



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
DOUTORADO EM ASSOCIAÇÃO AMPLA EM SAÚDE COLETIVA

TELMA ALVES MARTINS

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À TESTAGEM PARA HIV ENTRE AS
MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO EM FORTALEZA**

FORTALEZA

2015

TELMA ALVES MARTINS

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À TESTAGEM PARA HIV ENTRE AS
MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO EM FORTALEZA**

Tese submetida à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade de Fortaleza e as Universidades Estadual do Ceará (UECE) e Federal do Ceará (UFC) com Associação de IES – Ampla, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr

FORTALEZA

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- M347p Martins, Telma Alves.
Prevalência e fatores associados à testagem para HIV entre as mulheres profissionais do sexo em Fortaleza/ Telma Alves Martins. – 2015.
133 f. : il.
- Tese (Doutorado em Associação Ampla em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Ceará/ Universidade Estadual do Ceará/ Universidade de Fortaleza. Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2015.
Orientação: Profa. Dra. Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr.
1. Profissionais do Sexo. 2. Prevalência. 3. HIV. 4. Fatores de Risco. 5. Sorodiagnóstico da AIDS. 6. Brasil. I. Título.

CDD 362.1

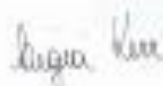
**TERMO DE APROVAÇÃO
TELMA ALVES MARTINS**

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À TESTAGEM PARA HIV ENTRE AS
MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO EM FORTALEZA**

Tese submetida à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade de Fortaleza e as Universidades Estadual do Ceará (UECE) e Federal do Ceará (UFC) com Associação de IES – Ampla, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 30/06/2015

BANCA EXAMINADORA




Prof.^a Dra Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)



Prof.^a Dra Raimunda Hermelinda Maia Macena
Universidade Federal do Ceará (UFC)



Prof.^a Dra Marli Teresinha Gimeniz Galvão
Universidade Federal do Ceará (UFC)



Prof.^a Dr Bernard Carl Kendall
Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine



Profa. Dra Ana Maria de Brito
Fundação Oswaldo Cruz

A meus pais, Teodoro e Ilma (*in memoriam*)

AGRADECIMENTOS

Ao me amado Deus, por todas as bênçãos que recebi em minha vida, e que me fizeram forte para construir este caminho.

À minha família querida, minha filha Raissa, meus irmãos Ricardo e César, meus sobrinhos Giovanni, Gucci, Gabriel, Samuel, Victor, Cezinha, a cunhada Marly, e as meninas Liz e Lia, pelo aconchego nos momentos de tensão, pelo estímulo, e pela compreensão nas minhas ausências durante os momentos compartilhados com a família.

À minha amada irmã Socorro, por sempre acreditar em mim, dando-me apoio, força, e o incentivo necessário para que eu consiga sempre me superar.

À minha orientadora e amiga, Professora Lígia Kerr, pela generosidade e por acreditar que eu fosse capaz de enfrentar mais este desafio. Obrigada por sempre contribuir com o meu aprendizado e crescimento profissional.

À amiga e co-orientadora Professora Raimunda Hermelinda Maia Macena, pela paciência e apoio incondicional nesta pesquisa objeto do meu doutorado. Grata por sua solidariedade e disponibilidade, que certamente faz toda uma diferença na minha vida.

À estimada Professora Rosa Salani Mota, por estar sempre disponível, pela paciência, e pelo aprendizado nos caminhos da estatística nestas e em outras empreitadas.

Ao Dr: Manoel Fonseca Neto, pelo carinho e generosidade com que me acolheu na sua equipe na Coordenadoria de Promoção e Prevenção, dando-me a tranquilidade indispensável para chegar ao final deste curso.

Ao amigo querido Dr Rogério Gondim, pela sua imensa generosidade, e por saber que tenho um amigo com quem sempre vou poder me contar.

Ao estimado Professor Carl Kendall, por poder contar com seu inestimável apoio nas reflexões e discussões sobre as populações as quais dedicamos nossos estudos na área de DST e aids.

A toda a minha equipe do Núcleo de Prevenção e Controle de Doenças e Agravos da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, pela compreensão e por continuar levando o

trabalho com competência, responsabilidade e compromisso durante as minhas ausências durante o curso do doutorado, pelo apoio recebido nestes 8 anos de trabalho juntos.

À Gabriela Leite e Rosarina Sampaio (in memoriam) ativistas incansáveis na defesa pelos direitos sexuais das prostitutas, e em luta constante contra o preconceito e a violência promovendo ações para a prevenção das DST e Aids.

A todos os professores do curso de doutorado da UFC, UECE e UNIFOR por contribuir na construção do meu aprendizado.

A todos os profissionais de saúde que participaram da realização do trabalho de campo, aos supervisores, entrevistadores (as), e em especial as recrutadoras mulheres profissionais do sexo, sem as quais não teria sido possível a consecução da presente investigação.

As amigas Zenaide e Gislaine, pela atenção, gentileza e apoio a mim dispensados durante o curso.

Agradeço especialmente às professoras que aceitaram participar da Banca Examinadora, Professoras Ana Maria de Brito, Marli Galvão, Carl Kendall, Hermelinda Macena, e Patricia Neyva, pela grande contribuição para o aprimoramento do estudo e enriquecimento do nosso trabalho.

RESUMO

As mulheres profissionais do sexo (MPS) são reconhecidas mundialmente como uma população chave de maior risco de adquirir a infecção pelo HIV. No Brasil, a prevalência de HIV em mulheres profissionais do sexo é 15 vezes maior que na população feminina brasileira em geral. Este estudo teve como objetivo identificar os fatores associados à testagem para o HIV entre as MPS residentes na cidade de Fortaleza, Ceará. Um estudo seccional utilizando o método Respondent Driven Sampling (RDS), foi conduzido com 402 mulheres profissionais do sexo, residindo ao menos 3 meses nos últimos 3 meses em Fortaleza, com 18 anos ou mais de idade e relatando ter tido relação sexual em troca de dinheiro nos 4 meses anteriores foi conduzido entre setembro a dezembro de 2010. Respondent Driven Sampling Analysis Tool version 6.0 and o STATA version 11.0 foram usados. Regressão logística multinomial não ordinal foi conduzida com a variável desfecho escolhida que foi ter sido testado para HIV com < 12 meses. A variável “ter sido testada” foi testada com variáveis significativas para $p < 0.20$ na análise multinomial. O modelo final incluiu variáveis significativas para $p < 0.005$. A chance da MPS se testar mais tardiamente (>12 meses) aumentou para as mais velhas (25 e 39 anos), (OR=2,57; 95% IC=1,09-6,02), para as que pertenciam as classes sociais mais baixa, (OR=2,71;95% IC=1,38- 5,30), para as separadas/divorciadas ou viúvas (OR=4,27;95% IC=1,24-7,51), para as que viviam apenas da prostituição (OR=2,52;95% IC=1,21-5,27), para as que não faziam programas em ruas e praças (OR=2,17; 95% IC=1,03-4,58), para as que tiveram ≤ 1 cliente no último dia de trabalho (OR=6,81; 95% IC=2,47-18,74), para as que afirmaram que o teste deve ser obrigatório para todas as pessoas (OR=2,30; 95% IC=1,15-4,6) e para as que tinham conhecimento sobre a transmissão do HIV (OR=3,95; 95% IC=1,90-8,24). A chance da MPS de não se testar aumentou para as que não trabalharam como MPS fora de Fortaleza (OR=2,15; 95% IC=1,83-9,97), para as que tiveram ≤ 1 cliente no último dia de trabalho (OR=6,64;95% IC=2,23-19,8), para as que afirmaram ter chance moderada/grande de se infectar com HIV (OR=2,18; 95% IC=1,04-4,53), para as que afirmaram que o teste deve ser obrigatório para todas as pessoas (OR=2,43; 95% IC=1,22-4,85), e para as que desconheciam os locais onde o teste é feito gratuitamente (OR=4,41; 95% IC=2,01- 9,69). As MPS acessadas no estudo apresentaram alta prevalência de HIV, exposição a inúmeros fatores de risco, e que não fazem o teste para HIV com a frequência apropriada. As Políticas de saúde precisam ser mais eficazes no atendimento às demandas profissionais das MPS para ser capaz de reduzir suas vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas.

Descritores: Profissionais do Sexo. Prevalência. HIV. Fatores de Risco. Sorodiagnóstico da AIDS. Brasil.

ABSTRACT

Female sex workers (FSW) are recognized worldwide as a key population at higher risk of acquiring HIV infection. In Brazil, the prevalence of HIV in FSWs is 15 times higher than in the general Brazilian female population. This study aimed to identify factors associated with HIV testing among FSW resident in the city of Fortaleza, Ceará. A cross-sectional study using Respondent Driven Sampling (RDS) was conducted with 402 sex workers residing for at least three months in Fortaleza, 18 years of age or older and reporting having had sexual intercourse in exchange for money during the 4 previous months, was conducted from September to November 2010. Respondent Driven Sampling Analysis Tool version 6.0 and STATA version 11.0 were used. Non-ordinal multinomial logistic regression was conducted, with the outcome variable chosen was having been tested for HIV with <12 months. The variable "have tested" was tested with variables significant at $p < 0.20$ in the multinomial analysis. The final model included the variables significant at $p < 0.05$. The chance of FSWs to test longer than 12 months ago increased for older SWs (25-39), (OR = 2.57; 95% CI = 1.09-6.02), lower social class (OR = 2.71; 95% CI = 1.38- 5.30), separate / divorced or widowed women (OR = 4.27; 95% CI = 1.24 to 7.51), living exclusively on prostitution (OR = 2.52; 95% CI = 1.21 to 5.27), not working in streets and squares (OR = 2.17; 95% CI = 1.03 to 4.58), having ≤ 1 client on the last day of work (OR = 6.81; 95% CI = 2.47 to 18.74), for those who said that the test should be mandatory for all people (OR = 2.30; 95% CI = 1.15 to 4.6) and those with knowledge about the transmission of HIV (OR = 3.95; 95% CI = 1.90 - 8.24). The chance of FSWs not testing increased for those who have not worked as SWs outside of Fortaleza (OR = 2.15; 95% CI = 1.83 to 9.97) for those who had ≤ 1 client on the last day of work (OR = 6.64; 95% CI = 2.23 to 19.8), for those claiming to have moderate / high chance of becoming infected with HIV (OR = 2.18; 95% CI = 1.04 4.53), for those who said that the test should be mandatory for all people (OR = 2.43; 95% CI = 1.22 to 4.85), and for those unaware of the sites of free testing (OR = 4.41; 95% CI = 2.01- 9.69). The FSWs accessed in the study demonstrate high HIV prevalence, exposure to numerous risk factors, and that do not get tested for HIV with appropriate frequency. Health Policies need to be more effective in meeting the occupational demands of FSWs to be able to reduce their individual, social and programmatic vulnerabilities.

Keywords: Sex Workers. Prevalence. HIV. Risk Factors. AIDS Serodiagnosis. Brazil.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Populações afetadas pela epidemia de HIV e aids de acordo com a magnitude, em países selecionados, 2009.....	15
Figura 2 - Prevalência de HIV entre mulheres profissionais do sexo.	17
Figura 3 - Estimativa do tamanho da população de profissionais do sexo, com a proporção estimada de HIV +, em países selecionados, 2009-2013	19
Figura 4 - Mapa das regionais de saúde de Fortaleza, 2013.....	30
Figura 5 - Rede de recrutamento das mulheres profissionais do sexo no município de Fortaleza, 2010.....	43

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 - Quadro dos blocos e variáveis do questionário aplicado entre as mulheres profissionais do sexo na pesquisa..... 37
- Quadro 2 - Quadro dos blocos e variáveis independentes do questionário aplicado entre as mulheres profissionais do sexo criadas a partir das variáveis originais..... 4

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das entrevistadas por semente e onda em Fortaleza, 2010.....	44
Tabela 2 - Características sócio demográficas das MPS em Fortaleza, 2010.....	45
Tabela 3 - Conhecimento e opinião das mulheres profissionais do sexo para o HIV em Fortaleza, 2010.....	47
Tabela 4 - Acesso e cobertura de testagem para o HIV entre as MPS em Fortaleza, 2010.....	48
Tabela 5 -Incentivos e barreiras a testagem pelo HIV segundo as mulheres profissionais do sexo em Fortaleza, 2010.....	50
Tabela 6 - Comportamento e prática sexual das mulheres profissionais do sexo no município de Fortaleza, Ceará, 2010.....	51
Tabela7 - Conhecimento sobre HIV e acesso aos meios de prevenção entre as MPS no município de Fortaleza, Ceará, 2010.....	52
Tabela 8 – Mulheres profissionais do sexo que referiram ter sofrido discriminação e violência em Fortaleza, Ceará, 2010.....	53
Tabela 9 - Análise bivariada segundo as características sócio demográficas e o período de realização do teste de HIV entre as mulheres profissionais do sexo, Fortaleza, 2010.....	54
Tabela 10 - Análise bivariada em relação à opinião, o conhecimento e período de realização do teste para o HIV, Fortaleza, 2010.....	56
Tabela 11 - Análise bivariada em relação ao conhecimento sobre as vantagens referidas pelas MPS e o período de realização do teste, Fortaleza, 2010.....	57
Tabela 12 - Análise bivariada em relação ao comportamento das MPS e o período de realização do teste para o HIV, Fortaleza, 2010.....	59
Tabela 13 - Análise bivariada em relação à saúde, o uso bebidas alcoólicas entre MPS e o período de realização do teste para o HIV, Fortaleza, 2010.....	60
Tabela 14 - Análise bivariada sobre violência e discriminação pelas MPS e o período de realização do teste para o HIV, Fortaleza, 2010.....	61
Tabela 15 - Análise multinomial do período da realização do teste para o HIV e fatores de exposição ao risco para a testagem tardia ou para nunca ter feito o teste na vida, Fortaleza, 2010.....	63

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APROCE- Associação de Prostitutas do Ceará

ARV– Antirretroviral

BRICS-Brasil, Rússia, Índia, China, África do Sul

CDC- Centers for Disease Control and Prevention

CNAIDS – Comissão Nacional de Aids

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

HSH- Homens que Fazem Sexo com Homens

IOPEM- Instituto de Mulheres de Baixa Renda

MS – Ministério da Saúde

MPS- Mulheres profissionais do sexo

MNPS- Mulheres não mulheres profissionais do sexo

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organizações Não Governamentais

OSC- Organização da Sociedade Civil

PEP- Profilaxia Pós Exposição

PIB- Produto Interno Bruto

PVHA – Pessoas Vivendo com HIV

RDS – Respondent Driven Sampling

SAE – Serviço de Atendimento Especializado

SESA – Secretaria Estadual de Saúde

SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação Compulsória

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SPM – Secretaria de Políticas para as Mulheres

STROBE-RDS- Strengthening the reporting of Observational Studies in Epidemiology

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde

TARV – Terapia antirretroviral

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TLS- Time Local Space

UDI – Usuário de Drogas Injetáveis

UDM – Unidades Dispensadoras de Medicamentos

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	Cenário epidemiológico da infecção pelo HIV e Aids no Mundo.....	14
1.2	A Epidemia de HIV entre as mulheres profissionais do sexo.....	17
1.3	Políticas, programas e ações e os desafios da epidemia no Brasil.....	19
1.4	A Resposta brasileira a epidemia de HIV para mulheres profissionais do sexo.....	22
1.5	Diagnosticar e tratar precocemente: A chave para vencer a epidemia de aids.....	23
1.6	Monitorar e desacelerar a epidemia de Aids: O compromisso dos países.....	26
2	OBJETIVOS.....	28
2.1	Objetivo geral.....	28
2.2	Objetivos específicos.....	28
3	METODOLOGIA	29
3.1	Desenho do estudo.....	29
3.2	O método do RDS.....	30
3.3	Área/população/período de estudo.....	33
3.4	Delineamento da pesquisa/procedimento de coleta de dados	34
3.5	Plano de amostragem e cálculo do tamanho da amostra.....	35
3.6	Coleta de dados.....	36
3.7	Análise de dados.....	41
3.8	Aspectos éticos.....	42
4	RESULTADOS	43
5	DISCUSSÃO	65
6	CONCLUSÃO.....	75
7	RECOMENDAÇÕES.....	77
	REFERÊNCIAS.....	
	APÊNDICES.....	
	ANEXOS.....	

1. INTRODUÇÃO

1.1 Cenário epidemiológico da infecção pelo HIV e Aids no Mundo

Nos últimos 30 anos a epidemia de aids trouxe consequências devastadoras para famílias, comunidades e países, configurando-se um dos maiores desafios para a saúde pública no mundo. As estatísticas mostram que mais de 7.000 pessoas são infectadas pelo HIV, diariamente, e uma pessoa morre a cada 20 segundos de uma doença relacionada à aids. Atualmente a aids é a 5ª causa de morte entre adulto, e a principal causa entre as mulheres com idades entre 15 e 49 anos. Na África subsaariana, região onde vivem 60% das pessoas vivendo com HIV no mundo, as mulheres representam 58% dos casos registrados (UNAIDS, 2013b).

No cenário internacional, há evidências de um declínio contínuo de novas infecções em muitas partes do mundo, onde a proporção de casos novos caiu em 38%, entre 2001 e 2013. Esse declínio ocorre de maneira diferenciada, dependendo da resposta dos países a epidemia. Neste contexto, para 82 países houve uma redução de 75%, enquanto para outros 27 países a redução de novos casos foi de 50% (UNAIDS, 2014).

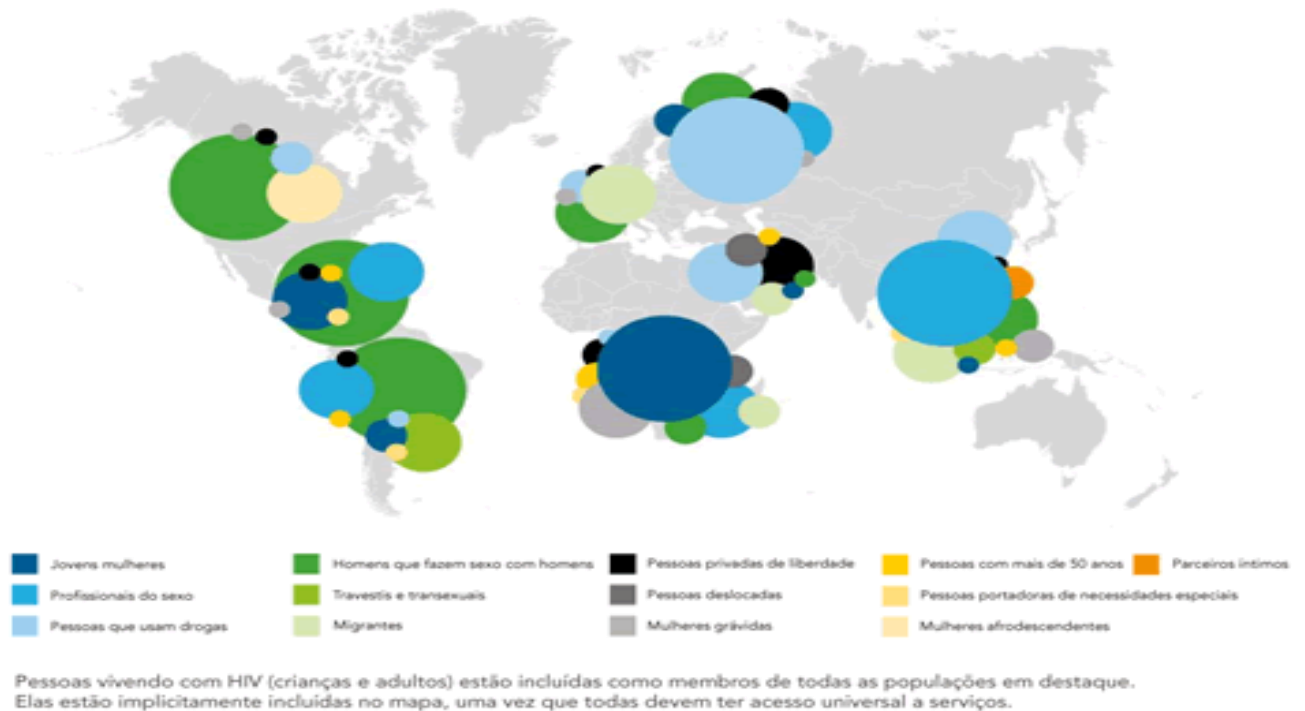
A epidemia de HIV e aids persiste causando um grande impacto no mundo e funciona como uma lente que amplia os males da sociedade e as deficiências sistemas sociais. Desta forma a resposta a epidemia pelos governos dos países tem proporcionado uma oportunidade para fortalecer o tecido social, melhorar a justiça social e reforçar os sistemas que prestam serviços essenciais aos segmentos que são mais vulneráveis nas comunidades (UNAIDS/ONUSIDA BRASIL, 2010).

Ao final do ano de 2013 estimava-se que 1.6 milhões (1.4 milhões –2.1 milhões) de indivíduos viviam com HIV na América Latina, sendo que a maior parte dos casos estão distribuídos entre 4 países: Brasil, Colômbia, México e Venezuela. A prevalência na região na população geral adulta é em média de 0,4%, porém entre os gays e homens que fazem sexo com homens essa taxa chega a ser de 20% no Panamá e Chile. A maioria (60%) das PVHA são homens heterossexuais e gays ou homens que fazem sexo com homens (UNAIDS, 2014). Segundo de Boni, Veloso e Grinsztejn (2014), por essa razão, a epidemia da aids na América Latina e Caribe tem o aspecto de epidemia concentrada. Entre a população geral, na América

Latina, a prevalência de HIV está em níveis estáveis, de até 0,7%, todavia o Caribe tem ainda uma das mais altas taxas de prevalências, variando de <0,1% a 3%. Nestas regiões a maioria dos casos de aids incidentes estão nas chamadas populações chaves, como os homens que fazem sexo com homens, e transexuais e trabalhadores do sexo (FIGURA1)

Figura 1 – Populações afetadas pela epidemia de HIV e aids de acordo com a magnitude em países selecionados, 2009-2013

A importância da localização e da população



No Brasil, no ano de 2008, a epidemia de aids já estava presente em 87% dos municípios brasileiros, quando as cidades brasileiras com menor contingente populacional (< de 50 mil habitantes) notificavam 11% de todos os casos do país, e pouco mais da metade dos casos (51,5%) eram de pessoas que residiam em cidades maiores, com mais de 500 mil habitantes (BRASIL, 2010). Dados do Ministério da Saúde estimava que em 2013, um total de 734 mil pessoas viviam com o HIV no Brasil, correspondendo a uma prevalência de 0,4%, sendo 0,7% em homens e 0,4% em mulheres. A partir desta estimativa observa-se que apenas 589 mil (80%) destas pessoas tinha conhecimento de ter um teste positivo para HIV. Observa-se uma estabilização nos últimos dez anos (2001-2013), com em média 20,5 casos de

aids/100.000 hab sendo notificados anualmente no país. Há claramente uma tendência de queda significativa nas taxas de detecção de casos na Região Sudeste (de 26,0 casos/100.000 hb em 2004 para 18,7 casos/100 mil habitantes em 2013), e uma tendência linear de crescimento significativa nas regiões Norte (74%), Nordeste (45,5%) e Centro-Oeste, representando (8,6%) nesse mesmo período (BRASIL, 2014a). Nessas regiões, a epidemia se introduziu mais tardiamente que as demais no Brasil. É provável que as amplas diferenças no tocante às vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas entre a população dessas regiões brasileiras estejam contribuindo para essa acentuada tendência de disseminação da epidemia nas regiões Norte e Nordeste do país. Segundo Barbosa e Sawyer (2003) indivíduos que residem em áreas que apresentam menor acesso aos meios de comunicação, menores valores de renda per capita, mais baixos percentuais de gastos com a saúde e saneamento, mais elevados índices de desigualdades sociais, e piores índices de condição de vida são mais vulneráveis a infecção pelo HIV. Ademais, a Região Nordeste está entre as regiões brasileiras que detêm os piores indicadores de aids no país (GRANGEIRO; ESCUDER; DE CASTILHO, 2010). O coeficiente de mortalidade por aids sofreu uma elevação de 33% nos últimos 10 anos, e a taxa de detecção de aids em menores de 5 anos de idade cresceu 3,7%, e em 72,3% entre os jovens de 15 a 24 anos, comparando-se os anos de 2003 e 2012 (BRASIL, 2013a).

O Ceará têm casos de aids registrados em 93% dos 184 municípios cearenses. A maioria (83%) dos casos é de indivíduos residentes em menos de 13 % (23 municípios). Essas cidades são aquelas de maior população, que possuem uma grande zona industrial ou de comércio, e são cidades litorâneas e/ou turísticas. Aproximadamente 15 mil casos de aids foram registrados no período de 1983-2014, todavia 50% foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) entre 2007 e 2014, mostrando que houve uma maior disseminação da epidemia em anos mais recentes no Ceará . A epidemia mostra que houve uma tendência crescente até o ano de 2012, onde a taxa de detecção de aids passou de 9,0 casos/1000.000 hab. em 2007 para 13,2 casos/100.000 em 2012. É provável que o declínio nas taxas de detecção a partir deste período se deva a um atraso na notificação, e muito menos a um declínio real da curva da epidemia (CEARÁ, 2015).

1.2 A Epidemia de HIV entre as mulheres profissionais do sexo

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que os comportamentos de risco e as vulnerabilidades de populações chaves e suas redes determinam a dinâmica da epidemia de HIV, e resultam em que estas sejam desproporcionalmente afetadas pelo HIV em todos os países. As questões legais como a criminalização da prostituição em alguns países, e sociais, exemplo da pobreza, violência de gênero, ampliam a vulnerabilidade dessas populações, para as quais os serviços de HIV também continuam inadequados. Desta forma, enquanto a incidência de HIV se estabiliza ou diminui na população em geral, continua a aumentar nas “populações chaves” (WHO, 2014).

Segundo a UNAIDS (2014), em 110 países cujos dados estão disponíveis, a prevalência do HIV é em média 12 vezes maior entre as mulheres profissionais do sexo do que na população em geral (15-49 anos), sendo que em quatro desses países a prevalência é ao menos 50% mais alta (FIGURA2).

Figura 2 – Prevalência de HIV entre mulheres profissionais do sexo, 2009-2003

HIV prevalence among sex workers, 2009–2013



Source: Global AIDS Response Progress Reporting 2014.

Em países no oeste da África, em torno de 10% a 32% das novas infecções pelo HIV ocorreram como resultado do trabalho sexual. A prevalência média de HIV em mulheres

profissionais do sexo chega a ser muito alta (22%) em países no leste e sul da África (UNAIDS, 2013a). Em Mumbai (Índia) foi encontrada uma taxa de prevalência de HIV em mulheres profissionais do sexo superior a 40% (MEDHI *et al.*, 2012). Em alguns países, como o Sudão, Líbano e Paquistão, as taxas de prevalência nesse segmento populacional permaneceram menores que 1% (ABDELRAHIM, 2010; KHAN *et al.*, 2011; MAHFOUD *et al.*, 2010).

Na América Latina e Caribe, a prevalência da infecção pelo HIV sido mais baixas que outras regiões. Em uma revisão sistemática, Miller *et al.* (2013) encontraram uma taxa de prevalência média de HIV de 2.6% entre mulheres profissionais do sexo. Estimativas realizadas em países selecionados encontraram taxas mais altas no Brasil e México (FIGURA 3) Outros estudos realizados em países andinos e no cone sul (Venezuela, Colômbia, Equador, Peru, Bolívia, Chile, Argentina, Uruguai, e Paraguai) apresentaram taxas de prevalência que variaram entre 1,2% a 2% (BAUTISTA *et al.*, 2009). Dados mais recentes estimaram uma prevalência de 6,1% entre as mulheres profissionais do sexo na América Latina, e que, após declínio de muitos anos, a prevalência voltou a aumentar em 2012 (UNAIDS, 2014).

Figura 3 – Estimativa do tamanho da população de profissionais do sexo, com a proporção estimada de HIV +, em países selecionados, 2009-2013

Estimated population size of sex workers, with the estimated proportion who are HIV-positive, in selected countries, 2009–2013



Source: Global AIDS Response Progress Reporting 2014.

