

Fatores associados à retenção de travestis e mulheres trans vivendo com HIV em uma intervenção com navegação de pares em São Paulo, Brasil

Factors associated with the retention of *travestis* and transgender women living with HIV in a peer navigation intervention in São Paulo, Brazil

Factores asociados con la retención de travestis y mujeres transgénero que viven con el VIH en una intervención consultada por pares en São Paulo, Brasil

Katia Cristina Bassichetto ¹
Gustavo Santa Roza Saggese ¹
Luca Fasciolo Maschião ¹
Paula Galdino Cardin de Carvalho ¹
Hailey Gilmore ²
Jae Sevelius ²
Sheri A. Lippman ²
Maria Amelia de Sousa Mascena Veras ¹

doi: 10.1590/0102-311XPT147522

Resumo

Travestis e mulheres trans (TrMT) pertencem aos grupos com mais alta prevalência do HIV no mundo, com maior probabilidade de infecção em relação à população geral e menor adesão a estratégias de prevenção e tratamento do que outros grupos vulneráveis. Considerando esses desafios, descrevemos os fatores associados à retenção de TrMT com HIV no projeto TransAmigas. O recrutamento ocorreu entre abril de 2018 e setembro de 2019, em um serviço público de saúde em São Paulo, Brasil. Foram inscritas 113 TrMT, atribuídas aleatoriamente para uma intervenção com navegadora de pares (75) ou um grupo controle (38) e seguidas durante nove meses. Para analisar a associação entre as variáveis selecionadas e o desfecho (“retenção aos nove meses” independentemente do contato aos três meses, definido pela “resposta completa ao questionário final”), foram empregados modelos de regressão logística bi e multivariados. Uma exploração qualitativa dos formulários de contato de pares foi realizada para validar e complementar a seleção prévia de variáveis do componente quantitativo. Das 113 participantes, 79 (69,9%) responderam à entrevista de nove meses, sendo 54 (72%) do grupo intervenção e 25 (66%) do grupo controle. No modelo multivariado final, o contato aos três meses (odds ratio ajustado – ORa = 6,15; intervalo de 95% de confiança – 95%CI: 2,16-17,51) e a maior escolaridade (≥ 12 anos) (ORa = 3,26; IC95%: 1,02-10,42) permaneceram associados ao desfecho, ajustados por raça/cor, idade < 35 anos e revelação do status sorológico para HIV. Pesquisas futuras com TrMT devem incluir contato em intervalos regulares, com esforços adicionais voltados a participantes com menor escolaridade.

Mulher Transgênero; Travestis; Infecções por HIV; Populações Vulneráveis; Estudos Longitudinais

Correspondência

G. S. R. Saggese
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.
Rua Doutor Cesário Mota Júnior 61, São Paulo, SP
01221-020, Brasil.
gsrsaggese@gmail.com

¹ Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, Brasil.

² University of California, San Francisco, U.S.A.



Introdução

Travestis e mulheres trans (TrMT) estão entre as populações-chave com maior prevalência do HIV, contabilizando, em 2021, 70% das infecções por HIV no mundo ¹. TrMT têm não só uma probabilidade desproporcional de infecção em relação à população geral, com risco aumentado em 14 vezes quando comparadas a mulheres cis ^{1,2}, como também uma menor adesão a estratégias de prevenção e tratamento do que a encontrada entre outros grupos vulneráveis ^{3,4}. Suas experiências, marcadas por estigma e discriminação, são frequentemente atravessadas por marcadores sociais como classe e raça, que tornam o pertencimento a uma camada minoritária da população ainda mais desafiador e fazem com que seus desfechos de saúde sejam, geralmente, menos favoráveis ⁵.

Além do estigma enfrentado cotidianamente, TrMT possuem especificidades que não têm sido suficientemente atendidas, como cuidados relacionados a questões de gênero, necessidade de tratamento pelo nome social e atendimento em horários alternativos nos serviços de saúde ^{6,7}. Outro problema diz respeito aos demais agravos de saúde vivenciados, levando essa população a não considerar o diagnóstico de HIV como uma prioridade ⁸. Sendo assim, a infecção pelo HIV nessa população deve ser vista de forma sindêmica ⁹.

No Brasil, a taxa de detecção de aids vem caindo, passando de 21,4 casos por 100 mil habitantes em 2012 a 18,0 em 2019 ¹⁰. O Sistema Único de Saúde (SUS) garante, desde 1996, acesso universal e gratuito ao tratamento para o HIV, incluindo consultas com infectologistas e com outros profissionais especializados ^{11,12}. Essa iniciativa tornou o Brasil, à época, pioneiro no combate à epidemia ¹³. Apesar disso, e da redução da taxa de detecção de aids na população geral, algumas populações vulneráveis, como a de TrMT, ainda têm dificuldade em iniciar o tratamento e, quando o fazem, frequentemente não conseguem manter a adesão ¹⁴. Parte disso pode ser explicado por uma conjugação de fatores, como o estigma relacionado à identidade de gênero, a extrema desigualdade social e a insuficiência de políticas públicas inclusivas no âmbito da educação e da saúde. Esse contexto desfavorável promove altos índices de evasão escolar e interfere no acesso, na vinculação e na retenção aos serviços de saúde em geral ^{3,15}.

Algumas estratégias para superar essas barreiras têm sido propostas, com potencial para suprir, ainda que parcialmente, as necessidades específicas de TrMT, sobretudo em relação à prevenção e ao tratamento do HIV. Por se tratar de uma população com dificuldade de acesso e baixa vinculação e retenção aos serviços de saúde, foi necessário desenvolver intervenções socioestruturais combinadas, que considerassem o que a torna menos propensa a aderir ao tratamento. Dentre essas intervenções, recomendam-se sensibilização e capacitação de profissionais de saúde para o desenvolvimento de competências específicas, além de suporte social e intervenções focadas em afirmação de gênero, como a ampliação do acesso à terapia hormonal integrada ao tratamento do HIV, visando promover autonomia e reduzir estigma e discriminação em serviços de saúde ^{3,16,17,18}.

Pesquisas anteriores desenvolvidas em diversos continentes, analisadas por meio de revisão sistemática, entre TrMT vivendo com HIV ² e, especialmente, um estudo com populações rurais vivendo com HIV na África do Sul ¹⁹ serviram de base para o desenvolvimento do projeto Trans Amigas. O estudo em questão visou avaliar a efetividade de um programa de navegação de pares para aumentar a adesão à terapia antirretroviral (TARV) entre TrMT. A navegação de pares consiste em uma estratégia de intervenção na qual indivíduos que fazem parte da mesma população-chave e têm perfil semelhante acompanham os/as participantes durante determinado período a fim de ajudá-los/as com questões relacionadas à sua saúde. Essa estratégia tem se provado importante para melhorar os desfechos relacionados ao HIV, fornecendo uma oportunidade de focar a realidade pessoal dos pacientes para além dos serviços de saúde. Com isso, contribui para que barreiras sejam superadas e facilitadas a vinculação e a retenção ao tratamento ²⁰.

