

University of Dundee

Cuidado da população LGBTQIA+ em Situação de Rua para redução das vulnerabilidades ao HIV/Aids

Cunha Alves de Freitas, Vivien ; Pinheiro, Ana Karina Bezerra; Rodriguez, Andrea

Published in:
População em situação de rua

DOI:
[10.18310/9788554329631](https://doi.org/10.18310/9788554329631)

Publication date:
2022

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in Discovery Research Portal](#)

Citation for published version (APA):

Cunha Alves de Freitas, V., Pinheiro, A. K. B., & Rodriguez, A. (2022). Cuidado da população LGBTQIA+ em Situação de Rua para redução das vulnerabilidades ao HIV/Aids. In N. R. D. A. Nunes, M. D. C. M. Senna, & G. B. Cinacchi (Eds.), *População em situação de rua: abordagens interdisciplinares e perspectivas intersetoriais* (pp. 169-189). Editora Rede Unida. <https://doi.org/10.18310/9788554329631>

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in Discovery Research Portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from Discovery Research Portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain.
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.



Cuidado da População LGBTQIA+ em Situação de Rua para redução das vulnerabilidades ao HIV/AIDS

*Vívien Cunha Alves de Freitas
Ana Karina Bezerra Pinheiro
Andrea Rodriguez*



Objetivou-se identificar, na literatura, as estratégias de cuidado utilizadas para população LGBTQIA+ em situação de rua para redução das vulnerabilidades ao HIV/aids. Revisão integrativa da literatura seguindo as etapas: formulação do problema, coleta, avaliação, análise, interpretação dos dados. Para a formulação do problema principal, utilizou-se a estratégia PICO, chegando-se à questão: "Quais as evidências disponíveis sobre as estratégias de cuidado utilizadas para a redução das vulnerabilidades ao HIV/aids da população LGBTQIA+ em situação de rua?".

Após as buscas, foram selecionados 10 estudos. O ano de publicação dos artigos variou de 2013 a 2020. A literatura analisada dispõe sobre vulnerabilidades ao HIV/aids das populações-chave, porém são principalmente voltadas para grupos de Homens que fazem sexo com Homens, pessoas transgênero e profissionais do sexo. A população em situação de rua não foi priorizada nas pesquisas. As vulnerabilidades individuais ao HIV/aids foram: uso de drogas injetáveis, alterações de saúde mental e baixo status socioeconômico. O estigma, marginalização, discriminação, sentimento de rejeição, a falta de apoio na comunidade e na família, elevado número de parcerias sexuais foram identificados como vulnerabilidades sociais.

As vulnerabilidades programáticas foram relacionadas ao acesso limitado aos serviços de saúde, discriminação, não preparo dos profissionais de saúde em lidar com populações vulneráveis, ausência de protocolos de atendimento que abordem as causas mais sensíveis da população e a violência institucional. As estratégias utilizadas para a redução de vulnerabilidades ao HIV/aids consistiram em métodos de educação em saúde.

Os resultados das estratégias demonstraram que houve impactos positivos, pois houve maior frequência da população nos serviços de saúde, maior frequência de uso de preservativo, redução de parceiros sexuais eventuais e redução

de compartilhamento de agulhas e seringas no uso de drogas injetáveis. Houve impacto também na melhoria da assistência em saúde, aumento na detecção do HIV, com oferta de mais testes, e início do tratamento precoce.

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

As pessoas lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis, *queers*, intersexos e assexuais (LGBTQIA+) integram parte dos segmentos populacionais com maior vulnerabilidade ao HIV/aids e que, no Brasil, apresentam uma prevalência de 0,4% superior à média nacional de infecção pelo HIV. Fazem ainda parte das populações-chave: profissionais do sexo, pessoas que usam drogas injetáveis, pessoas em privação de liberdade e pessoas em situação de rua (Brasil, 2018).

Os países que apresentam maior número absoluto de pessoas em situação de rua (PSR), incluem os Estados Unidos, Canadá, França, Austrália e, em quinto lugar, o Brasil com número superior a 100 mil pessoas (Natalino, 2016 & OECD, 2017).

A PSR é predominantemente do sexo masculino (81,3%), com média de 36 anos de idade e com baixa escolaridade, que vivem exclusão social, atingindo um padrão de marginalização. Quanto aos serviços de saúde, a maioria da PSR tem acesso limitado, principalmente, os de cunho preventivo (Elwell-Sutton *et al.*, 2017 & Health Quality Ontario, 2016), o que se tem revelado um obstáculo à promoção de saúde, contribuindo para o adoecimento e morte prematura (Montgomery, Szymkowiak & Culhane, 2017).

Considerados vulneráveis ao HIV/aids, a PSR merece atenção específica das ações de saúde. Alguns fatores estão inseridos de modo adjacente à vulnerabilidade, tais como a falta de conhecimentos e habilidades para proteção individual e coletiva, dificuldades na acessibilidade, qualidade e cobertura dos serviços de saúde, além dos fatores restritivos, como a violação dos direitos humanos, normas sociais e culturais prejudiciais as quais incluem práticas e crenças que podem estigmatizar algumas populações (UNAIDS, 2020).

No Brasil, apesar do aumento da PSR (Natalino, 2016), há uma invisibilidade das pessoas LGBTQIA+ em situação de rua nas discussões científicas, políticas públicas e serviços de saúde. A necessidade desse debate relaciona-se com o fortalecimento das discussões no ambiente social e acadêmico sobre o reconhecimento da categoria gênero como um determinante social de saúde (Fundação Instituto de Pesquisa Econômicas [FIPE], 2015).

Em pesquisa realizada por Garcia (2013) com a população LGBTQIA+ em situ-

ação de rua, identificou que há uma sinergia de discriminação e violência e que o uso abusivo de drogas e a vulnerabilidade programática, resultante da precariedade das políticas de assistência, são elementos intimamente associados ao aumento da vulnerabilidade ao HIV/aids.

No Brasil, ainda são poucos os estudos sobre a prevalência do HIV e outras IST em indivíduos em situação de rua. Em 2002 e 2007 foram realizadas pesquisas em São Paulo, epicentro da epidemia do HIV/aids do país. Nesses estudos, foram observadas prevalências variando entre 1,8 a 4,9% para o HIV e 5,7 a 7,0% para sífilis ativa (Brito et al., 2007; Grangeiro et al., 2012; Pinto et al., 2014).

Em relação aos serviços de saúde, os equipamentos sociais públicos, geralmente, não promovem uma política de atendimento que responda às necessidades e demandas da PSR. Os profissionais que atuam nos serviços públicos de saúde, frequentemente, não estão capacitados para o atendimento dessa população, já que desconhecem suas particularidades, homogeneizando-as sob estigmas e rótulos (Lira et al., 2019).