O primeiro estudo brasileiro encontrou uma prevalência média de HIV 6,5%, com taxas altas, variando de 11,3% a 17% em cidades da região a Sul e Sudeste, e taxas bem inferiores, variando de 1,8% a 2,4% nas em cidades do Nordeste (BRASIL, 2003). Em anos mais recentes, os estudos mostram que ainda há grandes diferenças entre essas taxas nos estados, seguindo a situação da epidemia no país. Enquanto a prevalência de HIV entre as MPS de Santa Catarina foi de 6,7% (SCHUELTER-TREVISOL *et al.*, 2013), no Mato Grosso do Sul e Goiás, estas taxas foram de 1% e 1,8%, respectivamente (CAETANO, 2011; FERNANDES *et al.*, 2014).

1.3 Políticas, programas e ações e os desafios da epidemia no Brasil

Com o objetivo de desacelerar a epidemia de HIV no mundo, os Estados Membros das Nações Unidas, assinaram uma Declaração de Compromisso sobre HIV/Aids assinada por

189 países, inclusive o Brasil, durante a 26ª Assembleia Geral das Nações Unidas em 2001. Foram estabelecidas metas bastante ambiciosas e o compromisso de eliminação da aids até 2015, e foram construídos indicadores que visavam, sobretudo, reduzir novas infecções pelo HIV e mortes relacionadas à aids (UNAIDS, 2010).

Visando atender os países com epidemia concentrada, novo conjunto de indicadores foi proposto em 2005 (BARBOSA JUNIOR *et al.*, 2006). Nessa nova versão, foram incluídos indicadores referentes a populações chaves: O percentual de uso de preservativos entre homens e mulheres trabalhadoras do sexo, e a proporção das populações sob maior risco que foi testada e conhece o resultado do teste para HIV. O Ministério da Saúde do Brasil tem envidado esforços para cumprir suas metas.

Apesar das dificuldades identificadas na política de saúde brasileira ao longo destas três últimas décadas, não se pode deixar de reconhecer os importantes avanços na Política de enfrentamento da epidemia de HIV AIDS e Hepatites Virais no país. No tocante a política de HIV e aids houve ampliação das estratégias de acesso ao teste para o HIV, sífilis e Hepatites virais, com a disponibilização do insumo no Sistema Único de Saúde (SUS), bem /como a introdução de novas metodologias e fluxos para que permitir a ampliação do diagnóstico destas doenças. Na área de assistência, os recursos destinados para a ampliação e interiorização da rede de atendimento para pessoas vivendo com HIV e aids (PVHA) e do acesso aos antirretrovirais, e disponibilização de testes para medir a resistência genotípica, tem proporcionado grandes avanços na atenção as pessoas vivendo com HIV AIDS (BRASIL, 2012).

Criados a partir do final da década de 80, os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) compõem uma rede de 429 serviços que ofertam testagem rápida para HIV, sífilis e hepatites virais B e C, para a população em geral, mas com prioridade para as populações chaves, e segmentos populacionais com maiores vulnerabilidades, considerando os diversos contextos epidemiológicos, socioeconômicos e culturais do Brasil (BRASIL, 2010).

Regulamentados no Brasil em 2005, os testes rápidos para HIV, imediatamente foram absorvidos pelos serviços de pré-natal e parto, se estendendo a outros contextos, como a prevenção por exposição ocupacional com risco biológico, casos de violência, abuso sexual ou estupro. A disponibilidade destes testes abriu novas perspectivas, permitindo o fortalecimento das ações de promoção, prevenção e assistência as DST e Aids, e provocou

uma reinvenção das noções de espaço e tempo nos serviços de saúde (DHALIA; PAMELA, 2007).

Estratégias de mobilização para ampliação do diagnóstico precoce do HIV, sífilis e hepatites B e C, as mobilização ou campanhas “Fique Sabendo” vem se consolidando e expandindo nos municípios brasileiros, São uma excelente oportunidade para o acesso das populações mais vulneráveis, considerando que funcionam geralmente em locais extramuros, em bases comunitárias. Além disso, também servem para promover o acolhimento e o a vinculação de pessoas com testes reagentes para HIV, sífilis ou hepatites virais B e C nas redes de atenção à saúde no SUS e, especialmente, nos pontos de atenção para PVHA (BRASIL, 2011a).

Publicados recentemente, os Protocolos Clínicos para o manejo da infecção pelo HIV em adulto, e o Protocolo clínico para o manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes podem impactar na epidemia, desde que trouxeram como grandes inovações: A recomendação de que indivíduos podem iniciar a TARV apenas com teste para o HIV confirmado, independente da contagem de CD4/CD8 (Protocolo adulto); e a indicação do início mais precoce ($CD4+ < 500$) do tratamento para crianças menores de 5 anos (protocolo crianças e adolescentes). A adoção dessas diretrizes considerou as evidências científicas de benefícios clínicos e de prevenção da transmissão do HIV, comprovadas por estudos intervencionistas e observacionais (BRASIL, 2013d, 2014e).

O Ministério da Saúde adotou a utilização de medicamentos antirretrovirais como mais uma forma, além do uso de preservativos, de se prevenir contra o HIV. Denominada PEP sexual (sigla em inglês de profilaxia pós-exposição sexual), a medida de prevenção consiste no consumo de ARV preferencialmente nas primeiras 72 horas após a relação sexual desprotegida, ou quando ocorrer no uso da camisinha (BRASIL, 2014b). Além disso, estão em desenvolvimento estudos para avaliar a aceitabilidade e aplicabilidade da PrEP no Brasil. . Essa estratégia, que consiste no uso diário de antirretrovirais em pessoas não infectadas, tem sido usada para a prevenção da transmissão entre populações prioritárias e soronegativas, dentre essas as mulheres profissionais do sexo (BRASIL, 2014c).

O Projeto “Viva Melhor Sabendo”, considerado atualmente uma das estratégias mais inovadoras de 2014, foi considerado extremamente bem sucedido ao alcançar seu objetivo de levar a testagem rápida com fluido oral para as populações chaves – mulheres profissionais do

sexo, gays, homens que fazem sexo com homens (HSH), travestis, pessoas transexuais, e indivíduos que usam drogas. É indicada para ser realizada por indivíduos das populações chaves e seus pares nos espaços de sociabilidades dos mesmos. (BRASIL, 2015).

A Rede Cegonha, lançada pelo Governo Federal em 2011, tem como objetivo a redução do número de óbitos de mulheres e de crianças no país. Nessa estratégia, o diagnóstico oportuno da infecção pelo HIV e sífilis durante o período gestacional é uma das prioridades, e dessa forma os testes rápidos para HIV e sífilis estão sendo inseridos no âmbito do componente pré-natal. (BRASIL, 2013c).

Apesar de todo o empenho e as inovações adotadas na política de prevenção e controle de HIV e aids no Brasil, o número de novas infecções pelo HIV no Brasil aumentou em 11% no período de 2005 a 2013. Segundo a UNAIDS, uma situação bastante diferente da de outros países como o México, onde houve uma redução de 39% dessas infecções (UNAIDS, 2014).

Pesquisadores afirmam que é muito preocupante constatar os indícios de re-emergência da epidemia de HIV no Brasil, evidenciado pelas tendências atuais dos indicadores, sobretudo pelo aumento da taxa de mortalidade. Essa situação ainda é mais crítica nas que nas regiões Norte, Nordeste e Sul, onde os indicadores de mortalidade chegam a ser o dobro do observado no período anterior à implantação da política de acesso aos antirretrovirais (GRANGEIRO; CASTANHEIRA; NEMES, 2015).

Uma crítica contundente foi feita por Scheffer (2015) relacionada a Política de HIV Aids vigente no Brasil. Segundo o pesquisador a “Política de Prevenção” do Ministério da Saúde atual esta equivocada, na medida em que promove ações baseadas em mensagens que semeiam o medo e a desconfiança mútua, além de priorizar a transmissão de informações de forma unidirecional, sem considerar as diferenças entre a população e as culturas regionais. Para o mesmo, a comunicação em Aids está promovendo apenas campanhas curtas e sazonais, que são submetidas a censuras prévias de setores conservadores do governo.

1.4 A Resposta brasileira a epidemia de HIV Brasil para mulheres profissionais do sexo

Um considerável número de mulheres vive da prostituição no Brasil. A 3ª Pesquisa de Conhecimentos Atitudes e Práticas na População Brasileira (PCAP 2008), trouxe o dado

que aproximadamente 1,2% das mulheres entrevistadas declararam ter recebido dinheiro em troca de sexo. (BRASIL, 2011b).

A resposta brasileira a epidemia de HIV e aids direcionada as populações mais vulneráveis, entre essas as mulheres profissionais do sexo, iniciou com o desenvolvimento do “Projeto Previna”, em 1989, e consolidou-se em décadas seguintes, a partir dos acordos de empréstimo com o Banco Mundial. Durante o período de 1993 a 1999, foram financiados 76 Projetos para a promoção de práticas seguras entre as MPS, pela Coordenação Nacional de DST/AIDS/M.S cujo investimento teve o custo de aproximadamente 3 milhões de dólares (BRASIL, 2002). No ano 2000, foi lançado o programa “Esquina da Noite” com nova proposta de formação de consórcios entre as Organizações Não Governamentais, que se habilitaram para receber recursos do Governo Federal. Criado em 2002 o Projeto “Sem Vergonha” foi financiado exclusivamente pelo Governo Federal. No período de 2000 e 2007 houve uma expansão de projetos direcionados às mulheres profissionais do sexo (ABIA, 2011). Ainda em 2007, o Ministério da Saúde aliou-se à Secretaria de Políticas para Mulheres para elaborar um “Plano Integrado de Feminização da Epidemia de DST e AIDS”, que teve como objetivo garantir os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, e se estruturou a partir das iniciativas históricas de organismos governamentais e movimentos sociais em todas as regiões do país (BRASIL, 2007). A partir desse período foram realizadas oficinas de trabalho nos Estados, que contou com participação ativa de vários segmentos de mulheres, governo e movimento social, com o objetivo de traçarem estratégias integradas, para dar respostas a situações que agravavam a vulnerabilidade das mulheres a infecção pelo HIV e outras DST (BRASIL, 2009a). A partir desse ano, as Secretarias de Políticas para Mulheres e os Programas Estaduais e Municipais de Controle de DST e Aids, passaram a trabalhar a Política de enfrentamento para este segmento, porém o fazendo de forma desarticulada.

1.5 Diagnosticar e tratar precocemente: A chave para vencer a epidemia de aids

O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS enfatiza que a testagem e aconselhamento para o HIV é a porta de entrada para o tratamento e funciona com um salva-vidas para as PVHA, no entanto, apenas a metade dessas pessoas em todo o mundo conhece o seu estado sorológico (UNAIDS, 2014).

Mesmo diante dos inquestionáveis benefícios do diagnóstico precoce da infecção pelo HIV muitos países, nas diferentes de todas as regiões do mundo ainda apresentam baixas coberturas do teste. Nos Estados Unidos, de quase 1 milhão de pessoas provavelmente infectadas, no ano 2000, apenas ¼ conheciam seu diagnóstico (CDC, 2003). No ano de 2007 o CDC iniciou uma expansão da testagem em 25 departamentos de saúde, com prioridade para os não hispânicos negros, mais afetados pela epidemia. Como resultado um substancial número de pessoas que desconheciam previamente seu estado sorológico aderiu ao acompanhamento nos cuidados primários de saúde (CDC, 2011).

A OMS reforça a ênfase na importância da testagem e o aconselhamento para o HIV, e destaca que este é o primeiro passo essencial para que as pessoas com HIV possam obter prevenção, tratamento e serviços de cuidados. Por esta razão recomenda que testagem e aconselhamento devam ser rotineiramente ofertados para as populações chaves, nas comunidades e em todos os estabelecimentos clínicos (WHO, 2014).

Desde o ano de 2006, o Centers for Disease Control em Prevention recomenda que o teste para o HIV deva ser oferecido para todos os indivíduos com idade entre 13 e 64 anos, como parte da rotina clínica em hospitais de urgência e emergência, serviços ambulatoriais, clínicas de abuso de drogas, clínicas de saúde comunitária e de cuidados de saúde correcional e unidades de saúde (BRANSON *et al.*, 2006; CDC, 2006; NEFF; GOLDSCHMIDT, 2011).

De acordo com Palella *et al.* (2003) um impacto positivo na prevenção, nos cuidados individuais, no tratamento, e nos custos oriundos dos cuidados com a saúde podem ser observados a partir do momento em que se realiza a testagem para o HIV. Isso porque esta estratégia contribui para que os indivíduos infectados se sensibilizem para uma maior adesão à TARV, diminuindo o adoecimento, tendo como consequência a redução no tempo de hospitalização e o aumento da sobrevivência. Caso a detecção viral seja ampliada no contexto dos cuidados primários, as pessoas portadoras de HIV podem ser diagnosticadas ainda mais precocemente para receber atendimento no momento oportuno, e assim evitar a progressão clínica e transmissão da doença (MAHONEY *et al.*, 2009; SOUZA-JÚNIOR; SZWARCOWALD; CASTILHO, 2007). As vantagens de detectar precocemente a infecção incluem a possibilidade de cura funcional, e o tratamento no tempo do risco máximo para transmissão (BARTLETT, 2013). Entendendo-se como cura funcional, o estágio de remissão permanente da doença e de suas consequências, na ausência da terapia antiretroviral e carga

viral indetectável (<50 cópias/ml), ou por esterilização, com a eliminação de todas as células infectadas (DE MASSON *et al.*, 2014). Ainda em relação aos efeitos benéficos do diagnóstico precoce, Marks *et al.* (2005) afirmou que a prevalência de comportamentos sexuais de alto risco é substancialmente reduzida após as pessoas tomarem conhecimento de que têm um teste reagente para HIV. A OMS destaca ainda a importância da terapia antirretroviral precoce para alcançar os benefícios clínicos individuais e coletivos entre as populações chaves (WHO, 2014). Estudos mostram que PVHA, com supressão virológica, se mantém clinicamente estáveis, sem alteração na contagem de CD4, e tem reduzido significativamente o risco de transmissão para outras pessoas (CDC, 2013). Além disso, quando se inicia a TARV no momento indicado há redução da mortalidade de pessoas infectadas pelo HIV. Este benefício foi extremamente importante para indivíduos infectados cuja contagem de CD4 estava entre 201-350 cells/mm³, quando comparado com pessoas que iniciaram a TARV com CD4 mais baixo (PALELLA *et al.*, 2003).

Do contrário, o diagnóstico e o tratamento tardio quase sempre resultam em perdas de oportunidades para prevenir comorbidades, resultando no agravamento da doença, e culminado muitas vezes com o óbito do paciente. Na Inglaterra e países de Gales, entre 2000 e 2004, estima-se que o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV poderia ter reduzido em 56% a mortalidade entre as PVHA (CHADBORN *et al.*, 2006).

No Brasil, são poucos estudos que avaliam o tempo despendido para o início da TARV. Todavia pesquisadores brasileiros em Minas Gerais, ao trabalhar em uma coorte de indivíduos vivendo com HIV/AIDS puderam observar que 68,4% dos indivíduos iniciaram a terapia antirretroviral tardiamente (FERNANDES *et al.*, 2009). Em uma proporção um pouco menor, mais também preocupante, pesquisadores concluíram em um estudo brasileiro, que 41% dos indivíduos infectados iniciaram o tratamento em estágio avançado da infecção (CD4<200), e/ou já apresentando sintomas da aids (SOUZA-JÚNIOR; SZWARCOWALD; CASTILHO, 2007). Estudo realizado no Brasil comparando pacientes que iniciaram o tratamento para HIV tardiamente, com aqueles que tiveram acesso oportuno à terapia, mostrou o que o percentual de risco de morte atribuível ao acesso tardio foi de 95.5%, com um número considerável de mortes potencialmente evitáveis (GRANGEIRO; CASTANHEIRA; NEMES, 2015).

1.6 Monitorar e desacelerar a epidemia de aids: O compromisso dos países

No Brasil, a epidemia de aids é do tipo de concentrada, característica de países cuja prevalência da infecção por HIV é menor que 1% na população geral de 15 a 49 anos (SZWARCOWALD *et al.*, 2008), e maior de 5% em sub-grupos da população sob maior risco de infecção como mostram os estudos desenvolvidos com usuários de drogas ilícitas (BASTOS, 2009), homens que fazem sexo com homens (KERR *et al.*, 2012) e mulheres profissionais do sexo (SZWARCOWALD, 2009) no Brasil.

Os vários estudos epidemiológicos e comportamentais realizados ao longo dos anos no Ceará tem mostrado que as taxas de prevalência de HIV nas populações mais vulneráveis, como HSH, mulheres profissionais do sexo e travestis, são sempre superiores às encontradas na população em geral no Brasil (BROUTET *et al.*, 1996; FREIRE, 2013; KENDALL *et al.*, 2008; KERR *et al.*, 2011; MACENA *et al.*, 2008; MARTINS *et al.*, 2013).

Para um maior entendimento da dinâmica da epidemia de HIV no mundo, a Organização Mundial da Saúde propôs estratégias de monitoramento da epidemia de HIV AIDS, através das ações de Vigilância de Segunda Geração, desenvolvidas em estudos comportamentais e inquéritos sorológicos desde o ano de 2000. Visando apoiar os países para um melhor desenvolvimento das estratégias publicou o “Guidelines on second generation surveillance” (CALLEJA, 2012). Em 2011, foi lançado pela UNAIDS/OMS um segundo guia de Vigilância de Segunda Geração, destinado a países de baixa e média renda, que traz recomendações aos países, para que se conduzam atividades de vigilância entre populações cujos comportamentos têm um risco aumentado de adquirir a infecção pelo HIV, com o objetivo produzir subsídios para os programas de prevenção no nível local, contribuindo para o entendimento da transmissão do HIV nessas populações (UNAIDS/WHO, 2011). Recentemente, a OMS lançou recentemente um “guidelines”, com foco exclusivo nas populações chaves, reiterando a importância das informações sobre as estimativas do tamanho dessas populações, localização e distribuição, prevalência de HIV, fatores estruturais e barreiras para a implementação da resposta ao HIV (WHO, 2014).

As metas estabelecidas pela ONU e assimiladas pelos seus países membros prevê que 90% de todas as pessoas vivendo com HIV tenham conhecimento do seu estado sorológico; 90% das pessoas diagnosticadas com HIV estejam em tratamento antiretroviral; e

90% das pessoas recebendo tratamento estejam com carga viral indetectável até o ano de 2020. Desta forma espera-se que haja uma desaceleração da epidemia, e essa tenha um fim até 2030, deixando de ser uma ameaça à saúde pública. (UNAIDS, 2015).

A cidade de Fortaleza vem se consolidando como um importante destino turístico no país, apesar das desigualdades sociais. Esse fato cria uma combinação de fatores que favorecem a prática da prostituição de adultos e adolescentes. Este contexto se torna mais preocupante quando se considera os achados de estudos com mulheres profissionais do sexo realizados em Fortaleza, que apontaram altos índices de relações sexuais desprotegidas com todos os tipos de parceiros (DE SOUZA AQUINO *et al.*, 2008; GONDIM *et al.*, 2009; SOUSA, 2013). Desta forma o diagnóstico e o tratamento precoce da infecção pelo HIV são estratégias imprescindíveis para apoiar as ações de prevenção, proporcionar uma melhor qualidade de vida para as mulheres profissionais do sexo, além de reduzir a transmissão da infecção na comunidade.

Todavia, as fragilidades no acesso aos serviços de saúde para esse segmento de mulheres têm dificultado a obtenção de dados mais reais, que nos permitam conhecer qual a situação das MPS quanto ao diagnóstico da infecção pelo HIV. Neste sentido, se faz necessário conhecer quais são as barreiras e incentivos a testagem, a situação quanto a testagem e a periodicidade, e por fim quais os fatores determinantes da testagem para o HIV entre as MPS. Assim sendo nossas hipóteses são:

1. As MPS têm se testado, porém não o fazem com a periodicidade indicada para as populações que tem grande vulnerabilidade a infecção pelo HIV;
2. Inúmeras barreiras de ordem individual e programática interferem na regularidade da testagem para o HIV;

Portanto, este estudo visa esclarecer estas questões, de forma a contribuir para ampliar a compreensão dos profissionais de saúde em relação as dificuldades enfrentadas pelas MPS em relação a testagem e o acesso, e subsidiar os gestores de saúde no redesenho das Políticas de Saúde junto ao segmento.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a rede de recrutamento, o perfil sócio demográfico e estimar a prevalência de HIV e os fatores associados ao período de realização do teste para o HIV entre as mulheres profissionais do sexo de Fortaleza em 2010.

2.2 Específicos

- Descrever a rede de recrutamento das mulheres profissionais do sexo a partir das sementes;
- Descrever o perfil sócio demográfico das mulheres profissionais do sexo residentes em Fortaleza;
- Identificar o conhecimento sobre o teste para o HIV, mensurando a cobertura e a prevalência do teste para o HIV entre as MPS;
- Caracterizar os incentivos e barreiras para a realização do teste de HIV entre mulheres profissionais do sexo;
- Descrever o comportamento sexual, o acesso aos meios de prevenção e a ocorrência de violência e discriminação entre as MPS;
- Identificar os fatores associados à testagem tardia ou a não testagem para o HIV.

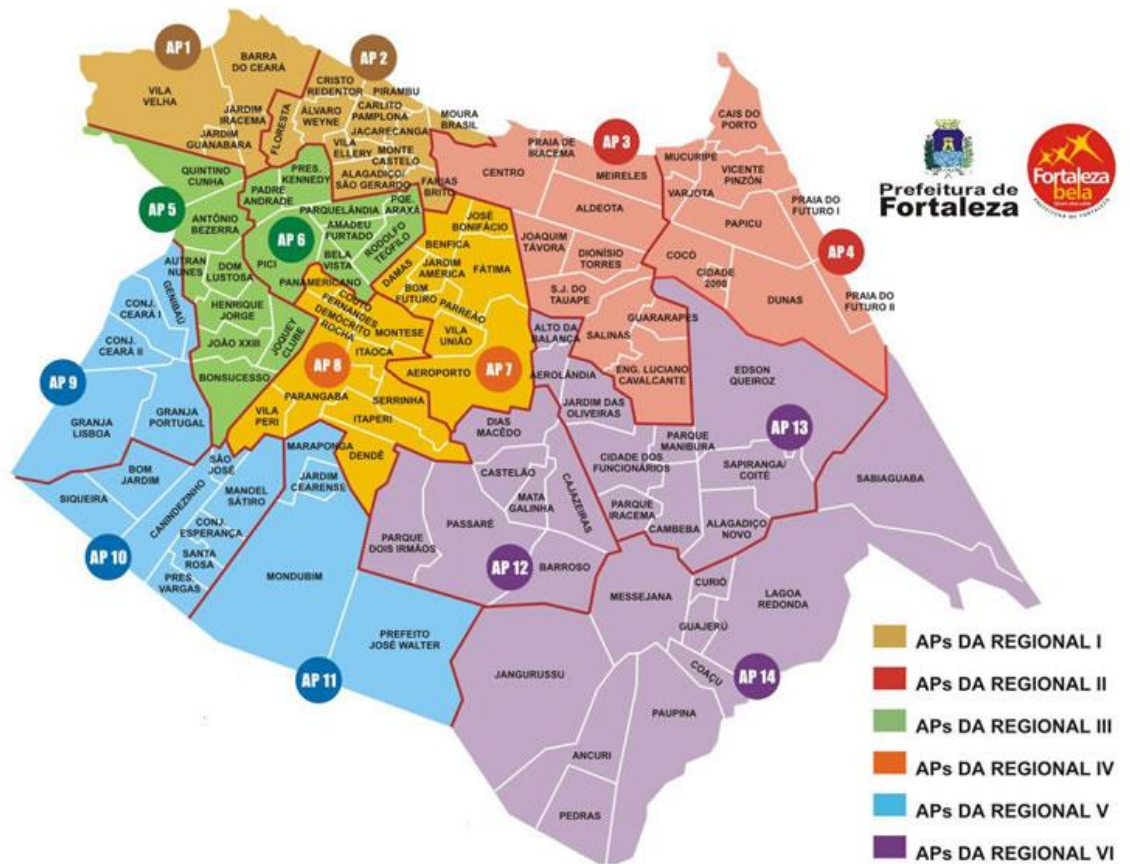
3. METODOLOGIA

3.1 Desenho do estudo

Este estudo é do tipo transversal e foi parte de um projeto denominado “Incentivos e barreiras para a realização do teste de HIV entre profissionais de saúde, organizações não governamentais, populações vulneráveis ao HIV e população geral: uma abordagem quali-quantitativa”, sob a coordenação do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará, o estudo foi desenvolvido em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde do Ceará e Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, e obteve o financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), Ministério da Saúde e Agence Nationale de la recherche Scientifique (ANRS)-França).

As unidades escolhidas para sediar a pesquisa foram o Centro de Saúde Escola do Meireles e o Centro de Testagem e Aconselhamento-CTA localizadas nos bairros do Meireles e Jacarecanga, nas Regionais de Saúde II e III respectivamente.

Figura 4 – Mapa das regionais de saúde de Fortaleza, 2013



3.2 O método RDS

Diferentes técnicas têm sido adotadas em todo o mundo na realização de estudos com populações “hard-to-reach”, termo utilizado para descrever populações que são difíceis de alcançar ou envolver em programa de saúde pública, como por exemplo, as mulheres profissionais do sexo, gays e homens que fazem com homens, travestis e usuários de drogas. Muitas outras técnicas também são utilizadas em pesquisas com estas populações, e todas apresentam vantagens e limitações, e segundo Shaghghi, Bhopal e Sheikh (2011) o sucesso sempre a ser alcançado vai depender do conhecimento do pesquisador das características do segmento populacional a ser estudado.

O RDS é um método que pertence à família de amostragens por bola-de-neve (snowball sampling), sendo considerada uma variante de uma amostragem em cadeia, no qual os indivíduos que irão compor a amostra são recrutados em uma rede de conhecidos dos mesmos indivíduos que estão presentes na amostra. A amostragem é probabilística e os membros da população em estudo são selecionados de forma não aleatória (DAMACENA; SZWARCOWALD; BARBOSA JÚNIOR, 2011). No RDS foi introduzido um modelo matemático pondera a amostra, para compensar o viés gerado pela seleção não aleatória e a super-representação de alguns subgrupos da população em estudo (HECKATHORN, 1997;2002; SZWARCOWALD, 2010).

O método *Respondent Driven Sampling* (RDS) proposto como uma nova abordagem para realizar estudos com populações ocultas (HECKATHORN, 1997). Desde então o RDS, tem sido uma das principais escolhas de pesquisadores por apresentar muitas vantagens. É útil em estudos onde não se pode definir uma base de amostragem, e para populações cujos comportamentos são ilegais ou estigmatizados, que as torna muitas vezes invisíveis para pesquisa melhora a capacidade dos pesquisadores de estudar populações ocultas e possibilita fazer estimativas imparciais, e as estimativas das variabilidades em relação a estas estimativas (JOHNSTON *et al.*, 2006; SALGANIK, 2006). Os custos de estudos com o RDS são mais baixos quando comparados a outros métodos, e o método alcança as pessoas que evitam grandes locais públicos e ruas (KENDALL, 2006; KENDALL *et al.*, 2008; SUDMAN; SIRKEN; COWAN, 1988); alcança a população alvo mais rapidamente, evita a participação de indivíduos mais cooperativos, além de coletar informações relevantes da rede social (HECKATHORN *et al.*, 2002).

Estudos desenvolvidos em países da África (7), Europa (59), Ásia e Pacífico (40), América Latina (14) e Oceania (3) que utilizaram a técnica RDS comprovaram sua eficácia para atingir as populações de difícil alcance (MALEKINEJAD *et al.*, 2008). Foram ainda realizados 87 estudos na América Latina e Caribe, que comprovaram a importância da metodologia, que coletou pela primeira vez dados de populações difíceis de alcance (MONTEALEGRE *et al.*, 2013). Enfim, uma revisão sistemática da literatura atual comprovou o uso do RDS em 460 estudos de 69 países, incluindo os USA com 151 estudos (WHITE *et al.*, 2015).

O CDC tem utilizado as redes sexuais, sociais e de uso de drogas em estudos realizado em várias cidades dos Estados Unidos, avaliando a efetividade da técnica no diagnóstico de pessoas em maior risco para HIV. Desta forma recomenda esta técnica para recrutar pessoas para testagem, aconselhamento e encaminhar para tratamento (CDC, 2005; KIMBROUGH *et al.*, 2009).