Este estudo ocorreu no Município de São Paulo, o mais populoso do Brasil, concentrando mais de 12 milhões de habitantes. Apresenta um alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) ²¹, porém cerca de 85% de seus habitantes vivem em áreas de exclusão social ²².

São Paulo abriga uma importante comunidade de homossexuais, bissexuais e pessoas trans. Desde 1997, o movimento social realiza anualmente, em parceria com o poder público e instituições privadas, uma das maiores Paradas do Orgulho LGBTQ+ do mundo, ultrapassando 1 milhão de participantes desde sua sétima edição, em 2003 ²³. O casamento entre pessoas do mesmo sexo é legalizado no país

desde 2013 ²⁴ e, desde 2018, pessoas trans têm o direito de mudar legalmente seus nomes ²⁵. Como no resto do país, contudo, TrMT que vivem em São Paulo enfrentam grande marginalização social e têm dificuldade em aderir aos cuidados de saúde ²⁶.

As condições de vida e saúde da população de TrMT têm suscitado o desenvolvimento de estudos no Brasil ^{27,28}, inclusive no Município de São Paulo ^{26,29}. Como parte da tentativa de ampliar o conhecimento sobre as características e necessidades de TrMT, o projeto TransAmigas traz uma inovação ao proporcionar uma intervenção personalizada e culturalmente direcionada a esse público, utilizando como referencial o modelo de afirmação de gênero, desenvolvido por Sevelius et al. ³⁰ (p. S65), que concebe afirmação de gênero como “*um processo interpessoal e interativo através do qual se recebe reconhecimento e suporte social para sua identidade e expressão de gênero*”. O modelo de afirmação de gênero foi desenvolvido para compreender por que TrMT são desproporcionalmente afetadas em suas condições de vida e saúde e como o processo de afirmação de gênero se relaciona a comportamentos de risco, autocuidado e busca por serviços de saúde. Parte-se, assim, da premissa de que fenômenos multidimensionais como a privação de direitos, o racismo, o sexismo e a transfobia convergem para a ampliação das desigualdades sociais e causam prejuízos potencialmente evitáveis à saúde. Por outro lado, desfechos negativos de saúde são reduzidos à medida que as necessidades de afirmação de gênero são atendidas por meio de suporte adequado ^{30,31}.

Considerando os desafios apresentados, são descritos, neste artigo, os fatores associados à retenção de TrMT vivendo com HIV ao projeto TransAmigas.

Métodos

O estudo *Melhorando a Situação de Saúde de Travestis e Mulheres Trans Vivendo com HIV no Brasil* (projeto TransAmigas, <https://www.nudhes.com/transamigas>) foi conduzido, em caráter piloto, para testar a factibilidade e a aceitabilidade de uma intervenção com navegação por pares, visando melhorar a adesão à TARV entre TrMT ³². Trata-se de um estudo de coorte, realizado no Município de São Paulo, em um serviço de saúde do SUS, denominado Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids (CRT-DST/Aids SP). O tamanho esperado da amostra era de 150 participantes.

O recrutamento de participantes ocorreu entre abril de 2018 e setembro de 2019, utilizando amostra de conveniência. Foram identificadas 194 potenciais participantes por meio de diferentes iniciativas, sendo as mais efetivas convidar usuárias do CRT-DST/Aids SP e participantes de pesquisas anteriores, coordenadas pelo Núcleo de Pesquisa em Direitos Humanos e Saúde da População LGBT+ (NUDHES). Além disso, foram realizadas ações externas, como distribuição de convites impressos em espaços de sociabilidade de TrMT pelas próprias navegadoras de pares (NP), TrMT que também viviam com HIV. Contou-se, finalmente, com o apoio de profissionais de saúde que atendiam pessoas em situação de rua para a divulgação da pesquisa. Dentre as potenciais participantes identificadas, 32,4% (45/194) não foram incluídas por diversos motivos, como: não aceitaram agendar entrevista, não compareceram à confirmação de elegibilidade, não foram localizadas após contato telefônico ou não atenderam a todos os critérios de elegibilidade no momento da entrevista (ter menos de 18 anos, não residir em municípios da Grande São Paulo e/ou não desejar se matricular no CRT-DST/Aids SP para tratamento do HIV).

Das 149 restantes, 14 faltaram à triagem presencial, outras 14 não foram consideradas elegíveis e oito se recusaram a participar da pesquisa. Foram incluídas, ao final, 113 TrMT ³², atribuídas aleatoriamente para uma intervenção com NP (75) ou para o grupo controle (38), na proporção de 2:1.

Procedimentos

O protocolo estabelecia que as participantes direcionadas à intervenção comparecessem a pelo menos um encontro presencial mensal com sua respectiva NP, realizando sessões temáticas individuais sobre autoestima, autocuidado, estratégias de comunicação e de adesão à TARV, ao longo de nove meses. Todas as participantes deveriam estar em acompanhamento para HIV no serviço de saúde parceiro.

No momento da inscrição, um questionário *baseline* foi aplicado presencialmente por entrevistadoras treinadas. Ao completar três meses de participação, uma ligação telefônica foi realizada para

confirmação de contato, checagem da qualidade da intervenção e lembrete para retorno aos nove meses, a fim de responder a um questionário de seguimento (*follow-up*), presencialmente ou a distância, encerrando a participação no estudo. O protocolo inicial estimou 70% de retenção nessa etapa ³².

Para facilitar a retenção ao estudo, foi providenciado um ressarcimento de BRL 30,00 a todas as participantes na ocasião das entrevistas, independentemente do grupo para o qual foram randomizadas, a fim de cobrir despesas com transporte e alimentação. No momento da inscrição, eram oferecidos um pequeno lanche e um *kit* contendo produtos de beleza, preservativos, enema, gel lubrificante e um guia de serviços para a população de TrMT. As participantes receberam, ainda, um crédito mensal de BRL 20,00 em seus celulares para manter contato com a equipe de pesquisa. Como incentivo adicional para que as participantes do grupo intervenção comparecessem aos encontros presenciais, pequenos brindes, como porta-comprimidos, agenda para registro de compromissos, calcinhas estilizadas, entre outros, foram distribuídos pelas NP.

Análise

Para esta análise, foi utilizada uma metodologia quantitativa, cujo desfecho foi a “retenção aos nove meses”, independentemente do contato telefônico aos três meses. A retenção ao estudo foi definida pela “resposta completa ao questionário final” aplicado na visita de nove meses, que poderia ser respondido presencialmente ou a distância. Trata-se, portanto, de um recorte de objeto do estudo original. Vale ressaltar que tal definição se restringe ao contato entre participante e equipe de pesquisadores, sem levar em conta a retenção aos cuidados de saúde ou aos procedimentos de navegação de pares. Entretanto, para atender ao objetivo principal da pesquisa, foram coletados dados clínicos que permitiram identificar a adesão ao tratamento de HIV, definida por no mínimo duas consultas médicas ou retirada de antirretrovirais (ARV), com no máximo seis meses de intervalo durante o período do estudo ³². Esses dados não fazem parte do escopo deste estudo.