Estudos ressaltam que o acesso aos serviços de saúde da PSR se dá, preferencialmente, pelos serviços de urgência e emergência (Lira et al., 2019 & Oliveira, 2012). Por mais que esses serviços garantam o primeiro atendimento, não se responsabilizam pela continuidade do acompanhamento.

Frente à situação apresentada, o presente estudo é relevante, devendo ser reforçada a inclusão do tema na comunidade científica, inclusive na formação acadêmica da área da saúde, para que conheçam e incorporem o conhecimento às práticas profissionais (Hino, Santos & Rosa, 2018). Nesse sentido, objetiva-se identificar, na literatura, as estratégias de cuidado utilizadas para população LGBTQIA+ em situação de rua para redução das vulnerabilidades ao HIV/aids.

Utilizou-se a revisão integrativa da literatura para buscar informações sobre o conhecimento existente, possibilitando uma compreensão mais abrangente do tema. A revisão integrativa é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos de cunho experimental e não-experimental para uma compreensão completa do objeto analisado (Polit & Beck, 2018). Para a sua elaboração seguiu-se as seguintes etapas: formulação do problema, coleta, avaliação, análise, interpretação dos dados (Mendes; Silveira & Galvão, 2008) e das recomendações previstas no PRISMA Statement (Moher et al., 2009). Foram seguidas as seguintes etapas: escolha e definição do tema (elaboração da questão), busca na literatura (amostragem), critérios para categorização dos estudos (coleta de dados), avaliação dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão.

Para a formulação do problema principal, utilizou-se a estratégia PICO, que norteia a formulação da pergunta e busca na literatura científica, permitindo a locali-

zação precisa e facilitada das informações científicas, com P (paciente ou problema), I (intervenção), C (comparação), O ("outcomes"/resultados) (Mendes, Silveira & Galvão, 2008). Formulou-se: P (população em situação de rua e LGBTQIA+); I (vulnerabilidades ao HIV/aids); C (não utilizado nessa revisão, pois não tem o objetivo de comparar intervenções); O (estratégias utilizadas), chegando-se à seguinte questão: *"Quais as evidências disponíveis sobre as estratégias de cuidado utilizadas para a redução das vulnerabilidades ao HIV/aids da população LGBTQIA+ em situação de rua?"*.

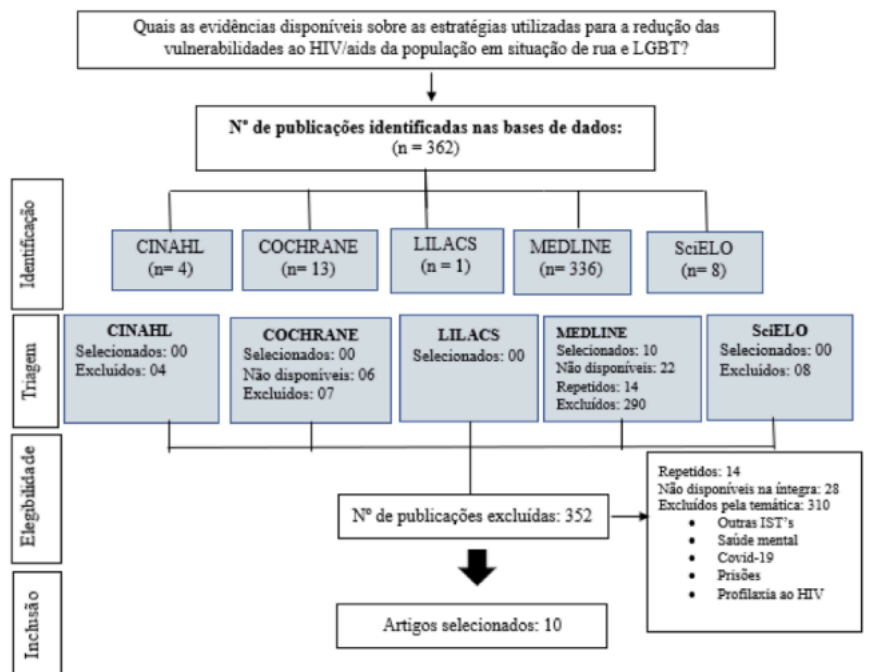
A busca dos artigos foi realizada nos meses de dezembro de 2020 a fevereiro de 2021, em três bases de dados, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), além de duas bibliotecas eletrônicas, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e COCHRANE. Todos os acessos foram realizados por meio do Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), via CAFE (Comunidade Acadêmica Federada).

Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e do Medical Subject Headings (MeSH) da National Library of Medicine: Homeless Persons (Pessoas em Situação de Rua); Health Vulnerability (Vulnerabilidade em Saúde); HIV Infections (Infecções por HIV); Public Health Nursing (Enfermagem em Saúde Pública) e Sexual and Gender Minorities (Minorias Sexuais e de Gênero), associados ao operador booleano AND e sem restrições de idioma.

Foram definidos três cruzamentos para maximizar o tamanho da amostra na temática específica desta revisão: ["Homeless Persons" AND "Health Vulnerability" AND "HIV Infections"]; ["Homeless Persons" AND "HIV Infections" AND "Sexual and Gender Minorities"] e ["Health Vulnerability" AND "HIV Infections" AND "Sexual and Gender Minorities"]. Os critérios de inclusão foram: artigos completos, nos idiomas inglês, português ou espanhol e que respondessem à pergunta norteadora, independente do ano de publicação. Como critérios de exclusão constaram as cartas ao editor, editoriais, artigos repetidos e demais publicações não condizentes à temática.

Os níveis de evidências foram determinados da seguinte maneira: I. Evidências provenientes de revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundos de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; II: Evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado; III: Evidências obtidas de ensaios clínicos sem randomização; IV: Evidências provenientes de estudos de coorte e caso-controle; V. Evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; VI. Evidências derivadas de um estudo descritivo ou qualitativo; VII. Evidências oriundas da opinião de autoridades ou relatório de comitês de especialistas (Melnyk & Fineout-Overholt, 2011).

A partir do cruzamento dos descritores selecionados nas cinco bases de dados encontrou-se um total de 362 artigos. Procedeu-se a leitura do título e resumo para verificar os critérios de inclusão e exclusão propostos. Das publicações 14 eram repetidas, 28 não estavam disponíveis na íntegra e 310 foram excluídas por não se adequarem à temática, totalizando 352 artigos excluídos. Ao final das buscas foram selecionados para esta revisão 10 estudos que contemplavam apropriadamente a pergunta norteadora. O percurso simplificado de busca nas bases e o quantitativo de estudos apurados está descrito na **Figura 2**.



Fonte: Fluxograma de identificação do processo de seleção dos estudos selecionados para compor a revisão integrativa. Fortaleza, CE, 2021.