No estudo o processo se inicia com a escolha das “sementes”, que são os indivíduos considerados elegíveis. A partir das “sementes” a pesquisa se expande em ondas, e o processo de recrutamento feito pelos pares se repete até a que amostra seja atingida, e seja observado o equilíbrio da cadeia com respeito às variáveis chaves (HECKATHORN, 1997; WEJNERT, 2009). O RDS prevê um incentivo primário e um secundário, por cada indivíduo recrutado que seja elegível e tenha completado a entrevista. Um código único é atribuído a cada participante da pesquisa de modo a permitir a identificação de quem o recrutou e dos pares recrutados por ele. O incentivo é previsto para atender as necessidades pessoais do participantes, servindo como reconhecimento pelo tempo dispendido e pelo esforço no recrutamento, mostrando respeito pelo empenho dos indivíduos. A preocupação de que os incentivos possam ser usados para comprar drogas, ou para subverter motivações altruístas na participação não encontra apoio na literatura (SEMAAN *et al.*, 2009).

O RDS com todas as técnicas também apresenta algumas limitações, relacionadas principalmente à amostra, a população e os dados produzidos. Pelo fato dos membros da população ser selecionados de forma não aleatória, o RDS pode produzir amostras não representativas, gerando estimadores com parâmetros populacionais tendenciosos e com margem de erro desconhecida. Ademais, este tipo de recrutamento pode resultar em sobre amostragem de um grupo contra outro, considerando que um grupo de redes sociais maiores podem recrutar mais pessoas que um grupo de redes sociais menores. A “homofilia” que é uma tendência de alguns grupos se associarem a outros que são semelhantes pode se constituir um viés no RDS, caso esta seja “muito grande” (SEMAAN; LAUBY; LIEBMAN, 2002; SHAGHAGHI; BHOPAL; SHEIKH, 2011). Para a redação deste documento foi utilizado o STROBE-RDS (Strengthening the reporting of Observational Studies in Epidemiology, um check list de itens essenciais para apresentar as publicações em RDS (WHITE *et al.*, 2015).

3.3 Área/População/Período do estudo

O estudo foi desenvolvido em Fortaleza cuja população era composta de 2.452.185 habitantes, com uma densidade populacional de 7.786,52 hab/Km², em 2010. Nesse ano a cidade teve uma participação relativamente importante no panorama social e econômico do estado do Ceará, tendo em vista que detinha 30% do contingente populacional do Estado, com produto interno bruto (PIB) representando quase 50% de toda a riqueza do Estado. Aproximadamente 70% da população residente de Fortaleza tinha idade entre 15 e 64 anos de idade, sendo que destes, 92,5%, em idade escolar (4-17 anos) frequentava a escola. Apesar disso 36,9% das pessoas não tinham instrução ou permaneciam com nível de escolaridade fundamental incompleto. A população economicamente ativa composta por 54% das pessoas, nos setores de serviços (47,6%), comércio (23,5%) e indústria de transformação (14,7%). Um significativo percentual de pessoas vive na informalidade em Fortaleza. A cidade possuía 37,5% de pessoas classificadas nos estratos econômicos Baixo, 44,2% Médio, e 28,3% Alto. A cidade caminha para a universalização dos serviços de coleta de lixo e energia elétrica, e em média 93% dos domicílios tem abastecimento de água. Todavia, apenas 60% dos domicílios tem esgotamento sanitário, existindo bairros com percentual de cobertura acima de 95% e outros que detêm menos de 5% (CEARÁ, 2012).

Embora se evidencie uma dinâmica de ascensão social e econômica, a cidade ainda possui ainda um grande contingente populacional em uma situação de pobreza. No relatório das Nações Unidas intitulado “State of the World Cities 2010/2011: Bridging the Urban Divide”, a cidade Fortaleza aparece como a quinta cidade mais desigual no mundo (UN-HABITAT, 2010). A situação se agrava mais ainda devido ser a capital mais densamente povoada no Brasil, e a quarta capital em número de aglomerados subnormais, com ocupações irregulares e/ou ilegais com serviços públicos precários, e com 16% da população vivendo em condições mínimas de vida (IBGE, 2011).

A cidade tem uma rede de saúde composta por 6 Secretaria Regionais de Saúde (SER), onde estão distribuídos 91 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com atendimento em atenção primária, 6 hospitais de nível de atenção secundária (Frotinhas e Gonzaguinhas), um hospital de urgência e emergência de nível terciário (IJF), um hospital e maternidade para atendimento exclusivo a mulher (HDZA), um Centro de especialidades médicas (CEMJA),

um hospital de atenção secundária e maternidade (HNSC), um Centro de Assistência à Criança, 3 unidades de pronto atendimento (UPAS), 3 Centros especializados de odontologia (CEO) e 14 centros de Atenção Psicossocial (CAMPS) e 2 Ocas de Saúde Comunitárias (FORTALEZA, 2015).

A cidade de Fortaleza, capital do Ceará, detém a maioria dos casos de Aids registrados no Estado, e ocupa a 6ª posição em relação a detecção de casos entre as capitais da Região Nordeste. Vem apresentando um crescimento contínuo nas taxas de detecção de casos (14,9 casos/100.000 hab em 2001 para 26,4 casos/100.000 hab em 2012), e embora com pequenas variações, a taxa de mortalidade por aids vem se mantendo constante (5,78 /100.000 hab, em 2008, e 5,75/100.000 hab, em 2012) porém em um patamar considerado alto (BRASIL, 2013b;e).

As participantes que compuseram a amostra deveriam ser maiores de 18 anos, residir há pelo menos 3 meses em Fortaleza, ter tido relação sexual em troca de dinheiro nos últimos 4 meses anteriores a pesquisa. Foram consideradas elegíveis para participar da pesquisa as MPS que cumpriram os seguintes requisitos: 1) Não ter participação em pesquisa anterior; 2) Ter tido relação sexual em troca de dinheiro nos últimos 4 meses; 3) Apresentar cupom válido; 4) Aceitar as condições propostas no estudo, incluindo a assinatura em Termo de consentimento livre e esclarecido (TLCE) 5) Não estar sobre o efeito de drogas ou álcool no momento da pesquisa

A pesquisa teve início em julho de 2010 com a pesquisa formativa, e a coleta de dados teve a duração de 1 mês e meio, finalizando em dezembro deste mesmo ano.

3.4 Delineamento da Pesquisa/ Procedimentos de coleta de dados

Inicialmente foi realizada pesquisa formativa da qual participaram técnicos a coordenação da pesquisa na UFC, técnicos das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde de Fortaleza, lideranças do movimento de mulheres (Instituto de Mulheres de Baixa Renda- IOPEM), e ONG de mulheres profissionais do sexo (Associação de Prostitutas do Ceará- APROCE). O objetivo foi apresentar a pesquisa, consolidar a adesão dos participantes, firmar os acordos e definir as estratégias para o desenvolvimento do estudo. Neste momento foram discutidas também as competências de cada instituição participante, em especial o papel das

ONG presentes na seleção das sementes, os locais da pesquisa, a natureza dos ressarcimentos, a seleção dos materiais educativos a serem distribuídos, os procedimentos e logística do estudo (local, dias, horários), além dos critérios de inclusão e elegibilidade.

Firmadas as parcerias necessárias para o desenvolvimento da pesquisa foi realizado treinamento com carga horária de 24 horas com todas as pessoas envolvidas, que assumiriam enquanto supervisores, entrevistadores, aconselhadores, profissionais de saúde responsáveis pela testagem e organizadores da logística local. O conteúdo do treinamento abordou a metodologia RDS, a dinâmica do campo com os procedimentos (fluxo, o questionário, o uso do Pocket, os diversos formulários, o aconselhamento e testagem, os encaminhamentos para os SAE) além das questões éticas envolvidas na pesquisa.

3.5 Plano de amostragem e cálculo do tamanho da amostra

As participantes foram acessadas pelo método *Respondent Driven Sampling* (RDS). Inicialmente foram selecionadas 5 sementes, por conveniência, usando como orientação o pertencimento das MPS nas diversas classes sociais, de acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISAS, 2007). A seleção levou em consideração também os locais de trabalho destas mulheres, buscando-se fazer um recrutamento em ruas e praças públicas, bordeis e bares e casas de massagem. Buscou-se uma seleção de mulheres que trabalhavam em áreas próximas do centro da cidade e do bairro Mucuripe (zona litorânea), locais que comumente se constituem zonas de prostituição, tendo proximidade com as unidades da pesquisa. Cada semente recebeu três cupons, padronizados, com os símbolos da pesquisa, não falsificáveis, para recrutar três pessoas de sua rede social. Os recrutados pelas sementes, que apresentaram cupom válido, e que cumpriram os critérios de inclusão, constituíram a primeira onda do estudo. A partir desse momento cada novo recrutada recebeu o mesmo número três cupons, sendo reduzido este número para dois cupons na penúltima onda do estudo.

Os entrevistados receberam o valor de R\$15,00 (≈US\$8.82) como incentivo primário por aderir à pesquisa, e mais R\$10,00 (US\$5.88) por cada recrutada que comparecesse à entrevista e fosse elegível. Todas as pessoas que compareceram ao local da pesquisa para entrevista, independente da adesão, receberam materiais educativos e preservativos.

Para o cálculo da amostra foi utilizada uma estimativa de prevalência de 5,7% (3,7% de erro amostral, alfa de 95% e poder 70%). Dessa forma, o tamanho mínimo da amostra para a amostragem casual simples deveria ser de 204 mulheres. SALGANIK (2006) propôs um efeito de desenho igual a 2¹ em estudos que utilizassem a metodologia RDS e, sendo assim, a amostra final foi de 408 MPS.

3.6 Coleta de dados

A escolha do campo de coleta considerou a proximidade com locais de prostituição, e a experiência dos profissionais no atendimento a pessoas com DST e HIV. A entrevista e testagem foram realizadas em horário de 8h às 16 h, no CTA, e no Centro de Saúde de Saúde Escola do Meireles, no horário de 17h às 21h. Os horários subsequentes objetivaram atender a logística, e facilitar o acesso das MPS aos locais da pesquisa.

As MPS recrutadas foram orientadas a realizar agendamento de horário por telefone para a entrevista, todavia, muitas compareceram diretamente ao local da pesquisa sem agendamento. Esta estratégia foi adotada visando melhor organização do campo, e redução do tempo de espera, considerando que um tempo mais longo poderia desmotivar a participação das MPS.

A equipe de trabalho foi composta por um supervisor, quatro entrevistadores, dois aconselhadores, um profissional para realização do teste rápido e um técnico gerenciador dos cupons. Era competência dos supervisores verificar os critérios de elegibilidade das MPS, conferir os cupons e encaminhar para as entrevistas. O entrevistador fazia a validação do cupom, explicava sucintamente os objetivos do estudo, os procedimentos, riscos e benefícios, e explicava sobre as questões que definiam a elegibilidade do participante.

As MPS consideradas elegíveis assinavam Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de forma voluntária, e após convidadas a responder ao questionário. Aquelas MPS que não preenchiam os critérios de elegibilidade ou que, por algum motivo, se recusaram a participar, foram incentivadas a responder um breve questionário contendo os motivos da recusa. Após a entrevista, as MPS que aceitavam realizar o teste para o HIV eram encaminhadas para o aconselhamento e testagem.

Os testes rápidos disponíveis para a pesquisa, testes de 3ª geração (Rapid Check HIV-1 e 2 e Bio-Manguinhos HIV-1), eram no momento os tipos adotados para o diagnóstico da infecção, segundo a Portaria nº 151, de 14 de outubro de 2009 SVS /Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b). Caso os resultados dos testes rápidos fossem divergentes, um terceiro teste era realizado. Persistindo a divergência a entrevistada era encaminhada para coleta do teste de um terceiro, no LACEN-Ce. Em caso de teste reagente para HIV a entrevistada era encaminhada para Serviço Ambulatorial Especializado (SAE). Em caso de testes não reagentes para o HIV, a entrevistada era incentivada a continuar se prevenindo, alertadas para o risco de adquirir a infecção, e para repetir a teste no CTA, caso houvesse uma provável exposição ao HIV.

A entrevista estruturada tinha duração média 45 minutos, e questionário era digitado pelo entrevistador em um Pocket PC. Ao final de cada dia de coleta dos dados os questionários eram consolidados pelo supervisor em uma planilha específica.

As variáveis do estudo foram organizadas em oito blocos específicos e independentes, de acordo com os quadros abaixo discriminados.

Quadro 1 –Quadro dos blocos e variáveis do questionário aplicado entre as mulheres profissionais do sexo na pesquisa

Blocos	Variáveis independentes
Elegibilidade e Rede Social	Idade, anos de escola completados, cidade que reside, bairro, recebeu dinheiro em troca de sexo, motivos da participação na pesquisa, tamanho da rede social (quantas mulheres a entrevistada conhece e que também as conhece e que recebem dinheiro por sexo e moram em Fortaleza; quantas destas tem idade superior a 18 anos, com quantas destas se comunicou nos últimos 2 meses, quem destas convidaria para participar do estudo), de que forma recebeu o cupom apresentado ou se pagou pelo cupom, e quem foi a pessoa deu o convite para participar do estudo.
Características sócio	Cor/raça, estado conjugal, vivência com parceiro e idade que

demográficas, ocupação e mobilidade	viveu com parceiro sexual estável, religião, renda mensal, chefe do domicílio, idade e escolaridade do chefe do domicílio, número de cômodos da casa, bens duráveis que possuía, tipo de moradia, com quem mora, e onde viveu a maior parte da vida, número de cidades que tinha morado, trabalhou como MPS em outra cidade, com que divide os ganhos, tem algum trabalho além de MPS, situação de trabalho.
Teste de HIV	Ouvir falar no teste de HIV; o que sabe sobre o teste de HIV; sabe de algum serviço público de saúde onde o teste de HIV é feito gratuitamente; locais que conhece onde é possível fazer o teste de HIV em Fortaleza; conhece procedimentos para a realização do teste; opinião sobre o teste; conhece as vantagens do teste; realizou o teste de HIV vez na vida, quando e número de vezes, em que local; motivos de não ter feito o teste, o que estimularia a fazer o teste, sobre doação de sangue, reações diante de um resultado positivo de HIV, chance de ter um resultado de teste positivo, tem um teste para o HIV, toma ARV.
Comportamento sexual	Idade da 1ª relação sexual e uso de camisinha, tipo de parceria sexual, número de parceiros fixos e clientes, idade que começou a fazer programas; modo de contratação do programa e local onde acontece, valor do programa, média semanal e diária do número de programas; frequência de uso de camisinha com parceiro fixo e clientes; tipo de prática que fazia uso de camisinha; uso de camisinha na última relação e situações que aceitaria transar sem camisinha.
Conhecimento e Fontes de Informação sobre DST e aids e acesso a preservativos	Opiniões das entrevistadas sobre relacionadas à transmissão de HIV; conhece ou faz parte do movimento social ou ONG aids; participação em atividades de prevenção, recebimento de materiais educativos; faz aquisição de camisinha e local;

	recebeu camisinha gratuitamente e local e quantidade; conhece camisinha feminina, compra e/ou recebe gratuitamente; onde compra; recebe gratuitamente gel lubrificante.
Assistência em Saúde e DST	Existência e quantidade de filhos; período do último exame ginecológico; teve DST, com quem tratou onde e se foi curada; quem prescreveu o medicamento e onde conseguiu; recebeu orientação sobre teste de HIV durante consulta para DST; vacinação contra hepatite B
Violência e Discriminação	Sofreu discriminação por pessoas ou instituições relacionadas à cor, raça, condição social, idade ou preferência sexual ou por ter HIV; se foi vítima de violência psicológica e /ou física e ou verbal e/ou sexual; identidade do agressor na violência física e na violência sexual; preconceito em relação à orientação sexual no trabalho, escola ou faculdade, ambiente religioso, comércio, locais de lazer, serviços de saúde e outros.
Uso de álcool e drogas	Frequência com que consome bebidas alcoólicas (BA); frequência com que consome (BA) durante a relação sexual; consequência do uso do álcool na vida e frequência do problema; uso de drogas ilícitas (maconha, crack ou merla, ecstasy, anfetaminas, e cocaína e cocaína injetável); idade que começou a consumir; tipo e frequência do uso de cada droga específica; uso de drogas antes ou durante a relação sexual nos últimos 12 meses; atitudes diante do uso das drogas.

Para aprofundar a análise e atender aos objetivos do estudo foram criadas as seguintes variáveis independentes:

Quadro 2 –Quadro dos blocos e variáveis independentes do questionário aplicado entre as mulheres profissionais do sexo criadas a partir das variáveis originais

Cor/raça	Não preta/negra/parda/morena/mulata/marrom se a MPS se autodeclarava branca, amarela ou indígena, ou preta/negra/parda/morena/mulata/marrom conforme ela se reconhecesse como sendo destas raças/cores.
Costuma fazer programas em ruas e praças	Sim- se afirmava fazer programas em ruas e praças Não- se a mesma afirmava fazer programas em motel/hotel/termas/boates/bares e outros
Sexo seguro com parceiro fixo	Sim- se a entrevistada dizia usar sempre preservativos, e em todo o tipo de relação sexual (oral, vaginal e anal) com parceiro fixo; Não- se a entrevistada dizia ter deixado de usar alguma vez, em qualquer tipo de relação sexual com parceiro fixo.
Sexo seguro com cliente	Sim- se a entrevistada dizia usar sempre preservativos, e em todo o tipo de relação sexual (oral, vaginal e anal) com cliente; Não-se a entrevistada dizia ter deixado de usar alguma vez, em qualquer tipo de relação sexual com cliente,
Teve DST	Sim- Se a entrevistada referiu ter apresentado feridas, bolhas ou corrimento vaginal na vagina ou ânus; Não- Se a entrevistada não referiu ter apresentado feridas, bolhas ou corrimento vaginal na vagina ou ânus
Violência na vida	Sim- Se a entrevistada afirmou ter sido xingada, humilhada, depreciada ou agredida fisicamente, ou forçada a ter relações sexuais contra a vontade; Não-se a entrevistada não afirmou ter sido xingada, humilhada, depreciada, ou agredida fisicamente, ou forçada a ter relações sexuais contra a vontade.
Conhecimento sobre aids (UNAIDS)	Sim- se a entrevistada respondia “SIM” para as questões 1, 2 e 3 e ‘ NÃO” para as questões 4 e 5.

	<p>:1) uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada com o vírus da aids; 2) uma pessoa pode ser infectada se não usar preservativos nas relações sexuais;3) se a proteção pode ser feita usando corretamente preservativo nas relações sexuais, ou se discordava que: 4) uma pessoa pode ser infectada pelo vírus da aids ao ser picado por um pernilongo; 5) uma pessoa pode ser infectada com o vírus da aids compartilhando talheres, copos ou refeições.</p> <p>Não- se a entrevistada errava qualquer das questões acima.</p>
--	--

A variável reposta sobre o teste para HIV foi criada, baseada em ter feito o teste ou não ter feito o teste, e o tempo em que o mesmo foi realizado na vida. Foram criados 3 níveis para a variável resposta “ ter feito teste”: se a entrevistada fez o teste para HIV em um período igual ou menor que 12 meses; se a entrevistada tinha feito o teste em um período maior que 12 meses; se a entrevistada nunca tinha feito o teste na vida.

3.7 Análise de dados

As variáveis foram examinadas inicialmente para os valores *missing* e extremos bem como para a consistência lógica. A seguir foi realizada uma análise descritiva contendo o perfil da entrevistada, distribuição de frequências e medidas de tendência central e dispersão. Foram estimadas as prevalências brutas e ajustadas das variáveis de maior interesse para o estudo, escolhidas de forma a permitir comparabilidade com estudos nacionais, estabelecendo os intervalos de confiança de 95%. Nesta fase da análise, foi utilizado o software Respondent Driven Sampling Analysis Tool (RDSat®), versão 6.0. Foram considerados os parâmetros de 15.000 re-amostragens e intervalo de confianças com coeficiente de confiança igual a 95% (alfa =0,025), e as demais opções iguais ao padrão do software.

Na análise bivariada foi utilizada o STATA® (versão 11.0) usando a ponderação através dos pesos dos entrevistados calculados pelo RDSat® para a variável período do teste anterior. Foram considerados os 3 níveis da variável resposta “ ter feito teste”:=< 12 meses;

> 12 meses; nunca ter feito o teste na vida, comprando-as com as variáveis independentes do estudo.

Para a regressão logística multinomial não ordinal a variável desfecho escolhida foi “ter feito o teste para o HIV com ≤ 12 meses” Vs “ter feito > 12 meses” ou “Não ter feito o teste”. A variável “Quando foi realizado o teste para o HIV” foi testada com aquelas variáveis que se mostraram significativas ao nível de $p < 0,20$ na análise multinomial, para se avaliar seu possível efeito independente sobre ter feito > 12 meses ou não o teste de HIV. Permaneceram no modelo final aquelas variáveis que se mostraram significantes ao nível de $p < 0,05$. Possíveis efeitos modificadores entre a variável dependente e as independentes foram explorados. Foi utilizado software NetDraw 2.3.1 na construção das redes de recrutamento..

3.10 Aspectos Éticos

O sigilo sobre a identidade dos entrevistados foi garantido, assim como à privacidade das MPS nas etapas da entrevista, aconselhamento, e realização do teste de HIV. Os participantes foram informados sobre todos os benefícios da pesquisa, da voluntariedade, e que poderiam desistir de participar em qualquer momento, caso não se quisessem permanecer na pesquisa. Foi garantido material informativo e insumos de prevenção de AIDS, inclusive para aqueles que se recusaram a participar, foram inelegíveis ou não aceitaram se submeter ao teste para o HIV. Foi garantido apoio psicológico e encaminhamento para uma unidade de referência em AIDS- SAE para as entrevistadas com resultado reagente ao teste.

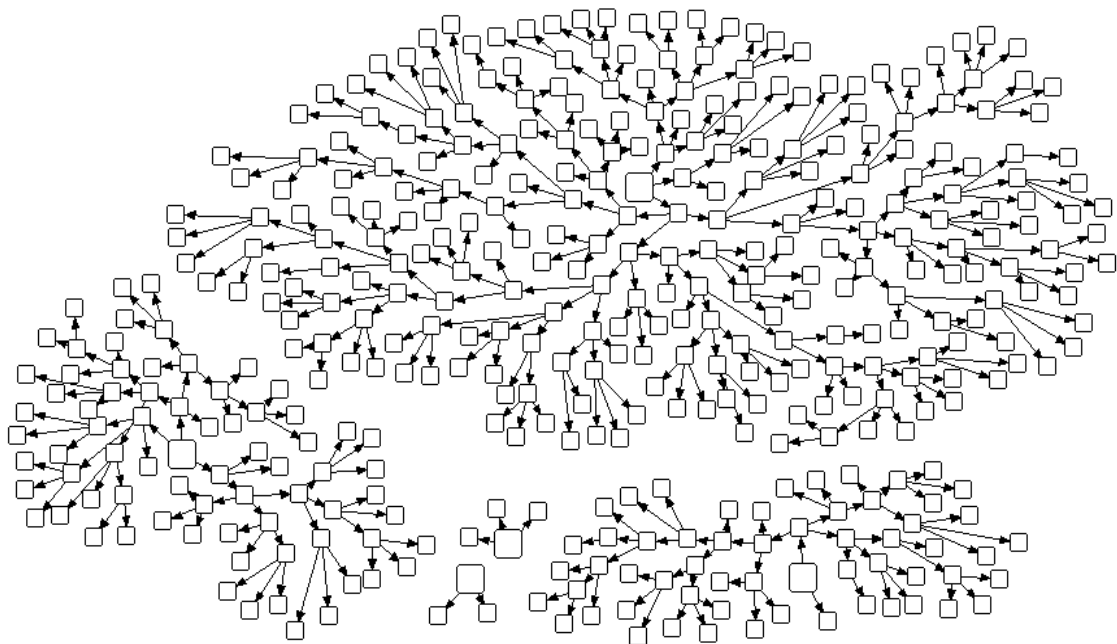
O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará e aprovado sob número 263/09.

4. RESULTADOS

Foram recrutadas 410 mulheres profissionais do sexo, 6 (1,5%) foram inelegíveis, e 2(0,5%) não foram incluídas no estudo devido a uma falha na construção do questionário no Pocket. Assim, a amostra final foi de 402 mulheres, incluídas as cinco “sementes”. Não houve recusa das mulheres recrutadas em participar da pesquisa.

As sementes tinham idade entre 18 e 59 anos, sendo a maioria solteira (90%), parda ou morena (90%), católica (60%), com ensino fundamental ou médio incompleto (60%), com renda entre 1 a 4 S.M (60%), e de classe C (80%) e residentes em Fortaleza (100%).

Figura 5- Rede de recrutamento das mulheres profissionais do sexo no município de Fortaleza, Ceará, 2010.



As sementes não tiveram o mesmo desempenho no recrutamento. Foram necessárias 10 ondas para atingir o tamanho da amostra, sendo que em média foram recrutadas 40 mulheres por onda (dp=26,9; range=2-80). Uma semente (a de nº 4) recrutou mais da metade da amostra, e as sementes 2 e 3 não conseguiram acessar suas redes sociais. Foram. (TABELA 1).

Tabela 1: Distribuição das entrevistadas por semente e onda em Fortaleza, 2010

Sementes	No de ondas	Número recrutadas/semeste	%
1	6	73	18.3
2	1	3	0.8
3	1	2	0.5
4	10	263	65.9
5	8	58	14.5

*Valores estimados pelo RDSAT 6.0

A média de idade das recrutadas foi de 33.03 anos (dp=10,79; range= 19-67), a maior proporção (45,5%) destas tinha entre 25 e 39 anos, e =< 24 anos de idade (30,3%). A maioria se reconhecia como sendo de cor ou raça preta/morena/mulato ou parda (81,9%), tinha 8 ou mais anos de estudo (65,7%), eram católicas (64,8%), solteiras (80%) e tinham de 1 a 3 filhos (83,6%). Quase a metade (49%) das MPS recebia menos de 1 salário mínimo ao mês, sendo a maioria (53,1%) pertencentes às classes sociais D/E. Em relação à vida na prostituição, a maioria sobrevivia apenas desta ocupação (54,1%), nunca trabalhou fora da cidade de Fortaleza (61,5%), e relatou trabalhar em lugares fechados como bares, motéis, hotéis ou termas (88,9%). A maior proporção das entrevistadas (49,5%) afirmou receber até 30 reais por programa (TABELA 2).

Tabela 2- Características sócio demográficas das mulheres profissionais do sexo em Fortaleza, 2010.

CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS	%* IC de 95%
Faixa etária (n=402)	
=< 24	30,3 (23,9 – 36,0)
25 a 39	45,5 (40,6 – 52,1)
>= 40	24,2 (18,9 – 29,1)
Raça/Cor (n=401)	
Não Preto/Moreno/Mulato/Pardo/Marrom	18,1 (13,3 – 22,6)
Preto/Moreno/Mulato/Pardo/Marrom	81,9 (77,4 – 86,7)
Escolaridade (Anos) (n=397)	
1 a 3 anos	9,9 (6,7 – 14,0)
4 a 7 anos	24,4 (20,1 – 29,4)
>= 8 anos	65,7 (59,7 – 70,5)
Religião (n=402)	
Sem religião/outra	29,2 (23,3 – 34,7)
Católica	64,8 (59,1 – 70,8)
Evangélica	6,0 (3,6 – 8,8)
Estado Civil (n=402)	
Nunca foi casada (Solteira)	80,0 (75,3 – 84,3)
Casada ou vive com companheiro (a)	7,7 (4,7 – 10,9)
Separa ou Divorciada/Viúva	12,3 (9,0 – 16,2)
Tem filhos (n=402)	
Sim	79,1 (74,1 – 84,0)
Não	20,9 (16,0 – 25,9)
Numero de Filhos (n=333)	
1 a 3	83,6 (79,0 – 88,8)
4 ou mais	16,4 (11,2 – 21,0)
Renda Mensal (n=400)	
< 1 s.m	49,4 (43,4 – 56,3)
1 a 4 s.m	42,2 (35,9 – 48,3)
>= 4 s.m	8,3 (4,7 – 12,1)
Classe Social (n=401)	
B ₂ /C	46,9 (40,5 – 53,9)

D/E	53,1 (46,1 – 59,5)
Trabalhou como MPS outra cidade (n=401)	
Sim	38,5 (32,6 – 44,4)
Não	61,5 (55,6 – 67,4)
Lugar onde costuma fazer programas (n=396)	
Boates/Bares	44,8 (38,7 – 51,2)
Motel/Hotel/Termas	44,1 (37,3 – 51,6)
Ruas e praças	31,3 (25,6 – 37,6)
Outros	7,5 (4,8 – 11,6)
Quanto cobra por programa (n=402)	
R\$1,00 a R\$29,00	49,5 (39,7 – 57,3)
R\$30,00 a R\$49,00	16,4 (12,3 – 21,6)
R\$50,00 a R\$99,00	20,5 (15,6 – 26,6)
R\$100,00 ou mais	13,6 (9,0 – 19,5)
Possui outro trabalho além da prostituição (n=400)	
Sim	45,9 (39,0 – 51,4)
Não	54,1 (48,6 – 61,0)

* Valores estimados pelo RDSat

Quase a totalidade das entrevistadas conhecia a finalidade (91,2%) e as vantagens do teste para o HIV (93,8%). Apesar da maioria (84,3%) ter afirmado que o teste serve para saber se tem o HIV, 40,8% delas afirmou que o teste serve para iniciar o tratamento quando infectado, e uma proporção menor (25,1%) afirmou que o teste serve para evitar possíveis doenças ou viver melhor. As MPS não reconheceram que o teste serve para proteger o(s) parceiro(s) (79,1%), e afirmaram que o teste deve ser obrigatório (56,9%) ou ser feito de rotina para todos (77,0%) (TABELA 3).