Para determinar quais variáveis estavam associadas à retenção ao estudo, foram consideradas diversas variáveis do questionário *baseline* que compõem o modelo de afirmação de gênero, como sociodemográficas, comportamentais, dados sobre afirmação de gênero, saúde mental, uso de substâncias e experiências de transfobia.

Como variável de afirmação de gênero, selecionou-se “mudança do nome em documentos pessoais” (sim; tentou, mas não conseguiu; está tentando, em processo; não tentou, mas deseja; não tentou). Foi criado também um escore normalizado, composto por quatro itens, que sintetizam uma medida de “afirmação de gênero internalizada”: (1) “Em linhas gerais, me sinto bem sobre mim mesma e minha identidade de gênero”; (2) “Me aceito completamente na minha identidade de gênero”; (3) “Tenho orgulho de ser travesti/mulher trans”; e (4) “Meus sentimentos sobre minha identidade de gênero são positivos na maior parte”. Esses itens descrevem os sentimentos em relação à própria identidade de gênero, que podem impactar a decisão ou a habilidade de continuar engajada, seja no estudo ou em cuidados de saúde. As opções de resposta se basearam na escala Likert, variando de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente).

Foram selecionadas as seguintes variáveis de saúde mental e uso de álcool e outras substâncias: “sofrimento psíquico”, mensurado por meio da escala K10 ³³ (bom estado de saúde mental; possível transtorno mental leve; possível transtorno mental moderado; possível transtorno mental grave); “frequência do uso de álcool” (nunca; uma vez por mês; 2-4 vezes por mês; 2-3 vezes por semana; 4 vezes ou mais por semana; todos os dias); “uso de substância ilícita nos últimos seis meses” (não; sim); “tentativa de suicídio prévia” (não; sim); e “revelação do *status* sorológico para alguma pessoa além dos profissionais de saúde” (não; sim).

No que se refere à experiência de violência transfóbica, foram selecionadas: “experiência prévia de violência verbal por ser trans” (não; sim); e “experiência prévia de violência sexual por ser trans” (não; sim). Foram também utilizados como variáveis preditoras do desfecho o “grupo de alocação no estudo” (controle; intervenção/navegação por pares) e a “resposta à ligação de checagem aos três meses” (não; sim).

Com o objetivo de avaliar o efeito do processo de estigmatização sobre a retenção de TrMT, foi realizada também uma análise qualitativa dos formulários de contato de pares (FCP), considerando as

questões previamente utilizadas no componente quantitativo como critério de busca. Os FCP eram preenchidos pelas NP para registrar tanto as tentativas de contato com as participantes quanto os temas discutidos nos encontros, como local, estado psíquico e aparência da participante. Eles foram digitados e exportados para uma planilha, permitindo identificar as seguintes categorias temáticas: escolaridade, situação financeira, situação conjugal/relacionamentos, ocupação/situação profissional, saúde geral, saúde mental, uso de álcool e outras drogas, questões relacionadas ao HIV, situação familiar e de moradia. Incluiu-se, ainda, uma categoria denominada “informações adicionais”, com outros temas que chamaram a atenção das NP.

Tais categorias foram posteriormente desdobradas em subcategorias analíticas, como: relacionamentos abusivos, dificuldades financeiras e ausência de apoio familiar no que diz respeito à identidade de gênero. Essas subcategorias foram, por sua vez, avaliadas quanto à recorrência em que apareciam nos FCP. Como as informações refletiam o histórico de um acompanhamento de até nove meses, foi possível captar transformações vivenciadas pelas participantes ao longo do processo.

Análise estatística

No tratamento das variáveis quantitativas, foram descritas a frequência absoluta e relativa das categorias selecionadas e utilizados a média e o desvio padrão (DP) como medidas de tendência central e dispersão para as contínuas, respectivamente.

Para análise de associação entre as variáveis selecionadas e o desfecho, foram empregados modelos de regressão logística bi e multivariados, utilizando o Stata 13 (<https://www.stata.com>). Para a construção do modelo final, foram incluídas variáveis com base na literatura preexistente, independentemente de critérios estatísticos de ajuste, bem como aquelas que apresentaram associação significativa na análise bivariada ($p < 0,05$) e a variável “retificação de nome em documentos pessoais”, evidenciada pela análise qualitativa^{34,35}.

Para modelos de regressão bivariados, foram calculados *odds ratio* (OR) para cada categoria das variáveis preditoras, enquanto nos modelos multivariados calculou-se OR ajustado (ORa), além dos intervalos de 95% de confiança (IC95%) e valor de p . Optou-se por agregar as seguintes categorias de variáveis preditoras: escolaridade (< 12 e ≥ 12 anos de estudo concluídos), idade (< 35 e ≥ 35 anos) e raça/cor (amarela e indígena em “outras”). Para tomada de decisão estatística, no modelo final, foram consideradas significativas as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,05$.

Aspectos éticos

O projeto TransAmigas foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Califórnia em San Francisco, Estados Unidos (UCSF; 16-19922), em 4 de outubro de 2016, e pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CAAE: 61338116.0.0000.5375), em 13 de julho de 2017. As potenciais participantes foram previamente entrevistadas para confirmação de elegibilidade e informadas sobre os procedimentos previstos antes de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo assegurado seu direito de desistir da pesquisa em qualquer momento, sem quaisquer prejuízos.

Resultados

A média de idade das participantes foi de 32,9 anos (DP = 10,2). A maioria (59,3%) se autorreferiu como preta ou parda; 44,3% estavam na faixa etária de 25 a 34 anos; 84,1% afirmaram ter revelado seu status sorológico para outra pessoa fora do serviço de saúde; 63,9% afirmaram ter problemas de saúde mental moderados ou severos; 66,4% fizeram uso de substâncias ilícitas nos últimos seis meses; 39,8% já haviam tentado suicídio; 45,1% relataram violência sexual; e 92% sofreram violência verbal por serem TrMT. Com relação à afirmação de gênero, 88,5% concordavam ou concordavam fortemente que sua aparência correspondia à respectiva identidade de gênero (Tabela 1).

Tabela 1

Características sociodemográficas, de saúde mental, de afirmação de gênero e relacionadas ao desenho da pesquisa entre travestis e mulheres trans HIV+. Projeto TransAmigas, São Paulo, Brasil, 2018-2019 (n = 113).