A descrição dos 10 artigos ocorreu por intermédio de uma abordagem organizada para identificar o rigor e as características de cada estudo, observando, além do nível de evidência, a autoria, o ano de publicação, desenvolvimento metodológico, estratégias utilizadas e desfecho. A discussão dos achados ocorreu com embasamento da literatura científica acerca da temática. Respeitaram-se os escritos dos artigos e os direitos autorais, não havendo modificação do conteúdo encontrado em benefício do estudo proposto.

Desenvolvimento

O ano de publicação dos artigos variou de 2013 a 2020, sendo cinco nos Estados Unidos (Poteat *et al.*, 2015; Martinez *et al.*, 2015; Kuhns *et al.*, 2020; Remien *et al.*, 2015 & Nyamath *et al.*, 2013), dois no Peru (Garcia *et al.*, 2018 & Silva - Santisteban *et al.*, 2016), um na Índia (Ganju & Gaggurti, 2017), Vietnã (Nguyen *et al.*, 2015) e Portugal (Dias *et al.*, 2017).

Quanto ao nível de evidência, encontrou-se a seguinte distribuição: oito estudos no nível VI (Dias *et al.*, 2017; Garcia *et al.*, 2017; Ganju & Gaggurti, 2017; Nguyen *et al.*, 2015; Martinez *et al.*, 2019; Poteat *et al.*, 2015; Silva - Santisteban *et al.*, 2016 & Remien *et al.*, 2015) e duas publicações no nível II (Kuhns *et al.*, 2020 & Nyamath *et al.*, 2013).

A seguir, estão o **Quadro 2** sintetiza as principais informações dos estudos encontrados e, após, foram descritos os tópicos que foram divididos a partir da leitura dos artigos e que analisam as evidências disponíveis sobre as vulnerabilidades ao HIV/aids da população LGBTQIA+ em situação de rua.

Quadro 2 - Caracterização dos estudos quanto ao autor, estratégias de redução das vulnerabilidades, impactos percebidos, nível de vulnerabilidade correspondente e sugestão dos autores. Fortaleza, CE, Brasil, 2021.

Título	Autor/ País/Ano	Objetivos	Delineamento do Estudo/ amostra	População Vulnerável	Nível de Evidência
"And Then Break the Cliché": Understanding and Addressing HIV Vulnerability Through Development of an HIV Prevention Telenovela with Men Who Have Sex with Men and Transwomen in Lima, Peru	Garcia <i>et al.</i> , 2017.	Desenvolver uma intervenção de saúde sexual baseada na comunidade para a prevenção ao HIV ISTs.	Qualitativo (n= 23)	- Homens que fazem sexo com homens (HSH) - Mulheres transgêneros	VI
Stigma, violence and HIV vulnerability among transgender persons in sex work in Maharashtra, India	Ganju; Saggurti, 2017. Índia, 2017.	Explorar o perfil e os padrões de mobilidade das trabalhadoras do sexo transexuais, os determinantes da vulnerabilidade ao HIV e os sistemas de apoio disponíveis.	Qualitativo (n= 68)	Transgêneros envolvidos com o trabalho sexual em Maharashtra, Índia.	VI

Community-led HIV testing services including HIV self-testing and assisted partner notification services in Vietnam: lessons from a pilot study in a concentrated epidemic setting	Nguyen et al., 2015. Vietnã, 2015.	Compreender e avaliar a viabilidade da implementação de um autoteste de detecção de HIV e serviço de notificação assistida para populações específicas.	Transversal (n= 3978)	- Pessoas que injetam drogas; - Homens que fazem sexo com homens; - Profissionais do sexo; - Parceiros de pessoas que vivem com HIV.	VI
Implementation Process and Impacts of a Participatory HIV Research Project with Key Populations.	Dias et al., 2017. Portugal, 2017.	Produzir conhecimento que contribua para a promoção da saúde sexual, reduza a transmissão da infecção pelo HIV e melhore o acesso aos serviços de saúde de HSH e população transexuais.	Qualitativo (n= 21)	- Homens que fazem sexo com Homens (HSH); - Transexuais.	VI
HIV risk and preventive interventions in transgender women sex workers.	Poteat et al., 2015. Estados Unidos, 2015.	Abordar as lacunas do conhecimento que afetam a epidemia de HIV em mulheres transgênero para melhorar os serviços e políticas de prevenção do HIV para essa população.	Revisão integrativa (n= seis publicações)	Mulheres transgênero.	VI
Transhealth Information Project: A Peer-Led HIV Prevention Intervention to Promote HIV Protection for Individuals of Transgender Experience.	Martinez et al., 2019. Estados Unidos, 2019.	Identificar estratégias de engajamento social e estrutural para promover a prevenção e atenção ao HIV.	Qualitativo (n= 80)	População transgênero.	VI
HIV prevention among transgender women in Latin America: implementation, gaps and challenges	Silva-Santisteban et al., 2016. Peru, 2016.	Avaliar o estado da prevenção do HIV entre mulheres trans na América Latina.	Documental (n= 12)	- Lideranças da UNAIDS e da OPAS; - Lideranças de mulheres transgênero.	VI

A randomized controlled efficacy trial of an mHealth HIV prevention intervention for sexual minority young men: MyPEEPS mobile study protocol. (Projeto Piloto)	Kuhns et al., 2020. Estados Unidos, 2020.	Descrever o projeto de um ensaio de intervenção baseado em aplicativo móvel (MyPEEPS) para reduzir o risco sexual de aquisição de HIV entre jovens de 13 a 18 anos.	Ensaio Clínico Randomizado Controlado. (n= 700)	- Jovens cisgênero de minorias racial/étnica	VI
Barriers and Facilitators to Engagement of Vulnerable Populations in HIV Primary Care in New York City	Remien et al., 2015. Estados Unidos, 2015.	Identificar barreiras e os facilitadores de envolvimento na atenção ao HIV entre populações vulneráveis na cidade de Nova York.	Qualitativo. (n= 80)	- Imigrantes africanos; - Adultos previamente encarcerados; - Mulheres transgênero; - Homens que fazem sexo com homens (HSH).	VI
Impact of Nursing Intervention on Improving HIV, Hepatitis Knowledge and Mental Health among Homeless Young Adults	Nyamathi et al., 2013. Estados Unidos, 2013.	Avaliar o impacto de duas intervenções na melhoria do conhecimento sobre HIV, hepatite e saúde mental.	Ensaio piloto randomizado (n= 156) - Jovens em situação de rua e usuários de drogas.	- Jovens em situação de rua e usuários de drogas.	VI

Fonte: Elaborado pelas autoras.

População vulnerável

Oviedo e Czeresnia (2015) indicam que populações vulneráveis sofrem intervenções na capacidade de poder dizer, atuar ou intervir no curso da própria existência.