Tabela 3- Conhecimento e opinião das mulheres profissionais do sexo sobre o teste para o HIV em Fortaleza, 2010.

SOBRE O TESTE DE HIV	% IC 95% *
O teste serve para detectar o vírus ou o anticorpo da Aids (n=402)	
Sim	91,2 (87,5 – 94,7)
Não	8,8 (5,3 – 12,5)
Acha que tem alguma vantagem fazer o teste de HIV (n=402)	
Sim	93,8 (90,5 – 96,4)
Não	6,2 (3,6 – 9,5)
O teste serve para saber se tem o vírus (n=402)	
Sim	84,3 (79,6 – 88,4)
Não	15,7 (11,6 – 20,4)
O teste serve para iniciar logo o tratamento se infectado (n=402)	
Sim	40,8 (34,7 – 47,5)
Não	59,2 (52,5 – 65,3)
O teste serve para cuidar melhor do corpo/da saúde (n=402)	
Sim	33,0 (27,7 – 39)
Não	67,0 (61 – 72,3)
O teste serve para evitar doenças e/ou aumentar a sobrevivência /viver mais e melhor (n=402)	
Sim	25,1 (19,9 – 30,2)
Não	74,1 (69,8 – 80,1)
O teste serve para proteger parceiros (as) (n=402)	
Sim	20,9 (17,3 – 25,1)
Não	79,1 (74,9 – 82,7)
O teste serve para transar sem medo e/ou sem camisinha (n=402)	
Sim	18,5 (14,8 – 22,9)
Não	81,5 (77,2 – 85,2)
O teste dever ser obrigatório para todas as pessoas (n=402)	
Sim	43,1 (37,9 – 48,4)
Não	56,9 (51,6 – 62,1)
O teste deve ser feito de rotina para todos (n=402)	
Sim	23,0 (19,1 – 27,9)
Não	77,0 (72,1 – 80,9)

N=402 para todas as variáveis

* valores estimados pelo RDSat

A maioria (75%) das entrevistadas referiu saber onde o teste para o HIV é feito gratuitamente, e proporção significativa (70%) afirmou já ter feito um teste para o HIV na vida. Todavia apenas 37,0% delas fizeram o teste em menos de seis meses em relação a entrevista. O local mais citado de realização do teste de HIV foi o Centro de Testagem e Aconselhamento (52,1%). A maioria (54,6%) das MPS já tinha feito um teste rápido para HIV, e aderiu ao teste durante a pesquisa (84,1%). A prevalência estimada de HIV foi de 3,8% entre as MPS testadas durante a pesquisa.

Tabela 4- Acesso e cobertura testagem para o HIV entre as MPS em Fortaleza, 2010

TESTE DE HIV	% IC95%*
Sabe onde o teste de HIV é feito gratuitamente (n=402)	
Sim	75,8 (91,2 – 81,3)
Não	24,2 (18,7 - 0,0)
Já fez um teste de HIV na vida (n=402)	
Sim	70,0 (65,1 – 75,0)
Não	30,0 (25,0 - 34,9)
Quando fez o último teste de HIV (n=402)	
, < 3 meses	12,5 (8,4 - 18,4)
Entre 3 e menos de 6 meses	24,5 (19,2 - 30,7)
Entre 6 e 12 meses	11,2 (7,8 – 15,7)
Mais de 12 meses/ não sabe	23,6 (18,6 – 29,5)
Nunca fez o teste	28,2 (23,2 – 33,8)
Quais as chances de estar infectada com o HIV	
Moderada/Grande chance	74,5 (68,4 - 79,2)
Nenhuma/Pouca chance	25,5 (20,8 - 31,6)
Local do último teste para o HIV (n=268)	
Centro de Aconselhamento e Testagem (CTA)	52,1 (44,1 – 61,9)
Centros de Saúde	21,1 (13,6 – 27,7)
Hospitais públicos	23,1 (16,4 – 29,9)
Hospitais/Laboratórios particulares	1,9 (0,5 – 3,5)
Outros	1,8 (0,2 – 3,8)
Fez um teste que recebeu na hora (rápido) (n=268)	
Sim	54,6 (46,4 – 63,3)
Não	45,4 (36,7 – 53,6)
Fez o teste de HIV na pesquisa (n=402)	
Não	15,9 (11,7 – 20,7)
Sim	84,1 (79,3 – 88,3)
Resultado do teste de HIV na pesquisa (n=338)	
Positivo	3,8 (1,2 – 6,9)
Negativo	96,2 (93,1 – 98,8)

* Estimativas ajustadas pelo RDSat

O principal motivo referido para não ter feito ainda o teste de HIV foi acreditar que não corria risco de se infectar ou achar que não pertencia a grupo de risco (24,1%). Proporção semelhante das MPS alegou não ter se submetido ao teste devido o medo da discriminação, caso o teste fosse positivo (20,5%). Quinze por cento das MPS acredita na fidelidade do parceiro, sendo este um motivo para não ter se submetido ao teste. Vale ressaltar, que menos de 2%, associou o medo da quebra de sigilo pelos profissionais de saúde ao fato de não ter realizado o teste.

A facilidade no acesso ao teste para o HIV seja pela disponibilidade de locais, não relacionados à saúde (57,0%), ou pela possibilidade de ter um maior número de unidades de saúde realizando o teste em horários alternativos (44,2%) foram os principais incentivos/estímulos, citados para a realização do teste pelas MPS. (TABELA 4).

Tabela 5 -Incentivos e barreiras à testagem pelo HIV segundo as mulheres profissionais do sexo em Fortaleza, 2010

TESTE DE HIV	% IC 95% *
Motivo de não ter feito o teste para o HIV (n=128)	
Acredita que não corre risco/ não pertence ao grupo de risco ou	24,1 (8,6 – 46,7)
Medo de sofrer discriminação se resultado +	20,5 (8,4 – 26,6)
Não sabe onde é realizado o teste	15,4 (3,4 – 31,0)
Acredita na fidelidade do parceiro	15,1 (4,8 – 25,2)
Medo da quebra de sigilo pelos profissionais	1,9 -
Não tem disponibilidade de horário para ir à unidade	1,6 (1,3-9,4)
Estímulos para fazer o teste fora da pesquisa (n=402)	
Disponível em outros locais não relacionados à saúde	57,0 (50,8 – 62,8)
Disponível na maioria das UBS e/ou em horários extra comercial.	44,2 (38,7 – 50,6)
O diagnóstico melhora a qualidade de vida/aumenta sobrevida	24,6 (20,1 – 29,8)
Acesso à medicação para AIDS e/ou apoio dos Serviços de Saúde	21,1 (16,7 – 25,8)
Se fosse o teste rápido ou o teste feito pela saliva	21,8 (17,0 – 27,0)

* Estimativas ajustadas pelo RDSat

A média de idade das MPS na primeira relação sexual foi 14,8 anos (dp=2,44; range=7-27), sendo que a maioria referiu ter tido a primeira relação sexual com idade menor ou igual a 15 anos (62,4%), sem ter feito uso de camisinha na 1ª relação sexual (65,7%). Além disso, começaram a fazer programa sendo maiores de 18 anos (51,1%). Quanto às parcerias sexuais, mais de 60% relatou não ter tido parceiro fixo nos últimos 12 meses, 68,3% destas afirmaram ter feito uso de camisinha na última relação sexual, e 37,2% afirmou ter usado camisinha em todas as relações sexuais (sexo seguro), sendo este percentual maior (58,7%) quando de tratava de parceiro comercial/cliente. Quando interrogadas em que situação aceitaria fazer sexo sem preservativo, a maioria (57,8%) afirmou que dispensaria com o parceiro fixo. Apenas 13,7% aceitariam fazer sexo sem camisinha quando precisa de muito dinheiro. (TABELA 5).

Tabela 6- Comportamento e prática sexual das mulheres profissionais do sexo no município de Fortaleza, Ceará, 2010.

COMPORTAMENTO E PRÁTICA SEXUAL	% IC 95%*
Idade da primeira relação sexual (n= 400)	
=< 15 anos	62,4 (55,7 - 68,6)
> 15 anos	37,6 (31,4 - 44,3)
Uso de camisinha na primeira relação sexual (n=402)	
Sim	33,8 (28,1 - 25,2)
Não	65,7 (59,6 - 71,2)
Não lembra	-
Idade que a entrevistada começou a fazer programa (n=402)	
<18 anos	48,9 (41,7 - 55,6)
>=18 anos	51,1 (44,4 - 58,3)
Teve relação sexual com parceiro fixo (n= 402)	
Sim	39,2 (33,2 - 45,6)
Não	60,8 (54,4 - 66,8)
Usou camisinha com parceiro fixo na última relação sexual (n=154)	
Sim	68,3 (58,4 - 76,7)
Não	31,7 (23,3 - 41,5)
Sexo seguro com parceiro fixo em todas as relações sexuais (n=153)	
Sim	37,2 (20,5 - 53,3)
Não	62,8 (46,7 - 79,5)
Sexo seguro com parceiro comercial em todas as relações sexuais (n=402)	
Sim	58,7 (52,2 - 64,1)
Não	41,3 (35,9 - 47,8)
Em que situação aceitaria fazer sexo sem preservativo (n=333)	
Com parceiro fixo	57,8 (53,3 - 64,9)
Quando conhece o cliente	18,3 (14,0 - 23,0)
Quando precisa de muito dinheiro	13,7 (10,2 - 17,3)
Quando faz muitos programas no dia	1,8 (0,8 - 3,3)
Quando não está consciente por uso de drogas ou álcool	3,1 (1,4 - 5,7)

* Estimativas ajustadas pelo RDSat...

Em relação ao nível de conhecimento sobre aids e acesso a informação, menos de 22,1% mostrou ter conhecimento sobre questões relacionadas à transmissão sexual do HIV. Mais de 80% referiu não ter tido acesso a material educativo, nem participado de palestras ou oficina sobre DST e aids, sendo que menos de 10% foi através de uma ONG. No entanto uma proporção semelhante afirmou ter recebido camisinha masculina (80,1%) gratuita, e um menor percentual teve acesso à camisinha feminina (49,1%) e ao gel lubrificante (37,7%) (TABELA 6).

Tabela 7 - Conhecimento sobre HIV e acesso aos meios de prevenção entre as MPS em Fortaleza/Ceará, 2010.

CONHECIMENTO SOBRE HIV E ACESSO	% IC 95%*
Conhecimento sobre formas de transmissão do HIV (n=402)	
Sim	22,1 (17,6 – 27,4)
Não	77,9 (72,6 –82,4)
Recebeu material educativo sobre DST e aids (n=402)	
Não	80,5 (75,4-86,4)
Sim, de um serviço público	10,8 (6,7 -13,1)
Sim, de uma ONG	9,2 (5,8-13,6)
Participou de palestra ou oficina sobre DST e aids (n=400)	
Não	81,8 (76,4-87,3)
Sim, de um serviço público	12,2 (8,2-15,7)
Sim, de uma ONG.	6,1 (3,2-9,4)
Recebeu camisinha masculina gratuita (n=402)	
Sim	80,1 (74,5-85,0)
Não	19,9 (15,0-25,5)
Recebeu camisinha feminina (n=305)	
Sim	49,1 (38,4-55,8)
Não	50,9 (44,2-61,6)
Recebeu gel lubrificante (n=402)	
Sim	37,7 (30,6-43,6)
Não	6,9 (55,8-68,8)
Não sabe	0,4 (0,3-1,3)

* Estimativas ajustadas pelo RDSat

No tocante a discriminação e violência de que foram vítimas (34,1%) referiu ter sido discriminada pela ocupação/profissão, e percentuais menores pela condição social (15,1%), raça/cor (14,0%), e por ser mulher (13,6%). Mais de 88% referiu ter sido sofrido agressão física pelo menos uma vez na vida. Cerca de 30% referiu ter sofrido violência sexual. Quem mais forçou a relação sexual foi o companheiro/namorado /cônjuge ou parceiro fixo (45,1%), seguido do cliente (35,5%) (TABELA 7).

Tabela 8 - Mulheres profissionais do sexo que referiram ter sofrido discriminação e violência em Fortaleza/CE, 2010.

DISCRIMINAÇÃO E VIOLÊNCIA	% IC 95%
A entrevistada se sentiu discriminada (n=402)	
Por sua ocupação/profissão	34,1 (29,2 – 40,3)
Por sua raça/ cor	14,0 (9,3 – 19,1)
Pela falta de dinheiro ou condição social	13,6 (9,7 – 17,9)
Ser mulher	15,1 (1,5 – 5,9)
Pela preferência sexual	8,6 (5,0-13,4)
A entrevistada foi agredida fisicamente (n=251)	
Nenhuma vez	11,3 (5,4-18,1)
Pelo menos 1 vez.	88,7 (81,9-94,7)
Foi forçada a ter relações sexuais contra a vontade (n=402)	
Sim	28,4 (22,0-33,9)
Não	71,6 (66,1-78,0)
Quem forçou a entrevistada a ter relações sexuais (n=113)	
Companheiro/cônjuge/namorado/parceiro fixo	45,1 (20,9-56,5)
Cliente	35,5 (27,6-67,4)
Familiar	6 (0,4-15,1)
Conhecido (a)	4,5 (1,2-17,9)
Autoridade policial	2,5 (-)
Desconhecido/bandido/assaltante	12,6 (1,3-32,6)

* Estimativas ajustadas pelo RDSat

Na análise bivariada, considerando o período de realização do teste para o HIV anterior à pesquisa, foi observado que a maioria das entrevistadas mais novas (≤ 24 anos), e as mais velhas (≥ 40 anos) se testou no último ano (≤ 12 meses). Além disso, a maioria entre as solteiras, com maior escolaridade (≥ 8 anos), de classe social mais alta (B/C), bem como as que tinham de 1 a 3 filhos, se testou mais precocemente quando comparado com as demais entrevistadas. Também, entre as MPS que afirmaram possuir outro trabalho além do sexual, e que havia trabalhado em outra cidade, a testagem foi mais precoce ($p < 0.001$). (TABELA8).

Tabela 9 - Análise bivariada segundo as características sócio-demográficas e o período de realização do teste de HIV entre as mulheres profissionais do sexo, Fortaleza, 2010.

VARIÁVEIS	≤ 12 meses		> 12 meses		Nunca fez o teste		Total		Valor de P
	n ¹	% ²	n ¹	% ²	n ¹	% ²	n ¹	% ²	
Faixa etária									
≤ 24	49	50,20	17	18,30	35	31,50	101	100	0.025
25 - 39	69	45,80	67	30,90	59	23,30	195	100	
≥ 40	48	50,20	18	16,60	40	33,20	106	100	
Estado conjugal									
Solteira	133	51,80	70	20,10	99	28,10	302	100	0.001
Casada ou vive com companheiro (a)	14	38,30	9	21,20	15	40,40	38	100	
Separada ou divorciada/viúva	19	29,00	23	49,20	20	21,80	62	100	
Escolaridade (anos)									
1 a 7 anos	55	40,80	38	23,80	65	35,40	158	100	0.058
≥ 8 anos	108	51,80	62	23,10	69	25,10	239	100	
Classe Social									
B//C	93	61,30	34	17,70	44	20,90	171	100	<0.001
D/E	73	36,80	68	29,10	89	34,10	230	100	
Número de Filhos									
0	30	50,30	6	8,80	33	40,80	69	100	<0.001
1 a 3	119	51,50	72	25,40	78	23,10	269	100	
4 ou +	17	28,00	24	23,60	23	28,20	64	100	
Possui outro trabalho além de profissional do sexo									
Sim	88	68,40	28	15,40	39	16,20	155	100	<0.001
Não	78	31,00	74	31,50	93	37,50	245	100	
Se já trabalhou como profissional do sexo em outra cidade									
Sim	81	74,60	27	17,90	15	7,50	123	100	<0.001
Não	85	31,30	75	27,30	118	41,40	278	100	

¹ estimativa não ponderada

² estimativa ponderada Fonte: dados de pesquisa

Em relação ao teste para o HIV, MPS que afirmaram que as pessoas deveriam se testar mais, se testaram mais precocemente ($p < 0.001$). Além disso, a maioria (56,40%) das que afirmou que as pessoas não deveriam se testar mais para o HIV, também não fez o teste na vida. Não foi observada diferença estatisticamente significativa ($p = 0.082$) entre a opinião das MPS de que o teste para o HIV deveria ser de rotina somente para as pessoas que tem mais risco com o período de realização do teste. Entre as MPS que afirmaram conhecer onde o teste de HIV é feito gratuitamente, e as que disseram conhecer algum lugar que atende pessoas com aids, a maioria fez o teste mais precocemente ($p < 0.001$). Além disso, entre as que afirmaram não saber onde se realizava o teste na cidade ou onde se atendia pessoas com aids, foram observados altas proporções de MPS que nunca fizeram o teste para o HIV na vida. Também, entre as que não sabiam que o teste detecta vírus ou anticorpo houve o maior percentual de não realização do teste (TABELA 9).

Entre as que não conheciam as vantagens do teste para iniciar o tratamento, cuidar melhor do corpo e da saúde, e evitar possíveis doenças que podem vir com a aids, foi observado o maior percentual das que se testaram precocemente para o HIV ($p < 0.001$ meses). Entre MPS que não tinham conhecimento sobre a transmissão da aids observou-se uma maior proporção de testagem mais precocemente (TABELA 10).

Tabela 10 - Análise bivariada em relação à opinião, o conhecimento e período de realização do teste para o HIV, Fortaleza, 2010.

VARIÁVEIS	≤ 12 meses		> 12 meses		Nunca fez o teste		Total		Valor de P
	n ¹	% ²	n ¹	% ²	n ¹	% ²	n ¹	% ²	
O Teste deveria ser obrigatório para todas as pessoas									
Não	111	65,20	36	16,70	50	18,10	197	100	<0.001
Sim	55	24,70	66	33,20	84	42,10	205	100	
Todas as pessoas deveriam se testar mais									
Não	8	15,00	13	28,60	28	56,40	49	100	<0.001
Sim	158	52,00	89	23,00	106	24,90	353	100	
O teste serve para proteger os dois durante a relação Sexual									
Não	105	62,30	39	15,30	65	22,40	209	100	<0.001
Sim	61	28,00	63	35,60	69	36,40	193	100	
O teste deveria ser de rotina para pessoas que tem mais risco									
Não	152	42,22	91	25,27	117	35,50	360	100	0.082
Sim	14	33,33	11	26,19	17	40,47	42	100	
Conhece serviço de saúde que o teste é feito Gratuitamente									
Sim	149	57,00	80	23,80	76	19,10	305	100	<0.001
Não	17	17,00	22	22,90	58	60,20	97	100	
Conhece algum lugar que atende pessoas com AIDS									
Sim	137	59,80	66	23,50	57	16,70	260	100	<0.001
Não	29	22,30	36	23,90	77	53,80	142	100	
Sabe que o teste detecta vírus ou anticorpo									
Não	5	31,30	3	7,90	19	60,90	27	100	<0.001
Sim	161	49,80	99	25,10	115	25,10	375	100	

¹ estimativa não ponderada

² estimativa ponderada

Tabela 11: Análise bivariada em relação ao conhecimento sobre as vantagens referidas pelas MMPS e o período de realização do teste, Fortaleza, 2010.

VARIÁVEIS	≤ 12 meses		> 12 meses		Nunca fez o teste		Total		Valor de P
	n ¹	% ²	n ¹	% ²	n ¹	% ²	n ¹	% ²	
Iniciar logo o tratamento, se infectado.									
Não	95	55,10	39	15,30	79	29,60	213	100	<0.001
Sim	71	39,10	63	34,60	55	26,20	189	100	
Cuidar melhor do corpo, da saúde.									
Não sabe	111	55,40	52	18,40	87	26,20	250	100	<0.001
Sim	55	33,00	50	34,60	47	32,40	152	100	
Evitar possíveis doenças que poder vir com a aids									
Não/Não sabe	135	51,80	67	19,50	107	27,10	309	100	<0.001
Sim	31	33,10	35	40,90	27	26,00	93	100	
Conhecimento sobre transmissão da aids									
Sim	32	24,70	44	43,80	38	31,50	144	100	<0.001
Não	134	54,90	58	17,90	96	27,30	288	100	

¹ estimativa não ponderada

² estimativa ponderada

As MPS que começaram a fazer programas mais cedo, as que trabalhavam em ruas e praças, e as que tiveram mais de 3 clientes no último dia de trabalho, se testaram mais precocemente ($p < 0.001$) para o HIV. Não houve diferença estatisticamente significativa entre ter feito sexo seguro com parceiro comercial ($p = 0.332$), ou com parceiro fixo ($p = 0.719$) e ter tido sintomas de DST ($p = 0.711$) com o período de realização do teste (TABELA 11).

MPS que realizaram exame ginecológico em um período menor ou igual a 12 meses, também realizaram o teste precocemente ($p = 0.001$), e também entre as que referiam nunca ter feito uso de bebida alcoólica ($p < 0.001$). (TABELA 12).

MPS que não se sentiram discriminadas, não foram xingadas/ humilhadas ou depreciadas se testaram mais precocemente para o HIV ($p < 0.001$). Além disso, aquelas que referiram ter sofrido violência física também se testaram mais precocemente ($p < 0.001$) (TABELA 13).

Tabela 12: Análise bivariada em relação ao comportamento das MPS e o período de realização do teste para o HIV, Fortaleza, 2010.

VARIÁVEIS	≤ 12 meses		> 12 meses		Nunca fez o teste		Total		Valor de P
	n ¹	% ²	n ¹	% ²	n ¹	% ²	n ¹	% ²	
Idade que começou a fazer programas									
< 18	87	60,60	37	16,90	51	22,50	175	100	<0.001
≥ 18	79	35,90	65	30,30	83	33,80	227	100	
Costuma fazer programas em ruas e praças									
Sim	109	53,30	71	26,70	66	20,00	246	100	<0.001
Não	51	33,80	31	18,30	68	47,90	150	100	
Quantos clientes teve no último dia de trabalho									
< 1 cliente	12	13,30	24	42,00	26	44,70	62	100	<0.001
2 a 3 clientes	75	43,60	56	23,20	79	33,10	210	100	
> 3 clientes	79	72,60	21	15,10	26	12,40	126	100	
Quanto recebeu no último dia de trabalho									
≤ 30 reais	18	29,00	17	31,30	25	39,50	60	100	<0.001
> 30 reais	148	52,40	83	21,50	107	26,10	338	100	
Fez sexo seguro com parceiro comercial nos últimos 12 meses									
Não	69	43,60	48	25,70	65	30,70	182	182	0.332
Sim	97	51,40	54	22,20	69	26,40	220	220	
Fez sexo seguro com parceiro fixo nos últimos 12 meses									
Não	47	47,50	35	25,30	28	27,20	110	110	0.719
Sim	25	53,40	7	20,40	11	26,20	43	43	
Percepção do risco de adquirir HIV									
Nenhuma/pouca chance	127	56,70	64	23,10	74	20,20	265	265	<0.001
Moderada/grande chance	31	26,80	35	26,30	50	46,90	116	116	
Teve sintoma de DST									
Não	127	49,80	72	22,40	102	27,70	301	301	0.711
Sim	35	45,10	25	25,10	29	29,80	89	89	

¹ estimativa não ponderada² estimativa ponderada

Tabela 13: Análise bivariada em relação ao acesso ao serviço de saúde e uso bebidas alcoólicas entre as MMPS e período de realização do teste para o HIV, Fortaleza, 2010.

VARIÁVEIS	≤ 12 meses		> 12 meses		Nunca fez o teste		Total		Valor de P
	n ¹	% ²	n ¹	% ²	n ¹	% ²	n ¹	% ²	
Fez exame ginecológico									
≤ 12 meses	84	54,50	41	24,80	42	20,60	167	100	0.001
> 12 meses	62	44,40	48	26,30	58	29,30	168	100	
Nunca fez	20	37,70	13	13,00	34	49,30	67	100	
Frequência com que você consome bebidas Alcoólicas									
Nunca	115	57,80	50	18,60	68	23,60	233	100	<0.001
Mensal	25	22,00	30	41,40	35	36,60	90	100	
Semanal	26	40,50	22	23,50	31	35,90	79	100	

¹ estimativa não ponderada

² estimativa ponderada

Tabela 14: Análise bivariada sobre violência e discriminação sofrida pelas MMPS e o período de realização do teste em Fortaleza, 2010.

VARIÁVEIS	≤ 12 meses		> 12 meses		Nunca fez o teste		Total		Valor de P
	n ¹	% ²	n ¹	% ²	n ¹	% ²	n ¹	% ²	
Se sentiu discriminada por causa de sua profissão									
Não	78	68,70	23	14,80	28	16,50	129	100	<0.001
Sim	64	42,40	47	26,60	54	31,00	165	100	
Não sabe	24	20,20	32	35,00	52	44,80	108	100	
Alguém xingou, humilhou ou depreciou você									
Nenhuma vez	108	58,40	49	19,40	72	22,20	229	100	<0.001
Sim, pelo mesmo uma vez	55	29,90	51	31,30	61	38,90	167	100	
Foi agredida fisicamente (últimos 12 meses)									
Nenhuma vez	10	28,10	11	29,50	14	42,50	35	100	<0.001
Sim, pelo menos uma vez	116	65,60	46	17,10	54	17,30	216	100	
Alguém forçou a ter relações sexuais contra Vontade									
Sim	45	45,40	36	29,40	33	25,20	114	100	0.119
Não	121	49,30	66	21,20	101	29,50	288	100	

¹ estimativa não ponderada² estimativa ponderada

A análise multinomial mostrou que a chance da PS se testar mais tardiamente (>12 meses) aumentou (OR=2,57; 95% IC=1,09-6,02) para as entrevistadas que tem entre 25 e 39 anos, para as que pertencem as classes sociais D/E (OR=2,71 ;95% IC=1,38-5,30), e para as que são separadas/divorciadas/viúvas (OR=4,27;95% IC=1,24-7,51). Também aumentou (OR=2,52; 95% IC=1,21-5,27) para as que não possuíam outro trabalho além do sexual, para as que não fazem programas em ruas e praças (OR=2,17; 95% IC=1,03-4,58) e para as que tiveram ≤ 1 clientes no último dia de trabalho (OR=6,81; 95% IC=2,47-18,74). Em relação ao teste para o HIV, a chance de se testar tardiamente aumentou (OR=2,30; 95% IC=1,15-4,60) para as PS que afirmaram que o teste deve ser obrigatório para todas as pessoas, e para as que tinham conhecimento sobre a transmissão do HIV (OR=3,95; 95% IC=1,90-8,24).

A chance da PS de não se testar, aumentou (OR=2,15; 95% IC=1,83-9,97) para as que não trabalharam como PS em outra cidade além de Fortaleza, para as que tiveram ≤ 1 clientes no último dia de trabalho (OR=6,64; 95% IC=2,23-19,8) e para as que afirmaram ter chance moderada/grande de se infectar com HIV (OR=2,18; 95% IC=1,04-4,53). Além disso, aumentou (OR=2,43; 95% IC=1,22-4,85) para as que afirmaram que o teste deve ser obrigatório para todas as pessoas, e para aquelas que não conheciam os serviços onde o teste é feito gratuitamente (OR=4,41; 95% IC=2,01- 9,69)

Tabela 15: Análise multinomial do período da realização do teste para o HIV e fatores de exposição ao risco para a testagem tardia ou para nunca ter feito o teste na vida, Fortaleza, 2010.

