surda, que trabalha com prostituição, a equipe de pesquisadores se surpreendeu com dificuldades relativas à integração dessa possível participante nas demais atividades da pesquisa. O contato com ela evidenciou a necessidade de inclusão na pesquisa de pessoas com diferentes deficiências e de diálogo acerca de temas como identidade de gênero, orientação sexual e particularidades desta condição.

Em Porto Alegre, o mapeamento foi direcionado a alguns locais de destaque na socialização de TrMT. No TransENEM, que o oferece um curso popular gratuito para TrMT (sendo LGB inclusivo), as pesquisadoras participaram da reunião mensal dos grupos para conhecerem a iniciativa e apresentarem a proposta de pesquisa. Foi identificada a presença de apenas uma professora e uma aluna trans participando do curso na data da visita. Na ONG Igualdade RS - Associação de Travestis e Transexuais, também foi realizada reunião para apresentação do projeto. A representante da associação expressou apoio à proposta e contou que, apesar das atividades se encontrarem esvaziadas de forma geral, estava em andamento um projeto de oferta de teste rápido com fluido oral, por meio de abordagens nas ruas onde se encontram as TrMT. Uma terceira reunião foi realizada na Unidade de Direitos de Diversidade Sexual e de Gênero (UDDSG), situada institucionalmente na Secretaria Municipal de Direitos Humanos de Porto Alegre. A coordenadora da unidade, mencionada por diversas TrMT como uma pessoa que "realmente apoia a causa", "que luta por nós", também ofereceu o apoio à pesquisa.

1 OLIVEIRA, G. M.; NOLASCO, G. L. P. 'EU TÔ VIVA' UM DIÁLOGO SOBRE SEXUALIDADE, CORPOS E SUBJETIVIDADES A PARTIR DA (INTER)AÇÃO COM PROFISSIONAIS DO SEXO EM CAMPO GRANDE/MS In: 13 Mundos de Mulheres & Fazendo Gênero 11 - Transformações, Conexões, Deslocamentos, 2017, Florianópolis - SC. Seminário Internacional Fazendo Gênero (11.: 2017: Florianópolis, SC). Anais do XI Seminário Internacional Fazendo Gênero [recurso eletrônico]: 13th. Women's Worlds. Florianópolis - SC: Jair Zandoná, Ana Maria Veiga e Cláudia Nichnig. - Florianópolis: UFSC, 2018, 2017. v.01.

Em Porto Alegre, foi possível perceber uma resistência grande por parte das TrMT à pesquisa. A maioria das que foram contatadas manifestou o descontentamento quanto à repetida vinculação das TrMT às IST. Acreditam que isto é uma manifestação do estigma que recai sobre o grupo. Houve também reclamações referentes ao fato de que os/as pesquisadores/as fazem seus estudos e não retornam os resultados ao grupo.

No Ambulatório Trans, houve também muita resistência por parte do médico em facilitar o acesso das pesquisadoras às pacientes. Na sua avaliação, permitir que as pesquisadoras participassem das atividades poderia prejudicar o vínculo das pacientes com o serviço, que está ainda se consolidando e conquistando a confiança delas. Por outro lado, uma ativista convidou as pesquisadoras para participarem do grupo de convivência realizado no serviço.

Em Salvador, a equipe dispunha de informações provenientes de pesquisas anteriores com as TrMT e objetivos convergentes com este projeto. Tais informações atenderam aos propósitos do mapeamento de locais de socialização de TrMT e identificação das sementes para o componente quantitativo.

Em respeito à relação de confiança estabelecida com as/os informantes que contribuíram com essa atividade e com intuito de preservar informações a respeito das redes de TrMT e de sua circulação pelas cidades investigadas, os dados levantados no mapeamento não serão publicados. Os mapas produzidos foram utilizados internamente nos grupos de pesquisa com finalidade de orientar demais atividades da pesquisa e poderão servir para embasar a proposição de novos projetos com TrMT.

4.1.2. Grupos focais exploratórios

Em São Paulo, foram realizados 3 (três) grupos focais com TrMT selecionadas a partir de uma lista de participantes do projeto TransNacional. Os convites foram realizados via WhatsApp, contato telefônico e mensagem privada pelo Facebook. Os grupos foram realizados no Espaço NUDHES, no centro da cidade, e contaram com a presença de 9, 10 e 11 participantes, respectivamente.

Em Manaus, foram realizados 2 (dois) grupos focais com TrMT convidadas pessoalmente ou por telefone, com envio de *banner* eletrônico via WhatsApp. Os grupos foram realizados no Centro Cultural Palácio da Justiça, no Centro Histórico da cidade, o que atribuiu um sentido de reconhecimento e valorização das TrMT convidadas. No primeiro grupo, compareceram 14 TrMT e, no segundo, houve a presença de 17 TrMT.

Em Salvador, foram realizados 5 (cinco) grupos focais. Duas mulheres trans que possuem ampla inserção nos espaços de sociabilidade trans da cidade (e já identificadas como sementes da fase quantitativa) foram responsáveis pelo convite às demais TrMT. Os grupos foram realizados no Casarão da Diversidade e o número de participantes nos grupos variou entre 5 (cinco) e 13 TrMT.

Em Porto Alegre, foram realizados 2 (dois) grupos focais com TrMT convidadas a partir de contatos individuais e com o pedido de que estendessem os convites a suas amigas. Apesar de ter sido convidado um número suficiente de TrMT, poucas compareceram. Os grupos, realizados na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), contaram com 3 (três) e 4 (quatro) participantes.

Em Campo Grande, foram realizados 2 grupos focais. O convite foi realizado durante as visitas para mapeamento dos locais de socialização e replicado pelas TrMT contatadas a outras possíveis participantes. Os grupos foram realizados no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) Dr. Gessírio Domingos Mendes, com o qual muitas TrMT já mantinham vínculo. Compareceram 14 participantes em um grupo e 15 em outro.

De forma geral, a condução dos grupos focais foi realizada por dois/duas pesquisadores/as a partir de um roteiro elaborado previamente. Um/a terceiro/a pesquisador/a atuou como observador/a e fez registro a respeito da composição e da dinâmica dos grupos. Foi oferecido às participantes um ressarcimento para cobertura dos gastos com deslocamento. Em particular, as participantes de Campo Grande contaram ainda com transporte disponibilizado pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) para o deslocamento até o CTA, o que facilitou sua adesão.

Em todos os sítios, as equipes buscaram contemplar uma diversidade, sobretudo etária e geográfica, de participantes na composição dos grupos. Além disso, as participantes foram divididas nos grupos a partir de critérios de atuação profissional (profissional do sexo *versus* outra ocupação/profissão) e, em alguns sítios, também a partir de critério de escolaridade. Em Salvador, foi possível ainda considerar nessa divisão a atuação política em prol dos direitos das pessoas trans. Em Manaus, um dos grupos contou também com a participação de TrMT imigrantes venezuelanas, que se comunicavam predominantemente em espanhol.

Foram realizadas discussões ricas com engajamento da maior parte das TrMT presentes. A seguir, será apresentada uma síntese dos principais resultados preliminares produzidos nos cinco sítios, sem o intuito de traçar diferenças entre eles nesse momento:

► **Saúde sexual**

A despeito da diversidade de discursos e relatos expressos, é possível identificar duas principais perspectivas a respeito da saúde sexual nos grupos focais. Alguns grupos apresentaram uma perspectiva crítica e abrangente, demarcando a necessidade de abordar a saúde sexual de TrMT para além da discussão usual sobre prevenção e tratamento das IST. Nesse sentido, foi problematizada a associação da transexualidade com a promiscuidade, prostituição e IST. Segundo algumas participantes, há uma reprodução dessa associação inclusive por parte de pesquisadores/as e profissionais da saúde, que muitas vezes responsabilizam, sobretudo, as profissionais do sexo pela disseminação de tais infecções. Foram levantados outros temas que merecem atenção, como os processos de transição de gênero, especialmente a terapia hormonal e a cirurgia de redesignação sexual. Um grupo se referiu a um processo de "adoecimento sexual" ligado à disforia com o corpo e às pressões estéticas relacionadas à transição. Algumas participantes ressaltaram ainda questões relativas à saúde mental, referindo muitos casos de depressão e outras formas de sofrimento psíquico.

Em outra direção, alguns grupos se restringiram à discussão acerca das IST, reproduzindo, em especial, discursos prescritivos da prevenção centrados na necessidade de uso da camisinha e de testagem regular. Nessa perspectiva, foram feitos vários relatos de participantes ou conhecidas que já tiveram alguma IST, assim como a referência à maior exposição das profissionais do sexo a tais infecções. Chamou atenção a expressa associação entre TrMT e IST: *"para ser trans tem que ter tido sífilis"*. Nesses grupos, foram levantadas ainda questões como o oferecimento de maiores quantias por parte de alguns clientes para o sexo sem preservativo.

► **Conhecimento e experiências com sífilis e outras IST**

De forma geral, as participantes apresentaram algum grau de conhecimento a respeito da sífilis. Algumas expressaram informações acerca do desenvolvimento da doença, das manifestações clínicas e do fato de ser uma "doença silenciosa". Fizeram também referência ao aumento do número de casos e ao fato de constituir um problema de saúde preocupante. Outras participantes demonstraram pouco conhecimento ou entendimentos menos precisos e aprofundados da infecção. Poucas afirmaram não ter nenhum conhecimento a respeito. Em vários grupos, foram levantadas dúvidas. As menções às demais IST, inclusive HIV, ficaram mais generalizadas ou dispersas, embora o tema tenha parecido familiar para as participantes, com raras exceções: uma delas, por exemplo, que relatou não saber que havia tratamento para HIV, questionando inclusive se havia cura.

O relato de infecção por sífilis foi comum nos grupos, seja na própria experiência, na de parceiros sexuais ou de pessoas conhecidas. Foi expresso pouco conhecimento em relação aos possíveis sinais e sintomas das IST, apesar das referências feitas à febre, manchas, verrugas e outras mudanças corporais como motivos para a busca por atendimento em saúde. Em alguns casos, a busca por cuidado ocorreu apenas a partir do agravamento dos sinais ou sintomas.

Em alguns grupos, se destacou também o incômodo das participantes em relação ao estigma sofrido pelas TrMT, vistas muitas vezes como “fonte de contaminação” ou “vetores” de IST. Nesse sentido, a experiência de infecção por sífilis foi referida por algumas como geradora de “abalos psicológicos”, atrelados a uma visão de si mesmas como um corpo “sujo”, impedido de ter relacionamentos afetivo-sexuais. Em contrapartida, argumentaram que os homens cisgêneros deveriam ser mais responsabilizados pela disseminação das diferentes infecções. Segundo elas, são eles que resistem à prevenção e, em alguns casos, têm a intenção de “passar aids” para as parceiras.

► **Relação com serviços de saúde**

As narrativas acerca da relação com os serviços de saúde foram diversas, abarcando o registro de experiências positivas e negativas, bem como a percepção de que atualmente o acesso de TrMT aos serviços e o atendimento oferecido a elas são melhores do que no passado. Em geral, elas utilizam serviços da rede pública. Algumas eventualmente recorrem a consultas e exames em clínicas privadas populares ou via plano de saúde. Outras contaram que evitam ir aos serviços de saúde.

Foram feitos relatos de diagnóstico e tratamento de IST realizados na atenção primária, em serviços especializados e hospitalares. Também houve referência aos ambulatórios e cirurgias de redesignação sexual, com demonstração de interesse, dúvidas e relato de demora no agendamento.

As participantes relataram importantes barreiras de acesso aos serviços, tais como o desrespeito ao nome social, o despreparo de profissionais na relação com TrMT e a escassez de serviços de saúde que ofereçam uma atenção específica à TrMT. O tratamento na recepção se destaca como situação decisiva para continuidade das idas ao serviço de saúde e para os tratamentos. Em um dos casos narrados, o atendente insistiu em usar o nome de registro da TrMT usuária do serviço, gritando-o cada vez mais alto na recepção, mesmo com esta se apresentando para ele com seu nome social. Algumas participantes contaram estratégias que utilizam para não passarem por constrangimentos quando o médico ou atendente as chama. Além disso, foram expressos constrangimento na consulta médica, especialmente quando seus corpos são examinados.

► **Aceitabilidade da coleta de espécimes biológicos**

A coleta de urina foi tratada como um procedimento tranquilo de ser feito. Não foram levantados estranhamentos ou resistência.

Em relação às coletas com swab oral, anal e genital, as reações se dividiram. Algumas participantes afirmaram que não se incomodariam que o/a profissional de saúde fizesse a coleta, havendo inclusive quem preferisse essa opção, desde que o/a profissional tivesse uma postura respeitosa. Ressaltaram a relevância do treinamento dos/as profissionais para realização da coleta e do diagnóstico. Elas também divergiram em relação à preferência por profissional homem ou mulher.

Já outras participantes afirmaram preferir a autocoleta, por acreditarem que não ficariam à vontade para que um/a profissional de saúde fizesse a coleta. Uma participante justificou o posicionamento: "já temos tanto complexo com o corpo". Nos debates, ficou evidente a importância da possibilidade de autocoleta, em especial, na região genital e anal. Numa busca por consenso, alguns grupos concluíram que o melhor modo de oferecer tais procedimentos seria disponibilizar as duas opções (coleta com profissional e autocoleta) e deixar que cada participante escolhesse uma.

► **Aceitabilidade do tratamento oral para sífilis**

A menção ao tratamento oral para sífilis foi recebida com tranquilidade por algumas participantes. Muitas expressaram ter consciência de que, devido ao silicone, o tratamento injetável não apresenta bons resultados. No entanto, a via oral despertou estranhamento e resistência em outras. Essas afirmaram preferir o tratamento injetável, considerado por elas mais confiável ou mais prático. Como desvantagens do tratamento oral, foram relatados os efeitos adversos, a dificuldade de lembrar-se de tomar os remédios todos os dias e a necessidade de não ingerir bebida alcoólica durante o tratamento. Uma participante relatou que realizou o tratamento oral e este não fez efeito, de modo que ela precisou tomar injeção posteriormente.

Houve relatos de participantes que, por terem silicone nos glúteos, fizeram o tratamento injetável em outras partes do corpo (especialmente braço e coxa). Uma delas contou que conhece pessoas que, assim, tiveram sequelas desagradáveis. Foram levantados questionamentos a respeito do motivo de essa alternativa não ser mais oferecida, o que sugere que esclarecimentos a esse respeito no momento da prescrição podem ajudar na aceitabilidade do eventual tratamento por via oral.

4.1.3. Entrevistas em profundidade

Foram realizadas entrevistas em profundidade com 58 TrMT. A maior parte das entrevistadas estava inserida no componente quantitativo e foi contatada a partir das atividades ou dos registros realizados no âmbito desse. As demais foram identificadas e convidadas a partir dos contatos feitos na primeira etapa do componente qualitativo.

Na ocasião da entrevista, as participantes receberam lanche e ressarcimento para cobertura dos gastos com deslocamento. Todas as entrevistas seguiram roteiro semiestruturado, foram gravadas e transcritas com consentimento das participantes, formalizado pela assinatura do TCLE. Algumas delas se estenderam por até 2 horas.

Em Salvador, foram realizadas 6 (seis) entrevistas, todas no Casarão da Diversidade. Em São Paulo, foram realizadas 12 entrevistas; a maioria ocorreu no Espaço NUDHES e apenas uma no Centro de Referência da Diversidade. Em Campo Grande, foram realizadas 11 entrevistas no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), vinculado à Secretaria Municipal de Saúde (SESAU). Em Manaus, foram realizadas 17 entrevistas na Policlínica Codajás, serviço onde foi conduzido o componente quantitativo. Em Porto Alegre, foram realizadas 12 entrevistas de modo remoto, por ligação telefônica, devido ao agravamento da pandemia na cidade, que na ocasião correspondia à “bandeira preta”, nível mais alto da classificação de risco em relação ao COVID-19.

A idade das entrevistadas variou entre 19 e 58 anos. Além da diversidade etária, a seleção buscou contemplar participantes com diferentes níveis de escolaridade, profissionais do sexo e TrMT com outras ocupações/profissões, bem como TrMT que receberam e que não receberam diagnóstico de sífilis ao longo da vida.

As entrevistas possibilitaram o aprofundamento das seguintes questões, sintetizadas aqui de forma preliminar:

► **Condições de saúde**

Várias entrevistadas avaliaram suas condições de saúde como “boas” e “ótimas”. Em geral, esses relatos dizem respeito a boas condições físicas e à ausência de sintomas agudos, mesmo entre aquelas que receberam diagnóstico de HIV e de sífilis. Outras participantes avaliaram sua saúde de forma mais ponderada, utilizando termos como “normal”, “estável”, “média” ou “regular” e referindo problemas como rinite, dengue, gastrite e a realização de cirurgias. Por outro lado, houve participantes que referiram mais categoricamente ter problemas de saúde ou um estado de saúde delicado, reportando doenças como neuropatia,

hérnia de disco, AVC e aneurisma cerebral, das quais algumas ocasionaram limitações físicas. Destacaram-se também os problemas de saúde mental, como transtorno de ansiedade, gastrite nervosa e alcoolismo. Parte das entrevistadas que referiu problemas de saúde afirmou estar em busca de tratamento.

► **Transição de gênero**

De acordo com o relato das entrevistadas, as experiências de transição de gênero são guiadas por expectativas relativas à imagem corporal desejada e, em muitos casos, expressam uma busca por melhores condições existenciais. Várias participantes, no entanto, descreveram a transição como um processo difícil, marcado não apenas pela inconformidade com o próprio corpo, mas também por falta de apoio familiar, discriminação, violência física e psicológica.

Quase todas as participantes realizaram algum procedimento relativo à transição. A terapia hormonal foi o procedimento mais relatado entre elas, incluindo os casos raros de participantes que utilizaram apenas bloqueador de testosterona. Predominantemente, o uso de hormônios foi iniciado sem acompanhamento de profissional de saúde. Muitas iniciaram esse uso com menos de 18 anos e tiveram apoio e orientação de amigas e colegas. Essa via, embora referida como um caminho mais independente das burocracias e prazos presentes nos serviços de saúde, foi descrita como turbulenta e associada a problemas como irritabilidade, estresse, depressão e parada cardiorrespiratória causada por abuso de hormônios. A busca por serviços de saúde para terapia hormonal e outros procedimentos relativos à transição foi também relatada e descrita como uma via mais tranquila. Nesses casos, também se mostrou relevante o papel dos pares na composição de redes de cuidado.

Algumas participantes também implantaram prótese mamária de silicone e/ou silicone industrial nas nádegas, coxas e quadril. Uma delas relatou que o silicone inserido no quadril escorreu para as pernas e para os pés. Foram mencionados ainda a realização ou o desejo de realizar outros procedimentos, como harmonização facial, depilação a laser e cirurgia de nariz. Uma entrevistada realizou a cirurgia de redesignação sexual fora do Brasil e relatou que esta “não foi bem-feita”, o que acarreta problemas até hoje. Algumas participam de programas de redesignação e aguardam pela cirurgia; outras expressaram vontade de fazê-la.

Dentre as que não realizaram nenhum procedimento relativo à transição, algumas relataram dificuldade de acesso à terapia hormonal, uma vez que esse procedimento não está disponível na rede pública de saúde de algumas cidades e que os hormônios têm um alto custo nas drogarias. Uma participante, em particular, se identifica como pessoa não binária e relatou não ter interesse em procedimentos de transição.

► **Experiências com IST**

As participantes que tiveram sífilis ao longo da vida relataram experiências diversas. Muitas não apresentaram sinais ou sintomas e receberam o diagnóstico em exames de rotina. Outras receberam o diagnóstico da sífilis a partir da identificação de febre, feridas na boca, nos genitais e na região anal. Conversas com amigas TrMT foram fundamentais para algumas das participantes buscarem um serviço de saúde para o tratamento. Uma participante descreveu o tratamento com injeções de Benzetacil como um procedimento muito invasivo. A reinfeção por sífilis foi relatada por algumas, principalmente entre as profissionais do sexo. A associação entre sífilis e prostituição esteve presente na perspectiva expressa por algumas entrevistadas. Além disso, algumas das que tiveram sífilis narraram também experiências com outras IST, especialmente HIV.

As participantes que vivem com HIV relataram fazer o tratamento; algumas ressaltaram que estão com carga viral indetectável. Chamam atenção as narrativas de uma participante que recebeu o diagnóstico na cadeia e de outra que o recebeu no atendimento após sofrer uma facada. Foi comum o relato de testagem e acesso a tratamento do HIV no âmbito de projetos de pesquisas. Após o acesso aos serviços para tratamento, algumas entrevistadas conseguiram encaminhamento para tratar outras questões de saúde. Vale ressaltar ainda a reflexão de algumas entrevistadas de que o diagnóstico de HIV acarretou mudanças significativas nos cuidados em saúde, que passaram a ter um papel determinante em sua vida. As referências ao HIV foram associadas ainda ao medo e à discriminação.

Poucas participantes relataram experiências próprias ou de conhecidas com as demais IST – gonorreia, clamídia, HPV, hepatites B e C.

► **Itinerários terapêuticos**

Várias participantes relataram buscar serviços públicos da atenção básica próximos de sua residência para casos de baixa complexidade. Para tratamento de IST, terapia hormonal e problemas considerados graves, no entanto, buscaram serviços especializados. Pesquisas voltadas para TrMT se destacaram como via de acesso a serviços e a informações

relacionadas ao cuidado em saúde. Poucas participantes mencionaram recorrer a serviços privados ou dispor de plano de saúde. Ao mesmo tempo, foi marcante o impacto das restrições financeiras enfrentadas por algumas participantes na própria procura por serviços de saúde. No andamento da pesquisa, foram percebidas situações em que as participantes não tinham dinheiro para pagar transporte público ou mesmo para se alimentarem. Houve também o relato de participantes que não costumam procurar serviços de saúde. Diante de problemas de saúde que parecem mais leves, algumas relataram automedicação e administração de chás e vitaminas. Nos relatos de cuidado em saúde, foram relevantes também a menção ao apoio recebido pela figura materna e por amigas e colegas TrMT.

► **Relação com serviços e profissionais de saúde**

Embora algumas participantes tenham expressado experiências positivas nos serviços de saúde, sobressaíram os relatos de constrangimento e discriminação vividos por elas, por alguma amiga ou conhecida. Nessas situações de transfobia, destacou-se o desrespeito ao nome social, ocorrido muitas vezes já no primeiro contato da entrevistada com o serviço de saúde, o que se apresenta como uma barreira significativa no acesso de TrMT à assistência em saúde. De forma semelhante às discussões nos grupos focais, algumas enfatizaram que se sentem constrangidas e maltratadas quando se apresentam e se declaram como mulher nos serviços, solicitam ser identificadas pelo nome social e, ainda assim, são chamadas para o atendimento pelos profissionais por seu nome de registro. Outras ressaltaram a importância de retificar o nome nos documentos para evitar tais situações.

A discriminação também foi referida no “olhar de repúdio” percebido em alguns profissionais. Algumas entrevistadas expressaram o desconforto ao serem examinadas, bem como constrangimentos e humilhações que sofreram durante os exames físicos. Descreveram que alguns/mas profissionais parecem ter medo de tocá-las. Nessa direção, foi recorrente a avaliação de que o tratamento oferecido pelos profissionais de saúde a TrMT deveria ser melhor. Algumas ressaltaram a importância de uma melhora na formação e a necessidade de treinamento dos profissionais tanto no que se refere ao respeito à diversidade de identidades de gênero como em relação ao conhecimento acerca das especificidades de saúde das TrMT.

Houve ainda queixas em relação à demora no agendamento de consultas e exames e no atendimento clínico. Para elas, a espera, além de estressante, compromete o processo do cuidado.

De forma geral, as participantes que possuem planos de saúde relataram incômodos semelhantes, embora tenham enfatizado ser menos comum sofrerem constrangimentos nos serviços privados. Por outro lado, houve diferença significativa na perspectiva das participantes que fazem tratamento contínuo com uma equipe profissional já conhecida e dispõem de consultas com hora marcada. Algumas participantes afirmaram se sentir mais seguras e mais respeitadas nos CTA ou em outros serviços especializados.

Esses achados preliminares foram apresentados em pequenos eventos destinados à devolutiva dos resultados às participantes e demais pessoas envolvidas na pesquisa. A análise dos dados produzidos nos grupos focais e nas entrevistas será aprofundada com finalidade de ampliar a divulgação dos resultados por meio da produção e publicação de artigos científicos. Esse refinamento da análise possibilitará também uma compreensão das especificidades dos resultados nos diferentes sítios.

4.2. COMPONENTE QUANTITATIVO

As especificidades de cada sítio onde a pesquisa foi desenvolvida serão descritas na sequência e foram subdivididas em tópicos distintos e comuns a todos os sítios, a fim de buscar certa padronização dos relatos.

I) ATIVIDADES PREPARATÓRIAS PARA O INÍCIO DO CAMPO

- a) Constituição, composição e capacitação das equipes
- b) Organização do espaço físico
- c) Estabelecimento de parcerias
- d) Interface com ambulatórios e serviços de apoio
- e) Readequação de Fluxo e POP

II) ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O CAMPO

- a) Recrutamento e agendamento, incluindo atividades de estímulo à participação
- b) Envio de material biológico aos laboratórios parceiros
- c) Convocação de participantes para tratamento e vacinação contra hepatites A e B e HPV
- d) Sistematização das ações frente à interrupção das atividades pela COVID-19

III) CONSIDERAÇÕES SOBRE DIFICULDADES ENCONTRADAS NO PROCESSO

IV) LIÇÕES APRENDIDAS

- a) Impactos para os serviços do SUS
- b) Contribuições para a Política de Saúde e Direitos Humanos da População Trans

V) PRÓXIMOS PASSOS

4.2.1. CAMPO GRANDE

I. ATIVIDADES PREPARATÓRIAS PARA INÍCIO DO CAMPO

- a) Constituição e capacitação da equipe

Os/as profissionais envolvidos/as foram devidamente capacitados/as pelos coordenadores e por consultores qualificados e receberam cinco treinamentos *online* e 4 treinamentos presenciais, no período de 28 de outubro a 17 de novembro de 2020.

A equipe envolvida no componente quantitativo foi composta por:

Coordenação local	Ana Rita Coimbra Motta de Castro
Apoio administrativo	Alessandra Salvatori
Supervisora de campo	Clarice Souza Pinto
Entrevistadorxs	Gabriel Luis Pereira Nolasco Carla Cristina de Souza Ariel Dorneles João Pedro Guimarães Marco Aurélio de Almeida
Enfermeira	Lilian Aparecida Rodrigues Leal Ito
Médico	Roberto Paulo Bráz Junior
Laboratório	Gabriela Alves Cesar Grazielli Rezende Carolina Amianti

- b) Organização do espaço físico

As atividades de campo ocorreram no CTA/SESAU localizado na região central de Campo Grande. Os espaços físicos do CTA que foram utilizados durante o andamento do projeto foram duas salas de recepções (aberta e fechada), 4 consultórios onde eram realizadas as entrevistas e a avaliação clínica, 2 salas de coleta de amostras biológicas, 1 laboratório e 1 sala de vacina.

c) Estabelecimento de parcerias

Antes do início das atividades de campo foram realizadas reuniões virtuais com gestores da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES-MS) e com profissionais responsáveis pelas coordenadorias IST/Aids municipais (SESAU) e estaduais (SES), além da Superintendência da Rede de Assistência à Saúde, Rede de Atenção Especializada (SESAU), Subsecretaria de Políticas Públicas LGBT (SECID/SES-MS), Coordenadoria de Políticas Públicas LGBT (SESAU) e Coordenadoria de Rede de Atenção Básica (CRAB/SESAU). Também apoiaram as ações e atividades do projeto as seguintes instituições: Fórum Estadual LGBT/MS, Associação de Travestis de Mato Grosso do Sul (ATMS) e Casa Satine. As reuniões aconteceram no período de fevereiro a outubro de 2020 para o estabelecimento de parcerias, disponibilidade dos testes rápidos diagnósticos e liberação das vacinas contra hepatites A e B e HPV. Foram estabelecidas parcerias também com a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e Fiocruz-MS para o armazenamento correto das amostras biológicas coletadas e com os Centros de Referência em Doenças Infecciosas e Parasitárias como CEDIP/SESAU e Hospital Dia/EBSERH-UFMS para atendimento especializado das participantes que foram encaminhadas para estes serviços de saúde.

d) Interface com ambulatórios e serviços de apoio

As participantes que precisavam e manifestavam interesse em realizar exames complementares, receber tratamento, prevenção combinada ou acompanhamento foram encaminhadas para consultas no próprio CTA ou para outras unidades de saúde de referência do SUS para IST (Hospital Dia/EBSERH/UFMS ou CEDIP-SESAU), recomendadas pelo serviço ou da escolha da própria participante. A quantificação de CD4 e da carga viral (RNA-HIV) para as PVHIV e o teste semiquantitativo de VDRL são exames realizados diariamente no CTA e foram oferecidos para as participantes encaminhadas para esta unidade de saúde. Planilhas para controle dos encaminhamentos e/ou atendimentos das participantes foram utilizadas nas diferentes etapas do estudo.

Os testes rápidos para diagnóstico de sífilis (anti-*T.pallidum*), HIV (anti-HIV1/2), HBV (HBsAg), HCV (anti-HCV) foram fornecidos pela SES-MS. Após inúmeras negociações com a responsável pela distribuição das vacinas do município e do estado, as vacinas contra HPV, hepatite B e hepatite A foram liberadas no dia 12/03/21. No dia 13/03/21 (sábado) foram aplicadas as primeiras doses dessas vacinas na população estudada.

e) Readequação de fluxo e POP

Para todas as etapas do estudo (agendamento da entrevista, elegibilidade, entrevista presencial, atendimento clínico, coleta de amostras biológicas, tratamento, encaminhamentos, aconselhamento e entrega de cupons e gerenciamento dos incentivos) foram elaborados manuais contendo os POPs de cada etapa. Planilhas para controle de cada atividade também foram preenchidas pela equipe responsável durante atendimento de cada participante nas diferentes etapas do estudo.

De acordo com o protocolo da pesquisa, os documentos de instrumentos, instrutivos e POP foram impressos para treinamento da equipe e para uso e orientação em campo. Além disso, foi realizada a readequação dos laudos dos resultados dos testes rápidos com a logo do serviço de saúde e com as especificações (validade e lote) dos kits de testes rápidos/POCT. Para assegurar a qualidade dos dados, um novo documento/instrumento foi gerado para melhor controle dos encaminhamentos (vacinas e tratamentos). Para diminuir o tempo de permanência da participante na pesquisa, a leitura do TCLE passou a ser realizada enquanto a participante aguardava na recepção para realizar o cadastro. Após o cadastro e elegibilidade, a participante era convidada para realizar a assinatura no TCLE e em seguida a entrevista.

II. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O CAMPO

a) Recrutamento e agendamento

Após inúmeras reuniões com a equipe do projeto e gestores responsáveis pelo funcionamento do CTA, o projeto teve autorização para início de suas atividades de campo em novembro de 2020. Uma vez que as possíveis sementes haviam sido identificadas em março de 2020 (primeira etapa da pesquisa formativa), em outubro 2020, a equipe entrou em contato novamente (via WhatsApp) com as TrMT entrevistadas anteriormente e convidou 5 (cinco) sementes para participar do estudo.

Antes da fase de coleta de dados, a equipe de campo e os/as representantes de movimentos se reuniram para definir a melhor estratégia para o recrutamento, logística de transporte e agendamento das participantes, a fim de facilitar a participação das voluntárias e evitar problemas devido às restrições de horário de atendimento e do transporte público impostos pela pandemia de COVID-19. As atividades de campo (etapas qualitativa e quantitativa) tiveram início em 18 de novembro de 2020 com atendimento das primeiras participantes. O atendimento foi realizado semanalmente, todas às terças e quartas-feiras, das 17h às 22h. As atividades de campo foram suspensas no período de recesso

de Natal e Ano Novo com retorno em janeiro de 2021. A partir de 24 de março de 2021, as atividades presenciais no CTA foram alteradas para segundas e quartas-feiras. Para aumentar a participação das voluntárias convidadas que não podiam participar no período noturno, foram realizadas também atividades/atendimento em dois sábados, das 13h30 às 18h (23 de janeiro de 2021 e 13 de março de 2021). Um total de 181 participantes, que completaram todas as etapas da pesquisa, foram recrutadas e entrevistadas no período de 18 de novembro de 2020 a 26 de maio de 2021.

Após participação na pesquisa, cada TrMT recebia uma mensagem de agradecimento e informações sobre o projeto (local, dias e horários de atendimento, ressarcimentos, retornos e encaminhamentos).

Durante o período do projeto, foram realizadas duas oficinas no CTA nos dias 01 e 09 de dezembro 2020 para divulgação do projeto TransOdara e para construção da cartilha de prevenção e cuidado para Mulheres Trans e Travestis, promovido por membros da equipe do projeto e pela Coordenação de IST/Aids do município de Campo Grande. Também foram realizadas reuniões com representantes locais dos movimentos LGBTQ+ para maior envolvimento de todos.

Foram confeccionados *flyers* e panfletos, para divulgação *online*, contendo informações sobre o projeto (local, dias e horários de atendimento, ressarcimentos) e materiais educativos para divulgação da pesquisa TransOdara em redes sociais e grupos de WhatsApp, que foram periodicamente enviadas para as potenciais voluntárias. No dia 17 de abril de 2021, a mídia digital do jornal 'O Estado' publicou informações sobre o projeto com a matéria intitulada "Trans e Travesti tem cuidado com a saúde em Campo Grande"². Algumas participantes fizeram vídeos curtos sobre suas experiências na pesquisa com intuito de estimular a participação de outras convidadas. Vídeos informativos e comunicações sobre o projeto foram divulgados via WhatsApp. Algumas participantes divulgaram em suas páginas do Facebook as atividades oferecidas pelo projeto TransOdara, com os benefícios para a saúde da população Trans. Nos dias 03 e 29 de março de 2021, duas participantes do estudo divulgaram o projeto em suas redes sociais por meio de Live/YouTube.³

2 <https://oestadoonline.com.br/pesquisa-nacional-trans-e-travestis-tem-cuidado-com-a-saude-em-campo-grande/>

3 https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=489715898709813&id=100030142204360

b) Envio de material biológico aos laboratórios parceiros

Todas as amostras/materiais biológicos coletados foram enviadas aos laboratórios parceiros, em três datas (17 de fevereiro, 26 de abril e 14 de junho de 2021), referentes a 181 participantes. Os resultados foram enviados pelos laboratórios parceiros (diagnóstico de clamídia, gonorreia, HPV e sífilis ativa) e os laudos emitidos foram encaminhados para os profissionais responsáveis pelo agendamento. As participantes que apresentaram positividade em quaisquer um desses exames foram encaminhadas para o atendimento clínico no CTA, de acordo com a agenda do médico especialista, assegurando assim o acesso ao tratamento dessas doenças e/ou atendimento emergencial.

c) Convocação de participantes para tratamento e vacinação contra hepatites A, B e HPV

O encaminhamento para tratamento de sífilis (injeção intramuscular de penicilina G benzatin) e infecção pelo HIV foi realizado pelo médico da equipe para aquelas que relataram nunca terem recebido tratamento ou terem tido tratamento incompleto. Primeiramente, a participante foi encaminhada para a realização do VDRL para análise semiquantitativa dos títulos de anti-cardiolipina. O local do encaminhamento dependia do interesse de cada participante, considerando o local de residência mais próximo para ampliar a possibilidade de adesão ao tratamento. A maioria dos encaminhamentos foi realizado para o CTA, onde o próprio médico da equipe realiza a avaliação clínica no horário normal de atendimento (7-11h e das 13-17h). Todas as participantes que apresentam resultado negativo para pesquisa de anti-HIV-1/2 e que manifestam interesse em fazer uso de PrEP foram encaminhadas para atendimento no CTA. Uma participante que relatou ter sido exposta ao risco de infecção pelo HIV foi imediatamente encaminhada para recebimento de PEP, tendo sido atendida dentro das 72 horas após a exposição.

Os medicamentos Ceftriaxona 500MH-IM 2mL e Azitromicina 500mg foram adquiridos e foram entregues na consulta clínica para as participantes que apresentaram resultados positivos para as infecções de clamídia ou gonorreia durante o estudo. A aquisição destes medicamentos possibilitou maior adesão ao tratamento e, conseqüentemente, maior efetividade.

As vacinas estão armazenadas em local apropriado e com controle de temperatura diário no CTA, sob supervisão da enfermeira responsável. Após a data de encerramento das atividades de campo (26 de maio 2021), as participantes receberam orientação para procurar o CTA para aplicação das próximas doses previstas no protocolo, no horário normal

de funcionamento do CTA. Após a vacinação das primeiras doses, cada participante recebeu um brinde contendo gel lubrificante e um frasco de álcool 70°.

d) Sistematização das ações frente à interrupção das atividades pela COVID-19

Devido a pandemia COVID-19, as atividades de campo referentes ao projeto foram temporariamente suspensas no período de março a novembro de 2020. Em 17 de agosto de 2020, a prefeitura de Campo Grande decretou o toque de recolher do dia 17 a 31 de agosto de 2020, das 22h00 às 05h00 do dia seguinte⁴, para confinamento domiciliar obrigatório em todo território do Município de Campo Grande, funcionamento de estabelecimentos e atividades com atendimento ao público com lotação máxima de 50% de sua capacidade e a proibição de festas, eventos e reuniões de qualquer natureza que gerassem aglomeração de pessoas. Além disso, as atividades de atendimento ao público do CTA, local onde foi desenvolvida a pesquisa quantitativa, foram suspensas de março a junho de 2020 e reabertas com atendimento reduzido ao público em 30 de junho de 2020.

Em novembro de 2020, a equipe teve autorização dos gestores da secretaria de saúde municipais para retorno das atividades no CTA. Durante o período de 18 de novembro de 2020 a 26 de maio de 2021, período de duração das atividades de campo (CTA), foram promulgados inúmeros decretos determinando toque de recolher das 20h às 5h bem como restrição de funcionamento das atividades não essenciais. Os decretos nº 14.587 de 04/01/21, nº 15.632 de 09/0x/21 e nº 15.396 de 19/03/21 determinaram toque de recolher das 20h às 5h de 21 a 09/02, de 14 a 30/03 e 26/03 a 04/04. Os decretos nº 14.682 de 19/03/21 e nº 15.644 de 31/03/21 determinaram restrição das atividades no período de 22 a 28 de março e no período de 31/03 a 05/04. Nestes períodos de restrição de atividades o CTA foi fechado para atendimento ao público. Todas estas restrições tiveram impacto no recrutamento das participantes, pois o projeto funcionava apenas no CTA e no período das 17h às 21h.

Durante as inúmeras interrupções do projeto já em andamento, a equipe de campo mantinha o contato com as voluntárias convidadas informando os dias e horário de retorno, bem como os novos horários de funcionamento. Durante a interrupção do trabalho presencial no campo, devido às medidas de isolamento social impostas pela Covid-19, a equipe de Campo Grande realizou as seguintes atividades: a) reuniões

4 Decreto no 14.424/2020

online para treinamento do material de pesquisa, treinamento no sistema de armazenamento dos dados (REDCap) e reuniões *online* com líderes e representantes dos movimentos, bem como gestores dos serviços de saúde do município de Campo Grande - MS; b) divulgação nas redes sociais (Facebook e WhatsApp) de vídeos informativos sobre o projeto; c) reuniões *online* para atualização e correção dos dados armazenados no REDCap.

A utilização generalizada de álcool em gel em todos os ambientes, agendamento das entrevistas, uso de EPI pela equipe, fornecimento de máscaras descartáveis para as participantes, ventilação das salas/consultórios, bem como a redução no número de atendimentos por dia, foram medidas de prevenção adotadas pela equipe para minimizar o risco de contaminação pelo SARS-CoV-2.

III. CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRABALHO DE CAMPO - ESPECIFICIDADES E DIFICULDADES ENCONTRADAS NO PROCESSO

O trabalho de campo teve início no dia 18 de novembro de 2020. Nas primeiras semanas tivemos uma inclusão expressiva de participantes interessadas nos serviços oferecidos e principalmente no incentivo financeiro. Com a chegada do recesso de final de ano, o número de participantes foi diminuindo. Ao retornarmos em janeiro, o andamento do campo seguiu normalmente com, em média, 5 (cinco) atendimentos por dia. As medidas de restrição de atividades e toque de recolher em função da pandemia de COVID-19 contribuíram para a diminuição da adesão das participantes em algumas semanas, uma vez que o projeto era conduzido no período de 17 às 21h. O deslocamento das participantes também foi um ponto crítico na condução do campo.

Neste período, algumas dificuldades foram identificadas:

I. Tivemos um problema de informação quanto ao pagamento de incentivo de R\$25,00 para as participantes da pesquisa qualitativa, uma vez que a pesquisa quantitativa pagava R\$50,00. Com o término da pesquisa qualitativa, este incentivo não foi mais oferecido e algumas participantes questionaram a diferença no valor do recurso;

II. Apesar da oferta do incentivo, a maioria das TrMT que estava com convite e manifestava interesse em participar tinha dificuldade de deslocamento para o CTA. Como Campo Grande conta apenas com ônibus como meio de transporte público, algumas linhas deixam de operar em determinados horários ou estavam sempre superlotadas. Além disso, com as restrições de atividades contra covid-19 e toque de recolher promulgados por inúmeros decretos da prefeitura durante o período

do estudo, os poucos ônibus disponíveis passaram a operar com horários especiais, limite de pessoas e exigência de cadastro⁵, dificultando assim o transporte no período noturno das participantes. Desta forma, para que tivéssemos a participação garantida das TrMT na pesquisa, optamos pelo transporte por aplicativo para o seu deslocamento. Pudemos contar também, por um período curto, com uma voluntária que utilizava o carro próprio para o transporte das voluntárias que estão com convite. Ambas as medidas ajudaram no aumento da adesão;

III. O longo tempo de permanência das participantes no projeto foi questionado por aquelas que têm compromisso a noite. Para tentar sanar este problema passamos a realizar a leitura do TCLE antes do cadastro/elegibilidade das participantes. Após o cadastro, as participantes foram encaminhadas para a assinatura do TCLE e em seguida entrevista. Incluímos também dois atendimentos aos sábados das 13h às 18h e um atendimento no feriado de 21 de abril de 2021, com intuito de aumentar a participação daquelas que não podiam comparecer no CTA no período noturno;

IV. Solicitamos à SMS o fornecimento de equipamentos (microscópio e agitador de *kline*) que permitiriam a realização do VDRL (semiquantitativo) no momento do atendimento. Infelizmente, estes equipamentos não puderam ser fornecidos naquele momento. Não foi possível a autorização da UFMS para esse empréstimo e realocação da FACFAN/UFMS para o CTA, sob responsabilidade da coordenadora local do estudo. Esta medida facilitaria e abreviaria o tempo entre diagnóstico e tratamento dos casos de suspeita de sífilis ativa;

V. Devido ao elevado número de casos positivos de COVID-19 em nosso Estado, 3 (três) membros da nossa equipe foram afastados de suas atividades por 7 (sete) dias por serem considerados casos suspeitos ou por terem tido contato com casos positivos de COVID-19. Após realização do exame de RT-qPCR para SARS-CoV-2 apresentaram resultados negativos. Apenas um membro da equipe testou positivo para COVID-19 em janeiro de 2021;

VI. A divergência entre o nome social e o nome de nascimento ou a falta de informação do último dificultou a busca ativa/acompanhamento das participantes que foram encaminhadas para os serviços de referência para tratamento e realização de exames adicionais;

5 Horários especiais de transporte público: disponível em <https://diariodotransporte.com.br> e <https://www.campograndenews.com.br>

VII. Algumas participantes recusaram o encaminhamento para tratamento de HIV (TARV). Algumas já tinham ciência de ser PVHIV, mas preferiram não tratar, mesmo sendo profissionais do sexo e usarem irregularmente preservativo. O médico, ao entregar os resultados dos exames ressaltou a importância do tratamento. Duas participantes que também recusaram TARV relataram que prefeririam não conhecer o status sorológico e manifestaram arrependimento em ter participado da pesquisa;

VIII. Um pequeno número de TrMT com idade menor que 18 anos compareceram no CTA para participação na pesquisa. Apesar de ilegíveis, receberam o incentivo de participação para cobrir às custas do deslocamento e foram encaminhadas para atendimento clínico no CTA, pois relataram múltiplos parceiros sexuais e uso irregular de preservativos;

IX. Devido ao atraso na entrega das vacinas contra hepatites A e B e HPV uma parcela considerável das TrMT não receberam as mesmas no momento da coleta de dados. Estamos encontrando dificuldade para contato das mesmas e, quando conseguimos, acabam não comparecendo para serem vacinadas.

X. Algumas participantes que testaram positivo para anti-HIV nos testes rápido não foram encaminhadas para vacinação devido à ausência dos resultados dos exames de quantificação do linfócito T CD4+.

IV. LIÇÕES APRENDIDAS

a) Impactos para os serviços do SUS

Os dados e informações geradas foram importantes para:

a) Identificar a prevalência das principais IST que acometem a população de TrMT por certo terá implicações no sentido de orientar e redirecionar políticas públicas de saúde, e intervenções voltadas para a prevenção e controle das IST estudadas;

b) Melhoria do acesso das pessoas trans às informações sobre IST e seus riscos à saúde humana;

c) Divulgação dos serviços que oferecem diferentes formas de prevenção combinada, cuidado e atenção à saúde, visando melhorar o acesso e adesão aos serviços de saúde especializados.

d) Aprimoramento da qualidade do atendimento dos profissionais de saúde e servidores técnicos das Redes Municipais de Saúde e demais serviços de saúde que atendem esta população.

b) Contribuições para a Política de Saúde e Direitos Humanos da População Trans

Estas ações devem contribuir para:

- a) Promoção do uso de preservativos; modificação do comportamento de risco da população de TrMT;
- b) Investigação do contato sexual das pessoas infectadas e busca ativa dos novos casos para tratamento e orientações;
- c) Prevenção e controle das IST na população de TrMT;
- d) Melhoria do acesso das pessoas trans às informações sobre IST e seus riscos à saúde humana;
- e) Melhoria do acesso das pessoas trans às informações sobre prevenção combinada, tratamento e controle das infecções.