Nos estudos desta revisão percebeu-se que Homens que fazem Sexo com Homens (HSH), indivíduos transgêneros e profissionais do sexo são os grupos vulneráveis mais pesquisados, em contrapartida, pessoas em situação de rua não foi grupo priorizado.

No Peru, local de desenvolvimento de dois estudos desta revisão (Garcia *et al.*, 2017 & Silva- Santisteban *et al.*, 2016), a prevalência da infecção pelo HIV entre HSH foi estimada entre 12 e 22% e entre mulheres trans chega a 49%.

Outra população vulnerável elencada nos estudos desta revisão foi a de pessoas transgêneros, especialmente mulheres transexuais (Garcia *et al.*, 2017; Martinez

et al., 2019; Poteat *et al.*, 2015; Silva- Santisteban *et al.*, 2016 & Remien *et al.*, 2015). Para esta população os estudos mostraram que as novas infecções entre mulheres transexuais podem representar de 1 a 10% das todas as novas infecções e que a taxa de transmissão pode ser maior do que a de HSH em alguns países, principalmente da América Latina (UNAIDS, 2014).

Uma revisão sistemática e metanálise de estudos que avaliaram a carga de infecção por HIV entre mulheres transgênero identificou que a prevalência de HIV combinada era de 19,1% em mulheres trans em todo o mundo (Baral *et al.*, 2013).

As demais populações vulneráveis consideradas nos estudos que compõe esta revisão incluíram profissionais do sexo e parcerias sexuais de pessoas que vivem com HIV/aids (Nguyen *et al.*, 2015), adultos previamente encarcerados (Remien *et al.*, 2015), pessoas que injetam drogas e em situação de rua (Nyamath *et al.*, 2013).

Vulnerabilidades apresentadas

As vulnerabilidades podem ser classificadas como individuais, sociais e programáticas (Ayres *et al.*, 2003 & Schaurich & Freitas, 2011). A vulnerabilidade individual é caracterizada pelos aspectos biológicos, comportamentais e afetivos que aumentam a suscetibilidade aos desfechos adversos de saúde compreendendo os aspectos biológicos, emocionais, cognitivos (Ayres *et al.*, 2003).

Diversas situações foram discutidas nos estudos como vulnerabilidades individuais a infecção pelo HIV/aids, entre elas: uso de drogas, principalmente injetáveis (Nyamath *et al.*, 2013; Poteat *et al.*, 2015; Remien *et al.*, 2015 & Silva- Santisteban *et al.*, 2016), saúde mental (Poteat *et al.*, 2015 & Remien *et al.*, 2015) e o baixo status socioeconômico (Dias *et al.*, 2017), ocasionando, muitas vezes, o trabalho sexual como a única fonte de renda (Silva- Santisteban *et al.*, 2016).

Usuários de drogas injetáveis são vulneráveis, pois, muitas vezes, apresentam baixa autopercepção de risco com relação ao HIV/aids. Na maioria das vezes trocam sexo por dinheiro ou até mesmo por drogas para suprir a necessidade do seu vício. O uso do preservativo também é pouco frequente neste grupo, seja por não haver um diálogo com seus parceiros ou até mesmo por não ter acesso às ações preventivas nos serviços de saúde (Ghimire *et al.*, 2013).

A vulnerabilidade referente à saúde mental foi relacionada nos estudos a fatores como baixa autoestima, diminuição da autoconfiança, motivação reduzida e menos esperança no futuro. Já a baixa escolaridade também influencia na ocupação profissional. Baixos salários e condições socioeconômicas precárias influenciam no acesso às medidas preventivas e de assistência integral (Reis, Santos & Dantas, 2011), de forma que pode ser considerada um fator de vulnerabilidade e se apresenta como um desafio para a saúde pública, visto que, além de reduzir

os recursos sociais também limita o acesso aos serviços de saúde e, consequentemente, às ações preventivas (Soares *et al.*, 2017).

A vulnerabilidade social refere-se a um conjunto de fatores sociais que determinam o acesso a informações, às possibilidades de assimilação e o poder de incorporá-las a mudanças práticas e que não dependem somente do indivíduo em si, mas de outras estruturas (Ayres *et al.*, 2003).

Os artigos desta revisão elencaram vulnerabilidades sociais que impediam a manutenção de cuidados preventivos ao HIV/aids, tais como, estigma, marginalização, discriminação e sentimento de rejeição (Dias *et al.*, 2017; Ganju & Saggurti, 2017; Martinez *et al.*, 2019; Poteat *et al.*, 2015 & Remien *et al.*, 2015). A falta de apoio na comunidade e na família influenciaram na descontinuidade de cuidados preventivos (Ganju & Saggurti, 2017 & Poteat *et al.*, 2015), além do elevado número de parcerias sexuais sem o uso de preservativo (Dias *et al.*, 2017 & Silva- Santisteban *et al.*, 2016). No estudo de Nyamathi *et al.*, (2013), mais de 50% dos entrevistados tiveram mais de 10 parcerias sexuais na vida, sendo que a maioria (78%), possuía menos de 24 anos de idade.

Estudos apontam alguns dos principais fatores que criam, aumentam e perpetuam o risco de infecção pelo HIV, com destaque para o estigma social, atitudes negativas e lacunas no conhecimento sobre o tema (Feitosa *et al.*, 2018 & Villarinho *et al.*, 2013). Conhecer esses fatores e utilizar intervenções adequadas têm impacto na resposta à epidemia, na garantia de atenção à saúde e no controle de novos casos (Villarinho, *et al.*, 2013).

Dados do estudo de Ganju e Saggurti (2017), realizado com 68 pessoas transgêneros envolvidos no trabalho sexual, revelam que o estigma simbólico (culpar e envergonhar) e a violência eram generalizados, expressos por normas que desvalorizam as trabalhadoras trans, relacionadas a diferenças visíveis de gênero e atividades de rua (mendicância e trabalho sexual). A rejeição da família foi comumente relatada devido ao medo de ser 'envergonhado'. Alguns entrevistados foram expulsos do ambiente doméstico.

No Brasil, há mais de duas décadas, as redes sociais destacam-se nas discussões acerca das IST, conforme disposto na Política Nacional DST/AIDS (Brasil, 1999). Este documento propõe dois modelos de intervenção para o alcance das ações de promoção à saúde e prevenção as IST/aids, nas quais as redes sociais se configuram como fundamentais, considerando a relevância do estabelecimento de vínculos e interação social. Há uma diretriz que propõe que as ações devem fortalecer as redes sociais, a fim de atingir a promoção da saúde e suporte social.

Na pesquisa de Nguyen *et al.*, (2015), visou mobilizar populações-chave para fazer o teste e oferecer acesso aos serviços a parceiros de pessoas vivendo com HIV; o estigma, a discriminação, os horários e locais inconvenientes das instalações

dificultaram os esforços para aumentar a cobertura de testes entre as populações-chave, sendo necessárias abordagens inovadoras para enfrentar essas barreiras e alcançar essas populações.