FATORES	QUANDO FOI O ÚLTIMO TESTE PARA O HIV DA ENTREVISTADA						
	> 12 meses			Não fez o teste			
	P	OR	95% IC	P	OR	95% IC	
Faixa Etária							
=< 24	0.974	1.016	0.382-2.706	0.913	0.954	0.406-	2.240
25 a 39	0.030	2.573	1.099-6.027	0.777	0.891	0.399	1.988
>= 40	-	1.000	-	-	1.000	-	-
Classe social							
B2/C	-	1.000	-	-	1.000	-	-
D/E	0.004	2.711	1.386-5.300	0.823	0.925	0.469	1.824
Estado Conjugal da Entrevistada							
Solteira	-	1.000	-	-	1.000	-	-
Casada/ vive com companheiro (a)	0.895	1.098	0.272-4.430	0.476	1.561	0.459	5.301
Separada ou divorciada/viúva	0.015	3.053	1.240-7.518	0.525	0.711	0.248	2.037
Trabalhou como profissional do sexo em outra cidade							
No	0.443	1.341	0.634-2.836	0.001	4.272	1.830	9.972
Yes	-	1.000	-	-	1.000	-	-
Possui outro trabalho além de ser profissional do sexo							
No	0.013	2.527	1.212 -5.270	0.237	1.542	0.752	3.162
Yes	-	1.000	-	-	1.000	-	-
Costuma fazer programas nas ruas e praças							
No	0.041	2.176	1.032-4.588	0.427	0.757	0.381	1.505
Yes	-	1.000	-	-	1.000	-	-
Quanto clientes teve no último dia de trabalho							
=< 1	0.000	6.813	2.472-18.777	0.001	6.647	2.231	19.803
2 a 3	0.879	1.062	0.492-2.292	0.170	1.766	0.784	3.980
> 3	-	1.000	-	-	1.000	-	-

Tabela 15: continuação

FATORES	QUANDO FOI O ÚLTIMO TESTE PARA O HIV DA ENTREVISTADA						
	> 12 meses			Não fez o teste			
	P	OR	95% IC	P	OR	95% IC	
Quais as chances da entrevistada se infectar com o vírus da AIDS.							
Moderada/Grande Chance	0.660	0.842	0.391-1.813	0.037	2.180	1.049	4.532
Nenhuma/Pouca chance	-	1.000	-	-	1.000	-	-
Os testes deveriam ser obrigatórios para todos							
Yes	0.018	2.302	1.151-4.602	0.011	2.436	1.222	4.855
No	-	1.000	-	-	1.000	-	-
Sabe de algum serviço público onde o teste de aids onde o teste é feito gratuitamente							
No	0.897	1.060	0.436-2.577	0.000	4.417	2.012	9.694
Yes	-	1.000	-	-	1.000	-	-
Conhecimento da transmissão do HIV							
Sim	0.000	3.958	1.900-8.245	0.318	1.468	0.691	3.118
Não	-	1.000	-	-	1.000	-	-

5. DISCUSSÃO

Mulheres profissionais do sexo acessadas pelo estudo apresentaram uma taxa de prevalência de HIV 93,8%) superior às encontradas nos estudos realizados em anos anteriores (1,2%, em 1993; 2,1% em 2003) em Fortaleza/CE (BROUTET *et al.*, 1996; GONDIM *et al.*, 2009). Da mesma forma a taxa de detecção de casos de aids na região Nordeste tem apresentado uma tendência linear de crescimento, da ordem de 45% na população geral nos últimos 10 anos. (BRASIL, 2014a). Entre as MPS acessadas neste estudo a taxa de prevalência 3,8% (IC 95% 1,2-6,9) foi semelhante àquelas encontradas no estudo multicêntrico brasileiro (4,8%-IC 95% 3,4-6,1) e uma meta-análise (6,2%-IC 4,4-8,3) com estudos realizados de 1999 a 2009 no Brasil (MALTA *et al.*, 2010; SZWARCOWALD *et al.*, 2011). Este fato vem demonstrar que as MPS nesta metrópole, como em outras cidades do país, estão em uma situação de vulnerabilidade extrema, sendo esta explicada pela extrema desigualdade e pobreza da região acrescida do enfraquecimento das políticas públicas voltadas às populações chaves, e pop em geral, lideradas por movimentos político-religiosos no Brasil (AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DA AIDS, 2013; GRANGEIRO; CASTANHEIRA; NEMES, 2015).

Mulheres profissionais do sexo são vulneráveis pela sua profissão, devido ao alto número de contatos sexuais com relações sexuais desprotegidas, com parceiros regulares e/ou clientes (CUNHA; MOREIRA; LÔBO, 2012; FERNANDES *et al.*, 2014; MALTA *et al.*, 2008). Neste estudo, as MMPS apresentaram vulnerabilidades de ordem social, individual e programática, que as coloca em maior risco de adquirir HIV. Diversos fatores que reduzem o poder da negociação do sexo seguro foram encontrados neste estudo. O fato de a maioria destas mulheres ser solteira, com filhos, ter renda pessoal muito baixa, cobrar preços baixos por programa e viver apenas dos ganhos da prostituição, contribui para o aumento e manutenção de práticas sexuais inseguras com clientes e/ou parceiros fixos ou regulares (DAMACENA *et al.*, 2011; LI *et al.*, 2012; MACENA *et al.*, 2008). MPS que relatam dívidas ou tem apenas o trabalho sexual como fonte de renda tem mais chance de sofrer violência física e praticar sexo desprotegido com clientes ocasionais (PURADIREDA; COAST, 2012; REED *et al.*, 2010).

A insegurança econômica, a pobreza, as questões de gênero, as experiências de violência sofridas pelas MPS tem colaborado para as práticas sexuais de risco, e a manutenção das altas taxas de prevalência de HIV (GERMAN; LATKIN, 2012; GREIG *et al.*, 2008; GUPTA *et al.*, 2009). Também na África sub- Saariana as MPS eram viviam apenas da prostituição com poucas opções econômicas para sobreviver, tinham baixa escolaridade, e os contextos profissionais de trabalho eram caracterizados pela pobreza, violência endêmica, criminalização, e uso perigoso de álcool (SCORGIE *et al.*, 2012).

Este estudo mostrou que a maioria das entrevistadas iniciou a vida sexual muito precocemente. Este dado é semelhante ao encontrado por pesquisadores, ao observar que a idade média da 1ª relação sexual população feminina brasileira se manteve estável em torno de 14,9 anos, no período entre de 1998 e 2004 (PAIVA *et al.*, 2008). O início da vida sexual com menor idade foi associado a uma mais alta prevalência de HIV e DST entre MPS (GOLDENBERG *et al.*, 2012; SHAH *et al.*, 2011). Além disso, mulheres profissionais do sexo mais jovens e mais marginalizadas na Índia eram mais propensas a não fazer uso de preservativos (BRADLEY *et al.*, 2013). Segundo SANTOS *et al.* (2009) mulheres infectadas pelo HIV tinham uma história de iniciação sexual mais precoce e mais baixa frequência de uso de preservativo que mulheres não infectadas pelo HIV.

Em relação ao uso de preservativo na primeira relação sexual, observou-se neste estudo uma proporção de uso inferior ao encontrado entre adolescentes femininas (BRASIL, 2011b; PAIVA *et al.*, 2008). Os estudos comprovam que embora as adolescentes do sexo feminino e os adolescentes do sexo masculino apresentem a mesma proporção de uso de preservativos na 1ª relação sexual, as adolescentes femininas pelo fato de iniciarem a vida sexual geralmente com vínculo afetivo, mostram-se mais vulneráveis as DST, pois substituem o preservativo por outros métodos para evitar a gravidez (BORGES; SCHOR, 2005).

Um percentual significativo das mulheres iniciou a vida na prostituição com idade menor de 18 anos. Estudos mostram que iniciar o trabalho sexual muito jovem, ou um mais longo período na prostituição é um importante fator de risco associado ao HIV (DAMACENA *et al.*, 2011; SHANNON *et al.*, 2007). Entre as MPS que referiam ter tido parceiro sexual fixo o uso de preservativo em todas as relações sexuais foi menor que o uso com os clientes, embora esta diferença não tenha sido significativa. Muitos estudos apontam diferenças significantes no uso de preservativos com parceiros comerciais/clientes e parceiros

regulares, onde é maior as práticas de sexo seguro com parceiros comerciais/clientes (AHOYO *et al.*, 2009; DE SOUZA AQUINO *et al.*, 2008; LI *et al.*, 2010; MACENA *et al.*, 2008; MALTA *et al.*, 2010). Para GONDIM *et al.* (2009) este parceiro regular na maioria das vezes para as MPS é um “cliente fixo”, que apoia financeiramente, com quem se relacionam sexualmente há muito tempo, e por isso são considerados estáveis, estabelecendo-se assim uma relação de afetividade. Segundo Sousa (2013) esta relação de afetividade de acordo com alguns autores, cria um imaginário que se denomina de “proteção imaginária”. A crença nesta falsa proteção leva os sujeitos a não aderir ao uso do preservativo com estes parceiros “estáveis”, ou a realizar uma avaliação de risco e concluir que este tipo de parceiro não oferece risco para adquirir a infecção pelo HIV. Esta situação que é confirmada com os dados deste estudo e multicêntrico realizado no Brasil onde a maioria das MMPS expressa que aceitariam fazer sexo sem preservativo com parceiro fixo (SZWARCOWALD, 2010).

Foi muito baixo o conhecimento das entrevistadas sobre as formas de transmissão do HIV. Estes dados corroboram outros estudos realizados na região central do Brasil e na cidade de Fortaleza (DE MATOS *et al.*, 2013; MOURA *et al.*, 2010). Todavia este resultado é quase três vezes inferior ao encontrado em um estudo realizado em Fortaleza, e em São Paulo com a população geral (FREIRE, 2013; SPIASSI *et al.*, 2014). A questão é que o conhecimento sobre transmissão de DST/Aids não garante que profissionais do sexo passem a ter somente relações sexuais seguras. Um estudo realizado com MPS jovens mostrou que estas têm uma crença no destino como o determinante para a infecção pelo HIV, apesar de terem um bom nível de conhecimento sobre o HIV. (SIMON; DA SILVA; PAIVA, 2002). A última PCAP realizada no Brasil em 2013 os dados mostraram que o nível de conhecimento sobre HIV aids tem se mantido alto (acima de 80%), mas apesar disso se observou um aumento expressivo das múltiplas parcerias, sem sinergia com o aumento uso de preservativo (BRASIL, 2014d).

O acesso a materiais educativos e palestras ou oficinas sobre DST e Aids referido pelas entrevistadas foi muito baixo na pesquisa. Além disso, embora a maioria delas tenha tido acesso ao preservativo masculino, outros insumos tão importantes para a prevenção como o preservativo feminino e o gel lubrificante não estão sendo disponibilizados devidamente. O fato de estes insumos serem distribuídos gratuitamente e sem burocracia pelos governos pode fazer uma grande diferença, quando o indivíduo toma a decisão de se proteger no sexo. Na Guyana, um país com alta taxa de prevalência de HIV entre as MPS, o baixo acesso ao

preservativo foi um fator de risco associado ao HIV (ALLEN *et al.*, 2006). Ademais, o acesso facilitado aos insumos de prevenção é extremamente importante para as MPS que recebem um baixo preço pelo programa, situação das MPS acessadas em muitos estudos brasileiros (CUNHA; MOREIRA; LÔBO, 2012; DA SILVA *et al.*, 2007; DAMACENA *et al.*, 2011; MACENA *et al.*, 2008). Desta forma as MPS não teriam que optar entre comprar o preservativo, ou levar para casa o dinheiro recebido pelo programa para a manutenção da família.

As entrevistadas referiam ter passado por muitas situações de discriminação e violência física ou sexual. Os dados relacionados à violência física no estudo foram duas vezes maior que os encontrados entre as PS de Fortaleza e da cidade de Picos no Piauí (PENHA *et al.*, 2013) No Brasil estudos realizados na população urbana, em dois períodos (1998 e 2005) mostrou que mulheres são duas vezes mais afetadas pela violência sexual do que os homens (SCHRAIBER *et al.*, 2008).

A violência é um fator importante a ser considerado no contexto da epidemia da aids, tendo em vista que MPS sofrem muita violência, e por isso tem uma chance aumentada de adquirir o HIV (GUPTA *et al.*, 2009; HAWKES *et al.*, 2009; RAMESH *et al.*, 2012). A magnitude da associação da violência com a infecção pelo HIV na África do Sul, aliado a desigualdade de gênero aumentaram em 13% a chance das MPS se infectarem com HIV (UNAIDS, 2011). Isto porque a violência física e sexual entre parceiros ocasionais ou estáveis prejudicam a negociação e o uso consistente do preservativo (BRADLEY *et al.*, 2013; MALTA *et al.*, 2008). Um total de 23% das MPS acessadas em um estudo realizado em Santos e São Paulo disseram ter muito medo da violência se insistissem no com os parceiros no uso do preservativo (LURIE *et al.*, 1995).

Segundo Mayhew *et al.* (2009) a violência para com as MPS, praticada por parceiros, policiais ou prestadores de serviços (atores estatais) viola a integridade física e mental dos indivíduos afetados levando ao aumento do risco para HIV. Depressão e tentativas de suicídio já foram associadas á violência do parceiro íntimo, violência dos outros e de clientes regulares (SHAHMANESH *et al.*, 2009; SURRETT *et al.*, 2012). Ademais, mulheres profissionais do sexo vítimas do tráfico sexual foram mais propensas a sofrer violência e maus tratos, e a ter menor acesso a preservativos, reduzindo a frequência do uso com os clientes (DECKER *et al.*, 2011; SILVERMAN *et al.*, 2011).

Em relação ao teste para o HIV, o estudo mostrou que as entrevistadas tinham um bom conhecimento sobre a finalidade do teste e as vantagens, todavia não conseguem estabelecer uma relação entre o teste para o HIV e o cuidado com a saúde, o tratamento para o HIV ou a prevenção de possíveis doenças que podem advir com a AIDS. Entre pacientes em geral e PVHA, o baixo nível de conhecimento sobre o HIV e AIDS e o desconhecimento sobre o teste foram fatores que contribuíram para que indivíduos não tivessem realizado o teste para o HIV na vida (ARAYA *et al.*, 2013; BONJOUR *et al.*, 2008). Da mesma forma, profissionais de saúde da atenção primária não tem ainda um conhecimento consolidado sobre o teste para o HIV, afirmando ter dúvidas sobre a recomendação para testagem do CDC. Ademais alegam limitações de tempo para realizar o teste e medo de testar as pessoas (HUDSON; HEILEMANN; RODRIGUEZ, 2012).

Uma baixa proporção das entrevistadas afirmou saber que o teste para o HIV serve para proteger o/a (os/as) parceiro/a (os/as). Esta pode ser uma das explicações para os achados da pesquisa nacional, onde os dados apontaram que apenas 33,1% (média brasileira) afirmou saber que “uma pessoa que esta tomando medicamento para aids tem menos risco de transmitir o vírus para outra pessoa” (BRASIL, 2014d).

Foi alto o percentual (30%) das MPS na pesquisa que nunca tinha realizado um teste para o HIV na vida. Além disso, menos da metade realizou o teste nos últimos 12 meses anterior estudo. Embora estes dados não sejam o esperado para esta população de mulheres, observou-se que é quase duas vezes maior que a média de cobertura do teste na vida das mulheres em geral no Brasil, no Nordeste e no estado de São Paulo (BRASIL, 2014d; SPIASSI *et al.*, 2014). Além disso, as mulheres brasileiras tem se testado mais no período gestacional, porém com grandes diferenças de cobertura de testagem entre as regiões, sendo a nordeste uma das menores no Brasil (FRANÇA JUNIOR *et al.*, 2008). Os achados deste estudo sobre as coberturas de testes na vida entre as MPS corroboram os encontrados no Brasil e em outros países (ROGERS *et al.*, 2002; SZWARCOWALD *et al.*, 2011; TSERETELI *et al.*, 2013).

O CTA foi o local mais escolhido pelas MPS para fazer o teste para o HIV. Este modelo de estabelecimento de saúde tem sido recomendado pelo Ministério da Saúde e Estado, desde o início dos anos 90, como um lugar de acolhimento e testagem para o HIV prioritariamente para populações mais vulneráveis as DST e HIV (BRASIL, 2010; PAULO,

2009). Apesar disso uma pesquisa realizada em 2008 mostrou que muitos CTA localizados nas regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste estavam priorizando o atendimento as gestantes e população geral, em detrimento dos grupos prioritários (BRASIL, 2008). A rede de CTA nos Brasil se ampliou ao longo dos anos, no entanto, porém a região Nordeste tem um número de unidades bem inferior de unidades que as demais. Neste contexto a cidade de Fortaleza dispõe apenas um CTA.

Apenas 20% das MPS afirmaram ter procurado unidades de saúde (centros de saúde ou hospitais) para se submeter ao teste. Este fato reflete a dificuldade de acesso das MPS aos serviços de saúde pública, ilustrados ainda neste estudo, pelo baixo acesso ao exame ginecológico nos últimos 12 meses (Tabela12). A precária situação das mulheres profissionais do sexo no Brasil pode resultar na dificuldade das mesmas de investirem na própria saúde. Além disso, as instituições não promovem a saúde destas mulheres, focando quase que exclusivamente na prevenção de DST/Aids para estas mulheres, reduzindo-as a potenciais vetores de infecção para seus clientes e famílias, e passando a ignorá-las como pessoas com necessidades próprias de atenção à saúde (CHACHAM *et al.*, 2007).

A maioria das entrevistadas já se submeteu ao teste rápido para o HIV. Esta metodologia tem sido bem avaliada quanto à eficácia e efetividade, sendo atualmente a mais utilizada no Brasil devido à simplicidade e a rapidez dos testes, que garantem sua utilização em um algoritmo para um diagnóstico rápido da infecção pelo HIV, servindo para detectar recente soro conversões (FERREIRA JUNIOR *et al.*, 2005; GIRARDI *et al.*, 2012). Faz-se necessário, no entanto ampliar o acesso ao teste em outros locais não relacionados à saúde como sugerem as entrevistadas no presente estudo (ver TABELA 4).

A principal barreira relacionada ao teste para as MPS foi a negação do risco de se infectar pelo HIV exercendo a profissão. Este dado difere do estudo multicêntrico, onde o medo de se submeter ao teste aparece como a causa principal para a não realização (SZWARCOWALD, 2010). Ao negar o risco as MPS podem deixar de adotar práticas de sexuais seguras, principalmente com clientes em situações de menor poder de negociação do uso do preservativo, acima citados, ou com os parceiros com os quais as MPS mantêm alguma relação de afetividade (CUNHA; MOREIRA; LÔBO, 2012; MUSHEKE *et al.*, 2013).

O medo de ser discriminada caso o teste seja reagente para o HIV foi citado neste e em outros estudos como uma barreira importante para a testagem para o HIV(AHO *et al.*, 2012;

BEATTIE *et al.*, 2012; SILVEIRA *et al.*, 2009; SZWARCOWALD, 2010). O medo de sofrer repressão ao sexo comercial e de ter que se identificar para receber tratamento também foi identificado em estudo realizado com MPS em 24 estudos realizados em países da Europa (DEBLONDE *et al.*, 2010). Estes sentimentos podem surgir em consequência de situações de discriminação vividas pelas mulheres profissionais do sexo, tais como a profissão, raça, condição social ou orientação sexual (dados mostrados neste estudo). Situações como estas contribuem para afastar as MPS do sistema de saúde reduzindo, conseqüentemente, a chance das mesmas acessar o teste para o HIV (AHO *et al.*, 2012; BONJOUR *et al.*, 2008). Nestes casos, a necessidade de sobrevivência delas pode ser afetada por um teste positivo, como tem sido observado entre as MPS mais velhas que trabalham na rua (AHOYO *et al.*, 2009; GUIMARÃES, 2005; SCHUELTER-TREVISOL *et al.*, 2013).

Os principais fatores motivadores para testagem foram relacionados a disponibilidade do teste em locais diversos, inclusive fora dos serviços de saúde, ou em horários ampliados (não comercial), o tipo de teste realizado (teste rápido) e contextos diversificados como campanhas ou mobilizações tipo *Fique Sabendo* (resultados não mostrados nas tabelas). Estas diferentes possibilidades de testagem proporcionam a redução de importantes barreiras ao teste tais como, o temor de ser visto acessando um serviço de HIV, o tempo gasto com o procedimento (BEATTIE *et al.*, 2012; GRAYMAN *et al.*, 2005). Saber que terá acesso à medicação gratuita caso seja HIV+, e o desejo de obter apoio dos serviços públicos de saúde caso necessário, foram outros fatores citados e que corroboram com o estudo realizado entre as MPS na China (WANG *et al.*, 2010).

As mulheres profissionais do sexo de Fortaleza não se testam com a frequência adequada recomendada para pessoas que estão em situação de alta vulnerabilidade. Apenas pouco mais de 1/3 delas se submeteu ao teste para o HIV nos últimos 6 meses que antecederam a pesquisa. Em 2006 o CDC recomendou que o teste para HIV devesse ter periodicidade anual para pacientes de alto risco, como usuários de drogas injetáveis e seus parceiros sexuais, mulheres profissionais do sexo, parceiros de pessoas com HIV ou pessoas com mais de um parceiro sexual desde o último teste para HIV (CDC, 2006). Em anos recentes esta instituição reforçou as recomendações anteriores, e sugeriu triagem definitiva para pessoas que estejam se relacionando com pessoas com HIV ou com sorologia desconhecida, ou que fazem uso de drogas injetáveis, ou que tenham trocado sexo por

dinheiro ou drogas, ou que tenham sido diagnosticadas com uma DST, hepatite ou tuberculose, ou que tenham respondido sim a qualquer destas questões (CDC, 2014) A OMS também recomenda testagem voluntária rotineira para todas as populações chaves em comunidade e serviços de saúde sem, contudo estabelecer uma periodicidade definida para nenhuma delas (WHO, 2014).

As entrevistadas que realizaram a testagem mais tardiamente tinham idade entre 25 e 39 anos, eram de classe social mais baixa, separadas/ divorciadas ou viúvas, não tinham outra ocupação além do trabalho sexual, trabalhavam em bordeis/bares ou boates ao invés da rua, viveram na mesma cidade durante toda vida, tinham um pequeno número de clientes /dia, referiam chance moderada a alta de estarem infectadas, e as tinham conhecimento sobre a transmissão do HIV. As pesquisas nacionais realizadas em 2008 e 2013 mostraram que as mulheres brasileiras de classe econômica menos favorecida (D/E), independentemente da região do país em que residem se testaram menos que aquelas de nível mais elevado, situação também encontrada entre as mulheres residentes no município de São Paulo e em Moçambique (AGHA, 2012; BRASIL, 2011b; SPIASSI *et al.*, 2014). E mais, a pesquisa realizada em São Paulo mostrou que, embora as mulheres tenham se testado na vida mais que os homens, quando se considerou a testagem nos últimos 12 meses, houve uma inversão nas frequências entre homens e mulheres. Este fato fica mais evidente observando-se a faixa etária das mulheres que se testou tardiamente neste estudo. Ela é coincidente com aquela de maior período reprodutivo, ou seja, o teste nas mulheres foi feito no momento do pré-natal, que só tem duração de alguns meses, e provavelmente há mais de um ano do momento em que foram entrevistadas. Este achado é condizente com vários estudos que mostram a testagem nas mulheres mais restrita ao período gestacional (DOURADO *et al.*, 2014; FRANÇA JUNIOR *et al.*, 2008; GRANGEIRO *et al.*, 2011).

A maioria das MPS acreditava que tinham pouca ou nenhuma chance de adquirir o HIV, negando assim o risco de que poderiam se infectar. Assim também as mulheres vivendo com HIV/Aids apresentaram uma baixa percepção de risco, embora a maioria delas coabitasse com seus parceiros, que tinham múltiplas parceiras ou eram bissexuais (SANTOS *et al.*, 2009). É provável que as MPS que não convivam com os parceiros fixos, devido a condição de separação ou viuvez percebam-se em menor risco para adquirir a infecção pelo HIV do que aquelas mulheres em união estável, e por isso não tenham alertado para a importância da

realização do teste em suas vidas. A baixa percepção de risco pode ser um fator que influencie na decisão de não testar, levando ao diagnóstico tardio. Todavia observou-se neste estudo, que aumentou a chance de não ter realizado o teste na vida para as MPS que referiram ter um risco moderado ou alto de adquirir a infecção, levando-nos acreditar que o medo realmente tem influenciado na testagem. Segundo Sousa (2013) as MPS por vivenciar a possibilidade de infecção iminente devido ao trabalho na prostituição, podem não se motivar a realizar o teste, diante da dificuldade de enfrentar um diagnóstico positivo na atividade profissional.

As MPS que não trabalhavam em ruas e praças se testaram mais tardiamente. É provável que as MPS que trabalham em lugares fechados (bares/boates) se sintam em menor risco, ou que as mesmas tenham medo de um resultado reagente para HIV, que as prejudicaria no trabalho, caso houvesse quebra de sigilo. Este resultado do estudo difere dos achados de Damacena, Szwarcwald e Barbosa Júnior (2014) que encontrou que MPS que trabalham em ruas e praças tinham uma mais baixa cobertura regular de testes de HIV que mulheres que trabalhavam em clubes noturnos e saunas. O trabalho sexual é uma ocupação que está associada a uma mais alta prevalência do HIV, ao abuso sexual na vida e à depressão (GUIMARÃES, 2005; PLATT *et al.*, 2013; SURRETT *et al.*, 2014).

As mulheres que referiam ter tido um número pequeno de clientes/ dia se testaram mais tardiamente ou nunca fizeram um teste na vida. Este dado corrobora os achados do estudo realizado com mulheres na África (AGHA, 2012). Acredita-se que o fato de ter menor número de clientes levaria as MPS a se submeterem a situações de maior risco, por terem menos poder de negociação sobre o uso de preservativo. O fato de cederem quando o cliente recusa o uso do preservativo foi associado a prevalência de HIV entre as MPS (DAMACENA *et al.*, 2011).

Não ter trabalhado em outra cidade e desconhecer os locais onde o teste é feito gratuitamente em Fortaleza foi associado a não realização do teste para o HIV na vida. O desconhecimento sobre os locais onde o teste está disponível é uma barreira programática importante para a adesão ao teste, como mostrou um estudo realizado entre MPS na China (ROGERS *et al.*, 2002). Reforçando este achado, as MPS que conheciam os locais onde o teste era realizado, e tinham participado de programas de prevenção tinham uma maior cobertura de teste para o HIV na vida (TSERETELI *et al.*, 2013). É provável que por não ter

trabalhado em outras cidades as MPS tenham tido uma menor chance de acessar o teste para o HIV.

Mulheres profissionais do sexo, mesmo diante de todas as barreiras que referidas têm disposição para fazer o teste para o HIV, considerando o alto grau de adesão na pesquisa. Mesmo sem considerar a voluntariedade na realização do teste, MPS afirmaram que aceitariam se submeter ao exame, caso este fosse considerado obrigatório (OHI *et al.*, 1988). A importância do teste para MPS não se restringe ao diagnóstico e tratamento precoce, mas funciona também, segundo McClelland *et al.* (2011) como um poderoso fator motivador para a prevenção entre as MPS com um teste não reagente para o HIV.

Uma das limitações deste estudo foi a dificuldade de selecionar “sementes” das classes sociais mais altas (A e B). Isto ocorreu por dois motivos principais: o primeiro porque parte delas atua isoladamente e, desta forma, não faz parte da rede social das MPS amostradas, que viola um dos pressupostos do RDS; o segundo, pela baixa adesão de proprietárias de casas de prostituição de alto nível, onde frequentemente atuam as MPS com este perfil. Além disto, nestes lugares específicos, duas situações ainda podem ter interferido na não participação de MPS de classe mais altas, que seria a proibição velada da *madame* (proprietária da casa) para a participação no estudo e o medo de que outra MPS ou a *madame* pudesse ter conhecimento do resultado do exame.