V. PRÓXIMOS PASSOS

Em Campo Grande os próximos passos que serão conduzidos são:

- a) Continuidade na aplicação das doses das vacinações contra hepatite A, hepatite B e HPV para as participantes da pesquisa no CTA de Campo Grande - MS.
- b) Para a devolutiva dos resultados a partir deste relatório final, serão realizadas reuniões semestrais com toda a equipe de pesquisadores, gestores, representantes dos movimentos e ONG com o intuito de abordar as barreiras e dificuldades que a população trans enfrenta com relação as condições de vida e necessidades em saúde com intuito de redirecionar as possíveis estratégias a serem adotadas para superá-las. Será realizada também uma análise periódica das reuniões estratégicas que poderá fornecer um retrato fiel do êxito no cumprimento dos objetivos.

4.2.2. MANAUS

I) ATIVIDADES PREPARATÓRIAS PARA O INÍCIO DO CAMPO

O projeto TransOdara em Manaus foi baseado no Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD – Fiocruz Amazônia e foi executado na Policlínica Codajás, Ambulatório de Diversidade Sexual e Gênero – Processo Transexualizador, que é uma parceria da Secretaria Estadual de Saúde e Universidade Estadual do Amazonas.

a) Organização do espaço físico

Foram realizadas visitas à Policlínica Codajás e realizadas reuniões de reconhecimento do local, definição da equipe de trabalho, organização e redistribuição das salas para o fluxo adequado do processo de atendimento das entrevistas, exames/coletas, e armazenamento de material. Foram disponibilizados e transportados pela Fiocruz um *freezer* vertical para armazenamento das amostras; duas centrífugas e um armário de aço. Todo o material encaminhado pela coordenação nacional foi devidamente arrumado na Policlínica Codajás.

b) Constituição e capacitação da equipe

A equipe foi composta por: duas técnicas de enfermagem responsáveis pela coleta, sendo uma delas com formação superior - bacharelado em enfermagem; uma biomédica para acompanhar o armazenamento das amostras, testagem rápida e assinatura de laudos; duas entrevistadoras e uma psicóloga voluntária, docente da Universidade Estadual do Amazonas - UEA, também apta a realizar entrevistas de acordo com a demanda; seis médicos, que se alternam no atendimento; uma preceptora docente da UEA; cinco residentes do programa de Residência em Ginecologia e Obstetrícia também da UEA e; cinco bolsistas de iniciação científica do curso de medicina da Universidade do Estado do Amazonas - Programa de Apoio a Iniciação Científica (PAIC) / Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM), uma supervisora de campo; uma Assistente de gestão (apoio administrativo); uma coordenadora estadual. Desta forma a equipe completa é composta por 20 profissionais, sendo 13 bolsistas vinculados a programas de iniciação científica. Diariamente a equipe conta com cerca de 11 profissionais, sendo que há uma escala para médicos e bolsistas de iniciação científica, uma dupla por dia.

c) Estabelecimento de parcerias

A Secretaria Municipal de Saúde foi contada, via ofícios expedidos pela Direção do ILMD/ Fiocruz-Amazônia, para atender a demanda do projeto em termos de TR e medicação para tratamento de IST. Esse material foi prontamente disponibilizado pela referida instituição. Foi realizada reunião com a Coordenadora do Programa de Imunização da Secretaria Estadual de Saúde - SUSAM, para organização do repasse das vacinas que virão do Ministério da Saúde (MS) via secretaria.

Seguem outras atividades realizadas para início do campo:

- ▶ Montagem de cerca de 30 envelopes para a realização das primeiras entrevistas;
- ▶ Impressão de novos convites para sua readequação, objetivando melhorar a visualização sobre o local da pesquisa e os critérios de participação.
- ▶ Contratação do serviço de *internet* móvel – operadora VIVO - para o ambulatório, pois este não dispunha do serviço. Este fato retardou o início das atividades.
- ▶ Elaboração e impressão de três *banners* (90 X 120 cm) para identificação do local: um para o portão da Policlínica, outro no primeiro piso indicando o caminho e o terceiro exatamente na porta do ambulatório. Por se tratar de um espaço com ampla estrutura, considerou-se a disponibilização de mais de um banner, expostos em pontos estratégicos, para facilitar a localização.
- ▶ Constituição da equipe e implementação das bolsas/auxílio financeiro.
- ▶ Coleta de informações pessoais e assinaturas da equipe assistencial (médicas, coletadoras, bioquímica) e das entrevistadoras que iriam atuar no projeto.
- ▶ Implementação do acesso ao REDCAP para todos os integrantes da equipe.
- ▶ Repasse dos materiais de referência sobre os procedimentos a serem realizados, bem como o fluxograma de procedimentos operacionais para que todos pudessem se familiarizar com as suas respectivas tarefas.
- ▶ Realizada capacitação para as coletadoras com uma especialista do Laboratório Central do Estado (LACEN), Dra. Helen Jane Medeiros para apresentação e conhecimento das especificidades do teste rápido que foi usado.
- ▶ Elaboração do cronograma de execução dos trabalhos com início previsto para a última semana de março e finalização dos trabalhos no final de junho. Tão logo fosse possível o retorno das atividades, este será ajustado de acordo com o prazo disponível.

d) Interface com ambulatórios e serviços de apoio

Estabelecemos parceria de primeira ordem com a Policlínica Codajás – Ambulatório de Ginecologia – SES/AM; Ambulatório de Diversidade Sexual e Gênero – Processo Transsexualizador – Universidade Estadual do Amazonas/UEA; Instituto de Pesquisa Clínica Carlos Borborema (IPCCB)–FMTHVD; Programa Municipal de IST/AIDS – SEMSA/Manaus; PNI/AM e Laboratório Central de Saúde Pública do Amazonas -LACEN/AM.

A parceria com o setor de vigilância da SEMSA foi construída no decorrer do processo. Realizamos reuniões para conhecimento e definição do fluxo e acesso pelos usuários aos serviços de saúde. Com relação à nossa demanda laboratorial, como o VDRL, as mesmas foram referenciadas para unidades de saúde (UBS) que contam com postos de coleta nos quais as participantes puderam realizar agendamento para realização da coleta mediante apresentação da requisição do exame. Os respectivos resultados foram disponibilizados *online* em até três dias. Quanto aos demais procedimentos, exames laboratoriais, medicação e consultas complementares, a orientação era para que recorressem à rede pública municipal como um todo e não especificamente para uma unidade de saúde. O ambulatório de ginecologia contou com uma equipe multiprofissional que deu importante suporte às nossas participantes, principalmente com o aconselhamento pós testes. A equipe local optou por não especificar uma ou outra unidade de saúde para atender as TrMT, entendendo que seria importante para não alimentar o preconceito, a discriminação e, sobretudo, a segregação dessa população, que deveria estar inserida em todas as unidades do SUS. As orientações estiveram de acordo com a política estadual de saúde LGB-TQI+. Houve também uma parceria com a Fundação CECON – Centro de Controle de Oncologia do Amazonas, para onde encaminhamos as participantes do TransOdara que precisavam realizar algum exame de imagem. Esta colaboração foi viabilizada por meio do Dr. Jorge Roberto di Tommaso Leão, professor da UEA e pesquisador da Fundação CECON.

Da recepção com a supervisora às consultas médicas, as participantes do TransOdara foram informadas sobre os serviços disponibilizados pelas instituições parceiras que lá atuam e os serviços oferecidos foram muito bem recebidos pela maioria das participantes, pois representam segurança no acesso aos procedimentos e cuidados.

Na retomada do campo Manaus, após interrupção por causa da pandemia, contamos com o apoio solidário do Programa Municipal de IST/AIDS (SEMSA – Manaus) que disponibilizou os *kits* de testagem rápida

para as IST, de maneira a atender a demanda agendada. Nesse período, foi necessário trocar alguns *kits* em virtude da proximidade da data de vencimento, tendo recebido apoio do referido programa. Ressalta-se ainda que os *kits* que não foram utilizados foram doados à *Unidade Básica de Saúde Morro da Liberdade*. Parceria semelhante ocorreu com o Programa Nacional de Imunização / PNI – Manaus que nos forneceu quantitativo extras de vacinas para Hepatite A e B e HPV.

Ressaltam-se que as parcerias estabelecidas previamente com a Policlínica Codajás – Ambulatório de Ginecologia – SES/AM; Ambulatório de Diversidade Sexual e Gênero – Processo Transsexualizador – Universidade Estadual do Amazonas/UEA; Instituto de Pesquisa Clínica Carlos Borborema (IPCCB)–FMTHVD seguiram vigentes e totalmente funcionais, permitindo o atendimento das TrMT que tivessem interesse no processo de hormonização ou aquelas que precisavam procurar outras especialidades. Importante ressaltar que os casos não passíveis de tratamento no âmbito do ambulatório estão sendo encaminhados para outros serviços especializados dentro da rede do SUS, seguindo a lógica do atendimento da prevenção e do cuidado.

Além de médicos residentes, que atuaram no projeto supervisionados pela médica do estudo, a equipe contou com o apoio dos bolsistas de iniciação científica, que também continuaram ligados ao projeto na segunda etapa.

f) Readequação de Fluxo, instrumentos e POP

Dentre o conjunto de instrumentos disponibilizados pela coordenação nacional, apenas três foram adaptados:

- ▶ Fluxograma de atendimento – de acordo com as etapas e procedimentos requeridos pelo projeto, para o sítio de Manaus, estabelecemos o seguinte fluxo de atendimento, identificando profissional responsável:

§ 1º momento: acolhimento, ética, aconselhamento e assinatura TCLE - supervisora;

§ 2º momento: coleta de sangue e urina, aceitabilidade pré, autocoleta- grupo de coleta;

§ 3º momento: entrevista – entrevistadoras ou membro da equipe disponível;

§ 4º momento: consulta médica – médico do dia;

§ 5º momento: aceitabilidade pós – grupo de coleta;

§ 6º momento: encerramento – supervisora;

§ 7º momento: retorno para doses medicação ou vacina – grupo de coleta;

§ 8º momento: retorno para buscar resultados exames CT/NG – grupo de coleta.

§ Reformulação do convite: Foi dado destaque ao endereço e ressaltado os serviços oferecidos;

- ▶ Unificação dos laudos - os resultados dos TR foram condensados em uma única página para otimizar o tempo de preenchimento.
- ▶ Elaboração do cronograma mensal com demonstrativo dos dias úteis e número de atendimentos até o final da amostra.

II) ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O CAMPO

a) Recrutamento e agendamento

Seguem as atividades desenvolvidas para estímulo à adesão de potenciais participantes ao estudo:

- ▶ **Campanha pré-início do campo** - Foi realizada campanha de lançamento do projeto uma semana antes da data de início do campo. A campanha foi composta por um card digital, divulgado em redes sociais. Constavam como informações relevantes: chamada específica para a população das TrMT; convite para participar do projeto TransOdara; chamada para a realização de exames laboratoriais, mamografia, ultrassonografia e vacinas; disponibilização de três números de telefones para o agendamento de consultas e o lembrete para comparecer com sua carteira de vacinação. O texto era uma mescla de serviços a serem oferecidos pelo Ambulatório Transsexualizador e serviços oferecidos pelo projeto TransOdara. Em função da metodologia de recrutamento, RDS, não houve divulgação do endereço porque nossa intenção era apenas criar um "FATO DESTAQUE" que pudesse facilitar o reconhecimento e a adesão da população participante quando recebessem convites para participar. Os números de telefones divulgados no card eram, propositalmente, o número da coordenadora, supervisora e assistente de gestão do TransOdara. Quando estas receberam telefonemas de potenciais interessadas, foi possível orientar sobre os objetivos do projeto, porque participar e, sobretudo, como participar. A campanha resultou em sucesso porque atingiu TrMT que não faziam parte das redes das sementes, incluindo atingir grupos distintos, desde moradores de rua, passando por servidores públicos; participantes com elevado grau de ins-

trução; e profissionais do sexo das diversas zonas da cidade. Diante da mobilização gerada pela campanha, as sementes encontraram facilidade para efetivar o convite e assegurar a participação.

Iniciamos o campo em 16 de novembro com a participação de cinco sementes, sendo programado um número de seis atendimentos/dia, mas após apresentação da proposta à coordenação nacional, foi orientado uma redução para quatro participantes e assim garantir a qualidade e cuidado exigido no atendimento, em respeito às medidas de distanciamento social requeridas pela pandemia. Conseguimos manter a média de quatro atendimentos por dia, além de alguns retornos.

O alcance da divulgação nas redes sociais, somada a estratégia de levar convites para trazer as amigas e ainda serem recompensadas, sem dúvida, contribuiu para uma elevada participação. Entretanto, também avaliamos que houve um explícito interesse por acesso aos cuidados de saúde, pelos exames; pela oportunidade de realizá-los sem burocracias e demora. A alta adesão foi também um reconhecimento da importância do projeto para a saúde de todas.

Ao finalizar o atendimento e chegada a hora da entrega dos novos convites, as participantes foram cuidadosamente orientadas para trazerem suas convidadas, ligando previamente para agendar a data do atendimento. E quando havia algum contratempo eram orientadas a comunicar com antecedência para desbloquear a agenda. A maioria reservou logo uma data e confirmou depois por telefone. A participação tem se deu de forma efetiva conforme a programação agendada.

O TransOdara alcançou significativo sucesso na reta final, especificamente nas duas últimas semanas do campo. No dia 23 de abril de 2021, alcançou-se a meta das 300 participantes e fechamos o mês, em 30 de abril de 2021, com o total de 342 atendimentos, 42 a mais dos definidos na amostra. Desse total houve apenas duas participantes não elegíveis.

Na ocasião do encerramento foi realizado um bazar solidário onde cada participante escolhia duas peças de vestuário ou bijuterias. Foi servido um lanche coletivo com todo o rigor das orientações sanitárias.

b) Envio de material biológico aos laboratórios parceiros

No dia 15 de dezembro de 2020 realizamos nosso primeiro envio das amostras para São Paulo e Porto Alegre. Tudo ocorreu dentro do protocolo exigido e ressaltamos o apoio irrestrito recebido da coordenação nacional, em todas as etapas da remessa. Como medida preventiva, dedicamos os dias 11 e 14/12/2020 exclusivamente para os prepara-

tivos do envio e não houve atendimento das participantes. Todo o material foi minuciosamente organizado de acordo com os instrumentos de orientação disponibilizados pelo projeto. A vivência do processo de envio resultou em importante aprendizado para a equipe de laboratório. Dois volumes de diferentes tamanhos foram enviados, sendo um para São Paulo e outro para Porto Alegre. Consideramos que a empresa contratada para o transporte cumpriu com sua responsabilidade, pois os volumes foram recebidos nos destinos dentro do tempo previsto. Ainda em relação às amostras, as de sangue continuaram armazenadas para que o envio fosse efetivado ao término do estudo, o que foi realizado sem intercorrências.

A empresa *Biologística – Soluções em Logística e Serviços*, responsável pelo transporte das amostras deixou a desejar em alguns aspectos, como não disponibilidade de material apropriado para acondicionamento das amostras, tipo plástico bolhas e sacos impermeáveis, estes foram adquiridos pela projeto. Fora isso, o atendimento foi de acordo com o contratado sem maiores ocorrências.

Após o primeiro envio de material biológico realizado ainda em 2020, nova remessa foi realizada em 23 de fevereiro de 2021, para o IAL, pouco antes da retomada das atividades de campo. A remessa seguinte ocorreu em 23 de março de 2021, sendo a quarta realizada no decorrer do campo. Na data, foram enviadas amostras para dois locais diferentes: CRT/SP e UFCSPA/RS.

As amostras destinadas à Porto Alegre/RS, levaram quase uma semana para serem entregues no destino. Isso se deu por uma falha da companhia aérea associada a um preenchimento incompleto no formulário de envio. O empenho da equipe do sítio, em conjunto com a coordenação nacional, foi crucial para que se conseguisse localizar as amostras. Felizmente, apesar do atraso, as amostras foram entregues sem prejuízo quanto à qualidade do material transportado. Vale ressaltar que após esse episódio, a equipe da coordenação nacional disponibilizou versões dos formulários de transporte pré-preenchidos, e a equipe local redobrou os cuidados para evitar qualquer tipo de falha.

Com a finalização do campo em 30 de abril de 2021, foram programadas o envio de mais três remessas de amostras: em 17 de maio, para o CRT, para o IAL e para a UFCSPA. A última remessa de amostras foi realizada em 24 de maio de 2021 para a UFCSPA, e dessa maneira concluiu-se o envio de material biológico do campo Manaus.

c) Convocação de participantes para tratamento e vacinação contra hepatites A e B e HPV

Na primeira etapa do campo consideramos que não foi possível realizar um controle rigoroso sobre os retornos das participantes. No tocante à medicação, por exemplo, a participante recebeu a 1ª dose no ato do atendimento e recebeu orientação das datas futuras das doses subsequentes (2ª e 3ª); as que retornaram foram atendidas, mas não houve busca ativa para as que não compareceram. Com relação à vacina, a situação foi semelhante. Sabemos ser necessário desenvolver estratégias de promover busca ativa para assegurar a completude dos tratamentos, mesmo após o término do período de inclusão de novas participantes.

A interrupção pela pandemia resultou na necessidade de desenhar e tentar várias estratégias para animar e atrair as participantes de volta ao campo e buscar as que precisavam finalizar o esquema vacinal e completar a medicação conforme prescrito:

- ▶ divulgação nas redes sociais por meio de *post's* e mensagens individuais sobre a reabertura da agenda e atendimento;
- ▶ aumento dos valores dos incentivos primários e secundários;
- ▶ oferta de brindes (peças de vestuários, itens de maquiagem);
- ▶ oferta de transporte de ida e volta até policlínica;
- ▶ oferta de lanches individuais (sem riscos sanitários);
- ▶ oferta da medicação (antibióticos) diretamente pelo TransOdara para independer da disponibilidade oferecida pela farmácia do PAM;
- ▶ doação de *kit's* de higiene pessoal e máscaras descartáveis e N95/PFF2.

Consideramos que dentre as estratégias aplicadas, os incentivos primário e secundário foram as que mais atraíram as participantes. Isso garantiu um bom ritmo de atendimento e possibilitou a conclusão do campo ainda em tempo de arrefecimento da pandemia em Manaus.

Os mimos adicionais também ajudaram a manter a agenda movimentada e o pagamento do transporte individual foi fundamental para garantir a presença das participantes. Dependendo do transporte coletivo, agravado pelo aumento das chuvas torrenciais, muito comum nos cinco primeiros meses do ano, poderiam comprometer o comparecimento das mulheres à policlínica. Também observamos que os lanches, foram providenciados diante da carência alimentar referida por várias das participantes.

d) Sistematização das ações frente à interrupção das atividades pela COVID-19

As atividades da pesquisa tiveram que ser suspensas por diversas ocasiões em função da pandemia do COVID-19. Tais suspensões se basearam nos decretos estaduais do Amazonas, nº 42.061 de 16/03/2020, nº 42.100 e nº 42.101 de 23/03/2020, nº 42.145 de 31/03/2020 e nº 42.185 de 14/04/2020 e tendo em vista as recomendações da Organização Mundial de Saúde e MS. Diante das recomendações legais os atendimentos presenciais em órgãos e entidades da administração direta e indireta do poder estadual foram suspensas, inviabilizando as atividades do projeto dentro da Policlínica Codajás. Vale ressaltar que os decretos municipais também acompanharam as recomendações do estado, em função do número crescente de casos graves e mortes por COVID-19. Diante do novo cenário que se apresentou da pandemia de COVID-19, foi necessária aquisição de novos EPI para a equipe: protetores faciais, máscaras cirúrgicas e N95/PFF2, álcool em gel, luvas de procedimento e tocas descartáveis. Parte desse material foi remetido pela coordenação nacional, parte foi adquirido de fornecedores locais, com autorização da coordenação nacional. A Fiocruz também doou ao projeto um número adicional de máscaras descartáveis, luvas de procedimento, protetores faciais e aventais descartáveis.

- ▶ **Ações de troca e aquisição de novos tubos para coleta e de kits de TR** – Os períodos de adiamento e posterior interrupção, quando da espera por condições sanitárias seguras para iniciar o trabalho de campo, exigiram trocas de materiais que se encontravam prestes a vencer, como tubos de 3 ml e 3,5ml para coleta de sangue.

Conseguimos trocar os de 3ml com o Instituto de Medicina Tropical, mas quanto aos tubos de 3,5ml, não conseguimos encontrar quem os trocassem a tempo de evitar o vencimento. Com os tubos 3,5ml a vencer em prazo curtíssimo, consideramos fazer contato com a empresa fabricante *Greiner Bio-One International GmbH – GBO* como última tentativa de evitar o prejuízo provocado pela pandemia e assim evitar novos gastos, mas infelizmente alternativa proposta era trocar, a tempo de uso, com outros clientes da rede privada de Manaus. Isso não foi possível, o que exigiu nova compra que foi realizada pela coordenação nacional a tempo de suprir o estoque necessário para o início do campo.

O agravamento da pandemia resultou em situação semelhante com relação a 200 tubos de 5 ml. A partir do dia 26/12/2020, foi DECRE-TADA a suspensão total das atividades não essenciais até 18/01/2021, o que exigiu o adiamento do retorno das ações do projeto previstas para 04/01/2021. No dia 06/01/2021, o decreto estadual nº N° 43.271 prolongou a suspensão das referidas atividades até 31/01/2021.

Para evitar nova compra de todos, sem prejuízo das atividades, fizemos contato com os pesquisadores da Fiocruz, Instituto de Medicina Tropical e Laboratório Central, mas nenhuns desses serviços públicos utilizam o mesmo produto. Recorremos novamente ao representante na regional norte, localizado em Belém/PA, da empresa *Greiner Bio-One International GmbH*, que mediou o contato com o Dr. George William, diretor técnico do Laboratório Fal, em Manaus. Felizmente conseguimos realizar a troca em forma de consignação: entregamos 200 tubos com vencimento em 26/01/2021 para serem utilizados por eles. Tudo foi devidamente documentado. Em relação aos *kits* de TR, fornecidos pela SEMSA, bem antes do início da pandemia, tivemos também o entrave com as datas de vencimento, mas foram possíveis a devolução e a redistribuição na rede de serviço municipal em tempo de evitar prejuízos.

Enfrentamos alguma dificuldade para trazer para o projeto medicamentos para tratamento das IST, por parte da SEMSA, para quem havíamos solicitado tais insumos antecipadamente. A medicação que está sendo indicada e aplicada a primeira dose nas participantes do projeto é a Penicilina G Benzatina e seu diluente, disponibilizada na farmácia da policlínica Codajás, mediante apresentação da receita. Para aplicação do medicamento foi feita a compra de seringas de 5 ml e agulhas 30mm x 0,8mm, uma vez que o material não é disponibilizado na farmácia.

Resumindo, durante a interrupção das atividades de campo, realizamos:

- ▶ Articulação periódica com as instituições parceiras;
- ▶ Divulgação entre os membros da equipe de mensagens e vídeos informativos;
- ▶ Revisão dos formulários com os responsáveis pelo seu preenchimento;
- ▶ Reuniões periódicas e treinamento virtuais com a equipe. Além do agendamento de reuniões virtuais com a coordenação nacional para planejamento de treinamentos virtuais e piloto de atendimento, iniciou-se a verificação da validade do material de laboratório, e *kits* de TR fornecidos pela SEMSA.

O quadro 3 identifica as atividades por data e participantes.

- ▶ **Instalação da sala de vacina no Ambulatório de Ginecologia e Diversidade Sexual** - Para atender aos objetivos da pesquisa, que visa o cuidado e a prevenção referente às IST da população de TrMT em Manaus, e devido à inexistência de sala de vacinação na policlínica Codajás, consideramos, em acordo com a coordenação do Programa Nacional de Imunização/Amazonas (PNI/AM), a necessidade da

implantação de uma mini sala de vacina no próprio local do ambulatório. A razão maior seria evitar o não cumprimento da vacinação por parte das participantes, caso precisassem procurar outro serviço de saúde. Assim, foi adquirida pelo projeto, com aval da coordenação nacional, uma geladeira específica para o armazenamento das vacinas de hepatites A e B e HPV. A quantidade necessária para atender à demanda total do projeto já está acordada com o PNI, porém a retirada do insumo para o projeto ocorreu de forma gradativa, de acordo com o volume de atendimentos, de modo a assegurar armazenamento adequado. Foram doados dois termômetros externos, um pelo Instituto de Medicina Tropical e outro pelo PNI/AM. Também foi realizado e coordenado pelo PNI/AM, o treinamento em serviço - aprazamento, armazenamento e manuseio das doses para a equipe que está responsável pela vacinação no projeto.

Concluimos as atividades do TransOdara em 22 de dezembro de 2020 com o ânimo de reiniciar o campo em 04 de janeiro de 2021. Participantes engajadas e equipe animada, mas fomos surpreendidos por uma catástrofe sanitária anunciada em razão da falta de governabilidade. A pandemia da COVID-19 foi especialmente marcante em Manaus, nos meses de janeiro e fevereiro de 2021. A segunda onda de casos do novo coronavírus, que provocou efeito devastador e dramático na população e nos sistemas de saúde (público e privados), impediu a retomada das atividades de campo que foi sendo adiada por diversas vezes. A crise do oxigênio, item de pauta de inúmeras matérias jornalísticas, levou à restrição severa da mobilidade urbana por tempo além do previsto⁶. Ao todo, foi necessário aguardar dois meses até que fosse razoavelmente seguro retomar os trabalhos, o que só foi possível na primeira semana de março.

6 Ver matéria disponibilizada em: <https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2021/01/14/governador-anuncia-decreto-que-proibe-circulacao-de-pessoas-entre-19h-e-6h-em-manaus.ghtml>

Quadro 3 – Reuniões realizadas durante a interrupção do campo TransOdara – Salvador, em função da pandemia de COVID-19

Data	Tema	Pauta
24/07/20	Reunião virtual com toda a equipe	Informes gerais, planejamento de retomada das atividades do projeto, treinamento de sistema (REDCap), treinamento de fluxos.
21/08/20	Reunião de treinamento no REDCap para toda a equipe, conduzida por Rodrigo Calado-Área de Tecnologia da Informação da Santa Casa de São Paulo - coordenação nacional do projeto	Apresentação do REDCap, formas de acesso ao painel de registros, preenchimento dos formulários, resolução de problemas relacionados a senha.
01/09/20	Reunião virtual-administração e supervisão com Rita Bacuri, Paula Fonseca, Lenice Galan e José Luís Gomez.	Apresentação do gerenciador de convites e impressão de etiquetas
03/09/20	Reunião para treinamento dos profissionais envolvidos nos procedimentos de coleta, supervisão, administrativos e entrevistadoras. conduzido por Lenice Galan e Katia Cristina Bassichetto	Treinamento para recepção das participantes, coleta de material biológico, qualidade de dados e preenchimento dos formulários da pesquisa
15/09/20	Reunião para realização de piloto virtual com toda a equipe, conduzida pela coordenação estadual	Preenchimento de formulário de elegibilidade e acesso aos demais formulários
06/11/20	Reunião com médicos residentes: Dária Neves, Tamires Alves, Tássia Botelho, Raphael Serra, Emilis Moreno, Sara Litaiff, coordenado por Rita Bacuri e Paula Fonseca.	Apresentação do projeto para médicos residentes responsáveis pela avaliação clínica
09/11/20	Reunião de treinamento sobre atendimento clínico com Dária Neves, Tamires Alves, Tássia Botelho, Raphael Serra, Emilis Moreno, Sara Litaiff, Rita Bacuri, Paula Fonseca, conduzido por Lenice Galan e José Roberto de Carvalho.	Orientação sobre IST tratamento, preenchimento do Formulário Clínico no REDCap
10/11/20	Reunião de treinamento para coleta de material biológico com Glaucia Lima, Elen Martins, Joana D'Arc, Paula Fonseca.	Revisão dos procedimentos e fluxos da coleta de material biológico. Observação: Este treinamento foi repetido devido a dificuldades encontradas pela equipe em participar do treinamento anterior.

Embora tenhamos sofrido com a perda de amigos, parentes e importantes parceiros institucionais⁷, o período do recesso foi marcado pelas ações de

⁷ O falecimento da diretora da Fundação de Vigilância em Saúde, Dra. Rosemary Pinto, foi um profundo golpe para toda a equipe do TransOdara Manaus. A FVS, parceira de primeira ordem, disponibilizou as vacinas bem antes da autorização do MS e viabilizou a instalação da sala de vacina no local do atendimento para poder garantir a prevenção e atender com cuidado

articulação com as participantes, via redes sociais, em especial o WhatsApp, animando o grupo para evitar o desamino e o descrédito em relação às ações do projeto. O tema da retomada das atividades, bem como as informações de interesse da população LGBTQI+ foram as estratégias usadas para animar o grupo. Foi possível observar que o grupo estava ansioso para a retomada do campo com a possibilidade de levarem suas convidadas e o ganho do ressarcimento.

Constatamos neste período, a partir das relações virtuais, as necessidades financeiras enfrentadas pelas participantes. Retomar o mais rápido possível era uma questão de urgência, embora pontual em relação a sobrevivência delas. As participantes que têm como única atividade de trabalho o comércio do sexo foram as que mais sentiram os efeitos deste período sombrio.

As articulações com os gestores, em particular com o diretor da Policlínica Codajás, resultaram na imunização de toda a equipe do TransOdara.

No mês de fevereiro realizaram-se os trâmites necessários para a inclusão de mais uma integrante na equipe para as atividades de busca ativa (medicação e vacinas), entrega de exames e agendamento de retornos.

Ainda com a intenção de promover maior agilidade no atendimento feito pela equipe de coleta de material biológico, foi incrementado o valor da bolsa de uma técnica em enfermagem, que já estava colaboradora da pesquisa, porém dividia a bolsa com outra colega. Com a equiparação dos valores houve satisfação por parte da equipe pelo reconhecimento do trabalho realizado.

III) CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRABALHO DE CAMPO E DIFICULDADES ENCONTRADAS NO PROCESSO

O projeto foi executado na Policlínica Codajás – SES/AM, no Ambulatório de Ginecologia, localizado no Bairro da Cachoeirinha, Zona Centro Sul de Manaus. O local foi considerado de fácil acesso para quem vinha de qualquer área da cidade. A estrutura do prédio favoreceu a observância das medidas de biossegurança referentes à COVID-19, especialmente em termos de ventilação e distanciamento social. Em seus amplos corredores a ventilação é natural e, mesmo os espaços climatizados, como as salas de espera, são confortáveis, espaçosas e possibilitam o distanciamento pessoal para garantir as medidas de prevenção ao novo coronavírus.

Não foram registradas reclamações, por parte das participantes, em relação ao acesso e acomodações da policlínica. Também não houve registro de caso de COVID-19 entre as participantes. Quanto à equipe, apenas uma bolsista apresentou suspeita, mas não foi confirmada. O TransOdara funcionou das 13h às 17h e ocupou quatro salas fixas de segunda à sexta-feira e mais uma sala de recepção, todas climatizadas. Às segundas, quartas e quintas-feiras, o número aumentava para sete salas. Embora as áreas de circulação e recepção fossem amplas e os consultórios adequados para o atendimento clínico, não ficou confortável quando adaptado para as atividades do laboratório. Tivemos que acomodar uma cadeira própria de coleta, tanto para o conforto da profissional, quanto da participante, o que deixou a sala com menos espaço. Esse movimento foi constante, a busca de soluções para melhorar e otimizar o espaço.

Entre as soluções implantadas para melhorar o espaço do laboratório, realizamos mudanças em relação à autocoleta.

Nas duas primeiras semanas de dezembro tivemos um fluxo muito elevado de participantes, que exigiu por parte da equipe serenidade, boa vontade e compromisso com os objetivos do projeto. Houve empenho de toda a equipe para atender da melhor maneira possível todas as participantes que chegaram ao ambulatório, independente do agendamento ter sido realizado. Nossa agenda foi organizada de modo a evitar contratemplos, mas consideramos ser importante atender a todas mesmo exigindo um grande esforço por parte da equipe, porque são pessoas que estão em condição de vulnerabilidade social e enfrentam dificuldades redobradas ao acessar os serviços de saúde.

O arranjo institucional que permitiu a atuação dos cinco médicos residentes para realizar os atendimentos clínicos do projeto foi, sem dúvida, uma conquista importante e um ponto muitíssimo positivo para o projeto. Durante o período de atendimento em 2020, ainda com a questão da pandemia em alta e a sobrecarga de trabalho que a categoria vem enfrentando, não houve nenhuma falta, pelo contrário, tivemos sempre um profissional à disposição do projeto, a despeito de quaisquer imprevistos na agenda da equipe. Também não tivemos qualquer tipo de reclamação por parte das participantes com relação ao atendimento clínico.

A participação dos alunos de iniciação científica foi um ponto positivo no fluxo de atendimento. Eles auxiliam os médicos e a equipe de coleta com o fluxo: coleta → avaliação clínica → coleta → fim da entrevista. Eles auxiliaram também no registro fotográfico dos documentos para o acervo virtual do projeto.

4.2.3. PORTO ALEGRE

Equipe:

Coordenação: Andréa Fachel Leal (professora UFRGS)

Daniela Riva Knauth (professora UFRGS)

Administração financeira: Luciana Barcellos Teixeira (professora UFRGS)

Responsável pelo laboratório: Dariana Pimentel Gomes Hübner (servidora técnica UFRGS)

Supervisão: Michele de Lavra Pinto (pós-doc UFRGS)

Consultas de enfermagem: Jonatan da Rosa Pereira da Silva (enfermeiro/aluno de doutorado UFRGS)

Coleta: Vinicius de Souza Casaroto (farmacêutico/aluno de mestrado UFRGS)

Cristine Coelho Cazeiro (enfermeira/aluna de doutorado UFRGS)

Entrevistas: Rafael Steffens Martins (aluno de doutorado UFRGS)

Mateus Espíndola (aluno de medicina UFRGS/Bolsista de Iniciação Científica)

Navegadora de pares: Maria Rita Alves Guimarães

Busca ativa de participantes/apoio: Brendha Ferreira Henrique (aluna de nutrição UFRGS/Bolsista de Iniciação Científica), Mariana Silva (aluna de biomedicina UFRGS/Monitora), Marina Elis Cavalli (aluna de biomedicina UFRGS)

Nos meses de janeiro a fevereiro de 2021, com o decreto da UFRGS de suspensão das atividades presenciais, inclusive as de pesquisa, a equipe do TransOdara Porto Alegre decidiu definir e capacitar a equipe para o início das atividades de coleta de dados tão logo fosse autorizado. Foram definidos quais seriam os integrantes da equipe e quais seriam suas respectivas funções. Cada membro da equipe ficou responsável pela leitura e apresentação dos manuais operacionais e dos procedimentos operacionais padrão. Este material foi apresentado e discutido com toda a equipe de pesquisa.

Foram realizadas reuniões semanais com toda a equipe nas quais foram discutidos os fluxos da pesquisa, os manuais de operacionalização e o questionário. Para esta operacionalização, as atividades foram organizadas nos seguintes itens: 1) laboratório – procedimentos de coleta, armazenamento e preenchimento dos dados no RedCap; 2) elegibilidade – estratégias de recrutamento, identificação das sementes,

material de apoio do recrutamento, geração de etiquetas, preenchimento RedCap; 3) questionário – discussão das questões, preenchimento do questionário no RedCap, simulações; 4) consulta – discussão do material de apoio, capacitação com equipe de São Paulo, análise dos procedimentos operacionais padrão; 5) distribuição das atividades entre os membros da equipe.

Com o agravamento da pandemia de Covid-19, alterações no local da pesquisa e na composição da equipe foram necessárias, descritas a seguir.

b) Espaço físico

Em Porto Alegre, o planejamento para o trabalho de campo na etapa quantitativa previa a realização do estudo no Laboratório da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Com o avançar da pandemia de COVID-19, um conjunto de resoluções da Administração Central da UFRGS nos obrigou a rever todo este planejamento. Primeiro, uma decisão da Reitoria suspendeu toda atividade de pesquisa, de extensão e de ensino, por alguns meses. Depois, nova decisão da Reitoria autorizou a realização de algumas atividades de pesquisa, desde que envolvessem seres vivos e que já estivessem em andamento. A partir deste momento, tínhamos os parâmetros necessários para readequarmos os protocolos da pesquisa e fazermos um novo planejamento das atividades.

Em um primeiro momento, tendo em vista o fechamento da Faculdade de Farmácia da UFRGS, negociamos um espaço para a pesquisa no Centro de Saúde Modelo. O Modelo é um centro de saúde grande, que existe há décadas no mesmo espaço – um local próximo ao Centro – e que oferece um conjunto variado de serviços, de modo que é uma referência importante na cidade. Dentre os serviços ofertados, estão equipes de Estratégia da Saúde, além de serviços especializados, práticas integrativas e complementares, uma farmácia distrital e uma sala de imunização. É dentro do Modelo que está situado o primeiro ambulatório para atendimento de saúde integral de homens e mulheres trans e travestis do município de Porto Alegre (o Ambulatório Trans ou, simplesmente, Ambulatório T, inaugurado em agosto de 2019). A gestora do Modelo e a coordenadora do Ambulatório T se colocaram como parceiras do projeto, disponibilizando espaço e recursos necessários. O profissional de enfermagem foi cadastrado no e-SUS e passou a ter acesso a informações relativas às participantes, além de poder seguir o protocolo do município relativo às IST para profissionais de enfermagem (que inclui a prescrição de tratamento). Por fim, foi estabelecido um fluxo de referência e contrarreferência, tanto com o Ambulatório T

quanto com a Farmácia do Modelo, assim como uma parceria com um terceiro serviço, externo ao Modelo, o Serviço de Atendimento Especializado (SAE) em DST/Aids Santa Marta, situado no Centro de Saúde Santa Marta, no Centro Histórico (parceria necessária inclusive para as solicitações de carga viral das participantes que testaram HIV+).

Enquanto buscávamos readequar o espaço em que a pesquisa seria desenvolvida, fizemos alterações quanto à equipe. O número de pessoas que fariam o trabalho de campo foi reduzido ao mínimo necessário para implementar os protocolos da pesquisa: entrevistadores, coletadores e profissional de enfermagem para as consultas clínicas (**ANEXOS 10**). Só integrariam a equipe de campo, ademais, pessoas completamente imunizadas para COVID-19. Revisamos e adequamos os protocolos de pesquisa, de modo a assegurar que as atividades de supervisão e de coordenação fossem mantidas de forma remota; a distribuição de convites pelas participantes igualmente fosse não presencial; e finalmente que as pessoas que compunham a equipe de campo pudessem desempenhar mais de uma tarefa, dada a redução do número de pesquisadores.

No período de adequações da equipe, o Centro de Saúde Modelo tornou-se um local de referência primeiro para triagem e testagem de casos suspeitos de Covid-19 e, depois, para a imunização quando a vacina ficou disponível. Reavaliamos a decisão de fazer o campo no Modelo, uma vez que as participantes ficariam expostas ao irem para aquele espaço. Optamos, assim, por um modelo híbrido de pesquisa: a equipe mínima faria a aplicação de questionários e coleta de exames em visita domiciliar (**ANEXO 11**), e a consulta com profissional de enfermagem seria feita posteriormente no Modelo. A equipe que ia em domicílio era composta por 1 entrevistador, 1 coletador, 1 técnica de laboratório e levavam os insumos necessários para a coleta, testagem e armazenamento do material biológico (*rack*, caixa térmica, gelo etc.). As primeiras sementes e convidadas foram atendidas neste modelo híbrido. A consulta com profissional de enfermagem era agendada depois da visita domiciliar, e realizada em uma sala do Modelo.

Transcorridas algumas semanas, a reabertura parcial de prédios da UFRGS permitiu a reavaliação de nossa estratégia de pesquisa. Optamos por centralizar toda a pesquisa no Laboratório da Faculdade de Farmácia (que era o plano original da pesquisa), mantendo a equipe mínima, e atendendo às participantes exclusivamente por agendamento. A supervisora de campo manteve-se o tempo todo atuando de modo remoto.

c) Estabelecimento de parcerias

Algumas entrevistas de abordagem qualitativa, em profundidade, foram realizadas no período em que estávamos preparando para a retomada do trabalho decampo, o que permitiu (re)identificar e redefinir quem seriam as sementes no estudo.

No período foram também realizados contatos com gestores, profissionais de saúde e lideranças comunitárias. As eleições municipais implicaram uma mudança na gestão do município, o que por sua vez trouxe alterações nas equipes vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde. Foi importante informar sobre o projeto novamente. No serviço de saúde parceiro do projeto TransOdara foram feitas diversas reuniões da equipe coordenadora com gestão do Centro de Saúde Modelo e, mais especificamente, com a coordenação do Ambulatório Trans (ou simplesmente Ambulatório T).

d) Interface com ambulatórios e serviços de apoio

Em Porto Alegre, construiu-se uma parceria com o Ambulatório T, com a Farmácia do Centro de Saúde Modelo e com o SAE Santa Marta. O Ambulatório e a Farmácia foram serviços de referência para o encaminhamento das participantes em quase todos os casos; o SAE Santa Marta foi fundamental para encaminhamentos para PrEP e para a solicitação de carga viral dos exames. As vacinas foram negociadas diretamente com a Secretaria Estadual de Saúde, e foram aplicadas em dois dias pela equipe de pesquisa, no Laboratório da UFRGS; os frascos que sobraram foram dados à sala de vacina do Centro de Saúde Modelo. Os preservativos, o gel lubrificante e os testes rápidos foram recebidos da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

e) Readequação de Fluxo e POP

A pesquisa realizada no Laboratório da Faculdade de Farmácia da UFRGS com uma equipe mínima implicou na atuação à distância por parte das coordenadoras e da supervisora (que não estavam vacinadas para Covid-19).

Em função da pandemia da Covid-19 vários procedimentos previstos inicialmente precisaram ser readequados. Parte das atividades previstas para serem realizadas presencialmente foram transferidas para a forma remota, em particular, os procedimentos de elegibilidade, controle dos convites e agendamento. A elegibilidade foi realizada sempre pela supervisora de campo, de forma remota, que após a fazer o bloco de questões relativas à elegibilidade com a participante, por ligação

telefônica ou ligação de WhatsApp, imprimia as etiquetas com a numeração IDO e RDS, identificava os documentos da participante e montava os envelopes. Os envelopes eram entregues semanalmente no local do campo da pesquisa.

Também visando garantir a segurança da equipe e das participantes, todos os atendimentos foram agendados previamente. O agendamento era realizado pela supervisora de campo, que também era responsável por confirmar a participação no dia e horário agendados. As primeiras participantes foram todas atendidas a domicílio: uma equipe mínima se deslocava ao local escolhido pela participante, com material para coleta de amostras biológicas, com computador e celular com acesso a 3G, para fazer a entrevista e a coleta. Ofertava-se a possibilidade de consulta domiciliar, desde que se avaliasse, ainda ao telefone, que haveria condições para tal. As participantes sempre preferiram que a consulta fosse em outro local. Deste modo, a consulta era agendada no serviço de saúde, com o enfermeiro da equipe, em outro dia. Neste momento, as consultas foram realizadas no Centro de Saúde Modelo, que, sendo um serviço essencial, de saúde, permanecia aberto e em funcionamento.

Tão logo foi possível retoma atividades presenciais nas dependências da UFRGS, avaliou-se que seria melhor concentrar todas as atividades no Laboratório da Faculdade de Farmácia. Embora pudéssemos continuar usando o Centro de Saúde Modelo, um espaço excelente, como este é um serviço de localização central, antigo e que é de referência no município para a imunização, consideramos que a concentração e fluxo de usuários do Modelo seria um problema no contexto da pandemia de Covid-19. Assim, deixamos de oferecer as visitas domiciliares e passamos a concentrar as entrevistas, coletas e consultas no Laboratório. A dispensação de medicamentos segue sendo feita em parceria com a equipe do Modelo. O Laboratório e o Modelo são bastante próximos um do outro.

Ainda para garantir a segurança das participantes, foi ofertado transporte para o deslocamento daquelas que manifestavam dificuldade de chegar ao Laboratório. Este transporte foi realizado via o aplicativo Uber por meio de um celular disponibilizado exclusivamente para a pesquisa. Todos os recibos do deslocamento eram salvos no e-mail da pesquisa.

Buscando evitar o deslocamento desnecessário das participantes, os convites foram repassados através de meio digital (WhatsApp) e os pagamentos dos ressarcimentos secundários foram realizados, em sua maior parte, através de PIX bancário. O ressarcimento primário era realizado quando a participante comparecia ao local do estudo para a coleta de material biológico, exames, entrevista e consulta.

II) ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O CAMPO

a) Recrutamento e agendamento, incluindo atividades de estímulo à participação

Como explicado, começamos com um modelo híbrido, que envolvia visita domiciliar. Neste sistema foram realizadas 10 entrevistas. Nestas visitas domiciliares eram coletadas as amostras de material biológico, realizados os testes rápidos, a entrevista. A consulta foi postergada para o momento que fosse possível acessar o serviço de saúde.

Uma vez que optamos por concentrar as atividades de campo no Laboratório da UFRGS, todos os protocolos eram realizados naquele espaço, mas o tratamento ainda ficou restrito ao Centro de Saúde Modelo – Ambulatório T.