O apoio familiar é uma das principais formas de suporte social para pessoas em situação de vulnerabilidade, configurando-se um importante fator protetor para o desenvolvimento de transtornos psicossociais como sintomas depressivos e até ideação suicida (Sousa *et al.*, 2016). O envolvimento no cuidado é potencializado quando os desafios sociais enfrentados por grupos vulneráveis são abordados e serviços estão disponíveis, incluindo moradia, saúde mental e tratamento de uso de substâncias (Remien *et al.*, 2015).

A vulnerabilidade programática/institucional está relacionada ao nível de desenvolvimento das políticas e programas para o enfrentamento do HIV/aids. Nesse nível fazem parte a existência de programas de assistência e prevenção que contemplam a população com suas especificidades e diversidades e os recursos sociais necessários para a proteção do indivíduo (Ayres *et al.*, 2003).

Nessa perspectiva de vulnerabilidade os estudos integrantes desta revisão abordaram o acesso limitado ao serviço de saúde, falta de integração ao serviço, principalmente pela discriminação e pelo não preparo dos profissionais de saúde em lidar com questões específicas de populações vulneráveis, a ausência de protocolos de atendimento que abordem as causas mais sensíveis de populações-chave (Ganju & Saggurti, 2017; Martinez *et al.*, 2019; Remien *et al.*, 2015 & Silva-Santisteban *et al.*, 2016) e a violência institucional (Ganju & Saggurti, 2017).

Martinez *et al.*, (2019) no trabalho desenvolvido com mulheres transgênero nos Estados Unidos descreveram a sensação desagradável ao frequentar a unidade de saúde, com sentimento de rejeição e discriminação, culminando na ausência dessa população nos espaços institucionais de saúde. A população transgênero continua a ser afetada de forma desproporcional pelo HIV/aids devido à conjunto de características comportamentais e determinantes sociais da saúde, incluindo discriminação, estigma, encarceramento e falta de acesso a cuidados de saúde abrangentes (Silva- Santisteban *et al.*, 2016).

No estudo de Remien *et al.* (2019) as relações com os profissionais de saúde tiveram um impacto significativo no envolvimento nos cuidados em relação ao HIV de todas as populações. Em geral, uma boa comunicação, atitudes de cuidado e confiança foram essenciais para um envolvimento consistente nos cuidados de HIV, pois, enquanto não se sentiram respeitados ou ouvidos havia desistências no cuidado.

Estudos sobre a relação profissional/usuário evidenciaram que os profissionais de saúde se sentem desconfortáveis na prestação do cuidado aos pacientes com orientação não heterossexual, ratificando as percepções homoafetivas, o que torna discriminatório o atendimento aos homossexuais (Sousa *et al.*, 2016).

O acesso da população LGBTQIA+ aos serviços de saúde é marcado por obstáculos como condutas inapropriadas e atendimento discriminatório por parte dos profissionais de saúde, os quais acabam por afastá-los dos serviços. A invisibilidade das questões de gênero nas práticas de saúde e a desconsideração dos modos de vivência da sexualidade destacam-se negativamente no processo assistencial à saúde à população LGBTQIA+. Assim, uma assistência pautada na heteronormatividade age aliada a outras formas de violência estrutural, gerando um ambiente hostil, estigmatizante e segregador nos serviços de saúde.

Estratégias utilizadas por profissionais de saúde e os resultados alcançados

Em relação às sugestões dos autores, estes foram unânimes na recomendação de que mais pesquisas sobre estratégias de prevenção e combate à epidemia de HIV/aids em populações vulneráveis são necessárias. Melhorar o alcance dos serviços de testes de detecção e notificação dos parceiros e ampliação da abordagem do estudo, para detalhar as redes complexas dentro e entre HSH e população transgênero e como esse cenário social pode ser aproveitado para apoiar os esforços de prevenção ao HIV, foram ressaltados, conforme descritos no **Quadro 3**.

Quadro 3 - Caracterização dos estudos quanto ao autor, estratégias de redução das vulnerabilidades, impactos percebidos, nível de vulnerabilidade correspondente e sugestão dos autores. Fortaleza, CE, Brasil, 2021.

Autores	Estratégias de redução das vulnerabilidades	Impactos percebidos	Nível de vulnerabilidade	Sugestões dos autores
Garcia et al., 2017.	Realização de workshop para abordar questões de estigma, discriminação, empoderamento e prevenção de HIV/IST entre homens que fazem sexo com homens (HSH) e a população transgênero.	Devido ao desenho do estudo, os autores não foram capazes de avaliar possíveis interseções para analisar como a estratégia pode influenciar o comportamento de prevenção ao HIV/aids.	Individual/ Social	Faz-se necessário trabalho qualitativo para detalhar as redes complexas dentro e entre HSH e população transgênero e como esse cenário social pode ser aproveitado para apoiar os esforços de prevenção ao HIV.
Ganju; Saggurti, 2017.	Ação coletiva com redes comunitárias sobre questões de discriminação e estigma; Coletivização com ONG's, serviços de saúde e centros de apoio na comunidade.	Proteção dos direitos dos trabalhadores do sexo transgêneros; (negociação de uso do preservativo); Aumento do acesso aos serviços de saúde locais; Autonomia; Redução do isolamento social.	Social/ Programático	-

Nguyen et al., 2015.	Formação de educadores na comunidade para realização de testes e notificação assistida ao parceiro; Realização de busca ativa na comunidade; Utilização das redes sociais (Facebook e aplicativos de namoro).	Aumento de testes entre populações-chave, conduzidos na comunidade; Entre os positivos para a detecção de HIV, 93,1% iniciaram o tratamento imediatamente, assim como as parcerias sexuais.	Individual/ Social/ Programático	Mais pesquisas são necessárias sobre como melhorar o alcance dos serviços de testes de detecção e notificação dos parceiros, principalmente casuais, assistidos na comunidade, para alcançar impacto na saúde pública.
Dias et al., 2017.	Aplicação de um questionário com dados sociodemográficos, de saúde sexual e comportamento de risco e acesso a serviços de saúde; - Capacitação das partes interessadas (indivíduos, comunidades, governo, ONG's, profissionais e acadêmicos) - Distribuição de kits contendo preservativos, lubrificante, e folhetos informativos sobre prevenção e teste de HIV.	Parcerias colaborativas multissetoriais; Campanhas de prevenção ao HIV alinhadas ao público; Maior acesso ao serviço de saúde; Redução de comportamento de risco; Conscientização dos profissionais de saúde sobre cuidados adequados à população vulnerável ao HIV; - Formadores de políticas públicas mais cientes em relação às ações de prevenção à epidemia.	Individual/ Social/ Programático	Ampliação da abordagem do estudo, de forma que maximize seu impacto na melhoria da saúde das populações e na promoção da equidade em saúde.
Poteat et al., 2015.	- Uso do marketing social; - Sessões de grupo; - Envolvimento da comunidade; - Atividades econômicas alternativas; - Distribuição de preservativos.	- Redução em 50% de novas infecções; - Aumento no uso de preservativos; - Menos parceiros sexuais eventuais; - Redução no compartilhamento de agulhas; - Redução de infecções em sífilis e HIV.	Individual/ Social	Maior priorização de profissionais do sexo em pesquisas de prevenção, cuidado e tratamento do HIV torna-se necessária.
Martinez et al., 2019.	Criação do "Transhealth Information Project" (TIP): Sessões individuais e em grupo, enfatizando liderança, intervenções estruturais e redução do risco de infecção por HIV.	- Maior alcance e envolvimento das populações de alto risco para aquisição do HIV; - Maior vínculos aos serviços sociais; - Maior adesão à prevenção e tratamento ao HIV /aids.	Individual/ Social/ Programático	Um ensaio randomizado de intervenção do TIP pode determinar a eficácia da intervenção.