Características	n	%
Sociodemográficas		
Idade (anos)		
18-24	23	20,4
25-34	50	44,3
35 ou mais	40	35,4
Escolaridade (anos de estudo concluídos)		
< 12	73	64,6
≥ 12	40	35,4
Raça/Cor		
Branca	36	31,9
Preta	13	11,5
Parda	54	47,8
Outras	10	8,8
Renda <i>per capita</i> mensal (salários mínimos) *		
< 1	42	37,2
1-2	31	27,4
> 2	40	35,4
Situação conjugal		
Solteira ou vive sozinha	71	62,8
Está em um relacionamento	27	23,9
Casada ou vivendo junto	15	13,3
Situação de moradia		
Casa ou apartamento próprio	19	16,8
Casa ou apartamento alugado	65	57,5
Mora no trabalho	8	7,1
Vive em abrigo ou casa de acolhida	13	11,5
Vive em situação de rua	4	3,5
Outra	4	3,5
Dados de saúde/Frequência de uso de álcool e de substâncias ilícitas nos últimos seis meses		
Revelação do <i>status</i> sorológico para o HIV		
Não	18	15,9
Sim	95	84,1
Escala de sofrimento psicológico (K10)		
Provavelmente encontra-se bem	24	21,2
É provável que tenha um transtorno mental leve	19	16,8
É provável que tenha um transtorno mental moderado	31	27,4
É provável que tenha um transtorno mental severo	39	34,5
Frequência de uso de álcool		
Nunca	31	27,4
Uma vez por mês ou menos	31	27,4
2 a 4 vezes por semana	24	21,2
2 a 3 vezes por semana	18	15,9
4 ou mais vezes por semana	6	5,3
Diariamente	3	2,7

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Características	n	%
Uso de substâncias ilícitas nos últimos 6 meses		
Não	38	33,6
Sim	75	66,4
Já tentou suicídio		
Não	68	60,2
Sim	45	39,8
Experiência de violência		
Já experimentou violência verbal por ser trans		
Não	9	8,0
Sim	104	92,0
Já experimentou violência sexual por ser trans		
Não	62	54,9
Sim	51	45,1
Afirmação de gênero		
“Você conseguiu alterar seu nome nos documentos?”		
Sim, eu consegui	29	25,7
Eu tentei, mas não consegui	2	1,8
Eu estou tentando/Eu já entrei com o processo	12	10,6
Eu não tentei, mas eu pretendo tentar	56	49,6
Eu não tentei	14	12,4
“Minha aparência combina com minha identidade de gênero?”		
Discorda fortemente	1	0,9
Discorda	4	3,5
Nem concorda e nem discorda	8	7,1
Concorda	71	62,8
Concorda fortemente	29	25,7
Variáveis do estudo		
Braço do estudo		
Controle	38	33,6
Intervenção com navegadora de pares	75	66,4
Contato telefônico aos três meses		
Não	26	23,0
Sim	87	77,0

* Valor do salário mínimo à época da pesquisa: BRL 954,00 (2018) e BRL 998,00 (2019).

Das 113 participantes, 83,2% (94/113) foram localizadas para o agendamento das entrevistas de nove meses. Destas, 90,4% (85/94) concordaram, porém não compareceram mesmo após múltiplas tentativas de reagendamento. Por fim, 92,9% (79/85) efetivamente realizaram a entrevista, correspondendo a 69,9% de retenção ao estudo. Das 79 respondentes, 72% (54/75) eram do grupo intervenção e 66% (25/38) do grupo controle. Cerca de metade das entrevistas foram realizadas presencialmente, e o restante virtualmente ou por telefone.

No modelo de regressão logística bivariada, foram associadas à retenção aos nove meses: a “resposta ao contato de três meses por telefone” (OR = 7,78; IC95%: 2,96-20,44); “maior escolaridade” (≥ 12 anos de estudo concluídos) (OR = 3,53; IC95%: 1,31-9,47); e “uso de drogas ilícitas nos últimos seis meses” (OR = 0,4; IC95%: 0,16-1,03) (Tabela 2).

No modelo multivariado final, o “contato aos três meses” (ORa = 6,15; IC95%: 2,16-17,51) e a “maior escolaridade” (≥ 12 anos) (ORa = 3,26; IC95%: 1,02-10,42) permaneceram associados ao desfecho, ajustados por raça/cor, idade < 35 anos e revelação do *status* sorológico para HIV, tendo como resultado do pseudo R² o valor de 0,1880 (Tabela 3).

Tabela 2

Análise bivariada relacionada à retenção aos nove meses entre travestis e mulheres trans HIV+. Projeto TransAmigas, São Paulo, Brasil, 2018-2019 (n = 113).

Variáveis	Retornou				OR	Valor de p	IC95%
	Não (n)	%	Sim (n)	%			
Idade (anos)						0,087	
< 35	26	35,6	47	64,4	1,00		
≥ 35	8	20,0	32	80,0	2,21		0,889-5,502
Escolaridade (anos de estudo concluídos)						0,012	-
< 12	28	38,4	45	61,6	1,00		-
≥ 12	6	15,0	34	85,0	3,53		1,313-9,468
Raça/Cor						0,615	-
Branca	8	22,2	28	77,8	1,00		-
Preta	5	38,5	8	61,5	0,46	0,261	0,116-1,791
Parda	18	33,3	36	66,7	0,57	0,257	0,216-1,504
Outra	3	30,0	7	70,0	0,67	0,611	0,139-3,185
Renda mensal <i>per capita</i> (salários mínimos)						0,563	-
< 1	14	33,3	28	66,7	1,00		-
1 ou mais	20	28,2	51	71,8	1,28		0,559-2,906
Está em relacionamento						0,488	-
Não	23	32,4	48	67,6	1,00		-
Sim	11	26,2	31	73,8	1,35		0,577-3,155
Situação de moradia						0,128	-
Instável	12	41,4	17	58,6	1,00		-
Estável	22	26,2	62	73,8	1,99		0,821-4,818
Probabilidade de ter um transtorno de saúde mental (escala K10)						0,909	-
Probabilidade de não ter transtorno leve ou moderado	22	29,7	52	70,3	1,00		-
Probabilidade de ter transtorno mental grave	12	30,8	27	69,2	0,95		0,409-2,211
Frequência de uso de álcool						0,496	-
1 vez por mês ou menos	17	27,4	45	72,6	1,00		-
2 vezes por mês ou mais	17	33,3	34	66,7	0,76		0,337-1,692
Uso de substâncias ilícitas nos últimos seis meses						0,059	-
Não	7	18,4	31	81,6	1,00		-
Sim	27	36,0	48	64,0	0,40		0,155-1,033
Já teve ideia suicida ou já tentou suicídio						0,847	-
Não	20	29,4	48	70,6	1,00		-
Sim	14	31,1	31	68,9	0,92		1,424-4,043
Já experimentou violência verbal por ser trans?						0,825	-
Não	3	33,3	6	66,7	1,00		-
Sim	31	29,8	73	70,2	1,18		0,276-5,01
Já experimentou violência sexual por ser trans?						0,275	-
Não	16	25,8	46	74,2	1,00		-
Sim	18	35,3	33	64,7	0,64		0,284-1,431
Retificação do nome nos documentos						0,898	-
Não	25	29,8	59	70,2	1,00		-
Sim	9	31,0	20	69,0	0,94		0,377-2,352
Escore de afirmação de gênero [média = 0,0098; DP = 0,9078]					1,57	0,061	0,98-2,53
Revelação do <i>status</i> sorológico HIV						0,816	-
Não	5	27,8	13	72,2	1,00		-
Sim	29	30,5	66	69,5	0,88		0,2856-2,683

(continua)

Tabela 2 (continuação)

Variáveis	Não retornou		Retornou		OR	Valor de p	IC95%
	Não (n)	%	Sim (n)	%			
Braço do estudo						0,497	-
Controle	13	34,2	25	65,8	1,00		-
Intervenção com navegadora de pares	21	28,0	54	72,0	1,34		0,578-3,093
Contato telefônico aos três meses						< 0,001	-
Não	17	65,4	9	34,6	1,00		-
Sim	17	19,5	70	80,5	7,78		2,959-20,44

DP: desvio padrão; IC95%: intervalo de 95% de confiança; OR: *odds ratio*.

Tabela 3

Modelo multivariado de retenção aos nove meses entre travestis e mulheres trans HIV+. Projeto TransAmigas, São Paulo, Brasil, 2018-2019 (n = 113).

Variáveis	Retenção aos nove meses				OR	IC95%
	Não		Sim			
	n	%	n	%		
Idade (anos)						
< 35	26	35,6	47	64,4	1,00	-
≥ 35	8	20,0	32	80,0	1,42	0,50-4,04
Raça/Cor						
Branca	8	22,2	28	77,8	1,00	-
Preta	5	38,5	8	61,5	0,90	0,17-4,73
Parda	18	33,3	36	66,7	1,02	0,32-3,31
Outra	3	30,0	7	70,0	0,90	0,16-5,08
Escolaridade (anos de estudo concluídos)						
< 12	28	38,4	45	61,6	1,00	-
≥ 12	6	15,0	34	85,0	3,26	1,02-10,42
Contato telefônico aos três meses						
Não	17	65,4	9	34,6	1,00	-
Sim	17	19,5	70	80,5	6,15	2,16-17,51
Revelação do <i>status</i> sorológico HIV						
Não	5	27,8	13	72,2	1,00	-
Sim	29	30,5	66	69,5	0,87	0,22-3,49
Escore de afirmação de gênero					1,37	0,80-2,34

IC95%: intervalo de 95% de confiança; OR: *odds ratio*.

Nota: pseudo R² = 0,1880.

Discussão

Diante dos desafios de recrutar e reter TrMT vivendo com HIV, uma população altamente vulnerabilizada, o indicador de retenção observado no TransAmigas atingiu o valor esperado, de acordo com o hipotetizado durante a elaboração do estudo. Esses indicadores têm sido utilizados em diversos estudos de intervenção para identificar fatores que podem interferir nas análises de aceitabilidade e factibilidade, especialmente em populações estigmatizadas ³⁶. Em estudos realizados na África subsaariana ^{37,38,39,40}, nos Estados Unidos ⁴¹ e no Brasil ⁴², com populações de homens que fazem

sexo com homens (HSH) e TrMT, foi observada grande variabilidade (50%-93%) nesses indicadores, a depender do desenho, do tipo e das características da população, do local e do contexto. Em razão disso, variam os métodos de cálculo, como os que consideram visitas intermediárias ou que utilizam desfechos categóricos não binários.

Neste estudo, foi observada associação estatisticamente significativa entre retenção aos nove meses e escolaridade ≥ 12 anos e resposta à chamada telefônica aos três meses. Em pesquisas com populações diversas, a escolaridade se mostra consistentemente associada à retenção⁴¹, sugerindo a existência de fatores estruturais que não afetam exclusivamente a população de TrMT. No Brasil, a educação básica, oferecida gratuitamente pelo Estado, compreende 12 anos de estudo concluídos, entre Ensino Fundamental e Médio. A escolaridade deve ser, no entanto, interpretada à luz de outros determinantes estruturais. Especialmente no caso de TrMT, baixo acesso e permanência são permeados por efeitos do percurso biográfico, do suporte familiar e de experiências de transfobia, além da necessidade de trabalho precoce^{43,44}. A escolaridade é, portanto, um preditor independente de retenção, seja por um melhor entendimento dos procedimentos, maior organização para o retorno ou uma posição social que permite o dispêndio de tempo e o deslocamento que a retenção exige. Ao mesmo tempo, ela figura entre os fatores que explicam maior retenção em estudos com populações de TrMT e HSH, bem como a percepção de maior segurança e abertura proporcionada pelo ambiente de pesquisa para falar sobre a própria sexualidade^{37,38,42}.

A associação entre o desfecho e a resposta à chamada telefônica aos três meses pode indicar que essa estratégia aumenta a retenção em estudos longitudinais, dado o maior contato com a equipe de pesquisa, independentemente dos procedimentos da intervenção. Por outro lado, pode refletir uma confluência de outros fatores que determinam a resposta à chamada telefônica, como estabilidade de moradia, renda fixa, inserção no mercado de trabalho, acesso a um telefone próprio e segurança patrimonial, ainda que tais condições não tenham sido associadas ao desfecho. Alguns estudos apontam a importância de possuir um telefone celular para maior retenção de populações de difícil acesso, assim como o uso de mídias sociais, espaços seguros e pesquisadores/as devidamente capacitados/as para o estabelecimento de vínculo^{36,39,45}. Outro estudo sobre profilaxia pré-exposição (PrEP) entre HSH e TrMT, com múltiplas visitas, observou que o retorno no início foi um preditor significativo de retornos a longo prazo⁴². Esse achado pode ser análogo ao efeito do contato telefônico precoce encontrado no projeto TransAmigas.

Não foi observada associação entre o desfecho (retenção no estudo aos nove meses) e as seguintes variáveis: braço de estudo, raça/cor, idade e nome retificado em documentos pessoais. A não associação entre “pertencer ao grupo intervenção” e uma maior retenção sugere a necessidade de tratar distintamente a retenção ao estudo e a retenção à navegação/intervenção. Apesar de o cálculo da retenção à navegação e a exploração de fatores associados fugirem do escopo deste artigo, é possível que os diferentes contextos nos quais se deram a intervenção e os procedimentos de pesquisa sustentem essa distinção. Enquanto a intervenção foi conduzida por TrMT vivendo com HIV, os procedimentos de recrutamento, a inscrição e as entrevistas aconteceram em um serviço de saúde, por uma equipe de entrevistadoras cisgênero com escolaridade superior. Ressalta-se que apenas as visitas ao espaço de pesquisa (*baseline* e aos nove meses) foram ressarcidas. Por outro lado, a navegação de pares requer uma formação de vínculo, com contatos mais frequentes. Além disso, permitem o compartilhamento de experiências potencialmente únicas à população de TrMT.

As variáveis “idade” e “raça/cor”, por sua vez, não tiveram efeito significativo no projeto TransAmigas, apesar de serem classicamente associadas à maior retenção em estudos longitudinais, possivelmente devido ao tamanho da amostra. Também não esteve significativamente associado ao desfecho “ter o nome retificado em documentos pessoais”, direito legalmente garantido no Brasil. A discriminação e o desrespeito ao nome retificado/preferido são práticas observadas em todos os níveis de atenção à saúde¹⁷, configurando uma barreira de acesso aos serviços e um preditor de pior saúde mental⁴⁶. É possível que o ambiente acolhedor e a equipe de pesquisa, sensível e capacitada para receber as participantes, tenham evitado práticas transfóbicas.

Optou-se por acrescentar uma análise qualitativa a fim de avaliar o efeito do estigma sobre a retenção de TrMT. Esse processo se expressa, principalmente, quando expectativas sociais pautadas na heteronormatividade entram em conflito com a identidade e a expressão de gênero, levando a situações de discriminação e violência⁴⁷. Além disso, outros fatores como classe social e raça/cor operam

de maneira conjunta e se exacerbam mutuamente, reforçando desigualdades sociais e disparidades de saúde, com consequências, inclusive, no acesso aos serviços de saúde ⁴⁸.

A abordagem qualitativa, ainda que apresente desafios para a operacionalização de fenômenos como gênero, raça/cor e classe, incorporados na análise, permite uma compreensão mais abrangente do objeto em investigação, além de melhor leitura e interpretação desse objeto, o que amplia a capacidade de atuar e transformar a realidade ⁴⁹.

A equipe de pesquisa buscou estratégias para compreender as razões que levavam algumas participantes a não se vincularem de modo regular à navegação. Nesses casos, buscaram-se formas de intervir, considerando características e demandas particulares das participantes e ofertando, inclusive, a possibilidade de mudança de NP, quando necessário.

Limitações

Destacam-se como limitações deste estudo a escolha da amostragem por conveniência em vez de métodos tradicionalmente usados em estudos com populações de difícil acesso, como *respondent-driven sampling* (RDS) ou *snowball*, em que participantes pré-selecionados/as recrutam outros/as de forma a compor a amostra desejada ^{50,51,52}. Tratando-se de um projeto-piloto, cujo objetivo era avaliar a factibilidade e a aceitabilidade da navegação por pares, e considerando a limitação de recursos e tempo, que resultaram em uma amostra pequena, a opção por recrutar participantes em um mesmo serviço asseguraria que potenciais vieses relacionados à organização e à qualidade do cuidado fossem eliminados. Adicionalmente, pessoas com diagnóstico recente da infecção pelo HIV que não tenham iniciado tratamento ou estejam em abandono são difíceis de serem incorporadas em amostragens que têm por base as redes de relações sociais das próprias participantes, como RDS, ou recrutadas em locais de sociabilidade, como *time-location sampling* (TLS). Por outro lado, essa opção pode ter influenciado a amostra final, visto que foi recrutado um número maior de participantes já vinculadas aos serviços de saúde, possivelmente mais propensas a aderir ao tratamento e aos procedimentos da pesquisa.

Conclusões

A identificação de fatores associados à retenção em pesquisas tem sido considerada fundamental para o alcance de resultados mais promissores. Neste estudo, além dos resultados satisfatórios obtidos, foram associados à retenção “manter contato temporário com a equipe de pesquisa” e “ter nível de Ensino Superior”, com algumas evidências de que o uso de drogas também desempenha um papel.

As estratégias de aproximação implementadas, como atividades coletivas em espaços públicos, geraram experiências de maior vinculação entre a equipe, as participantes e as NP. Dessa forma, sugere-se que essas estratégias sejam incluídas entre as orientações que contribuem para fortalecer a retenção.

Recomenda-se que pesquisas futuras com TrMT incluam contato em intervalos regulares, com atenção adicional para participantes com menor escolaridade. Além disso, para dimensionar e reduzir potenciais perdas, é importante utilizar ferramentas de monitoramento que disponibilizem dados em tempo oportuno, contribuindo para a adaptação de estratégias de retenção ao estudo. Em consonância com a literatura atual, à luz do modelo de afirmação de gênero ^{30,31}, recomenda-se, ainda, que seja considerada a multidimensionalidade de fenômenos que podem causar prejuízos à saúde, buscando o suporte das políticas intersetoriais já existentes e instigando o desenvolvimento de novas políticas, se necessário. Por fim, é importante que os resultados dos estudos sejam apresentados às populações envolvidas em ambientes menos formais, utilizando linguagem acessível, de forma a engajar e construir lideranças e organizações comunitárias que se tornem parte da construção de soluções.

Colaboradores

K. C. Bassichetto contribuiu na concepção do estudo, análise e interpretação dos dados e resultados, redação e revisão crítica e aprovou a versão final. G. S. R. Saggese contribuiu na concepção do estudo, análise e interpretação dos dados e resultados, redação e revisão crítica e aprovou a versão final. L. F. Maschião contribuiu na concepção do estudo, análise e interpretação dos dados e resultados, redação e revisão crítica e aprovou a versão final. P. G. C. Carvalho contribuiu na revisão crítica e aprovou a versão final. H. Gilmore contribuiu na concepção do estudo, análise e interpretação dos dados e resultados e revisão crítica e aprovou a versão final. J. Sevelius contribuiu na concepção do estudo, análise e interpretação dos dados e resultados e revisão crítica e aprovou a versão final. S. A. Lippman contribuiu na concepção do estudo, análise e interpretação dos dados e resultados e revisão crítica e aprovou a versão final. M. A. S. M. Veras contribuiu na concepção do estudo, análise e interpretação dos dados e resultados, redação e revisão crítica e aprovou a versão final.

Informações adicionais

ORCID: Katia Cristina Bassichetto (0000-0003-3645-025X); Gustavo Santa Roza Saggese (0000-0003-0406-3271); Luca Fasciolo Maschião (0000-0001-5736-9368); Paula Galdino Cardin de Carvalho (0000-0002-0756-4920); Hailey Gilmore (0000-0002-1584-3233); Jae Sevelius (0000-0002-8318-038X); Sheri A. Lippman (0000-0003-3152-9372); Maria Amélia de Sousa Mascena Veras (0000-0002-1159-5762).

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Mark Guimarães (Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais) por ministrar a disciplina “Seminários Especiais em Epidemiologia: Análise e Interpretação de Dados”, no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, e orientar a concepção inicial da análise deste artigo. Ao Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos (NIH; projeto sob nº R34, processo MH112177/MH/NIMH) pelo financiamento.

Referências

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. In danger: UNAIDS Global AIDS Update 2022. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2022.
2. Baral SD, Poteat T, Strömdahl S, Wirtz AL, Guadamuz TE, Beyrer C. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis* 2013; 13:214-22.
3. Sevelius JM, Patouhas E, Keatley JG, Johnson MO. Barriers and facilitators to engagement and retention in care among transgender women living with human immunodeficiency virus. *Ann Behav Med* 2014; 47:5-16.
4. Baguso GN, Turner CM, Santos G-M, Raymond HF, Dawson-Rose C, Lin J, et al. Successes and final challenges along the HIV care continuum with transwomen in San Francisco. *J Int AIDS Soc* 2019; 22:e25270.
5. Hughto JMW, Resiner SL, Pachankis JE. Transgender stigma and health: a critical review of stigma. *Soc Sci Med* 2015; 147:222-31.
6. Rocon PC, Rodrigues A, Zamboni J, Pedrini MD. Difficulties experienced by trans people in accessing the Unified Health System. *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21:2517-25.
7. Nadal KL, Davidoff KCBS, Fujii-Doe WMA. Transgender women and the sex work industry: roots in systemic, institutional, and interpersonal discrimination. *J Trauma Dissociation* 2014; 15:169-83.
8. Pelúcio L. Abjeção e desejo: uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo de aids. São Paulo: Annablume Editora/Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo; 2009.
9. Poteat T, Scheim BA, Xavier J, Reisner S, Baral S. Global epidemiology of HIV infection and related syndemics affecting transgender people. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2016; 72 Suppl 3:S210-9.
10. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2021; número especial. <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2021/boletim-epidemiologico-especial-hiv-aids-2021.pdf/view> (acessado em 27/Mar/2023).
11. Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, Ministério da Saúde. Sou +, estou indetectável. <http://antigo.aids.gov.br/indetectavel/> (acessado em 27/Mar/2023).
12. Montenegro L, Velasque L, LeGrand S, Whetten K, Rafael RMR, Malta M. Public health, HIV care and prevention, human rights and democracy at a crossroad in Brazil. *AIDS Behav* 2020; 24:1-4.
13. Berkman A, Garcia J, Muñoz-Laboy M, Paiva V, Parker R. A critical analysis of the Brazilian response to HIV/AIDS: lessons learned for controlling and mitigating the epidemic in developing countries. *Am J Public Health* 2005; 95:1162-72.

14. Baguso GN, Gay CL, Lee KA. Medication adherence among transgender women living with HIV. *AIDS Care* 2016; 28:976-81.
15. Amorim ACPS, Rocha TS, Diniz DMFA. Evasão escolar de mulheres trans e travestis: uma análise acerca da (in)existência de políticas públicas educacionais. In: VI Congresso Nacional de Educação. <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/60450> (acessado em 04/Set/2022).
16. Bockting W, MacCrate C, Israel H, Mantell JE, Remien RH. Engagement and retention in HIV care for transgender women: perspectives of medical and social service providers in New York City. *AIDS Patient Care STDS* 2020; 34:16-26.
17. Sevelius J, Murray LR, Fernandes NM, Veras MA, Grinsztejn B, Lippman S. Optimising HIV programming for transgender women in Brazil. *Cult Health Sex* 2019; 21:543-58.
18. Sevelius JM, Carrico A, Johnson MO. Antiretroviral therapy adherence among transgender women living with HIV. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2010; 21:256-64.
19. Lippman SA, Shade SB, Sumitani J, DeKadt J, Gilvydis JM, Rathhagana MJ, et al. Evaluation of short message service and peer navigation to improve engagement in HIV care in South Africa: study protocol for a three-arm cluster randomized controlled trial. *Trials* 2016; 17:68.
20. Karver TS, Barrington C, Donastorg Y, Perez M, Gomez H, Page KR, et al. Exploring peer navigation and support in the quality of HIV care experiences of female sex workers in the Dominican Republic. *BMC Health Serv Res* 2022; 22:56.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. São Paulo. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-paulo/panorama> (acessado em 10/Nov/2022).
22. Sposati A, Monteiro M, Koga D, Ramos FR, Anazawa TM, Coelho G. Desigualdades nos territórios da cidade: métricas sociais intraurbanas em São Paulo. São Paulo: Educ; 2017.
23. Simões J, Facchini R. Na trilha do arco-íris: do movimento homossexual ao LGBT. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; 2009.
24. Conselho Nacional de Justiça. Resolução nº 175, de 14 de maio de 2013. Dispõe sobre a habilitação, celebração de casamento civil, ou de conversão de união estável em casamento, entre pessoas de mesmo sexo. <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/1754> (acessado em 10/Nov/2022).
25. Conselho Nacional de Justiça. Provimento nº 73, de 28 de junho de 2018. Dispõe sobre a averbação da alteração do prenome e do gênero nos assentos de nascimento e casamento de pessoa transgênero no Registro Civil das Pessoas Naturais (RCPN). <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/2623> (acessado em 10/Nov/2022).
26. Pinto TP, Teixeira FB, Barros CRS, Martins RB, Saggese GSR, Barros DD, et al. Silicone líquido industrial para transformar o corpo: prevalência e fatores associados ao seu uso entre travestis e mulheres transexuais em São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2017; 33:e00113316.
27. Ferreira ACG, Coelho LC, Jalil EM, Luz PM, Friedman RK, Guimarães MRC, et al. Transcendendo: a cohort study of HIV-infected and uninfected transgender women in Rio de Janeiro, Brazil. *Transgend Health* 2019; 4:107-17.
28. Silva RAD, Silva LAVD, Soares F, Dourado I. Uso de hormônios não prescritos na modificação corporal de travestis e mulheres transexuais de Salvador/Bahia, Brasil. *Ciênc Saúde Colet* 2022; 27:503-14.
29. Maschião LF, Bastos FI, Wilson E, McFarland W, Turner C, Pestana T, et al. Nonprescribed sex hormone use among trans women: the complex interplay of public policies, social context, and discrimination. *Transgend Health* 2020; 5:205-15.
30. Sevelius J, Chakravarty D, Neilands TB, Keatley J, Shade SB, Johnson MO, et al. Evidence for the Model of Gender Affirmation: the role of gender affirmation and healthcare empowerment in viral suppression among transgender women of color living with HIV. *AIDS Behav* 2021; 25 Suppl 1:64-71.
31. Reisner SL, Poteat T, Keatley J, Cabral M, Mothopeng T, Dunham E, et al. Global health burden and needs of transgender populations: a review. *Lancet* 2016; 388:412-36.
32. Lippman S, Sevelius J, Saggese GSR, Gilmore H, Bassichetto KC, Barros DD, et al. Peer navigation to support transgender women's engagement in HIV care: findings from the Trans Amigas Pilot Trial in São Paulo, Brazil. *AIDS Behav* 2022; 26:2588-99.
33. Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ, Epstein JF, Gfroerer JC, Hiripi E, et al. Screening for serious mental illness in the general population. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60:184-9.
34. Weng H-Y, Hsueh Y-H, Messam LLM, Hertz-Picciotto I. Methods of covariate selection: directed acyclic graphs and the change-in-estimate procedure. *Am J Epidemiol* 2009; 169:1182-90.
35. Miles MB, Huberman MA, Saldaña J. *Qualitative data analysis: a methods sourcebook*. Los Angeles: SAGE; 2020.
36. Siskind RL, Andrasik M, Karuna ST, Broder GB, Collins C, Liu A, et al. Engaging transgender people in NIH-Funded HIV/AIDS clinical trials research. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2016; 72 Suppl 3:S243-7.
37. Wahome EW, Graham SM, Thiong'o AN, Mohamed K, Oduor T, Gichuru E, et al. Risk factors for loss to follow-up among at-risk HIV negative men who have sex with men participating in a research cohort with access to pre-exposure prophylaxis in coastal Kenya. *J Int AIDS Soc* 2020; 23 Suppl 6:e25593.

38. Sandfort TGM, Hamilton EL, Marais A, Guo X, Sugarman J, Chen YQ, et al. The feasibility of recruiting and retaining men who have sex with men and transgender women in a multinational prospective HIV prevention research cohort study in sub-Saharan Africa (HPTN 075). *J Int AIDS Soc* 2020; 23 Suppl 6:e25600.
39. Kayode BO, Mitchell A, Ndembi N, Kokogho A, Ramadhani HO, Adebajo S, et al. Retention of a cohort of men who have sex with men and transgender women at risk for and living with HIV in Abuja and Lagos, Nigeria: a longitudinal analysis. *J Int AIDS Soc* 2020; 23 Suppl 6:e25592.
40. Crowell TA, Fast PE, Bekker LG, Sanders EJ. Involvement of African men and transgender women who have sex with men in HIV research: progress, but much more must be done. *J Int AIDS Soc* 2020; 23 Suppl 6:e25596.
41. Kuhns LM, Vazquez R, Ramirez-Valles J. Researching special populations: retention of Latino gay and bisexual men and transgender persons in longitudinal health research. *Health Educ Res* 2008; 23:814-25.
42. Grinsztejn B, Hoagland B, Moreira RI, Kallas EG, Madruga JV, Goulart S, et al. Retention, engagement, and adherence to pre-exposure prophylaxis for men who have sex with men and transgender women in PrEP Brasil: 48 week results of a demonstration study. *Lancet HIV* 2018; 5:e136-45.
43. Reisner S, Keatley J, Baral S. Transgender community voices: a participatory population perspective. *Lancet* 2016; 388:327-30.
44. Gonzalez Júnior JLG. Experiências escolares de transexuais e travestis participantes do Projeto Muriel em São Paulo: um estudo qualitativo [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2019.
45. Kunzweiler C, Bailey RC, Okall DO, Graham SM, Mehta SD, Otieno-Nyunya B, et al. Enrollment characteristics associated with retention among HIV negative Kenyan gay, bisexual and other men who have sex with men enrolled in the Anza Mapema cohort study. *J Int AIDS Soc* 2020; 23 Suppl 6:e25598.
46. Scheim AI, Perez-Brumer AG, Bauer GR. Gender-concordant identity documents and mental health among transgender adults in the USA: a cross-sectional study. *Lancet Public Health* 2020; 5:e196-203.
47. Magno L, Dourado I, Silva LAV. Estigma e resistência entre travestis e mulheres transexuais em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2018; 34:e00135917.
48. Lacombe-Duncan A. An intersectional perspective on access to HIV-related healthcare for transgender women. *Transgend Health* 2016; 1:137-41.
49. Mello L, Gonçalves E. Diferença e interseccionalidade: notas para pensar práticas em saúde. *Revista Cronos* 2010; 11:163-73.
50. Heckathorn D. Respondent-driven sampling: a new approach to the study of hidden populations. *Social Problems* 1997; 44:174-99.
51. Volz E, Heckathorn D. Probability based estimation theory for respondent-driven sampling. *Journal of Official Statistics* 2008; 24:79-97.
52. Goodman L. Snowball sampling. *Annals of Mathematical Statistics* 1961; 32:148-70.

Abstract

Travestis and transgender women (TrTGW) constitute the groups with the highest HIV prevalence in the world, with higher probability of infection compared with the general population and lower adherence to prevention and treatment strategies than other vulnerable groups. Considering these challenges, this study describes the factors associated with the retention of TrTGW with HIV to the TransAmigas project. Participants were recruited from April 2018 to September 2019 in a public health service in São Paulo, Brazil. A total of 113 TrTGW were randomly assigned to either a peer navigation intervention (75) or a control group (38) and followed up for nine months. To analyze the association between the selected variables and the outcome ("retention at nine months", regardless of contact at three months, defined by the "full completion of the final questionnaire"), bivariate and multivariate logistic regression models were used. Peer contact forms were qualitatively assessed to validate and complement the previous selection of quantitative component variables. Of the 113 participants, 79 (69.9%) participated in the interview after nine months, of which 54 (72%) were from the intervention group and 25 (66%) from the control group. In the final multivariate model, contact at three months (adjusted odds ratio – aOR = 6.15; 95% confidence interval – 95%CI: 2.16-17.51) and higher schooling level (≥ 12 years) (aOR = 3.26; 95%CI: 1.02-10.42) remained associated with the outcome, adjusted by race/skin color, age ≤ 35 years, and HIV serostatus disclosure. Future studies with TrTGW should include contact at regular intervals, with additional efforts aimed at participants with lower schooling level.

Transgender Persons; Transvestism; HIV Infections; Vulnerable Populations; Longitudinal Studies

Resumen

La población de travestis y mujeres trans (TrMT) está en los grupos con mayor prevalencia de VIH en el mundo, con mayor probabilidad de infección en comparación con la población general y menor adherencia a las estrategias de prevención y tratamiento que otros grupos vulnerables. Ante estos desafíos, describimos los factores asociados a la retención de TrMT con VIH en el proyecto TransAmigas. La selección ocurrió entre abril de 2018 y septiembre de 2019, en un servicio público de salud de São Paulo, Brasil. Se inscribieron 113 TrMT, a las cuales se asignaron aleatoriamente a una intervención de navegador de pares (75) o a un grupo control (38) y se les dio seguimiento durante 9 meses. Para analizar la asociación entre las variables seleccionadas y el resultado ("retención a los nueve meses" independientemente del contacto a los 3 meses, definido por "respuesta completa al cuestionario final"), se utilizaron modelos de regresión logística bi- y multivariante. Se realizó una exploración cualitativa de los formularios de contacto de pares para validar y complementar la selección previa de las variables en el componente cuantitativo. De las 113 participantes, 79 (69,9%) respondieron a la entrevista de los 9 meses, de las cuales 54 (72%) pertenecían al grupo intervención y 25 (66%) al grupo control. En el modelo multivariante final, el contacto a los 3 meses (odds ratio ajustado – ORa = 6,15; intervalo de 95% de confianza – IC95%: 2,16-17,51) y un alto nivel de instrucción (≥ 12 años) (ORa = 3,26; IC95%: 1,02-10,42) permanecieron asociados con el resultado, ajustado por etnia/color, edad < 35 años y divulgación del estado serológico respecto al VIH. Los futuros estudios con la población TrMT deberán incluir contacto a intervalos regulares, con esfuerzos adicionales dirigidos a las participantes con menor nivel de instrucción.

Mujer Transexual; Travestido; Infecciones por VIH; Poblaciones Vulnerables; Estudios Longitudinales

Recebido em 08/Ago/2022

Versão final reapresentada em 23/Fev/2023

Aprovado em 27/Fev/2023