6. CONCLUSÃO

Este estudo mostrou que as MPS vivem em uma situação de vida bastante desfavorável, considerando que uma alta proporção é solteira, cobra um baixo valor pelo programa, têm filhos, vivem apenas da prostituição, tendo renda mensal muito baixa. Estudos tem mostrado que estes fatores contribuem para a manutenção das práticas sexuais de risco, seja com clientes ou mesmo parceiros regulares. Apesar de afirmarem saber a finalidade do teste, o conhecimento das MPS sobre os benefícios para a saúde foi muito baixo, e isto pode estar influenciando a frequência da com que as mesmas se submetem ao teste para o HIV. A cobertura do teste na vida foi alta se comparada às taxas entre a população geral no Brasil, porém a frequência com que se testam não condiz com os riscos a que se expõe o segmento. Além disto, a ampliação do acesso à testagem ainda não está associado às questões peculiares do universo do trabalho sexual, mas as demandas próprias do período reprodutivo. A prevalência do HIV no estudo foi mais alta que em outros realizados em anos anteriores no Estado, e isto mostra que estas mulheres estão em um processo crescente de vulnerabilidade para o HIV. Barreiras de ordem individual, social e programática têm dificultado o acesso a testagem para o HIV entre este segmento de mulheres. Apesar disso, o estudo mostrou que há uma disposição de submeter-se ao teste desde que o acesso seja facilitado, considerando que recusa em se submeter ao teste no estudo foi baixa. Os dados do estudo mostraram que os incentivos para que as mulheres se testem com mais frequência estão associados à melhoria do acesso ao exame. MPS iniciam a vida sexual mais precocemente que as MNPS e a prática de sexo seguro são muito baixas, MPS independente do tipo de parceria, mais principalmente com parceiros ou fixos, o que nos leva a concluir que MPS não diferem de MNPS quando a afetividade está envolvida na relação com os parceiros. A violência e a discriminação é parte do cotidiano destas mulheres, e isto talvez explique em parte o baixo acesso destas mulheres ao material educativo e a material educativo nos serviços público de saúde, sendo este um achado no estudo. MPS que se testaram mais tardiamente para o HIV ou não se testaram foram aquelas que pertenciam a classes sociais mais baixas, não viviam em união estável, tinha apenas o trabalho sexual como fonte de renda, um reduzido número de clientes e um maior conhecimento sobre a transmissão do HIV, e desconheciam os locais onde o teste era feito. Desta forma, percebe-se que a atitude de realizar a testagem entre as MPS é menor em

contextos de vida desfavoráveis, mas independe do conhecimento sobre o HIV e aids. Todavia o fato de desconhecer os locais onde o teste é realizado gratuitamente, pode ser uma barreira importante para a adesão, tendo em vista que dificilmente estas mulheres teriam recursos financeiros para realizar o teste em um laboratório privado.

7. RECOMENDAÇÕES

Considerando-se os achados deste estudo recomenda-se a ampliação de uma série de ações programáticas, descritas a seguir:

- ✓ Elaborar e desenvolver planos que trabalhem mitos que ainda permanecem sobre as formas de transmissão do HIV, aspectos da solidariedade, sexualidade, e dos medos relacionados à aids e ao teste para o HIV;
- ✓ Desenvolver ações de prevenção junto à sociedade em geral e aos profissionais de saúde, em especial, com vistas à redução do estigma e discriminação para com as MPS;
- ✓ Divulgar informações sobre o teste para o HIV, seus benefícios para o diagnóstico e tratamento precoce da infecção pelo HIV, os locais de testagem na rede do SUS, bem como locais alternativos de testagem na comunidade;
- ✓ Propor aos gestores e aprovar uma recomendação para a testagem para o HIV com periodicidade semestral e sempre que houver uma exposição de risco, para todas as mulheres que exercem o trabalho sexual no Ceará;
- ✓ Incluir sempre a discussão sobre o sexo inseguro nas relações em que a afetividade está presente, seja com companheiro, namorado, clientes preferenciais ou parceiros fixos;
- ✓ Elaborar material educativo respeitando os aspectos de linguagem e conteúdo das MPS, promovendo a validação dos materiais junto ao segmento, visando medir a capacidade de comunicação e informação sobre o HIV Aids e o teste;
- ✓ Envolver de forma continuada e solidaria as organizações da sociedade civil (OSC) que atuam junto MPS nas ações de promoção, prevenção e de atenção à saúde do segmento;
- ✓ Promover ações que monitorem a infecção pelo HIV, através da realização de estudos de vigilância de 2ª geração neste segmento populacional;
- ✓ Divulgar entre as ações de “Prevenção combinada” disponíveis no Estado entre as MPs.

REFERÊNCIAS

ABDELRAHIM, M. S. HIV prevalence and risk behaviors of female sex workers in Khartoum, north Sudan. **AIDS**, v. 24, Suppl. 2, p. S55-60, July 2010.

AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DA AIDS. **Veto à campanha para prostitutas provoca protestos em todo o País**. São Paulo, 2013.

AGHA, S. Factors associated with HIV testing and condom use in Mozambique: implications for programs. **Reprod. Health**, v. 9, p. 20, 2012.

AHO, J. et al. High acceptability of HIV voluntary counselling and testing among female sex workers: impact of individual and social factors. **HIV Med.**, v. 13, n. 3, p. 156-165, Mar 2012.

AHOYO, A. B. et al. HIV and sexually transmitted disease among female sex workers in Benin. **Med. Trop. (Mars)**, v. 69, n. 5, p. 457-462, Oct. 2009.

ALLEN, C. F. et al. Sexually transmitted infection service use and risk factors for HIV infection among female sex workers in Georgetown, Guyana. **J. Acquir. Immune Defic. Syndr.**, v. 43, n. 1, p. 96-101, Sept. 2006.

ARAYA, A. X. et al. Facilitators and barriers to HIV testing: A literature review. **Rev. Chilena Infectol.**, v. 30, n. 6, p. 638-643, 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISAS. **Critério de Classificação Econômica Brasil- CCEB 2008**. São Paulo, 2007. Disponível em: < <http://www.abep.org/criterio-brasil> >. Acesso em: 2 maio 2015.

BARBOSA JUNIOR, A. et al. Indicadores propostos pela UNGASS e o monitoramento da epidemia de Aids no Brasil. **Rev. Saude Publica**, v. 40, p. 94-100, abr. 2006.

BARBOSA, L. D. M.; SAWYER, D. O. AIDS : A vulnerabilidade social e a evolução nos municípios das regiões Nordeste e Sudeste do Brasil. **Rev. Bras. Est. População**, Rio de Janeiro, n. 20, 2003.

BARTLETT, J. G. **10 Chances in HIV Care That Are Revolutionizing The Field**. 2013.

BASTOS, F.; MALTA, M.; ALBUQUERQUE, E. **Taxas de Infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BAUTISTA, C. T. et al. Sexual practices, drug use behaviors, and prevalence of HIV, syphilis, hepatitis B and C, and HTLV-1/2 in immigrant and non-immigrant female sex workers in Argentina. **J. Immigr. Minor Health**, v. 11, n. 2, p. 99-104, Apr. 2009.

BEATTIE, T. S. et al. Personal, interpersonal and structural challenges to accessing HIV testing, treatment and care services among female sex workers, men who have sex with men and transgenders in Karnataka state, South India. **J. Epidemiol. Commun. Health**, v. 66, Suppl. 2, p. ii42-ii48, 2012.

BONJOUR, M. A. et al. Determinants of late disease-stage presentation at diagnosis of HIV infection in Venezuela: a case-case comparison. **AIDS Res. Ther.**, v. 5, p. 6, 2008.

BORGES, A.; SCHOR, N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: Um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 499-507, 2005.

BRADLEY, J. et al. Female sex worker client behaviors lead to condom breakage: a prospective telephone-based survey in Bangalore, South India. **AIDS Behav.**, v. 17, n. 2, p. 559-567, Feb. 2013.

BRANSON, B. M. et al. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. **MMWR**, v. 55, n. RR-14, p. 1-17; quiz CE1-4, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores em DST/HIV/AIDS: Referências Bibliográficas Seleccionadas.** Brasília, DF, 2002.

_____. **Avaliação da efetividade das ações de prevenção dirigidas às profissionais do sexo, em três regiões brasileiras.** Brasília, DF, 2003.

_____. **Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST.** Brasília, DF, 2007.

_____. **Contribuição dos centros de testagem e aconselhamento para universalizar o diagnóstico e garantir a equidade no acesso aos serviços.** Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano integrado de enfrentamento de feminização da epidemia de Aids e outras DST**. Brasília, DF, 2009a.

_____. Portaria nº 151 de 14 de outubro de 2009. Brasília, DF, 2009b.

_____. **Diretrizes para Organização e Funcionamento dos CTA do Brasil**. Brasília, 2010.

_____. **Fique Sabendo: faça o teste da Aids. Faça também os testes rápidos de sífilis hepatites virais B e C**. Brasília, DF, 2011a.

_____. **PCAP: Pesquisa de Conhecimento Atitudes e Práticas na População Brasileira**. Brasília, DF, 2011b.

_____. **Política Brasileira de Enfrentamento da Aids: Resultados, Avanços e perspectivas**. Brasília, DF, 2012.

_____. HIV-AIDS. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, DF, 2013a.

_____. AIDS e DST. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, DF, 2013b.

_____. HIV-AIDS. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, DF, 2014a.

_____. **Guia Orientador para a realização das capacitações para executores e multiplicadores em teste rápido para HIV e sífilis e aconselhamento em DST/Aids na Atenção Básica para Gestantes: Rede Cegonha**. Brasília, DF, 2013c.

_____. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília, DF, 2013d.

_____. **Sala de Apoio a Gestão Estratégica - SAGE**. Brasília, DF, 2013e.

_____. O Uso de Medicamentos como Prevenção. Brasília, DF, 2014b. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/pagina/2012/uso-medicamentos-como-prevencao> >. Acesso em: 11 ago. 2015.

_____. A política brasileira de controle de DST/AIDS e hepatites virais: um ano e meio de conquistas e desafios. Brasília, DF, 2014c. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/noticia/2014/politica-brasileira-de-controle-de-dstaids-e-hepatites-virais-um-ano-e-meio-de-conquist> >. Acesso em: 20 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Principais resultados da Pesquisa de Conhecimentos Atitudes e Práticas relacionados ao HIV/Aids na População Brasileira de 15 a 64 anos 2013**. Aracaju, 2014d.

_____. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Para o Manejo Clínico da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes**. Brasília, DF, 2014e.

_____. Resultados do “Viva Melhor Sabendo” confirmam sucesso do primeiro ano do programa. 2015. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/noticia/2015/resultados-do-viva-melhor-sabendo-confirmam-sucesso-do-primeiro-ano-do-programa> >. Acesso em: 20 abr. 2015.

BRASIL. **Targets and Commitments made by Member-States at the United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS:UNGASS-HIV/AIDS**. Brasília, DF, 2010.

BROUTET, N. et al. Prevalence of HIV-1, HIV-2 and HTLV antibody, in Fortaleza, Ceara, Brazil, 1993-1994. **Int. J. STD AIDS**, v. 7, n. 5, p. 365-369, Aug./Sept. 1996.

CAETANO, K. A. A. **Estudo Soroepidemiológico da Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana em Mulheres Profissionais do Sexo em Goiânia- Goiás**. 2011. 92 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2011.

CALLEJA, T. G. **Vigilância de Segunda Generación y Notificación de Casos de Infección por el HIV Panamá**. 2012. Disponível em: < http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19414&Itemid= >. Acesso em: 23 abr. 2015.

CDC. Late versus early testing of HIV--16 Sites, United States, 2000-2003. **MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep.**, v. 52, n. 25, p. 581-586, June 2003. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12836626> >. Acesso em: 2 maio 2015.

_____. Use of social networks to identify persons with undiagnosed HIV infection--seven U.S. cities, October 2003-September 2004. **MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep.**, v. 54, n. 24, p. 601-605, June 2005. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15973240> >. Acesso em: 2 June 2015.

_____. **Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings**. 2006

CDC . Results of the Expanded HIV Testing Initiative--25 jurisdictions, United States, 2007-2010. **MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep.**, v. 60, n. 24, p. 805-810, 2011. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21697804> >. Acesso em: 2 June 2013.

_____. HIV infection among heterosexuals at increased risk--United States, 2010. **MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep.**, v. 62, n. 10, p. 183-188, Mar. 2013. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23486383> >. Acesso em: 2 Apr. 2015.

_____. **Recommendations for HIV Prevention with Adults and Adolescents with HIV in the United States.** 2014. Disponível em: < <http://www.cdc.gov/hiv/testing/index.html> >. Acesso em: 9 June 2015.

CEARÁ. Governo do Estado. **Perfil Sócioeconômico de Fortaleza.** Fortaleza, 2012.

CEARA. Secretária da Saúde. AIDS. **Informe Epidemiológico,** Fortaleza, p. 1-10, 2015.

CHACHAM, A. S. et al. Necessidades Sexuais e Reprodutivas das Profissionais do Sexo: Dois Projetos Feministas no Brasil. **Reprod. Health Matters,** v. 15, n. 29, p. 108-118, 2007.

CHADBORN, T. R. et al. The late diagnosis and consequent short-term mortality of HIV-infected heterosexuals (England and Wales, 2000-2004). **AIDS,** v. 20, n. 18, p. 2371-3279, Nov. 2006.

CORRÊA, S. *et al.* **Sexualidade e desenvolvimento:** a política brasileira de resposta ao HIV/AIDS entre profissionais do sexo. Rio de Janeiro: ABIA, 2011.

CUNHA, J. X. P.; MOREIRA, M. A. S. P.; LÔBO, M. P. Women's vulnerability to hiv/aids: a systematic review. **J. Nurs. UFPE on line,** v. 6, n. 4, p. 874-882, 2012.

DA SILVA, N. G. et al. Fatores associados à infecção pelo HIV em trabalhadoras do sexo (TS) em Santos-SP. **Saúde Coletiva,** v. 4, n. 18, p. 168-172, 2007.

DAMACENA, G. N.; SZWARCOWALD, C. L.; BARBOSA JÚNIOR, A. Implementation of respondent-driven sampling among female sex workers in Brazil, 2009. **Cad. Saude Publica,** v. 27, Suppl. 1, p. S45-55, 2011.

DAMACENA, G. N. et al. Risk factors associated with HIV prevalence among female sex workers in 10 Brazilian cities. **J. Acquir. Immune Defic. Syndr.,** v. 57, Suppl. 3, p. S144-152, Aug. 2011.

DAMACENA, G. N.; SZWARCOWALD, C. L.; SOUZA JÚNIOR, P. R. B. Práticas de risco ao HIV de mulheres profissionais do sexo. **Rev. Saúde Pública**, v. 48, n. 3, p. 428-437, 2014. Disponível em: < http://www.scielo.org/pdf/rsp/v48n3/pt_0034-8910-rsp-48-3-0428.pdf >. Acesso em: 08 jun. 2015.

DE BONI, R.; VELOSO, V. G.; GRINSZTEJN, B. Epidemiology of HIV in Latin America and the Caribbean. **Curr. Opin. HIV AIDS**, v. 9, n. 2, p. 192-198, Mar. 2014.

DE MASSON, A. et al. Blimp-1 overexpression is associated with low HIV-1 reservoir and transcription levels in central memory CD4+ T cells from elite controllers. **AIDS**, May 2014.

DE MATOS, M. A. et al. Vulnerabilidade às Doenças Sexualmente Transmissíveis em mulheres que comercializam sexo em rota de prostituição e turismo sexual na Região Central do Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 4, 2013.

DE SOUZA AQUINO, P. et al. Perfil sociodemográfico e comportamento sexual de prostitutas de Fortaleza-CE. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 3, p. 427-434, 2008.

DEBLONDE, J. et al. Barriers to HIV testing in Europe: a systematic review. **Eur. J. Public Health**, v. 20, n. 4, p. 422-432, Aug. 2010.

DECKER, M. R. et al. Sex trafficking, sexual risk, sexually transmitted infection and reproductive health among female sex workers in Thailand. **J. Epidemiol. Community Health**, v. 65, n. 4, p. 334-339, Apr. 2011.

DHALIA, C. D. B. C.; PAMELA, D.-B. X. **Teste Rápido. Porque Não ?** Estudos que contribuem para a Política de ampliação da Testagem para o HIV no Brasil. Brasília, DF, 2007.

DOURADO, I. et al. What's pregnancy got to do with it? Late presentation to HIV/AIDS services in Northeastern Brazil. **AIDS Care**, v. 26, n. 12, p. 1514-1520, 2014.

FERNANDES, F. R. et al. HIV seroprevalence and high-risk sexual behavior among female sex workers in Central Brazil. **AIDS Care**, Mar. 2014.

FERNANDES, J. R. M. et al. Início da Terapia Antiretroviral em Estágio Avançado de Imunodeficiência entre Indivíduos portadores de HIV/AIDS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, p. 1369-1380, p. 2009.

FERREIRA JUNIOR, O. C. et al. Evaluation of rapid tests for anti-HIV detection in Brazil. **AIDS**, v. 19, Suppl. 4, p. S70-75, Oct. 2005.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Rede de saúde Fortaleza**. Fortaleza, 2015. Disponível em: < <http://fortaleza.ce.gov.br/sms> >. Acesso em: 8 abr. 2015.

FRANÇA JUNIOR, I. et al. Changes in HIV testing in Brazil between 1998 and 2005. **Rev. Saude Publica**, v. 42, supl. 1, p. 84-97, June 2008.

FREIRE, G. D. **Incentivos e Barreiras ao Teste anti-HIV na População geral, residentes em uma metropole do Nordeste Brasileiro**: Resultados de um Inquérito Populacional. 2013. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

GERMAN, D.; LATKIN, C. A. Social stability and HIV risk behavior: evaluating the role of accumulated vulnerability. **AIDS Behav.**, v. 16, n. 1, p. 168-178, Jan. 2012.

GIRARDI, S. B. et al. Evaluation of rapid tests for human immunodeficiency virus as a tool to detect recent seroconversion. **Braz. J. Infect. Dis.**, v. 16, n. 5, p. 452-456, Sept./Oct. 2012.

GOLDENBERG, S. M. et al. Exploring the impact of underage sex work among female sex workers in two Mexico-US border cities. **AIDS Behav.**, v. 16, n. 4, p. 969-981, 2012.

GONDIM, R. C. et al. Risky sexual practices among men who have sex with men in Northeast Brazil: results from four sequential surveys. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 6, p. 1390-1398, 2009.

GRANGEIRO, A.; CASTANHEIRA, E. R.; NEMES, M. I. B. A re-emergência da epidemia de aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento. **Interface Comun. Saúde Educ.**, v. 19, n. 52, p. 5-6, 2015.

GRANGEIRO, A. et al. Late Entry into HIV Care: Estimated Impact on AIDS Mortality Rates in Brazil, 2003–2006. 2011.

GRANGEIRO, A.; ESCUDER, M. M. L.; DE CASTILHO, E. A. A epidemia de AIDS no Brasil e as desigualdades regionais e de oferta de serviço The AIDS epidemic in Brazil and differences according to geographic region and health services supply. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 12, p. 2355-2367, 2010.

GRAYMAN, J. H. et al. Factors associated with HIV testing, condom use, and sexually transmitted infections among female sex workers in Nha Trang, Vietnam. **AIDS Behav.**, v. 9, p. 41-51, 2005.

GREIG, A. et al. Gender and AIDS: time to act. **AIDS**, v. 22, Suppl. 2, p. S35-43, Aug. 2008.

GUIMARÃES, K.; MERCHÁN-HAMANN, E. Comercializando fantasias: a representação social da prostituição, dilemas da profissão e a construção da cidadania. **Rev. Estud. Fem.**, v. 13, n. 3, 2005.

GUPTA, J. et al. HIV vulnerabilities of sex-trafficked Indian women and girls. **Int. J. Gynaecol. Obstet.**, v. 107, n. 1, p. 30-34, Oct. 2009.

HAWKES, S. et al. HIV and other sexually transmitted infections among men, transgenders and women selling sex in two cities in Pakistan: a cross-sectional prevalence survey. **Sex. Transm. Infect.**, v. 85, Suppl. 2, p. ii8-16, Apr. 2009.

HECKATHORN, D. D. Respondent-driven sampling: a new approach to the study of hidden populations. **Soc. Problems**, p. 174-199, 1997.

_____. Respondent-driven sampling II: deriving valid population estimates from chain-referral samples of hidden populations. **Soc. Problems**, v. 49, n. 1, p. 11-34, 2002.

HECKATHORN, D. D. et al. Extensions of respondent-driven sampling: a new approach to the study of injection drug users aged 18–25. **AIDS Behav.**, v. 6, n. 1, p. 55-67, 2002.

HUDSON, A. L.; HEILEMANN, M. V.; RODRIGUEZ, M. Missed Opportunities for Universal HIV Screening in Primary Care Clinics. **J. Clin. Med. Res.**, v. 4, n. 4, p. 242-250, Aug. 2012.

IBGE. **Censo Demográfico de 2010: aglomerados subnormais primeiros resultados**. Rio de Janeiro, 2011.

JOHNSTON, L. G. et al. Assessment of respondent driven sampling for recruiting female sex workers in two Vietnamese cities: reaching the unseen sex worker. **J. Urban Health**, v. 83, n. 6 Suppl., p. i16-28, Nov. 2006.

KENDALL, C. **Respondent- Driven Sampling (Amostragem Conduzida pelo Entrevistado)**. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Dados_pesquisas_5_1_001.pdf>. Acesso em: 9 maio 2015.

KENDALL, C. et al. An empirical comparison of respondent-driven sampling, time location sampling, and snowball sampling for behavioral surveillance in men who have sex with men, Fortaleza, Brazil. **AIDS Behav.**, v. 12, n. 4, Suppl., p. S97-104, July 2008.

KERR, L. R. et al. HIV among MSM in Brazil. **AIDS**, Oct. 2012.

KERR, L. R. F. et al. Participação seletiva em um inquérito RDS entre HSH no Ceará, Brasil: avaliação quali-quantitativa. **DST J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v. 23, n. 3, 2011.

KHAN, M. S. et al. HIV, STI prevalence and risk behaviours among women selling sex in Lahore, Pakistan. **BMC Infect. Dis.**, v. 11, p. 119, 2011.

KIMBROUGH, L. W. et al. Accessing social networks with high rates of undiagnosed HIV infection: The social networks demonstration project. **Am. J. Public Health**, v. 99, n. 6, p. 1093-1099, June 2009.

LI, Y. et al. Difference in risk behaviors and STD prevalence between street-based and establishment-based FSWs in Guangdong Province, China. **AIDS Behav.**, v. 16, n. 4, p. 943-951, May 2012.

LI, Y. et al. Prevalence of HIV and STIs and associated risk factors among female sex workers in Guangdong Province, China. **J. Acquir. Immune Defic. Syndr.**, v. 53, Suppl. 1, p. S48-53, Feb. 2010.

LURIE, P. et al. Socioeconomic status and risk of HIV-1, syphilis and hepatitis B infection among sex workers in São Paulo State, Brazil. **AIDS**, v. 9, Suppl. 1, p. S31-37, July 1995.

MACENA, R. et al. Vulnerabilidade entre mulheres profissionais do sexo em uma área do Nordeste do Brasil. **Anima**, v. 14, p. 10-81, 2008.

MAHFOUD, Z. et al. HIV/AIDS among female sex workers, injecting drug users and men who have sex with men in Lebanon: results of the first biobehavioral surveys. **AIDS**, v. 24, Suppl. 2, p. S45-54, July 2010.

MAHONEY, M. R. et al. Applying HIV testing guidelines in clinical practice. **Am. Fam. Physician**, v. 80, n. 12, p. 1441-1444, Dec. 2009.

MALEKINEJAD, M. et al. Using respondent-driven sampling methodology for HIV biological and behavioral surveillance in international settings: a systematic review. **AIDS Behav.**, v. 12, n. 4, Suppl., p. S105-130, July 2008.

MALTA, M. et al. HIV prevalence among female sex workers, drug users and men who have sex with men in Brazil: a systematic review and meta-analysis. **BMC Public Health**, v. 10, p. 317, 2010.

MALTA, M. et al. HIV/AIDS risk among female sex workers who use crack in Southern Brazil. **Rev. Saude Publica**, v. 42, n. 5, p. 830-837, Oct. 2008.

MARKS, G. et al. Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States: implications for HIV prevention programs. **J. Acquir. Immune Defic. Syndr.**, v. 39, n. 4, p. 446-453, Aug. 2005.

MARTINS, T. A. et al. Travestis, an unexplored population at risk of HIV in a large metropolis of northeast Brazil: a respondent-driven sampling survey. **AIDS Care**, v. 25, n. 5, p. 606-612, 2013..

MAYHEW, S. et al. Protecting the unprotected: mixed-method research on drug use, sex work and rights in Pakistan's fight against HIV/AIDS. **Sex. Transm. Infect.**, v. 85, Suppl. 2, p. ii31-36, Apr. 2009.

MCCLELLAND, L. et al. Understanding the context of HIV risk behavior among HIV-positive and HIV-negative female sex workers and male bar clients following antiretroviral therapy rollout in Mombasa, Kenya. **AIDS Educ. Prev.**, v. 23, n. 4, p. 299-312, Aug. 2011.

MEDHI, G. K. et al. Factors associated with HIV among female sex workers in a high HIV prevalent state of India. **AIDS Care**, v. 24, n. 3, p. 369-376, 2012.

MILLER, W. M. et al. Systematic review of HIV prevalence studies among key populations in Latin America and the Caribbean. **Salud Pública de México**, v. 55, p. S65-S78, 2013.

MONTEALEGRE, J. R. et al. Effectiveness of respondent driven sampling to recruit undocumented Central American immigrant women in Houston, Texas for an HIV behavioral survey. **AIDS Behav.**, v. 17, n. 2, p. 719-727, 2013.

MOURA, A. D. A. et al. O Comportamento de prostitutas em tempos de aids e outras doenças sexualmente transmissíveis: Como estão se prevenindo? **Texto Contexto Enferm.**, v. 19, n. 3, p. 545-553, 2010.

MUSHEKE, M. et al. A systematic review of qualitative findings on factors enabling and deterring uptake of HIV testing in Sub-Saharan Africa. **BMC Public Health**, v. 13, n. 1, p. 220, 2013.

NEFF, S.; GOLDSCHMIDT, R. Centers for Disease Control and Prevention 2006 human immunodeficiency virus testing recommendations and state testing laws. **JAMA**, v. 305, n. 17, p. 1767-1768, 2011.

OHI, G. et al. Notification of HIV carriers: possible effect on uptake of AIDS testing. **Lancet**, v. 2, n. 8614, p. 947-949, Oct. 1988.

PAIVA, V. et al. Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. **Rev. Saude Publica**, v. 42, supl. 1, p. 45-53, 2008.

PALELLA, F. J. et al. Survival benefit of initiating antiretroviral therapy in HIV-infected persons in different CD4+ cell strata. **Ann. Intern. Med.**, v. 138, n. 8, p. 620-626, Apr. 2003.

PAULO, S. Recomendações para o funcionamento dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) do Estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, p. 6, 2009.

PENHA, J. C. et al. **Violência contra a Mulher: riscos e vulnerabilidade das prostitutas**. 1. ed. Fortaleza: HUCITEC, 2013.

PLATT, L. et al. Factors mediating HIV risk among female sex workers in Europe: a systematic review and ecological analysis. **BMJ Open**, v. 3, n. 7, 2013.

PURADIREDDA, D. I.; COAST, E. Transactional sex risk across a typology of rural and urban female sex workers in Indonesia: a mixed methods study. **PLoS One**, v. 7, n. 12, p. e52858, 2012.

RAMESH, S. et al. Relationship between mobility, violence and HIV/STI among female sex workers in Andhra Pradesh, India. **BMC Public Health**, v. 12, p. 764-764, 2012.

REED, E. et al. The context of economic insecurity and its relation to violence and risk factors for HIV among female sex workers in Andhra Pradesh, India. **Public Health Rep.**, v. 125, Suppl. 4, p. 81-89, July/Aug. 2010.

ROGERS, S. J. et al. Reaching and identifying the STD/HIV risk of sex workers in Beijing. **AIDS Educ. Prev.**, v. 14, n. 3, p. 217-227, June 2002.

SALGANIK, M. J. Variance estimation, design effects, and sample size calculations for respondent-driven sampling. **J. Urban Health**, v. 83, n. 6, Suppl., p. i98-112, Nov. 2006.

SANTOS, N. J. et al. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. **Cad. saúde pública**, v. 25, supl. 2, p. S321-S333, 2009.

SCHEFFER, M. **Prevenção em aids no Brasil: depois do terror, a trapaça**. São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos em Saúde, 2015.

SCHRAIBER, L. B. et al. Intimate partner sexual violence among men and women in urban Brazil, 2005. **Rev. Saude Publica**, v. 42, supl. 1, p. 127-137, jun. 2008.

SCHUELTER-TREVISOL, F. et al. HIV, hepatitis B and C, and syphilis prevalence and coinfection among sex workers in Southern Brazil. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 46, n. 4, p. 493-497, July/Aug. 2013.

SCORGIE, F. et al. Socio-demographic characteristics and behavioral risk factors of female sex workers in sub-saharan Africa: a systematic review. **AIDS Behav.**, v. 16, n. 4, p. 920-933, May 2012.