Silva-Santisteban et al., 2016	<ul style="list-style-type: none"> - Atividades de educação, informação e comunicação; - Distribuição de preservativos; - Aconselhamento e testes de HIV. 	Intervenções estruturais para a inclusão social; Distribuição de preservativos; Diagnóstico de IST's; Educação de parcerias sexuais; Início precoce da terapia e tratamento antirretroviral.	Individual/ Programática	Faz-se necessários mais dados sobre o impacto do HIV em homens transexuais, além de indicadores para avaliar programas de prevenção.
Kuhns et al., 2020. (Projeto Piloto)	<p>Criação do MyPEEPS Mobile: aplicativo móvel que fornece informações educacionais sobre HIV e DSTs;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desenvolve habilidades para o uso de preservativo. - Negociação de riscos interpessoais e relacionados a substâncias. 	(projeto piloto)	Individual/ Social	-
Remien et al., 2015	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecimento da comunidade em questões preventivas; - Organização de Serviço Social baseada na comunidade; - Sensibilidade dos profissionais de saúde. 	Identificação de participantes com maior probabilidade de envolvimento em ações de prevenção ao HIV; Redução dos efeitos do estigma; Encaminhamento aos centros de saúde.	Social/ programática	-
Nyamathi et al., 2013.	<p>Program Art Messaging (AM): sessões sobre o modo de vida dos participantes, além de modalidades artísticas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - HPP: Programa de prevenção liderado por enfermeiras: sessões por seis meses com abordagem ampla sobre HIV e hepatites 	<p>Pontuações mais altas de seis meses no conhecimento sobre transmissão de HIV/ aids e Hepatites B e C (Grupo HPP);</p> <ul style="list-style-type: none"> - O grupo HHP revelou uma melhoria no bem-estar psicológico em comparação com o grupo AM. <p>E, de forma geral: Retorno ao serviço de saúde;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maior adesão aos cuidados promotores de saúde 	Individual/ Programático	-

Fonte: Elaborado pelas autoras.

As estratégias utilizadas para a redução de vulnerabilidades ao HIV/aids consistiram, de forma geral e unânime, em métodos de educação em saúde, seja por intermédio de workshops (Garcia *et al.*, 2017), sessões grupais periódicas (Kuhns *et al.*, 2020; Martinez *et al.*, 2016; Nyamathi *et al.*, 2013 & Poteat *et al.*, 2015) e ações coletivas para a formação de educadores, comunidades, serviços de saúde e demais partes interessadas (Dias *et al.*, 2017; Ganju & Saggurti, 2017; Nguyen *et al.*, 2015; Remien *et al.*, 2015 & Silva- Santisteban *et al.*, 2016), explicitado no **Quadro 3**.

A educação em saúde é considerada um conjunto de práticas pedagógicas de caráter participativo e emancipatório, com vários campos de atuação, e tem por objetivo sensibilizar, conscientizar e mobilizar para o enfrentamento de situações individuais e coletivas que interferem na qualidade de vida (Matta, 2009). Tais práticas podem ter dois enfoques: o tradicional e o crítico. No primeiro, o foco é a transmissão de informações, regras e condutas que tem por objetivo a mudança de valores, crenças e hábitos prejudiciais à saúde (Chiesa & Veríssimo, 2001). Já no modelo crítico as ideias partem do pressuposto de que o processo saúde/doença tem estreita relação com os determinantes socioeconômicos e políticos.

Nos estudos analisados foram testados o uso de folhetos informativos sobre prevenção e tratamento da infecção por HIV/aids, distribuição de kits de prevenção, contendo preservativos e testes rápido para detecção de HIV (autotestes) (Dias *et al.*, 2017; Poteat *et al.*, 2015 & Silva- Santisteban *et al.*, 2016). A utilização das redes sociais como estratégia de difusão do conhecimento sobre o vírus também foi descrita, seja pela criação de um aplicativo móvel (Kuhns *et al.*, 2020), aplicativos de namoro e por rede social.

Em relação aos resultados percebidos observa-se que houve redução de vulnerabilidades, exceto em duas publicações, Garcia *et al.*, (2017) e Kuhns *et al.*, (2020), porque devido ao tipo de estudo os autores não foram capazes de avaliar como a estratégia pode influenciar o comportamento de prevenção ao HIV/aids e por se tratar de um projeto piloto, respectivamente. As populações vulneráveis, de acordo com as estratégias implementadas, começaram a frequentar os serviços de saúde com mais constância, a utilizar preservativo com mais frequência nas relações sexuais; a ter mais autonomia sobre suas condições de saúde e aderiram a comportamentos mais responsáveis, como a redução de parceiros sexuais eventuais e a redução de compartilhamento de agulhas e seringas no uso de drogas injetáveis.

Além disso, profissionais de saúde foram sensibilizados quanto aos cuidados adequados às populações vulneráveis no contexto HIV/aids, o que impactou na melhoria da assistência em saúde, aumento na detecção de infecção pelo HIV, com oferta de mais testes, e início do tratamento precoce e a redução na incidência de outras IST. No nível macroestrutural, formadores de políticas públicas mais orientados em relação a importância de estratégias de prevenção à epidemia de HIV/aids, principalmente em populações-chave; firmação de parcerias colaborativas

multissetoriais e, por meio de ações de serviço social, populações vulneráveis foram acolhidas e o isolamento social reduzido.

Os estudos referiram que mais pesquisas sobre estratégias de prevenção ao HIV/aids em populações vulneráveis são necessárias. Deve-se melhorar o alcance dos serviços de testes de detecção e notificação dos parceiros (Nguyen *et al.*, 2015). O detalhamento de redes complexas dentro e entre HSH e população transgênero foi ressaltado (Dias *et al.*, 2017 & Silva - Santisteban *et al.*, 2016).

Conclusão

A partir desta revisão integrativa pode-se concluir que a literatura científica dispõe sobre vulnerabilidades ao HIV/aids das populações-chave são principalmente voltadas para grupos de Homens que fazem sexo com Homens, pessoas transgênero e profissionais do sexo. A população em situação de rua não é priorizada nas pesquisas. As vulnerabilidades individuais ao HIV/aids verificadas foram: uso de drogas injetáveis, saúde mental e baixo status socioeconômico. O estigma, marginalização, discriminação, sentimento de rejeição, a falta de apoio na comunidade e na família, o elevado número de parcerias sexuais influenciou na descontinuidade de cuidados preventivos, sendo caracterizadas como vulnerabilidades sociais. As vulnerabilidades programáticas relatadas na literatura foram relacionadas ao acesso limitado aos serviços de saúde, discriminação, não preparo dos profissionais de saúde em lidar com questões, ausência de protocolos de atendimento que abordem as causas mais sensíveis da população e a violência institucional.

As estratégias utilizadas para a redução de vulnerabilidades ao HIV/aids consistiram em métodos de educação em saúde, por intermédio de workshops, sessões grupais periódicas e ações coletivas para a formação de educadores, comunidades, serviços de saúde e demais partes interessadas. Os resultados dos estudos demonstraram que houve redução das vulnerabilidades, pois evidenciaram a maior frequência nos serviços de saúde, maior frequência de uso de preservativo, redução de parceiros sexuais eventuais e redução de compartilhamento de agulhas e seringas no uso de drogas injetáveis. Além disso, houve impacto na melhoria da assistência em saúde, aumento na detecção de infecção pelo HIV, com oferta de mais testes, início do tratamento precoce e redução na incidência de outras IST.

Recomenda-se desenvolvimento de estudos acerca das vulnerabilidades específicas da população LGBTQIA+ em situação de rua, como também, desenvolvimento de produtos e processos de cuidado em saúde para o referido público.

Referências

Ayres, J. R.C. M., Freitas A.C, Santos, M.A.S, Saletti Filho, H.C. & França Júnior, I. (2003). **Adolescência e Aids: avaliação de uma experiência de educação pre-**

ventiva entre pares. Interface. 7 (2), 113-128, <https://doi.org/10.1590/S1414-32832003000100009>.

Baral, S., Sifakis, F., Cleghorn, F. & Beyrer, C. (2007). **Elevated risk for HIV infection among men who have sex with men in low- and middle-income countries 2000-2006: a systematic review.** *PLoS Med.* 4(12), e339, <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040339>.

Brasil, Ministério da Saúde. (2018). **Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico HIV AIDS.** 49(53), <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2018>.

Brasil. Ministério da Saúde. (1999). **Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes.** Coordenação Nacional de DST e Aids. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_17.pdf.

Brito, V. O., Parra, D., Facchine, R. & Buchalla, C.M. (2007). **HIV infection, hepatitis B and C and syphilis in homeless people, in the city of São Paulo, Brazil.** *Rev-Saude Publica.* 41(2), 47-56. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000900009>.

Chiesa, A. M., & Veríssimo, M. D. L. Ó. R. (2001). **A educação em saúde na prática do PSF. In Manual de Enfermagem.** São Paulo: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde-IDS. <https://repositorio.usp.br/directbitstream/f6531fec-848b-4c2d-b9af-76f1f29c870a/CHIESA,%20A%20M%20doc%2097.pdf>.

Dias, S., Gama, A., Severo, M., & Barros, H. (2011). **Factors associated with HIV testing among immigrants in Portugal.** *International journal of public health,* 56(5), 559-566. <https://doi.org/10.1007/s00038-010-0215-7>.

Elwell-Sutton, T., Fok, J., Albanese, F., Mathie, H., & Holland, R. (2017). **Factors associated with access to care and healthcare utilization in the homeless population of England.** *Journal of public health (Oxford, England),* 39(1), 26-33. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdw008>

Feitosa, L., Silva, A. B., Araújo, S. M., Pinho, C. & Andrade, M.S. (2018). **Atitudes e conhecimento sobre AIDS e seus significados: revisão integrativa.** *Psic., Saúde & Doenças,* 19(2), 422-434. <http://dx.doi.org/10.15309/18psd190220>.

FIPE. Fundação Instituto de Pesquisa Econômicas (2015). **Caracterização Socio-econômica da População Adulta em Situação de Rua e Relatório Temático de Identificação das Necessidades desta População na Cidade de São Paulo.** https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/00-publicacao_de_editais/0005.pdf.

Ganju, D., & Saggurti, N. (2017). **Stigma, violence and HIV vulnerability among**

transgender persons in sex work in Maharashtra, India. *Culture, health & sexuality*, 19(8), 903-917. <https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1271141>.

Garcia, J., Perez-Brumer, A. G., Cabello, R., & Clark, J. L. (2018). **"And Then Break the Cliché": Understanding and Addressing HIV Vulnerability Through Development of an HIV Prevention Telenovela with Men Who Have Sex with Men and Transwomen in Lima, Peru.** *Archives of sexual behavior*, 47(7), 1995-2005. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1119-x>.

Garcia, M. R. V. (2013). **Diversidade sexual, situação de rua, vivências nômades e contextos de vulnerabilidade ao HIV/AIDS.** *Temas em Psicologia*, 21(3), 1005-1019. <https://dx.doi.org/10.9788/TP2013.3-EE17PT>.

Ghimire, B., Suguimoto, S.P., Zamani, S., Ono-Kihara, M. & Kihara, M. (2013). **Vulnerability to HIV infection among female drug users in Kathmandu Valley, Nepal: a cross-sectional study.** *BMC Public Health*, 1238 <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1238>

Grangeiro, A., Holcman, M.M., Onaga, E. T., Alencar, H. D. R., Placco, A. L. N. & Teixeira, P.R. (2012) **Prevalência e vulnerabilidade à infecção pelo HIV de moradores de rua em São Paulo, SP.** *Rev Saude Publica*.46(4), 674-684. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000037>.

Health Quality Ontario (2016). **Interventions to Improve Access to Primary Care for People Who Are Homeless: A Systematic Review.** *Ontario health technology assessment series*, 16(9), 1-50. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4832090/pdf/ohtas-16-1.pdf>.

Hino, P., Santos, J.O., Rosa, A.S. (2018). **People living on the street from the health point of view.** *Rev Bras Enferm.* 71(1), 684-92. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0547>.