Com o desenvolvimento do trabalho de campo e a maior procura das participantes, a equipe de campo foi ampliada, aumentando também o número de participantes por dia (atendemos até 5 participantes e, excepcionalmente, nos últimos dois dias de campo chegamos a atender 9 participantes em um dia com horário estendido de atendimento). Assim, de 01 de março até o 02 de julho de 2021 foram incluídas no projeto 192 participantes.

No mês de maio identificamos o esgotamento das redes locais, com a diminuição da procura e da queixa por parte das participantes de que não tinham mais para quem entregar os convites visto que seus contatos já tinham participado do estudo. Muitas participantes explicavam que as pessoas para quem poderiam entregar os convites agora estavam morando em cidades da Região Metropolitana, onde o custo de vida é menor, diante da crise econômica.

Assim, considerando que estas mulheres até há pouco moravam, trabalhavam ou estudavam em Porto Alegre, eram da rede de relações de participantes do estudo, e agora estavam em local próximo, e mantinham relações e laços de amizade, foram aceitos convites distribuídos a mulheres que no momento residem em cidades vizinhas a Porto Alegre. Além disso, foram incluídas duas novas sementes que expandiram a rede nos municípios de Gravataí, Canoas, Guaíba e Viamão. Também visando agilizar o recrutamento foi incorporada na equipe uma “navegadora”, que já tinha participado do estudo e tem uma trajetória de militância trans. Esta “navegadora” atua como uma mobilizadora de pares e tem a atribuição de lembrar as participantes de distribuírem seus convites, facilitar o acesso das convidadas e explicar o estudo para as participantes que demonstram hesitação quanto à participação.

Orientamos as participantes para que o recrutamento fosse virtual preferencialmente, compartilhando com amigas uma foto do convite, para evitar a circulação e contato com muitas pessoas, em função da pandemia.

As convidadas recrutadas faziam contato por meio de celular ou WhatsApp, a supervisora explicava a pesquisa, perguntava sobre a idade e a identidade da pessoa, e agendava a participação quando lhe parecia que era elegível. Mais próximo à data, era feito um lembrete à participante. A supervisora fazia então a elegibilidade no máximo 24 horas antes da ida da participante ao Laboratório da UFRGS. Dada a situação da pandemia na capital gaúcha, optamos por oferecer para diversas participantes o traslado através de aplicativo Uber. Entretanto, nem todas aceitavam, pois algumas tinham veículo próprio e outras preferiam se deslocar de outra forma até o Laboratório. Mesmo com os lembretes da participação agendada e com a oferta de Uber, tivemos situações de cancelamento e de ausências sem aviso prévio. Estimamos que em torno de 15% das mulheres convidadas e que aceitaram tomar parte do estudo não tenham comparecido.

No Laboratório, a participante (**ANEXO 12**) era recebida e acolhida por um membro da equipe, e era imediatamente convidada para o estudo e feita a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Depois, era convidada a fazer a coleta de sangue, em sala exclusiva para este fim, e recebia frasco para coleta de urina. Na sequência, era convidada a responder à entrevista em uma outra sala do Laboratório, e, depois, às questões relativas à aceitabilidade da coleta/autocoleta com swabs. Estas questões de aceitabilidade eram feitas por membro da equipe que não atuava em tal função. Em seguida, a participante era encaminhada para a consulta com profissional de enfermagem, em uma terceira sala do Laboratório, também exclusiva para este fim. A coleta de swab por profissional, quando da preferência dela, era realizada ou pelo/a enfermeiro/a na consulta, ou pelo/a coletador/a, novamente respeitando a preferência da participante. Se não fosse da sua preferência, ela fazia a autocoleta com swab no banheiro, onde estavam disponíveis cartões plastificados com instruções. Findos os protocolos de coleta e consulta a participante conversava com um dos membros da equipe sobre os convites, assinava o recibo e recebia o incentivo pela sua participação (**ANEXO 13 e 14**). No caso de participantes para as quais havia indicação de tratamento, foram feitos encaminhamentos para o Modelo. Todo encaminhamento era precedido de um contato do/a profissional de enfermagem para com a médica responsável pelo Ambulatório T. Os encaminhamentos das participantes eram feitos da forma mais imediata ou breve possível; muitas foram de Uber diretamente do Laboratório para o Modelo (um serviço dista do outro um quilômetro).

As participantes foram orientadas a fazer o recrutamento através do telefone, enviando uma foto do convite para a amiga convidada/recrutada. Além disso, o ressarcimento secundário (por cada convidada que efetivamente vinha ao estudo) passou a ser feito através de PIX. Estas duas estratégias visaram evitar a circulação e deslocamento desnecessários por parte das participantes.

A busca ativa por participantes que não compareceram no momento agendado, assim como o contato com aquelas que tiveram alguma profilaxia ou tratamento indicados foi feito à distância, por WhatsApp e telefone. Uma bolsista de iniciação científica ficou encarregada de fazer estes contatos e, com relação ao tratamento, atualizar uma planilha compartilhada com profissional de enfermagem.

Algumas poucas participantes estavam em situação de grande vulnerabilidade socioeconômica, sendo inclusive moradoras de rua. O contato à distância com estas participantes era mediado por uma assistente social que as atendia em um abrigo. Para estas participantes foi feita a opção de distribuir um número reduzido de convites, pois a logística para o agendamento, a elegibilidade e a participação de pessoas em situação de rua provou ser um desafio imenso nas condições em que estávamos trabalhando, de modo remoto e com equipe reduzida.

b) Envio de material biológico aos laboratórios parceiros

O envio das amostras coletadas para o IAL e o CRT foi feito pela empresa contratada para tal fim, em datas agendadas através da coordenação nacional. O agendamento foi rápido e fácil, e a empresa cumpriu todos os prazos acordados.

A entrega das amostras de HPV para a UFCSPA foi feita pelas coordenadoras do estudo, pessoalmente, que transportaram o material acondicionado devidamente pela técnica de laboratório.

c) Convocação de participantes para tratamento e vacinação contra hepatites A e B e HPV

Tivemos problemas com a oferta das vacinas no campo, visto que o serviço de saúde com o qual havia sido feito um acordo para a indicação ficou sobrecarregado. O Centro de Saúde Modelo é referência para imunização em geral e, neste período, foi atropelado com a vacinação da Covid e da Influenza. Também tivemos o cuidado para garantir que a vacinação do projeto não interferisse no tempo necessário entre as vacinas que estavam sendo oferecidas às participantes, especialmente as participantes vivendo com HIV/Aids. Por esta razão, optamos por ofertar a vacina em dois sábados no final do mês de junho. Todas as

participantes com indicação para as vacinas ofertadas foram convidadas a comparecer no Lact. Como atrativo para este dia montamos um brechó solidário, onde as participantes podiam escolher e levar peças de roupas, calçados, acessórios e maquiagem.

Para estas duas ocasiões, foi enviado por e-mail e por WhatsApp a todas as participantes, informando da oferta das vacinas e explicando que seria possível, nestes dias, que elas trouxessem uma amiga para o estudo. A equipe nestes dois dias foi ampliada para assegurar que houvesse condições de atender a todas. Estes momentos foram oportunizados mais ao final do trabalho de campo, o que permitiu que mais pessoas tivessem sido imunizadas e colaborassem presencialmente.

Nos dois sábados de oferta de vacina (manhã e tarde) foi também feito um "brechó" com roupas, adereços, maquiagem recebidos pela equipe especificamente para doar às participantes (**ANEXOS 15**). As poucas peças que sobraram ao fim do trabalho de campo foram doadas para um abrigo em Porto Alegre que atende mulheres cis e transgênero, vítimas de violência doméstica.

A busca ativa por participantes que não compareceram no momento agendado, assim como o contato com aquelas que tiveram alguma profilaxia ou tratamento indicados foi feito à distância, por WhatsApp e telefone. Uma bolsista de iniciação científica ficou encarregada de fazer estes contatos e, com relação ao tratamento, atualizar uma planilha compartilhada com profissional de enfermagem.

O modelo de trabalho de campo em que coordenação, supervisão e bolsista atuavam de modo remoto (por que não imunizadas) exigiu muita comunicação entre todos e todas, além de um telefone celular específico para a pesquisa. Foi também fundamental integrar à equipe uma pessoa para ajudar as participantes no recrutamento e a navegar a rede de serviços de saúde – uma navegadora de pares.

O retorno recebido das participantes tem sido muito satisfatório, elogiando a equipe da pesquisa, bem como a importância do estudo. Seguem alguns dos "depoimentos" recebidos pós-participação: "Adorei participar. Vou aguardar resultados dos exames e as vacinas!"; "Amei vcs ...todos uns amores ...por mim ficaria a tarde toda aí conversando com vcs parabéns por serem assim e muito obrigada pela atenção!"; "Eu q agradeço a oportunidade d participar d um estudo importante pra todas nós q visa trazer melhorias com a finalidade d ajudar a toda sociedade!!! PARABÉNS EQUIPE TRANSODARA!"

III) CONSIDERAÇÕES SOBRE DIFICULDADES ENCONTRADAS NO PROCESSO

As dificuldades, portanto, tiveram relação primeiro e especialmente com a situação da pandemia em Porto Alegre, RS, que nos obrigaram a repensar a composição da equipe, as (novas) atribuições de cada membro com a redução das pessoas em campo, o retreinamento de todos da equipe com estas alterações, a mudança na estratégia de coleta de dados (primeiro híbrida com visita domiciliar, depois *in loco* no Laboratório), a necessidade de atender apenas com agendamento (que implicou em algumas perdas, dado o absenteísmo por um lado e a dificuldade de atender uma eventual demanda espontânea), e intensa comunicação entre todos e todas. O fato de o local onde se fazia a coleta (Laboratório UFRGS) não ser o mesmo local para o qual as participantes eram encaminhadas para tratamentos (Modelo) também representou uma dificuldade, na medida em que potencialmente algumas optaram por não fazer o pequeno deslocamento entre um local e outro (apesar da oferta de Uber por parte da pesquisa viabilizada na fase final do estudo).

4.2.4. SALVADOR

I) ATIVIDADES PREPARATÓRIAS PARA O INÍCIO DO CAMPO

a) *Composição da equipe*

A equipe envolvida no componente quantitativo foi composta por:

Coordenação local	Inês Dourado e Laio Magno
Apoio administrativo	Carlos Jefferson
Supervisora de campo	Clarice Souza Pinto
Entrevistadorxs	Beo Leite e Luis Fernando Barreto
Coordenação clínica	Priscilla Caires
Coordenação de pesquisa	Nathália Suzart de Almeida
Médico	Pedro Rafael Nascimento
Enfermeira	Thais Fonseca
Laboratório	Marluce Carvalho Pereira
Apoio Técnico	Lucília Nascimento

Foram realizadas parcerias e pactuações com a área técnica de saúde LGBT, os Serviços de Atenção Especializada às IST e os serviços de saúde da atenção básica, ambos da rede municipal de saúde do município de Salvador. Para isso, realizamos reuniões de alinhamento entre o projeto e os referidos serviços, garantindo assim um fluxo de encaminhamento e acesso aos serviços de saúde por parte das participantes.

Através da parceria com a Secretaria Estadual de Saúde (SESAB) foram disponibilizados os testes rápidos para diagnóstico de HIV, sífilis e hepatites B e C utilizados para o projeto. Também foram feitos acordos com o MS, Secretaria Estadual da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde para disponibilização de vacinas para hepatites A e B, e HPV para as participantes do projeto. Apesar do esforço para essas parcerias, inclusive com a mobilização de unidades de saúde parceiras que pudessem promover a administração desses imunobiológicos, não conseguimos durante o ano de 2020 levar adiante essa ação por conta de dificuldades na chegada das vacinas para posterior distribuição. Houve um longo processo de negociação realizado pela coordenação do projeto que buscou diálogo com as coordenações estadual e municipal de imunizações, bem como com o MS, contudo, entraves burocráticos relacionados especialmente à flexibilização das populações-chave para administração dos imunobiológicos foram decisivas no prolongamento desse processo de negociação. Para assegurar a liberação das vacinas, a coordenação do projeto apresentou as evidências acerca da necessidade de imunizar a população de TrMT acompanhadas pelo estudo, tendo em vista a prevalências de IST e as demais vulnerabilidades às quais estão submetidas, por questões estruturais, tais como preconceito e violência que acabam por afastar essas pessoas dos serviços de saúde. Argumentou-se, portanto, sobre a importância de aproveitar a oportunidade do estudo para ofertar a essa população um amplo espectro de cuidados.

No ano de 2021, o projeto finalmente conseguiu, por meio de articulação entre as secretarias estadual e municipal de saúde, a disponibilização das vacinas para HPV e Hepatite B, porém esse fato coincidiu com o encerramento do recrutamento. Deste modo, o projeto precisou realizar mobilização posterior das participantes para que pudessem retornar ao serviço para buscar o encaminhamento para a vacinação, pois essa seria realizada por uma unidade parceira. A vacina para hepatite A não foi disponibilizada em função de dificuldade para negociação da sua administração no município de Salvador.

O projeto não conseguiu garantir a vinculação da maioria das participantes aos serviços de vacinação devido à demora das negociações de liberação dos imunobiológicos pelo Programa Nacional de Imunizações do MS, Secretaria Estadual de Saúde da Bahia e Secretaria Municipal de Saúde de Salvador.

A equipe também estabeleceu parceria com a Faculdade de Farmácia da Universidade Federal da Bahia, que auxiliou no armazenamento de amostras, bem como na realização de exames adicionais para COVID-19 e dosagem de hormônios, que despertaram interesse das participantes do projeto, e facilitaram o recrutamento. Os resultados desses exames estão sendo disponibilizados para as participantes do projeto, as quais são informadas sobre a sua chegada e a retirada dos mesmos no espaço PrEPara Salvador.

As pactuações realizadas com as diversas instâncias da saúde foram importantes na mobilização da rede para que um público bastante vulnerável e marginalizado no acesso aos serviços pudesse obter visibilidade. Para isso, a área técnica da saúde LGBT da Secretaria Municipal de Saúde foi acionada para garantir a confecção do cartão SUS respeitando a legislação que garante a impressão do nome social.

Essas pactuações permitiram ainda que as participantes diagnosticadas com HIV pudessem sair do atendimento no campo de estudo com o devido encaminhamento, bem como com consulta agendada em serviço especializado.

b) Readequação de Instrumentos e Capacitação da Equipe

Durante a preparação para o início das atividades, foram realizadas reuniões com a equipe de campo para treinamento e discussão dos instrumentos que foram utilizados no projeto. Os treinamentos realizados estão listados conforme **Quadro 4**.

Quadro 4 - Relação dos treinamentos realizados no sítio Salvador

Mês	Treinamento	Conteúdo abordado
Janeiro	Escopo Geral do Projeto	Explicação Geral da Pesquisa: - Objetivo quali; - Objetivo quanti; - Elegibilidade: critérios, quais exames são obrigatórios, quais podem ser recusados.
Fevereiro	Treinamento para coletas das amostras biológicas	*Protocolo de coleta de amostras para realização de exames nos laboratórios competentes.
Fevereiro	Avaliação Clínica Laboratorial	*Infecções investigadas; *Amostras a serem coletadas (autocoleta ou pelo médico); *Laboratórios responsáveis pela análise /exames; *Tratamentos previstos; *Resultados de exames; *Encaminhamentos.
Fevereiro	Fluxos e Instrumentos	*Apresentação do fluxo; *Instrumentos e tarefas a serem desenvolvidas por todos os envolvidos; *Revisão dos instrumentos e adequação ao sítio Salvador.
Fevereiro	RedCap	*Apresentação geral do REDCap; *Acesso aos instrumentos em REDCap; *Simulação de aplicação dos instrumentos/potenciais dúvidas.
Fevereiro	Gerenciador de Convites	*Formatação dos cupons; *Formatação de quantidade e dimensional das impressões; *Acesso ao gerenciador de convites.
Marco	Simulação	*Simulação de uma participante em fluxo do processo de atendimento / acolhimento até o recebimento dos convites e ressarcimento.
Agosto	Adequação do projeto com a Pandemia do COVID-19	*Orientação quanto aos protocolos de distanciamento, higiene e limpeza do espaço e *Utilização adequada dos EPI.
Setembro	Envio das Amostras	*Confecção dos materiais de envios; *Comunicação com a empresa responsável para coleta; *Disposição e armazenamento das amostras;

Além dos treinamentos, realizamos reuniões de avaliação após os primeiros atendimentos, de modo a alinhar os fluxos e garantir a execução rigorosa de todo o protocolo do estudo.

Para facilitar o uso e a padronização do preenchimento desses materiais, o sítio de São Paulo enviou tutoriais sobre o gerenciamento de convites e alimentação dos dados no sistema REDCap. Ademais, foi enviado material de apoio para orientar a coleta, o armazenamento e o transporte das amostras biológicas para São Paulo (amostras de sangue, urina e swabs oral, genital e anal para clamídia e gonorreia) e para Porto Alegre (amostras de swab genital e anal para HPV).

Com o objetivo de garantir a padronização do trabalho de campo de acordo com a realidade do sítio de Salvador, foram realizadas adaptações em instrumentos administrativos (laudo para resultados de testes rápidos e *check-list*) e alterações pertinentes no próprio sistema RED-Cap, mediante acordo com a gerente de dados, além de confecção de termo de conferência para garantir a entrega segura dos resultados de exames laboratoriais, visto que muitas participantes não apresentam documentação no momento da inclusão no estudo e inclusão de informações no termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Ainda no sentido de adaptar os instrumentos ao campo à realidade local, para otimizar o tempo de atendimento, o médico e a enfermeira fizeram as consultas clínicas completas, sem a divisão por especialidade (medicina e enfermagem). Houve ainda a indicação do uso das vacinas conforme estabelecido no protocolo de pesquisa, porém a administração das mesmas não foi possível no próprio espaço do estudo, e as participantes foram encaminhadas para a rede básica de serviços municipais.

As adaptações foram importantes para lidar com a realidade local e a qualidade dos dados e do atendimento às participantes do projeto foi criteriosamente atendida, sem prejuízos para a pesquisa. Por fim, compete informar que tiveram que ser feitas adaptações de protocolo e treinamento da equipe para a continuidade do trabalho no contexto da pandemia de COVID-19. Desse modo, foram adquiridos EPI, treinamento da equipe para uso dos mesmos e adaptações no protocolo de atendimento com a implementação de: agendamento de participantes, garantia do distanciamento físico e orientações sobre cuidados de higiene para as participantes do estudo.

II) ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O CAMPO

a) *Recrutamento e agendamento*

O estudo TransOdara iniciou as atividades do trabalho de campo em 10 de março de 2020. No entanto, devido à pandemia do COVID-19 e a quarentena instituída pelo Governo do Estado da Bahia e pela Prefeitura Municipal de Salvador, as atividades foram interrompidas em 20 de março. Neste período, foram recrutadas 15 participantes através da primeira semente. Apesar da interrupção, todas as participantes foram acompanhadas em suas necessidades clínicas, por meio de consultas com o médico ou a enfermeira do projeto, e informadas sobre a interrupção momentânea da pesquisa. Nesse sentido, os convites foram recolhidos para serem posteriormente entregues às participantes. Quase cinco meses após o início, o estudo foi retomado em 7 de agosto de 2020, e 159 participantes foram recrutadas até 15 de dezembro de 2020.

De acordo com o que é requerido pelo método amostral RDS, realizou-se pesquisa formativa prévia com a realização de entrevistas em profundidade, e grupos focais. E, com base na potencialidade da rede de contatos das TrMT entrevistadas, a equipe selecionou três sementes, que recrutaram 156 participantes (totalizando 159 participantes). As participantes foram atendidas diariamente, das 09h00 às 17h00, no espaço do PrEPa Salvador, uma clínica do projeto PrEP1519 que acompanha adolescentes homens que fazem sexo com homens, TrMT em uso de Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP).

Devido à pandemia de COVID-19, foram suspensos os atendimentos por demanda espontânea, e um plano de contingência foi adotado na clínica, que desenvolveu um processo de higienização rigoroso dos espaços, implementação de atendimentos via telessaúde e agendamento dos atendimentos. No TransOdara, o agendamento das convidadas das participantes foi realizado por meio do contato telefônico e no espaço privado das redes sociais (facebook, instagram, WhatsApp etc.), ambos informados no momento da inclusão no estudo. No entanto, o contato posterior ao primeiro atendimento, foi dificultado por conta da situação de vulnerabilidade social em que muitas delas se encontravam. Muitas relataram dificuldade de retorno devido à falta de recursos financeiros e à dinâmica do trabalho.

Apesar dos desafios, o sítio de Salvador alcançou a meta estabelecida no planejamento amostral inicial. Ao final do estudo, em 15 de abril de 2021, a partir de 3 sementes, alcançamos um total de 203 TrMT inscritas.

b) Envio de material biológico aos laboratórios parceiros

Para o envio das amostras biológicas, realizou-se a conferência de todo o material biológico, com base nas orientações existentes no protocolo disponibilizado (**ANEXO 5.8**). Foram feitos inicialmente três envios de amostras: o primeiro deles em 02 de setembro de 2020, com destino ao Instituto Adolfo Lutz (IAL) e ao CRT, ambos em São Paulo. Neste momento, foram enviadas as amostras de sangue e urina, os swabs com amostra das regiões oral, genital e anal para detecção de infecção por clamídia e gonorreia. Além disso, foram enviadas amostras do esfregaço da ulceração genital suspeita de sífilis primária.

O primeiro envio sofreu atraso de um dia em função de problemas com a empresa de logística que atrasou a retirada do material em Salvador. Não houve qualquer outra intercorrência com o transporte e as amostras chegaram em bom estado. Algumas melhorias no processo de coleta, registro e envio das amostras foram recomendadas pelo IAL

e CRT, como por exemplo, os registros dos impressos de controle da coleta de amostras e a impressão das etiquetas, que foram adotadas. O segundo envio foi realizado dia 20 de outubro de 2020, com amostras de sangue e urina, os swabs com amostras das regiões oral, genital e anal, direcionados também ao CRT e IAL.

O terceiro envio foi realizado em 03 de novembro de 2020 para a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Para este foram enviados os swabs com amostra de HPV das regiões genital e anal. Assim como no primeiro envio, a equipe responsável pelo recebimento e análise das amostras também fez considerações sobre o processo de coleta, armazenamento e envio, que foi discutido com a equipe do sítio Salvador e adotadas. Foram identificados alguns problemas nos registros de coleta e na vedação dos tubos, que foram corrigidos posteriormente.

No ano de 2021, foram programados dois envios de amostras. O primeiro foi realizado em 10 de março de 2021, com caixas de amostras de sangue e urina, os swabs com amostras das regiões oral, genital e anal, direcionados ao CRT e ao IAL, e para a UFCSPA, com envios de swabs com amostra de HPV das regiões genital e anal. A chegada de todas as amostras aos destinatários foram 24h após a postagem pela empresa responsável pelos envios, a empresa Biológica.

c) Convocação de participantes para tratamento e vacinação contra hepatites A e B e HPV

Cumprindo com o protocolo da pesquisa, foi realizada testagem rápida para HIV, sífilis, hepatite B e C, coleta de sangue para realização de sorologias (HIV, sífilis, hepatites A, B e C) e carga viral (hepatites virais e HIV), neste caso específico, se a participante tivesse TR reagente para estas duas infecções. Também, foi solicitado que a participante coletasse amostra de urina para exame de detecção de infecção por clamídia e gonococo.

Além disso, cada participante teve pelo menos uma consulta clínica com o médico ou com a enfermeira, na qual foi realizado anamnese, exame físico, aconselhamento, escuta ativa, prescrição de medicamentos, coleta (ou autocoleta) de amostras através de swabs na região orofaríngea, uretral e anal.

Seguindo os critérios da oferta de cuidado para às IST diagnosticadas no campo, a equipe utilizou a busca ativa para convocação das participantes com resultados positivos para retorno ao espaço do estudo, com a finalidade de tratamento ou encaminhamento para a rede de serviços

do município ou estado. Desse modo, os contatos fornecidos no momento da inclusão no estudo (contato telefônico, e-mail e redes sociais através do contato privado) foram utilizados para a busca ativa. Além disso, naqueles casos de impossibilidade de contato, realizou-se nova tentativa por meio da participante que a convidou, sem referir o objetivo do contato e assegurando a total privacidade do resultado do exame.

O tratamento de sífilis foi ofertado no próprio serviço, através da aplicação de injeção intramuscular de penicilina G Benzatina, de acordo com o estadiamento da doença, e no momento da consulta clínica para aquelas que relataram nunca terem sido tratadas, em interrupção de tratamento e/ou com manifestações clínicas da doença. Para o diagnóstico e definição de tratamento foram utilizados dados da anamnese, exame físico, testagem rápida e exames laboratoriais de sorologia. A abordagem sindrômica foi implementada seguindo as orientações do protocolo do Ministério da Saúde.

Em algumas situações, as participantes manifestaram interesse em realizar tratamento em unidades de saúde mais próximas às suas residências. Nestes casos, a equipe realizou o encaminhamento com a devida prescrição e contato posterior para verificar a conclusão do esquema terapêutico. Todas as participantes foram alertadas semanalmente sobre os dias específicos do tratamento.

Para as participantes com diagnóstico para clamídia e/ou gonorreia, foi feita a convocação para que retornassem ao campo para entrega dos resultados e das prescrições médicas. Para estas IST, o tratamento não foi disponibilizado no campo, pois não tínhamos as medicações no local da pesquisa. Contudo, as participantes foram orientadas e encaminhadas para os serviços onde poderiam ter acesso aos antibióticos (unidade de saúde da família ou serviço de atendimento especializado).

A disponibilização do tratamento no mesmo momento do diagnóstico só foi possível a partir do ano de 2021, quando o projeto conseguiu finalmente firmar pactuação com a Secretaria Municipal de Saúde para disponibilização de antimicrobianos destinados aos tratamentos das uretrites no campo de pesquisa. Com essa pactuação foi possível garantir o acesso a medicamentos como azitromicina e ceftriaxona, o que possibilitou a garantia do cuidado, quando elas eram atendidas pela equipe clínica ou posterior busca ativa para tratamento no campo de estudo. Para as demais participantes foi entregue prescrição e realizada orientação sobre unidades onde poderiam buscar tratamento, inclusive com a sinalização de serviços de saúde com vinculação ao projeto para encaminhamento preferencial. Contudo, ficava a critério da participante a escolha do serviço.

As participantes que obtiveram amostra reagente nos dois testes rápidos para diagnóstico de HIV, e aquelas que possuíam um diagnóstico prévio, e não faziam seguimento com infectologista, foram encaminhadas para os serviços especializados quando necessário. Aquelas que já estavam em terapia antirretroviral (TARV) foram orientadas sobre a importância da adesão.

Para garantir que pudessem acessar os serviços especializados, o projeto buscou articulação com a rede de serviços do SUS procurando garantir o agendamento para atendimento com serviço de infectologia no mesmo dia do diagnóstico. A entrada das participantes nesses serviços foi monitorada pela equipe do projeto.

Um dos desafios para proceder o tratamento e continuidade do cuidado foi a dificuldade para conseguir o contato com as participantes para a busca ativa. Ainda que a equipe tenha tentado os diversos meios de contato referidos no momento da inclusão no estudo (telefone, WhatsApp, e-mail e redes sociais), foi observado que muitas delas perderam o celular ou não tinham acesso constante à internet. Além disso, mesmo que tenhamos conseguido contato com muitas mulheres, algumas delas mostraram resistência para retornar ao projeto. Possivelmente, tal resistência pode ser explicada por alguns fatores: distância da residência ao local do projeto, horário de atendimento comercial, segurança no deslocamento dentro da cidade, e contexto de isolamento gerado pela pandemia de COVID-19. Essa resistência também foi encontrada quando realizamos a busca ativa para ofertar a vacinação. O fato de a vacina só ter sido disponibilizada na fase final do projeto, bem como sua administração estar sendo feita em uma unidade parceira, dificultou a adesão das participantes. A equipe segue tentando mobilizar as participantes do estudo.

d) Sistematização das ações frente à interrupção das atividades pela COVID-19

Durante o distanciamento social em função da pandemia de COVID-19, o projeto teve suas atividades suspensas em março e retornando em agosto, no mesmo momento em que houve flexibilização do distanciamento orientado pelo poder público local. Ainda assim, como o TransOdara funciona no mesmo espaço que outro projeto de pesquisa (PrEP1519), que também trabalha com IST, compartilhando a mesma equipe, os profissionais que permaneceram em campo mantiveram-se disponíveis para o acolhimento de demandas emergenciais, retomando o trabalho rotineiro assim que as atividades foram reiniciadas.

Foram implantados protocolos de distanciamento, sanitização, limpeza e desinfecção do espaço para adequação às normas previstas pela legislação local e baseados nas medidas de distanciamento governamental.

Quanto à reorganização do espaço, foi criada uma sala de espera com grande espaçamento entre as participantes, que viabilizava um distanciamento mínimo para que não houvesse contato entre as mesmas. Nesta sala, as participantes tinham suas temperaturas corpóreas aferidas e orientadas quanto ao uso de máscara e distanciamento.

Em relação à limpeza e sanitização, no espaço de espera, assim como os consultórios e demais locais do serviço que permeiam participantes e profissionais de saúde, eram feitas higienização dos móveis, utensílios, equipamentos e piso, com disposição de álcool em gel a cada 5 metros para aplicar nas mãos, assim como avisos de onde estariam dispostos banheiros e pias para lavagem das mãos. Todos os profissionais que estavam à frente do atendimento, assim como aqueles que tinham contato direto com o público, utilizavam todos os EPI para prevenção contra a COVID-19. Os EPI mais utilizados foram o avental descartável, a máscara N-95, o *face shield*, a touca descartável, luva descartável, óculos de acrílico e máscara cirúrgica para alguns casos.

Todas as participantes, no período da pandemia, estavam sendo atendidas por agendamento, sendo direcionadas aos contatos das TrMT, obtidas pela semente, e efetuada a marcação para seguir ao serviço. Esta medida era incentivada a todas as participantes, devido à preocupação de não ocorrer aglomerações no serviço. No início, houve grandes dificuldades para esta ação ser realizada, pois as participantes desejavam sempre o valor final de recebimento pelo RDS por inteiro, por todas as participantes que esta conseguiu através da sua rede. Posteriormente, houve uma maior organização destes agendamentos, o que facilitou no menor tempo de espera e consulta no serviço, assim como nos encaminhamentos, quando aplicável.

III) CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRABALHO DE CAMPO E DIFICULDADES ENCONTRADAS NO PROCESSO

O projeto nos trouxe ganhos tanto como profissionais de saúde, quanto como pesquisadores. Encontramos dificuldades operativas durante o percurso, como: organização durante a pandemia, segurança da equipe e das participantes, fluxo de atendimento e o agendamento. Todas essas dificuldades foram superadas com o esforço da equipe para a operacionalização de todo o serviço. Contudo, alguns obstáculos ainda persistem. Fazer o acompanhamento e o encaminhamento de algumas

participantes para os serviços de saúde tem sido uma tarefa difícil, principalmente para aquelas que vivem na cidade há pouco tempo, pois desconhecem a rede de serviços locais e não possuem o cartão SUS cadastrado no município. Por fim, o estigma e o medo do HIV/ aids impediram que algumas realizassem a testagem, mesmo após aconselhamento. A equipe avaliou que o projeto trouxe crescimento profissional, possibilitando o desenvolvimento de um trabalho com uma população extremamente vulnerável, especialmente no que diz respeito às necessidades de saúde. Desse modo, prover atendimento em saúde para uma população tão vulnerável nos permitiu um olhar diferenciado e abrangente para os determinantes sociais de saúde, e para o princípio de equidade do SUS. Acreditamos também que, enquanto pesquisa, o TransOdara deixa importantes contribuições para pensar um sistema de saúde inclusivo e que possibilite o pleno acesso à dignidade da pessoa humana.

4.2.5. SÃO PAULO

Como já citado anteriormente, São Paulo, além de ter sido estruturado como um dos sítios da pesquisa, também era a sede da coordenação nacional do estudo. Neste sentido, a equipe foi composta considerando ambas as necessidades (de coordenação para os demais sítios e o campo local). Por decisão da coordenação seria o primeiro campo a iniciar suas atividades, testando instrumentos, fluxos e POP's, servindo como um piloto para as demais cidades. Tal simulação contribuiu para a identificação de necessidades não dimensionadas anteriormente, resultando no ajuste de procedimentos e definindo uma série de estratégias e encaminhamentos que foram úteis para os demais sítios. Em especial houve melhoria dos instrumentos de coleta de dados clínicos e materiais de apoio. Estes aprendizados e instrumentos já aperfeiçoados foram, posteriormente, compartilhados com as equipes das demais capitais para as adaptações às realidades locais.

I) ATIVIDADES PREPARATÓRIAS PARA O INÍCIO DO CAMPO

a) *Constituição, composição e capacitação das equipes*

A equipe foi sendo constituída, com identificação das profissionais médicas e de enfermagem que se somaram à equipe de entrevistadoras da coorte TN. Na sequência, foi estabelecido um cronograma de reuniões de treinamento, a serem ministrados pela coordenação da pesquisa, considerando as atribuições definidas para cada integrante.

Coordenação de campo	Lenice Galan
Coordenação clínica	Roberto Carvalho
Coordenação de Laboratório	Sandra Araújo
Supervisores de campo:	Fabíola Rocha e José Luis Gomez
Entrevistadoras:	Cíntia Spindola, Paola Alves, Giselle Cardoso, Marilda Martins, Natalina Procópio

b) Parcerias

A principal parceria do TransOdara em São Paulo foi com o CRT DST/AIDS, que abrigou as atividades do componente quantitativo da pesquisa e teve vários dos seus profissionais e serviços como laboratório e sala de imunizações envolvidos diretamente no desenho e implementação da mesma. Foram realizadas reuniões com periodicidade semanal com equipe técnica do Centro de Referência em DST/Aids de São Paulo (CRT), para alinhar a interface dos procedimentos da pesquisa com o fluxo de atendimento da instituição, visando assegurar encaminhamento adequado para tratamento e medidas preventivas e profiláticas dentro da instituição parceira.

d) Interface com ambulatórios e serviços de apoio do CRT

O CRT é uma instituição que abriga diversos serviços e departamentos. Dentro do CRT, o tratamento de cada IST é realizado em ambulatórios de especialidades e setores específicos. Durante a permanência do projeto no CRT, fluxos de encaminhamento para os diversos ambulatórios foram estabelecidos e pactuados com a instituição, com as coordenações e gerências dos ambulatórios de HIV, Hepatites, DST e acesso às profilaxias como vacinas e PrEP. Observamos que o setor responsável pela imunização foi o que mais se envolveu na proposta da pesquisa, o que possibilitou ampliar a adesão das participantes para aquelas vacinas propostas pela pesquisa, mas que foram ampliadas com a oferta de outros imunobiológicos disponíveis de modo a atualizar a situação vacinal das participantes. O monitoramento para avaliação da completude das doses subsequentes foi mantido após o término do recrutamento, realizando uma busca ativa de participantes e registro das doses subsequentes efetivamente aplicadas.

O projeto também previa inserção imediata para PrEP para aquelas participantes fossem identificadas como elegíveis e que desejassem.

Entretanto, por falta de vagas para inserção imediata de todas as interessadas no CRT, fizemos uma lista de participantes interessadas, com os respectivos contatos para informar as vagas à medida que foram surgindo. Firmamos, ainda, uma parceria com CRT para distribuição de Autoteste de HIV para as participantes interessadas, e toda a equipe passou por um treinamento para orientar a forma correta de uso.

II) ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O CAMPO

a) Recrutamento e agendamento, incluindo atividades de estímulo à participação

Ficou estabelecido o horário de atendimento para participantes do projeto entre 15 e 20 horas, com a confirmação das visitas na véspera e o agendamento de cerca de seis a oito participantes em três horários distintos, pois a taxa de comparecimento não corresponde a 100%, visando atingir a meta e recrutamento no tempo previsto inicialmente.

Após o período de interrupção do campo devido à pandemia, os contatos com algumas potenciais participantes foram prejudicados, devido a um aprofundamento dos desafios cotidianos que parte do grupo populacional de interesse do projeto enfrenta, especificamente relacionados à sobrevivência material, moradia, uso de transporte público, manutenção de telefone celular etc. Ainda assim, a estratégia adotada durante os meses de afastamento para manter ativa a comunicação com as participantes, por meio de divulgação de vídeos informativos nas redes sociais, possibilitou que conseguíssemos completar o recrutamento da 2ª metade da amostra necessária para atingir a meta em São Paulo.

Continuamos a manter o horário de atendimento entre 15 e 20 horas, com especial atenção ao gerenciamento diário do agendamento e comparecimento das participantes, confirmação de consultas na véspera e outras estratégias já adotadas, uma vez que observamos que atenderam as necessidades.

Para evitar acúmulo de participantes, algumas medidas foram tomadas no agendamento como: a) alteração no horário e redução do número de consultas agendadas, b) atenção ao distanciamento das participantes em cada fase do processo, c) orientações dadas por telefone sobre o respeito ao horário marcado para evitar aglomeração no local da pesquisa, d) evitar trazer acompanhantes, e) respeitar a necessidade de uso de máscara, f) cuidados redobrados nos transportes coletivos e g) recomendação explícita de não comparecer à pesquisa caso apresentassem sintomas de COVID-19. Neste caso, a equipe fez uma recomendação para fazer contato com a coordenação no sentido de avaliar se as pessoas estavam bem, prover orientações, dentre outras informações.

Para o alcance da meta de recrutamento dentro do prazo estabelecido foi necessário estender o horário de funcionamento da pesquisa para às 21h. Essa decisão se baseou no gerenciamento diário do agendamento, comparecimento e inclusão das participantes no estudo. Alguns ajustes foram sendo feitos na dinâmica de recrutamento, mas também levando em consideração o horário de encerramento de alguns serviços de apoio do Centro de Referência em DST/ Aids (CRT).

Como estratégias na fase de recrutamento com horário ampliado ficou estabelecida a confirmação das visitas na véspera e o agendamento de cerca de oito participantes em três horários distintos (15h, 16h30 e 17h30). Pela nossa experiência com pesquisas com esse grupo populacional, sabemos que a taxa de comparecimento é sempre menor do que 100%, a despeito da rotina de fazer ligações ou contatos por WhatsApp no dia anterior para lembrar o agendamento e confirmar a participação. Seguindo esta dinâmica, conseguimos manter a média de recrutamento dentro do esperado e no final de outubro de 2020, o estudo foi concluído com 403 participantes, superando a amostra esperada.

b) Readequação de Fluxo, instrumentos, instrutivos e Procedimentos Operacionais Padrão (POP)

Os principais ajustes foram:

- ▶ Pequenas adequações no Fluxograma Operacional do campo SP, reorganizando a ordem de alguns processos;
- ▶ Readequação dos POP, que detalha as atividades dos membros da equipe, redefinindo melhor as funções de cada pessoa;
- ▶ Revisão, complementação ou modificação dos materiais de apoio criados para este projeto, permitindo melhor adequação à realidade das atividades do campo;
- ▶ Solicitação, à equipe de Tecnologia de Informação, de adequação ou complementação, tais como pulos, inclusão de mensagem de orientação, em algumas questões nos instrumentos eletrônicos em REDCap, possibilitando melhor compreensão e permitindo análise mais acurada;
- ▶ Revisão de alguns instrumentos impressos, planilhas de controle, e necessidade de criação de novos instrumentos, a fim de atender às demandas que foram observadas após o início da execução do trabalho de campo.

c) Envio de material biológico aos laboratórios parceiros

Todo o material biológico coletado foi registrado em planilhas específicas por tipo de espécime/ laboratório de diagnóstico e a conferência do material armazenado foi realizada previamente ao envio aos laboratórios.

Os materiais coletados para análise de clamídia e gonorreia (urina, swab anal e swab oral) foram analisados semanal ou quinzenalmente no laboratório do próprio CRT. Os resultados desses exames foram registrados diretamente no REDCap, pelo técnico do laboratório e acessados pela equipe de campo, em especial as médicas e enfermeiras, a quem cabia definir e implementar as condutas clínicas necessárias. Esta dinâmica permaneceu até o final de outubro ao término das coletas, e as análises seguiram nos meses subsequentes, com os resultados sendo liberados até o final de 2020.

Os materiais biológicos coletados para análise de HPV (swab anal e swab genital) foram enviados, após o período de distanciamento, para o laboratório da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), por meio de empresa especializada em embarque de material biológico, assim como ocorreria dos demais campos da pesquisa. Os resultados foram disponibilizados em planilhas e compartilhados com a equipe da pesquisa, contendo também vários dados relevantes sobre a qualidade e características das amostras. À medida que os resultados foram disponibilizados, foram sendo inseridos no REDCap por membros da equipe de campo, de forma a completar o banco de dados da pesquisa.

Os materiais coletados para sorologias e, quando fosse o caso, também para Carga Viral e genotipagem de HIV ou Hepatites (sangue) foram enviados do CRT em três remessas para o Instituto Adolfo Lutz (IAL), por meio de transporte próprio entre as instituições, nos meses de setembro, outubro e novembro. Os resultados desses exames foram registrados diretamente no REDCap pelos técnicos do próprio laboratório responsável pela análise desses exames.

d) Convocação de participantes para tratamento e vacinação contra hepatites A e B e HPV

Os resultados de clamídia e gonorreia foram disponibilizados pelo laboratório do CRT no REDCap cerca de 15 dias após a data da coleta, gerando a necessidade de convocação para tratamento das participantes que tiveram resultado reagente para tais doenças. De modo que tratamentos para clamídia, gonorreia e continuidade do tratamento de

sífilis foram administrados posteriormente à data de visita das participantes. Para fins de avaliação de cura dos tratamentos administrados, fizemos ainda um agendamento posterior para nova coleta de material em 30 dias.

Os resultados desses exames foram registrados diretamente no RED-Cap, pelo técnico do laboratório e acessados pela equipe de campo, em especial as médicas e enfermeiras, a quem cabia definir e implementar as condutas clínicas necessárias. Esta dinâmica permaneceu até o final de outubro ao término das coletas, e as análises seguiram nos meses subsequentes, com os resultados sendo liberados até o final de 2020.

Estas participantes continuaram sendo convocadas durante os meses de afastamento devido à pandemia e posteriormente, para as que não compareceram de imediato, receosas de circular ou por outras dificuldades.

Sobre o tratamento para sífilis, quando era indicada a aplicação de três doses de Penicilina injetável, as participantes recebiam a primeira dose no mesmo dia da inscrição na pesquisa e as demais doses nas semanas subsequentes, conforme protocolo. Algumas participantes retornaram espontaneamente para tratamento, mas outras precisaram ser convocadas quando faltavam nas datas agendadas.

Assim, para seguimento dos tratamentos, a equipe de campo precisou entrar em contato com a participante para agendar um retorno, exigindo dedicação de uma pessoa da equipe para essa atividade que se revelou particularmente morosa, dada a dificuldade em localizar e conseguir contato com as participantes, além de ser necessário reconvocar várias vezes, por faltas consecutivas.

Estas convocações e tratamentos continuaram sendo feitos até o final de 2020, mesmo após o encerramento do campo com a retaguarda de um membro da equipe e da instituição que abrigou a pesquisa.

Sentimos que as participantes se sentiram acolhidas e cuidadas, com a oportunidade de realizar exame médico, fazer coleta para exames adicionais, tratamento e imunização.

Durante o trabalho de campo realizamos reuniões com toda a equipe de campo para refletir sobre o processo de trabalho, discutir e propor soluções para as dificuldades encontradas, e comunicar ajustes necessários na rotina de atividades, incluindo a necessidade de interrupção do campo pelo Covid-19, ações com a equipe, participantes, coordenadores.

e) Sistematização das ações frente à interrupção das atividades pela COVID-19

Especificamente para o campo de São Paulo

- ▶ Com a decisão da suspensão das atividades em São Paulo, telefonemas e mensagens de texto foram feitos para todas as participantes que estavam agendadas para as três semanas seguintes, com o objetivo de garantir que todas fossem avisadas e não se deslocassem sem necessidade.
- ▶ Divulgação nas redes sociais (Facebook e WhatsApp) de vídeos informativos - Com o objetivo de manter ativa a comunicação com as participantes e transmitir informações importantes sobre a COVID-19, bem como sobre serviços para atendimento de demandas social e psicológica, estamos realizando periodicamente pequenos vídeos informativos e publicando no WhatsApp e Facebook. Cientes de que num período de crise como o que estamos enfrentando, as populações mais vulnerabilizadas enfrentam dificuldades ainda maiores, portanto a realização desses vídeos para as participantes ganha ainda mais importância. Pela nossa experiência de trabalho com a população trans, o uso de mídias sociais com recursos audiovisuais, não apenas textuais, é uma estratégia eficaz de comunicação.
- ▶ Manutenção de equipe mínima de retaguarda para garantir tratamento de sífilis, clamídia, gonorreia e atendimento emergencial - A instituição que abriga a pesquisa (CRT DST/Aids) permanece funcionando, prestando atendimento essencial. Duas profissionais de nossa equipe, uma médica e uma enfermeira, ficaram de retaguarda para atender às participantes que necessitam continuidade do tratamento de sífilis, atendimento emergencial, se necessário, e ainda tratamento no caso de resultado positivo para clamídia e gonorreia.
- ▶ Revisão do preenchimento dos dados nos formulários no REDCap - Essa atividade foi feita regularmente e foi intensificada durante a interrupção do trabalho de campo. A gerente de dados encaminhou uma listagem extensa das inconsistências e incompletudes encontradas até aquele momento, o que facilitou a verificação pela equipe e correção sempre que possível.
- ▶ Revisão dos formulários com os responsáveis pelo seu preenchimento - Uma vez criada a planilha com a tabulação das inconsistências e incompletudes dos formulários preenchidos, esta foi passada aos supervisores de campo. Estes fizeram reuniões *online* com

cada membro da equipe responsável pelo preenchimento (entrevistadora, enfermeira, coletadora e médica), apontando algumas questões em que foram observados erros sistemáticos para possibilitar padronização e consistência nas respostas.

- ▶ Reuniões periódicas com a equipe - Foram realizadas reuniões *on-line* periódicas com a equipe a fim de saber como as participantes se encontravam e quais comentários, respostas e demandas tinham surgido nas redes sociais; tratar sobre questões do trabalho de campo, como a padronização e consistência no preenchimento dos instrumentos, ajuste de alguma atividade do fluxo e reflexão sobre o processo de trabalho, ter um momento de apoio e acolhimento da própria equipe nesse momento tão delicado de isolamento social e ameaça de ser infectado.
- ▶ Adequação do atendimento às normas de segurança impostas pela Covid - Foi elaborado um protocolo de segurança para atendimento das participantes do projeto no campo de São Paulo (**ANEXO 16**) em consonância com o protocolo utilizado pela instituição (CRT DST/Aids) que abriga o projeto TransOdara. Posteriormente, este protocolo foi também socializado com os demais sítios.
- ▶ Foi realizado treinamento da equipe para uso de EPI e medidas de segurança pessoal e com as participantes, para esta nova situação.

III) CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRABALHO DE CAMPO E DIFICULDADES ENCONTRADAS NO PROCESSO

No período pós introdução da COVID-19 as atividades no campo tornaram-se ainda mais complicadas e novas dificuldades foram observadas, como:

- ▶ Dificuldades relativas à pandemia envolveram segurança das participantes e equipe, readequação e implantação de novo fluxo de atendimento, uso de EPI e outras medidas de distanciamento e segurança. Foi necessário um processo de adaptação da equipe e das participantes, um receio sobre as possibilidades de proteção de cada uma, desde o contato/convite por telefone já era perguntado sobre como ela estava de saúde, se apresentava sintomas, e se realizava saídas para longas distâncias de sua residência. Isso representou um cuidado muito importante naquele momento, não apenas uma ligação para agendamento, mas um contato preocupado e cauteloso com respeito à vida em primeiro plano.

- ▶ Necessidade de organizar uso compartilhado de espaço físico para atendimento, a partir de agosto de 2020, pois o CRT foi indicado como instituição para testes de vacina contra COVID-19, com recrutamento de grande número de participantes, que passou a ocupar todo o prédio destinado à pesquisa, sendo necessário que a nossa equipe ocupasse salas não fixas na unidade de IST.
- ▶ Estabelecimento de contato com participantes tornou-se mais difícil, mas essas dificuldades foram superadas, em grande medida, uma vez que a equipe compreendeu a importância do vínculo, do afeto e do cuidado para além do que foi ofertado pela pesquisa. A perda de contato foi um processo que dificultou nossa comunicação convidando pessoas para participar da pesquisa e posteriormente para tratamento. Para as participantes que perderam seus números de telefone ou não estavam em centros de acolhida a que eram referenciadas, fizemos busca ativa por meio de redes de amigas e de serviços da região, acionando redes de contatos profissionais e pessoais para obter informações ou simplesmente deixar um recado para que entrassem em contato para finalizarmos os encaminhamentos. Foram muitas forças somadas, algumas vezes com pouco resultado/retorno; sem dúvidas um aprendizado somado a outros deste ano.

Avaliamos, ainda, que ter na equipe uma navegadora de pares para acompanhar cada participante em todo o processo de sua participação se fez muito importante, o diálogo no período de isolamento mesmo que de forma virtual, mas dizendo “você não está sozinha”, conversando sobre medos, ansios. Unidas nos fortalecemos e nos encorajamos em momentos difíceis, enfrentamos nossos medos, vivenciamos o novo luto com a perda de uma participante/parceira ativista para o Covid-19, um marco que resultou numa linda homenagem feita a várias mãos e tocando vários corações.

Concluir esse projeto só foi possível pela crença de que essa pesquisa é destinada a contribuir com a saúde de pessoas cujas vidas se encontram em geral, marginalizadas e muitas vezes sem acesso ao mínimo cuidado de saúde. Para muitas participantes, foi a primeira experiência na vida de uma consulta médica com tratamento humanizado, acolhedor e sem julgamentos, onde puderam se expressar de forma leve sem tantas formalidades; elevando uma simples pesquisa a um momento de reconhecimento como cidadã de direitos. Assim, a pesquisa TransOdara, além de oferecer imprescindíveis cuidados de saúde, contribuiu para a garantia de direitos humanos da população de TrMT.

4.3. GERENCIAMENTO E MONITORAMENTO DA QUALIDADE DOS DADOS

Dada a complexidade do projeto e a necessidade de aplicação de diversos instrumentos para coleta de dados em todos os sítios, foi necessária a incorporação de uma gerente de dados na equipe da pesquisa. Sua atuação esteve completamente vinculada à compreensão global do desenho do estudo, fluxos e POP, com as especificidades de cada sítio. Para tanto, esta participou das diversas atividades preparatórias de planejamento e implementação da pesquisa, e manteve contato frequente com a equipe de pesquisadores, em especial, com os coordenadores de campo, supervisores de campo e equipe de Tecnologia de Informação.

Tal processo permitiu que observássemos diversos problemas como a identificação de questões com enunciados que geravam interpretação distinta, a depender de quem aplicava os instrumentos, gerando preenchimento inconsistente ou incompletos; ou a identificação de questões com respostas incompletas, por pesquisadores específicos, entre outros. Em função disso, esse processo adquiriu um caráter didático, retroalimentando e aperfeiçoando as capacitações das diversas equipes, e a incorporação de ajustes nos instrumentos para seu aprimoramento.

A necessidade de diversos ajustes nos instrumentos, durante o funcionamento do campo da pesquisa, dificultou inicialmente o processo de análise dos dados, uma vez que para algumas questões acumulamos interpretações distintas antes e depois desses ajustes. Entretanto, o esforço de aprimoramento dos dados, repercutiu não só para melhorar a qualidade do banco de dados, como também dos instrumentos de coleta dos demais sítios da pesquisa.

Segue uma síntese das suas principais atividades desenvolvidas ao longo de todo o projeto:

- ▶ Elaboração de metodologia para monitoramento da qualidade dos dados coletados.
- ▶ Conferência diária da qualidade do preenchimento dos dados, a partir dos instrumentos aplicados em REDCap, em todos os sítios da pesquisa, utilizando planilha desenvolvida para este fim, que utiliza uma sinalização específica para indicar.
- ▶ Compartilhamento dos problemas observados, com as respectivas equipes locais, mantendo um registro diário de observações da gerente de dados e o retorno das equipes sobre tais observações.
- ▶ Pactuação de fluxo com os/as coordenadores/as de campo e supervisores/as da pesquisa para disponibilização do resultado da conferência

com os apontamentos dos problemas observados, junto às diversas equipes, de forma a subsidiar o processo de redução de possíveis incompletudes e inconsistências dos dados.

- ▶ Análise preliminar dos dados para atendimento a diversas demandas específicas.
- ▶ Conferência posterior dos mesmos instrumentos para verificar o alcance desses objetivos, delimitando, inclusive as possíveis perdas irreperáveis de informação.
- ▶ Avaliação das inconsistências observadas a partir de análise exploratória de frequência simples.
- ▶ Cálculo de indicadores previamente definidos pela equipe do projeto.

Em uma avaliação geral do processo, observamos que o gerenciamento dos dados deste projeto exigiu uma organização minuciosa e manutenção de rotina detalhada de diversas atividades, tendo em vista a complexidade do seu desenho, o que exigiu não só um maior volume de horas dedicado a essas atividades, do que inicialmente planejado, como também uma comunicação contínua com os supervisores de campo e coordenadores locais para discutir situações não previstas e definir encaminhamentos e soluções conjuntas.

Considerávamos que o resultado da revisão dos dados, incluindo prováveis incompletudes e inconsistências, deveria ser compartilhado, em tempo oportuno, com todas as equipes locais, a fim de minimizar o viés de memória.

O resultado deste trabalho foi muito compensador não só pelo evidente aprimoramento obtido da qualidade do banco de dados, como também por integrar os pesquisadores que atuam em diversos momentos do fluxo estabelecido. Dessa forma, houve um reconhecimento e compreensão da importância do trabalho de todos os envolvidos, além de permitir a análise de alguns resultados preliminares em pouco tempo.

Na sequência, seguem alguns relatos recebidos de três sítios sobre esta atividade.

Campo Grande - A conferência e o monitoramento da qualidade dos dados nos formulários no REDCap foram realizados por cada membro da equipe, logo após o preenchimento e após cada etapa do processo. Diariamente a supervisora de campo realizava a revisão e preenchimento correto dos formulários impressos. Duas vezes por semana, a coordenadora e supervisora de campo local realizavam a conferência dos dados armazenados no REDCap e nos instrumentos/ prontuários preenchidos manualmente (dupla checagem). O monitoramento dos dados também foi realizado pela gerente de dados da equipe de São Paulo. Nas primeiras semanas, foram

identificadas algumas inconsistências no preenchimento dos dados que foram prontamente corrigidas e que serviram como aprendizado para a equipe. Ao longo do período das atividades de campo, reuniões virtuais foram realizadas com intuito de conferência a ajustes nos dados armazenados no REDCap.

Manaus – O monitoramento dos dados foi uma questão de extrema importância. Regularmente, após a análise feita pela equipe nacional, as inconsistências encontradas eram repassadas a cada membro da equipe responsável pela inclusão do dado. De acordo com a frequência de atualização da tabela de monitoramento, cada membro da equipe recebia as pendências para ser solucionada. O procedimento de distribuição era feito através de mensagens pelo WhatsApp. De maneira geral, toda a equipe foi muito solícita em realizar todos os ajustes necessários. Até o final do período, foram repassadas todas as pendências referentes a questões de qualidade dos dados para cada grupo de atendimento – médicos, entrevistadoras e grupo de coleta. Percebeu-se que a forma de repassar a demanda de retificação no sistema precisou ser adequada a equipe: ao invés de disponibilizar o acesso a planilha hospedada no Dropbox, as pendências foram listadas uma a uma em formulário criado especificamente para isso e repassada ao(s) profissional(is) responsável(is) pelo seu respectivo preenchimento. Isso aumenta a demanda administrativa, mas observou-se que esse procedimento aumentava consideravelmente a chance de resolver eventuais pendências imediatamente.

Salvador – Com base no protocolo de pesquisa, para garantir a qualidade dos dados coletados, foi realizada diariamente dupla checagem das informações obtidas após cada etapa do processo. A primeira checagem das informações foi realizada por cada profissional da equipe de pesquisa em cada etapa: elegibilidade, entrevista, triagem e diagnóstico, consulta clínica e ressarcimento financeiro. Nesta etapa de checagem, após a finalização do procedimento, cada profissional (médico, enfermeira, técnica de laboratório, entrevistadorxs e supervisora) fizeram a checagem dos registros para avaliar a necessidade de correções. Por conseguinte, uma segunda checagem foi realizada pela supervisora de campo, através da conferência dos dados registrados no REDCap, e nos prontuários físicos da clínica. Além da dupla checagem diária, o banco de dados foi analisado pela gerente de dados. Em todas as etapas, caso houvesse inconsistências, as informações eram prontamente corrigidas no REDCap. Além disso, semanalmente os códigos do RDS foram conferidos em busca de duplicatas.

A partir de fevereiro, a conferência das etapas passou a ser feita pela coordenação clínica com suporte da equipe de entrevistadorxs. A equipe manteve a rotina de checagens após os atendimentos com posterior conferência e correção no REDCap. Para garantir maior segurança nos

registros foram criados instrumentos de monitoramento preenchidos em paralelo, permitindo que a equipe pudesse realizar uma dupla checagem e facilitando a localização dos dados para realização de busca ativa para outras demandas, por exemplo, convocação para vacinação e tratamento de sífilis.

4.4. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELOS LABORATÓRIOS DE REFERÊNCIA

4.4.1. Laboratório de Referência - Instituto Adolfo Lutz

O Instituto Adolfo Lutz (IAL) atuou como Laboratório de Referência para os ensaios sorológicos e moleculares de sífilis e HIV e ensaios moleculares para as hepatites virais.

Todas as participantes do estudo, que aceitaram a coleta de sangue, foram inicialmente testadas por meio dos TR (*Point of Care* - POC), nos respectivos sítios de coleta. Aquelas que apresentaram resultado positivo nos testes para HIV ou hepatites tiveram suas amostras encaminhadas ao IAL. No caso da sífilis, foram encaminhadas todas as amostras de sangue coletadas, independente do resultado do teste rápido, além de amostras de swab, em caso de presença de lesão.

As amostras foram transportadas por empresa especializada, de acordo com o estabelecido no item Coleta, armazenamento e transporte de amostras biológicas. As amostras coletadas no sítio São Paulo foram transportadas do CRT para o IAL, por meio de transporte próprio entre as instituições.

Recebemos um total de 1.764 amostras, provenientes dos cinco sítios de coleta, distribuídas em 19 remessas ao longo do período do projeto, de acordo com o **Quadro 5**:

Quadro 5 – Quantitativo de amostras recebidas no IAL e número de remessas, por tipo e por sítio da pesquisa. TransOdara, dezembro de 2019 a julho de 2021.

Sítio	Nº de remessas	Nº de amostras recebidos no IAL			
		Sífilis (sangue)	Sífilis (swab)	HIV (sangue)	Hepatites (sangue)
Campo Grande	3	175	0	46	4
Manaus	3	340	1	124	5
Porto Alegre	3	188	0	104	12
Salvador	4	181	2	56	4
São Paulo	6	404	1	106	11
Total	19	1288	4	436	36

Ao serem recebidas, todas as amostras foram conferidas com base no Registro de Transporte de Amostras ao Instituto Adolfo Lutz – TransOdara (**ANEXO 5.8**) e imediatamente armazenadas em freezer a – 20°C.

Posteriormente, as amostras de sangue para sífilis tiveram seu soro separado e fracionado em duas alíquotas (1 alíquota para uso e 1 alíquota para repositório), em criotubos. Esses foram armazenados em freezer a – 20°C até a realização dos ensaios sorológicos.

As amostras destinadas aos testes de carga viral para HIV vieram acompanhadas de requisições próprias (Laudo Médico para Emissão de BPA-I Quantificação de Ácido Nucleico – Carga Viral do HIV), para poderem ser cadastradas no sistema do Ministério da Saúde (SISCEL - Sistema de Controle de Exames Laboratoriais). Este sistema permite o acesso dos resultados em qualquer lugar do Brasil. Dessa forma, o técnico de laboratório do projeto que recebia as amostras, encaminhava essas requisições para o Núcleo de Gerenciamento de Amostras Biológicas do IAL. Neste setor era feito o cadastro no sistema próprio da instituição (SIGH) para gerar uma etiqueta de código de barras, a qual era colada no tubo, para ser lida pelo equipamento de PCR. Na sequência, todas as requisições foram cadastradas no SISCEL e as amostras eram entregues ao laboratório de carga viral do IAL para processamento.

As amostras de swab de lesão para realização de PCR para sífilis e as amostras de sangue para PCR de hepatites B e C foram conferidas e entregues às pesquisadoras responsáveis pela execução dos testes.

Testes laboratoriais

Os testes laboratoriais para confirmação diagnóstica das IST foram realizados de acordo com os fluxogramas estabelecidos no projeto com algumas exceções:

- ▶ Para o diagnóstico da sífilis, inicialmente havia sido estabelecida a realização do teste não treponêmico (VDRL) apenas nas amostras que fossem positivas no teste rápido (TR) para sífilis. No entanto, devido à porcentagem alta de positivos e necessidade de triagem das amostras, acordamos com a coordenação do projeto a realização do VDRL em todas as amostras, independente do resultado do TR. Nos casos em que os resultados entre o TR para sífilis e o VDRL eram discrepantes foi realizado o FTA-abs.
- ▶ A confirmação do diagnóstico das hepatites virais seria feita no IAL por meio de PCR e sorologia, no entanto, devido à falta de *kits* de ELISA manual no mercado nacional, a sorologia não pode ser realizada aqui no Instituto. Sendo assim, as amostras de soro do repositório foram encaminhadas ao laboratório do CRT para que estes testes sorológicos

fossem realizados em equipamento automatizado. A carga viral para hepatite B e C foi realizada no IAL, conforme previsto no projeto.

- ▶ Os testes de carga viral para HIV, que inicialmente seriam realizados em laboratórios de referência regional da rede do Ministério da Saúde, em cada sítio, foram concentrados todos no laboratório de carga viral do IAL, devido a dificuldades logísticas.
- ▶ As amostras positivas no TR e que tiveram resultado de carga viral indetectável ou abaixo de 5 mil cópias, foram encaminhadas para realização do teste sorológico de ELISA. Em caso de resultados reagentes no ELISA, estes foram submetidas ao teste confirmatório de Imunoblot.

Todos os resultados foram registrados no REDCap pelos pesquisadores responsáveis, de acordo com a chegada e realização dos exames.

Além das atividades técnicas relacionadas acima, durante todo o projeto estivemos em contato constante com a equipe de suporte do projeto, auxiliando na elaboração dos protocolos de coleta e transporte das amostras, na programação das compras, analisando as propostas dos fornecedores, supervisionando e relatando quaisquer incidentes relacionados às remessas ou exames realizados no IAL.

Descrição das dificuldades

A principal dificuldade que enfrentamos no decorrer desse projeto foi a pandemia da COVID-19. O IAL foi o primeiro laboratório do país a realizar o diagnóstico do SARS-CoV-2. No entanto, o aumento exponencial e inesperado da demanda desse exame suscitou a necessidade de criação de uma força tarefa na instituição, que envolveu quase a totalidade de seu corpo técnico. Dessa forma, todas as demais atividades tiveram que ser suspensas. Somente em meados de agosto de 2020, com a contratação de funcionários temporários, os pesquisadores começaram a retomar suas atividades de rotina e projetos.

Um dos problemas acarretados com essa interrupção do projeto foi em relação a validade dos reagentes adquiridos. Havia sido feita uma programação do quantitativo de reagentes necessários para execução dos testes laboratoriais ao longo do ano e na primeira compra foi adquirida a metade dos insumos necessários. No entanto, com a suspensão das atividades do projeto, alguns reagentes perderam sua validade e foi necessária uma nova compra para repor esses insumos.

Durante o período da pandemia, o equipamento automatizado de ensaio quimioluminescente, que seria utilizado para realização das sorologias de HIV e Hepatites e que possuíamos em comodato, foi retirado do laboratório, devido ao término do contrato. Com isso, tivemos que substituir os testes de quimioluminescência por testes imunoenzimáticos de realiza-

ção manual (ELISA). No entanto, a comercialização de testes manuais de ELISA está muito restrita atualmente, com pouquíssimos fornecedores. Dessa forma, no caso das hepatites, não foi possível a aquisição de *kits* e, por esse motivo, as amostras que estavam armazenadas no IAL como repositório, foram encaminhadas ao laboratório do CRT, que possui equipamento automatizado de revelação quimioluminescente. O remanescente dessas amostras retornou ao IAL e foi armazenado em freezer a -20°C .

Na fase pré-analítica (recebimento e triagem), tivemos alguns problemas pontuais com centrifugação inadequada de algumas amostras, o que acarretou hemólise do soro, mas que foram imediatamente comunicados e resolvidos. A maior dificuldade encontrada foi em relação ao cadastro das amostras destinadas à carga viral de HIV, devido ao preenchimento incompleto das requisições ou inexistência da mesma. Muitas amostras não puderam ser cadastradas no sistema SISCEL devido à falta dessas informações. Isso não interferiu na realização dos testes, mas como mencionado, o cadastro no SISCEL permite o acesso aos resultados de carga viral em qualquer local do país, facilitando o monitoramento das participantes do estudo.

A quantidade de amostras com resultados discordantes entre o TR e a carga viral de HIV superou muito a estimativa feita no início do projeto, portanto, foi necessária a aquisição de mais *kits* de ELISA para realização dos testes sorológicos para confirmação dos resultados. Por outro lado, recebemos apenas quatro amostras de swab para PCR de sífilis e duas delas não foram coletadas de acordo com o protocolo determinado.

Lições aprendidas

A participação nesse projeto trouxe experiências valiosas à equipe do IAL, pelo envolvimento de profissionais de diferentes laboratórios e de diferentes instituições.

A inclusão dos profissionais do laboratório desde o planejamento do estudo foi de grande importância, pois pudemos discutir diversos pontos, como a quantidade de amostra a ser coletada, as condições de armazenamento e transporte dessas amostras, que são etapas cruciais para a obtenção de resultados confiáveis, mas que muitas vezes não recebem a necessária atenção.

O planejamento detalhado, a elaboração de documentos orientativos, o treinamento de todos os membros da equipe e, principalmente, a formação de uma equipe de suporte que, durante todo desenrolar do projeto, fez a interlocução entre a coordenação geral, os sítios de coleta e os laboratórios de referência foi fundamental para conseguirmos realizar as atividades e atingir os objetivos propostos, mesmo diante de tantos desafios que surgiram no caminho.

4.4.2. Laboratório de Referência e Treinamento em DST-AIDS (CRT DST/AIDS) e Laboratório de Biologia Molecular

O Laboratório de Biologia Molecular do CRT-AIDS/SP, foi o laboratório de Referência para execução do teste molecular para detecção de Clamídia e Neisseria.

Principais atividades desenvolvidas:

- ▶ Execução dos testes moleculares para detecção de Clamídia/Neisseria
- ▶ Alimentar o REDCap com resultados
- ▶ Confecção dos laudos positivos e envio dos mesmos aos sítios de pesquisa correspondentes.
- ▶ Envio das amostras (através de empresa especializada), para os laboratórios executores dos testes de HPV, Sorologia e Carga Viral.
- ▶ Execução de alíquotas das amostras com volume suficiente para o BioRepositório.

Material enviado para o Teste Molecular – Clamídia/Neisseria:

As amostras de material biológico coletadas nos sítios e recebidas no laboratório foram: urina, swab oral e swab anal. Os materiais foram enviados de modo apropriado, congelados, em tubo próprio com tampão de transporte de amostras.

Distribuição do número de participantes das quais recebemos amostras por sítio:

CRT DST-AIDS	
Sítio	Participantes (n)*
Campo Grande	185
Manaus	342
Porto Alegre	215
Salvador	203
São Paulo	415
Total	1.360

Este número pode não corresponder ao número de participante de cada sítio, considerando que podemos ter mais de uma amostra por participante, que nem todas as participantes tinham amostras dos três sítios anatômicos dos quais foram feitas coletas para diagnóstico de Gonorreia e Clamídia (urina, swab anal e swab oral). Ao chegarem ao laboratório as amostras eram conferidas e armazenadas em freezer -20C até serem

processadas. A metodologia utilizada para detecção dos patógenos foi PCR Real Time, na plataforma Abbott M2000. Todos os resultados foram registrados no REDCaP, de acordo com a realização dos exames.

Dificuldades Encontradas:

Houve necessidade de repetir análises com muitas das amostras de swab, principalmente o swab anal, já que para o kit utilizado as amostras mais indicadas são urina e swabs uretral, endocervical e vaginal. Para minimizar as repetições, e não comprometer os resultados, as amostras provenientes de swabs muito contaminados com material fecal foram diluídas. Devido à pandemia houve interrupção dos campos, consequentemente das coletas e envio de amostras para o laboratório. Com retorno das atividades a quantidade de amostras recebidas ao mesmo tempo foi grande, isso gerou um pouco de transtorno pois o equipamento utilizado é o mesmo da rotina (que é grande). Uma outra dificuldade foi o manejo dos reagentes para impedir perda de validade.

Lições aprendidas

A participação nesse projeto trouxe experiências valiosas à equipe do laboratório, pelo envolvimento de profissionais de diferentes instituições, inserção dos resultados no REDCap, que era acessada pelos profissionais no campo.

4.5. ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS

As atividades administrativas necessárias para a implementação e desenvolvimento do projeto foram bastante complexas, exigindo que parte da equipe do CEALAG se dedicasse quase que integralmente ao projeto. Estas estão descritas, de forma sintética no **ANEXO 17** e foram organizadas nas seguintes frentes:

- 1) Interação contínua com a coordenação do projeto, participação de reuniões com a equipe técnica.
- 2) Suporte geral e interface com MS/OPAS.
- 3) Aquisição de Insumos (materiais de laboratório, suporte e consumo) e Transporte
- 3) Atividades administrativas de apoio aos sítios em função da pandemia de Covid-19.
- 4) Elaboração dos relatórios de execução orçamentária.

V. RESULTADOS PRELIMINARES E SELECIONADOS

Foram selecionados um conjunto de resultados para apresentação neste relatório, ainda utilizando dados brutos. Inicialmente, descreveremos aqueles referentes ao total da amostra e na sequência, os de cada sítio participante.

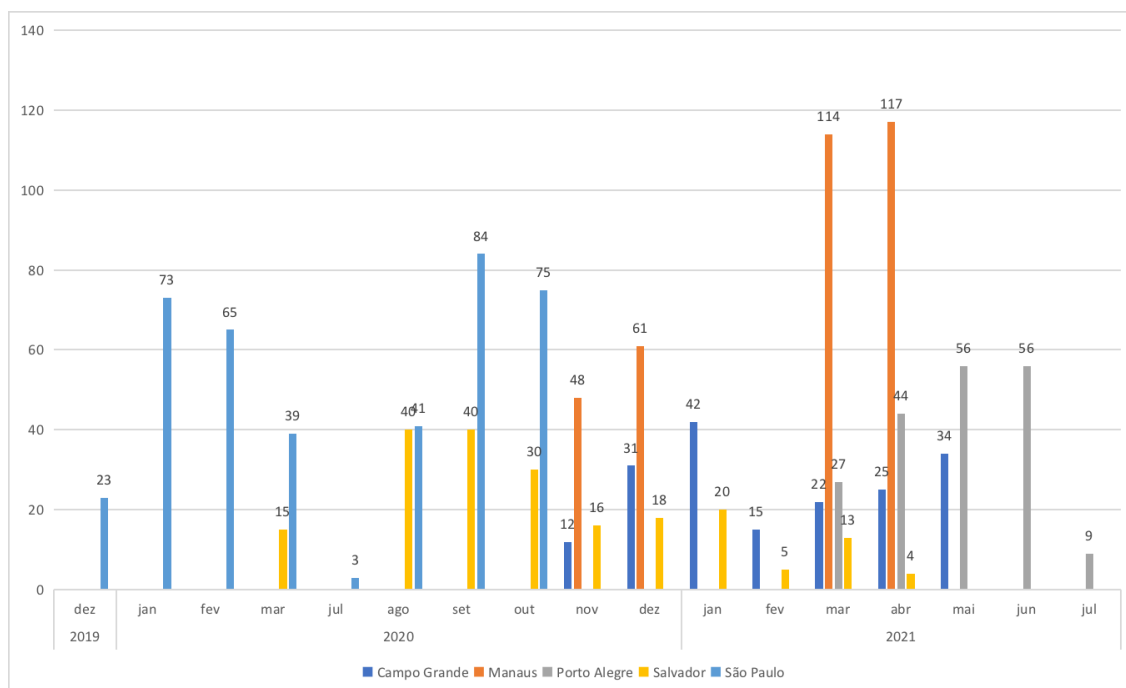
5.1. RECRUTAMENTO

No período entre 03/12/2019 e 02/07/2021 foram recrutadas 1.317 participantes perfazendo 102,9% da amostra esperada de 1.280 (**Tabela 2**). O período de recrutamento variou em cada sítio da pesquisa, por diversas razões, incluindo a situação epidemiológica da pandemia de COVID-19. Optou-se por iniciar o recrutamento em São Paulo, cidade em que estava sediada a coordenação geral do estudo para testar previamente fluxo e instrumentos em geral, com a finalidade de acumular experiência e compartilhar com as demais equipes. O número de participantes inscritas em cada sítio da pesquisa, segundo mês de recrutamento, encontra-se na **Figura 1**.

Tabela 2 - Participantes inscritas (nº e %) no estudo TransOdara e amostra esperada, por sítio da pesquisa. Dezembro 2019 a julho 2021.

Sítio da pesquisa	Período de Recrutamento	Amostra (n)	Inscritas (n)	%
Campo Grande	18/11/2020 a 27/05/2021	180	181	101,1
Manaus	16/11/2020 a 30/04/2021	300	340	113,3
Porto Alegre	01/03/2021 a 02/07/2021	200	192	96,0
Salvador	10/03/2020 a 15/04/2021	200	201	100,5
São Paulo	03/12/2019 a 29/10/2020	400	403	100,8
Total		1.280	1.317	102,9

Figura 1 – N° de participantes inscritas, mensalmente, em cada sítio da pesquisa TransOdara. Dezembro de 2019 a julho de 2021.



5.2. DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL

Para permitir a visualização da distribuição territorial dos endereços de residência das participantes foi realizado geoprocessamento. Para tanto, utilizou-se o software livre QGIS - versão 3.10 e a ferramenta online de geocodificação da BatchGeo, tendo sido encontrados a grande maioria dos endereços disponíveis: Campo Grande – 99,5%, Manaus – 96,2%, Porto Alegre – 99,5%, Salvador – 99,0% e São Paulo – 97,8% - total 98,0%. Vale ressaltar que algumas participantes viviam em situação de rua no momento da entrevista – 9 em São Paulo, 4 em Salvador e 14 em Manaus.

Nos mapas apresentados, cada cidade é mostrada com dois graus de aproximação, um retratando toda a extensão do município, e outro com foco na distribuição dos endereços das participantes, dentro e fora do município sede da pesquisa (**ANEXOS 18.1 a 18.5**).

5.3. CARACTERIZAÇÃO GERAL DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA

A fonte dos resultados apresentados neste item é o Questionário (**ANEXO 2.3**).

5.3.1. Características socioeconômicas e demográficas

As características socioeconômicas e demográficas das participantes do estudo, distribuídas nos diversos sítios, estão apresentadas na **Tabela 3**. Considerando o total de participantes nas cinco capitais, as

idades média e mediana foram, respectivamente, 32,5 (DP 10,0) e 31 anos. A maioria se identificou como mulher transexual (66,8%), sem religião (36,2%), maior grau de escolaridade ensino 'médio completo e incompleto' (54,3%), vive em moradia de aluguel (36,5%) e são solteiras (70,1%). Quanto à ocupação, 24,6% referem ser autônomas/fazer bico, 21,3% ser profissionais do sexo e 22,5% estavam desempregadas no momento da entrevista.

A seguir vamos apresentar uma síntese das características socioeconômicas e demográficas de cada capital.

Campo Grande - Idade média foi de 32,3 anos (dp \pm 10,8 anos), variando entre 18 e 61 anos. A maioria (55,0%) se identificou como mulher trans e 33,3% das participantes se identificaram como travestis. Com relação à religião, a maioria referiu ter religião (59,8%) e, entre estas, a religião católica foi a mais citada (27,7%), seguida da religião afro-brasileira (13,6%), evangélica/protestante (10,2%) e espírita (7,9%). Vale citar que 40,1% referiram não ter religião. Observou-se uma proporção maior de participantes com ensino médio completo/incompleto (49,7%), seguida por ter cursado até o ensino fundamental completo/incompleto (26,8%) e ensino superior completo/incompleto (19,0%). Com relação à situação de moradia, 33,9% das participantes relataram morar com família ou amigos, 33,3% em casa ou apartamento alugado e 25,0% em casa ou apartamento próprio. Nenhuma participante encontrava-se em situação de rua no momento da entrevista. Quanto à situação conjugal, a maioria se referiu solteira (73,7%), seguidas por 11,2% que têm namorado/ficante e 10,6% 'casadas/em união consensual'. Em relação à ocupação, 30,6% referiram ser profissionais do sexo, 15,0% estavam desempregadas no momento da entrevista. O trabalho como 'autônomas/bico' foi declarado por 13,3% das participantes, seguido por 'ter emprego sem carteira assinada' (12,8%). Vale ressaltar que apenas 5,0% das participantes referiram 'ter emprego com carteira assinada'. O rendimento mensal superior a R\$ 1.045,00 foi citado pela maioria das participantes (69,4%) e rendimento de R\$ 600,00, inferior ao salário-mínimo, foi declarado por 15,9% delas.

Manaus - Idade média foi de 30,9 anos (dp \pm 9,39 anos), variando entre 18 e 57 anos. A maioria (52,8%) se identificou como mulher trans e 44,5% das participantes se identificaram como travestis. Com relação à religião, 44,4% referiram ser católica e 30,8% não ter religião. Observou-se uma proporção maior de participantes com ensino médio completo/incompleto (58,0%), seguida por ter cursado até o ensino fundamental completo/incompleto (22,8%) e ensino superior completo/incompleto (14,5%). Com relação à situação de moradia, 47,9% das participantes relataram morar com família ou amigos, 24,6% em casa

ou apartamento alugado e 15,1% em casa ou apartamento próprio. Encontravam-se em situação de rua no momento da entrevista 3,6% das participantes. Quanto à situação conjugal, a maioria se referiu solteira (76,6%), seguidas por 12,4% que têm namorado/ficante e 10,4% 'casadas/em união consensual'. Em relação à ocupação, 35,0% estavam desempregadas no momento da entrevista; o trabalho como 'autônomas/bico' foi declarado por 23,4% das participantes, seguido por 'ter emprego sem carteira assinada' (16,8%). Vale ressaltar que apenas 4,5% das participantes referiram 'ter emprego com carteira assinada'. O rendimento mensal até R\$ 600,00, inferior ao salário-mínimo, foi citado por 36,8% das participantes, enquanto rendimento superior a R\$ 1.779,00 foi citado por 17,1% delas.

Porto Alegre - Idade média foi de 32,8 anos (dp ± 9,93 anos), variando entre 18 e 59 anos. A maioria (71,20%) se identificou como mulher trans e 25,1% das participantes se identificaram como travestis. Com relação à religião, a maioria referiu 'afro-brasileira' (43,5%), seguida de 'católica' (13,6%) e 33,0% declararam 'não ter religião'. Observou-se uma proporção maior de participantes com ensino médio completo/incompleto (45,3%), seguida por ter cursado até o ensino fundamental completo/incompleto (27,1%) e ensino superior completo/incompleto (19,8%). Com relação à situação de moradia, 34,4% das participantes relataram morar em casa ou apartamento alugado, 32,8% em casa ou apartamento próprio e 26,0% com família ou amigos. Cerca de 1,0% estavam em situação de rua no momento da entrevista. Quanto à situação conjugal, a maioria se referiu solteira (66,5%), seguidas por 18,3% que têm namorado/ficante e 12,0% 'casadas/em união consensual'. Em relação à ocupação, 27,2% trabalhavam como autônomas/bico, 25,7% estavam desempregadas no momento da entrevista e 19,9% referiram ser profissionais do sexo. O rendimento mensal superior a R\$ 1.779,00 foi citado por 31,2% e rendimento de R\$ 600,00, inferior ao salário-mínimo, foi declarado por 20,2% delas.

Salvador - Idade média foi de 30,4 anos (dp ± 9,68 anos), variando entre 18 e 63 anos. A maioria (78,5%) se identificou como mulher trans e 19,0% das participantes se identificaram como travestis. Com relação à religião, a maioria referiu ter religião (43,3%). As religiões de matriz afro-brasileiras foram citadas por 36,3% e 'católica' (19,9%). Observou-se uma proporção maior de participantes com ensino médio completo/incompleto (53,5%), seguida por ter cursado até o ensino fundamental completo/incompleto (26,5%) e ensino superior completo/incompleto (16,5%). Com relação à situação de moradia, 45,8% residiam em casa ou apartamento alugado e 35,3% em casa ou apartamento próprio, 13,9% das participantes relataram morar com família ou amigos, 4,5%

residiam em abrigos e nenhuma participante encontrava-se em situação de rua no momento da entrevista. Quanto à situação conjugal, a maioria se referiu solteira (70,7%), seguidas por 14,9% 'casadas/em união consensual' e 13,4% que têm namorado/ficante. Em relação à ocupação, o trabalho como 'autônomas/bico' foi declarado por 37,3% das participantes, 28,4% referiram ser profissionais do sexo, 15,9% estavam desempregadas no momento da entrevista. O rendimento de R\$ 600,00, inferior ao salário-mínimo, foi declarado pela maioria das participantes (40,8%) e o superior a R\$ 1.779,00 foi citado 20,7%.

São Paulo - Idade média foi de 35,0 anos (dp ± 9,71 anos), variando entre 18 e 68 anos. A maioria (75,9%) se identificou como mulher trans e 23,6% das participantes se identificaram como travestis. Com relação à religião, 37,2 referiram não ter religião, seguida por 'católica' (22,7%) e 17,0% 'afro-brasileiras'. Observou-se uma proporção maior de participantes com ensino médio completo/incompleto (57,8%), seguida por ter cursado até o ensino fundamental completo/incompleto (24,1%) e ensino superior completo/incompleto (12,1%). Com relação à situação de moradia, 44,2% residiam em casa ou apartamento alugado, 28,0% em casa ou apartamento próprio, 10,4% das participantes relataram morar com família ou amigos. Encontravam-se em abrigos 9,7% delas e 2,5% em situação de rua no momento da entrevista. Quanto à situação conjugal, a maioria se referiu solteira (64,3%), seguidas por 20,4% 'casadas/em união consensual' e 14,4% com namorado/ficante. Em relação à ocupação, trabalham como 'autônomas/bico' 23,1% das participantes, seguido por 21,6% profissionais do sexo e 17,1% estavam desempregadas no momento da entrevista. O rendimento mensal de R\$ 600,00, inferior ao salário-mínimo, foi declarado por 26,2% das participantes e 24,4% referiram rendimento superior a R\$ 1.779,00.

5.3.2. Experiência de Discriminação e Violência

As experiências de discriminação e violência referidas nas entrevistas, pelas participantes do estudo, nos diversos sítios, estão apresentadas na **Tabela 4**. A maioria (85,5%) referiu ter sofrido discriminação algum vez na vida por ser travesti/transsexual. Ao investigar em que circunstância e com qual frequência isso ocorreu e considerando apenas aquelas que referiram que tais situações foram **muito frequentes**, cerca de 15,0% referiram que não foi selecionada ou foi demitida em função disso.

Quanto aos locais em que foram mal atendidas ou maltratadas ou marginalizadas ou excluídas, o questionário permitia múltiplas respostas. Ainda que a maioria tenha referido que 'nunca' passou por situações desse tipo nos diversos locais investigados, dentre as refeririam que já haviam passado por isso, as respostas mais citadas, em ordem de-

crescente, foram: ambiente familiar (23,5%), por colegas de escola/faculdade (19,3%), por vizinhos (17,8%), por policiais ou em delegacias (17,4%), em albergues (14,8%), no comércio (13,0%), no trabalho (12,6%), por grupos de amigos (10,6%), por professores (7,8%) e em serviços de saúde (7,0%). Além disso, 35,2% delas referiram sentir medo de caminhar em público e 18,7% referiram terem sido impedidas de doar sangue.

Campo Grande - A maioria das participantes (81,6%) afirmou ter sido discriminada, alguma vez na vida, por ser TrMT. Dentre os diversos locais/relações investigados, em que foram maltratadas ou marginalizadas 'muitas vezes', com maior frequência pelas participantes, o mais citado foi por colegas de escola 27,2%, seguido por serviços públicos como albergues (14,8%). Em relação ao local em que foram 'muitas vezes' excluídas ou marginalizadas em ordem decrescente, ocorreu em ambiente familiar (21,5%), seguido de vizinhança (16,8%) e de grupos de amigos e no trabalho, com proporções semelhantes de cerca de 13,0%. Referiram ter sido chantageadas ou sofrido extorsão (17,4%) e em pelo menos uma ocasião, 8,8% das participantes foram impedidas de doar sangue. Vale ressaltar que 13,8% referiram não ter sido selecionadas para emprego e 36,0% relataram ter sentido medo de caminhar em público muitas vezes.

Manaus - A maioria das participantes (84,9%) afirmou ter sido discriminada, alguma vez na vida, por ser TrMT. Dentre os diversos locais/relações investigados, em que foram maltratadas ou marginalizadas 'muitas vezes', foi citado em maior proporção pelas participantes por 'colegas de escola' (25,5%), seguido por 'comércio' (19,6%) e serviços públicos como 'delegacias' (18,3%). Em relação ao local em que foram 'muitas vezes' excluídas ou marginalizadas, os mais citados foram: 'em ambiente familiar' (32,1%), seguido de 'vizinhança' (27,5%) e 'no trabalho' (20,2%). Referiram ter sido chantageadas ou sofrido extorsão (10,9%) e em pelo menos uma ocasião, 6,4% das participantes foram impedidas de doar sangue. Destaca-se que 16,9% referiram não ter sido selecionadas para emprego e 53,5% relataram ter sentido medo de caminhar em público muitas vezes.

Porto Alegre - A maioria das participantes (88,0%) afirmou ter sido discriminada, alguma vez na vida, por ser TrMT. Dentre os diversos locais/relações investigados, em que foram maltratadas ou marginalizadas 'muitas vezes', com maior frequência, os mais citados pelas participantes foram: em serviços públicos como albergues (30,0%), delegacias (27,8%) e por colegas de escola (12,5%). Em relação ao local em que foram 'muitas vezes' excluídas ou marginalizadas, os mais citados foram: 'em ambiente familiar' (16,3%), seguido de 'vizinhança' (15,7%) e

'no trabalho' (10,1%). Referiram ter sido chantageadas ou sofrido extorsão (2,6%) e em pelo menos uma ocasião, 42,1% das participantes foram impedidas de doar sangue. Vale ressaltar que 19,8% referiram não ter sido selecionadas para emprego e 37,2% relataram ter sentido medo de caminhar em público muitas vezes.

Salvador - A maioria das participantes (82,6%) afirmou ter sido discriminada, alguma vez na vida, por ser TrMT. Dentre os diversos locais/relações investigados, em que foram maltratadas ou marginalizadas 'muitas vezes', com maior frequência, os mais citados pelas participantes foram: 'por colegas de escola' (21,4%), seguido de 'comércio' (11,4%) e delegacia (8,9%). Em relação ao local em que foram 'muitas vezes' excluídas ou marginalizadas, os mais citados foram: 'em ambiente familiar' (25,5%), seguido de 'vizinhança' (15,5%) e 'por amigos' (13,0%). Referiram ter sido chantageadas ou sofrido extorsão (2,5%) e em pelo menos uma ocasião, 6,7% das participantes foram impedidas de doar sangue. Vale ressaltar que 10,5% referiram não ter sido selecionadas para emprego e 35,4% relataram ter sentido medo de caminhar em público muitas vezes.

São Paulo - A maioria das participantes (88,0%) afirmou ter sido discriminada, alguma vez na vida, por ser TrMT. Dentre os diversos locais/relações investigados, em que foram maltratadas ou marginalizadas 'muitas vezes', com maior frequência, os mais citados pelas participantes foram: delegacias (14,0%), por colegas de escola (11,1%), no comércio (9,2%). Em relação ao local em que foram 'muitas vezes' excluídas ou marginalizadas, os mais citados foram: 'em ambiente familiar' (19,7%), seguido de 'vizinhança' (12,3%), 'no trabalho' (8,7%) e por grupo de amigos (8,3%). Referiram ter sido chantageadas ou sofrido extorsão (4,0%) e em pelo menos uma ocasião, 5,1% das participantes foram impedidas de doar sangue. Vale ressaltar que 13,8% referiram não ter sido selecionadas para emprego e 18,9% relataram ter sentido medo de caminhar em público muitas vezes.

Tabela 3 - Características socioeconômicas e demográficas (n e %) das participantes do TransOdara, total e por sítios. Dezembro de 2019 a julho de 2021.

Variáveis	Total		Campo Grande		Manaus		Porto Alegre		Salvador		São Paulo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sítios	1.315	100,00	180	13,69	339	25,78	192	14,6	201	15,29	403	30,65
Idade (em anos)												
Média	32,54		32,34		30,87		32,84		30,38		34,97	
DP	9,96		10,76		9,39		9,93		9,68		9,71	
Mediana	31		29		30		31		28		33	
Mínima Máxima	18 - 68		18-61		18-57		18-59		18-63		18-68	
Identidade de Gênero												
Mulher Transexual	877	66,79	99	55,00	179	52,80	136	71,20	157	78,50	306	75,93
Travesti	392	29,86	60	33,33	151	44,54	48	25,13	38	19,00	95	23,57
Outras	44	3,35	21	11,67	9	2,65	7	3,66	5	2,50	2	0,50
Religião												
Não tenho religião	474	36,24	71	40,11	104	30,77	63	32,98	87	43,28	149	37,16
Afro-brasileira	286	21,87	24	13,56	38	11,24	83	43,46	73	36,32	68	16,96
Evangélica/protestante	116	8,87	18	10,17	33	9,76	7	3,66	6	2,99	52	12,97
Católica	346	26,45	49	27,68	150	44,38	26	13,61	30	14,93	91	22,69
Espírita	75	5,73	14	7,91	12	3,55	10	5,24	4	1,99	35	8,73
Outras	11	0,84	1	0,56	1	0,30	2	1,05	1	0,50	6	1,50
Maior grau de escolaridade												
Fundamental completo e incompleto	327	24,92	48	26,82	77	22,78	52	27,08	53	26,50	97	24,07
Médio completo e incompleto	712	54,27	89	49,72	196	57,99	87	45,31	107	53,50	233	57,82
Técnico completo e incompleto	51	3,89	7	3,91	10	2,96	11	5,73	6	3,00	17	4,22
Superior completo e incompleto	203	15,47	34	18,99	49	14,50	38	19,79	33	16,50	49	12,16
Pós-graduação completa ou incompleta	19	1,45	1	0,56	6	1,78	4	2,08	1	0,50	7	1,74
Situação de moradia												
Casa ou apartamento próprio	343	26,10	45	25,00	51	15,09	63	32,81	71	35,32	113	28,04
Casa ou apartamento alugado	479	36,45	60	33,33	83	24,56	66	34,38	92	45,77	178	44,17
Família e amigos	343	26,10	61	33,89	162	47,93	50	26,04	28	13,93	42	10,42
Situação de rua	24	1,83	0	0,00	12	3,55	2	1,04	0	0,00	10	2,48
Abrigo ou pensão	69	5,25	3	1,67	10	2,96	8	4,17	9	4,48	39	9,68
Outros tipos de moradia	56	4,26	11	6,11	20	5,92	3	1,56	1	0,50	21	5,21
Situação conjugal												
Solteira	919	70,05	132	73,74	259	76,63	127	66,49	142	70,65	259	64,27
Namorando/ficando	182	13,87	20	11,17	42	12,43	35	18,32	27	13,43	58	14,39
Casada ou união consensual	189	14,41	19	10,61	35	10,36	23	12,04	30	14,93	82	20,35
Separada/viúva	22	1,68	8	4,47	2	0,59	6	3,14	2	1,00	4	0,99
Ocupação												
Empregada com carteira assinada	111	8,48	9	5,00	15	4,49	17	8,90	10	4,98	60	14,89
Empregada sem carteira assinada	150	11,46	23	12,78	56	16,77	10	5,24	21	10,45	40	9,93
Autônoma/ bico	322	24,60	24	13,33	78	23,35	52	27,23	75	37,31	93	23,08
Aposentada com benefício/servidor	48	3,67	8	4,44	13	3,89	10	5,24	1	0,50	16	3,97
Profissional do sexo	279	21,31	55	30,56	42	12,57	38	19,90	57	28,36	87	21,59
Desempregada	294	22,46	27	15,00	117	35,03	49	25,65	32	15,92	69	17,12
Outras ocupações	105	8,02	34	18,89	13	3,89	15	7,85	5	2,49	38	9,43
Renda mensal (quartil em R\$)												
Até 600	340	28,43	27	15,88	99	36,80	37	20,22	75	40,76	102	26,15
De 601 a 1.045	270	22,58	25	14,71	64	23,79	44	24,04	45	24,46	92	23,59
De 1.046 a 1.779	287	24,00	55	32,35	60	22,30	45	24,59	26	14,13	101	25,90
Maior que 1.779	299	25,00	63	37,06	45	17,10	57	31,15	38	20,65	95	24,36

Tabela 4 – Experiências de discriminação e violência (n e %), referidas pelas participantes do estudo, total e por sítios. TransOdara, dezembro de 2019 a julho de 2021.

Variáveis	Total		Campo Grande		Manaus		Porto Alegre		Salvador		São Paulo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Discriminação na vida por ser transexual/travesti												
Não	190	14,51	33	18,44	51	15,13	23	11,98	35	17,41	48	12,00
Sim	1.119	85,49	146	81,56	286	84,87	169	88,02	166	82,59	352	88,00
Não foi selecionada ou foi demitida do emprego												
Muitas vezes	191	14,95	24	13,79	57	16,86	36	19,78	21	10,45	53	13,84
Às vezes/poucas vezes	164	12,83	28	16,09	43	12,72	23	12,64	21	10,45	49	12,79
Somente uma vez	111	8,69	14	8,05	19	5,62	23	12,64	11	5,47	44	11,49
Nunca	812	63,54	108	62,07	219	64,79	100	54,95	148	73,63	237	61,88
Mal atendida ou impedida de entrar no comércio												
Muitas vezes	169	12,93	28	15,82	66	19,58	15	7,85	23	11,44	37	9,23
Às vezes/poucas vezes	332	25,40	40	22,60	98	29,08	58	30,37	35	17,41	101	25,19
Somente uma vez	64	4,90	7	3,95	12	3,56	15	7,85	12	5,97	18	4,49
Nunca	742	56,77	102	57,63	161	47,77	103	59,93	131	65,17	245	61,10
Mal atendida em serviço de saúde												
Muitas vezes	91	6,96	14	7,87	34	10,12	8	4,19	9	4,48	26	6,47
Às vezes/poucas vezes	230	17,58	33	18,54	53	15,77	36	18,85	31	15,42	77	19,15
Somente uma vez	79	6,04	8	4,49	13	3,87	18	9,42	10	4,98	30	7,46
Nunca	908	69,42	123	69,10	236	70,24	129	67,54	151	75,12	269	66,92
Maltratada ou marginalizada por professores												
Muitas vezes	94	7,81	14	8,19	46	13,81	10	6,94	13	6,47	11	3,10
Às vezes/poucas vezes	145	12,04	22	12,87	62	18,62	17	11,81	20	9,95	24	6,76
Somente uma vez	42	3,49	6	3,51	14	4,20	9	6,25	6	2,99	7	1,97
Nunca	923	76,66	129	75,44	211	63,36	108	75,00	162	80,60	313	88,17
Maltratada ou marginalizada por colegas da escola/faculdade												
Muitas vezes	232	19,32	46	27,22	86	25,52	18	12,50	43	21,39	39	11,14
Às vezes/poucas vezes	231	19,23	40	23,67	75	22,26	27	18,75	37	18,41	52	14,86
Somente uma vez	28	2,33	3	1,78	13	3,86	3	2,08	5	2,49	4	1,14
Nunca	710	59,12	80	47,34	163	48,37	96	66,67	116	57,71	255	72,86
Excluída ou marginalizada de grupos de amigos												
Muitas vezes	138	10,62	22	12,50	39	11,64	18	9,42	26	13,00	33	8,29
Às vezes/poucas vezes	306	23,54	44	25,00	84	25,07	45	23,56	45	22,50	88	22,11
Somente uma vez	36	2,77	1	0,57	10	2,99	9	4,71	7	3,50	9	2,26
Nunca	820	63,08	109	61,93	202	60,30	119	62,30	122	61,00	268	67,34
Excluída ou marginalizada por vizinhos												
Muitas vezes	232	17,81	30	16,76	92	27,46	30	15,71	31	15,50	49	12,31
Às vezes/poucas vezes	326	25,02	43	24,02	90	26,87	49	25,65	37	18,50	107	26,88
Somente uma vez	33	2,53	4	2,23	8	2,39	6	3,14	10	5,00	5	1,26
Nunca	712	54,64	102	56,98	145	43,28	106	55,50	122	61,00	237	59,55
Excluída ou marginalizada no ambiente familiar												
Muitas vezes	306	23,54	38	21,47	108	32,14	31	16,32	51	25,50	78	19,65
Às vezes/poucas vezes	248	19,08	29	16,38	80	23,81	47	24,74	24	12,00	68	17,13
Somente uma vez	40	3,08	9	5,08	5	1,49	10	5,26	6	3,00	10	2,52
Nunca	706	54,31	101	57,06	143	42,56	102	53,68	119	59,50	241	60,71
Excluída ou marginalizada no ambiente de trabalho												
Muitas vezes	157	12,60	21	12,57	67	20,24	18	10,11	19	9,50	32	8,65
Às vezes/poucas vezes	152	12,20	17	10,18	47	14,20	24	13,48	14	7,00	50	13,51
Somente uma vez	33	2,65	7	4,19	5	1,51	4	2,25	8	4,00	9	2,43
Nunca	904	72,55	122	73,05	212	64,05	132	74,16	159	79,50	279	75,41
Impedida de doar sangue												
Muitas vezes	185	18,65	8	6,35	139	42,12	6	6,67	10	5,08	22	8,84
Às vezes/poucas vezes	30	3,02	6	4,76	5	1,52	2	2,22	5	2,54	12	4,82
Somente uma vez	58	5,85	17	13,49	5	1,52	8	8,89	17	8,63	11	4,42
Nunca	719	72,48	95	75,40	181	54,85	74	82,22	165	83,76	204	81,93
Maltratada por policiais ou mal atendida em delegacias												
Muitas vezes	223	17,42	32	18,39	93	27,76	16	8,94	28	14,00	54	13,78
Às vezes/poucas vezes	215	16,80	29	16,67	54	16,12	30	16,76	33	16,50	69	17,60
Somente uma vez	99	7,73	8	4,60	16	4,78	15	8,38	22	11,00	38	9,69
Nunca	743	58,05	105	60,34	172	51,34	118	65,92	117	58,50	231	58,93

Tabela 4 – Experiências de discriminação e violência (n e %), referidas pelas participantes do estudo, total e por sítios. TransOdara, dezembro de 2019 a julho de 2021. (CONTINUAÇÃO).

Variáveis	Total		Campo Grande		Manaus		Porto Alegre		Salvador		São Paulo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Maltratada em serviços público (albergues)												
Muitas vezes	192	14,77	23	12,92	101	29,97	12	6,42	20	9,95	36	9,07
Às vezes/poucas vezes	220	16,92	30	16,85	54	16,02	34	18,18	29	14,43	73	18,39
Somente uma vez	43	3,31	6	3,37	6	1,78	8	4,28	10	4,98	13	3,27
Nunca	845	65,00	119	66,85	176	52,23	133	71,12	142	70,65	275	69,27
Chantageada ou extorsão												
Muitas vezes	70	5,39	8	4,49	36	10,91	5	2,62	5	2,50	16	4,01
Às vezes/poucas vezes	120	9,24	20	11,24	30	9,09	18	9,42	20	10,00	32	8,02
Somente uma vez	43	3,31	9	1,69	6	1,82	12	6,28	12	6,00	10	2,51
Nunca	1.065	82,05	147	82,58	258	78,18	156	81,68	163	81,50	341	85,46
Sentiu medo de caminhar em público												
Muitas vezes	457	35,24	64	35,96	177	53,47	70	37,23	70	35,35	76	18,91
Às vezes/poucas vezes	343	26,45	46	25,84	55	16,62	54	28,72	40	20,20	148	36,82
Somente uma vez	16	1,23	0	0,00	6	1,81	2	1,06	1	0,51	7	1,74
Nunca	481	37,09	68	38,20	93	28,10	62	32,98	87	43,94	171	42,54

5.3.3. Saúde Mental

Foram investigados diversos tipos e frequência de problemas de saúde mental, nos últimos 15 dias anteriores à entrevista (**Tabela 5**). Esta investigação também permitia múltiplas respostas. Os problemas referidos com maior frequência em ordem decrescente foram: problemas de sono (27,8%); não se sentir descansada e disposta durante o dia (18,7%); deprimida ou sem perspectiva (18,6%); problemas na alimentação, como falta de apetite ou comer muito mais do que de costume (18,1%); incomodada por ter pouco interesse ou não sentir prazer em fazer as coisas (15,2%), entre outros. Quanto à autopercepção sobre saúde emocional cerca de 50% das participantes a consideravam muito boa/boa, 36,2% regular e 12,2% ruim/ muito ruim.

Campo Grande - Das 179 entrevistadas, quase um terço das participantes (32,2%) relataram ter tido problemas com sono a maior parte do tempo nos últimos 15 dias, 26,8% relataram se sentir deprimidas, "pra baixo" ou sem perspectiva nos últimos 15 dias. Com relação ao pensamento de se ferir de alguma maneira ou achar que seria melhor estar morta, 22,8% relataram já ter tido este sentimento alguma vez na vida. Com relação à percepção de sua saúde emocional/mental, 36,1% declararam ser 'regular' e 12,2% 'ruim/muito ruim'.

Manaus – ‘Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem, ou ao contrário, ficar muito agitada ou inquieta, andando de um lado para o outro muito mais do que de costume’ foi o primeiro problema apontado por 22,4% das participantes, na sequência ‘problemas com sono’ (16,8%), ‘se sentir deprimida’ (16,3%), ‘se sentir indisposta durante o dia’ (12,4%) e ‘se sentir mal consigo mesma’ (11,5%). ‘Ter pensado, alguma vez na vida, em se ferir de alguma maneira ou achar que seria melhor estar morta’ foi relatado por 7,1% das participantes. Com relação à percepção de sua saúde emocional/mental, 29,2% declararam ser ‘regular’ e 10,6% ‘ruim/muito ruim’.

Porto Alegre - Ter tido problemas com sono a maior parte do tempo nos últimos 15 dias foi o problema mais citado por 35,9% das participantes, na sequência ‘ter problemas com alimentação, como falta de apetite ou comer muito mais do que de costume’ foi citado por 27,0%, ‘se sentir deprimida’ (24,0%), ‘não se sentir disposta durante o dia’ e ‘não ter prazer em fazer as coisas do cotidiano’ foram sentimentos citados por 19,8% e ‘se sentir mal consigo mesma’ (19,3%). Referiram ter pensado, algum vez na vida, em se ferir de alguma maneira ou achar que seria melhor estar morta (10,9%). Com relação à percepção de sua saúde emocional/mental, 42,7% declararam ser ‘regular’ e 17,2% ‘ruim/muito ruim’.

Salvador - Ter tido problemas com sono a maior parte do tempo nos últimos 15 dias foi o problema mais citado por 34,8% das participantes, na sequência ‘ter problemas com alimentação, como falta de apetite ou comer muito mais do que de costume’ foi citado por 26,5%, ‘não se sentir disposta durante o dia’ (19,4%), e empatados em 4º lugar ‘não ter prazer em fazer as coisas’ e ‘não conseguir se concentrar em atividades habituais’ (18,9%) e referiram ‘se sentir deprimidas’ (17,5%). Referiram ter pensado, algum vez na vida, em se ferir de alguma maneira ou achar que seria melhor estar morta (8,0%). Com relação à percepção de sua saúde emocional/mental, mais da metade das participantes declararam ser ‘regular’ (50,3%) e ‘ruim/muito ruim’ (10,5%).

São Paulo – Ter tido problemas com sono a maior parte do tempo nos últimos 15 dias foi o problema mais citado por 27,8% das participantes, na sequência ‘não se sentir disposta durante o dia’ (19,1%), ‘ter problemas com alimentação, como falta de apetite ou comer muito mais do que de costume’ (16,6%), referiram ‘se sentir deprimidas’ (14,9%) e ‘não conseguir se concentrar em atividades habituais’ (13,9%). Referiram ‘ter pensado, alguma vez na vida, em se ferir de alguma maneira ou achar que seria melhor estar morta’ (5,2%). Com relação à percepção de sua saúde emocional/mental, 32,0% declararam ser ‘regular’ e 11,9% ‘ruim/muito ruim’.

5.3.4. Conhecimento e experiência de Uso de PrEP, PEP e autoteste

O conhecimento e a experiência de uso dos insumos de prevenção ao HIV - profilaxias pré e pós exposição (PrEP, PEP) e autoteste foram investigados e estão apresentados na **Tabela 6**. Referiram conhecer PrEP (65,5%), PEP (55,2%) e autoteste (48,5%).

Quanto ao uso da **PrEP** foi observado que 6,0% referiram 'uso corrente no momento da entrevista', 5,9% 'uso no passado' e dessas, 39,1% referiram ter tido algum efeito colateral. Referiram 'não ter nenhum interesse' em utilizar a PrEP (38,9%), a PrEP sob demanda (51,5%) e a PrEP injetável (48,8%). Somente 18,0% já havia ouvido falar em PrEP sob demanda e 22,6% em PrEP injetável.

Em relação à **PEP**, 20,2% já havia utilizado alguma vez na vida. Dentre essas, a maioria referiu tê-la usado 1 ou 2 vezes (82,4%). Em relação ao tempo decorrido desde a última vez que haviam usado PEP, mais da metade usaram entre 1 e 2 anos (24,3%) e cerca de 34,0% há mais de 1 ano.

Quanto ao **autoteste**, 62,4% das participantes referiram que fariam este exame, 70,3% que pegariam no serviço de saúde, 51,1% o comprariam na farmácia e 32,3% pagariam entre R\$ 10 e 20.

Campo Grande - A maioria das TrMT entrevistadas já ouviu falar ou conhece PrEP (65,0%) e PEP (57,5%) e apenas 15,7% e 16,5% já ouviram falar ou conheciam PrEP sob demanda e PrEP injetável, respectivamente. A maioria citou nunca ter tomado PrEP (86,5%), 6,3% haviam tomado no passado e 7,2% referiram já estar em uso no momento da entrevista. Relataram ter tido algum efeito colateral durante o uso (33,3%). Referiram, respectivamente, 'nenhum' interesse em usar a PrEP, a PrEP sob demanda, a PrEP injetável: 23,1%, 41,3% e 29,7% das participantes.

História de uso de PEP foi relatada por 19,4% das participantes e destas, sendo que a maioria (85%) utilizaram este medicamento preventivo, 1 (uma) ou 2 (duas) vezes nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa. Quanto ao tipo de serviço de saúde em que obtiveram este medicamento, 47,4% das participantes referiram em Ambulatórios de Especialidades e 36,8% nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

Com relação ao autoteste para diagnóstico da infecção pelo HIV, 51,1% não havia ouvido falar. Relataram que não fariam o autoteste (32,6%) e apenas 8,7% das entrevistadas já tinham realizado o mesmo. A maioria relatou que pegaria o autoteste nos serviços de saúde (68,6%) e 9,1% já havia pegado. 60,6% referiram que compraria nas farmácias e como sugestão de preço viável, 37,6% das entrevistadas relataram que pagariam R\$ 40,00 ou mais.

Manaus – Tinham conhecimento sobre PrEP (35,7%), PrEP injetável (8,9%), PrEP sob demanda (9,2%) das participantes e PEP (24,3%). A maioria citou nunca ter tomado PrEP (88,3%), 8,3% haviam tomado no passado e somente 3,3% referiram estar em uso no momento da entrevista. Relataram ter tido algum efeito colateral durante o uso (61,5%) delas. Referiram 'nenhum' interesse em usar a PrEP (56,5%), a PrEP sob demanda (67,1%), a PrEP injetável (65,9%) das participantes.

História de uso de PEP foi relatada por 11,0% das participantes e destas, a maioria (83,3%) utilizaram este medicamento preventivo, entre 1 (uma) ou 2 (duas) vezes, nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa. Quanto ao tipo de serviço de saúde em que obtiveram este medicamento, a maioria 77,8% das participantes referiram em Ambulatórios de Especialidades.

Com relação ao autoteste para diagnóstico da infecção pelo HIV, 62,9% das entrevistadas relataram que não ter ouvido falar, 33,8% afirmaram que não fariam o autoteste e apenas 1,2% já tinham realizado o mesmo. A maioria relatou que pegaria o autoteste nos serviços de saúde (65,5%) e somente 0,9% já havia pegado. Referiram que comprariam nas farmácias 35,7% delas e como sugestão de preço viável, 38,3% relataram que pagariam R\$ 40,00 ou mais.

Porto Alegre - Tinham conhecimento sobre PrEP (66,7%), PrEP injetável (21,5%), PrEP sob demanda (14,6%) das participantes e PEP (58,9%). A maioria (87,1%) citou nunca ter tomado PrEP, 5,2% haviam tomado no passado e somente 7,8% referiram estar em uso no momento da entrevista. Relataram ter tido algum efeito colateral durante o uso (64,3%) delas. Referiram 'nenhum' interesse em usar a PrEP (20,8%), a PrEP sob demanda (26,7%), a PrEP injetável (23,5%) das participantes.

História de uso de PEP foi relatada por 18,7% das participantes e destas, a maioria (75,0%) utilizaram este medicamento preventivo, entre 1 (uma) ou 2 (duas) vezes, nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa. Quanto ao tipo de serviço de saúde em que obtiveram este medicamento, 60,0% das participantes referiram em Ambulatórios de Especialidades.

Com relação ao autoteste para diagnóstico da infecção pelo HIV, 52,6% das entrevistadas relataram que não ter ouvido falar, 26,5% afirmaram que não fariam o autoteste e apenas 7,4% já tinham realizado o mesmo. A maioria relatou que pegaria o autoteste nos serviços de saúde (76,6%) e somente 3,7% já havia pegado. Referiram que comprariam nas farmácias 63,5% delas e como sugestão de preço viável, 36,9% relataram que pagariam entre R\$ 10,00 e 20,00.

Salvador - Tinham conhecimento sobre PrEP (69,2%), PrEP injetável (17,9%), PrEP sob demanda (11,4%) das participantes e PEP (47,3%). A maioria (90,7%) citou nunca ter tomado PrEP, 4,3% haviam tomado no passado e somente 5,0% referiram estar em uso no momento da entrevista. Relataram ter tido algum efeito colateral durante o uso (33,3%) delas. Referiram 'nenhum' interesse em usar a PrEP (21,6%), a PrEP sob demanda (34,9%), a PrEP injetável (35,0%) das participantes.

História de uso de PEP foi relatada por 16,8% das participantes e destas, a maioria (75,0%) utilizaram este medicamento preventivo, entre 1 (uma) ou 2 (duas) vezes, nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa. Quanto ao tipo de serviço de saúde em que obtiveram este medicamento, 56,3% das participantes referiram em Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

Com relação ao autoteste para diagnóstico da infecção pelo HIV, 50,3% das entrevistadas relataram que não ter ouvido falar, 17,0% afirmaram que não fariam o autoteste e 14,5% já tinham realizado o mesmo. A maioria (79,0%) relatou que pegaria o autoteste nos serviços de saúde e somente 5,0% já havia pegado. Referiram que comprariam nas farmácias 69,1% delas e como sugestão de preço viável, 37,4% relataram que pagariam até R\$ 10,00.

São Paulo - Tinham conhecimento sobre PrEP (88,5%), PrEP injetável (39,7%), PrEP sob demanda (31,7%) das participantes e PEP (82,6%). A maioria (87,8%) citou nunca ter tomado PrEP, 5,8% haviam tomado no passado e somente 6,4% referiram estar em uso no momento da entrevista. Relataram ter tido algum efeito colateral durante o uso (26,3%) delas. Referiram 'nenhum' interesse em usar a PrEP (44,3%), a PrEP sob demanda (57,8%), a PrEP injetável (56,4%) das participantes.

História de uso de PEP foi relatada por 24,5% das participantes e destas, a maioria (85,1%) utilizaram este medicamento preventivo, entre 1 (uma) ou 2 (duas) vezes, nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa. Quanto ao tipo de serviço de saúde em que obtiveram este medicamento, 81,1% das participantes referiram em Ambulatórios de Especialidades.

Com relação ao autoteste para diagnóstico da infecção pelo HIV, 42,0% das entrevistadas relataram que não ter ouvido falar, 27,9% afirmaram que não fariam o autoteste e 14,9% já tinham realizado o mesmo. A maioria (67,7%) relatou que pegaria o autoteste nos serviços de saúde e 10,0% já havia pegado. Referiram que comprariam nas farmácias 44,7% delas e como sugestão de preço viável, 34,8% relataram que pagariam até R\$ 10,00.

Tabela 5 – Problemas de saúde mental e autopercepção de saúde (n e %), nos últimos 15 dias anteriores à entrevista, referidas pelas participantes do estudo, total e por sítios. TransOdara, dezembro de 2019 a julho de 2021.

Variáveis	Total		Campo Grande		Manaus		Porto Alegre		Salvador		São Paulo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Problemas de sono?												
Nunca	416	31,63	61	33,89	160	47,20	37	19,27	60	29,85	98	24,32
De vez em quando	354	26,92	38	21,11	91	26,84	44	22,92	54	26,87	127	31,51
Boa parte do tempo	179	13,61	23	12,78	31	9,14	42	21,88	17	8,46	66	16,38
A maior parte do tempo	366	27,83	58	32,22	57	16,81	69	35,94	70	34,83	112	27,78
Problemas por não se sentir descansada e disposta durante o dia?												
Nunca	412	31,38	62	34,44	142	42,14	38	19,79	75	37,31	95	23,57
De vez em quando	433	32,98	46	25,56	102	30,27	59	30,73	59	29,35	167	41,44
Boa parte do tempo	223	16,98	23	12,78	51	15,13	57	29,69	28	13,93	64	15,88
A maior parte do tempo	245	18,66	49	27,22	42	12,46	38	19,79	39	19,40	77	19,11
Incomodada por ter pouco interesse ou não sentir prazer em fazer as coisas?												
Nunca	482	36,77	71	39,89	157	46,31	47	24,48	77	38,31	130	32,42
De vez em quando	436	33,26	51	28,65	98	28,91	68	35,42	64	31,84	155	38,65
Boa parte do tempo	194	14,80	17	9,55	55	16,22	39	20,31	22	10,95	61	15,21
A maior parte do tempo	199	15,18	39	21,91	29	8,55	38	19,79	38	18,91	55	13,72
Problemas para se concentrar nas suas atividades habituais?												
Nunca	555	42,27	88	48,89	175	51,93	57	29,69	93	46,27	142	35,24
De vez em quando	411	31,30	50	27,78	83	24,63	72	37,50	52	25,87	154	38,21
Boa parte do tempo	166	12,64	14	7,78	52	15,43	31	16,15	18	8,96	51	12,66
A maior parte do tempo	181	13,79	28	15,56	27	8,01	32	16,67	38	18,91	56	13,90
Problemas na alimentação, como falta de apetite ou comer muito mais do que de costume?												
Nunca	593	45,27	91	50,56	200	59,70	55	28,65	93	46,50	154	38,21
De vez em quando	332	25,34	28	15,56	85	25,37	52	27,08	40	20,00	127	31,51
Boa parte do tempo	148	11,30	20	11,11	26	7,76	33	17,19	14	7,00	55	13,65
A maior parte do tempo	237	18,09	41	22,78	24	7,16	52	27,08	53	26,50	67	16,63
Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem, ou ao contrário, ficou muito agitada ou inquieta, andando de um lado para o outro muito mais do que de costume?												
Nunca	702	53,42	114	63,33	170	50,15	91	47,40	133	66,17	194	48,26
De vez em quando	320	24,35	32	17,78	70	20,65	52	27,08	36	17,91	130	32,34
Boa parte do tempo	105	7,99	10	5,56	23	6,78	17	8,85	14	6,97	41	10,20
A maior parte do tempo	187	14,23	24	13,33	76	22,42	32	16,67	18	8,96	37	9,20
Deprimida, "pra baixo" ou sem perspectiva												
Nunca	401	30,59	58	32,40	134	39,76	29	15,10	68	33,83	112	27,86
De vez em quando	476	36,31	56	31,28	99	29,38	72	37,50	69	34,33	180	44,78
Boa parte do tempo	190	14,49	17	9,50	49	14,54	45	23,44	29	14,43	50	12,44
A maior parte do tempo	244	18,61	48	26,82	55	16,32	44	23,96	35	17,41	60	14,93
Se sentiu mal consigo mesma, se achando um fracasso ou achando que decepcionou sua família?												
Nunca	609	46,35	81	45,00	174	51,33	64	33,33	97	48,50	193	47,89
De vez em quando	379	28,84	50	27,78	92	27,14	57	29,69	52	26,00	128	31,76
Boa parte do tempo	131	9,97	12	6,67	34	10,03	34	17,71	18	9,00	33	8,19
A maior parte do tempo	195	14,84	37	20,56	39	11,50	37	19,27	33	16,50	49	12,16
Pensou em se ferir de alguma maneira ou achou que seria melhor estar morta?												
Nunca	906	69,16	139	77,22	232	69,05	114	59,38	149	74,87	272	67,49
De vez em quando	243	18,55	26	14,44	58	17,26	39	20,31	28	14,07	92	22,83
Boa parte do tempo	71	5,42	7	3,89	22	6,55	18	9,38	6	3,02	18	4,47
A maior parte do tempo	90	6,87	8	4,44	24	7,14	21	10,94	16	8,04	21	5,21
Em geral, você diria que sua saúde emocional/mental é:												
Muito boa/boa	657	49,96	91	50,56	201	59,29	76	39,58	75	37,31	214	53,10
Regular	476	36,20	65	36,11	99	29,20	82	42,71	101	50,25	129	32,01
Ruim/muito ruim	160	12,17	22	12,22	36	10,62	33	17,19	21	10,45	48	11,91
Não sabe	22	1,67	2	1,11	3	0,88	1	0,52	4	1,99	12	2,98

Tabela 6 – Conhecimento e experiência de uso de PrEP, PEP e autoteste (n e %), referidas pelas participantes do estudo, total e por sítios. TransOdara, dezembro de 2019 a julho de 2021.

Variáveis	Total		Campo Grande		Manaus		Porto Alegre		Salvador		São Paulo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO (PrEP)												
Escutou sobre PrEP?												
Sim	857	65,52	117	65,00	120	35,71	128	66,67	139	69,15	353	88,47
Não	451	34,48	63	35,00	216	64,29	64	33,33	62	30,85	46	11,53
Já tomou PrEP?												
Não	717	88,08	96	86,49	106	88,33	101	87,07	126	90,65	288	87,80
Sim, mas parei	48	5,90	7	6,31	10	8,33	6	5,17	6	4,32	19	5,79
Sim, continuo tomando	48	6,02	8	7,21	4	3,33	9	7,76	7	5,04	21	6,40
Teve problema com a PrEP?												
Nenhum efeito	56	60,87	10	66,67	5	38,46	5	35,71	8	66,67	28	73,68
Algum efeito colateral	36	39,13	5	33,33	8	61,54	9	64,29	4	33,33	10	26,32
Interesse em usar PrEP?												
Nenhum interesse	429	38,89	34	23,13	188	56,46	21	20,79	43	21,61	143	44,27
Pouco/algum interesse	223	20,22	24	16,33	80	24,02	19	18,81	41	20,60	59	18,27
Muito interesse	413	37,44	83	56,46	63	18,92	53	52,48	111	55,78	103	31,89
Já utilizo	38	3,45	6	4,08	2	0,60	8	7,92	4	2,01	18	5,57
Escutou sobre PrEP sob demanda?												
Sim	233	17,98	28	15,73	30	8,90	27	14,59	23	11,44	125	31,65
Não	1063	82,02	150	84,27	307	91,10	158	85,41	178	88,56	270	68,35
Interesse em PrEP sob demanda?												
Nenhum interesse	561	51,47	59	41,26	222	67,07	27	26,73	68	34,87	185	57,81
Pouco/algum interesse	230	21,10	26	18,18	70	21,15	30	29,70	44	22,56	60	18,75
Muito interesse	297	27,25	58	40,56	39	11,78	44	43,56	83	42,56	73	22,81
Já utilizo	2	0,18	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,63
Conhecia PrEP Injetável?												
Sim	293	22,59	29	16,48	31	9,17	40	21,51	36	17,91	157	39,65
Não	1004	77,41	147	83,52	307	90,83	146	78,49	165	82,09	239	60,35
Interesse em PrEP Injetável?												
Nenhum interesse	533	48,81	43	29,66	220	65,87	24	23,53	69	35,03	177	56,37
Pouco/algum interesse	181	16,58	19	13,10	54	16,17	25	24,51	33	16,75	50	15,92
Muito interesse	376	34,43	83	57,24	60	17,96	53	51,96	95	48,22	85	27,07
Já tomo	2	0,18	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,64
PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO (PEP)												
Escutou sobre PEP?												
Sim	721	55,21	103	57,54	82	24,33	113	58,85	95	47,26	328	82,62
Não	585	44,79	76	42,46	255	75,67	79	41,15	106	52,74	69	17,38
Já utilizou PEP?												
Sim	140	20,20	20	19,42	9	10,98	20	18,69	16	16,84	75	24,51
Não	553	79,80	83	80,58	73	89,02	87	81,31	79	83,16	231	75,49
Quantas vezes usou PEP? (n=136)												
1 ou 2 vezes	112	82,35	17	85,00	5	83,33	15	75,00	12	75,00	63	85,14
3 ou mais vezes	24	17,65	3	15,00	1	16,67	5	25,00	4	25,00	11	14,86
Quando foi a última vez que usou PEP? (n=136)												
Há 3 meses	23	16,91	3	15,00	1	11,11	4	20,00	5	31,25	10	14,08
Entre 3 e 6 meses	16	11,76	3	15,00	1	11,11	1	5,00	3	18,75	8	11,27
Entre 6 meses e 1 ano	18	13,24	3	15,00	2	22,22	2	10,00	2	12,50	9	12,68
Entre 1 e 2 anos	33	24,26	4	20,00	4	44,44	5	25,00	2	12,50	18	25,35
Há mais de 2 anos	46	33,82	7	35,00	1	11,11	8	40,00	4	25,00	26	36,62
Essa última vez, onde conseguiu a PEP?												
Ambulatório de especialidades	92	66,67	9	47,37	7	77,78	12	60,00	4	25,00	60	81,08
Unidade Básica de Saúde (UBS)	23	16,67	3	15,79	1	11,11	6	30,00	3	18,75	10	13,51
Unidade de Pronto atendimento (UPA)	23	16,67	7	36,84	1	11,11	2	10,00	9	56,25	4	5,41

Tabela 6 – Conhecimento e Experiência de uso de PrEP, PEP e Autoteste (n e %), referidas pelas participantes do estudo, total e por sítios. TransO-dara, dezembro de 2019 a julho de 2021. (CONTINUAÇÃO)

Variáveis	Total		Campo Grande		Manaus		Porto Alegre		Salvador		São Paulo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
AUTOTESTE												
Escutou falar em autoteste?												
Não	669	51,50	91	51,12	212	62,91	100	52,63	101	50,25	165	41,98
Sim	630	48,50	87	48,88	125	37,09	90	47,37	100	49,75	228	58,02
Faria o autoteste?												
Sim	802	62,46	101	58,72	213	64,94	125	66,14	137	68,50	226	57,22
Não	361	28,12	56	32,56	111	33,84	50	26,46	34	17,00	110	27,85
Sim, já fiz	121	9,42	15	8,72	4	1,22	14	7,41	29	14,50	59	14,94
Pegaria o autoteste no serviço de saúde?												
Sim	915	70,28	120	68,57	220	65,48	147	76,56	158	79,00	270	67,67
Não	311	23,89	39	22,29	113	33,63	38	19,79	32	16,00	89	22,31
Sim, já peguei	76	5,84	16	9,14	3	0,89	7	3,65	10	5,00	40	10,03
Compraria autoteste na farmácia?												
Não	622	47,48	69	38,33	212	62,54	66	34,38	60	29,85	215	54,02
Sim	669	51,07	109	60,56	121	35,69	122	63,54	139	69,15	178	44,72
Não sabe	19	1,45	2	1,11	6	1,77	4	2,08	2	1,00	5	1,26
Qual o preço seria viável? (R\$)												
Até 10	171	25,60	21	19,27	14	11,67	22	18,03	52	37,41	62	34,83
De 10,1 a 20	216	32,34	27	24,77	42	35,00	45	36,89	42	30,22	60	33,71
De 20,1 a 40	131	19,61	20	18,35	30	25,00	28	22,95	21	15,11	32	17,98
Mais de 40	150	22,46	41	37,61	34	38,33	27	22,13	24	17,27	24	13,48

5.3.5. Experiência com IST

As experiências com IST nos últimos 6 meses anteriores à entrevista foram investigadas considerando os seguintes aspectos: *ter tido diagnóstico, ter tido sintomas, busca de apoio (tipo e local), realização de exames laboratoriais/físico e tratamento* estão apresentadas na **Tabela 7**. Referiram ter tido alguma IST nos últimos 6 meses 21,0% das participantes e dessas 14,0% referiram ter tido sífilis. Cerca de 30% referiram a presença de sintomas, sendo os mais citados: dor/queimação ao urinar (6,5%), prurido/coceira (6,3%), úlceras ou feridas no seu órgão genital ou ânus (4,4%), verrugas no seu órgão genital ou ânus (4,3%).

Chama atenção que 52,0% delas não procuraram ajuda para avaliar esses problemas. Das que procuraram, os locais mais citados foram: Ambulatórios de Especialidades (23,8%), seguido de Unidades Básicas de Saúde (13,0%) e farmácias (4,3%). Na ocasião, cerca de 30% referiram não ter realizado nenhum exame e das que realizaram, 35,2% foi exame de sangue, 21,0% de urina e apenas 6,8% swab anal. Ainda na ocasião, 72,0% receberam tratamento, 43,3% não tiveram seus genitais examinados e em relação às orientações recebidas, o 'uso de preservativos durante as relações sexuais' foi o mais citado por 21,5% delas, seguido por 'fazer o teste da sífilis' (18,1%), 'fazer o teste de HIV' (16,9%) e 'necessidade de tratamentos dos parceiros' (16,3%).

Campo Grande - História de IST nos últimos 6 meses anteriores à pesquisa foi relatada por 24,6% das participantes, sendo a sífilis a mais citada por elas (13,4%). Quanto aos sintomas, a maioria (70,2%) referiu não ter tido 'nenhum'. Entre as que tiveram, os mais comumente relatados foram prurido/coceira (9,4%) e dor/queimação (6,8%). Quanto ao tipo de serviço de saúde mais procurado por elas para tratamento das infecções diagnosticadas, 14,6% referiram Ambulatório de Especialidades/Serviço de Atenção Especializada em DST/Aids, seguido da UBS (9,8%) e farmácias (7,3%). Vale citar que 63,4% das entrevistadas não procuraram ajuda em nenhum local. Na ocasião em que procuraram esses serviços, 47,1% das entrevistadas informaram que foram solicitados exames de sangue, 17,7% de urina e 23,5% delas referiram não ter realizado nenhum tipo de exame. Quanto ao atendimento clínico, 58,8% das participantes foram examinadas durante a consulta (região genital e anal) e 71,4% foram tratadas. As orientações mais frequentes recebidas pelas participantes durante o atendimento médico foram: 'uso de preservativo durante as relações sexuais' (23,1%) e indicação para teste de HIV e sífilis, 18,0% para cada um deles.

Manaus - História de IST nos últimos 6 meses anteriores à pesquisa foi relatada por 21,7% das participantes, sendo a sífilis a mais citada por elas (8,6%). Quanto aos sintomas, a maioria (93,5%) referiu não ter tido 'nenhum'. Entre as que tiveram, o mais frequente, relatado por cerca de 2,0% delas foi úlceras ou feridas no seu órgão genital ou ânus. Quanto ao tipo de serviço de saúde mais procurado por elas para tratamento das infecções diagnosticadas, 50,0% referiram Ambulatório de Especialidades/Serviço de Atenção Especializada em DST/Aids, seguido da UBS (15,0%). Vale citar que 25,0% das entrevistadas não procuraram ajuda em nenhum local. Na ocasião em que procuraram esses serviços, 42,1% das entrevistadas informaram que foram solicitados exames de sangue, 31,6% de urina e 26,3% delas referiram não ter realizado nenhum tipo de exame. Quanto ao atendimento clínico, somente 14,3% das participantes referiram ter sido examinadas durante a consulta (região genital e anal) e 83,3% foram tratadas. As orientações mais frequentes recebidas pelas participantes durante o atendimento médico foram: 'uso de preservativo durante as relações sexuais' (34,8%) e necessidade de tratamento de parceiros (26,1%).

Porto Alegre - História de IST nos últimos 6 meses anteriores à pesquisa foi relatada por 25,5% das participantes, sendo a sífilis a mais citada por elas (15,3%). Quanto aos sintomas, mais da metade (54,4%) referiram não ter tido 'nenhum'. Entre as que tiveram, os mais comumente relatados foram prurido/coceira (10,4%) e dor/queimação ao urinar (8,7%). Quanto ao tipo de serviço de saúde mais procurado por elas para tratamento das infecções diagnosticadas, 16,4% referiram UBS, seguido de 16,4% Ambulatório de Especialidades/Serviço de Atenção Especializada

em DST/Aids. Vale citar que 52,2% das entrevistadas não procuraram ajuda em nenhum local. Na ocasião em que procuraram esses serviços, 23,3% das entrevistadas informaram que foram solicitados exames de sangue, 18,6% de urina e 37,2% delas referiram não ter realizado nenhum tipo de exame. Quanto ao atendimento clínico, 64,7% das participantes foram examinadas durante a consulta (região genital e anal) e 60,7% foram tratadas. As orientações mais frequentes recebidas pelas participantes, durante o atendimento médico, foram: 'uso de preservativo durante as relações sexuais' e indicação para teste de sífilis (20%) cada.

Salvador - História de IST nos últimos 6 meses anteriores à pesquisa foi relatada por 17,5% das participantes, sendo a sífilis a mais citada por elas (12,0%). Quanto aos sintomas, a maioria (64,1%) referiu não ter tido 'nenhum'. Entre as que tiveram, os mais comumente relatados foram dor/queimação para urinar (9,5%) e prurido/coceira (9,1%). Quanto ao tipo de serviço de saúde mais procurado por elas para tratamento das infecções diagnosticadas, 13,7% referiram Ambulatório de Especialidades/Serviço de Atenção Especializada em DST/Aids, seguido da UBS (9,8%). Vale citar que 60,8% das entrevistadas não procuraram ajuda em nenhum local. Na ocasião em que procuraram esses serviços, 31,3% das entrevistadas informaram que foram solicitados exames de sangue, 21,9% de urina e 25,0% delas referiram não ter realizado nenhum tipo de exame. Quanto ao atendimento clínico, 54,2% das participantes foram examinadas durante a consulta (região genital e anal) e 70,0% foram tratadas. As orientações mais frequentes recebidas pelas participantes durante o atendimento médico foram: indicação para teste de HIV (19,1%) e teste para sífilis e hepatites (17,5%) para cada um deles.

São Paulo - História de IST nos últimos 6 meses anteriores à pesquisa foi relatada por 26,4% das participantes, sendo a sífilis a mais citada por elas (18,8%). Quanto aos sintomas, a maioria (68,4%) referiu não ter tido 'nenhum'. Entre as que tiveram, os mais comumente relatados foram dor/queimação para urinar (7,8%) e prurido/coceira (5,6%). Quanto ao tipo de serviço de saúde mais procurado por elas para tratamento das infecções diagnosticadas, 48,5% referiram Ambulatório de Especialidades/Serviço de Atenção Especializada em DST/Aids, seguido da UBS (18,2%). Vale citar que 21,1% das entrevistadas não procuraram ajuda em nenhum local. Na ocasião em que procuraram esses serviços, 40,0% das entrevistadas informaram que foram solicitados exames de sangue, 20,0% de urina e 29,2% delas referiram não ter realizado nenhum tipo de exame. Quanto ao atendimento clínico, 62,3% das participantes foram examinadas durante a consulta (região genital e anal) e 76,6% foram tratadas. As orientações mais frequentes recebidas pelas participantes durante o atendimento médico foram: 'uso de preservativo durante as relações sexuais' (19,9%) e indicação para teste de sífilis (18,5%) e de hepatites (17,9%).

Tabela 7 – Experiência com IST (n e %) referidas pelas participantes do estudo, total e por sítios. TransOdara, dezembro de 2019 a julho de 2021.

Variáveis	Total		Campo Grande		Manaus		Porto Alegre		Salvador		São Paulo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
IST - últimos 6 meses												
Nenhuma	1039	78,95	141	75,40	286	88,27	146	74,49	165	82,50	301	73,59
Sífilis	184	13,98	25	13,37	28	8,64	30	15,31	24	12,00	77	18,83
Gonorréia	15	1,14	1	0,53	5	1,54	2	1,02	3	1,50	4	0,98
Clamídia	8	0,61	2	1,07	1	0,31	3	1,53	0	0,00	2	0,49
Herpes	20	1,52	3	1,60	1	0,31	6	3,06	3	1,50	7	1,71
HPV	27	2,05	5	2,67	1	0,31	8	4,08	2	1,00	11	2,69
Outra	23	1,75	10	5,35	2	0,62	1	0,51	3	1,50	7	1,71
Sintomas nos últimos 6 meses												
Nenhum	1016	71,35	134	70,16	301	93,48	125	54,35	148	64,07	308	68,44
Corrimento pelo seu órgão genital	31	2,18	3	1,57	3	0,93	5	2,17	5	2,16	15	3,33
Úlceras ou Feridas no seu órgão genital ou ânus	62	4,35	6	3,14	6	1,86	19	8,26	16	6,93	15	3,33
Verrugas no seu órgão genital ou ânus	61	4,28	7	3,66	1	0,31	18	7,83	12	5,19	23	5,11
Pequenas bolhas	35	2,46	4	2,09	4	1,24	13	5,65	6	2,60	8	1,78
Prurido/coceira	90	6,32	18	9,42	2	0,62	24	10,43	21	9,09	25	5,56
Dor/ queimação ao urinar	93	6,53	13	6,81	3	0,93	20	8,70	22	9,52	35	7,78
Outro	36	2,53	6	3,14	2	0,62	6	2,61	1	0,43	21	4,67
Na última vez que teve esses problemas, onde procurou atendimento?												
Não procurou ajuda	144	51,99	26	63,41	5	25,00	35	52,24	31	60,78	14	21,21
Farmácia	12	4,33	3	7,32	2	10,00	2	2,99	3	5,88	2	3,03
Ambulatório de Especialidades	66	23,83	6	14,63	10	50,00	11	16,42	7	13,73	32	48,48
Unidade Básica de Saúde (UBS)	36	13,00	4	9,76	3	15,00	12	17,91	5	9,80	12	18,18
Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	6	2,17	1	2,44	0	0,00	1	1,49	2	3,92	2	3,03
Consultório particular ou clínica particular	9	3,25	1	2,44	0	0,00	4	5,97	2	3,92	2	3,03
Pronto-atendimento de hospital particular	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,52
Outro lugar ou alguém de sua confiança (amigas/os, bombadeira, cafetina, benzadeira etc)	4	1,44	0	0,00	0	0,00	2	2,99	1	1,96	1	1,52
Nesta ocasião dos sintomas, fez algum exame?												
Nenhum	52	29,55	4	23,53	5	26,32	16	37,21	8	25,00	19	29,23
Sangue	62	35,23	8	47,06	8	42,11	10	23,26	10	31,25	26	40,00
Urina	37	21,02	3	17,65	6	31,58	8	18,60	7	21,88	13	20,00
Swab / cotonete (pênis / uretra)	5	2,84	1	5,88	0	0,00	2	4,65	1	3,13	1	1,54
Swab / cotonete (reto / ânus)	12	6,82	1	5,88	0	0,00	6	13,95	2	6,25	3	4,62
Swab / cotonete (vagina / neovagina)	3	1,70	0	0,00	0	0,00	1	2,33	0	0,00	2	3,08
Swab / cotonete (oral / bucal / garganta)	5	2,84	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	12,50	1	1,54
Nesta ocasião, suas genitais foram examinadas?												
Não	65	43,33	7	41,18	12	85,71	12	35,29	11	45,83	23	37,70
Pênis	42	28,00	5	29,41	1	7,14	10	29,41	7	29,17	19	31,15
Ânus	39	26,00	5	29,41	1	7,14	11	32,35	6	25,00	16	26,23
Neovagina	3	2,00	0	0,00	0	0,00	1	2,94	0	0,00	2	3,28
Outro	1	0,67	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,64
Nesta ocasião, recebeu tratamento?												
Sim	87	71,90	10	71,43	10	83,33	17	60,71	14	70,00	36	76,60
Não	34	28,10	4	28,57	2	16,67	11	39,29	6	30,00	11	23,40
Nesta ocasião, qual orientação recebeu?												
Não recebeu orientações	35	10,57	3	7,69	2	8,70	10	18,18	5	7,94	15	9,93
Uso de preservativo durante as relações sexuais	71	21,45	9	23,08	8	34,78	11	20,00	13	20,63	30	19,87
Necessidade de tratamentos dos parceiros	54	16,31	6	15,38	6	26,09	5	9,09	11	17,46	26	17,22
Fazer o teste de HIV (vírus da Aids)	56	16,92	7	17,95	4	17,39	8	14,55	12	19,05	25	16,56
Fazer o teste de sífilis	60	18,13	7	17,95	3	13,04	11	20,00	11	17,46	28	18,54
Fazer o teste de hepatite	52	15,71	6	15,38	0	0,00	8	14,55	11	17,46	27	17,88
Outras	3	0,91	1	2,56	0	0,00	2	3,64	0	0,00	0	0,00

5.3.5.1. Sífilis

Os resultados referentes à experiência com a sífilis encontram-se na **Tabela 8**. Cerca de 26,0% referiram nunca terem realizado o teste rápido, 48,9% já tiveram resultado positivo, 93,1% fizeram tratamento para sífilis alguma vez na vida.

Quanto ao período em que realizaram o último teste, cerca de 25% referiram ter sido nos últimos três meses, 25,8% entre seis meses e 1 ano e 15,9% há mais de 2 anos. Quando perguntadas sobre o resultado do teste mais recente, 29,7% referiram ter sido positivo. Dentre essas, 76,9% receberam tratamento, sendo 85,0% com penicilina Benzatina e o local de aplicação mais citado foi nos glúteos, por 81,2% delas. Dentre os principais motivos para não receberem o tratamento injetável (12,5%), 70,6% referiram ter sido por terem silicone no corpo.

Quanto ao tipo de serviço de saúde onde receberam o tratamento, a maioria (61,4%) referiram ambulatório de especialidades e 28,4% em UBS. Receberam orientação para 'uso de preservativos durante a relação sexual' (26,2%), seguido por 'fazer o teste para sífilis', 'fazer o teste para HIV' e a 'necessidade de tratamento dos parceiros', com cerca de 18,0% cada uma delas. 81,7% delas referiram que os parceiros não foram tratados. Não completaram o tratamento 14,7% delas, 25% receberam contato de alguém do serviço de saúde para que viessem completar o tratamento e 38,8% foram informadas por médico/a ou enfermeiro/a que haviam sido curadas.

Campo Grande – 22,5% das participantes relataram nunca ter feito teste para sífilis na vida. Dentre as que fizeram, 47,2% tiveram resultado positivo e 95,1% foram tratadas. 30,5% referiram ter feito o último teste há menos de 3 meses. Quanto ao último teste realizado para diagnóstico de sífilis, a positividade foi relatada por 24,2% das participantes e entre as que tiveram resultado positivo, 86,7% receberam tratamento e a Penicilina benzatina foi administrada em 92,3% das participantes. As aplicações do medicamento mencionados foram realizadas no glúteo (58,3%), braço (29,2%) e coxa (8,3%). Exatamente metade das participantes relataram o silicone como motivo de não receber tratamento injetável para sífilis.

O Ambulatório de Especialidades/Serviço de Atenção Especializada DST/Aids foi o local mais frequentemente procurado por elas para tratamento de sífilis ativa (40,0%), seguido da UBS (36,0%) e UPA (20,0%).

Com relação as orientações após a realização do último teste de sífilis, durante o atendimento médico, foram citadas com mais frequência: o 'uso de preservativo durante as relações sexuais' (21,9%), teste para HIV e para sífilis (19,5%) para cada e necessidade de tratamentos dos parceiros (18,6%). O tratamento de sífilis foi finalizado por 76,9% das participantes e o tratamento dos parceiros sexuais foi relatado por 33,3% das participantes. Informaram ter recebido contato de um profissional de saúde para concluir o tratamento (33,3%) e 32,0% relataram ter sido informadas de sua cura por um profissional da saúde.

Manaus – 34,5% das participantes relataram nunca ter feito teste para sífilis na vida. Dentre as que fizeram, 36,2% tiveram resultado positivo e 98,1% foram tratadas. Referiram ter feito o último teste há menos de 3 meses (28,3%). Quanto ao último teste realizado para diagnóstico de sífilis, a positividade foi relatada por 32,8% das participantes e entre as que tiveram resultado positivo, 95,5% receberam tratamento e a Penicilina benzatina foi administrada em 96,8% das participantes. O local de aplicação mais mencionado foi no glúteo (95,0%). Todas das participantes que fizeram tratamento oral relataram o silicone como motivo de não receber tratamento injetável para sífilis.

O Ambulatório de Especialidades/Serviço de Atenção Especializada DST/Aids foi o local mais frequentemente procurado por elas para tratamento de sífilis ativa (81,3%), seguido da UBS (14,1%).

Com relação as orientações após a realização do último teste de sífilis, foram citadas com mais frequência: o 'uso de preservativo durante as relações sexuais' (50,0%), teste para HIV (19,7%) e necessidade de tratamentos dos parceiros (14,8%). O tratamento de sífilis foi finalizado por 90,5% das participantes e o tratamento dos parceiros sexuais foi relatado por 13,6% das participantes. Informaram ter recebido contato de um profissional de saúde para concluir o tratamento (16,7%) e 72,6% relataram ter sido informadas de sua cura por um profissional da saúde.

Porto Alegre – 31,1% das participantes relataram nunca terem feito teste para sífilis na vida. Dentre as que fizeram, 56,8% tiveram resultado positivo e 96,3% foram tratadas. Referiram ter feito o último teste há menos de 3 meses (25,0%) delas. Quanto ao último teste realizado para diagnóstico de sífilis, a positividade foi relatada por 31,2% das participantes e entre as que tiveram resultado positivo, 92,5% receberam tratamento para sífilis e a Penicilina benzatina foi administrada em 85,7% das participantes. O local de aplicação mais

mencionado foi no glúteo (72,7%). Dentre as que fizeram tratamento oral, 66,7% relataram o silicone como motivo de não receber tratamento injetável para sífilis.

O Ambulatório de Especialidades/Serviço de Atenção Especializada DST/Aids foi o local mais frequentemente procurado por elas para tratamento de sífilis ativa (40,0%), seguido da UBS (42,0%) e UPA (6,0%).

Com relação as orientações após a realização do último teste de sífilis, foram citadas com mais frequência: o 'uso de preservativo durante as relações sexuais' (29,8%), teste para HIV (22,0%) e necessidade de tratamentos dos parceiros (18,4%). O tratamento de sífilis foi finalizado por 89,8% das participantes e o tratamento dos parceiros sexuais foi relatado por 33,3% das participantes. Informaram ter recebido contato de um profissional de saúde para concluir o tratamento (40,0%) e 34,0% relataram ter sido informadas de sua cura por um profissional da saúde.

Salvador – 39,9% das participantes relataram não ter feito nenhum teste para sífilis na vida. Dentre as que fizeram, 40,9% tiveram resultado positivo e 90,0% foram tratadas. Referiram ter feito o último teste há menos de 3 meses (22,9%) delas. Quanto ao último teste realizado para diagnóstico de sífilis, a positividade foi relatada por 25,8% das participantes e entre as que tiveram resultado positivo, 76,2% receberam tratamento para sífilis e a Penicilina benzatina foi administrada em 96,9% das participantes. O local de aplicação mais mencionado foi no glúteo (87,1%).

A UBS foi o local mais frequentemente procurado por elas para tratamento de sífilis ativa (45,5%), seguido do Ambulatório de Especialidades/Serviço de Atenção Especializada DST/Aids (39,4%) e UPA (3,0%).

Com relação as orientações após a realização do último teste de sífilis, durante o atendimento médico, foram citadas com mais frequência: o 'uso de preservativo durante as relações sexuais' (21,1%), teste para HIV (20,0%) e necessidade de tratamentos dos parceiros (19,4%). O tratamento de sífilis foi finalizado por 80,7% das participantes e o tratamento dos parceiros sexuais foi relatado por 16,7% das participantes. Informaram ter recebido contato de um profissional de saúde para concluir o tratamento (33,3%) e 22,3% relataram ter sido informadas de sua cura por um profissional da saúde.

São Paulo – 10,2% das participantes relataram nunca terem feito teste para sífilis na vida. Dentre as que fizeram, 56,1% tiveram resultado positivo e 89,6% foram tratadas. Referiram ter feito o último teste há menos de 3 meses (21,0%) delas. Quanto ao último teste realizado para diagnóstico de sífilis, a positividade foi relatada por 31,1% das participantes e entre as que tiveram resultado positivo, 56,3% receberam tratamento para sífilis e a Penicilina benzatina foi administrada em 63,5% das participantes. O local de aplicação mais mencionado foi no glúteo (79,0%). 75,0% delas relataram o silicone como motivo de não receber tratamento injetável para sífilis.

O Ambulatório de Especialidades/Serviço de Atenção Especializada DST/Aids foi o local mais frequentemente procurado por elas para tratamento de sífilis ativa (78,1%), seguido da UBS (20,3%).

Com relação as orientações após a realização do último teste de sífilis, durante o atendimento médico, foram citadas com mais frequência: o 'uso de preservativo durante as relações sexuais' (21,4%), necessidade de tratamentos dos parceiros (19,5%) e teste para HIV (19,2%). O tratamento de sífilis foi finalizado por 82,3% das participantes e o tratamento dos parceiros sexuais foi relatado por 12,9% das participantes. Informaram ter recebido contato de um profissional de saúde para concluir o tratamento (11,1%) e 18,6% relataram ter sido informadas de sua cura por um profissional da saúde.

Tabela 8 – Experiência com sífilis (n e %) referidas pelas participantes do estudo, total e por sítios. TransOdara, dezembro de 2019 a julho de 2021.

Variáveis	Total		Campo Grande		Manaus		Porto Alegre		Salvador		São Paulo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Realizou o teste rápido para sífilis alguma vez na vida?												
Sim	966	74,31	138	77,53	218	65,47	131	68,95	119	60,10	360	89,78
Não	334	25,69	40	22,47	115	34,53	59	31,05	79	39,90	41	10,22
Teve resultado positivo para sífilis?												
Sim	601	47,85	83	47,16	107	36,15	108	56,84	81	40,91	222	56,06
Não	655	52,15	93	52,84	189	63,85	82	43,16	117	59,09	174	43,94
Fez tratamento para sífilis alguma vez na vida?												
Sim	557	93,14	78	95,12	105	98,13	103	96,26	72	90,00	199	89,64
não	41	6,86	4	4,88	2	1,87	4	3,74	8	10,00	23	10,36
Quando foi o último teste para sífilis?												
Há 3 meses	272	24,68	43	30,50	67	28,27	43	25,00	38	22,89	81	20,98
Entre 3 e 6 meses	178	16,15	21	14,89	35	14,77	27	15,70	23	13,86	72	18,65
Entre 6 meses e 1 ano	284	25,77	24	17,02	44	18,57	18	10,47	35	21,08	163	42,23
Entre 1 e 2 anos	193	17,51	34	24,11	52	21,94	31	18,02	35	21,08	41	10,62
Há mais de 2 anos	175	15,88	19	13,48	39	16,46	53	30,81	35	21,08	29	7,51
Qual o resultado do teste mais recente de sífilis?												
Negativo	723	70,26	100	75,76	135	67,16	117	68,82	121	74,23	250	68,87
Positivo	306	29,74	32	24,24	66	32,84	53	31,18	42	25,77	113	31,13
Entre os positivos, recebeu tratamento?												
Sim	233	76,90	26	86,67	63	95,45	49	92,45	32	76,19	63	56,25
Não	70	23,10	4	13,33	30	4,55	4	7,55	10	23,81	49	43,75
Tratamento aplicado? (n=233)												

Penicilina/Benzetac	198	84,98	24	92,31	61	96,83	42	85,71	31	96,88	40	63,49
Comprimido	29	12,45	0	0,00	1	1,59	7	14,29	1	3,13	20	31,75
Outro	6	2,58	2	7,69	1	1,59	0	0,00	0	0,00	3	4,76
Em que local foi aplicado? (n=197)												
Glúteo	160	81,22	14	58,33	57	95,00	32	72,73	27	87,10	30	78,95
Braço	25	12,69	7	29,17	2	3,33	8	18,18	2	6,45	6	15,79
Coxa	9	4,57	2	8,33	1	1,67	3	6,82	2	6,45	1	2,63
Outro	3	1,52	1	4,17	0	0,00	1	2,27	0	0,00	1	2,63
Você sabe por que não foi injetável?												
Não sabe	1	2,94	1	50,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Silicone no corpo	24	70,59	1	50,00	2	100,00	6	66,67	0	0,00	15	75,00
Alergia à penicilina	2	5,88	0	0,00	0	0,00	1	11,11	0	0,00	1	5,00
Não quis	1	2,94	0	0,00	0	0,00	1	11,11	0	0,00	0	0,00
Medo de injeção/agulha	3	8,82	0	0,00	0	0,00	1	11,11	0	0,00	2	10,00
Falta de profissional para a aplicação	1	2,94	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	100,00	0	0,00
Outro	2	5,88	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	10,00
Onde você fez tratamento para sífilis?												
Não procurou ajuda	2	0,85	1	4,00	0	0,00	1	2,00	0	0,00	0	0,00
Farmácia	6	2,54	0	0,00	1	1,56	3	6,00	1	3,03	1	1,56
Ambulatório de especialidades	145	61,44	10	40,00	52	81,25	20	40,00	13	39,39	50	78,13
UBS	67	28,39	9	36,00	9	14,06	21	42,00	15	45,45	13	20,31
UPA	10	4,24	5	20,00	1	1,56	3	6,00	1	3,03	0	0,00
Consultório particular	3	1,27	0	0,00	1	1,56	1	2,00	1	3,03	0	0,00
Pronto atendimento ou emergência hospitalar	2	0,85	0	0,00	0	0,00	1	2,00	1	3,03	0	0,00
Outro lugar de confiança	1	0,42	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	3,03	0	0,00
No último teste para sífilis, você recebeu a orientação?												
Não recebi orientações	22	2,23	2	1,56	0	0,00	5	3,55	3	1,71	12	2,86
Uso de preservativo durante as relações sexuais	258	26,17	28	21,88	61	50,00	42	29,79	37	21,14	90	21,43
Necessidade de tratamentos dos parceiros	182	18,46	24	18,75	18	14,75	26	18,44	32	18,29	82	19,52
Fazer o teste de HIV (vírus da Aids)	179	18,15	25	19,53	24	19,67	15	10,64	34	19,43	81	19,29
Fazer o teste de sífilis	183	18,56	25	19,53	14	11,48	31	21,99	35	20,00	78	18,57
Fazer o teste de hepatite	158	16,02	22	17,19	4	3,28	22	15,60	34	19,43	76	18,10
Outra	4	0,41	2	1,56	1	0,82	0	0,00	0	0,00	1	0,24

Tabela 8 – Experiência com sífilis (n e %) referidas pelas participantes do estudo, total e por sítios. TransOdara, dezembro de 2019 a julho de 2021. (CONTINUAÇÃO).

Variáveis	Total		Campo Grande		Manaus		Porto Alegre		Salvador		São Paulo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Terminou tratamento de sífilis?												
Sim	197	85,28	20	76,92	57	90,48	44	89,80	25	80,65	51	82,26
Não	34	14,72	6	23,08	6	9,52	5	10,20	6	19,35	11	17,74
Alguém do serviço entrou em contato para continuar o tratamento?												
Sim	8	25,00	2	33,33	1	16,67	2	40,00	2	33,33	1	11,11
Não	24	75,00	4	66,67	5	83,33	3	60,00	4	66,67	8	88,89
O parceiro (a) recebeu tratamento?												
Sim	48	18,53	9	33,33	8	13,56	12	33,33	6	16,67	13	12,87
Não	211	81,47	18	66,67	51	86,44	24	66,67	30	83,33	88	87,13
Você já foi informada por algum(a) médico(a) ou enfermeiro(a) que estava curada da sua sífilis?												
Sim	87	38,84	8	32,00	45	72,58	16	34,04	7	22,58	11	18,64
Não	137	61,16	17	68,00	17	27,42	31	65,96	24	77,42	48	81,36

5.3.5.2. Hepatites B e C

Com relação às Hepatites B e/ou C, os resultados estão apresentados na **Tabela 9** e os comentários serão apresentados concomitantemente para Hepatite B e C.

Para o total da amostra, referiram não terem realizado o teste rápido para Hepatite B e para Hepatite C nenhuma vez na vida, 38,8% e 34,1%, respectivamente. Quanto ao período em que realizaram o último teste, o mais citado foi entre 6 m e 1 ano (30,1%) para ambas. Referiram ter tido teste rápido positivo, alguma vez na vida, 5,1% e 2,9%. Dessas, 58,8% e 56,5% referiram ter sido tratadas, sendo que 72,2% e 100,0% completaram o tratamento. O diagnóstico foi feito por médico/a para 52,9% e 45,5%.

Somente 48,2% delas foram vacinadas para Hepatite B e 18,7% dos parceiros das pessoas com Hepatite C foram tratados.

Campo Grande – Informaram ter recebido vacina para Hepatite B, 56,7% das participantes. Referiram ter feito teste rápido para pesquisa de HBsAg (Hepatite B), alguma vez na vida, foi citado por 69,4% e destas, 42,0% o realizaram há menos de 6 meses anterior a pesquisa. Todas aquelas com teste positivo para HBsAg foram tratadas e 66,7% finalizaram o tratamento.

Quanto à Hepatite C (71,8%) referiram ter feito teste rápido, sendo que 25,0%, há menos de 3 meses. Das 3,7% das entrevistadas que relataram ter teste positivo para infecção pelo HCV, 75,0% delas realizaram tratamento e destas, 100% finalizaram. Destas, 50,0% foram informadas por profissional da saúde que estavam infectadas pelo HCV.

Manaus - Informaram ter recebido vacina para Hepatite B, 24,4% das participantes. Referiram ter feito teste rápido para pesquisa de HBsAg (Hepatite B), alguma vez na vida, 22,1%. Destas, 35,3% o realizaram há menos de 3 meses anteriores à pesquisa. Todas aquelas com teste positivo para HBsAg (4,4%) iniciaram o tratamento e 50,0% o finalizaram. Metade delas referiram ter sido informadas por profissional da saúde que estavam infectadas pelo HBV.

Quanto à Hepatite C (28,5%) referiram ter feito teste rápido, alguma vez na vida, sendo que 30,5% delas há menos de 3 meses. Das 2,2% das entrevistadas que relataram ter teste positivo para infecção pelo HCV, 50,0% delas iniciaram o tratamento e destas todas finalizaram. Referiram ter sido informadas por profissional da saúde que estavam infectadas pelo HCV 50% delas.

Porto Alegre - Informaram ter recebido vacina para Hepatite B, 59,2% das participantes. Referiram ter feito teste rápido para pesquisa de HBsAg (Hepatite B), alguma vez na vida, 67,4% e destas, 26% o realizaram há mais de 2 anos e 25,0%, há menos de 3 meses anteriores à pesquisa. Das 7,8% com teste positivo para HBsAg, 44,4% iniciaram o tratamento e 75,0% o finalizaram. 37,5% delas referiram ter sido informadas por profissional da saúde que estavam infectadas pelo HBV.

Quanto à Hepatite C (70,0%) referiram ter feito teste rápido, alguma vez na vida, sendo que 27,3% delas há mais de 2 anos e 23,4%, há menos de 3 meses. Das entrevistadas, 6,5% relataram ter teste positivo para infecção pelo HCV, 50,0% delas iniciaram o tratamento e nenhuma terminou. Referiram ter sido informadas por profissional da saúde que estavam infectadas pelo HCV, 50,0% delas.

Salvador - Informaram ter recebido vacina para Hepatite B, 54,0% das participantes. Referiram ter feito teste rápido para pesquisa de HBsAg (Hepatite B), alguma vez na vida, 52,8% e destas, cerca de 46% o realizaram entre 1 e 2 anos anteriores à pesquisa. Das 3,3% que tiveram teste positivo para HBsAg, 50% iniciaram o tratamento e dessas todas finalizaram. Cerca de 67% delas referiram ter sido informadas por profissional da saúde que estavam infectadas pelo HBV.

Quanto à Hepatite C (64,6%) referiram ter feito teste rápido, alguma vez na vida, sendo que 25,7% delas há mais de 2 anos e 24,8%, entre 1 e 2 anos. Das entrevistadas, 1,9% relataram ter teste positivo para infecção pelo HCV, 50,0% delas iniciaram o tratamento e nenhuma terminou.

São Paulo - Informaram ter recebido vacina para Hepatite B, 59,8% das participantes. Referiram ter feito teste rápido para pesquisa de HBsAg (Hepatite B), alguma vez na vida, 90,9% e destas, 45,8% entre 6 meses e 1 ano anterior a pesquisa. Referiram ter tido teste positivo para HBsAg 5,5% delas, dessas 52,9% iniciaram o tratamento, das quais 75,0% o finalizaram. 55,6% delas referiram ter sido informadas por profissional da saúde que estavam infectadas pelo HBV.

Quanto à Hepatite C (93,0%) referiram ter feito teste rápido, alguma vez na vida, sendo que 47,3% delas entre 6 meses e 1 ano e 20,0%, há menos de 3 meses. Das entrevistadas, 1,9% relataram ter teste positivo para infecção pelo HCV. Dessas, 57,1% iniciaram o tratamento e todas o finalizaram. Somente 14,3 dos parceiros foram tratados. Referiram ter sido informadas por profissional da saúde que estavam infectadas pelo HCV, 50,0% delas.

5.3.5.3. HIV

Em relação ao HIV, 89,6% referiram já terem realizado o teste rápido alguma vez na vida, sendo 23,9% há 3 meses e 23,6% entre 6 meses e 1 ano. Tiveram resultado positivo 28,0% e dessas 94,4% receberam prescrição de antirretrovirais, dentre as quais 91,7% afirmou estar tomando os medicamentos. Apenas 33,0% referiam informar seus parceiros sexuais sobre sua condição sorológica. Quanto ao exame de carga viral, 90,8% já realizaram esse exame, sendo 10,4% com resultado detectável (**Tabela 10**).

Campo Grande – A maioria das entrevistadas referiu já ter realizado teste para diagnosticar infecção pelo HIV (89,4%) e 25,7% o realizaram há menos de 3 meses. Tiveram resultado positivo para este teste 26,4% das participantes e para 12,2% delas foi receitada TARV. Afirmaram estar em uso de TARV no momento da entrevista 16,7% delas. A maioria (74,4%) das entrevistadas não costuma revelar seu *status* sorológico para seus parceiros sexuais. A quantificação da carga viral do RNA HIV foi realizada por 82,1% das PVHIV entrevistadas e foi citada como detectável por 20,8% delas.

Manaus - A maioria das entrevistadas referiu já ter realizado teste para diagnosticar infecção pelo HIV (79,4%) e 28,3% o fizeram há menos de 3 meses. Tiveram resultado positivo para este teste 24,8% das participantes e somente para 3,1% delas foi receitada TARV. Afirmaram estar em uso de TARV no momento da entrevista 4,8% delas. A maioria (77,8%) das entrevistadas não costuma revelar sua condição sorológica de PVHIV para seus parceiros sexuais. A quantificação da carga viral do RNA HIV foi realizada por 93,4% das PVHIV entrevistadas e foi citada como detectável por 1,8% delas.

Porto Alegre - A maioria das entrevistadas referiu já ter realizado teste para diagnosticar infecção pelo HIV (91,6%) e 23,6% o fizeram há menos de 3 meses. Tiveram resultado positivo para este teste 52,0% das participantes e para 5,5% delas foi receitada TARV. Afirmaram estar em uso de TARV no momento da entrevista 8,1% delas. A maioria (62,2%) das entrevistadas não costuma revelar sua condição sorológica de PVHIV para seus parceiros sexuais. A quantificação da carga viral do RNA HIV foi realizada por 93,4% das PVHIV entrevistadas e foi citada como detectável por 11,4% delas.

Salvador - A maioria das entrevistadas referiu já ter realizado teste para diagnosticar infecção pelo HIV (87,5%) e 24,4% o realizaram há menos de 3 meses. Tiveram resultado positivo para este teste 18,8% das participantes e para 12,9% delas foi receitada TARV. Afirmaram

estar em uso de TARV no momento da entrevista 11,1% delas. A maioria (76,7%) das entrevistadas não costuma revelar sua condição sorológica de PVHIV para seus parceiros sexuais. A quantificação da carga viral do RNA HIV foi realizada por 77,4% das PVHIV entrevistadas e foi citada como detectável por 13,6% delas.

São Paulo - A maioria das entrevistadas referiu já ter realizado teste para diagnosticar infecção pelo HIV (98,3%) e 20,4% o realizaram há menos de 3 meses. Tiveram resultado positivo para este teste 23,9% das participantes e para 2,2% delas foi prescrita TARV. Afirmaram estar em uso de TARV no momento da entrevista 6,6% delas. A maioria (58,1%) das entrevistadas não costuma revelar sua condição sorológica de PVHIV para seus parceiros sexuais. A quantificação da carga viral do RNA HIV foi realizada por 94,6% das PVHIV entrevistadas e foi citada como detectável por 11,4% delas.

5.3.6. Acesso a Serviços de Saúde

Os resultados sobre Acesso à Serviços de Saúde estão apresentados na **Tabela 11**. Dentre o total de participantes 89,8% referiram não possuir plano de saúde, dependendo exclusivamente do SUS. Nos 12 meses anteriores à entrevista a maioria (74,0%) referiram ter passado por consulta médica e 5,4% tiveram necessidade, mas não passaram. Costumam procurar o mesmo serviço de saúde 76,4% delas e o local mais frequentemente referido foi a UBS (38,2%), seguido por Pronto Atendimento ou Pronto Socorro (31,7%).

Foi investigado se as participantes tiveram problemas em acessar os serviços de saúde no último ano em função de sua identidade de gênero, e 11,0% afirmaram que sim. Quanto ao atendimento de suas necessidades específicas de travesti/mulher transexual 65,2% afirmaram que sim e 21,9% disseram que não, mas que precisaram.

A autopercepção de saúde regular, ruim e muito ruim foi citada por 31,6% delas.

Campo Grande - A maioria das participantes relatou não possuir plano de saúde, (80,8%). Também a maioria informou ter passado por consulta médica nos últimos 12 meses (76,7%), ainda que 3,3% informaram que não passaram em consulta, apesar de ter precisado. A maioria (76,1%) delas costumam procurar o mesmo serviço de saúde todas as vezes que necessita deste atendimento.

A UBS foi o tipo de serviço mais frequentemente procurado por elas (37,3%), seguido da UPA (34,9%) e Ambulatórios de Especialidades (12,0%). Relataram ter tido problema para acessar serviço de saúde devido a sua identidade de gênero nos últimos 12 meses 7,3% das TrMT. A maioria (67,1%) das entrevistadas considera que os serviços de saúde que utilizam atendem às suas necessidades. Quanto à classificação de seu estado de saúde, 23,9% consideram como regular e 4,6% como ruim/muito ruim.

Manaus - A maioria das participantes relatou não possuir plano de saúde (93,5%). Cerca de 52,0% informaram ter passado por consulta médica nos últimos 12 meses e 4,3% referiram que não passaram em consulta, apesar de ter precisado. Costumam procurar o mesmo serviço de saúde todas as vezes que necessitam de atendimento 61,7% delas.

A UBS foi o tipo de serviço mais frequentemente procurado por elas (39,4%), seguido por Ambulatórios de Especialidades (20,8%) e UPA (12,8%). Relataram ter tido problema para acessar serviço de saúde devido a sua identidade de gênero nos últimos 12 meses 15,3% das TrMT. A maioria (64,9%) das entrevistadas considera que os serviços de saúde que utilizam atendem às suas necessidades. Quanto à classificação de seu estado de saúde, 23,2% consideram como regular e 4,2% como ruim/muito ruim.

Porto Alegre - A maioria das participantes relatou não possuir plano de saúde (87,5%). A maioria também informou ter passado por consulta médica nos últimos 12 meses (82,8%), ainda que 6,8% tivessem informado que não passaram em consulta, apesar de ter precisado. A maioria (84,7%) delas costumam procurar o mesmo serviço de saúde todas as vezes que necessita deste atendimento.

A UBS foi o tipo de serviço mais frequentemente procurado por elas (47,1%), seguido por Ambulatórios de Especialidades (21,4%) e UPA (7,6%). Relataram ter tido problema para acessar serviço de saúde devido a sua identidade de gênero nos últimos 12 meses 12,1% das TrMT. A maioria (70,7%) das entrevistadas considera que os serviços de saúde que utilizam atendem às suas necessidades. Quanto à classificação de seu estado de saúde, 32,8% consideram como regular e 3,7% como ruim/muito ruim.

Salvador - A maioria das participantes relatou não possuir plano de saúde (90,0%). Cerca de 63,2% informaram ter passado por consulta médica nos últimos 12 meses e 6,5% referiram que não passaram em consulta, apesar de ter precisado. A maioria (73,0%) delas costumam procurar o mesmo serviço de saúde todas as vezes que necessita deste atendimento.

O Ambulatórios de Especialidades foi o tipo de serviço mais frequentemente procurado por elas (42,4%), seguido das UBS (24,0%) e UPA (6,9%). Relataram ter tido problema para acessar serviço de saúde devido a sua identidade de gênero nos últimos 12 meses, 10,0% das TrMT. Somente a metade das entrevistadas considera que os serviços de saúde que utilizam atendem às suas necessidades. Quanto à classificação de seu estado de saúde, 38,3% consideram como regular e 4,6% como ruim/muito ruim.

São Paulo - A maioria das participantes relatou não possuir plano de saúde (91,6%). Também a maioria informou ter passado por consulta médica nos últimos 12 meses (80,2%), ainda que 6,0% informaram que não passaram em consulta, apesar de ter precisado. A maioria (86,8%) delas costumam procurar o mesmo serviço de saúde todas as vezes que necessita deste atendimento.

A UBS foi o tipo de serviço mais frequentemente procurado por elas (39,0%), seguido do Ambulatório de Especialidades (16,1%) e da UPA (10,1%). Relataram ter tido problema para acessar serviço de saúde devido a sua identidade de gênero nos últimos 12 meses 9,0% das TrMT. A maioria (69,5%) das entrevistadas considera que os serviços de saúde que utilizam atendem às suas necessidades. Quanto à classificação de seu estado de saúde, 24,9% consideram como regular e 3,8% como ruim/muito ruim.

Tabela 9 – Experiência com Hepatites B e C (n e %) referidas pelas participantes do estudo, total e por sítios. TransOdara, dezembro de 2019 a julho de 2021.

Variáveis	Total		Campo Grande		Manaus		Porto Alegre		Salvador		São Paulo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HEPATITE B												
Recebeu vacina para Hepatite B?												
Sim	521	48,20	68	56,67	77	24,37	87	59,18	82	53,95	207	59,83
Não	560	51,80	52	43,33	239	75,63	60	40,82	70	46,05	139	40,17
Realizou teste rápido para Hepatite B na vida?												
Sim	749	61,19	109	69,43	71	22,05	118	67,43	93	52,84	358	90,86
Não	475	38,81	48	30,57	251	77,95	57	32,57	83	47,16	36	9,14
Quando foi o teste para Hepatite B?												
Há 3 meses	172	23,40	29	27,88	24	35,29	29	25,00	18	19,78	72	20,22
Entre 3 e 6 meses	130	17,69	15	14,12	16	23,53	22	18,97	11	12,09	66	18,54
Entre 6 meses e 1 ano	221	30,07	14	13,46	8	11,76	16	13,79	20	21,98	163	45,79
Entre 1 e 2 anos	118	16,05	25	24,04	14	20,59	19	16,38	22	24,18	38	10,67
Há mais de 2 anos	94	12,79	21	20,19	6	8,82	30	25,86	20	21,98	17	4,78
Resultado positivo para Hepatite B?												
Sim	37	5,11	3	2,86	3	4,41	9	7,83	3	3,33	19	5,49
Não	687	94,89	102	97,14	65	95,59	106	92,17	87	96,67	327	94,51
Fez tratamento para Hepatite B?												
Sim	20	58,82	3	100,00	3	100,00	4	44,44	1	50,00	9	52,94
Não	14	41,18	0	0,00	0	0,00	5	55,56	1	50,00	8	47,06
Terminou tratamento para Hepatite B?												
Sim	13	72,22	2	66,67	1	50,00	3	75,00	1	100,00	6	75,00
Não	5	27,78	1	33,33	1	50,00	1	25,00	0	0,00	2	25,00
Algum serviço fez contato para continuar o tratamento? (n=5)												
Sim	3	60,00	0	0,00	1	100,00	1	100,00	0	0,00	1	50,00
Não	2	40,00	1	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	50,00
Foi informada pelo médico ou enfermeiro que estava com hepatite B?												
Sim	18	52,94	2	66,67	1	50,00	3	37,50	2	66,67	10	55,56
Não	16	47,06	1	33,33	1	50,00	5	62,50	1	33,33	8	44,44
HEPATITE C												
Alguma vez realizou o teste para Hepatite C?												
Sim	820	65,86	112	71,79	94	28,48	128	69,95	113	64,57	373	93,02
Não	425	34,14	44	28,21	236	71,52	55	30,05	62	35,43	28	6,98
Quando foi o teste mais recente?												
Há mais de 3 meses	179	22,26	26	25,00	28	30,11	30	23,44	21	19,27	74	20,00
Entre 3 e 6 meses	134	16,67	14	13,46	16	17,20	24	18,75	15	13,76	65	17,57
Entre 6 meses e 1 ano	242	30,10	13	12,50	17	18,28	19	14,84	18	16,51	175	47,30
Entre 1 e 2 anos	132	16,42	30	28,85	18	19,35	20	15,63	27	24,77	37	10,00
Há mais de 2 anos	117	14,55	21	20,19	14	15,05	35	27,34	28	25,69	19	5,14
Resultado positivo para Hepatite C alguma vez na vida?												
Sim	23	2,90	4	3,67	2	2,17	8	6,45	2	1,89	7	1,94
Não	769	97,10	105	96,33	90	97,83	116	93,55	104	98,11	354	98,06
Fez tratamento para Hepatite C?												
Sim	13	56,52	3	75,00	1	50,00	4	50,00	1	50,00	4	57,14
não	10	43,48	1	25,00	1	50,00	4	50,00	1	50,00	3	42,86
Terminou tratamento para Hepatite C?												
Sim	13	100,00	3	100,00	1	100,00	4	100,00	1	100,00	4	100,00
Parceiro(a) fez o tratamento?												
Sim	3	18,75	2	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	14,29
Não	13	81,25	0	0,00	1	100,00	4	100,00	2	100,00	6	85,71
Foi informada pelo médico ou enfermeiro que estava com hepatite C?												
Sim	10	45,45	2	50,00	1	50,00	4	50,00	0	0,00	3	50,00
Não	12	54,55	2	50,00	1	50,00	4	50,00	2	100,00	3	50,00

Tabela 10 – Experiência com HIV (n e %) referidas pelas participantes do estudo, total e por sítios. TransOdara, dezembro de 2019 a julho de 2021.

Variáveis	Total		Campo Grande		Manaus		Porto Alegre		Salvador		São Paulo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Alguma vez realizou o teste para HIV?												
Sim	1172	89,60	160	89,39	266	79,40	175	91,62	175	87,50	396	98,26
Não	136	10,40	19	10,61	69	20,60	16	8,38	25	12,50	7	1,74
Quando foi realizado o teste de HIV mais recente?												
Há 3 meses	275	23,93	39	25,66	73	28,29	41	23,56	42	24,42	80	20,36
Entre 3 e 6 meses	177	15,40	20	13,16	36	13,95	25	14,37	26	15,12	70	17,81
Entre 6 meses e 1 ano	271	23,59	30	19,74	32	12,40	18	10,34	33	19,19	158	40,20
Entre 1 e 2 anos	195	16,97	29	19,08	72	27,91	22	12,64	32	18,60	40	10,18
Há mais de 2 anos	231	20,10	34	22,37	45	17,44	68	39,08	39	22,67	45	11,45
Qual o resultado de HIV do teste mais recente?												
Negativo	828	72,00	117	73,58	194	75,19	84	48,00	134	81,21	299	76,08
Positivo	322	28,00	42	26,42	64	24,81	91	52,00	31	18,79	94	23,92
Foi receitado antirretrovirais? (n=320)												
Sim	302	94,38	36	87,80	62	96,88	86	94,51	27	87,10	91	97,85
Não	18	5,63	5	12,20	2	3,13	5	5,49	4	12,90	2	2,15
Toma os medicamentos? (n=302)												
Sim	277	91,72	30	83,33	59	95,16	79	91,86	24	88,89	85	91,41
Não	25	8,28	6	16,67	3	4,84	7	8,14	3	11,11	6	6,59
Costuma informar os parceiros sexuais sobre a condição sorológica? (n=315)												
Sim	104	33,02	10	25,64	14	22,22	34	37,78	7	23,33	39	41,94
Não	211	66,98	29	74,36	49	77,78	56	62,22	23	76,67	54	58,06
Alguma vez realizou o exame de carga viral? (n=315)												
Sim	286	90,79	32	82,05	57	93,44	85	93,41	24	77,42	88	94,62
Não	29	9,21	7	17,95	4	6,56	6	6,59	7	22,58	5	5,38
Resultado da Carga Viral (n=259)												
Detectável	27	10,42	5	20,83	1	1,82	9	11,39	3	13,64	9	11,39
Indetectável	232	89,58	19	79,17	54	98,18	70	88,61	19	86,36	70	88,61

Tabela 11 – Experiência de acesso a serviços de saúde e autopercepção de saúde (n e %) referidas pelas participantes do estudo, total e por sítios. TransOdara, dezembro de 2019 a julho de 2021.

Variáveis	Total		Campo Grande		Manaus		Porto Alegre		Salvador		São Paulo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tem plano de saúde?												
Não	1.173	89,75	143	80,79	314	93,45	168	87,50	179	89,95	369	91,56
Sim	134	10,25	34	19,21	22	6,55	24	12,50	20	10,05	34	8,44
Consultou nos últimos 12 meses?												
Não, não precisei	318	24,39	36	20,00	145	44,21	20	10,42	61	30,35	56	13,90
Não, mas precisei	70	5,37	6	3,33	14	4,27	13	6,77	13	6,47	24	5,96
Sim	916	70,25	138	76,67	169	51,52	159	82,81	127	63,18	323	80,15
Quando consultou um médico pela última vez?												
Nos últimos 12 meses	952	74,03	132	75,43	194	58,79	151	78,65	140	72,54	335	84,60
De 1 a 2 anos	209	16,25	29	16,57	86	26,06	21	10,94	28	14,51	45	11,36
Há mais de 2 anos	121	9,41	14	8,00	49	14,85	19	9,90	24	12,44	15	3,79
Nunca fui ao médico	4	0,31	0	0,00	1	0,30	1	0,52	1	0,52	1	0,25
Costuma procurar o mesmo lugar e/ou médico?												
Não	306	23,59	42	23,86	129	38,28	29	15,26	54	27,00	52	13,20
Sim	991	76,41	134	76,14	208	61,72	161	84,74	146	73,00	342	86,80
Locais que costuma buscar atendimento												
Não procuro nenhum serviço	19	1,05	3	1,44	2	0,42	2	0,84	3	1,38	9	1,35
Farmácia	26	1,44	10	4,78	5	1,05	2	0,84	4	1,84	5	0,75
UBS (Unidade Básica de Saúde)	689	38,17	78	37,32	187	39,37	112	47,06	52	23,96	260	39,04
Ambulatório de Especialidades	297	16,45	25	11,96	99	20,84	51	21,43	15	6,91	107	16,07
UPA (Unidade de Pronto Atendimento)	316	17,51	73	34,93	61	12,84	18	7,56	92	42,40	72	10,81
Pronto Socorro em Hospitais públicos	256	14,18	6	2,87	93	19,58	24	10,08	28	12,90	105	15,77
Consultório particular	113	6,26	3	1,44	6	1,26	10	4,20	11	5,07	83	12,46
Ambulatório ou consultório de clínica privada	59	3,27	9	4,31	14	2,95	14	5,88	8	3,69	14	2,10
Ambulatório de Hospital Público	23	1,27	1	0,48	8	1,68	5	2,10	4	1,84	5	0,75
Profissional da equipe de Saúde da Família no domicílio	7	0,39	1	0,48	0	0,00	0	0,00	0	0,00	6	0,90
Teve problema para acessar serviço pela sua identidade de gênero, no último ano?												
Não, mas não procurei	389	29,88	42	23,46	188	56,46	41	21,58	52	25,87	66	16,54
Não, e procurei	770	59,14	124	69,27	94	28,23	126	66,32	129	64,18	297	74,44
Sim	143	10,98	13	7,26	51	15,32	23	12,11	20	9,95	36	9,02
Os serviços de saúde que você usa atendem às suas necessidades específicas de travesti/mulher transexual?												
Não, mas não precisei	165	12,83	17	9,66	76	23,17	15	7,98	22	11,34	35	8,75
Não, mas precisei	282	21,93	41	23,30	39	11,89	40	21,28	75	38,66	87	21,75
Sim	839	65,24	118	67,05	213	64,94	133	70,74	97	50,00	278	69,50
Como classifica sua saúde?												
Muito boa/boa	888	68,41	126	71,59	245	72,70	122	63,54	112	57,14	283	71,28
Regular	357	27,50	42	23,86	78	23,15	63	32,81	75	38,27	99	24,94
Ruim/ muito ruim	53	4,08	8	4,55	14	4,15	7	3,65	9	4,59	15	3,78

5.4. INDICADORES DE ACEITABILIDADE PRÉ-COLETA E PRÉ-PROCEDIMENTOS

5.4.1. Preferência por tipo de coleta (por profissional ou autocoleta) e amostras fornecidas

As fontes dos resultados aqui apresentados foram os Formulários de Aceitabilidade Pré-consulta - Profilaxias e Tratamentos (**ANEXO 2.5**). Serão comentados os resultados para o total da amostra e na sequência para cada um dos sítios participantes.

Para cada tipo de amostra disponível, foram investigados preferência prévia em relação à autocoleta ou coleta por profissional e sensação de conforto durante as coletas. Além disso, foram contabilizadas as amostras fornecidas e as recusas, por tipo de amostra (**Tabela 12**).

Foram observadas preferências semelhantes para coleta de swab oral, seja por autocoleta (48,1%) ou coleta por profissional (48,4%), com 3,3% de recusa. Para a coleta de swab anal e swab genital, a maioria referiu que preferiria autocoleta (71,6%) e (73,0%), com recusa semelhante de 4,6% para cada um dos exames. Entre as participantes com neovagina, 60% referiram que prefeririam a coleta por profissional.

Quanto ao quantitativo de amostras fornecidas é importante lembrar que as participantes poderiam aceitar a coleta de algumas delas e recusar outras. No total, no REDCap até o momento foram registradas 3.806 amostras, entre urina e swabs (oral, genital anal e neovaginal).

Campo Grande – Para coleta de swab oral, a maioria referiu que preferiria por profissional (81,2%), com 2,2% de recusa. Para a coleta de swab anal e swab genital, a maioria preferiria autocoleta (63,5%) e (65,8%), com recusa semelhante de 4,4% para cada um dos exames. No total, foram coletadas 175 amostras de urina (3,3% de recusa), 30 de swabs oral, 118 de genital (0,8% de recusas) e 115 de anal).

Manaus – Para coleta de swab oral, a maioria relatou que preferiria por autocoleta (86,4%). Para a coleta de swab anal e swab genital, a maioria referiu que preferiria autocoleta (89,7%) e (90,0%), sem nenhuma recusa para todos os exames. Quanto ao quantitativo de amostras fornecidas foram 338 de urina (0,3% recusa), 293 de swab oral, 306 de genital e 304 de anal.

Porto Alegre – Para coleta de swab oral, a maioria informou que preferiria por profissional (80,2%), com 2,1% de recusa. Para a coleta de swab anal e swab genital, a maioria referiu que preferiria por autocoleta (78,7%) e (79,4%), com 5,2% e 6,4%, respectivamente. As 3 participantes com neovagina relataram que prefeririam por autocoleta. Quanto ao quantitativo de amostras fornecidas foram 183 de urina (4,7% de recusa), 33 de swab oral (2,9% de recusa), 149 de genital (0,7% de recusa) e 149 de anal (1,3% de recusa) e 3 neovaginal.

Salvador – Para coleta de swab oral, 57,7% referiram que preferiram por profissional, com 15,4% de recusa. Para a coleta de swab anal e swab genital, 49,3% e 51,3% prefeririam, respectivamente, por autocoleta, com proporções elevadas de recusa 17,9% e 16,6% para cada um dos exames. A única participante com neovagina disse que preferiria a coleta por profissional. No total, foram fornecidas 186 amostras de urina com 6,5% de recusa, 51 de swab oral, 102 de genital, 99 de anal.

São Paulo - Para coleta de swab oral, 55,8% referiram que preferiram por autocoleta, com 1,0% de recusa. Para a coleta de swab anal e swab genital, 67,7% e 69,4% prefeririam, respectivamente, por autocoleta, com recusas semelhantes de 1,7% e 1,8% para cada um dos exames. Das 11 participante com neovagina, 8 referiram que prefeririam a coleta por profissional (72,7%). No total, foram fornecidas 399 amostras de urina, 225 de swab oral, 272 de genital, 273 de anal e 3 neovaginal.

Tabela 12 – Preferência prévia à consulta médica, das participantes do estudo, em relação à autocoleta ou coleta por profissional (n e %) para coleta de urina, swabs e amostras fornecidas (total e por sítios). TransOdara, dezembro de 2019 a julho de 2021.

Variáveis	Total		Campo Grande		Manaus		Porto Alegre		Salvador		São Paulo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Coleta de urina												
Sim	1.147	87,16	169	98,37	330	97,35	107	55,73	183	91,04	358	88,83
Não	169	12,84	12	6,63	9	2,65	85	44,27	18	8,96	45	11,17
Coleta oral para Clamídia e Gonorreia, qual o método prefere?												
Autocoleta	633	48,10	30	16,57	293	86,43	34	17,71	51	25,37	225	55,83
Profissional	637	48,40	147	81,22	46	13,57	154	80,21	116	57,71	174	43,18
Sem referência	3	0,23	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	1,49	0	0,00
Recusa	43	3,27	4	2,21	0	0,00	4	2,08	31	15,42	4	0,99
Coleta anal para testar HPV, Clamídia e Gonorreia, qual método prefere?												
Autocoleta	942	71,58	115	63,54	304	89,68	151	78,65	99	49,25	273	67,74
Profissional	310	23,56	58	32,04	35	10,32	31	16,15	63	31,34	123	30,52
Sem referência	3	0,23	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	1,49	0	0,00
Recusa	61	4,64	8	4,42	0	0,00	10	5,21	36	17,91	7	1,74
Coleta (neo)vaginal, qual método prefere?												
Autocoleta	6	40,00	0	0,00	0	0,00	3	100,00	0	0,00	3	27,27
Profissional	9	60,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	100,00	8	72,73
Coleta genital, qual método prefere?												
Autocoleta	949	73,00	119	65,75	306	90,27	150	79,37	102	51,26	272	69,39
Profissional	287	22,08	54	29,83	33	9,73	27	14,29	60	30,15	113	28,83
Sem referência	4	0,31	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	2,01	0	0,00
Recusa	60	4,62	8	4,42	0	0,00	12	6,35	33	16,58	7	1,79
Coletas fornecidas x recusas												
Urina												
Forneceu	1.281	97,79	175	96,69	338	99,71	183	95,31	186	93,47	399	100,00
Recusou	29	2,21	6	3,31	1	0,29	9	4,69	13	6,53	0	0,00
Oral												
Forneceu	632	99,84	30	100,00	293	100,00	33	97,06	51	100,00	225	100,00
Recusou	1	0,16	0	0,00	0	0,00	1	2,94	0	0,00	0	0,00
Anal												
Forneceu	940	99,79	115	100,00	304	100,00	149	98,68	99	100,00	273	100,00
Recusou	2	0,21	0	0,00	0	0,00	2	1,32	0	0,00	0	0,00
(Neo)vaginal												
Forneceu	6	100,00	0	0,00	0	0,00	3	100,00	0	0,00	3	0,00
Genital												
Forneceu	947	99,79	118	99,16	306	100,00	149	99,33	102	100,00	272	100,00
Recusou	2	0,21	1	0,84	0	0,00	1	0,67	0	0,00	0	0,00

Tabela 13 – Interesse prévio à consulta médica, das participantes do estudo, em relação às profilaxias e/ou tratamentos (n e %), caso indicados. TransOdara, dezembro de 2019 a julho de 2021.

Variáveis	Total		Campo Grande		Manaus		Porto Alegre		Salvador		São Paulo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
PROFILAXIAS - VACINAS												
Interesse em receber as vacinas para Hepatite A, B e HPV, caso indicadas?												
Sim	1.225	93,09	178	98,34	322	94,99	188	97,92	179	89,05	358	88,83
Não	79	6,00	2	1,10	13	3,83	2	1,04	18	8,96	44	10,92
Não tenho certeza	12	0,91	1	0,55	4	1,18	2	1,04	4	1,99	1	0,25
Sentiria-se confortável em tomar injeção nos braços para receber as vacinas?												
Sim	1.196	97,87	173	97,19	317	98,75	183	97,34	177	98,88	346	97,19
Não	15	1,23	4	2,25	3	0,93	2	1,06	1	0,56	5	1,40
Não tenho certeza	11	0,90	1	0,56	1	0,31	3	1,60	1	0,56	5	1,40
Acredita que conseguiria retornar para receber todas as vacinas necessárias?												
Sim	1.185	97,21	173	98,30	316	98,44	177	94,15	173	97,19	346	97,19
Não	16	1,31	0	0,00	2	0,62	7	3,72	2	1,12	5	1,40
Não tenho certeza	18	1,48	3	1,70	3	0,93	4	2,13	3	1,69	5	1,40
PEP												
Acredita que conseguiria fazer uso dessa medicação por 28 dias, a partir de hoje?												
Sim	476	52,31	58	43,28	177	70,80	69	69,00	108	81,82	64	21,77
Não	348	38,24	41	30,60	32	12,80	27	27,00	18	13,64	230	78,23
Não tenho certeza	86	9,45	35	26,12	41	16,40	4	4,00	6	4,55	0	0,00
PrEP												
Interesse em fazer uso de medicação de uso diário para evitar se infectar pelo vírus do HIV?												
Sim	527	57,85	58	43,28	182	72,80	62	62,00	98	74,24	127	43,05
Não	249	27,33	34	25,37	31	12,40	24	24,00	22	16,67	138	46,78
Não tem certeza	89	9,77	39	29,10	34	13,60	5	5,00	6	4,55	5	1,69
Já faz uso	46	5,05	3	2,24	3	1,20	9	9,00	6	4,55	25	8,47
Acredita que conseguiria fazer uso dessa medicação diária?												
Sim	517	97,36	56	96,55	181	100,00	59	95,16	95	94,06	126	97,67
Não	7	1,32	1	1,72	0	0,00	0	0,00	3	2,97	3	2,33
Não tenho certeza	7	1,32	1	1,72	0	0,00	3	4,84	3	2,97	0	0,00
TRATAMENTOS												
Interesse em receber tratamentos disponíveis para sífilis, gonorreia e clamídia, caso indicados?												
Sim	1.282	97,49	175	96,69	337	99,41	189	98,44	185	92,50	396	98,26
Não	24	1,83	1	0,55	0	0,00	3	1,56	13	6,50	7	1,74
Não tenho certeza	9	0,68	5	2,76	2	0,59	0	0,00	2	1,00	0	0,00
Aceitaria receber injeção no músculo para tratamento da sífilis, se indicado?												
Sim	1.194	93,65	166	95,95	326	97,02	180	95,24	182	98,38	340	86,73
Não	75	5,88	6	3,47	8	2,38	7	3,70	2	1,08	52	13,27
Não tenho certeza	6	0,47	1	0,58	2	0,60	2	1,06	1	0,54	0	0,00
Acredita que conseguiria retornar mais duas vezes para completar o tratamento injetável para a sífilis, se indicado?												
Sim	1.169	98,32	161	98,77	322	99,08	177	98,33	181	99,45	328	96,76
Não	15	1,26	0	0,00	2	0,62	2	1,11	1	0,55	10	2,95
Não tenho certeza	5	0,42	2	1,23	1	0,31	1	0,56	0	0,00	1	0,29
Aceitaria receber para tratamento para corrimento uretral, se indicado?												
<i>Isso exigiria receber uma injeção no músculo e uma medicação a ser ingerida por via oral.</i>												
Sim	1.252	97,81	170	97,70	327	97,32	184	97,35	183	98,92	388	97,98
Não	19	1,48	2	1,15	7	2,08	2	1,06	1	0,54	7	1,77
Não tenho certeza	9	0,70	2	1,15	2	0,60	3	1,59	1	0,54	1	0,25

5.5. HISTÓRICO DE IST

A fonte de dados para esta análise foi o Formulário de Avaliação Clínica e Seguimento, utilizado durante a consulta médica (**ANEXO 2.6**).

Foram investigados o histórico de exposição, diagnóstico e tratamento de IST (corrimento uretral, verruga genital, sífilis e herpes genital) das participantes do estudo (n e %), bem como a presença de queixas e sintomas no momento da consulta, permitindo respostas múltiplas. Os resultados encontram-se na **Tabela 14**.

Quanto ao histórico de situações de potencial exposição para adquirir alguma IST, do total de participantes, 75,5% referiram ter tido relações sexuais sem preservativos nas 72 h antes da consulta. Esta proporção variou segundo os sítios da pesquisa, sendo de 80,1% em Campo Grande e 70,4% em Manaus.

No que se refere a queixas relacionadas à IST, 0,6% referiram corrimento uretral no momento da consulta, 1,3% corrimento anal, 6,5% verruga anal, 2,0% verruga genital, 1,0% ferida genital, 2,0% ferida anal e 2,1% lesão extragenital. No momento da consulta, essas proporções variaram de acordo com os sítios, a saber:

Campo Grande – Nenhuma participante referiu corrimento uretral, corrimento anal, ferida anal ou lesão extragenital. Neste sítio, as participantes referiram verruga anal (4,6%), verruga genital (0,6%), ferida genital (0,6%).

Manaus - 0,9% referiram corrimento uretral, 1,8% corrimento anal, 7,4% verruga anal, 3,5% verruga genital (0,6%), 1,5% ferida genital, 3,2% ferida anal e 4,4% lesão extragenital.

Porto Alegre – Nenhuma participante referiu ferida genital, 1,1% referiram corrimento uretral, 1,6% corrimento anal, 7,4% verruga anal, 1,6% verruga genital, 0,5% ferida anal e 1,6% lesão extragenital.

Salvador - 0,5% referiram corrimento uretral, 2,0% corrimento anal, 3,5% verruga anal, 1,5% verruga genital, 1,5% ferida genital, 2,5% ferida anal e 0,5% lesão extragenital.

São Paulo - 0,5% referiram corrimento uretral, 1,0% corrimento anal, 7,7% verruga anal, 1,7% verruga genital, 1,0% ferida genital, 2,2% ferida anal e 2,0% lesão extragenital.

Na investigação de outros sintomas relacionados às queixas acima apresentadas, foram observadas elevadas proporções de participantes que referiram não estarem com nenhum dos sintomas (prurido, dor, tenesmo e sangramento) no momento da consulta, sendo de 86,1% para o total da amostra e variando entre os sítios, sendo a maior proporção observada em Campo Grande (98,9%) e a menor em São Paulo (80,2%). A ordem de frequência com que esses sintomas foram referidos variou entre os sítios, tendo sido prurido o mais citado em todos (entre 6,5% a 7,7%), com exceção de Salvador, onde o mais frequentemente mencionado foi o sangramento (4,8%).

Em relação às diversas doenças investigadas, e considerando o total das participantes, referiram ter sido diagnosticadas com corrimento uretral (10,4%) e tratadas (83,1%); para verrugas genitais (14,9%) e (76,8%); para sífilis (49,1%) e (94,5%) e para herpes genital (5,5%) e (76,5%).

Foram observadas variações nas proporções de participantes com diagnósticos e tratamentos de cada doença em cada sítio, o que merece ser aprofundado, no sentido de conhecer melhor os contextos e dificuldades para acesso ao diagnóstico e adesão aos tratamentos. Na sequência, encontram-se os resultados de cada sítio da pesquisa:

Campo Grande - Referiram ter sido diagnosticadas para corrimento uretral (6,3%) e tratadas (90,9%); para verrugas genitais (21,6%) e (94,7%); para sífilis (48,9%) e (94,2%) e para herpes genital (3,4%) e (100,0%).

Manaus - Referiram ter sido diagnosticadas para corrimento uretral (8,9%) e tratadas (83,3%); para verrugas genitais (10,0%) e (66,7%); para sífilis (38,5%) e (93,8%) e para herpes genital (5,3%) e (73,3%).

Porto Alegre - Referiram ter sido diagnosticadas para corrimento uretral (8,0%) e tratadas (86,7%); para verrugas genitais (21,7%) e (87,8%); para sífilis (56,3%) e (96,2%) e para herpes genital (4,3%) e (75,0%).

Salvador - Referiram ter sido diagnosticadas para corrimento uretral (8,0%) e tratadas (56,3%); para verrugas genitais (6,5%) e (76,9%); para sífilis (40,8%) e (95,1%) e para herpes genital (6,0%) e (8,3%).

São Paulo - Referiram ter sido diagnosticadas para corrimento uretral (15,9%) e tratadas (87,5%); para verrugas genitais (17,2%) e (65,2%); para sífilis (59,1%) e (94,0%) e para herpes genital (6,7%) e (70,4%).

No geral, observou-se que o diagnóstico de sífilis foi proporcionalmente mais elevado do que para as demais doenças, chegando a cerca de metade das participantes no total e em todos os sítios, das quais cerca de 6,0% não foram tratadas.

Tabela 14 – Histórico de exposição à IST e experiência prévia com IST (queixas e sintomas) (n e %), das participantes do estudo, investigados durante consulta médica. TransOdara, dezembro de 2019 a julho de 2021.

Variáveis	Total		Campo Grande		Manaus		Porto Alegre		Salvador		São Paulo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Relação sexual nas últimas 72 horas sem preservativo												
Não	987	75,52	141	80,11	238	70,41	149	78,42	153	76,12	306	76,12
Sim	320	24,48	35	19,89	100	29,59	41	21,58	48	23,88	96	23,88
Manteve relação sexual nas últimas 24 horas												
Não	984	77,85	136	77,27	259	76,40	150	78,95	135	67,50	304	84,68
Sim	280	22,15	40	22,73	80	23,60	40	21,05	65	32,50	55	15,32
Tomou banho ou lavou a genital nas últimas 12 horas?												
Não	190	15,04	17	9,66	26	7,69	42	22,11	13	6,47	92	25,70
Sim	1.073	84,96	159	90,34	312	92,31	148	77,89	188	93,53	266	74,30
Tem alguma queixa no momento:												
Corrimento uretral												
Não	1300	99,39	176	100,00	335	99,11	188	98,95	200	99,50	401	99,50
Sim	8	0,61	0	0,00	3	0,89	2	1,05	1	0,50	2	0,50
Corrimento anal												
Não	1.291	98,70	176	100,00	332	98,22	187	98,42	197	98,01	399	99,01
Sim	17	1,30	0	0,00	6	1,78	3	1,58	4	1,99	4	0,99
Verruga anal												
Não	1.223	93,50	168	95,45	313	92,60	176	92,63	194	96,52	372	92,31
Sim	85	6,50	8	4,55	25	7,40	14	7,37	7	3,48	31	7,69
Verruga genital												
Não	1.283	98,01	175	99,43	327	96,46	187	98,42	198	98,51	396	98,26
Sim	26	1,99	1	0,57	12	3,54	3	1,58	3	1,49	7	1,74
Ferida genital												
Não	1.296	99,01	175	99,43	334	98,53	190	100,00	198	98,51	399	99,01
Sim	13	0,99	1	0,57	5	1,47	0	0,00	3	1,49	4	0,99
Ferida anal												
Não	1.281	98,01	175	100,00	328	96,76	189	99,47	196	97,51	393	97,76
Sim	26	1,99	0	0,00	11	3,24	1	0,53	5	2,49	9	2,24
Lesão extragenital												
Não	1.273	97,92	175	100,00	324	95,58	186	98,41	197	99,49	391	97,99
Sim	27	2,08	0	0,00	15	4,42	3	1,59	1	0,51	8	2,01
Sintomas relacionados as queixas acima												
Prurido	78	5,76	1	0,56	23	6,50	15	7,73	7	3,35	32	7,62
Dor	43	3,18	1	0,56	13	3,67	2	1,03	8	3,83	19	4,52
Tenesmo	20	1,48	0	0,00	6	1,69	0	0,00	2	0,96	12	2,86
Sangramento	47	3,47	0	0,00	9	2,54	8	4,12	10	4,78	20	4,76
Nenhuma das anteriores	1.166	86,12	175	98,87	303	85,59	169	87,11	182	87,08	337	80,24

Tabela 14 – Histórico de exposição à IST e experiência prévia com IST (queixas e sintomas) (n e %), das participantes do estudo, investigados durante consulta médica. TransOdara, dezembro de 2019 a julho de 2021. (CONTINUAÇÃO)

Variáveis	Total		Campo Grande		Manaus		Porto Alegre		Salvador		São Paulo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Já foi diagnosticada com corrimento uretral antes?												
Não	1169	89,58	164	93,71	309	91,15	173	92,02	185	92,04	338	84,08
Sim	136	10,42	11	6,29	30	8,85	15	7,98	16	7,96	64	15,92
Foi tratada do corrimento antes?												
Não	23	16,91	1	9,09	5	16,67	2	13,33	7	43,75	8	12,50
Sim	113	83,09	10	90,91	25	83,33	13	86,67	9	56,25	56	87,50
Já foi diagnosticada com verruga genital anteriormente?												
Não	1112	85,08	138	78,41	305	89,97	148	78,31	188	93,53	333	82,84
Sim	195	14,92	38	21,59	34	10,03	41	21,69	13	6,47	69	17,16
Já foi tratada por verrugas?												
Não	45	23,20	2	5,26	11	33,33	5	12,20	3	23,08	24	34,78
Sim	149	76,80	36	94,74	22	66,67	36	87,80	10	76,92	45	65,22
Já foi diagnosticada com sífilis antes?												
Não	663	50,88	90	51,14	208	61,54	83	43,68	119	59,20	163	40,95
Sim	640	49,12	86	48,86	130	38,46	107	56,32	82	40,80	235	59,05
Já tratou a sífilis antes?												
Não	35	5,49	5	5,81	8	6,20	4	3,77	4	4,88	14	5,98
Sim	602	94,51	81	94,19	121	93,80	102	96,23	78	95,12	220	94,02
Já foi diagnosticada com herpes genital?												
Não	1.230	94,54	169	96,57	319	94,66	178	95,70	188	94,00	376	93,30
Sim	71	5,46	6	3,43	18	5,34	8	4,30	12	6,00	27	6,70
Foi tratada com herpes genital?												
Não	16	23,53	0	0,00	4	26,67	2	25,00	2	16,67	8	29,63
Sim	52	76,47	6	100,00	11	73,33	6	75,00	10	83,33	19	70,37

5.6. REALIZAÇÃO DE EXAMES DURANTE CONSULTA MÉDICA E ACHADOS

A fonte de dados para esta análise foi o Formulário de Avaliação Clínica e Seguimento, utilizado durante a consulta médica (**ANEXO 2.6**).

Estão apresentadas na **Tabela 15** as proporções de recusa e permissão para cada um dos exames, bem como os respectivos achados para aquelas que aceitaram ser examinadas. É importante ressaltar que as recusas ou aceites poderiam se dar para todos os exames ou de forma seletiva, recusando uns e aceitando outros.

Foram observadas elevadas proporções de recusa para realização de exames durante a consulta médica, que variavam de acordo com o tipo de exame, em geral, os exames com maiores proporções de recusa foram os exames genital e anal.

Para o total da amostra, os valores observados sobre recusa para os exames físico, genital ou anal foram: 34,6%, 57,7% e 57,8%, respectivamente.

Os dados referentes às participantes em cada sítio, sobre a recusa para cada um dos exames variaram a depender do exame, a saber:

Campo Grande – Recusa para exames: físico (31,3%), genital (68,4%) e anal (69,0%).

Manaus – Recusa para exames: físico (51,8%), genital (69,8%) e anal (71,2%).

Porto Alegre – Recusa para exames: físico (39,5%), genital (51,1%) e anal (51,6%).

Salvador – Recusa para exames: físico (45,8%), genital (60,2%) e anal (59,7%).

São Paulo – Recusa para exames: físico (13,5%), genital (44,6%) e anal (43,9%).

Avaliação sobre os achados para as que permitiram a realização de cada um dos exames

Para o total das participantes – Os achados referentes ao **exame físico** revelam que 5,6% apresentaram máculas na pele, 2,0% lesão na boca e 6,8% adenomegalia. No **exame genital**, 93% apresentavam pênis não circuncidado, 3% verrugas no pênis e dessas, 56,3% eram múltiplas. Entre as que apresentavam verrugas genitais, os locais mais comumente observados foram: púbis e saco escrotal (29,4%) e corpo do pênis (23,5%). Apresentavam corrimento uretral no momento da consulta 0,5% das participantes. No **exame anal**, 0,9% apresentaram corrimento anal, sendo de características amareladas e mucoides em 42,9% dos casos. Verrugas e úlcera na região anal foram observadas em 12,6% e 0,6% delas, sendo múltiplas para respectivamente, 56,5% e 33,3% delas. Tendo em vista os pequenos números de participantes com tais achados em cada um dos sítios os dados não serão comentados aqui, mas podem ser observados na Tabela 15.

Achados nos exames em cada um dos sítios:

Campo Grande – **Exame físico**, 1,7% apresentaram máculas na pele, 0,8% lesão na boca e 0,8% adenomegalia. **Exame genital**, 98,2% apresentavam pênis não circuncidado, 3,6% verrugas no pênis. Apresentavam corrimento uretral no momento da consulta 0,4% das participantes. **Exame anal**, nenhuma apresentou corrimento anal, 9,2% apresentaram verrugas.

Manaus - **Exame físico**, 14,7% apresentaram máculas na pele, 3,1% lesão na boca e 8,6% adenomegalia. **Exame genital**, 94,1% apresentavam pênis não circuncidado, 6,9% verrugas no pênis e nenhuma apresentou corrimento uretral. **Exame anal**, 1% apresentou corrimento anal e 14,6% apresentaram verrugas.

Porto Alegre - **Exame físico**, 3,5% apresentaram máculas na pele, nenhuma apresentou lesão na boca ou adenomegalia. **Exame genital**, 91,3% apresentavam pênis não circuncidado, 2,2% verrugas no pênis e nenhuma apresentou corrimento uretral. **Exame anal**, nenhuma apresentou corrimento anal e 7,7% apresentaram verrugas.

Salvador - **Exame físico**, 4,6% apresentaram máculas na pele, 5,5% lesão na boca e 19,3% adenomegalia. **Exame genital**, 96,2% apresentavam pênis não circuncidado, 1,3% verrugas no pênis e nenhuma apresentou corrimento uretral. **Exame anal**, 1,2% apresentaram corrimento anal e 8,6% apresentaram verrugas.

São Paulo - **Exame físico**, 3,8% apresentaram máculas na pele, 1,5% lesão na boca e 6,4% adenomegalia. **Exame genital**, 90,6% apresentavam pênis não circuncidado, 1,9% verrugas no pênis e nenhuma apresentou corrimento uretral. **Exame anal**, 1,3% apresentaram corrimento anal e 16,0% apresentaram verrugas.

Tabela 15 – Permissão e recusa, das participantes do estudo, para realização de exames físico, genital e anal (n e %), durante consulta médica e respectivos achados. TransOdara, dezembro de 2019 a julho de 2021.

Variáveis	Total		Campo Grande		Manaus		Porto Alegre		Salvador		São Paulo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
EXAME FÍSICO												
Permite exame físico												
Não	451	34,56	55	31,25	175	51,78	75	39,47	92	45,77	54	13,50
Sim	854	65,44	121	68,75	163	48,22	115	60,53	109	54,23	346	86,50
Exame físico												
Pele												
Normal	781	91,67	119	98,35	133	81,60	108	93,91	98	90,74	323	93,62
Máculas/Pápulas	48	5,63	2	1,65	24	14,72	4	3,48	5	4,63	13	3,77
Outras	23	2,70	0	0,00	6	3,68	3	2,61	5	4,63	9	2,61
Boca												
Sem lesão	835	98,00	120	99,17	158	96,93	115	100,00	103	94,50	339	98,55
Com lesão	17	2,00	1	0,83	5	3,07	0	0,00	6	5,50	5	1,45
Adenomegalia												
Não	793	93,18	120	99,17	148	91,36	115	100,00	88	80,73	322	93,60
Sim	58	6,82	1	0,83	14	8,64	0	0,00	21	19,27	22	6,40
EXAME GENITAL												
Permite exame genital												
Não	752	57,67	119	68,39	236	69,82	97	51,05	121	60,20	179	44,64
Sim	552	42,33	55	31,61	102	30,18	93	48,95	80	39,80	222	55,36
Pênis												
Circuncidado	38	7,04	1	1,82	6	5,88	8	8,70	3	3,80	20	9,43
Não circuncidado	502	92,96	54	98,18	96	94,12	84	91,30	76	96,20	192	90,57
Corrimento uretral												
Não	538	99,63	55	100,00	101	99,02	92	100,00	79	100,00	211	99,53
Sim	2	0,37	0	0,00	1	0,98	0	0,00	0	0,00	1	0,47
Coletou swab uretral												
Sim	1	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	100,00
Verruga no pênis												
Não	524	97,04	53	96,36	95	93,14	90	97,83	78	98,73	208	98,11
Sim	16	2,96	2	3,64	7	6,86	2	2,17	1	1,27	4	1,89
Número de verrugas												
Única	7	43,75	2	100,00	2	28,57	0	0,00	1	100,00	2	50,00
Múltiplas	9	56,25	0	0,00	5	71,43	2	100,00	0	0,00	2	50,00
Se múltiplas, quantas												
Até 3	3	33,33	0	0,00	1	20,00	1	50,00	0	0,00	1	50,00
4 a 8	5	11,11	0	0,00	4	80,00	0	0,00	0	0,00	1	50,00
45	1	11,11	0	0,00	0	0,00	1	50,00	0	0,00	0	0,00
Locais das verrugas												
Glande	2	11,76	0	0,00	2	28,57	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Região Balanoprepucial	2	11,76	0	0,00	2	28,57	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Corpo do Pênis	4	23,53	0	0,00	0	0,00	1	33,33	0	0,00	3	75,00
Púbis e base do pênis	2	11,76	0	0,00	1	14,29	0	0,00	1	50,00	0	0,00
Púbis e saco escrotal	5	29,41	1	50,00	2	28,57	1	33,33	0	0,00	1	25,00
Perianal	2	11,76	1	50,00	0	0,00	1	33,33	0	0,00	0	0,00
Úlcera peniana												
Não	529	99,25	54	98,18	96	98,97	91	100,00	78	98,73	210	99,53
Sim	4	0,75	1	1,82	1	1,03	0	0,00	1	1,27	1	0,47
Coletou lesão de úlcera												
Não	3	75,00	1	100,00	0	0,00	0	0,00	1	100,00	1	100,00
Sim	4	25,00	0	0,00	1	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00

Tabela 15 – Permissão e recusa, das participantes do estudo, para realização de exames físico, genital e anal (n e %), durante consulta médica e respectivos achados. TransOdara, dezembro de 2019 a julho de 2021. (CONTINUAÇÃO)

Variáveis	Total		Campo Grande		Manaus		Porto Alegre		Salvador		São Paulo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Número de úlceras												
Única	1	25,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	100,00	0	0,00
Múltiplas	3	75,00	1	100,00	1	100,00	0	0,00	0	0,00	1	100,00
Se múltiplas, quantas												
3	1	33,33	0	0,00	1	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
10	1	33,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	100,00
20	1	33,33	1	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Locais das úlceras												
Glande	2	22,22	0	0,00	1	50,00	0	0,00	0	0,00	1	25,00
Corpo do Pênis	3	33,33	1	50,00	0	0,00	0	0,00	1	100,00	1	25,00
Base do pênis	1	11,11	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	25,00
Púbis e saco escrotal	3	33,33	1	50,00	1	50,00	0	0,00	0	0,00	1	25,00
EXAME ANAL												
Permite exame anal?												
Não	750	57,83	120	68,97	237	71,17	97	51,60	120	59,70	176	43,89
Sim	547	42,17	54	31,03	96	28,83	91	48,40	81	40,30	225	56,11
Corrimento anal												
Não	542	99,09	54	100,00	95	98,96	91	100,00	80	98,77	222	98,67
Sim	5	0,91	0	0,00	1	1,04	0	0,00	1	1,23	3	1,33
Características do corrimento anal												
Amarelado	3	42,86	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	33,33	2	66,67
Mucoide	3	42,86	0	0,00	1	100,00	0	0,00	1	33,33	1	33,33
Escasso	1	14,29	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	33,33	0	0,00
Verruga anal												
Não	478	87,39	49	90,74	82	85,42	84	92,31	74	91,36	189	84,00
Sim	69	12,61	5	9,26	14	14,58	7	7,69	7	8,64	36	16,00
Número de verrugas												
Única	30	43,48	4	80,00	10	71,43	2	28,57	3	42,86	11	30,56
Múltiplas	39	56,52	1	20,00	4	28,57	5	71,43	4	57,14	25	69,44
Se muitas, quantas (tercil)												
Até 3	20	54,05	0	0,00	2	50,00	2	40,00	3	75,00	13	56,52
De 4 a 5	9	24,32	0	0,00	1	25,00	1	20,00	0	0,00	7	30,43
6 ou mais	8	21,62	1	100,00	1	25,00	2	40,00	1	25,00	3	13,04
Locais das verrugas												
Quadrante superior esquerdo	30	26,79	1	16,67	7	36,84	3	21,43	3	25,00	16	26,23
Quadrante superior direito	27	24,11	0	0,00	6	31,58	5	35,71	5	41,67	11	18,03
Quadrante inferior esquerdo	32	28,57	3	50,00	2	10,53	2	14,29	2	16,67	23	37,70
Quadrante inferior direito	23	20,54	2	33,33	4	21,05	4	28,57	2	16,67	11	18,03
Úlcera anal												
Não	543	99,45	54	100,00	95	100,00	91	100,00	80	98,77	223	99,11
Sim	3	0,55	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,23	2	0,89
Coleta de Swab anal												
Não	1	33,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	50,00
Sim	2	66,67	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	100,00	1	50,00
Número de úlceras												
Único	2	66,67	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	100,00	1	50,00
Múltiplas	1	33,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	50,00

5.7. PREVALÊNCIAS

5.7.1. Testes Rápidos para HIV, Sífilis, Hepatites B e C, diagnósticos para Clamídia e Gonorreia e Indicações para Profilaxias e Tratamentos

A fonte de dados para esta análise foi o Formulário de Avaliação Clínica e Seguimento, utilizado durante a consulta médica e o Formulário de Avaliação Laboratorial – Resultados Posteriores (**ANEXOS 2.9**).

Constam da **Tabela 16** os resultados de Testes Rápidos, swabs oral, anal e urina para clamídia e gonorreia, além das indicações de tratamento e encaminhamentos.

Testes Rápido (TR)

Os TR foram realizados antes da consulta médica, para que os resultados fossem disponibilizados para avaliação do/a médico/a da pesquisa.

Desconsiderando as recusas, as prevalências observadas com base nos TR, para o total das participantes foram: 34,6% para HIV-1, 60,8% para sífilis, 2,0% para HBV e 1,7% para HCV.

Abaixo a distribuição das prevalências por sítio de realização da pesquisa.

Campo Grande – HIV-1 (28,6%), sífilis (65,3%), HBV (1,1%) e HCV (1,1%).

Manaus – HIV-1 (37,0%), sífilis (61,2%), HBV (2,4%) e HCV (1,8%).

Porto Alegre – HIV-1 (56,1%), sífilis (61,9%), HBV (2,7%) e HCV (5,9%).

Salvador – HIV-1 (31,1%), sífilis (61,2%), HBV (1,7%) e nenhuma testou positivo para HCV.

São Paulo – HIV-1 (26,6%), sífilis (57,8%), HBV (2,0%) e HCV (0,8%).

Clamídia e Gonorreia

Para o total das participantes, considerando cada uma das amostras (swab oral, swab anal e urina), receberam diagnóstico de clamídia: 3,2%, 9,0% e 0,7% e de gonorreia: 8,1%, 9,1% e 0,2%, respectivamente. Os resultados reagentes para clamídia e gonorreia, nos mesmos exames, respectivamente, em cada um dos sítios, foram:

Campo Grande – 2,8% e 7,3% (oral), 6,9% e 4,6% (anal) e 0,6% e 0,0% (urina).

Manaus – 4,2 e 12,1% (oral), 8,4% e 13,2% (anal) e 0,6% (urina) para ambas.

Porto Alegre – 3,2% e 5,9% (oral), 8,9% e 10,0% (anal) e 1,6% e 0,0% (urina).

Salvador– 6,5% e 10,0% (oral), 11,0% e 13,0% (anal) e 0,5% e 0,0% (urina).

São Paulo – 1,3% e 5,3% (oral), 9,4% e 5,6% (anal) e 0,5% e 0,0% (urina).

Indicação para tratamento

A distribuição de todos os tratamentos indicados pode ser visualizada na tabela 16. Considerando apenas a distribuição dos tratamentos para sífilis (**Tabela 16.1**), entre o total de participantes com indicação, observa-se que o tratamento injetável (dose única ou 3 doses) foi o mais indicado (76,4%), variando entre os sítios da seguinte forma: Campo Grande (74,2%), Manaus (79,3%), Porto Alegre (68,3%), Salvador (97,9%) e São Paulo (60,4%).

Os principais motivos para a indicação do tratamento oral foi a elevada recusa para o injetável (59,1%) e a presença de silicone líquido industrial nos locais de aplicação (34,9%).

É importante ressaltar que a indicação do tratamento para sífilis levou em conta história de exposição, resultados laboratoriais disponíveis, a avaliação clínica de estadiamento da doença, que apresentou a seguinte distribuição: 41,5% (sífilis latente), 36,6% (sífilis primária) e 22,0% (sífilis secundária).

Quanto às indicações para vacinas, observamos para o total das participantes: 67,2% para vacina contra Hepatite A, 58,8% (Hepatite B), 46,0% (HPV). Em 70,0% dos casos havia indicação de completar a carteira de vacinação com outros imunizantes.

Os resultados de indicação para os imunizantes do projeto e completar para outros, em cada um dos sítios, são os seguintes:

Campo Grande – 88,6% (Hepatite A), 69,3% (Hepatite B), 11,4% (HPV) e 82,4% para completar a carteira de vacinação.

Manaus – 83,5% (Hepatite A), 75,2% (Hepatite B), 18,0% (HPV) e 82,8% para completar a carteira de vacinação.

Porto Alegre – 41,1% (Hepatite A), 51,6% (Hepatite B), 32,1% (HPV) e 71,6% para completar a carteira de vacinação.

Salvador – 46,8% (Hepatite A), 48,7% (Hepatite B), 70,7% (HPV) e 54,0% para completar a carteira de vacinação.

São Paulo – 66,5% (Hepatite A), 48,6% (Hepatite B), 78,9% (HPV) e 62,3% para completar a carteira de vacinação.

No caso de **indicação para PrEP**, foram investigadas recusa, aceite e as que já estavam em uso, no momento da consulta. Para o total das participantes elegíveis para esta indicação, observou-se: 12,8% de recusa, 32,8% de aceite e 4,3% já estavam em uso. Os dados observados em cada sítio foram:

Campo Grande – 12,8% de recusa, 32,8% de aceite e 4,3% já estavam em uso.

Manaus – 17,6% de recusa, 47,7% de aceite e 5,1% já estavam em uso.

Porto Alegre – 5,3% de recusa, 29,2% de aceite e 2,1% já estavam em uso.

Salvador – 11,9% de recusa, 45,3% de aceite e 3,5% já estavam em uso.

São Paulo – 16,4% de recusa, 27,5% de aceite e 6,5% já estavam em uso.

Quanto aos encaminhamentos para ambulatórios especializados entre as que tiveram resultados de TR positivos para HIV e/ou Hepatites, e que ainda não estavam em seguimento para estas infecções, para o total das participantes com esta indicação, foram os seguintes: 9,9% (HIV) e 1,7% (Hepatites). Os resultados para cada sítio foram:

Campo Grande – Ambulatório de HIV (6,3%) e nenhuma foi encaminhada para Ambulatório de Hepatites.

Manaus – Ambulatório de HIV (17,4%) e Ambulatório de Hepatites (3,3%).

Porto Alegre – Ambulatório de HIV (9,0%) e Ambulatório de Hepatites (2,6%).

Salvador – Ambulatório de HIV (15,4%) e Ambulatório de Hepatites (1,0%).

São Paulo – Ambulatório de HIV (3,0%) e Ambulatório de Hepatites (1,0%).

Tabela 16 – Resultados de testes rápido para HIV, sífilis, hepatites B e C; das participantes do estudo, indicações para profilaxias e encaminhamentos. TransOdara, dezembro de 2019 a julho de 2021.

Variáveis	Total		Campo Grande		Manaus		Porto Alegre		Salvador		São Paulo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
RESULTADOS ENTRE AS QUE REALIZARAM												
TESTES RÁPIDO												
Teste HIV 1 (25 recusas 7 não fizeram)												
Não reagente	839	65,44	125	71,43	213	63,02	83	43,92	122	68,93	296	73,45
Reagente	443	34,56	50	28,57	125	36,98	106	56,08	55	31,07	107	26,55
Teste HIV 2 (20 recusas 671 não fizeram)												
Não reagente	188	30,18	1	2,17	162	57,24	8	7,02	11	16,42	6	5,31
Reagente	435	69,82	45	97,83	121	42,76	106	92,98	56	83,58	107	94,69
Teste sífilis (19 recusas 6 não fizeram)												
Não reagente	505	39,18	61	34,66	131	38,76	72	38,10	71	38,80	170	42,18
Reagente	784	60,82	115	65,34	207	61,24	117	61,90	112	61,20	233	57,82
Teste HBV (19 recusas 8 não fizeram)												
Não reagente	1.261	97,98	175	98,87	331	97,64	183	97,34	178	98,34	394	98,01
Reagente	26	2,02	2	1,13	8	2,36	5	2,66	3	1,66	8	1,99
Teste HCV (19 recusas 11 não fizeram)												
Não reagente	1.262	98,29	175	98,87	330	98,21	177	94,15	181	100,00	399	99,25
Reagente	22	1,71	2	1,13	6	1,79	11	5,85	0	0,00	3	0,75
CLAMÍDIA E GONORREIA												
Clamídia												
Swab oral (40 não fez)												
Negativo	1.224	96,76	172	97,18	319	95,80	181	96,79	158	93,49	394	98,75
Positivo	41	3,24	5	2,82	14	4,20	6	3,21	11	6,51	5	1,25
Swab anal (não fez =60)												
Negativo	1.129	91,05	161	93,06	306	91,62	163	91,06	144	88,89	355	90,56
Positivo	111	8,95	12	6,94	28	8,38	16	8,94	18	11,11	37	9,44
Urina (não fez=25)												
Negativo	1.270	99,30	175	99,43	331	99,40	181	98,37	185	99,46	398	99,50
Positivo	9	0,70	1	0,57	2	0,60	3	1,63	1	0,54	2	0,50
Gonorreia												
Swab oral (40 não fez)												
Negativo	1.163	91,94	164	92,66	292	87,95	176	94,12	153	90,00	378	94,74
Positivo	102	8,06	13	7,34	40	12,05	11	5,88	17	10,00	21	5,26
Swab anal (não fez =60)												
Negativo	1.128	90,89	165	95,38	290	86,83	162	90,00	141	87,04	370	94,39
Positivo	113	9,11	8	4,62	44	13,17	18	10,00	21	12,96	22	5,61
Urina (26 não fez)												
Negativo	1.276	99,84	176	100,00	331	99,40	183	100,00	186	100,00	400	100,00
Positivo	2	0,16	0	0,00	2	0,60	0	0,00	0	0,00	0	0,00

Tabela 16 – Resultados de testes rápido para HIV, sífilis, hepatites B e C; das participantes do estudo, indicações para profilaxias e encaminhamentos. TransOdara, dezembro de 2019 a julho de 2021. (CONTINUAÇÃO)

Variáveis	Total		Campo Grande		Manaus		Porto Alegre		Salvador		São Paulo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
INDICAÇÃO PARA TRATAMENTOS EM GERAL												
Tratamentos Indicados em Geral												
Nenhum	969	72,37	144	81,82	220	63,04	148	77,89	143	69,08	314	75,30
Aciclovir 400 mg-8/8h por 7 dias	1	0,07	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,24
Aciclovir 400 mg-8/8h por 5 dias	2	0,15	0	0,00	2	0,57	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Azitromicina 1g	12	0,90	0	0,00	3	0,86	0	0,00	5	2,42	4	0,96
Ceftriaxona 500mg IM	15	1,12	0	0,00	6	1,72	0	0,00	5	2,42	4	0,96
Outros esquemas terapêuticos	48	3,58	1	0,57	4	1,15	0	0,00	7	3,38	36	8,63
Tratamentos Indicados para Sífilis												
Doxiciclina 100mg VO 12/12h por 15 dias	12	0,90	0	0,00	6	1,72	0	0,00	0	0,00	6	1,44
Doxiciclina 100mg VO 12/12h por 30 dias	58	4,33	8	4,55	18	5,16	14	7,37	1	0,48	17	4,08
P. Benzatina 2.400.000 UI IM (dose única)	30	2,24	1	0,57	20	5,73	1	0,53	4	1,93	4	0,96
P. Benzatina 7.200.000 UI IM	192	14,34	22	12,50	70	20,06	27	14,21	42	20,29	31	7,43
Conduta para tratamento de Sífilis												
Sífilis latente	17	41,46	1	100,00	5	19,23	0	0,00	2	50,00	9	100,00
Sífilis primária	15	36,59	0	0,00	14	53,85	1	100,00	0	0,00	0	0,00
Sífilis secundária	9	21,95	0	0,00	7	26,92	0	0,00	2	50,00	0	0,00
Motivo do tratamento oral												
Uso de silicone	23	34,85	7	87,50	2	8,70	0	0,00	1	100,00	13	65,00
Alergia a penicilina	4	6,06	0	0,00	2	8,70	1	7,14	0	0,00	1	5,00
Recusa injetável	39	59,09	1	12,50	19	82,61	13	92,86	0	0,00	6	30,00
INDICAÇÃO PARA PROFILAXIAS												
VACINAS												
Vacina para Hepatite A												
Sim	879	67,15	156	88,64	283	83,48	78	41,05	94	46,77	268	66,50
Não	430	32,85	20	11,36	56	16,52	112	58,95	107	53,23	135	33,50
Vacina para Hepatite B												
Sim	768	58,76	122	69,32	255	75,22	98	51,58	97	48,74	196	48,64
Não	539	41,24	54	30,68	84	24,78	92	48,42	102	51,26	207	51,36
Vacina para HPV												
Não	602	45,99	20	11,36	61	17,99	61	32,11	142	70,65	318	78,91
Sim	707	54,01	156	88,64	278	82,01	129	67,89	59	29,35	85	21,09
Completar carteira de vacinação												
Não	387	29,61	31	17,61	58	17,16	54	28,42	92	46,00	152	37,72
Sim	920	70,39	145	82,39	280	82,84	136	71,58	108	54,00	251	62,28
PrEP												
Não tem indicação	655	50,04	52	29,55	215	63,42	109	57,37	79	39,30	200	49,63
Sim e aceitou encaminhamento	429	32,77	84	47,73	99	29,20	44	23,16	91	45,27	111	27,54
Sim e já faz uso	57	4,35	9	5,11	7	2,06	8	4,21	7	3,48	26	6,45
Sim, mas recusou	168	12,83	31	17,61	18	5,31	29	15,26	24	11,94	66	16,38
ENCAMINHAMENTOS												
Ambulatório HIV												
Sim	130	9,93	11	6,25	59	17,40	17	8,95	31	15,42	12	2,98
Não indicado	850	64,94	126	71,59	209	61,65	81	42,63	138	68,66	296	73,45
Não, já faz acompanhamento	322	24,60	36	20,45	70	20,65	90	47,37	32	15,92	94	23,33
Recusa	7	0,53	3	1,70	1	0,29	2	1,05	0	0,00	1	0,25
Ambulatório de Hepatites												
Sim	22	1,68	0	0,00	11	3,25	5	2,63	2	1,00	4	0,99
Não indicado	1.249	95,49	171	97,16	318	94,08	175	92,11	196	97,51	389	96,53
Não, já faz acompanhamento	36	2,75	5	2,84	9	2,66	9	4,74	3	1,49	10	2,48
Recusa	1	0,08	0	0,00	0	0,00	1	0,53	0	0,00	0	0,00
Outros encaminhamentos												
Não	974	74,64	118	67,05	183	53,98	163	85,79	136	67,66	374	93,73
Sim	331	25,36	58	32,95	156	46,02	27	14,21	65	32,34	25	6,27

Tabela 16.1 – Conduta para tratamento de sífilis. TransOdara, dezembro de 2019 a julho de 2021.

Variáveis	Total		Campo Grande		Manaus		Porto Alegre		Salvador		São Paulo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Conduta para tratamento de Sífilis												
Doxiciclina 100mg VO 12/12h por 15 dias	12	4,17	0	0	6	5,41	0	0	0	0	6	10,34
Doxiciclina 100mg VO 12/12h por 30 dias	56	19,44	8	25,81	17	15,32	13	31,71	1	2,13	17	29,31
P. Benzatina 2.400.000 UI IM (dose única)	29	10,07	1	3,23	19	17,12	1	2,44	4	8,51	4	6,9
P. Benzatina 7.200.000 UI IM	191	66,32	22	70,97	69	62,16	27	65,85	42	89,36	31	53,45

5.7.2 Positividade para HPV, segundo sítio de origem da amostra, subtipos e oncogenicidade

A fonte de dados para esta análise foi o Formulário de Avaliação Laboratorial – Resultados Posteriores, utilizado pelos laboratórios de referência para a pesquisa fazerem o registro dos resultados das amostras analisadas (**ANEXO 2.9**). Os resultados estão apresentados na **Tabela 17** para o total de participantes, com exceção das de Campo Grande, cujos resultados ainda não se encontram disponíveis. Foi analisado se as participantes apresentavam subtipo único ou múltiplos e classificação dos subtipos encontrados quanto à oncogenicidade.