SEMAAN, S.; LAUBY, J.; LIEBMAN, J. Street and network sampling in evaluation studies of HIV risk-reduction interventions. **AIDS Rev.**, v. 4, n. 4, p. 213-223, Oct./Dec. 2002.

SEMAAN, S. et al. Ethical and regulatory considerations in HIV prevention studies employing respondent-driven sampling. **Int. J. Drug Policy**, v. 20, n. 1, p. 14-27, 2009.

SHAGHAGHI, A.; BHOPAL, R. S.; SHEIKH, A. Approaches to Recruiting 'Hard-To-Reach' Populations into Re-search: A Review of the Literature. **Health Promot. Perspect.**, v. 1, n. 2, p. 86-94, 2011.

SHAH, N. S. et al. Bridging populations-sexual risk behaviors and HIV prevalence in clients and partners of female sex workers, Bangkok, Thailand 2007. **J. Urban Health**, v. 88, n. 3, p. 533-544, June 2011.

SHAHMANESH, M. et al. Suicidal behavior among female sex workers in Goa, India: the silent epidemic. **Am. J. Public Health**, v. 99, n. 7, p. 1239-1246, July 2009.

SHANNON, K. et al. Sexual and drug-related vulnerabilities for HIV infection among women engaged in survival sex work in Vancouver, Canada. **Can. J. Public Health**, v. 98, n. 6, p. 465-469, Nov./Dec. 2007.

SILVEIRA, M. F. et al. Conhecimento sobre sorologia para sífilis e HIV entre profissionais do sexo de Pelotas, Brasil. **DST J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v. 21, n. 1, 2009.

SILVERMAN, J. G. et al. Sex trafficking and initiation-related violence, alcohol use, and HIV risk among HIV-infected female sex workers in Mumbai, India. **J. Infect. Dis.**, v. 204, Suppl. 5, p. S1229-1234, 2011.

SIMON, C. P.; DA SILVA, R. C.; PAIVA, V. Prostituição juvenil feminina e a prevenção da Aids em Ribeirão Preto, SP. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 82-87, 2002.

SOUSA, R. M. R. B. **Não sei direito como é, eu só sei que é AIDS:** incentivos e barreiras ao teste de HIV/AIDS entre profissionais do sexo. 2013. 196 f. Tese (Doutorado de Saúde Coletiva) - Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará/ Universidade Estadual do Ceará/ Universidade de Fortaleza, Associação de IES- Ampla Associação, Fortaleza, 2013.

SOUZA-JÚNIOR, P. R. B.; SZWARCOWALD, C. L.; CASTILHO, E. A. Delay in introducing antiretroviral therapy in patients infected by HIV in Brazil, 2003-2006. **Clinics**, v. 62, n. 5, p. 579-584, 2007.

SPIASSI, A. L. et al. **PCAP MSP:** Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas na população residente no município de São Paulo. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, 2014.

SUDMAN, S.; SIRKEN, M. G.; COWAN, C. D. Sampling rare and elusive populations. **Science**, v. 240, n. 4855, p. 991-996, May 1988.

SURRATT, H. L. et al. HIV risk among female sex workers in Miami: the impact of violent victimization and untreated mental illness. **AIDS Care**, v. 24, n. 5, p. 553-561, 2012. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3342480/?tool=pubmed> <http://dx.doi.org/10.1080/09540121.2011.630342> >. Acesso em: 13 May 2015.

SURRATT, H. L. et al. HIV testing and engagement in care among highly vulnerable female sex workers: implications for treatment as prevention models. **J. Health Care Poor Underserved**, v. 25, n. 3, p. 1360-1378, 2014.

SZWARCOWALD, C. L. Taxas de prevalência de HIV e sífilis e conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis no grupo das mulheres profissionais do sexo, no Brasil. 2009.

SZWARCOWALD, C. L. Taxas de Prevalência de HIV, Sífilis e conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas as infecções sexualmente transmissíveis no grupo de mulheres profissionais do sexo. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PREVENÇÃO DAS DST AIDS E HEPATITRES VIRAIS, 8., 2010, Brasília, DF.

SZWARCOWALD, C. L. et al. HIV testing during pregnancy: use of secondary data to estimate 2006 test coverage and prevalence in Brazil. **Braz. J. Infect. Dis.**, v. 12, n. 3, p. 167-172, June 2008.

SZWARCWALD, C. L. et al. Analysis of data collected by RDS among sex workers in 10 Brazilian cities, 2009: estimation of the prevalence of HIV, variance, and design effect. **J. Acquir. Immune Defic. Syndr.**, v. 57, Suppl. 3, p. S129-135, Aug. 2011.

TSERETELI, N. et al. HIV testing uptake among female sex workers and men who have sex with men in Tbilisi, Georgia. **HIV Med.**, v. 14, Suppl. 3, p. 29-32, Oct. 2013.

UN-HABITAT. **State of the World's Cities 2010/2011: Bridging the Urban Divide**. 2010.

UNAIDS. **Global Report: Unaid Report on the Global AIDS Epidemic 2010**. Geneve, 2010.

_____. **AIDS at 30: Nations at the crossroads**. 2011.

_____. **Global report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2013**. Geneva, 2013a.

_____. **A ONU e a resposta à aids no Brasil**. Brasília: Agência das Nações Unidas no Brasil, 2013b.

_____. **The GAP Report**. Geneve, 2014.

_____. **Brasil Avança no cumprimento da meta 90-90-90**. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <<http://zeodiscriminacao.org.br/noticias/Brasil-avanca-no-cumprimento-da-meta-90-90-90/>>. Acesso em: 18 mar. 2015.

UNAIDS/ONUSIDA BRASIL. **Chegando a Zero: Estratégia do UNAIDS/ONUSIDA 2011-2015**. Brasília, DF, 2010.

UNAIDS/WHO. **Guidelines on Surveillance Among Populations Most at Risk for HIV**. Geneva, 2011. Disponível em: <http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/20110518_Surveillance_among_most_at_risk.pdf>. Acesso em: 23 Mar. 2015.

WANG, Y. et al. Reported willingness and associated factors related to utilization of voluntary counseling and testing services by female sex workers in Shandong Province, China. **Biomed. Environ. Sci.**, v. 23, n. 6, p. 466-472, Dec. 2010.

WEJNERT, C. An Empirical Test of Respondent-Driven Sampling: Point Estimates, Variance, Degree Measures, And Out Of Equilibrium Data. **Sociological Methodology**, v. 39, n. 1, p. 73-116, 2009.

WHITE, R. G. et al. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology for Respondent- Driven Sampling Studies:'STROBE-RDS' Statement. **J. Clin. Epidemiol.**, 2015.

WHO. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva, 2014.

**APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO APLICADO AS MULHERES PROFISSIONAIS
DO SEXO DE FORTALEZA-CE.**

UFC- DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA

**COMPORTAMENTO, ATITUDES, PRÁTICAS E
PREVALÊNCIA DE HIV E SÍFILIS ENTRE
PROFISSIONAIS DO SEXO (PS) EM
FORTALEZA/CE**

Questionário sócio demográfico e comportamental

SUMÁRIO

<u>BLOCO A: ELEGIBILIDADE E REDE SOCIAL</u>	95
<u>BLOCO B: INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS, OCUPAÇÃO E MOBILIDADE</u>	99
<u>BLOCO C: CONHECIMENTO E FONTES DE INFORMAÇÕES SOBRE DST E AIDS E ACESSO A PRESERVATIVOS</u>	113
<u>BLOCO D: ASSISTÊNCIA DE SAÚDE E DST</u>	120
<u>BLOCO E: TESTE DE HIV E SÍFILIS</u>	
<u>BLOCO F: DISCRIMINAÇÃO E VIOLÊNCIA</u>	122
<u>BLOCO G: COMPORTAMENTO SEXUAL</u>	113
<u>BLOCO H: USO DE ÁLCOOL E DROGAS</u>	123

QUESTIONÁRIO**ID SEQUENCIAL DO PARTICIPANTE:** _____._____._____._____._____._____

[Parâmetros:]

CONFIRMAÇÃO DO ID SEQUENCIAL DO PARTICIPANTE: _____._____._____._____._____._____

[Parâmetros:]

DATA DA ENTREVISTA [__ / __ / __]

[DD MM AA]

[Sincronizado com o Pocket e confirmar a data; Aparecer mensagem na tela:] *[Entrevistador: A data está correta?]*

LOCAL DA ENTREVISTA:

1. Unidade sede da pesquisa
2. Unidade secundária da pesquisa
3. Entrevista externa, fora da unidade sede ou secundária

ID do entrevistador: [__ __]

BLOCO A: ELEGIBILIDADE E REDE SOCIAL

A1. Quantos anos você fez no seu último aniversário?

___ anos

[Parâmetros: 10-90]

A2. Quantos anos de escola você completou no total?

___ anos [Se nunca foi a escola, digite 0]

[Parâmetros: 0-40]

A3. Em que cidade você mora?

1. Fortaleza
2. Maracanaú
3. Maranguape
4. Eusébio
5. Aquiraz
6. Caucaia
7. Outro município do Estado
8. Outro município de outro Estado

[Se A3>6, vá para A5]

A4. Em que bairro você mora? _____

A5. Nos últimos 4 meses, você recebeu dinheiro em troca de sexo (sexo oral (*pênis na boca*) ou sexo vaginal ou sexo anal (*pênis no ânus*))?

- 1) Sim
- 2) Não

[Se A5 = 2, vá para A7]

A6. E nos últimos 30 dias, você recebeu dinheiro em troca de sexo (sexo oral (*pênis na boca*) ou sexo vaginal ou sexo anal (*pênis no ânus*))?

- 1) Sim
- 2) Não

A7. Quais foram os motivos de sua vinda hoje ao projeto: [Entrevistador, não leia as opções, se for o caso, registre mais de uma opção]

	1.Sim	2.Não
A. Realizar a testagem para HIV		
B. Por causa do ressarcimento		

C. Receber informação sobre DST/HIV/Aids		
D. Colaborar nesta pesquisa		
E. Conversar com o aconselhador		
F. Outro motivo:		
G. Qual? _____		

A8. Entrevistador registre se há algum motivo para a não elegibilidade da entrevistada: *[Entrevistador, não leia as opções]*

1. Não há motivo
2. Participante sob efeito de álcool ou drogas
3. Transtorno mental
4. Outro motivo. Qual? _____

A9. [Aparecer na tela se entrevistada é elegível ou não elegível]
Entrevistador confirme se a participante é:

Elegível = [Checar se A1≥18 e A3<7 e A5=1 e A7=1]

Não elegível =[Checar se Q1<18 ou A3>7 ou A5≠1 ou A7≠1]

1. Elegível
2. Não elegível

[Se A8=1, aparecer a mensagem M2 em nova tela e pulo para A9]

M2: “Aplique o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, volte para este formulário e registre na próxima pergunta se participante quer ou não participar do estudo”

[Se A8=2, aparecer em nova tela a mensagem M3]

M3: “Término da entrevista, agradeça novamente a participante e diga que ela não atende as condições da pesquisa”

A10. Você quer participar do estudo?

1. Sim, quer.
2. Não quer.

[Se A9=1, vá A11]

A11. Por que você não quer participar? *[Entrevistador, não leia as opções, se for o caso, registre mais de uma opção]*

	1.Sim	2.Não
1. Medo que outras pessoas saibam que estou participando do projeto		
2. Medo que outras pessoas saibam que sou profissional do sexo/prostituta/garota de		

programa		
3. Medo que outras pessoas saibam os resultados dos meus exames		
4. Muito ocupada, sem tempo		
5. Não tem interesse em participar		
6. Outro motivo:		
7. Qual? _____		

[Aparecer em nova tela a mensagem M3]

M3: "Término da entrevista, agradeça a participante"

REDE SOCIAL

[Entrevistador: Leia para a entrevistada todas as categorias para cada pergunta, exceto para as perguntas cujas respostas são numéricas e do tipo sim/não. Se a pergunta requer resposta espontânea, você será avisado para não ler as categorias de respostas]

A12. Quantas mulheres você conhece e que também conhecem você, que receberam dinheiro por sexo, e que moram na grande Fortaleza?

___ __ __ __mulheres

[Parâmetros: 0-1090]

A13. Destas [resposta à A11] mulheres que você falou, quantas têm 18 anos ou mais?

___ __ __ __mulheres

[Parâmetros: A12 deve ser \leq A11]

A14. Quantos destas [resposta à A12] mulheres com 18 anos ou mais, você encontrou ou falou com elas pessoalmente, por telefone ou internet nos últimos dois meses?

___ __ __ __mulheres

[Parâmetros: A13 deve ser \leq A12]

[Se A13=0, aparecer a mensagem na tela: "Entrevistador, por favor, explore com a entrevistada o motivo de sua resposta e faça uma nota registrando"]

A15. Destas [resposta à A13] mulheres que receberam sexo por dinheiro, que têm 18 anos ou mais e que você encontrou ou falou nos últimos dois meses, quantas você convidaria para participar deste estudo?

___ __ __ __mulheres [se nenhuma, digite 0]

[Parâmetros: A14 deve ser \leq A13]

A16. Pensando no convite que você trouxe para participar do estudo hoje, você ganhou, encontrou em algum lugar, comprou ou trocou com alguém?

1. Ganhou
 2. Encontrou
 3. Comprou
 4. Trocou
- [Se A15=1, 2 ou 4, vá para A17]*

A17. Quanto você pagou pelo convite?
R\$ ____ ____,00 (reais)

- A18. Quem deu (vendeu/trocou) o convite para você participar deste estudo?
1. Amiga
 2. Conhecida com quem você não transou
 3. Companheira, namorada ou ficante
 4. Alguém com quem você transou
 5. Parente
 6. Colega de trabalho
 7. Uma pessoa desconhecida

BLOCO B: INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS, OCUPAÇÃO E MOBILIDADE

- B1. Como você se classifica em relação à sua cor ou raça?
- 1) Branca
 - 2) Preta
 - 3) Amarela
 - 4) Parda/morena/mulata/marrom
 - 5) Indígena
 - 6) Outra
- B2. Qual é o seu estado conjugal?
- 1) Nunca foi casada (solteira)
 - 2) Casada ou vive com companheiro
 - 3) Vive com companheira
 - 4) Separada ou divorciada
 - 5) Viúva
- B3. Você casou/viveu com parceiro sexual por mais de uma vez?
- 1) Sim
 - 2) Não
- B4. Com que idade você se casou/viveu com o seu primeiro parceiro sexual estável?
__ __ anos
- B5. Você tem religião?
- 1) Sem religião
 - 2) Católica

- 3)Evangélica
- 4)Espírita
- 5)Outra. Especificar: _____

B6. Quanto você ganha aproximadamente por mês?

- 1) Não tem rendimentos
- 2) Menos de 1 S.M
- 3) De 1 a 4 S.M
- 4) De 4 a 8 S.M
- 5) De 8 à 12 S.M
- 6) 12 ou mais S.M
- 7) Não sei
- 8) Não respondeu

B7. Você é o chefe de seu domicílio?

- 1) Sim
- 2) Não

Se B7 = 1 vá para B9

B8. Quantos anos de estudo o chefe de seu domicílio completou no total?

__ __ anos [Não considerar anos em que repetiu de série; não considerar pré-escola; Se nunca foi a escola digite 0]

[Parâmetros: 00-30]

B9. Quantos cômodos na sua casa são usados para dormir?

__ __ cômodos

B10. Quantos televisores em cores existem onde você mora?

- 1. 0
- 2. 1
- 3. 2
- 4. 3
- 5. 4 ou mais

B11. Quantos rádios existem onde você mora?

- 1. 0
- 2. 1
- 3. 2
- 4. 3
- 5. 4 ou mais

- B12. Quantos banheiros existem onde você mora?**
1. 0
2. 1
3. 2
4. 3
5. 4 ou mais
- B13. Quantos automóveis têm onde você mora?**
1. 0
2. 1
3. 2
4. 3
5. 4 ou mais
- B14. Quantas empregadas mensalistas trabalham onde você mora?**
1. 0
2. 1
3. 2
4. 3
5. 4 ou mais
- B15. Quantas máquinas de lavar existem onde você mora?**
1. 0
2. 1
3. 2
4. 3
5. 4 ou mais
- B16. Quantos videocassetes e/ou DVDs existem onde você mora?**
1. 0
2. 1
3. 2
4. 3
5. 4 ou mais
- B17. Quantas geladeiras existem onde você mora?**

- 1. 0
- 2. 1
- 3. 2
- 4. 3
- 5. 4 ou mais

B18. Quantos freezers (aparelho independente ou parte da geladeira duplex) existem onde você mora?

- 1. 0
- 2. 1
- 3. 2
- 4. 3
- 5. 4 ou mais

B19. Em que tipo de lugar você mora?

- 1) Casa ou apartamento próprio
- 2) Casa ou apartamento alugado
- 3) Quarto ou cômodo alugado
- 4) Quarto de hotel ou de pensão
- 5) Casa de cafetina/cafetão
- 6) Quarto cedido no local do trabalho
- 7) Barraco
- 8) Outro

B20. Quantas pessoas moram com você?

- 1) Nenhuma
- 2) 1 a 2
- 3) 3 a 5
- 4) 6 a 10
- 5) 11 a 19
- 6) 20 e mais

B21. Com quem você mora atualmente?

	1. Sim	2. Não
A. Parceira mulher		
B. Parceiro homem		
C. Amigos(as) ou colegas		
D. Mãe e/ou pai		
E. Filhos		
F. Outros parentes		
G. Cafetina/cafetão		

- B22.** Onde você viveu a maior parte de sua vida ou nos últimos 10 anos ?
- 1) Em Fortaleza
 - 2) No interior
 - 3) Em outro estado ou país
 - 4) Não sei
 - 5) Não respondeu
- B23.** Nos últimos 5 anos em quantas cidades você morou?
- 1) Uma cidade
 - 2) Duas
 - 3) Três
 - 4) Quatro ou mais
- B24.** Você já trabalhou como profissional do sexo em outra cidade?
- 1) Sim
 - 2) Não
- B25.** Você é obrigada a dar uma porcentagem dos seus ganhos com programas?
- 1) Não
 - 2) Sim, para o dono do estabelecimento onde trabalho (bar, boate, agência, casa de massagem, terma, etc)
 - 3) Sim, para o cafetão ou cafetina
 - 4) Sim, para o meu companheiro ou marido
 - 5) Não quero responder
- B26.** Você tem algum outro trabalho além do trabalho como profissional do sexo?
- 1) Sim
 - 2) Não

[Se B26 = 2, vá para Bloco C]

- B27.** Qual é a situação atual de seu outro trabalho além do trabalho como profissional do sexo?
- 1) Empregada com carteira de trabalho
 - 2) Empregada sem carteira de trabalho
 - 3) Trabalha por conta própria
 - 4) Aposentada
 - 5) Não respondeu

BLOCO C: TESTE DE HIV

[Agora, gostaria de perguntar sobre sua experiência com o teste para HIV]

- C1.** Você já ouviu falar no teste para o HIV (se entrevistada não entender, pergunte sobre teste para a aids)?
1. Sim

2. Não

[Se C1=2, vá para C3]

C2. O que você sabe sobre o teste para HIV?

Afirmações	1.Sim	2.Não
A. Serve para saber se tem o vírus da AIDS		
B. Serve para saber se tem anti-corpo do vírus da AIDS		
C. Sabe que pode ser feito pelo sangue coletado no dedo		
D. Sabe que pode ser feito pelo sangue coletado na veia		
E. Sabe que pode ser feito pela saliva		
F. O resultado do teste no sangue coletado na veia demora 15 a 20 dias		
G. O resultado do teste no sangue coletado no dedo demora 15 minutos		
H. O resultado do teste na saliva demora 15 minutos		
I. Teste positivo significa que a pessoa tem o HIV		

C3. Você sabe de algum serviço público de saúde onde o teste de aids é feito gratuitamente?

1. Sim
2. Não

[Se C3=2, vá para C5]

C4. Quais os locais que você conhece onde é possível se fazer o teste para HIV em Fortaleza [Entrevistador, não leia as alternativas]?

	1. Sim	2. Não
1. CTA/COAS		
2. P.S – CEMJA		
3. Centros de Saúde/Postos de Saúde		
4. Hospitais públicos		
5. Hospitais particulares		
6. Laboratórios particulares		

C5. Em Fortaleza, tem algum local que atende pessoas com aids?

1. Sim
2. Não
3. Não sei

[Se C5=2,3 vá para C7]

C6. Quais [Entrevistador, não leia as alternativas] ?

	1.Sim	2.Não
A. Hospital São José		
B. Hospital Geral de Fortaleza		
C. Hospital das Clínicas		
D. Hospital Nossa Senhora da Conceição		
E. Hospital Gonzaguinha de Messejana		
F. CEMJA		
G. Outros		

Especificar _____

C7. Existe um procedimento padrão para quem vai fazer o teste para HIV em serviços públicos. Você conhece quais são as etapas deste procedimento?

	1.Sim	2.Não
A. Aconselhamento coletivo ou individual pré-teste		
B. Coleta de sangue		
C. Aconselhamento individual pós-teste		

C8. Você sabe o que é aconselhamento para o teste anti-HIV?

1. Sim
2. Não
3. Não respondeu

[Se C8=2, vá para C10]

C9. Se sim, você considera que:

Afirmações	1.Sim	2.Não
A. É uma conversa que ajuda a preparar o indivíduo para fazer e receber o resultado do teste		
B. É uma conversa sobre as formas de transmissão e prevenção		
C. É feita por profissionais bem preparados		
D. É uma palestra impessoal		
E. É um momento que o profissional aproveita para dar conselhos		

C10. Você acha que o teste para HIV deveria ser:

Afirmações	1.Sim	2.Não
A. Compulsório para as pessoas que têm mais risco		
B. Compulsório para todas as pessoas		
C. Obrigatório para todas as pessoas		
D. Obrigatório somente para pessoas que têm mais risco		

E. De rotina para todos		
F. De rotina somente para pessoas que têm mais risco		
G. Voluntário		

C11. Você acha que todas as pessoas que vão ser testadas precisam dar consentimento/autorização? (se não entender, explicar que é fazer sem que a pessoa saiba que está fazendo)

1. Sim
2. Não
3. Não respondeu

C12. Com que frequência você acha que as pessoas deveriam fazer o teste anti-HIV?

1. Sempre que tiver tido uma situação de risco
2. Nunca
3. A cada três meses
4. Entre 3 e 12 meses
5. Entre 1 e 5 anos
6. Mais de 5 anos

C13. Você acha que tem alguma vantagem para a pessoa fazer o teste para HIV?

1. Sim
2. Não
3. Não sabe
4. Não respondeu

[Se C13≠1, pule para C15]

C14. Na sua opinião, quais as vantagens de uma pessoa fazer a testagem para HIV (ler)?

Afirmações	1.Sim	2.Não
A. Saber se tem o vírus		
B. Iniciar logo o tratamento, se infectado		
C. Cuidar melhor do corpo, da saúde		
D. Evitar possíveis doenças que podem vir com a aids		
E. Proteger o/a (os/as) parceiro/a (os/as)		
F. Ficar mais seguro para transar sem medo		
G. Poder transar sem camisinha		
H. Aumentar a sobrevida/viver mais e melhor		
I. Finalizar o relacionamento com parceiro/a se o resultado for positivo		
J. Serve de alerta para a pessoa começar a se cuidar melhor		

C15. Qual sua opinião sobre as afirmações abaixo, relativas ao teste para HIV (ler)

Afirmações	1. Sim	2. Não

A.	Todas as pessoas deveriam se testar mais		
B.	O teste serve para proteger os dois durante a relação sexual		
C.	O fato de sempre usar camisinha me deixa confortável para não fazer o teste		
D.	As profissionais do sexo deveriam se testar mais que a população geral		
E.	Os gays e os homens que fazem sexo com outros homens deveriam se testar mais que a população em geral		
F.	Toda vez que você tem um comportamento de risco você deveria se testar		
G.	É importante fazer o teste periodicamente		

C16. Você já fez o teste para HIV (ou vírus da aids) alguma vez na vida?

1. Sim
2. Não

[Se não, pule para C29]

C17. Quando foi a última vez que você fez o teste para HIV?

1. Há menos de três meses
2. Entre 3 e 6 meses atrás
3. Entre 6 e 12 meses
4. Entre 1 e 5 anos atrás
5. Mais de 5 anos atrás
6. Não sabe ou não se lembra

C18. Quantas vezes você fez o teste para HIV na vida?

__ __ vezes

[Parâmetro ≠0]

C19. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você fez o teste anti-HIV?

__ __ vezes

[Se não lembra, digite "88"]

[Parâmetros: 01-99 e ≠0]

C20. Você recebeu orientação ou aconselhamento antes de fazer o último teste para HIV?

1. Sim, orientação ou aconselhamento individual
2. Sim, orientação ou aconselhamento em grupo
3. Não
4. Não se lembra

C21. Você recebeu orientação ou aconselhamento quando foi receber o resultado do seu último teste para HIV?

1. Sim, orientação ou aconselhamento individual
2. Não
3. Não se lembra

C22. Em que local você fez o último teste para HIV?

1. Nos (CATV) Centro de Aconselhamento e Testagem Voluntária
2. Em um centro de saúde
3. Em um hospital público
4. Na doação de sangue
5. Em hospitais particulares
6. Em laboratórios particulares
7. Em outro local. Outro _____
8. Não lembra

C23. Você já fez o teste para o HIV (vírus da AIDS) que o resultado saiu na hora?

1. Sim
2. Não

[Se não, pule para C26]

C24. O que o levou a fazer o teste para HIV?

Afirmações	Sim	Não
A. A campanha fique sabendo		
B. Acidente com materiais perfuro-cortantes		
C. Acidente com sangue		
D. Certeza de que o parceiro tem muitos parceiros		
E. Doação de sangue		
F. Exigência do empregador		
G. Experiência de alguém próximo ou familiar com aids		
H. Facilidade de acesso nas Unidades de saúde		
I. Não confio na fidelidade do parceiro		
J. Profissional de saúde incentivou a realização		
K. Saber que a AIDS tem tratamento		
L. Solicitado em consulta médica		
M. Tem muitos parceiros		
N. Ter certeza de que não está infectado		
O. Ter me exposto a situações de risco		
P. Ter sido oferecido em pesquisa		
Q. Tive experiência com meu parceiro(a) com aids		
R. Tive relações sexuais sem camisinha		

C25. Se não, quantos dias você esperou para que o resultado do último teste ficasse pronto?

___ dias

[Se não lembra, digite "88"]

C26. Em relação ao último teste para HIV que você fez, você sabe o resultado?

1. Sim
2. Não
3. Não foi buscar o resultado

[Se C26 = 1, pule para C28]

C27. Porque você não sabe o resultado ou não foi buscar?

Afirmações	1.Sim	2. Não
A. Acredita que não corre risco de se infectar		
B. Medo da quebra de sigilo pelos profissionais		
C. Medo de sofrer discriminação se o resultado for positivo		
D. Medo do resultado ser positivo		
E. Não confio no resultado do teste		
F. Não se acha que pertence a grupos de risco		
G. Não tem disponibilidade de horário		
H. Por achar que não tinha nenhum risco		
I. Porque o(a) parceiro(a) está infectado(a) pelo VIH ou tem AIDS		
J. Por outro motivo		

[Se C26= 2 ou 3, vá para C29]

C28. Você se importa em me dizer o resultado do seu último teste?

1. Positivo
2. Negativo
3. Inconclusivo
4. Não quero dizer

C29. Você toma algum anti-retroviral?

1. Sim
2. Não

Se C16=1, então pule para C31

C30. Qual foi o principal motivo para você não ter feito o teste para HIV?

Afirmações	1.Sim	2. Não
A. Acredita na fidelidade do parceiro		
B. Acredita que não corre risco de se infectar		
C. Doou sangue somente para se testar		
D. Medo da quebra de sigilo pelos profissionais		
E. Medo de sofrer discriminação se o resultado for positivo		
F. Não sabe onde é realizado o teste		

G.	Não se acha que pertence a grupos de risco		
H.	Não tem disponibilidade de horário para ir à unidade (acesso difícil)		
I.	Por achar que não tinha nenhum risco		
J.	Porque o(a) parceiro(a) está infectado(a) pelo VIH ou tem AIDS		
K.	Porque o(a) parceiro(a) não pediu		
L.	Tem parceiro fixo		
M.	Por outro motivo		

C31. Você pretende fazer o teste para o HIV neste estudo?