Kuhns, L. M., Garofalo, R., Hidalgo, M., Hirshfield, S., Pearson, C., Bruce, J., Batey, D. S., Radix, A., Belkind, U., Jia, H. & Schnall, R. (2020). **A randomized controlled efficacy trial of an mHealth HIV prevention intervention for sexual minority young men: MyPEEPS mobile study protocol.** *BMC Public Health*. 20 (65). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8180-4>.

Lira, C. D. G., Justino, J. M. R., Paiva, I. K. S., Miranda, M. G. O. & Saraiva, A. K. M. (2019). **O acesso da população em situação de rua é um direito negado? REME - Rev. Min. Enferm.** 23 (e-1157), <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190004>.

Martinez, O., Lopez, N., Woodard, T., Rodriguez-Madera, S., & Icard, L. (2019). **Transhealth Information Project: A Peer-Led HIV Prevention Intervention to Promote HIV Protection for Individuals of Transgender Experience.** *Health &*

social work, 44(2), 104-112. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlz008>

Matta, R. D. (2009). **Você tem cultura?** Jornal Embratel. http://nau.ufsc.br/files/2010/09/DAMATTA_voce_tem_cultura.pdf

Melnyk, B.M. & Fineout-Overholt, E. (2011). **Making the Case for Evidence-Based Practice**. In: Melnyk, B.M. and Fineout-Overholt, E., Eds., Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare. A Guide to Best Practice. 2nd Edition, Lippincot Williams & Wilkins, Philadelphia, 3-24, 2011.

Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. C. P., Galvão, C. M. (2008). **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. Texto e Contexto Enfermagem, 17 (4), 758-764, <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, A. & Altman, D. G. (2009). **Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement**. PLoS Med. 6, (7), e1000097, <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>

Montgomery, A. E., Szymkowiak, D., & Culhane, D. (2017). **Gender Differences in Factors Associated with Unsheltered Status and Increased Risk of Premature Mortality among Individuals Experiencing Homelessness**. Women's health issues: official publication of the Jacobs Institute of Women's Health, 27(3), 256-263. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2017.03.014>

Natalino, M. A. C. (2016). **Estimativa da população em situação de rua no Brasil**. Texto para discussão 2246. IPEA. https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/26102016td_2246.pdf.

Nguyen, V., Phan, H. T., Kato, M., Nguyen, Q. T., Le Ai, K. A., Vo, S. H., Thanh, D. C., Baggaley, R. C., & Johnson, C. C. (2019). **Community-led HIV testing services including HIV self-testing and assisted partner notification services in Vietnam: lessons from a pilot study in a concentrated epidemic setting**. Journal of the International AIDS Society, 22 Suppl 3(Suppl 3), e25301. <https://doi.org/10.1002/jia2.25301>

Nyamathi, A., Kennedy, B., Branson, C., Salem, B., Khalilifard, F., Marfisee, M., Getzoff, D., & Leake, B. (2013). **Impact of nursing intervention on improving HIV, hepatitis knowledge and mental health among homeless young adults**. Community mental health journal, 49(2), 178-184. <https://doi.org/10.1007/s10597-012-9524-z>

OECD - Organization for Economic Cooperation and Development. **Social policy division - directorate of employment I and SA. (2017)**. Available from: <https://www.oecd.org/els/family/HC3-1-Homeless-population.pdf>

Oliveira, L. M. F. (2012). **Circulação e fixação: O dispositivo de gerenciamento dos moradores de rua em São Carlos e a emergência de uma população (dissertação)**. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.

Oviedo, R. A. M. & Czeresnia, D. (2015). **O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial**. *Interface*, 19 (53), 237-249, <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0436>.

Pinto, V. M., Tancredi, M. V., De Alencar, H. D., Camolesi, E., Holcman, M. M., Grecco, J. P., Grangeiro, A., & Grecco, E. T. (2014). **Prevalence of syphilis and associated factors in homeless people of Sao Paulo, Brazil, using a Rapid Test**. *Revista brasileira de epidemiologia = Brazilian journal of epidemiology*, 17(2), 341-354. <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400020005eng>

Polit D.F. & BECK C.T. (2018). **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 9ª ed. ArtMed.

Poteat, T., Wirtz, A. L., Radix, A., Borquez, A., Silva-Santisteban, A., Deutsch, M. B., Khan, S. I., Winter, S., & Operario, D. (2015). **HIV risk and preventive interventions in transgender women sex workers**. *Lancet (London, England)*, 385(9964), 274-286. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60833-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60833-3)

Reis, R. K., Santos, C. B. & Dantas, R. A. S. (2011). **Qualidade de vida, aspectos socio-demográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS**. *Texto Contexto Enferm.* 20 (3), 565-75, <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000300019>.

Remien, R. H., Bauman, L. J., Mantell, J. E., Tsoi, B., Lopez-Rios, J., Chhabra, R., Di-Carlo, A., Watnick, D., Rivera, A., Teitelman, N., Cutler, B., & Warne, P. (2015). **Barriers and facilitators to engagement of vulnerable populations in HIV primary care in New York City**. *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)*, 69 Suppl 1(0 1), S16-S24. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000000577>

Schaurich, D. & Freitas, H. M. B. (2011). **O referencial de vulnerabilidade ao HIV/AIDS aplicado às famílias: um exercício reflexivo**. *Rev. esc. enferm. USP*, 45 (4), 989-995, <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000400028>

Silva-Santisteban, A., Eng, S., de Iallesia, G., Falistocco, C., & Mazin, R. (2016). **HIV prevention among transgender women in Latin America: implementation, gaps and challenges**. *Journal of the International AIDS Society*, 19(3 Suppl 2), 20799. <https://doi.org/10.7448/IAS.19.3.20799>

Soares, J., Oliveira e Silva, A., Silva, D., Freire, M., & Nogueira, J. (2017). **Prevalência e fatores de risco para o HIV/AIDS em populações vulneráveis: uma revisão integrativa de literatura**. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 46(4), 182-194. <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/126>

Sousa, Á. F., Queiroz, A. A., Oliveira, L. B., Moura, M. E., Batista, O. M., & Andrade, D. (2016). **Social representations of biosecurity in nursing: occupational health and preventive care.** [Representações sociais da Enfermagem sobre biossegurança: saúde ocupacional e o cuidar prevencionista.] *Revista brasileira de enfermagem*, 69(5), 864-871. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0114>

UNAIDS. Global Aids Update. (2020). **Seizing The Moment: Tackling entrenched inequalities to end epidemics.** https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report_en.pdf

UNAIDS. Global Aids Update (2017). **Key Populations Atlas: Data sources.** <http://kpatlas.unAids.org/dashboard>.

Villarinho, M. V., Padilha, M. I., Berardinelli, L. M. M., Borenstein, M. S., Meireles, B. H. S. & Andrade, S. R. (2013). **Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66, 271-77, <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000200018>