Para análise quanto à oncogenicidade, foram agrupados como *oncogênicos* todos os subtipos classificados como 'risco possível', 'provável' ou 'alto risco' e como *não oncogênicos* os de 'baixo risco'. Foi classificado como 'misto' quando a participante apresentava pelo menos 1 subtipo de cada grupo (oncogênico e não oncogênico)¹⁵.

Em relação as amostras de **swab anal** para o total das participantes, a maioria apresentou múltiplos subtipos (78,2%), classificados como mistos (67,3%) e como 'oncogênicos' (25,1%).

Também para todos os sítios, observou-se que a maioria apresentou múltiplos subtipos, com alguma variação entre eles: Salvador (91,7%), São Paulo (83,9%), Porto Alegre (82,9%) e Manaus (68,1%).

Quanto à oncogenicidade, considerando a classificação 'mistos' foram observadas as seguintes proporções, em ordem decrescente: Porto Alegre (69,7%), Manaus (69,1%), São Paulo (66,8%) e Salvador (56,3%). Considerando os 'oncogênicos': Salvador (39,6%), São Paulo (25,9%), Porto Alegre (39,6%) e Manaus (22,2%).

A análise das amostras de **swab genital**, para o total das participantes, revelou que 51,3% apresentavam múltiplos subtipos, classificados como 'mistos' (42,2%) e como 'oncogênicos' (38,1%). A seguir, considerando as mesmas categorias, são apresentados os dados de cada capital: Manaus (43,2% múltiplos, 43,0% mistos e 34,4% oncogênicos), Porto Alegre (62,8% múltiplos, 51,2% mistos e 23,3% oncogênicos), Salvador (53,1% múltiplos, 28,1% mistos e 40,6% oncogênicos) e São Paulo (56,5% múltiplos, 41,9% mistos e 44,1% oncogênicos).

Tabela 17 - Número e % de participantes do Projeto TransOdara com swab anal e genital positivo para HPV, segundo sítio de coleta, quantidade de subtipos e oncogenicidade. São Paulo, dezembro de 2019 a julho de 2021.

Variáveis	Total		Manaus		Porto Alegre		Salvador		São Paulo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Swab anal										
único	162	21,8	92	31,9	13	17,1	4	8,3	53	16,1
múltiplos	580	78,2	196	68,1	63	82,9	44	91,7	277	83,9
Total Geral	742	100,0	288	100,0	76	100,0	48	100,0	330	100,0
não oncogênica	56	7,6	25	8,7	5	6,6	2	4,2	24	7,3
mista	498	67,3	199	69,1	53	69,7	27	56,3	219	66,8
oncogênica	186	25,1	64	22,2	18	23,7	19	39,6	85	25,9
Total Geral	740	100,0	288	100,0	76	100,0	48	100,0	328	100,0
Swab genital										
único	217	48,7	105	56,8	16	37,2	15	46,9	81	43,5
múltiplos	229	51,3	80	43,2	27	62,8	17	53,1	105	56,5
Total Geral	446	100,0	185	100,0	43	100,0	32	100,0	186	100,0
não oncogênica	81	19,7	34	22,5	11	25,6	10	31,3	26	14,0
mista	174	42,2	65	43,0	22	51,2	9	28,1	78	41,9
oncogênica	157	38,1	52	34,4	10	23,3	13	40,6	82	44,1
Total Geral	412	100,0	151	100,0	43	100,0	32	100,0	186	100,0

VI. DISSEMINAÇÃO DOS RESULTADOS

A disseminação dos resultados desta pesquisa, teve início e vai ocorrer por diversos meios: publicações científicas em revistas revisadas por pares, indexadas em bases nacionais e internacionais; relatórios técnicos para gestores de saúde; reuniões técnicas e seminários regionais para devolutiva dos resultados preliminares; comunicações orais e apresentação de pôsteres em reuniões científicas regionais, nacionais e internacionais; e também sob a forma de monografias, dissertações, teses e relatórios produzidos nos Programas de Pós-Graduação das instituições de ensino e pesquisa envolvidas no presente projeto.

A divulgação e disseminação da informação científica referente às populações de TrMT das diferentes regiões estudadas possibilitará o intercâmbio científico entre a comunidade acadêmica e a sociedade, bem como entre os pesquisadores de diferentes instituições para que novos estudos sejam propostos e novas técnicas implantadas e padronizadas.

6.1. RELATÓRIOS COMUNITÁRIOS

Para a divulgação dos resultados preliminares, foram elaborados 5 (cinco) infográficos, em linguagem acessível a população interessada, com uma seleção de dados, para compor o formato A4, frente e verso. Na primeira página foram apresentados resultados referentes a todas as participantes do estudo e no verso resultados específicos das participantes de cada sítio. Esses infográficos têm sido amplamente divulgados e possibilita a cada sítio dar destaque a seus resultados específicos e ao mesmo tempo permite uma comparação com os dados das participantes em geral (**ANEXOS 19.1 a 19.5**).

6.2. PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS CIENTÍFICOS

A riqueza de dados advindos do Projeto TransOdara tem suscitado um conjunto de análises preliminares, que foram submetidas para a apresentação em eventos científicos, sendo algumas já aprovadas e apresentadas e outras ainda em análise, conforme **Quadro 6**. O acesso aos resumos submetidos e/ou pôsteres já apresentados encontram-se no **ANEXOS 20.1 a 20.5**.

Quadro 6 - Trabalhos apresentados em eventos científicos contendo análises preliminares de dados do Projeto TransOdara.

Título	Evento	Data	Formato
Distribuição espacial de travestis e mulheres transexuais com teste rápido positivo para sífilis. São Paulo, 2020	XIII Congresso da Sociedade Brasileira de DST	20 a 22/06/2021	Pôster
Testing and treating syphilis in transgender women -- a point-of-care approach in Brazil.	IUSTI STI & HIV 2021 World Congress	14 a 17/07/2021	Pôster
Prevalence and Risk Factors for Chlamydia and Gonorrhea Among Transgender Women in São Paulo, Brazil	IAS Conference 2021	18 a 21/07/2021	Oral
Distribuição Espacial de HIV entre Travestis e Mulheres Transexuais, São Paulo, 2020	11º Congresso Brasileiro de Epidemiologia	22 a 26/11/2021	Em análise
Protector Factors for Use of Non-Prescribed Hormones Among Transwomen in São Paulo, Brazil, 2020	14th European Health Conference	10 a 12/11/2021	Pôster

6.3. SEMINÁRIOS DE DEVOLUTIVAS

Foram realizadas Reuniões Técnicas e Seminários Regionais para devolutiva dos resultados preliminares do Projeto TransOdara, em todas as capitais participantes do estudo. Estes tiveram como público-alvo a comunidade em geral, gestores de saúde, pesquisadores(as), participantes da pesquisa e demais pessoas interessadas. Na sequência, serão apresentados os eventos ocorridos em ordem cronológica.

Em **Campo Grande**, nos dias 14 e 15 de julho de 2021 foi realizado o I Seminário TransOdara (**ANEXO 20**). O evento, que foi online e transmitido em *link* privado do YouTube, reuniu gestores das secretarias de saúde municipais e estaduais especializados no atendimento à esta população, profissionais de saúde, líderes e representantes de movimentos LGBTQ para discutirmos ou sanarmos problemas de fluxo de trabalho, acolhimento, agendamento de consultas e retorno e retenção das pacientes aos serviços de saúde para tratamento ou adesão aos tratamentos e métodos preventivos. A programação deste evento encontra-se no **ANEXO 21**. Seguem o convite e o acesso para o evento na íntegra.⁸

Em **São Paulo** foram realizados dois eventos de devolutivas para a comunidade. No dia 15 de julho, das 19h às 21h, ocorreu o evento online "Pesquisa TransOdara em São Paulo: Resultados preliminares, desafios e aprendiza-

⁸ Convite: <https://ppgdip.ufms.br/2021/07/13/i-seminario-transodara-campo-grande-ms-cuidado-e-prevencao/> e link de acesso ao evento: <https://drive.google.com/drive/folders/1y-gXSJLiPBvyeXBrXKHDAH3rqqTvxwbYq?usp=sharing>

dos”, transmitido em link privado do YouTube mediante inscrição prévia. O público-alvo deste evento foram pesquisadores(as), alunos(as) de graduação e pós-graduação, profissionais e gestores de saúde, participantes da pesquisa e demais interessados(as). A programação incluiu a participação da coordenadora do projeto TransOdara e a equipe de campo de São Paulo, que apresentaram aspectos gerais do projeto; o processo de criação do nome e logo da pesquisa; dados quantitativos e qualitativos preliminares selecionados; relatos de experiência, aprendizados e desafios de médicas, supervisão de campo e entrevistadoras da pesquisa; como foi o trabalho de “navegação das participantes” dentro do serviço de saúde; e a apresentação de uma compilação de vídeo das mensagens gravadas pela equipe de campo para apoiar e acompanhar as participantes do TransOdara durante a pandemia. Seguem o convite e o acesso para o evento na íntegra⁹.

No dia 16 de julho, das 19h às 20h30, ocorreu o NUDHES Debate “Relatos de experiência com a pesquisa TransOdara: Desafios e possibilidades no atendimento à saúde de pessoas transexuais e travestis”. Três travestis e/ou mulheres trans que participaram da pesquisa TransOdara em São Paulo foram convidadas para contar sobre suas experiências na pesquisa e as demandas da população trans e travesti. O público convidado para o debate incluiu participantes da pesquisa, ONGs, lideranças da comunidade trans, pesquisadores(as), alunos(as) de graduação e pós-graduação, equipe NUDHES, profissionais de saúde e gestores, e demais pessoas interessadas. O debate foi online, com acesso e gravado pelo Google Meet, e contou com a participação de 41 pessoas. Seguem o convite e o acesso para o debate na íntegra¹⁰

Em **Manaus**, em julho de 2021, foram enviadas Cartas de Agradecimento para os(as) profissionais de saúde, pelo apoio e parceria, contendo os dados apresentados no Relatório Comunitário disponibilizados pela coordenação geral do projeto. Também foram produzidos e estão sendo divulgados pequenos vídeos de prevenção produzidos com participantes da pesquisa, que serão apresentados em tópico específico.

Em **Porto Alegre**, como devolutiva para os gestores de saúde, foi realizada uma reunião com duração aproximada de 1h30, em 21 de julho de 2021, que contou com a participação da Coordenação de Gestão da Atenção Primária à Saúde - SMS Porto Alegre, Coordenação de Atenção à Tu-

9 Convite: https://www.instagram.com/p/CRSBNKtn7Rd/?utm_source=ig_web_copy_link e link de acesso ao evento: <https://drive.google.com/drive/folders/1pTJkzIT2CYbBVK67lmaxCIfyc-dK7Z77r?usp=sharing>

10 Convite: https://www.instagram.com/p/CRSBV8anPcJ/?utm_source=ig_web_copy_link e link de acesso ao debate: https://drive.google.com/file/d/1Y3_5oDsJhFuoByUSg6L8nMYM4qP-tWAYZ/view?usp=drivesdk

berculose, IST, HIV/Aids e Hepatites Virais e Coordenação do Programa de Hepatites Virais da Área Técnica IST/AIDS, HV e TB da SMS-PMPA. Nesta reunião, foram apresentados os resultados principais da pesquisa e realizada a discussão de pontos observados na pesquisa, tais como: participantes que já estão na rede e desconheciam PrEP ou PEP, ou que não tinham feito testes rápidos para HIV ou Sífilis, ou ainda que não tinham tido consultas com exames físicos. A Coordenação de Hepatites pediu autorização para usar dados de HBV e HCV na elaboração do Plano Municipal e será realizada também uma divulgação dos resultados para todos os profissionais da rede, a partir de convite disparado pela SMS.

Em **Salvador**, com o intuito de apresentar à comunidade os resultados preliminares obtidos pelo projeto, em 28 de julho de 2021 foi realizado o evento de devolutiva. Para esse momento foram convidadas as participantes do projeto, pessoas ligadas aos movimentos sociais e atores estatais ligados à elaboração e execução de políticas públicas de saúde e de justiça e direitos humanos, bem como membros do Ministério Público do Estado da Bahia para estarem presentes de forma presencial no auditório do Casarão da Diversidade (no mesmo local que sedia o Espaço PrEP1519 Salvador, onde as TrMT que participaram da pesquisa foram atendidas) ou de forma virtual através do *link* enviado para todos/as convidados/as disponibilizado no convite. O convite, a programação e fotos deste evento encontram-se nos **ANEXOS 22 e 23**. Para assegurar a mobilização das participantes foi feito contato telefônico e por redes sociais, além disso uma das sementes mobilizadoras da rede foi acionada para esse recrutamento. Esse movimento foi decisivo para garantir o comparecimento das participantes, tendo em vista a dificuldade em manter contato com elas somente através da equipe clínica do projeto. Estavam presentes no dia do evento, 29 participantes presenciais e uma de modo virtual. Ademais, o projeto também disponibilizou *kits* com itens de beleza e prevenção combinada e máscaras de proteção em função da pandemia de COVID-19, lanche e um ressarcimento para cobrir os custos com o transporte para as participantes que compareceram ao evento. Os demais *kits* foram entregues no momento pós-consulta para participantes que não estiveram presentes no dia do evento e que precisavam ser atendidas por alguma demanda clínica pós-projeto. Durante o evento de devolutiva, a equipe coordenadora e a equipe clínica do projeto apresentaram os dados preliminares relacionados à saúde, acerca de prevalência de IST, tratamentos e encaminhamentos, hormonização e mobilização da rede de serviços de saúde, conhecimento sobre PrEP e autoteste para HIV; dados sociocomportamentais e socioeconômicos, tais como: escolaridade, uso de aplicativos de relacionamento, violência relacionada a gênero.

O evento promoveu importantes discussões sobre os temas supracitados, oportunizando que as TrMT pudessem apresentar suas falas sobre a experiência de participação no projeto, bem como sobre todos os entraves para acesso aos diversos serviços da rede, especialmente de saúde. Houve também orientação para garantia da continuidade do cuidado que foi oportunizado pelo projeto com disponibilização de encaminhamentos para vacinação para hepatite B e HPV e finalização de tratamento para àquelas que ainda estavam com pendências no tratamento de sífilis e uretrites, bem como disponibilização dos resultados de exames laboratoriais que foram coletados no dia do atendimento e realizados durante o estudo. A equipe também orientou sobre o acesso a outros serviços de saúde da rede, em especial para o acesso aos serviços de hormonização, demanda constante das mulheres atendidas pelo TransOdara. Os profissionais dos serviços parceiros também falaram sobre a disponibilidade de serviço na rede, como por exemplo disponibilidade de locais para retirada de auto-teste, realização de atendimentos médicos em diversas especialidades, acesso à medicação, retirada de cartão nacional de saúde (Cartão SUS).

A equipe considerou o resultado do evento bastante positivo, tendo em vista o comparecimento das TrMT atendidas pelo projeto e de atores do serviço público importantes para a garantia de seu acesso aos diversos serviços de saúde, bem como conscientização sobre o cenário de vulnerabilidades e demandas específicas da referida população. O evento de devolutiva contou também com a cobertura da equipe de comunicação da clínica do PrEP 1519, com a nota do evento postada no link do site prep1519.org.¹¹

6.4. VÍDEOS DE PREVENÇÃO | WEB DOC

6.4.1. Vídeos de Prevenção

Alguns sítios da pesquisa optaram pela criação de vídeos com temáticas sobre prevenção às IST, a serem direcionados para a população trans e tendo as próprias participantes do estudo como protagonistas.

Manaus - Diante do compromisso em realizar devolutivas para as participantes da pesquisa TransOdara e aos profissionais de saúde envolvidos/as com o estudo, foi avaliado que o mais urgente, diante dos resultados de Manaus, seria promover ações diferenciadas para os dois públicos.

11 Fonte: <https://www.prep1519.org/2021/08/10/transodara-saude-sexual-trans-e-parceria-com-prepara-salvador/>

- ▶ **População de participantes da pesquisa:** Para as TrMT foram produzidos cinco mini vídeos de prevenção¹², tendo as próprias mulheres como protagonistas.
 - ▶ Sífilis – apresentado por Joyce Gomes
 - ▶ Gonorreia e Clamídia – Maya Alvarenga
 - ▶ HIV/AIDS – Vallery Souza
 - ▶ Hepatites B e C – Victória Nascimento
 - ▶ Hormônios e Silicone – Jade Assis

A equipe de pesquisa considerou que seria mais produtivo iniciar o diálogo da devolutiva a partir de informações educativas e que a metodologia da “educação entre pares” poderia ter um resultado bem satisfatório. O formato de vídeos curtos, que foram divulgados via WhatsApp e demais redes sociais, possuem maior alcance e possibilidade de chegar a diferentes públicos de jovens e adultos que estão além da população participante. A opção por este formato veio da experiência de campo onde a comunicação via redes sociais foi efetiva e fundamental para o alcance da meta.

Também como parte da devolutiva será elaborado um boletim eletrônico, em linguagem jornalística, dos dados apresentados no Relatório Comunitário do TransOdara, a ser destinado às participantes do projeto e enviado de forma individual via WhatsApp e e-mail. No decorrer do projeto um grupo de WhatsApp foi criado e nele são realizadas trocas de mensagens construtivas e lúdicas.

Outras ações para apresentação e discussão dos resultados serão programadas com os grupos formados a partir da distribuição geográfica das sementes da pesquisa, tão logo seja possível reuniões presenciais. Outra proposta, ainda em articulação com a Secretaria Municipal de Saúde, é promover encontros na UBS de referência no território.

Porto Alegre – A idealização de vídeos para divulgar resultados e informações da pesquisa e discutir o que significou participar do estudo ocorreu durante reunião de aproximadamente 2h com duas participantes-sementes do estudo. Ambas têm experiência com eventos, sendo que uma delas atua em uma casa de shows em Porto Alegre e a outra colabora eventualmente nesta casa e em outros espetáculos. A partir dessa reunião ficou acordado que serão feitos até 10 vídeos curtos (de

12 Link para os vídeos: <https://drive.google.com/drive/folders/1j3WJxDOIGxQhbVYN1i0s-Q7eKBtpLZwl1?usp=sharing>

no máximo 3 minutos cada) para serem divulgados em redes sociais, como devolutiva para a comunidade, participantes e demais interessados(as), em que o conteúdo seria inicialmente formulado pelas pesquisadoras e ambas fariam a tradução destas informações em linguagem acessível para o público de TrMT. A edição do vídeo será feita por uma jornalista e todos os vídeos terão uma "estrutura básica" de roteiro. Esta estrutura e os tópicos seguem abaixo:

Vídeos de retorno e divulgação dos resultados às participantes

Estrutura básica:

1. O que é determinada IST?
2. Pode ser prevenida? Como? Tem tratamento? Qual?
3. Resultado da pesquisa

Tópicos:

1. Sífilis
2. Hepatites
3. HIV e aids
4. PrEP e PEP
5. Discriminação
6. Serviços e políticas de saúde para população LGBTQI+
7. O projeto de pesquisa – número de participantes, como foi participar

6.4.1. Webdocumentário do TransOdara

Neste webdocumentário, pesquisadoras(es) de todos os campos da pesquisa, entrevistadas e participantes do TransOdara foram convidadas(os) para compartilhar sobre a sua experiência no projeto, acolhimentos, escutas e a importância de estudos que fortaleçam comunidades de TrMT e o desenvolvimento e implementação de políticas públicas mais efetivas.

Para sua realização foram solicitados depoimentos em forma de mídia fotográfica, áudios e audiovisual sobre o projeto, tanto da participação como pesquisador(a) e no campo nos atendimentos, quanto às próprias TrMT participantes da pesquisa. Foram produzidos conteúdos audiovisuais e foram feitos termos de imagem com a assinatura de todos(as)

que se dispuseram a gravar, como forma de registro de autorização do uso de imagem. O resultado foi um Web Documentário de aproximadamente 28 minutos, lançado na página do YouTube do NUDHES.¹³

Em setembro de 2021 será lançada no YouTube do NUDHES a websérie TransOdara, que contará com cinco episódios com relatos de participantes do projeto de pesquisa, com entrevistas feitas na Casa do Povo em São Paulo.¹⁴

6.5. PUBLICAÇÕES DE ARTIGOS CIENTÍFICOS

Os primeiros artigos científicos serão produzidos a partir da análise dos dados centrais do projeto TransOdara e publicados em um suplemento da Revista Brasileira de Epidemiologia (ISSN: 1980-5497). Para tanto, em reunião realizada com o comitê editorial em 17 de junho de 2021, foi reservado um número da revista com estimativa de 14 artigos. Antonio Fernando Boing, integrante desse comitê, foi designado como editor científico responsável pelo suplemento. Como editores externos, foram designados Gwenda Hughes (London School of Hygiene & Tropical Medicine), Daniela Knauth (UFRGS) e Francisco Inácio Bastos (Fiocruz).

Em diálogo com as equipes de pesquisadores dos 5 sítios do projeto, foi estruturada uma lista de manuscritos a serem submetidos à composição do suplemento (**Quadro 7**).

13 Link para o Webdocumentário: <https://www.youtube.com/watch?v=URDdlxnQlig>

14 A Casa do Povo, sediada no bairro do Bom Retiro, em São Paulo, é um centro cultural que revisita e reinventa as noções de cultura, comunidade e memória. Habitada por uma dezena de grupos, movimentos e coletivos, alguns há décadas e outros mais recentes, a Casa do Povo atua no campo expandido da cultura. Sua programação transdisciplinar, processual e engajada entende a arte como ferramenta crítica dentro de um processo de transformação social. Sem grade fixa de programação e com horários flexíveis, a Casa do Povo se adapta às necessidades de cada projeto, de forma a atender tanto associações do bairro quanto propostas artísticas fora dos padrões. Seus eixos de trabalho (memória, práticas coletivas e engajadas, diálogo e envolvimento com o seu entorno) são pensados a partir do contexto contemporâneo em relação direta com suas premissas históricas, judaicas e humanistas. Nessa empreitada, o público não é alvo, mas participante ativo que, além de visitar, também propõe atividades fazendo do espaço um local de encontro, de formação e de experimentação: um monumento vivo, um lugar onde lembrar é agir.

Quadro 7 – Relação de temas para a elaboração de artigos científicos referentes ao Projeto TransOdara para compor o suplemento da Revista Brasileira de Epidemiologia e respectivos tipos de análise. Agosto de 2021.

Título provisório	Objetivos	Pesquisador Responsável	Análise	Dados utilizados
Estudo TransOdara: protocolo de integração entre métodos qualitativos e quantitativos em estudo epidemiológico	Apresentar o desenho e discutir os aspectos metodológicos do projeto	Maria Amélia Veras, Leo Bastos	Quanti-quali	O desenho do estudo
Prevalência de sífilis e fatores associados entre travestis e mulheres trans no Brasil	Analisar prevalência de sífilis e fatores associados entre participantes dos 5 sítios do projeto	Adele Benzaken e Rita Bacuri	Quanti	Resultados de testes de sífilis e banco de dados proveniente de questionário
Experiências e sentidos atribuídos à sífilis e outras IST por travestis e mulheres trans no Brasil	Analisar as representações e narrativas das participantes dos 5 sítios do projeto em relação à sífilis e outras IST	Thiago Pinheiro	Quali	Transcrições dos grupos focais e das entrevistas em profundidade
Prevalência de HIV e fatores associados entre travestis e mulheres trans no Brasil	Analisar prevalência de HIV e fatores associados entre participantes dos 5 sítios do projeto	Inês Dourado	Quanti	Resultados de testes de HIV e banco de dados proveniente de questionário
Carga viral e supressão viral de HIV entre travestis e mulheres trans no Brasil	Analisar índices de carga viral e ocorrência de supressão viral entre participantes soropositivas para HIV nos 5 sítios do projeto	Luis Brígido	Quanti	Resultados dos exames de carga viral para HIV
Uso de Profilaxias Pré-exposição (PrEP) e Pós-exposição ao HIV (PEP) entre travestis e mulheres trans no Brasil	Analisar Conhecimento e aceitabilidade do uso de antirretrovirais para prevenção de HIV entre participantes soropositivas nos 5 sítios do projeto	Cláudia Barros	Quanti	Banco de dados proveniente de questionário e registros de prescrição de PrEP e PEP

Título provisório	Objetivos	Pesquisador Responsável	Análise	Dados utilizados
Prevalência de clamídia e gonorreia e fatores associados entre travestis e mulheres trans no Brasil	Analisar prevalência de clamídia e gonorreia e fatores associados entre participantes dos 5 sítios do projeto	Roberto Carvalho	Quanti	Resultados de testes de clamídia e gonorreia e banco de dados proveniente de questionário
Prevalência de HPV e fatores associados entre travestis e mulheres trans no Brasil	Analisar prevalência de HIV e fatores associados entre participantes dos 5 sítios do projeto	Eliana Wendland	Quanti	Resultados de testes de HPV e banco de dados proveniente de questionário
Prevalência de hepatites virais e fatores associados entre travestis e mulheres trans no Brasil	Analisar prevalência de hepatites virais e fatores associados entre participantes dos 5 sítios do projeto	Ana Rita Coimbra	Quanti	Resultados de testes de hepatites virais e banco de dados proveniente de questionário
Trabalho sexual e exposição à sífilis e outras IST entre travestis e mulheres trans no Brasil	Analisar prevalência de HIV e sífilis entre as participantes dos 5 sítios que exercem trabalho sexual como principal fonte de renda atualmente, as que exercem eventualmente ou já exerceram e as que nunca exerceram. Analisar narrativas acerca da relação entre trabalho sexual e exposição às IST nas experiências do primeiro grupo.	Paula Carvalho	Quali- quanti	Resultados de testes de sífilis e HIV, banco de dados proveniente de questionário e transcrição de entrevistas em profundidade
Transição de gênero e uso de hormônios sem supervisão médica entre travestis e mulheres trans no Brasil	Analisar fatores associados e experiências de uso de hormônios sem supervisão médica entre participantes dos 5 sítios do projeto	Maria Amélia Veras	Quali- quanti	Banco de dados proveniente de questionário, transcrição dos grupos focais e das entrevistas em profundidade

Quadro 7 – Relação de temas para a elaboração de artigos científicos referentes ao Projeto TransOdara para compor o suplemento da Revista Brasileira de Epidemiologia e respectivos tipos de análise. Agosto de 2021. (CONTINUAÇÃO)

Título provisório	Objetivos	Pesquisador Responsável	Análise	Dados utilizados
Práticas de cuidado de travestis e mulheres trans e relação com serviços de saúde, Brasil	Analisar itinerários terapêuticos, busca e uso de serviços de saúde entre as participantes dos 5 sítios do projeto	Thiago Pinheiro	Quali	Transcrições dos grupos focais e das entrevistas em profundidade
Violência verbal, física e sexual contra travestis e mulheres trans no Brasil	Analisar índices autorreferidos de violência verbal, física e sexual entre participantes dos 5 sítios do projeto	Daniela Riva Knauth, Andréa Fachel Leal, Luciana Barcellos Teixeira	Quanti	Banco de dados proveniente de questionário
Experiências de discriminação vividas por travestis e mulheres trans no Brasil	Analisar índices autorreferidos de diferentes formas de discriminação entre participantes dos 5 sítios do projeto	Laio Magno	Quanti	Banco de dados proveniente de questionário
Experiência de encarceramento entre travestis e mulheres trans no Brasil	Analisar ocorrência e tempo de encarceramento entre participantes dos 5 sítios do projeto	Luciana Barcellos Teixeira, Bruna Hentges	Quanti	Banco de dados proveniente de questionário
Padrões de consumo de substâncias, variáveis sociodemográficas e comportamentais entre travestis e mulheres trans no Brasil	Analisar especificidades dos padrões de uso de substâncias das participantes do projeto (5 sítios) frente à população geral, com necessários ajustes para comparação entre amostras dissimilares	Francisco Inácio Bastos	Quanti	Banco de dados proveniente de questionário do projeto e III Levantamento nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira

Título provisório	Objetivos	Pesquisador Responsável	Análise	Dados utilizados
Dificuldades de travestis e mulheres trans na realização de exames físico, genital e anal, durante consulta médica, Brasil	Analisar fatores associados à recusa para realização de exames físico, genital e anal, durante consulta médica entre participantes dos 5 sítios do projeto	Andréa Fachel Leal	Quanti	Banco de dados proveniente de questionário
Acesso e experiência de testagem para HIV, sífilis e hepatites virais entre travestis e mulheres trans no Brasil	Analisar barreiras de acesso a serviço de saúde devido à identidade de gênero e realização de testagem para HIV, sífilis e hepatites virais por participantes dos 5 sítios do projeto	Beo Leite	Quanti	Banco de dados proveniente de questionário e registros de realização e testes
Vacinação contra hepatites virais e HPV entre travestis e mulheres trans em São Paulo, Brasil	Analisar aceitabilidade, cobertura e completude de vacinação entre participantes de São Paulo	Cristina Langkammer	Quanti	Banco de dados proveniente de questionário e registros de vacinação

A produção dos manuscritos seguirá o seguinte cronograma:

Etapa	Prazo
Composição do time de autores	Setembro 2021
Escrita e submissão dos manuscritos	Junho 2022
Avaliação <i>ad hoc</i>	Setembro 2022
Resposta aos pareceres	Outubro 2022
Tratamento editorial e publicação	Novembro 2022

VII. LIÇÕES APRENDIDAS

O estudo TransOdara é de grande complexidade, envolvendo diversos protocolos e equipes em cinco capitais. A conclusão da etapa de coleta de dados já nos permite apontar algumas lições aprendidas que, certamente, serão ainda maiores com a conclusão da etapa de análise dos dados aqui apresentados.

A partir da experiência de organização e preparação das equipes para o trabalho de campo, bem como da coleta de dados em si, pontuamos as lições abaixo.

1. Dinâmica do trabalho em equipe

Em todos os sítios, foi fundamental a comunicação permanente tanto da equipe coordenadora nacional do estudo com a equipe local, quanto de todos os membros das equipes locais entre si. A equipe nacional forneceu apoio constante às equipes locais, discutindo o andamento do projeto de forma regular e fornecendo informações e insumos. Além disso, a equipe nacional contava com uma pessoa encarregada de fazer o gerenciamento dos dados, ao longo do processo de coleta de dados; o retorno regular e quase síncrono sobre a qualidade dos dados preenchidos na plataforma REDCap permitiram a qualificação da coleta de informações.

Em cada uma das capitais, as equipes locais se reuniram de maneira regular e sistemática, tendo a coordenação e supervisão locais atuado como suporte para os pesquisadores em campo. As reuniões foram fundamentais para que em cada sítio os pesquisadores pudessem refletir sobre os processos de trabalho, discutindo questões que surgiam no campo e buscando soluções para eventuais dificuldades encontradas, readequando quando necessário as rotinas de trabalho em campo.

Em alguns sítios, foi necessário incluir na equipe uma pessoa que não estava originalmente prevista: uma “navegadora de pares”, isto é, uma mulher trans ou travesti que deu suporte às participantes e cumpriu várias funções no campo, sendo uma referência muito importante para muitas participantes.

Os encontros regulares das equipes locais para discussão do cotidiano da pesquisa asseguraram a coesão entre todos e um compromisso muito grande de todos com o estudo de modo geral e com as participantes em particular.

2. Componente qualitativo

A inserção de um componente qualitativo em inquéritos de base populacional revela-se imprescindível. Os dados originados da abordagem quali contribuíram significativamente não somente para apoiar a realização do componente quantitativo fornecem elementos para a implementação de políticas efetivas e organização do cuidado em saúde. Apareceram diferenças regionais no debate sobre as questões dos corpos trans, sua vinculação com IST, bem como sobre o papel das organizações comunitárias. No que diz respeito a sífilis e outras IST, há diferenças importantes entre os campos quanto ao grau de conhecimento sobre essas doenças e acesso a cuidados.

3. Complexidade de protocolos

O estudo TransOdara teve um conjunto grande de protocolos e procedimentos que tornaram o trabalho de coleta de dados bastante complexo. Entre os protocolos, há coleta de informações por questionários distintos, coleta de material biológico por diferentes meios e procedimentos de avaliação clínica das participantes. Além destes protocolos de coleta, o estudo tem protocolos específicos para o armazenamento e para o transporte do material biológico coletado (sangue, urina e swabs) para os laboratórios nacionais de referência da pesquisa localizados em São Paulo e no Rio Grande do Sul.

Foi um aprendizado o processo de capacitação de todos envolvidos em tantos protocolos, com as eventuais adequações e adaptações para as realidades locais de cada sítio.

A pesquisa propôs a estratégia *point-of-care*, que provou ser um desafio e também um importante aprendizado. Além de protocolos para a coleta de dados, o estudo TransOdara buscou construir, em cada capital, estratégias estruturadas de oferta imediata ou encaminhamento das participantes para tratamento ou, no caso da indicação de vacinas, para prevenção. Apesar do conjunto de serviços e insumos ofertados pelo Projeto TransOdara estarem todos disponíveis no SUS, em cada município, a rede de serviços está organizada de forma diferente, em geral a oferta se dá de forma fragmentada. Especificamente no caso do TransOdara, nem todas as equipes realizaram a coleta de dados em espaços compartilhados de serviços públicos de saúde. Nestes casos funcionou o estabelecimento de parcerias com a rede SUS, mas isso implicava no deslocamento das participantes e na necessidade do estudo fazer um trabalho para monitorar a chegada das participantes aos serviços, e eventualmente reiterar a parceria para que o atendimento fosse realizado na sua completude. Apesar

do apoio inicial do Programa Nacional de Imunização, a negociação para a oferta de imunobiológicos também foi feita em cada localidade e variou quanto à facilidade e rapidez. De modo que assegurar o acesso aos imunobiológicos que faziam parte do projeto: Vacinas para hepatite B, A e HPV também foi um grande desafio.

Em todos os sítios, as participantes receberam acolhimento, suporte e foram encaminhadas para a rede pública de serviços de saúde, mas a forma com que isto ocorreu variou.

As remessas de materiais coletados nos sítios para um laboratório que centralizou as análises implicaram, além de protocolos específicos, já mencionados, em um tempo de processamento importante. Primeiro, o tempo de reunir em cada sítio um número de amostras, para então fazer a remessa; segundo, o tempo do laboratório de realizar as análises com as amostras recebidas. Além disso, a solicitação para os laboratórios para Carga Viral por exemplo precisou ser feita com protocolos do Sistema Único de Saúde, de modo que os sítios em que a pesquisa não estava sendo feita dentro de um serviço de saúde pública tiveram de fazer parcerias com equipes locais. Os resultados dos exames eram colocados no RED-Cap, e apenas depois disso as equipes locais poderiam seguir protocolos previstos de acompanhamento destas participantes.

A preocupação ética dos pesquisadores com o acompanhamento das participantes que foram diagnosticadas no estudo implicou na grande dedicação de pelo menos um pesquisador em cada sítio, realizando a busca ativa das participantes para lembrá-las de voltar para completar tratamento ou doses de vacina. Estudos futuros com esta abordagem point-of-care terão de incorporar no planejamento das ações e na composição da equipe este tempo adicional, após coleta de dados, de acompanhamento das participantes, bem como a inclusão de pessoa na equipe com esta função específica.

A possibilidade de testar as participantes e de inseri-las na rede de cuidados foi um grande aprendizado. No âmbito da própria pesquisa, o cuidado com o acolhimento, a forma respeitosa com que foram tratadas, a oferta de consulta e, dependendo do sítio, a oferta no próprio local da pesquisa de tratamento ou imunização, foram fundamentais. Para além da pesquisa, em todos os sítios foram feitos encaminhamentos das participantes para a rede pública de serviços de saúde e, em alguns casos, para a rede de assistência social.

4. Pesquisa em contexto adverso: a pandemia de Covid-19

O advento da pandemia de Covid-19 implicou mudanças importantes na pesquisa, em distintos momentos. O cronograma de desenvolvimento das atividades da pesquisa, como não poderia deixar de ser, foi profundamente afetado pela pandemia, o que exigiu que fosse adaptado continuamente, cabendo à coordenação geral, emitir novas orientações para que esse processo fosse minimamente organizado. Muitos sítios tiveram de suspender completamente as atividades, por decisão de gestores (das universidades, prefeitos ou governadores). As equipes foram muitas vezes reduzidas para evitar aglomeração. Protocolos específicos para a Covid-19 foram adotados em todos os sítios. As participantes passaram a ser atendidas exclusivamente por agendamento – o que por sua vez implicou também que uma pessoa da equipe tivesse de dedicar bastante tempo a estes agendamentos.

5. Retorno positivo das participantes

Em todos os sítios, houve um retorno muito positivo por parte das participantes acerca do estudo, e este retorno foi quase sempre imediato. Muitas participantes expressaram às equipes em campo que se sentiram acolhidas e cuidadas, com a oportunidade de realizar exame médico, para algumas foi a primeira vez na vida que um profissional médico as examinou de forma acolhedora, fazer coleta para exames adicionais, tratamento e imunização; outras mandavam mensagens de texto e de áudio para a supervisão local, agradecendo pela oportunidade de participar do estudo, pela forma com que foram acolhidas e tratadas.

Todas as participantes receberam informações sobre saúde e sobre prevenção de doenças na pesquisa, além de informações sobre serviços de saúde (incluindo serviços de atenção à população trans nos municípios assim como serviços especializados com oferta de PrEP e PEP) e de terem tido a oportunidade de receber vacinas. Todas as participantes receberam insumos de prevenção através da pesquisa (preservativos, gel, protetores PFF-2). Muitas participantes receberam diagnósticos na pesquisa a partir da sua participação e tiveram a oportunidade de serem encaminhadas para a rede de serviços de saúde e de assistência social.

6. Retorno para gestores e profissionais de saúde

O levantamento da prevalência das principais Infecções Sexualmente Transmissíveis e a discussão destes resultados com os gestores locais já vem sendo feita em cada sítio da pesquisa. Este retorno quase em tempo real aos gestores permite maior engajamento dos tomadores de decisão com os resultados do estudo, e compromisso com a melhoria dos serviços.

VIII. PRÓXIMOS PASSOS

8.1. Desdobramentos do Projeto: Criação de biorrepositórios

Um dos desdobramentos importantes do Projeto TransOdara foi a coleção de amostras biológicas obtidas de uma população raramente estudada do ponto de vista de outras IST que não o HIV.

Com material biológico excedente, após a realização dos testes incluídos no projeto original, decidimos pela constituição de outros dois biorrepositórios, um no laboratório do CRT DST-AIDS e outro no laboratório da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Já havia um formado no IAL com as amostras sorológicas.

Neste sentido foi submetido uma emenda na Plataforma Brasil (**CAAE:** 05585518.7.0000.5479) que já se encontra aprovada no CEP do Centro Coordenador e tramita nos CEP das instituições coparticipantes.

As amostras foram aliqüotadas em microtubos e encontram-se acondicionadas em freezer -20°C . O armazenamento dessas amostras segue os requisitos da **Resolução N° 441 de 12 de maio de 2011 do Conselho Nacional de Saúde**, que aprova as diretrizes para análise ética de projetos de pesquisa que envolvam armazenamento de material biológico humano.

Todas as amostras biológicas e os resultados provenientes delas poderão ser utilizadas para análises de Infecções Sexualmente Transmissíveis, conforme descrito no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após submissão do novo projeto aos Comitês de Ética envolvidos. Testes moleculares estão disponíveis tanto para analisar aspectos adicionais dos mesmos patógenos quanto para testar novos agentes sexualmente transmissíveis encontrados no material biológico já coletado.

No momento de elaboração deste relatório trabalhamos na elaboração de um projeto provisoriamente intitulado "*Molecular epidemiology of Mycoplasma genitalium, Neisseria gonorrhoeae and Treponema pallidum infections among the TransOdara study of transgender women in Brazil with focus on antimicrobial resistance*", a ser submetido para a edital da ANRS, sob liderança de Cécile Bébéar, Chefe do Serviço de Bacteriologia da Universidade de Bordeaux e outros.

IX. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados preliminares aqui apresentados confirmam a alta vulnerabilidade da população de travestis e mulheres transexuais em relação às IST, em que pese as observadas diferenças regionais de acesso à cuidados de saúde.

O estudo obteve uma excelente taxa de aceitação, refletindo provavelmente todo o cuidado dedicado à montagem do campo, a sensibilidade e adequado treinamento das equipes em todos os sítios, mas deve revelar também a carência de cuidados em espaços que levem em consideração as necessidades especiais das pessoas transexuais. As equipes que coordenaram e conduziram o estudo nas cinco capitais revelaram não só a sua competência técnica, mas sua postura ética e de compromisso profissional e pessoal, se desdobrando para superar as dificuldades, os receios e foram um ponto de apoio importante internamente às equipes bem como para as nossas participantes

O aprimoramento das políticas públicas de saúde implica levar em consideração o princípio da equidade. Os dados do estudo TransOdara apontam que mulheres trans e travestis são um grupo heterogêneo: em nosso estudo, participantes das mais variadas idades, graus de escolaridade, situação conjugal e inserção no mercado de trabalho estiveram presentes. Embora com imensa diversidade, os dados apontam que todas se encontram em situação de maior vulnerabilidade para sofrer violência e discriminação, têm menor acesso a serviços de saúde e se encontram sob maior risco de contraírem infecções sexualmente transmissíveis.

A formulação e a execução de políticas públicas de saúde precisam conhecer e levar em conta os determinantes estruturais, institucionais e individuais que colocam este grupo em posição de extrema vulnerabilidade.

X. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO. Report on global sexually transmitted infection surveillance 2013. WHO Libr Cat Data. 2014;1-54.
2. Saleri N, Graifemberghi S, El Hamad I, Minelli A, Magri S, Matteelli A. Prevalence and incidence of syphilis among South American transgender sex workers in Northern Italy. *Sex Transm Dis*. 2006;33(5):334-5.
3. Pisani E, Girault P, Gultom M, Sukartini N, Kumalawati J, Jazan S, et al. HIV, syphilis infection, and sexual practices among transgenders, male sex workers, and other men who have sex with men in Jakarta, Indonesia. *Sex Transm Infect*. 2004;80(6):536-40.
4. dos Ramos Farías MS, Garcia MN, Reynaga E, Romero M, Vaulet MLG, Fermepín MR, et al. First report on sexually transmitted infections among trans (male to female transvestites, transsexuals, or transgender) and male sex workers in Argentina: High HIV, HPV, HBV, and syphilis prevalence. *Int J Infect Dis*. 2011;15(9):7-9.
5. Grinsztejn B, Jalil EM, Monteiro L, Velasque L, Moreira RI, Garcia ACF, et al. Unveiling of HIV dynamics among transgender women: a respondent-driven sampling study in Rio de Janeiro, Brazil. *Lancet HIV* [Internet]. 2017 Apr 1 [cited 2017 Dec 1];4(4):e169-76. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28188030>
6. de Sousa Mascena Veras MA, Calazans GJ, de Almeida Ribeiro MCS, de Freitas Oliveira CA, Giovanetti MR, Facchini R, et al. High HIV Prevalence among Men who have Sex with Men in a Time-Location Sampling Survey, São Paulo, Brazil. *AIDS Behav*. 2015;19(9):1589-98.
7. Russi JC, Serra M, Viñoles J, Pérez MT, Ruchansky D, Alonso G, et al. Sexual transmission of hepatitis B virus, hepatitis C virus, and human immunodeficiency virus type 1 infections among male transvestite commercial sex workers in Montevideo, Uruguay. *Am J Trop Med Hyg* [Internet]. 2003 Jun [cited 2018 Oct 15];68(6):716-20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12887033>
8. Souto JFD. Distribution of hepatitis B infection in Brazil: the epidemiological situation at the beginning of the 21 st century. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2015;(July).

9. Dourado I, Silva LAV da, Magno L, Lopes M, Cerqueira C, Prates A, et al. Construindo pontes: a prática da interdisciplinaridade. Estudo Pop-Trans: um estudo com travestis e mulheres transexuais em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2016;32(9):1-11.
10. Bastos FI, Bastos LS, Coutinho C, Toledo L, Mota JC, Velasco-de-Castro CA, et al. HIV, HCV, HBV, and syphilis among transgender women from Brazil. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(1S Suppl 1):S16-24
11. Kerr L, Kendall C, Guimarães MDC, Salani Mota R, Veras MA, Dourado I, et al. HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2018 May [cited 2018 Jun 8];97:S9-15. Available from: <http://insights.ovid.com/crossref?an=00005792-201805251-00011>
12. Bastos FI, Bastos LS, Coutinho C, Toledo L, Mota JC, Velasco-de-Castro CA et al. HIV, HCV, HBV, and syphilis among transgender women from Brazil: Assessing different methods to adjust infection rates of a hard-to-reach, sparse population. *Medicine* 2018; 97:S16-S24.
13. Salganik MJ. Variance estimation, design effects, and sample size calculations for respondent-driven sampling. *J Urban Heal*. 2006;83(7 SUPPL.):98-112.
14. Wejnert C, Pham H, Krishna N, Le B, DiNenno E. Estimating design effect and calculating sample size for Respondent-driven sampling studies of injection drug users in the United States. *AIDS Behav*. 2012;16(4):797-806.
15. Pitta DR, Sarian LO, Campo EA, Rabelo-Santos SH, Syrjänen K, Derchain SF Classificação filogenética dos genótipos de papilomavírus humano em neoplasia intraepitelial cervical de alto grau em mulheres de uma região urbana brasileira densamente povoada. *Sao Paulo Med. J*. 127 (3) • 2009.