1. Sim
2. Não
3. Não sabe

[Se C31=2, pule para C33]

C32. Se não, você poderia me dizer qual é o motivo?

Afirmarções	1. Sim	2. Não
A. Acho os aconselhadores despreparados para atender		
B. Como existe medicação para aids, posso esperar para fazer depois		
C. Fiz o teste recentemente		
D. Já sei que sou positivo		
E. Não quero fazer o teste neste local		
F. Não quero saber o resultado do teste		
G. Não tenho mais tempo disponível		
H. Não vejo nenhuma vantagem em fazer		
I. O horário de funcionamento da unidade é inconveniente		
J. Perder o parceiro se o resultado for positivo		
K. Porque o resultado demora muito para sair		
L. Receio de ter sido infectado pelo vírus porque doei sangue		
M. Tenho medo da quebra de sigilo		
N. Tenho medo de ser discriminado se o resultado for positivo		
O. Tenho receio que algum conhecido fique sabendo o resultado do teste		
P. Outro. Qual? _____		

C33. O que estimularia/levaria você a fazer o teste nesta pesquisa?

Afirmarções	1.Sim	2.Não
A. Facilidade de acesso pelo horário de funcionamento		

B. Facilidade de acesso pelo local de funcionamento		
C. Já estou na unidade		
D. Maior preparo do aconselhador para atender		
E. Reduzir o tempo para sair o resultado		
F. Saber que tem mais gente como eu fazendo		
G. Saber que vou ter atendimento preferencial, se for positivo		
H. Ter o teste rápido		
I. Outro. Qual? _____		

C34. O que você acha que estimularia ou levaria as pessoas a fazerem o teste para HIV fora da pesquisa?

Afirmações	1.Sim	2.Não
A. Estar disponível em outros locais que não relacionados à saúde		
B. Estar disponível em unidades com horários extra comercial		
C. Estar disponível na maioria das unidades de saúde pública		
D. Saber que o diagnóstico precoce aumenta a qualidade de vida		
E. Saber que o diagnóstico precoce aumenta os anos de vida		
F. Saber que terei acesso à medicação para aids		
G. Saber que vou ter apoio dos serviços públicos de saúde		
H. Se fosse o teste rápido		
I. Se o teste fosse feito só na saliva		
J. Outro. Qual? _____		

C35. Você já doou sangue alguma vez na vida?

1. Sim
2. Não
3. Não se lembra

[Se C35=1, pule para C37]

C36. Se não, por que?

1. Nunca quis
2. Tenho medo de me infectar se eu doar
3. Tenho alguma doença (aids ou não) ou problema que impede
4. Me acho em risco de ter o HIV
5. Outros. Especificar:

[Se C28=1, mostrar a mensagem "Entrevistador, o entrevistado é positivo, assinale C37=5 e pule para C39]

C37. Quais são as suas chances de se infectar com o vírus da AIDS?

1. Nenhuma chance
2. Pouca chance
3. Chance moderada
4. Grande chance
5. Já sou infectado
6. Não sabe

[Se C37=5, pule para C39]

C38. O que você acha que aconteceria se você tivesse um resultado positivo?

Afirmações	1. Sim	2. Não
A. Ficaria indiferente		
B. Ficaria triste no começo, depois me ergueria		
C. Entraria em depressão		
D. Ficaria em desequilíbrio emocional		
E. Teria o apoio da família		
F. Teria o apoio dos amigos		
G. Teria o apoio do parceiro		
H. Perderia o emprego		
I. Perderia o parceiro		

[Se C37 for ≠ 5, encerre este bloco]

C39. Ao descobrir que era positivo para o HIV, você contou para alguém?

1. Sim
2. Não

[Se C39=2, vá para C49]

C40. Se sim, quanto tempo depois de fazer o teste?

_____ dias

[Se não lembra, digite "88"]

C41. Se sim, contou para quem?

	1.Sim	2.Não	3.Não tenho
A. Mãe			
B. Pai			
C. Irmão			
D. Melhor amigo			
E. Parceiro sexual			
F. Patrão			

G. Cafetina/cafetão			
H. Outros:			

[Se C41.F=2 ou 3, pule para C43]

C42. Qual a reação de seu patrão/cafetina/cafetão ao descobrir que você era positiva para o HIV?

	1. Sim	2. Não
A. Apoiou você		
B. Contou para outras pessoas do trabalho		
C. Encaminhou ao serviço médico da empresa		
D. Fui discriminada		
E. Fui demitida		

C43. O que aconteceu com você quando você descobriu que era positiva para o HIV?

	1. Sim	2. Não
A. Tive apoio da minha família		
B. Tive apoio de meus/minhas amigos/as		
C. Tive apoio do meu parceiro(a)		
D. Ficou em desequilíbrio emocional		
E. Entrei em depressão		
F. Fiquei muito triste, no começo, depois me recuperei		
G. Perdi o apoio dos/das amigos/as		
H. Perdeu o apoio dos familiares		
I. Perdeu o(a) parceiro(a)		

BLOCO D: COMPORTAMENTO SEXUAL

Agora, gostaríamos de perguntar sobre o seu comportamento sexual.

D1. Com que idade você teve a sua primeira relação sexual?
__ __ anos

D2. Você usou camisinha nessa primeira relação sexual?

- 1) Sim
- 2) Não

Dentre todos os seus parceiros sexuais nos últimos 7 dias, quantos:

D3. Pagaram pela transa? _____

D4. Não pagaram pela transa? (incluído marido/parceiro fixo) _____

[Parceiros fixos]

Agora, vamos falar de suas experiências sexuais somente durante os últimos 12 meses (último ano). Vamos começar perguntando sobre parceiros fixos com quem você manteve ou mantém relações sexuais regularmente. Parceiro fixo pode ser um namorado, marido, companheiro ou alguém com quem você vive.

D5. Você teve relação sexual com parceiros fixos nos últimos 12 meses?

1) Sim

2) Não

[Se D5 = 2, vá para D16]

D6. Pensando no seu último parceiro fixo masculino, você sabia a sorologia dele para HIV?

1) Sim, era positivo

2) Sim, era negativo

3) Não sabia

D7. Com quantos parceiros fixos homens você teve relação sexual nos últimos 12 meses?

___ parceiros

D8. E com esses parceiros fixos, você usou camisinha nos últimos 12 meses no sexo vaginal?

1) Nenhuma das vezes

2) Menos da metade das vezes

3) Mais da metade das vezes

4) Todas as vezes

D9. E com esses parceiros fixos, você usou camisinha nos últimos 12 meses no sexo anal (sexo por trás)?

1) Nenhuma das vezes

2) Menos da metade das vezes

3) Mais da metade das vezes

4) Todas as vezes

5) Não fiz sexo por trás

D10. E com esses parceiros fixos, você usou camisinha nos últimos 12 meses no sexo oral (sexo com a boca)?

1) Nenhuma das vezes

2) Menos da metade das vezes

3) Mais da metade das vezes

4) Todas as vezes

D11. Pensando somente na última relação sexual com um parceiro fixo nos últimos 12 meses, vocês usaram camisinha?

1) Sim

2) Não

Agora, vamos perguntar sobre suas experiências sexuais durante os últimos 12 meses com clientes, ou seja, alguém com quem você transou e recebeu dinheiro.

D12. Com que idade você começou a fazer programas?

__ __ anos

D13. Como os seus clientes entram em contato com você?

	1.Sim	2.Não
A. Contato Pessoal		
B. Internet		
C. Por telefone		
D. Por intermédio de outras pessoas		
E. Através de hotéis		
F. Através de motoristas de taxi		
G. Outro		
D14. Especificar: _____		

D15. Onde você costuma fazer programas?

	1.Sim	2.Não
A. Boates/Bares		
B. Hotel		
C. Motel		
D. Termas		
E. Nas ruas e praças		
F. Prostíbulo/Bordel		
G. Na própria casa		
H. Casas de massagens		
I. Outro. Especificar:		
D16. Especificar _____		

D17. Quanto você cobra por programa?

- 1) R\$1,00 a R\$5,00
- 2) R\$6,00 a R\$10,00
- 3) R\$11,00 a R\$19,00
- 4) R\$20,00 a R\$29,00
- 5) R\$30,00 a R\$39,00
- 6) R\$40,00 a R\$49,00
- 7) R\$50,00 a R\$99,00

- 8) R\$100,00 a R\$149,00
- 9) R\$150,00 a R\$199,00
- 10) R\$200,00 a R\$299,00
- 11) R\$300,00 a R\$499,00
- 12) R\$500,00 a R\$999,00
- 13) R\$1000,00 ou mais

D18. Quantos dias você trabalha por semana?
 ___ dias

D19. Quantos programas você faz em média por dia?
 ___ programas

Em relação ao seu último dia de trabalho, você pode me dizer:

D20. Quantos clientes você teve no seu último dia de trabalho?
 ___ clientes

D21. Quanto você recebeu neste dia? (refere-se a toda a renda do dia)
 R\$ ___ ____, ___ __

D22. Nos últimos 12 meses, com que frequência você usou preservativo com seus clientes no sexo vaginal?

- 1) Nenhuma vez
- 2) Menos da metade das vezes
- 3) Mais da metade das vezes
- 4) Todas as vezes

D23. Nos últimos 12 meses, com que frequência você usou preservativo com seus clientes no sexo anal (sexo por trás)?

- 1) Não fiz sexo anal
- 2) Nenhuma vez
- 3) Menos da metade das vezes
- 4) Mais da metade das vezes
- 5) Todas as vezes

D24. Nos últimos 12 meses, com que frequência você usou preservativo com seus clientes no sexo oral (sexo com a boca)?

- 1) Não fiz sexo oral
- 2) Nenhuma vez
- 3) Menos da metade das vezes
- 4) Mais da metade das vezes
- 5) Todas as vezes

D25. Na última relação sexual vaginal com cliente vocês usaram preservativo?

- 1) Sim
- 2) Não

D26. Em que situações você aceitaria fazer sexo sem preservativo?

	1.Sim	2.Não
A. Com parceiro fixo		
B.Quando já conhece o cliente		
C.Quando precisa muito de dinheiro		
D. Quando faz muitos programas no mesmo dia		
E.Quando não está consciente por uso de drogas ou álcool		

D27. O(a) seu parceiro(a) fixo sabe que você trabalha como profissional do sexo(faz programa)?

- 1) Sim
- 2) Não

D28. Quantos preservativos você tem no bolso/bolsa(pesquisa feita na rua) ou em seu quarto (pesquisa feita em hotel/bordel) ou disponível na casa no momento para seu próprio uso?
 ___ preservativos

BLOCO E: CONHECIMENTO E FONTES DE INFORMAÇÕES SOBRE DST E AIDS E ACESSO A PRESERVATIVOS

Qual a sua opinião acerca das afirmações abaixo sobre as DST e aids

Afirmações	1.Concorda	2.Discorda	3.Não sabe	4.Não respondeu
E1. Uma pessoa pode ser infectada pelo vírus da Aids ao ser picado por um pernilongo				
E2. Uma pessoa pode ser infectada pelo vírus da Aids ao usar banheiros E3. públicos.				
E4. Uma pessoa pode ser infectada pelo vírus da Aids ao compartilhar seringa ou agulha com outras pessoas				
E5. Uma pessoa pode ser infectada pelo vírus da Aids se não usar preservativos nas relações sexuais				
E6. Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo vírus da Aids				
E7. As pessoas podem se prevenir contra o HIV deixando de transar				
E8. Uma pessoa pode se infectar com o vírus da Aids compartilhando talheres, copos, ou refeições				
E9. Uma mulher grávida que esteja com o vírus da Aids e recebe um tratamento específico durante a gravidez, no momento do parto diminui o risco de passar o vírus da Aids para o seu filho				
E10. Uma mulher grávida que esteja com Sífilis e recebe				

tratamento específico durante a gravidez não passará a doença para o bebê				
E11. A proteção da infecção pelo HIV, que causa Aids, pode ser feita usando corretamente preservativo em todas as vezes que faz sexo				
E12. No Brasil, a prostituição é uma ocupação reconhecida pelo Ministério do Trabalho				

E13. Você conhece algum grupo organizado, movimento social ou ONG (Organização não-governamental) que trabalhe com HIV/Aids?

- 1) Sim
- 2) Não

E14. Você é membro ou frequenta algum grupo organizado, movimento social ou ONG (Organização não-governamental) de defesa dos direitos da mulher?

- 1) Sim
- 2) Não

E15. Você é membro ou frequenta algum grupo organizado, movimento social ou ONG (Organização não-governamental) de promoção da cidadania e defesa dos direitos de profissionais do sexo?

- 1) Sim
- 2) Não

Nos últimos 12 meses, você:

Afirmarções	1. Não	2. Sim, de um serviço público de saúde	3. Sim, de uma ONG	4. Sim, de ambos
E16. Recebeu algum material educativo sobre doenças sexualmente transmissíveis e Aids?				
E17. Participou de alguma palestra ou oficina sobre doenças sexualmente transmissíveis e Aids?				
E18. Recebeu aconselhamento sobre doenças sexualmente transmissíveis e Aids?				

E19. Nos últimos 12 meses, você comprou camisinha?

- 1) Sim
- 2) Não

[Se E19=2, vá para E21]

E20. Onde você costuma comprar camisinha?

- 1) Supermercado
- 2) Farmácia
- 3) Máquina de venda de preservativos
- 4) Vendedores ambulantes (sacoleiras, camelô)
- 5) Outro

E21. Nos últimos 12 meses, você recebeu preservativos gratuitos?

- 1) Sim

- 2) Não
 [Se E21=2, vá para o B28]

E22. Onde você recebeu esses preservativos gratuitos?

	1. Sim	2. Não
A. Em um serviço público de saúde		
B. Em uma ONG		
C. Em bares, boates ou saunas		
D. Outros locais. Especificar:		

E23. No último mês, ao todo, quantas camisinhas você recebeu gratuitamente?

- 1) 0 (nenhuma)
- 2) 1 a 5
- 3) 6 a 10
- 4) 11 a 20
- 5) 21 a 30
- 6) 31 a 50
- 7) 51 e 100
- 8) 101 e 200
- 9) 201 e mais

E24. Você acha que elas foram suficientes?

- 1) Sim
- 2) Não

E25. Você conhece o preservativo feminino, mesmo que só de ouvir falar?

- 1) Sim
- 2) Não

[Se E25=2, vá para o E27]

E26. Nos últimos 12 meses, você recebeu camisinhas femininas gratuitamente?

- 1) Sim
- 2) Não

E27. Nos últimos 12 meses, você comprou camisinhas femininas?

- 1) Sim
- 2) Não

[Se E27=2, vá para E29]

E28. Onde você costuma comprar camisinha feminina?

- 1) Supermercado
- 2) Farmácia
- 3) Máquina de venda de preservativos
- 4) Vendedores ambulantes (sacoleiras, camelô)
- 5) Outro

E29. Nos últimos 12 meses, você recebeu gel lubrificante gratuitamente?

- 1) Sim
- 2) Não

BLOCO F: ASSISTÊNCIA DE SAÚDE E DST

F1. Você tem filhos?

- 1) Sim
- 2) Não

[Se F2=2, vá para F3]

F2. Quantos?

- 1) 0 (nenhum)
- 2) 1 a 3
- 3) 4 a 6
- 4) 7 ou mais

F3. Quando foi a última vez que você fez um exame ginecológico?

- 1) No último ano
- 2) De 1 a 3 anos atrás
- 3) 4 a 5 anos atrás
- 4) Mais de 5 anos atrás
- 5) Não lembra/não sabe
- 6) Nunca fez

[Se F3=6, vá para F5]

F4. Pensando nessa última vez que você fez o exame ginecológico, você fez o exame chamado Papanicolaou, onde o médico ou a enfermeira coleta material para exame preventivo?

- 1) Sim
- 2) Não
- 3) Não lembra/não sabe

F5. Você já teve Sífilis alguma vez na vida?

- 1) Sim
- 2) Não
- 3) Não lembra/não sabe

Nos últimos 12 meses, você teve:

	1.Sim	2.Não
F6. Feridas na vagina ou no ânus?		
F7. Teve pequenas bolhas na vagina ou no ânus?		
F8. Teve pequenas bolhas na vagina ou no ânus?		
F9. Algum corrimento de cor diferente ou com mau cheiro, saindo da vagina?		

[Se F5, F6, F7 F8 e F9=2, vá para Bloco G]

F10. Quem foi a primeira pessoa que você procurou na última vez que teve algum desses problemas?

- 1) Médico
- 2) Farmacêutico
- 3) Outra pessoa
- 4) Não fez nada

F11. Você ficou curada do problema?

- 1) Sim
- 2) Não

[Se F10 = 4: vá para o Bloco G]

F12. E na última vez que teve algum desses problemas, você procurou um serviço de saúde?

- 1) Sim
- 2) Não

[Se F12 = 2, vá para o Bloco G]

F13. Qual?

- 1) Unidade básica de saúde ou unidade de saúde da família
- 2) Policlínica ou Hospital público
- 3) Policlínica ou Hospital particular
- 4) Consultório particular
- 5) Outro lugar

F14. O profissional de saúde que te atendeu passou algum medicamento para você tomar ou passar no local por causa desse(s) sintoma(s)?

- 1) Sim
- 2) Não

[Se F14 = 2, vá para F16]

F15. Você conseguiu o medicamento prescrito?

- 1) Sim
- 2) Não

F16. Você ficou curada do problema?

- 1) Sim
- 2) Não

F17. Na última vez que você teve um desses problemas, recebeu alguma dessas orientações?

	1.Sim	2.Não
A. Usar regularmente preservativo durante as relações sexuai		

B. Necessidade de tratamentos dos parceiros		
C. Importância de fazer o teste de HIV (o vírus da Aids)		
D. Importância de fazer o teste de sífilis		

F18. Você já foi vacinado(a) contra hepatite B?

- 1) Sim
- 2) Não

BLOCO G: DISCRIMINAÇÃO E VIOLÊNCIA

G1. Nos últimos 12 meses, você se sentiu discriminada (tratada pior) por alguma pessoa ou instituição, por algumas das seguintes razões:

	1.Sim	2.Não
A. Sua cor ou raça		
B. Ser mulher		
C. Falta de dinheiro ou condição social		
D. Sua preferência sexual		
E. Sua profissão ou ocupação		
F. Ter a infecção de HIV, se for o caso		
G. Doença ou incapacidade		
H. Sua idade		
I. Por sua aparência física		

G2. Nos últimos 12 meses, com que frequência alguém xingou, humilhou, depreciou ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?

- 1) Nenhuma vez
- 2) Uma vez
- 3) Poucas vezes
- 4) Muitas vezes

G3. Nos últimos 12 meses, alguém agrediu você fisicamente, ou seja, você levou socos, tapas, chutes, empurrões ou foi ferida com algum objeto?

	1. Sim, muitas vezes	2. Sim, algumas vezes	3. Sim, uma vez	4. Nenhuma vez
A. Companheiro(a), cônjuge, namorado(a) ou parceiro(a) sexual fixo(a)				
B. Cliente				
C. Familiar				
D. Conhecido(a)				

E. Autoridade policial				
F. Desconhecido(a) (assaltante, bandido, ladrão etc.)				

G4. Alguma vez na vida alguém forçou você fisicamente a ter relações sexuais contra a sua vontade?

- 1) Sim
- 2) Não

[Se G4 = 2, vá para bloco H]

G5. Se sim, quem foi?

	1. Sim	2. Não
A. Companheiro(a), cônjuge, namorado(a) ou parceiro(a) sexual fixo(a)		
B. Cliente		
C. Familiar		
D. Conhecido(a)		
E. Autoridade policial		
F. Desconhecido(a) (assaltante, bandido, ladrão etc.)		

BLOCO H: USO DE ÁLCOOL E DROGAS

Agora, gostaríamos de perguntar sobre o seu uso de bebidas alcoólicas e de algum tipo de droga.

H1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?

- 1) Nunca
- 2) Uma vez por mês ou menos
- 3) 2 a 4 vezes por mês
- 4) 2 a 3 vezes por semana
- 5) 4 ou mais vezes por semana

[Se H1 = 1, 2 ou 3: vá para H5]

H2. Nos últimos 12 meses, das vezes que você teve relação sexual, com que frequência você ingeriu alguma bebida alcoólica durante a relação sexual ou antes da relação?

- 1) Sempre
- 2) Na maioria das vezes
- 3) Algumas vezes
- 4) Raramente
- 5) Nunca

Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você:

	1.	2. Menos de uma	3. Uma vez	4. Uma vez por	5. Quase todos
--	----	-----------------	------------	----------------	----------------

	Nunca	vez por mês	por mês	semana	os dias
H3. Não conseguiu fazer o que era esperado de você por causa do álcool?					
H4. Foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?					

H5. Você usa algum outro tipo de droga?

- 1) Sim
- 2) Não
- 3) Não respondeu

[Se H5 = 2, vá para H17]

H6. Com que idade você começou a usar drogas?

__ __ anos

Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você:

	1. Nunca	2. Menos de uma vez por mês	3. Uma vez por mês	4. Uma vez por semana	5. Quase todos os dias
H7. Tomou bolinha ou anfetaminas (Hipofagin, Moderex, Glucoenergin, Inibex, Calina, etc)?					
H8. Fumou maconha?					
H9. Fumou crack ou merla?					
H10. Tomou ecstasy?					
H11. Cheirou cocaína?					
H12. Injetou cocaína na veia?					
H13. Usou alguma outra droga?					
H14. Não conseguiu fazer o que era esperado de você por causa das drogas?					
H15. Foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido às drogas?					

H16. Nos últimos 12 meses, das vezes que você teve relação sexual, com que frequência você usou alguma dessas drogas pouco antes ou durante a relação sexual?

- 1) Sempre
- 2) Na maioria das vezes
- 3) Algumas vezes
- 4) Raramente
- 5) Nunca

[Agora, gostaríamos de perguntar um pouco sobre seus sentimentos].

Nos últimos 6 meses, com que frequência você tem:

	1. Nunca	2. Uma ou duas vezes	3. Algumas vezes	4. Muitas vezes/o tempo todo	5. Não respondeu
H17. Se sentido tenso ou preocupado?					
H18. Tido problemas para dormir?					
H19. Sentido medo ou pânico por nenhuma razão aparente?					
H20. Se sentido triste ou deprimido?					
H21. Tido a idéia de acabar com sua própria vida?					

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Termo de consentimento livre e esclarecido para pesquisa

Estamos convidando você a participar de uma pesquisa intitulada **“Incentivos e barreiras para a realização do teste HIV entre profissionais de saúde, organizações não governamentais, populações vulneráveis ao HIV e população geral: uma abordagem quali-quantitativa”** que será realizada em Fortaleza, entre profissionais do sexo feminino, com 18 anos de idade ou mais, residentes na grande Fortaleza (Maracanaú, Maranguape, Caucaia, Aquiráz, Euzébio). Os objetivos principais deste estudo são: avaliar o que vem ocorrendo entre estas mulheres em anos recentes, em relação a seu comportamento, atitudes e práticas sexuais, assim como as taxas de infecção pelo HIV, barreiras e incentivos para realizar o teste HIV e os fatores que estão associados a estes aspectos, na grande Fortaleza. As informações colhidas poderão redirecionar as políticas de prevenção das DST e da aids e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida destas pessoas.

Para participar do estudo você deverá responder um questionário e será convidado a realizar testes para saber se você tem HIV. Será realizado um pequeno furo na ponta do dedo com uma pequena lanceta para colher algumas gotas de sangue para que os exames possam ser feitos. Os resultados dos seus exames serão fornecidos até cerca de meia hora após seu sangue ter sido colhido. Um profissional de saúde qualificado irá entregar este resultado a você e irá discutir com você formas de se prevenir dessas doenças. Todo este procedimento será realizado no CTA Carlos Ribeiro (Rua Jacinto Matos, 944 – Jacarecanga) e Centro de Saúde Meileres (Av. Antônio Justa, 3113). Se o exame der que você tem HIV, você será encaminhado para o NAME, da UNIFOR, ou outra unidade de referência para HIV, se você preferir.

Você receberá R\$ 20,00 para compensá-la pelas despesas com transporte, alimentação e por seu tempo gasto com os procedimentos do estudo. Caso o número de pessoas necessárias ao estudo ainda não tenha sido atingido, será pedido para que você convide três conhecidas suas que também tenham o mesmo comportamento que você. Você receberá mais R\$ 10,00 para cada uma de suas conhecidas que vierem e responderem ao questionário. Se o número de pessoas necessárias para o estudo já tiver sido atingida, você receberá apenas os R\$ 20,00 por responder o questionário e não lhe será pedido para indicar mais ninguém.

Será garantido o total sigilo das informações que você fornecer, assim como seu anonimato. Seu nome não será relacionado às respostas que você der quando responder o questionário ou ao teste realizado. Questionários e testes serão identificados somente com um número. A entrevista e a coleta de sangue não oferecerão riscos à sua saúde. Você tem o direito de deixar de responder as questões que não e sentir confortável e pode parar de participar do estudo a qualquer momento se desejar.

Em caso de dúvida, você poderá procurar por Ligia Kerr nos telefones (85) 3366-8044 ou 3366-8050 ou o Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará 3366-8338 ou do endereço eletrônico <http://www.hc.ufu.br/>.

Portanto, eu _____ declaro que compreendi o estudo e
aceito participar:

a) da entrevista:

Assinatura do participante: _____

b) do teste anti-HIV:

Assinatura do participante: _____

Entrevistador: _____

Assinatura do entrevistador: _____

Local _____ e data ____/____/____

(1ª Via Entrevistador/Pesquisador; 2ª Via participante)

Polegar Direito
(analfabeto)

APÊNDICE C – CUPOM

Frente

 <p>Obrigado pela participação!</p> 	  <p>CTA CENTRO DE TESTAGEM DR CARLOS RIBEIRO Rua Jacinto Matos, 944 – Jacarecanga, Fortaleza - CE, 60310-210 Fone: direto: 8529-9106/9971-9709 /3283-4556 Horário de atendimento das entrevistas: Segunda a sexta das 8:00 à 15:30hs</p>
--	---

Fique com esta parte e
pegue seu ressarcimento
até: __/__/201__

CENTRO DE SAÚDE - MEIRELES

Av. Antônio Justa, 3113 – Meireles - Referência: Atrás do Pão de Açúcar
Náutico. (Fones: direto: 8529-9105/9971-9751/3101-1442 / 3101-1446)

Horário de atendimento das entrevistas: Segunda a sexta das 17:00hs às
19:30hs

Agende sua entrevista pelo telefone ou vá diretamente ao local

ATENÇÃO: Convite válido até __/__/201__

Costa



**CTA CENTRO DE TESTAGEM DR
CARLOS RIBEIRO**

Rua Jacinto Matos, 944 –
Jacarecanga, Fortaleza - CE, 60310-
210

Fones: 8529-9106/9971-9709/3283-
4556

Horário de atendimento das
entrevistas: Segunda a sexta das 8:00
à 15:30hs

**Traga este convite e, se você puder participar da
pesquisa, você irá responder uma entrevista
confidencial e anônima**

- ✓ Você também receberá um reembolso pelo seu tempo de participação na pesquisa
- ✓ Ganhará camisinhas e material educativo
- ✓ Se desejar, pode fazer o teste rápido para HIV
- ✓ Mesmo que você seja elegível, a pesquisa termina quando atingir 400 participantes

**Destaque esta parte e entregue ao seu
convidado**

CENTRO DE SAÚDE - MEIRELES

Av. Antônio Justa, 3113 – Meireles -
Atrás do Pão de Açúcar Náutico.

(Fones: 8529-9105/9971-9751/3101-
1442 / 3101-1446)

Horário de atendimento das
entrevistas: Segunda a sexta das
17:00hs às 19:30hs

**Agende sua entrevista pelo telefone
ou vá diretamente ao local**



Governo do
Estado do Ceará
Secretaria da Saúde



Universidade Federal do Ceará
Faculdade de Medicina
Departamento de Saúde Comunitária



ANEXO – CARTA DE APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA

Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 260/09

Fortaleza, 28 de agosto de 2009

Protocolo COMEPE nº 263/ 09

Pesquisador responsável: Lígia Regina Franco Sansigolo Kerr

Deptº./Serviço: Departamento de Saúde Comunitária/ UFC

Título do Projeto: “Incentivos e barreiras para a realização do teste HIV entre profissionais de saúde, organizações não governamentais, populações vulneráveis ao HIV e população geral: uma abordagem quali-quantitativa”

Levamos ao conhecimento de V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 27 de agosto de 2009.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,

Mirian Parente Monteiro

Dra. Mirian Parente Monteiro
Coordenadora Adjunta do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFC