

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS

PROFISSIONAIS DO SEXO FEMININO EM TRÊS ÁREAS DO CEARÁ:
fatores que ampliam a vulnerabilidade para DST/aids

RAIMUNDA HERMELINDA MAIA MACENA

FORTALEZA - 2009

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS

PROFISSIONAIS DO SEXO FEMININO EM TRÊS ÁREAS DO CEARÁ:
fatores que ampliam a vulnerabilidade para DST/aids

Tese apresentada como requisito à obtenção parcial ao título de Doutor em Ciências Médicas na Faculdade de Medicina através do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal do Ceará, sob orientação da Profa. PhD Lígia Regina Franco Sansigolo Kerr.

FOLHA DE APROVAÇÃO

PROFISSIONAIS DO SEXO FEMININO EM TRÊS ÁREAS DO CEARÁ: fatores que ampliam a vulnerabilidade para DST/aids

Tese apresentada como requisito à obtenção parcial ao título de Doutor em Ciências Médicas na Faculdade de Medicina através do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal do Ceará, sob orientação da Profa. PhD Lígia Regina Franco Sansigolo Kerr.

Aprovado em: _____ / _____ / _____

Banca examinadora:

ORIENTADORA: Profa. PhD Lígia Regina Franco Sansigolo Kerr.

1º. MEMBRO: Prof. PhD Carl Kendall - Universidade de Tulane

2º. MEMBRO: Prof. PhD Fernando Luis González Rey - Centro Universitário de Brasília.

3º. MEMBRO: Profa. Dra. Marli Teresinha Gimenez Galvão- Universidade Federal do Ceará

4º. MEMBRO: Profa. PhD Maria Lúcia Duarte Pereira – Universidade Estadual do Ceará

AGRADECIMENTOS

Inicialmente a Deus, pois sem Ele nada em minha vida seria possível.

À minha família, por sua constância e equilíbrio pela confiança, estímulo, presença e incentivo durante toda a minha vida. Em especial aos meus pais, pela sólida formação dada desde a minha juventude, proporcionando-me a continuidade nos estudos até a chegada a este doutorado, meus eternos agradecimentos.

Ao meu amado e pequenino filho, Aaron, por não compreender, mas aceitar as inúmeras distâncias e ausências.

À minha orientadora, Lígia, que com seu conhecimento extensíssimo sobre as coisas do mundo da ciência, ajudou-me a montar um projeto impecável, bem como a ter segurança, essencial neste momento. Agradeço, inicialmente, por sua generosidade em ensinar; segundo, por sua tranqüilidade e equilíbrio quando em meus momentos de insegurança, e por fim, por ter sido capaz de transformar esta caminhada solitária em um momento de solidariedade e companheirismo.

Ao Professor Doutor Carl Kendall, por suas reflexões criativas e críticas sobre nosso objeto de estudo, as quais muito nos ajudaram a compreendê-lo e a realizar uma análise mais profunda sobre o mesmo, assim como por sua presença nesta banca de doutorado.

A todos do GAPA-CE, na pessoa do Dr. Rogério Gondim, por todos os conhecimentos e habilidades adquiridas, bem como pelos dados que obtive. Devo também agradecer à APROCE, por suas contribuições para a realização da pesquisa de campo.

Aos meus amigos queridos, Socorro Quintino e Cristiano Teles, com quem eu muito devaneei sobre a vida até que chegasse aqui. Geovana Ximenes, Leonardo Lobo e Kalina Kelma, sem palavras, seu apoio, minha certeza de não estar sozinha nessa empreitada existencial... Vasco Diógenes, meu amado amigo de longas datas, sempre prestativo a me auxiliar e a me ouvir; deixo aqui meu afetivo muito obrigado.

Enfim, a todos que direta ou indiretamente, contribuíram para o sucesso e acreditaram que este sonho seria possível e real.

Trabalhar em conjunto, no sentido de formação de grupo, requer compreensão dos processos grupais para desenvolver competências que permitam realmente aprender com o outro e construir de forma participativa.

RESUMO

Prostituição pode ser encontrada em qualquer país, independentemente do seu nível de desenvolvimento. Esta ocupação expõe o indivíduo a uma ampla gama de riscos para a saúde. Este estudo documental, seccional investigou os fatores de risco para HIV e outras DST entre profissionais do sexo feminino em três áreas geográficas do Ceará. Fatores relativos ao perfil sócio-demográfico, conhecimentos e práticas relativas às DST/aids, prevalência da infecção pelo HIV e pelo *Treponema palidum* foram relacionados ao envolvimento em relações sexuais desprotegidas. A amostra foi constituída por 819 mulheres que referiram prática sexual remunerada nos 180 dias anteriores à pesquisa recrutadas através de *snowball* nos municípios de Fortaleza, Sobral, Juazeiro do Norte e Crato, entre fevereiro e novembro de 2003. A análise foi realizada através do STATA, versão 10.0. A prevalência de HIV e sífilis foi 2,1% e 19,5%, respectivamente. A maioria são mulheres jovens (<28anos; 64,6%), pardas (61,1%), com ensino fundamental incompleto (56,6%), com relacionamentos estáveis anteriores (44,1%), atuando em bares (54,2%) e bordéis (17,5%), com alta frequência de consumo de álcool semanal (44,2%). O comportamento sexual revela envolvimento em relações sexuais desprotegidas (35,1%). A prostituição caracterizou-se por uma média de sete parceiros diferentes nos últimos sete (7) dias da realiação do estudo, cobrança de baixos valores (<R\$ 20,00; 40,6%), altas taxas de uso de preservativo com parceiros pagantes (75,5%) e baixa entre os não pagantes (30,4%). Na análise bivariada, observou-se diferença estatisticamente significativa entre envolvimento em relações sexuais desprotegidas (RSD) e aquelas maiores de 20 anos (37,0% vs..26,9%; p=0,02), com idade de início na prostituição < 15 anos (43,6% vs..33,8%; p=0,05), escolaridade inferior a 8 anos (40,3% vs.. 27,2%; p=0,000), com relacionamento estável (60,9% vs..30,8%; p=0,000), que tiveram DST nos últimos 12 meses (42,0% vs.30,3%; p=0,001), as que possuíram menos de 7 parceiros diferentes nos últimos sete dias (38,8% vs.28,5%; p=0,004), com menos de 7 clientes na última noite (33,5% vs.. 28,5%; p=0,04), as que foram imunizadas contra hepatite B (27,1% vs.39,8%; p=0,001) e a inexistência de ONGs no município de residência (31,5% vs.. 50,7%; p=0,000). Na análise multivariada, o risco foi acrescido para mulheres na faixa etária superior a 20 anos (OR=1.69, IC95%=1.30-2.20), com parceiro fixo (OR=2.99, IC95%=1.30-6.88) e que tiveram DST no último ano (OR=1.77, IC95%=1.39-2.25). Ter ONGs de trabalhadoras do sexo com atuação específica junto a esta população nos municípios de residência (OR=0.38, IC95%=0.32-0.44) e ter sido vacinada contra Hepatite B (OR=0.50, IC95%=0.44-0.58) mostraram ser fatores de proteção para RSD entre estas mulheres. Conclui-se que esta população é bastante vulnerável ao HIV e outras DST e que ações prevetivas desenvolvidas pelas ONG específicas parecem não apenas fornecer informações associadas a outras fontes, mas também despertam em seu público o sentimento de cidadania, auxiliam na melhoria do nível de conhecimento, auto-estima e *empowerment*. Entretanto, estas ações ainda são insuficientes na prevenção das RSD com parceiros não pagantes.

PALAVRAS-CHAVES: Prostituição. Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida. Organização Não Governmental.

ABSTRACT

Prostitution can be found in any country, regardless of level of development. This occupation exposes the individual to a wide range of health risks. This study documents risk factors for HIV and other STD among female sex workers in three geographic areas of Ceará. Factors related to socio-demographic status, knowledge, attitudes and practices relating to STD / AIDS, prevalence of HIV infection and the *Treponema palidum* were related to involvement in unprotected sex. The sample consisted of 819 women who reported remunerated sex in the 180 days prior to the study recruited through snowball sampling in the cities of Fortaleza, Sobral, and Cariri (Juazeiro do Norte and Crato), between February and November 2003. The analysis utilized STATA, version 10.0. The prevalence of HIV and syphilis was 2.1% and 19.5%, respectively. Most are young women (<28anos; 64.6%), pardo (a Brazilian classification for mixed race) (61.1%), an elementary school education (56.6%) and in a stable relationship (44.1%). They worked in bars (54 , 2%) and brothels (17.5%) with a high frequency of consumption of alcohol weekly (44.2%). Sex is often unprotected (35.1%). Women average seven different partners in the last 7 days, low prices (<R \$ 20.00; 40.6%), high rates of condom use with paying partners (75.5%) but low rates among non-paying partners (30.4%) In bivariate analysis there was a statistically significant difference between involvement in unprotected sex and age greater than 20 (37.0% vs 26.9%, p = 0.02) with age of initiation into prostitution <15 years (vs. 43.6% .. 33.8%, p = 0.05, less than 8 years of schooling (40.3% vs. 27. 2%, p<0.001), with a stable relationship (60.9% vs. 30.8%, p<0.001), an IST in the last 12 months (42.0% vs.30, 3%, p = 0001), those with less than 7 different partners in the last seven days (38.8% vs.28, 5%, p = 0004), with fewer customers than 7 last night (33.5% vs 28 .. , 5%, p = 0.04), immunization against hepatitis B (27.1% vs.39, 8%, p = 0001) and the absence of NGOs in the municipality of residence (31.5% vs. 50.7%, p<0.001). In multivariate analysis, the risk was increased among women older than 20 years (OR = 1.69, 95% CI = 1.30-2.20), has a fixed partner (OR = 2.99, 95% CI = 1.30-6.88) and had a STI in the last year (OR = 1.77, 95% CI = 1.39-2.25). Presence of NGOs for sex workers in the municipalities of residence (OR = 0:38, 95% CI = 0.32-0.44) and having been vaccinated against hepatitis B (OR = 0.50, 95% CI = 0.44-0.58) proved to be a protective factor for risky sex among these women. This population is highly vulnerable to HIV and other STDs and that preventive actions undertaken by NGOs appear to not only provide specific information associated with other sources, but also engender in this population a sense of participation and empowerment. However, these actions are still insufficient to prevent unprotected sex with non-paying partners.

KEYWORDS: Prostitution. Aids . NGO.

RESUMEN

La prostitución se puede encontrar en cualquier país, independientemente de su nivel de desarrollo. Esta ocupación se expone individuo a una amplia gama de riesgos para la salud. Este estudio documenta, seccional investigado los factores de riesgo de VIH y otras enfermedades de transmisión sexual entre las mujeres que ejercen la prostitución en três zonas del Ceará. Factores relacionados con el perfil socio-demográfico, los conocimientos, actitudes y prácticas relativas a ETS / SIDA, la prevalencia de infección por el VIH y el *Treponema pallidum* estaban relacionados a la participación en las relaciones sexuales sin protección. La muestra consistió en 819 mujeres que reportaron relaciones sexuales pagadas en 180 días antes de la contratación a través de estudio de bola de nieve en las ciudades de Fortaleza, Sobral, Juazeiro do Norte y Crato, entre febrero y noviembre de 2003. El análisis fue realizado por STATA, versión 10.0. La prevalencia del VIH y sífilis fue del 2,1% y 19,5% respectivamente. La mayoría son mujeres jóvenes (<28 años; 64,6%), café (61,1%), con la escuela primaria (56,6%), con relaciones estables antes (44,1%), que trabajan en bares (54,2%) y los burdeles (17,5%) con alta frecuencia de consumo semanal de alcohol (44,2%). El comportamiento sexual revela la participación en las relaciones sexuales sin protección (35,1%). La prostitución se caracteriza por un promedio de siete diferentes socios en los últimos 7 días, la recuperación de valores bajos (<R \$ 20,00; 40,6%), altas tasas de uso del condón con el pago de los socios (75,5%) y la baja entre los no remunerados (30,4%), en el análisis bivariado, hubo una diferencia estadísticamente significativa entre la participación en las relaciones sexuales sin protección (RSD) y los mayores de 20 años (37,0% vs 26,9% .. $p = 0,02$) con la edad de iniciación en la prostitución <15 años (43,6% vs .. 33,8%, $p = 0,05$, menos de 8 años de escolarización (40,3% frente a 27 .. , 2%, $p = 0,000$) con una relación estable (60,9% vs .. 30,8%, $p = 0,000$), que había de DST en los últimos 12 meses (42,0% vs. 30,3%, $p = 0,001$), aquellos con menos de 7 diferentes socios en los últimos siete días (38,8% vs. 28,5%, $p = 0,004$), con los clientes en menos de 7 años (33,5% frente a 28 .. , 5%, $p = 0,04$), los que fueron inmunizados contra la hepatitis B (27,1% vs. 39,8%, $p = 0,001$) y la ausencia de las ONG's en el municipio de residencia (31,5% vs .. 50,7%, $p = 0,000$). En el análisis multivariado, el riesgo se incrementó entre las mujeres de más de 20 años (OR = 1,69, IC 95% = 1.30-2.20), ha fijado pareja (OR = 2,99, IC del 95% = 1.30-6.88) y tuvo una ITS en el último año (OR = 1,77, IC 95% = 1.39-2.25). Martes ONG's de profesionales del sexo y las acciones específicas en esta población en los municipios de residencia (OR = 0:38, 95% IC = 0.32-0.44) y han sido vacunados contra la hepatitis B (OR = 0,50, IC 95% = 0.44-0.58) demostró ser un factor protector para la DCR entre estas mujeres. De ello se deduce que esta población es muy vulnerable al VIH y otras enfermedades de transmisión sexual y que preventivas acciones emprendidas por las organizaciones no gubernamentales parecen no sólo proporcionan información específica asociada a otras fuentes, sino también despertar en su público la sensación de la ciudadanía, contribuir a mejorar el nivel de conocimientos, la autoestima y empoderamiento. Sin embargo, estas medidas siguen siendo insuficientes para prevenir DCR con los asociados de no pagar.

PALABRAS CLAVE: Prostitución. Síndrome de la Inmunodeficiencia Humana Adquirida. No Governamental.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAP	Conhecimentos, atitudes e práticas.
DST	Doença Sexualmente Transmissível
Ec 29/2000	Emenda Constitucional 29/2000
GAPA-CE	Grupo de Apoio a Prevenção à aids – Ceará
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
LACEN	Laboratório Central do Estado do Ceará
ONGs	Organizações Não Governamentais
PN DST/aids	Programa Nacional de Doença Sexualmente Transmissível /aids
PS	Profissional do Sexo
PSF	Programa Saúde da Família
RSD	Relação Sexual Desprotegida
SESA-CE	Secretaria de Saúde do Estado do Ceará
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Perfil socioeconômico e uso de drogas por profissionais do sexo feminino, Ceará, 2003.	25
Tabela 02 – Vida sexual de profissionais do sexo feminino, Ceará, 2003.	27
Tabela 03 – Conhecimentos, acesso à informação, práticas em relação às DST e aids e ocorrência de DST nos últimos 12 meses entre profissionais do sexo feminino por município, Ceará, 2003.	32
Tabela 04 – Características das profissionais do sexo feminino de acordo com a faixa etária, Ceará, 2003.	34
Tabela 05 – Análise bivariada em relação ao envolvimento com parceiros sexuais em relações sexuais desprotegidas e fatores de exposição ao risco entre profissionais do sexo feminino, Ceará, 2003.	36
Tabela 06 – Regressão logística do envolvimento em relações sexuais desprotegidas e fatores de exposição a risco entre profissionais do sexo feminino, Ceará, 2003.	37

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
OBJETIVOS	15
Geral	15
Específicos	15
MATERIAIS E MÉTODOS	16
a) Tipo de estudo	16
b) População e amostra	18
c) Coleta de dados	19
e) Plano de análise estatística	20
f) Aspectos éticos	22
RESULTADOS	23
DISCUSSÃO	38
CONCLUSÃO	44
REFERÊNCIAS	45
APÊNDICES	53
Apêndice A – Termo de consentimento livre e esclarecido	54
Apêndice B – Modelo de formulário	55
Apêndice C – Termo de fiel depositário	63
ANEXOS	64
Anexo A – Parecer do CEP	65
Anexo B – Artigo da linha de pesquisa	66
Anexo C – Artigo da tese	75

INTRODUÇÃO

A prostituição pode ser encontrada em qualquer país, independentemente do estado desenvolvimento (1-5). Conhecida como meretrício, a prostituição nas suas diferentes formas (heterossexual ou homossexual; feminina ou masculina; adulta ou infantil) consiste no ato sexual, cujo vínculo determinante não é o afeto ou o desejo recíproco, mas sim a ação de proporcionar prazer sexual em troca de dinheiro ou outros valores, tais como favores, ato denominado de “programa” (6-9).

Tão antiga quanto à própria humanidade, a profissional do sexo (PS) é entendida por muitos como a representação da pessoa que trabalha com a realização de fantasias sexuais e eróticas, sem estabelecimento de vinculação afetiva. Em muitas civilizações da antiguidade, a prostituição sem fins comerciais era praticada como uma espécie de ritual de iniciação, quando se atingia a puberdade. Com o advento da Revolução Industrial, ocorreram intensas migrações da zona rural, e como as condições sócio-econômicas eram desumanas, houve um crescimento na prática da prostituição como fonte de renda (6;10).

Instaurada, historicamente, como uma prática de desordem da vivência sexual socialmente aceitável (6;11), foi estabelecido, no imaginário popular, um vínculo entre a prostituição e a transmissão de DST. Estudos apontam que esta ocupação expõe o indivíduo e a sua rede de contatos a uma ampla gama de riscos para a saúde (3;12-15). Daí, inúmeras tentativas do domínio de seu exercício têm sido desenvolvidas no mundo, desde a condenação religiosa até a proibição legal expressa em códigos civis (6;16).

No Brasil, a legislação ainda se relaciona com a prostituição de forma imprecisa, ao mesmo tempo em que condena o lenocínio (exploração comercial e incitamento à prostituição), excluem a prostituta como pessoa jurídica. Somado a isso, o estigma social relacionado a esta profissão é muito elevado (6;8;17). Prostitutas enfrentam exclusão da família, amigos, parceiros, clientes e até mesmo os serviços de saúde (8;18;19). Por estes motivos, as PS vivenciam mais situações em que seus direitos humanos básicos são violados, sendo comuns as situações marcadas pela violência, o uso de drogas, a maior vulnerabilidade ao HIV e outras DST (6;20-22).

Modernamente, com o advento da aids e o retorno da sífilis, a prática da prostituição recebeu um golpe. A epidemia de aids nos anos 80, com início nos países ocidentais, se esta-

beleceu, primeiramente em populações masculina e de melhor nível sócio-econômico e constituindo o conceito de “grupos de risco”, sendo as PS incluídas nestes grupos (8;23;24). Contudo, em seu processo de expansão, a pandemia vem atingindo cada vez mais mulheres e populações menos favorecidas socialmente (25-27).

No Brasil, a epidemia é caracterizada como sendo concentrada com importantes diferenças em magnitude e evolução, não só entre as regiões, mas também de gênero, e das condições sócio-econômicas da população (25;28). Há de se destacar ainda que nos anos 90 aumentaram os casos de aids na categoria heterossexual, especialmente entre mulheres. Duas possíveis explicações seriam a redução da transmissão sangüínea e sexual (homossexual) decorrentes das primeiras estratégias de prevenção, e a postergação do início das campanhas e ações preventivas visando o público heterossexual, inclusive feminino (23).

A prostituição e a exposição a fatores de risco para HIV e DST são mais comuns entre os mais pobres, nos grandes centros urbanos. Deste modo, PS, homens que têm sexo com homens e usuários de drogas endovenosas são considerados subgrupos mais vulneráveis ao HIV no Brasil (23;27).

A região Nordeste é uma das mais pobres do país, apresentando um dos menores índices de desenvolvimento humano, baixa escolarização e, conseqüentemente, altos níveis de subemprego, baixos salários, sendo uma das áreas onde epidemia ainda está pouco disseminada (25;28;29). No entanto, a maior taxa de crescimento da epidemia tem acontecido entre mulheres que pertencem ao baixo status socioeconômico nessa área (25). Este contexto contribui para a ampliação da vulnerabilidade social das PS ao HIV, seja pelo estigma, como pelas dificuldades de acesso ao diagnóstico precoce e a assistência recebida (30-32).

No Brasil, as desigualdades socioeconômicas ainda são importantes para diminuir o acesso à informação e recursos da saúde, ampliando a vulnerabilidade da população (30;31). Assim, o governo federal organizou o PN DST/ aids com o intuito de estruturar estratégias preventivas que permitissem a implementação de ações preventivas diferenciadas, apoiando ONGs. Muitas ONGs conveniadas atuam somente na prevenção do HIV/aids. Contudo parcerias foram estabelecidas com organizações que desenvolvem ações específicas junto às PS, com o intento de melhorar os conhecimentos, favorecer o desenvolvimento de habilidades para negociação do sexo mais seguro, além de disponibilizar preservativos e outros insumos de prevenção (23;31).

Acrescida à vulnerabilidade político-social, existe a interação de diversos fatores, que coloca as mulheres como mais vulneráveis à infecção ao HIV (33;34). Diversos estudos mostram que a superfície da mucosa vaginal exposta ao sêmen é relativamente extensa possuindo concentração de HIV significativamente maior que o líquido vaginal (35-37), e que DST são freqüentemente assintomáticas em mulheres, causando inflamações locais e micro-lesões, determinando uma maior fragilidade das barreiras naturais ao HIV (38;39). Tais fatores ampliam a vulnerabilidade biológica feminina, que se torna maior entre mulheres jovens, nas quais a imaturidade do aparelho genital determina susceptibilidade adicional frente ao HIV (40).

Todavia, a invisibilidade da PS e a fragilidade de cobertura do sistema de registro oficial de morbidade e notificação dos países têm produzido dados epidemiológicos insuficientes, o que dificulta a efetivação de políticas preventivas concretas no Brasil (26). Apesar destes marcadores de vulnerabilidade que fazem das PS uma importante população para a saúde pública e, embora, diversos estudos com esta população tenham sido conduzidos no mundo (4;14;41-50), há poucos estudos no Brasil sobre trabalhadores do sexo feminino, especialmente em áreas pobres, como no Nordeste (24). Neste sentido, se faz necessário conhecer as características sócio-demográficas e os fatores de risco para HIV entre PS, em três regiões do Estado do Ceará. Assim sendo, nossas hipóteses são:

1. As características sócio-demográficas das PS feminino no Ceará diferem entre as cidades do estado que foram investigadas, e entre outras regiões do país.
2. Há diferença entre o nível de conhecimento, atitude e prática em relação às DST/aids entre as profissionais do sexo feminino que foram alvo de ações preventivas desenvolvidas pelas ONGs e as que não foram alvo destas ações.

Portanto, este estudo visa investigar as características sócio-demográficas, conhecimentos e práticas sexuais em relação às DST/aids, além da prevalência da infecção pelo HIV e Sífilis, com intuito de contribuir no direcionamento e implementação de programas de prevenção governamental e não governamental junto a esta população.

OBJETIVOS

Geral

Investigar os fatores de risco para HIV e outras DST entre profissionais do sexo feminino em quatro municípios do Ceará.

Específicos

Conhecer o perfil sócio-demográfico das profissionais do sexo feminino;

Descrever o comportamento sexual quanto ao tipo de parceria sexual entre profissionais do sexo feminino nos municípios estudados;

Relacionar a participação em ações preventivas e os conhecimentos e práticas relativas às DST e aids, entre profissionais do sexo feminino nestes municípios.

Analisar a relação entre as características sócio-demográficas, a participação em ações preventivas e os fatores que estão associados ao envolvimento em relações sexuais desprotegidas (RSD) e o risco para o HIV e sífilis, entre profissionais do sexo feminino nestes municípios.

Estimar a prevalência da infecção pelo HIV e pelo *Treponema palidum* e comportamentos de risco entre profissionais do sexo feminino nestas áreas urbanas.

MATERIAIS E MÉTODOS

a) Tipo de estudo

Foi realizado estudo documental, seccional e analítico, a partir dos dados coletados em pesquisa de campo realizada pelo GAPA-CE, com apoio financeiro da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará e apoio técnico da Universidade Federal do Ceará, através do Departamento de Saúde Comunitária, no ano de 2003, nos municípios de Fortaleza (capital), Sobral (interior) e Juazeiro do Norte/Crato (interiores vizinhos com limites geográficos definidos, e elevado tráfego de municípios entre eles), representando as diversidades sócio-econômicas-culturais do Estado.

O município de Fortaleza é a capital do Estado do Ceará, intensamente povoado (7.748,3hab./km²) e destino turístico de destaque no país. É também considerada um pólo industrial e comercial do Nordeste. A Região Metropolitana de Fortaleza tem cerca de 3.436.515 habitantes, sendo uma das dez maiores áreas urbanas do país, possuindo 2.431.415 habitantes (29;51).

Dividida em nove regiões administrativas, a cidade de Fortaleza contou, em 2003, com 75 equipes de PSF e 811 ACS, com cobertura de 19,1% da população e média mensal de 0,3 visitas domiciliares/ano. Sua rede assistencial era composta por 1 posto de saúde, 71 centros de saúde e 60 hospitais públicos. A cobertura vacinal para menores de um ano era alta; os índices de vacinação contra hepatite B foram de 97,7% e o de tuberculose chegou a 122,8%. As medidas de saneamento básico atingiam a maior parte da população (62,4% para esgotamento sanitário, 94,6% de coleta de lixo e 86,8% de abastecimento de água). Embora possuísse bons indicadores de saúde, o processo de municipalização ainda era precário, com aumento da demanda e gastos financeiros, aliadas às restrições orçamentárias, o que dificultava a implantação do SUS. O investimento total com saúde no ano do estudo foi de R\$ 171,00 por hab./ano, com 16,8% dos recursos originários de receita municipal (29;51).

Juazeiro do Norte é uma cidade localizada no sul do Estado, atraindo anualmente milhares de turistas religiosos. Distancia-se cerca de 600 km da capital e possui uma população estimada de 242.139 habitantes, com alta taxa de urbanização (95,3%). No ano de 2003 possuía 42 equipes de PSF e 268 ACS, com cobertura de 79,2% da população e média mensal de 0,5 visitas domiciliares/ano. Possuía 15 postos de saúde, cinco centros de saúde e um hospital conveniado. A cobertura vacinal para menores de um ano contra hepatite B (100,4%) e tuber-

culose (100,3%) era satisfatória. As medidas de saneamento básico não atingiam um segmento expressivo da população (32,9% para esgotamento sanitário, 88,4% de coleta de lixo e 87,4% de abastecimento de água). A descentralização estava em processo de estruturação e em implantação de muitas ações na atenção básica. O investimento total com saúde, no ano do estudo, foi de R\$ 103,00 por hab./ano, sendo 15,8% dos recursos oriundos da EC 29/2000 (29;51).

Crato é uma cidade localizada a 610 quilômetros de Fortaleza, uma das trinta cidades localizadas na macrorregião do estado denominada Cariri, conhecida por muitos como o "Oásis do Sertão". Possui uma população de 104.646 hab., com densidade populacional de 103,70 hab./km², e sendo entroncamento rodoviário que a interliga aos estados de Piauí, Paraíba e Pernambuco, fazendo limites com os municípios de Barbalha, Caririaçu, Farias Brito, Juazeiro do Norte, Nova Olinda, Santana do Cariri e Pernambuco (29;51).

Os registros estatais indicam que no ano do estudo, Crato possuía 22 equipes de PSF e 127 ACS, com cobertura de 67,5% da população e média mensal de 0,6 visitas domiciliares/ano. Sua rede de serviços era constituída por 47 postos de saúde, oito centros de saúde e 7 hospitais públicos. A cobertura vacinal para menores de um ano contra hepatite B (101,7%) e tuberculose (127,9%) foi alta e satisfatória. As medidas de saneamento básico eram insuficientes para a maior parte da população (33,8% para esgotamento sanitário, 64,5% de coleta de lixo e 71,0% de abastecimento de água). A descentralização estava em processo de estruturação com a implantação de muitas ações de atenção básica. Embora o investimento total em saúde tenha sido um dos maiores dos municípios estudados (R\$ 179,00 por hab./ano), as ações de cobertura de ações assistenciais promotoras da saúde é um dos menores no período, sendo que 13,8% do orçamento da saúde foram oriundos de receita própria (29;51).

Sobral é um município situado na região a noroeste do Estado e é a segunda cidade em termos econômicos e culturais. Localiza-se a 238 quilômetros da capital e possui uma população de 176.895 hab., com densidade demográfica de 83,32 hab./km². No ano de 2003, possuía 38 equipes de PSF e 236 ACS, com cobertura de 97,8% da população e média mensal de 0,9 visitas domiciliares/ano. Possuía 24 postos de saúde, 22 centros de saúde e seis hospitais públicos. A cobertura vacinal para menores de um ano contra hepatite B (102,7%) e tuberculose (107,8%) eram elevadas. As medidas de saneamento básico atingiam a maior parte da população (60,8% para esgotamento sanitário, 69,1% de coleta de lixo e 84,0% de abastecimento de água). O processo de municipalização encontrava-se fortalecido, com oferecimento de inúmeras ações de atenção básica. O investimento total com saúde no ano do estudo foi

de R\$ 328,00 por hab./ano, com 18,7% do orçamento da saúde oriundos de receita própria (29;51).

b) População e amostra

No estudo original, para seleção da amostra, foi realizada abordagem de indivíduos do sexo feminino que referiram práticas sexuais remunerada nos últimos cento e oitenta (180) dias, por entrevistadores, previamente treinados, residentes nas cidades do estudo. Visando prevenir duplicidade de entrevistas aos indivíduos foi indagado aos respondentes se já tinham sido entrevistados sobre o tema deste estudo no último trimestre. Os dados retirados do banco e analisados respeitaram os mesmos critérios de inclusão.

Por ser uma população de difícil acesso por técnicas de amostragem tradicionais (52-55), foi estabelecida uma amostra de conveniência do tipo *Snowball* (4;54), que consiste na indicação por indivíduos, com reconhecida prática sexual profissional, de conhecidos ou amigos para participar do estudo, estes, por sua vez, passam a indicar outras pessoas do seu ciclo de amizade.

Devido ao fato de serem pessoas que se desconhece o quantitativo da população em registros oficiais, o tamanho da amostra foi definido considerando-se os estudos existentes na área, visando uma menor estimativa de erro possível. O estudo incluiu 830 indivíduos, sendo que 11 (1,3%) foram perdas e recusas, resultando em 819 (98,7%) pessoas entrevistadas, com 65,3% (n=535) no município de Fortaleza, 12,5% (n=102) em Crato, 16,0% (n=131) em Sobral e 6,2% (n=51) em Juazeiro do Norte. Dessas, nenhum dos indivíduos foi excluído da análise, pois o banco com os itens dos questionários estava completo.

Na pesquisa de campo, na cidade de Fortaleza, foram consideradas algumas peculiaridades do exercício da prostituição, como a existência de conglomerados de bordéis e anúncios em jornal. Esta situação demandou o uso de alguns artifícios para acessar a população-alvo. Inicialmente, foi estabelecido cluster das zonas de prostituição organizado a partir de um mapeamento de estabelecimentos e/ou logradouros, onde se observavam a presença de profissionais do sexo feminino e nestes ambientes utilizava-se a técnica acima descrita.

A coleta consistiu na visita por cada equipe de entrevistadores em quatro locais previamente determinados por sorteio, e em cada um deles realizou-se dez (10) entrevistas. Nos casos de PS que anunciam seus trabalhos em jornais locais, quando aceitavam participar do estudo, as entrevistadas foram agendadas por telefone para um local definido pelo indivíduo.

c) Coleta de dados

Os dados usados neste estudo foram obtidos de um banco em extensão. dta (STATA 10.0), disponibilizado pela instituição que realizou a coleta original dos dados. As informações originais foram coletadas através de formulário semi-estruturado (APÊNDICE B), adaptado a partir de instrumentos de estudos CAP (conhecimentos, atitudes e práticas) semelhantes, utilizados em outros estudos nacionais e internacionais (56;57). O formulário era composto pelos seguintes blocos: dados sócio-demográficos (idade, renda, escolaridade, religião, dentre outras); histórico e comportamento sexual com parceiros pagantes e não-pagantes (início sexual, número de parceiros, relato do uso de preservativo e outros); uso de álcool e drogas; conhecimentos, opiniões e atitudes em relação às DST/aids; fontes de informação em relação às DST/aids.

A testagem realizada pelos entrevistadores, à época do estudo, consistiu em técnica imunoenzimática baseada no princípio sanduíche para detecção de vários anticorpos associados ao HIV-1 e HIV-2; ICE-HIV – teste para detecção de anticorpos de classe IgG e IgM contra o HIV do tipo 1 e tipo 2; Determine HIV-1 e HIV-2, teste de princípio imunocromático; teste de princípio imunocromatográfico de interpretação visual para detecção de anticorpos anti-treponema. A seguir, os entrevistados eram encaminhados ao LACEN para realizar o fluxograma padrão do MS para confirmação do teste rápido (58).

Os entrevistadores (em número de 30) foram pessoas devidamente treinadas para este fim, que obrigatoriamente possuíam experiência prévia no trabalho com profissionais do sexo (para as conversas/entrevistas), e estudantes da área de saúde (para realização da coleta de sangue). A opção por entrevistadores (as) com experiências com a população-alvo visou facilitar a inserção dos mesmos junto ao grupo sob estudo, e em ambientes de prostituição onde foram conduzidas as entrevistas. Relatórios descritivos da pesquisa de campo revelam que o acompanhamento do estudante da área de saúde teve como objetivo garantir o procedimento adequado na coleta de material para as sorologias. Foram constituídas quinze (15) equipes de dois entrevistadores cada, distribuídas equitativamente nos municípios.

O processo de coleta de dados consistiu-se em orientação dos respondentes sobre os objetivos do estudo e aspectos éticos envolvidos na pesquisa, seguida de assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A). Finalizada a conversa/entrevista guiada pelo formulário, ofertaram-se aos respondentes as sorologias através de teste rápido.

Os que aceitaram a realização da sorologia foram submetidos à coleta de sangue e o material foi encaminhado para Laboratório Central do Estado do Ceará (LACEN). Os respondentes submetidos à sorologia recebiam uma senha para posterior acesso aos resultados dos exames e aconselhamentos em local adequadamente determinado pela equipe do projeto. Caso o teste possuísse resultado positivo, era coletada uma segunda amostra de sangue dos indivíduos no LACEN, sendo realizada nova sorologia para HIV-1. Amostras repetidamente positivas, foram confirmadas pela Imunofluorescência Indireta (IFI).

Os formulários foram aplicados entre fevereiro e novembro de 2003. A seguir, estes foram encaminhados para uma unidade coordenadora, na cidade de Fortaleza/CE, onde foram tabulados pelo processo de dupla entrada, por digitadores diferentes, para evitar possíveis erros de digitação.

d) Plano de análise estatística

Para efeito de análise, criaram-se diversas variáveis a partir dos dados coletados que serão descritas a seguir.

A variável classe social foi elaborada a partir da classificação proposta pelo CCEB – comumente tratado por Critério Brasil – indicador que estima o poder de compra dos indivíduos e famílias urbanas, através do mapeamento das características sociais, demográficas e econômicas das famílias das 10 principais regiões metropolitanas do país, classificando-os por classes econômicas. As classes atuais são: Os patamares da renda média familiar estão assim distribuídos, segundo a nova atualização: A1 (renda a partir de R\$ 9.733,47); A2 (R\$ 9.733,47-R\$ 6.563,73), B1 (R\$ 6.563,73-R\$ 3.479,36), B2 (R\$ 3.479,36-R\$ 2.012,67), C1 (R\$ 2.012,67-R\$ 1.194,53), C2 (R\$ 1.194,53-R\$ 726,26), D (R\$ 726,26-R\$ 484,97), E (R\$ 484,97-R\$ 276,70). Para definição da classe social foi considerado o número de automóveis, aparelhos de TV em cores, rádios, banheiros e empregadas domésticas, posse de máquina de lavar roupas, geladeira, freezer e vídeo cassete ou DVD, além do nível de instrução do chefe da família. Apesar dos dados terem sido coletados em 2003 quando o aspirador em pó era um dos itens de avaliação, estudos conduzidos pela ABEP, demonstraram não haver diferença entre a presença e/ou ausência de aspirador de pó no poder aquisitivo das famílias o que nos permitiu usar o critério 2008. Deste modo, usamos apenas as classes sociais por categoria (A-E) sem suas subdivisões (59).

A variável de estudo que foi denominada “ter tido acesso à informação” foi considerada verdadeira, quando o indivíduo informou ter participado de pelo menos um tipo de ação educativa desenvolvida por ONGs, nos últimos seis (06) meses.

Considerou-se ter conhecimento sobre os sintomas de DST em mulheres, as que informaram afirmativamente que dor abdominal, corrimento genital, ardência ao urinar, úlceras, corrimento com odor, linfadenopatia inguinal, prurido, inflamação e verruga eram sintomas, e não possuir informação, as que não referiram nenhum dos sintomas acima listados. Para homens foram consideradas as situações que informaram corrimento genital, ardência ao urinar, úlceras, corrimento com odor, linfadenopatia inguinal e verruga eram sintomas, e não possuir informação as que não referiram nenhum dos sintomas acima listados.

Em relação ao uso de droga ilícita, considerou-se positivo os indivíduos que informaram já ter experimentado quaisquer drogas psicoativas, e negativo os que informaram apenas uso de álcool nas últimas quatro (04) semanas, independente da quantidade referida.

Considerou-se ter tido DST as mulheres que informaram ter apresentado corrimento /ulcerações ou corrimento genital ou úlcera /verruga genital ou hepatite B ou gonorréia ou sífilis ou herpes genital /anal, verruga ou clamídia nos últimos 12 meses.

Definiu-se como ter realizado tratamento correto para DST, as pessoas que informaram ter buscado assistência em clínica ou hospital público, particular ou beneficente/filantrópico.

Considerou-se ter conhecimento correto sobre aids as pessoas que informaram que o preservativo protege do HIV, e que a transmissão ocorre no compartilhar de objeto perfurocortante, na gestação e parto; sendo considerado não possuir conhecimento quem informou negativamente para os itens anteriores; ou afirmou que picada de mosquito e compartilhar refeição são fatores de exposição para a transmissão do HIV, e que fidelidade e abstinência são protetores.

A variável dicotômica de desfecho denominada relação sexual desprotegida (RSD) foi definida através da informação de não ter tido nenhuma relação sexual desprotegida com cliente na última semana, ou com não cliente nos últimos trinta dias.

Análises univariadas entre a variável de acesso a informação e os fatores preditivos (variáveis sócio-econômico-demográficas, variáveis comportamentais, etc.) foram realizadas por município e no seu âmbito geral.

Para a análise bivariada empregaram-se os testes de Pearson e Exato de Fisher, para proporções e teste t (se paramétricas), e Wilcoxon (se não paramétricas) para variáveis contínuas. As variáveis que se mostraram significativas a $p < 0,20$ foram analisadas através de regressão logística, a fim de acessar seu efeito de forma independente. Efeitos confundidores e potencializadores foram investigados no modelo final.

Após esta análise, estabeleceram-se cluster para análises de variáveis que se mostraram significativas ($p < 0,20$) na regressão logística múltipla sendo realizada nova regressão logística. A análise Cluster (AC), técnica multivariada que engloba diferentes algoritmos de classificação para organizar informações sobre variáveis e formar grupos homogêneos, apropriada para agrupar elementos de tal forma que cada conglomerado seja, por um lado, o mais homogêneo possível internamente, e, por outro, o mais diferente possível em relação aos demais conglomerados (60). A análise de conglomerados ou "clusters" baseia-se no cálculo de vetores resultantes da disposição de n elementos (neste caso os 4 municípios de residência das PS), no espaço de p dimensões (p é o número de variáveis selecionadas para a análise).

Os dados do estudo foram digitados pelo Epi Info, versão 6.04d do Center for Disease Control and Prevention e analisados através do STATA™, versão 10.0, desenvolvido pela STATA Corporation, Texas, USA.

e) Aspectos éticos

Por se tratar de um estudo secundário, optou-se por ser avaliado para este fim. Assim, foi submetido e aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Integrada do Ceará, em Fortaleza, sob o protocolo No. 085/2007 tendo sido assinado um termo de fiel depositário junto com a instituição realizadora do estudo original (APÊNDICE C).

RESULTADOS

Foram entrevistadas 819 mulheres com faixa etária predominante de 21-35 anos (média= 25, mediana = 26,77, desvio padrão = 7,41, range = 18-58, distância interquartílica = 18-56) que referiram práticas sexuais remunerada sendo, 65,3% (535) no município de Fortaleza, 12,5% (102) em Crato, 16,0% (131) em Sobral e 6,2% (51) em Juazeiro do Norte.

A maioria das entrevistas (83,2%) foi realizada na primeira visita, nos meses de alta estação (julho – 62,3%; agosto -19,2% e setembro – 15,9%) no turno da tarde (53,4%) e noite (31,3%) em bares (54,2%), bordéis (17,5%) e rua/praças (16,8), recrutando-se prioritariamente por cluster (86,3%) e rede de amizades (12,1%). Não tendo sido observada diferença entre o tipo de local de prostituição e o envolvimento em RSD ($p=0,06$).

Dentre as mulheres entrevistadas, 696 (85,0%) aceitaram submeter-se ao teste rápido de sífilis e HIV, com uma prevalência de 2,1% (15/689) para HIV com confirmatório semelhante e 19,5% (17/87) para sífilis pelo teste rápido com discreto aumento para 19,8% no laboratório.

A amostra caracterizou-se (TABELA 01) por ser parda (61,1%), com escolaridade inferior a 8 anos (40,1%), católicas (80,6%), pertencentes às classes sociais D e E (78,4%). Informaram não possuir relacionamento estável e/ou residir com parceiro não pagante (83,1%).

A maioria relatou ser natural do Estado do Ceará (82,5%) seguida de outros Estados do Nordeste (12,0%) residindo, em média há 18,4 anos (mediana = 18, desvio padrão = 15,9, range = 0-65 anos, distância interquartílica = 6-25) no município da entrevista (58,5%). Cerca de 1/3 da amostra relatou ter exercido a prostituição em outros Estados antes de residirem no município atual, 10,1% informou já ter residido na macrorregião de Sobral, 33,7% em Fortaleza e 21,6% nos dois municípios representantes da macrorregião Cariri.

Foram observadas elevadas taxas de casamento anterior (44,1%), quando jovens (média= 17,3 anos, mediana = 17, desvio padrão = 4,7, range = 12-62, distância interquartílica = 12-28). Foi observada diferença estatisticamente significativa entre as mulheres que tiveram casamentos mais jovens e início precoce na prostituição ($p= 0,01$). Porém, isto não se repete ao

se considerar a variável entre menores e maiores de 15 anos, a classe social ou o tempo de exercício da prostituição e o valor pago pelo cliente ($p=0,08$).

Mais da metade da amostra (65,1% - 216/332) relatou que o parceiro sexual não pagante conhecia seu trabalho. Apenas 27,7% (225/813) possuíam outra fonte de renda, destacando-se os serviços de vendas (5,9%), atribuições domésticas (4,3%) e atividades em salão de beleza (4,0%). Mais de $\frac{3}{4}$ da amostra relataram (77,6%) ser responsáveis pelo sustento outas pessoas. A média de pessoas mantidas era de 3,0 pessoas (mediana = 2, desvio padrão = 2,3, range = 1-15, distância interquartílica = 1-15). Informaram ainda que exerciam a prostituição somente na região da entrevista (74,6% - 611/819).

Em relação ao uso de drogas, observou-se que mais de 25% da amostra usou alguma vez na vida droga ilícita, destacando-se o relato do uso de maconha (45,4%), cocaína (27,2%), anfetaminas (25,2%) e inalantes (23,9%).

Dentre as entrevistadas, apenas 2,5% informaram usar drogas utilizando instrumentos perfuro-cortante. Dentre as que referiram uso deste tipo de droga, 25,0% destacou o Glucocergan C-reativan (suplemento energético injetável) e 25% desconheciam e/ou não se lembravam do tipo de droga injetada.

Em relação ao consumo de álcool, apenas 16,9% (138/815) negou o consumo, 27,4% relataram consumo diário e 44,2% consumo semanal. Ao se analisar o uso de álcool e outras drogas psicoativas foram observados que mais de $\frac{2}{3}$ (88,4%) da amostra informou que usava álcool e já tinha usado pelo menos outra droga psicoativa ($p<0,001$), sendo 93,3% inalantes ($p<0,001$), 91,0% cocaína ($p<0,001$), 91,9% crack ($p=0,005$), 89,8% anfetaminas ($p=0,003$), 89,5% maconha ($<0,001$) e 75% inalantes ($p=0,31$).

Ao se investigar o uso de álcool e mais de uma droga psicoativa associada, 92,8% relatou que o uso, alguma vez na vida, de maconha e cocaína ($p<0,001$), 83,0% acrescentou o uso de crack e 94,6% adicionou à lista anterior o uso de anfetamina ($p=0,01$).

Tabela 01 – Perfil socioeconômico e uso de drogas por profissionais do sexo feminino, Ceará, 2003.

Variáveis	N	%
Faixa etária	809	100,0
<= 20 anos	147	18,2
21 – 28 anos	375	46,4
29 – 35 anos	181	22,4
36 – 43 anos	72	8,9
+ 44 anos	34	4,2
Escolaridade	813	100,0
Não freqüentou	32	3,9
1ª grau incompleto	460	56,6
1º grau completo	129	15,9
2º grau incompleto	97	11,9
2º grau completo	82	10,1
Superior/ Pós-Graduação	13	1,6
Religião	797	100,0
Católica	642	80,6
Evangélico	34	4,3
Afro-Brasileiro	18	2,3
Ateu/ Sem religião	103	12,9
Etnia	803	100,0
Branco	221	27,5
Negro	51	6,4
Pardo	491	61,1
Amarelo	27	3,4
Índio	13	1,6
Situação conjugal	816	100,0
Casado morando com cônjuge	21	2,6
Casado morando com outro parceiro	17	2,1
Casado não morando o cônjuge	21	2,6
Não casado morando com parceiro	79	9,7
Não casado e não morando com parceiro	678	83,1
Classe social		
A/B	14	1,71
C	163	19,9
D/E	642	78,4
Ter sido casada	750	100,0
Sim	331	44,1
Não	419	55,9
Idade do primeiro casamento	330	100,0
<= 16 anos	159	48,2
17 – 28 anos	165	50,0
29 – 39 anos	6	1,8
Tempo de Residência no Município	749	100,0
<= 2 anos	109	14,6
3 – 15 anos	202	27,0
16 – 27 anos	309	41,3
28 – 40 anos	102	13,6
+ 41 anos	27	3,6
Uso de drogas		
Álcool	677	83,1
Anfetamina	205	25,2
Cocaína	222	27,2
Crack	123	15,1
Droga injetável	20	2,5
Inalantes	194	23,9
Maconha	371	45,4

Em relação à vida sexual das PS entrevistadas (TABELA 02), encontrou-se idade média da primeira relação sexual de 15,0 anos (mediana = 15, desvio padrão = 2,1, range = 8-27, distância interquartílica = 9-22) e primeira vez em que recebeu dinheiro em troca de sexo foi de 19,6 anos (mediana = 19, desvio padrão = 4,6, range = 11-35, distância interquartílica = 17-22).

As entrevistadas informaram que possuíam menos de 15 parceiros sexuais, de ambos os sexos, nos últimos sete (7) dias anteriores à coleta de dados (95,8%, mediana = 4, média = 5,2, desvio padrão = 5,9, range = 1-56, distância interquartílica = 1-31). Destes, em média 5,2 eram homens (mediana = 3, desvio padrão = 5,90, range = 1-56, distância interquartílica = 1-31), e 2,6 eram mulheres (mediana = 1, desvio padrão = 2,8, range = 1-15, distância interquartílica = 1-8). Em análise específica, observou-se que quase 40,0% da amostra relataram que foram apenas dois (2) o número de parceiros nos últimos sete (7) dias, sendo 37% dos dois parceiros eram masculinos e das PS que referiram ter parceira feminina, 56,6% relataram ter tido apenas uma parceira nos últimos sete (7) dias.

O número médio de parceiros sexuais pagantes do sexo masculino dos últimos sete dias foi de 5,5 (desvio padrão = 6,0, range = 1-50, distância interquartílica = 1-30) e o de femininos foi de 2,8 (desvio padrão = 5,3, range = 1-31, distância interquartílica = 1-4), sendo que na última noite foi referida média de 2,1 parceiros sexuais pagantes (desvio padrão = 1,9, range = 1-26, distância interquartílica = 1-12). O valor do programa variou entre R\$ 3,00-850,00 (US\$ 1.20-340.00, mediana = R\$ 30,00/12,00 US\$ 17,65, média = R\$ 44,14/ US\$ 17,65, desvio padrão = R\$57,06/US\$26,53).

Dentre os parceiros sexuais não pagantes, observou-se uma variabilidade discreta entre homens (mediana = 1, média = 1,2, desvio padrão = 0,9, range = 1-10, distância interquartílica = 1-6) e mulheres (mediana = 1, média = 1,8, desvio padrão = 1,5, range = 1-7, distância interquartílica = 1-4). A média de relações sexuais referidas com este tipo de parceiro nos últimos trinta dias foi de 8,7 (mediana = 4, desvio padrão = 11,3, range = 1-87, distância interquartílica = 1-60).

No que se refere ao uso de preservativos, 54,3% (293/540) relataram que possuíam consigo no momento da entrevista até cinco (5) preservativos (mediana = 5, média = 9,56, desvio padrão = 15,56, range = 1-99). Destas, 89,1% informaram conhecer locais para obtenção de preservativos, destacando: farmácia (91,5%), clínicas e UBS (84,9%), bar, motel

(82,8%), ONGs e multiplicadores (60,3%), por amigos (58,4%) supermercado (55,6%), hospital (58,0%) e loja (18,6%). Somente 20,1% (164/814) relataram já ter usado o preservativo feminino.

Tabela 02 – Vida sexual de profissionais do sexo feminino, Ceará, 2003.

Variáveis	N	%
Idade da primeira relação sexual (anos)	800	100,0
<= 12	78	9,8
13 – 15	409	51,1
16 – 18	281	35,1
19 – 21	25	3,1
22 – 24	5	0,6
25 ou mais	2	0,3
Idade que recebeu dinheiro em troca de sexo 1ª vez (anos)	775	100,0
<= 15	114	14,7
16 – 20	397	51,2
21 – 26	187	24,1
27 – 31	57	7,4
32 – 37	16	2,1
38 ou mais	4	0,5
Parceiros sexuais nos últimos sete (7) dias	654	100,0
<= 5	464	70,9
6 – 15	163	24,9
16 ou mais	27	4,1
Parceiros masculinos nos últimos sete (7) dias	652	100,0
<= 5	463	71,0
6 – 15	161	24,7
16 ou mais	28	4,3
Parceiros femininos nos últimos sete (7) dias	53	100,0
<= 2	37	69,8
3 – 6	11	20,8
7 ou mais	5	9,4
Parceiros masculinos pagantes nos últimos sete (7) dias	592	100,0
<= 4	348	58,8
5 – 13	190	32,1
14 – 22	38	6,4
23 ou mais	16	2,7
Parceiros femininos pagantes nos últimos sete (7) dias	32	100,0
<= 2	24	75,0
3 ou mais	8	25,0
Parceiros pagantes na última noite	684	100,0
<= 2	509	74,4
3 – 8	169	24,7
9 ou mais	6	0,8
Valor do último programa em reais (R\$)	765	100,0
<= 15	164	21,4
16 – 20	147	19,2
21 – 25	38	5,0
26 – 30	102	13,3
31 – 50	169	22,1
51 – 70	49	6,4
71 ou mais	96	12,5
Parceiros masculinos não pagantes nos últimos sete (7) dias	294	100,0
<= 2	280	95,2
3 – 5	7	2,4
6 ou mais	7	2,4
Parceiros femininos não pagantes nos últimos sete (7) dias	27	100,0
<= 2	21	77,8
3 – 4	1	3,7
5 ou mais	5	18,5
Relações com o parceiro não pagante nos 30 dias	294	100,0
<= 12	236	80,3
13 – 27	35	11,9
28 +	23	7,8

Na tabela 03 observa-se que a maioria da amostra (97,4%) informou possuir conhecimentos sobre DST, destacando-se que a média dos municípios foi de 96%. Entretanto, ao se avaliar se estes conhecimentos eram corretos para sintomatologia de DST em mulheres, observou-se redução de mais de 30% entre os municípios de Crato e Juazeiro do Norte, chegando a níveis baixos e estatisticamente significantes ($p < 0,001$) quando se refere aos sinais e sintomas em homens, com exceção dos municípios de Sobral (57%) e Juazeiro do Norte (5%).

Fato semelhante ocorre quando se avalia os conhecimentos referidos (média de 99%) e os corretos sobre aids (média de 10%), com destaque para os municípios de Sobral (99% e 29%, respectivamente) e Fortaleza (99% e 18%, respectivamente), com diferença estatisticamente significativa ($p = 0,001$).

De maneira geral, os principais sintomas indicados como característicos de DST em mulheres foram: corrimento genital (59,1%), ardência ao urinar (40,1%), corrimento com odor (40,1%), inflamação (40,2%), prurido (39,3%) e verruga (33,4%). Destacaram-se como outros sintomas de DST manchas no corpo (1,8%); alteração da vagina (odor, pus) com 1,7%; pele amarelada (1,7%); dores no corpo (1,5%), emagrecimento e queda de cabelo (1,3%); dores nos genitais / relação (1,0%).

Em relação à sintomatologia sugestiva de DST entre homens foi de 79,8%. Os principais sinais e sintomas indicados pelas mulheres sobre DST em homens foram: verruga (41,9%), corrimento genital com e sem odor (74,5%), ardência ao urinar (37,5%) e úlceras (27,3%). Destacaram-se como outros sintomas de DST secreção (2,7%), prurido nos genitais (1,3%), dor e febre (1,0%).

Ao analisar as características clássicas de DST em homens e mulheres, observou-se que o corrimento é o conhecimento predominante nos municípios de Crato (70% e 35% para mulheres e homens) e Sobral (66% e 61%), e as úlceras são mais indicadas nos municípios de Sobral (43% e 44% para mulheres e homens) e Juazeiro do Norte (30% e 33%), sendo a diferença estatisticamente significativa no segundo sintoma ($p < 0,001$).

Mais da metade da amostra de Fortaleza e Sobral informaram conhecer alguém com HIV/aids, com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$), e nos demais municípios estes dados caem em torno de 10%. Dos conhecidos, 72,1% eram amigos e 13,6% parentes.

No que se refere a ter tido acesso à informação sobre DST e aids, a maioria da amostra (60,2%) revelou tê-las obtido por fontes diversas, sendo mais evidente nos municípios de Fortaleza (65%) e Sobral (89%). No que diz respeito à fonte de informação serem ONGs, observa-se que os mesmos municípios se destacam. Ambas as situações apresentam diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

Os achados apontam que as PS acessam informação, principalmente, por meio de atividades educativas face a face (405), 38,1% por treinamento e 31,5% por atividades educativas de intervenção em grupo. Nos dois municípios representantes da macrorregião Cariri a participação nas atividades gira em torno de 25%, com destaque para os treinamentos e/ou palestras. Em Fortaleza, a participação aumenta cerca de 5%, com predominância das ações de multiplicadores.

No município de Sobral pode-se observar uma participação de mais de 50% da amostra em intervenções educativas, com ampla ação das atividades face-a-face desenvolvida por multiplicadores. Fato que se repete quando a fonte de informação refere-se à mídia e/ou amigos. Em todas as formas de intervenção que a amostra participou, foi diferente estatisticamente, exceto nos vídeos-debate.

Entretanto, apesar de possuir informação sobre DST e aids, mais de 1/3 da amostra informou ter tido envolvimento em situações de risco sexual, com destaque para os municípios de Fortaleza (57%) e Crato (18%), sendo a diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$); fato este evidenciado nas relações sexuais com parceiros não pagantes. A noção de relacionamento conjugal indicada pelas palavras marido e mulher, aparece como obstáculo ao uso do preservativo em todos os municípios estudados. Das entrevistadas, 46,4% relataram ter tido DST nos últimos 12 meses, sendo o corrimento genital (35,6%) e as úlceras (34,3%) os mais prevalentes. Estes achados evidenciam-se nos municípios de Fortaleza (50%) e Juazeiro do Norte (57%), com destaque para o corrimento genital.

Das DST, a patologia mais citada foi à clamídia (9,6%), com diferença estatisticamente significativa ($p = 0,003$) entre os municípios estudados, sendo mais prevalente em Crato (17%) e Sobral (14%), seguida da sífilis, com destaque nos municípios de Crato (6%) e Juazeiro do Norte (4%).

Das mulheres que referiram ter tido DST nos últimos 12 meses, 40,5% contaram ao parceiro, 50,2% cessaram as relações sexuais e/ou usaram preservativo (55,9%). Nos dois

municípios do Cariri, mais de 40% da amostra contaram ao parceiro, e em Fortaleza e Juazeiro mais da metade cessou as relações sexuais e usou preservativo.

Das entrevistadas que tiveram DST, 76,4% buscaram locais adequados para o tratamento, 63,2% (170/269) informaram ir a hospitais públicos, e 17% (45/265) particulares. Entretanto, 13,6% (36/264) buscam farmácias, 21,9% (59/269) fazem automedicação. Observa-se que no município de Juazeiro do Norte (563%) encontra-se o menor segmento da amostra que realizou o tratamento correto para DST.

Quase metade da amostra (45,8%) afirmaram já ter realizado sorologia para HIV na vida. A maioria (65,6%) realizou por iniciativa própria, 81% há menos de dois anos e 90,5% conheciam o resultado de seu teste, com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Os municípios de Fortaleza (72%) e Sobral (19%) possuem maiores índices de adesão ao teste para HIV, bem como pelo conhecimento do resultado do mesmo.

Como estratégias de prevenção foram apontadas, pela amostra, o uso do preservativo (83,5%), a fidelidade mútua (44,8%) e a abstinência sexual (32,9%). Destacam-se, ainda, que foram indicados como vias de transmissão: uso de pérfuro-cortante (92,8%), gestação (95,9%), amamentação (91,0%) e picada de mosquito (41,2%).

Em relação às práticas adotadas para prevenção das DST e aids, 88,8% afirmaram ter utilizado preservativo com o último parceiro pagante, com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$). A frequência constante do uso de preservativo com parceiros pagantes (26%) é significativamente mais comum do que entre não pagantes (20%). Observa-se que Fortaleza (68% e 69%) e Sobral (16% e 17%) destacam-se no uso de preservativo na última relação sexual, tanto para parceiros pagantes, como não pagantes.

O uso do preservativo com parceiros pagantes foi relatado ocorrer sempre (75,5%) ou quase sempre (16,0%), sendo a sugestão de uso feita pela própria entrevistada (72,4%) ou por ambos (33,6%). Os principais motivos para não uso do preservativo foram: recusa do parceiro (32,5%), não considerar necessário (30,9%), não gostar (30,5%) e não ter (18,3%). Destaca-se, ainda, que apenas 2,5% afirmaram não usá-los por conta do alto custo dos preservativos. Foi observado diferença estatisticamente significativa ($p = 0,004$) entre o valor do último programa realizado. Nos dois municípios representantes da macrorregião do Cariri observou-se maior prevalência de programas de baixo custo.

Das mulheres entrevistadas, 41,6% (338/819) informaram terem tido parceiros sexuais não pagantes nos últimos trinta dias. Destas, somente 30,4% informaram ter utilizado preservativos na última relação sexual. Relataram que o uso de preservativo nunca ocorre em quase metades dos encontros (43,1%), sendo que quando ocorre a sugestão de uso é feita pela própria entrevistada (54,3%) ou por ambos (37,1%). Os principais motivos para o não uso do preservativo foram: não considerar necessário (49,5%), não gostar (43,1%) e a recusa do parceiro (18,6%). Ressalte-se que apenas 2,0% afirmaram não usá-los por conta do valor monetário e 7,4% porque não possuíam consigo na ocasião da necessidade.

Vale destacar que não foi observada diferença significativa entre a classe socioeconômica da PS ($p=0,10$), a renda mensal ($p=0,25$) ou o valor recebido pelo último programa ($p=0,39$) com o envolvimento em RSD entre os parceiros sexuais, independente de ser pago ou não. Contudo, observou-se diferença estatisticamente significativa entre o uso de preservativo com clientes e a classe socioeconômica mais baixa ($p=0,02$), ou o seu uso entre não clientes ou as que cobram um valor mais alto de programa.

Assim, em termos gerais de medidas de promoção e prevenção à saúde, Fortaleza e Sobral destacam-se na busca pela realização do teste para aids (50% e 54%, respectivamente), na realização do exame de Papanicolau (54% e 58%) e quanto ao uso de preservativo nas últimas relações sexuais com clientes (92% e 88%) e parceiros afetivos (23% e 22%). No município de Crato observa-se maior conhecimento do resultado da testagem e sugestão do uso de preservativo com os parceiros sexuais pagantes (79%) e não pagantes (64%), apesar de possuir os mais baixos índices de uso entre os municípios estudados (71% e 22%, respectivamente). E em Juazeiro do Norte foi observado o menor índice de uso de preservativo com não clientes (14%).

Tabela 03 – Conhecimentos, acesso a informação, práticas em relação às DST e aids e ocorrência de DST nos últimos 12 meses entre profissionais do sexo feminino por município, Ceará, 2003.

Variáveis	CRA* (%)	FOR* (%)	JUA* (%)	SOB* (%)	VALOR DE P
N	102	535	51	131	
Conhecimentos					
Informa possuir conhecimento sobre DST	96,0	97,8	98,0	96,9	0,64
Possui conhecimento correto sobre sinais de DST em mulheres	61,9	71,2	64,1	78,0	0,11
Possui conhecimento correto sobre sinais de DST em homens	0,00	5,6	20,8	57,3	0,000
Informa possuir conhecimento sobre aids	99,0	99,1	100,0	99,2	1,00
Possui conhecimento correto sobre aids	7,5	17,9	10,6	29,3	0,001
Identifica sinais/sintoma de DST em mulheres					
Corrimento genital	70,2	54,5	59,1	66,1	0,01
Úlceras	20,2	18,1	26,5	43,6	0,000
Verruga	11,7	32,6	30,6	53,7	0,000
Identifica sinais/sintoma de DST em homens					
Corrimento uretral	35,5	34,9	21,3	61,1	0,000
Úlceras	14,0	23,8	33,3	44,7	0,000
Verruga	10,9	46,8	31,9	54,5	0,000
Conhece alguém com HIV/ aids	41,8	60,6	41,2	50,8	0,000
Acesso à informação preventiva					
Recebeu informação sobre DST/ aids de fontes diversas	57,0	65,3	62,8	89,2	0,000
Recebeu informação sobre DST/ aids de ONGs	43,4	57,9	54,0	83,6	0,000
Tipo de intervenção educativa recebida da ONGs					
Oficina de sexo seguro	25,0	29,6	29,4	45,3	0,003
Abordagem por multiplicadores	20,0	37,3	20,0	70,0	0,000
Palestra/treinamento	34,0	37,6	21,6	49,6	0,003
Vídeo-debate	26,0	26,1	15,7	33,9	0,08
Tipo de intervenção educativa recebida por amigos e/ou mídia	20,0	28,1	43,1	58,6	0,000
Práticas					
Ter tido até 7 parceiros pagantes na última noite	88,2	84,1	86,3	68,7	0,000
Valor recebido pelo último programa inferior a R\$ 20,00	50,0	35,1	52,9	34,3	0,004
Envolvimento em relação sexual desprotegida	17,9	57,2	9,1	15,8	0,000
Contou ao parceiro sobre a DST	34,8	39,5	43,8	47,5	0,73
Cessou as relações ao perceber a DST	39,1	52,7	31,2	52,5	0,27
Usou preservativo ao perceber DST	33,3	57,7	50,0	62,5	0,14
Tratamento de DST em local adequado	87,0	76,0	56,2	80,0	0,16
Realizou teste para HIV	22,2	50,6	19,6	54,6	0,000
Sabe o resultado de seu teste de HIV	90,9	92,1	80,0	85,7	0,18
Usou preservativo com último parceiro pagante	71,3	92,1	90,2	88,3	0,000
Sugeriu o uso do preservativo na última relação paga	79,1	71,3	76,1	71,4	0,03
Usou preservativo com último parceiro não pagante	22,2	34,3	13,8	32,7	0,07
Sugeriu o uso do preservativo na última relação não paga	63,6	22,5	41,7	22,0	0,000
Realizou outras ações de prevenção					
Vacinação para Hepatite B	41,3	52,6	60,0	41,9	0,04
Prevenção do câncer ginecológico e de mama	33,3	53,9	27,5	58,0	0,000
DST nos últimos 12 meses					
Teve alguma DST	35,4	49,7	56,8	37,6	0,006
Sinais e sintomas de DST referidos					
Úlceras	11,1	6,6	10,2	4,0	0,14
Corrimento genital	21,2	39,3	38,0	30,2	0,002
Verrugas	4,0	3,5	4,1	3,9	0,91
Relatou alguma das DST abaixo					
Hepatite B	2,1	2,6	6,0	1,8	0,44
Gonorréia	2,0	4,5	8,1	2,3	0,22
Sífilis	6,1	2,6	4,1	2,4	0,25
Herpes genital /anal	4,0	3,4	0,0	3,1	0,71
Clamídia	17,1	7,4	2,8	14,1	0,003

* CRA= Crato. FOR= Fortaleza. JUA= Juazeiro do Norte. SOB=Sobral.

Na análise bivariada considerando grupo etário e RSD (tabela 04), encontramos que as mulheres mais velhas (30 anos ou mais) são de classe sócio-econômicas mais baixas (85,2%), possuem menor nível de escolaridade (77,2% possuem menos de 8 anos de estudo e 9% são analfabetas), e estão mais envolvidas em relações estáveis na atualidade (20,8%), sem possuírem casamentos anteriores (52,5%). Não foi observada diferença entre o número de relações sexuais relatadas no último mês com o parceiro não pagante. Muitas destas mulheres mantêm financeiramente outras pessoas (82,6%), as mais velhas sustentam maior número de pessoas que sustenta ($p=0,01$) dos que as mais jovens.

As PS com mais de 30 anos relataram início da vida sexual mais tardiamente (50,4%) e estão na prostituição há menos tempo (47,9%). Estas mulheres possuem mais clientes por noite (28,8%), usam menos preservativos com estes tipos de parceiros (20,6%) e cobram menos pelo “programa” (70,9% cobram menos que R\$ 30,00), se envolvem mais em RSD (41,3%) e possuem mais ocorrência de sífilis (37,1%).

Embora com maior número de clientes na última noite, não foi observada diferença estatisticamente significativa entre a faixa etária e a ocorrência de parceiros sexuais femininos pagantes ($p=0,42$) ou não pagantes ($p=0,09$). Contudo, observou-se diferença entre os parceiros masculinos pagantes ($p=0,006$) e não pagantes ($p<0,001$).

Por outro lado, as mais jovens atendem menos clientes por noite (63,6%), usam mais preservativos com clientes (92,6%) e não clientes (32,5%) cobram mais caro (45,6% cobram mais que R\$ 30,00) e se envolvem menos em RSD (32,6%). Contudo, estão mais envolvidas em uso de drogas, seja consumindo mais álcool (85,7% versus 75,6%), bem como relatam o uso de outras drogas (57,0% versus 49,6%). As drogas mais relatadas como tendo sido usadas pelo menos uma vez na vida, entre as mulheres com menos de 30 anos, são maconha (46,7%), cocaína (29,7%), anfetaminas (25,6%) e inalantes (24,7%). Não foi observada associação entre o uso de álcool e o valor do “programa”, porém as PS que cobram mais caro (R\$31,00 – R\$ 50,00) relatam ter experimentado menos o uso de quaisquer outras drogas que não o álcool (17,1% versus 28,1%, $p=0,002$). Entre as que cobram menos de R\$ 30,00, destaca-se o relato do uso de maconha (64,6% versus 54,2%, $p=0,007$), crack (69,2% versus 57,1%, $p=0,009$), anfetaminas (74,0% versus 53,7%, $p<0,001$) e inalantes (67,8% versus 56,1%, $p=0,009$).

Tabela 04 – Características das profissionais do sexo feminino de acordo com a faixa etária, Ceará, 2003.

Variáveis	< 30 anos	≥30 anos	Valor de P
Características sócio-demográficas			
Status marital			
Solteira	512 (88,3)	187 (79,2)	0,001
União estável	68 (11,7)	49 (20,8)	
Ter sido casada			
Sim	233 (42,8)	98 (47,6)	0,25
Não	311 (57,2)	108 (52,4)	
Sustentar alguém			
Sim	439 (75,6)	195 (82,6)	0,03
Não	142 (24,4)	41 (17,4)	
Anos de estudo			
Nenhum	11 (1,9)	21 (9,0)	<0,001
Menos de 8 anos	409 (70,5)	180 (77,2)	
8 – 11 anos	149 (25,7)	30 (12,9)	
Mais de 11 anos	11 (1,9)	2 (0,9)	
Classe sócio-econômica			
A/B	12 (2,1)	2 (0,8)	0,005
C	131 (22,5)	32 (13,6)	
D/E	440 (75,5)	202 (85,6)	
Características da vida sexual			
Início sexual			
Menos de 15 anos	370 (63,5)	117 (49,6)	<0,001
15 anos ou mais	213 (36,5)	119 (50,4)	
Tempo de início na prostituição			
Menos de 20 anos	398 (68,3)	113 (47,9)	<0,001
20 – 40 anos	162 (27,8)	101 (42,8)	
Mais de 40 anos	23 (3,9)	22 (9,3)	
Número de clientes na última noite			
Até 2	371 (63,6)	138 (58,5)	0,008
2 a 4	100 (17,1)	30 (12,7)	
Mais de 4	112 (19,2)	68 (28,8)	
Uso de preservativo com cliente			
Sim	536 (92,6)	185 (79,4)	<0,001
Não	43 (7,4)	48 (20,6)	
Uso de preservativo com não cliente			
Sim	78 (32,5)	26 (26,3)	0,30
Não	162 (67,5)	73 (73,7)	
Valor do programa			
Até R\$ 15,00	101 (18,3)	63 (29,6)	<0,001
R\$ 15,00 – R\$ 30,00	199 (36,0)	88 (41,3)	
R\$ 31,00 – 50,00	130 (23,5)	39 (18,3)	
Mais de R\$ 50,00	122 (22,1)	23 (10,8)	
Envolvimento em RSD			
Sim	188 (32,6)	97 (41,3)	0,02
Não	389 (67,4)	138 (58,7)	
Sorologia positiva para HIV			
Sim	9 (1,8)	6 (3,0)	0,38
Não	495 (98,2)	194 (97,0)	
Sorologia positiva para sífilis			
Sim	5 (8,9)	13 (37,1)	0,002
Não	51 (91,1)	22 (62,9)	
Uso de drogas			
Álcool			
Sim	498 (85,7)	179 (76,5)	0,002
Não	83 (14,3)	55 (23,5)	
Frequência do uso			
Diária	164 (28,2)	59 (25,2)	0,02
Semanal	265 (45,6)	95 (40,6)	
Eventual	69 (11,9)	25 (10,7)	
Outras drogas exceto álcool			
Sim	332 (57,0)	117 (49,6)	0,06
Não	251 (43,0)	119 (50,4)	
Tipo de droga			
Maconha	272 (46,7)	99 (42,1)	0,24
Cocaína	173 (29,7)	49 (20,8)	0,01
Crack	90 (15,5)	33 (14,1)	0,66
Anfetaminas	149 (25,6)	56 (24,0)	0,65
Inalantes	143 (24,7)	51 (22,0)	0,46
Endovenosa	10 (1,7)	10 (4,3)	0,04

Na tabela 05, se observa a distribuição da amostra em relação aos fatores que podem estar associados ao envolvimento em relações sexuais desprotegidas (RSD) e a ocorrência do risco para o HIV e sífilis, tendo sido detectado diferença estatisticamente significativa entre a idade atual (>20 anos – 37%), a idade de início na prostituição (< 15 anos - 44%), escolaridade (< 8 anos de estudo - 40%), status marital (com relacionamento estável – 61%) e a inexistência de ONGs no município de residência (51%).

Entretanto, não foi evidenciada diferença de migração entre os municípios estudados e o envolvimento em situações de risco, embora tenha sido observada maior exposição nos dois municípios representantes da região do Cariri (48,9%), seguida de ter trabalhado anteriormente em outros estados da federação (41,7%) e Fortaleza (34,3%).

Destaca-se, ainda, que a ocorrência de DST nos últimos 12 meses (42%) e o fato de não ter sido vacinado contra hepatite B (40%) são fatores que ampliam a possibilidade de envolvimento em situações sexuais sem proteção. Observa-se pois ainda que o uso de qualquer tipo de drogas, lícita ou ilícita, parece não interferir na existência de relações sexuais desprotegidas.

Em relação à vida sexual observou-se que, quanto menor o número de parceiros sexuais nos últimos sete (7) dias (39%), e o maior número de parceiros pagantes na última noite (43%), crescem o envolvimento em situações de risco para DST e aids.

Não houve relação estatisticamente significativa entre se considerar informado sobre DST, possuir informação correta e envolver-se em RSD. A fonte de informação e o tipo de ação educativa que participou não demonstraram diferença para a exposição às situações de risco de DST e HIV, sendo limítrofe para palestra/treinamento (31%).

Tabela 05 – Análise bivariada em relação ao envolvimento com parceiros sexuais em relações sexuais desprotegidas e fatores de exposição ao risco entre profissionais do sexo feminino, Ceará, 2003.

Variáveis	N	Risco (%)	Valor de P
Sócio-demográficas			
Idade			0,02
<= 20 anos	145	26,9	
> 20anos	657	37,0	
Escolaridade			0,000
<= 8 anos	489	40,3	
> 8 anos	323	27,2	
Status marital			0,000
Com cônjuge/parceiro fixo	115	60,9	
Sem cônjuge/parceiro fixo	694	30,8	
Classe social			0,11
A/B	14	14,3	
C	161	31,1	
D/E	637	36,6	
Existência de ONGs específica de prostitutas no município			0,000
Sim	660	31,5	
Não	152	50,7	
Relacionadas à saúde			
Teve DST (12 meses)			< 0,001
Sim	345	42,0	
Não	396	30,3	
Tratamento correto de DST			0,66
Sim	210	40,5	
Não	64	43,8	
Vacinado para Hepatite B			< 0,001
Sim	336	27,1	
Não	342	39,8	
Uso de álcool e drogas psicoativas			
Uso de álcool			1,00
Sim	671	35,2	
Não	137	35,0	
Uso de droga ilícita			0,29
Sim	7196	38,8	
Não	527	34,6	
Vida sexual			
Idade de início sexual			0,65
<= 15 anos	481	35,8	
> 15 anos	331	34,1	
Idade no primeiro casamento			0,66
<= 15 anos	106	33,0	
> 15 anos	706	35,4	
Idade de início na prostituição			0,05
<= 15 anos	110	43,6	
> 15 anos	702	33,8	
Nº de parceiros nos últimos sete (7) dias			0,004
<= 7 parceiros	521	38,8	
> 7 parceiros	291	28,5	
Nº de parceiros pagantes na última noite			0,04
<= 7 parceiros	669	33,5	
> 7 parceiros	143	42,7	
Valor recebido no último programa			0,36
<= R\$20,00	310	37,1	
> R\$ 20,00	502	33,9	
Conhecimentos e atitudes sobre DST/HIV			
Conhece DST			0,06
Sim	787	35,5	
Não	21	14,3	
Conhece sintomas de DST em mulheres			0,12
Sim	365	32,9	
Não	152	40,1	

Conhece sintomas de DST em homens			0,10
Sim	50	28,0	
Não	197	41,6	
Teve acesso a informação sobre DST e aids*			0,57
Sim	540	34,4	
Não	256	36,7	
Teve acesso à informação sobre DST e aids por ONGs			0,18
Sim	445	32,8	
Não	296	37,8	
Participou de oficina de sexo mais seguro			0,34
Sim	254	32,7	
Não	545	36,3	
Participou de palestra/treinamento			0,05
Sim	308	30,8	
Não	494	37,7	
Participou de vídeo-debate			0,07
Sim	212	30,2	
Não	588	37,1	
Recebeu abordagem por multiplicadores			0,36
Sim	317	33,1	
Não	487	36,3	

*Por qualquer fonte, governamental ou não.

Ao se realizar a análise multivariada (tabela 06) encontrou-se que mulheres maiores de 20 anos, com baixo nível de escolaridade, que possuem parceiros estáveis e que informaram ter tido DST no último ano estão mais envolvidas em RSD. Todavia, ser vacinado contra hepatite B e residir em área que possui trabalho de prevenção desenvolvido por ONGs atuando junto as PS são fatores que reduzem o risco do envolvimento em relações sexuais de risco para HIV e outras DST.

Tabela 06 – Regressão logística do envolvimento em relações sexuais desprotegidas e fatores de exposição ao risco para DST e HIV entre profissionais do sexo feminino, Ceará, 2003.

Variáveis	OR	
	Bruto (IC)	Ajustado (IC)
20-29 anos	1.43 (0.94-2.17)	1.69 (1.30-2.20)
30-39 anos	1.94 (1.20-3.14)	1.94 (1.08-3.49)
≥40 anos	1.83 (1.00-3.33)	1.83 (0.86-3.91)
Status marital	3.49 (1.77-6.88)	2.99 (1.30-6.88)
Ter tido DST no ultimo ano	1.67 (1.29-2.15)	1.77 (1.39-2.25)
Ter sido vacinado para hepatite B	0.56 (0.43-0.74)	0.50 (0.44-0.58)
Existência de ONG na área de residência	0.45 (0.40-0.50)	0.38 (0.32-0.44)

*<20 anos como referência

DISCUSSÃO

O presente estudo mostra que as PS investigadas nas três macrorregiões do Ceará são claramente vulneráveis ao HIV e a outras DST. Embora o uso de preservativo com clientes seja relativamente elevado, como freqüentemente encontrado entre a população em diferentes regiões do Brasil ou em outros países, no que se refere ao uso com não-cliente observou-se diminuição significativa (4;5;15;61;62). A nossa população é muito jovem, com baixa escolaridade, pobre, a maioria pertencente às classes sociais D e E, tendo sob sua responsabilidade outros familiares para sustentar e por isto pode ter muitas dificuldades em negociar o uso de preservativos com alguns clientes, em especial, com o parceiro estável quando as questões de gênero podem influenciar nesta negociação (8;63). A redução da adesão ao uso de preservativo com parceiros não-pagantes parece simbolizar para as PS uma barreira inaceitável que demarca os limites entre a vida particular e a profissional (64;65). Este dado mostra que quando está envolvida a questão afetiva, as PS possuem atitudes semelhantes ao comportamento feminino em geral (66).

Nos últimos dez anos ocorrem no Brasil alterações do modelo familiar. A família chefiada por mulheres aumentou em torno de 35%, passando de 22,9%, em 1995, para 30,6% em 2005. Duas principais razões apontadas para explicar esta mudança são as novas perspectivas das relações de gênero, bem como o crescente aumento do número de mulheres com filhos, mas sem um parceiro estável (67). Com a morte do cônjuge ou com o fracasso da união marital estável, a necessidade de sustentar outros membros da família direciona estas mulheres à busca de diferentes estratégias de sobrevivência, incluindo a prostituição (68;69). Muitas das entrevistadas já possuíram um relacionamento estável e encontram na prostituição sua principal fonte de renda. Por isto, é compreensível que a baixa escolaridade, a pobreza e a falta de uma relação estável as impulsionem ao comércio do sexo (25;28;30).

Embora em alguns países, como o Paquistão, o início sexual ocorra somente após os 18 anos, em nosso estudo e, na maioria dos estudos no Brasil, as PS iniciam sua vida sexual e as suas atividades profissionais ainda adolescentes (5;70;71). A iniciação sexual vem se tornando cada vez mais precoce nas últimas décadas, e as PS possuem comportamento semelhante ao da população feminina brasileira em geral (57;72). Entretanto, observa-se que tanto a idade, quanto a escolaridade podem ampliar substancialmente o risco de envolvimento em

RSD. Estas condições estão relacionadas às características do “programa”, tais como valor a ser pago, práticas a serem desenvolvidas e uso do preservativo (5;50;73;74).

Identificou-se que mulheres mais idosas, em geral, têm relatado mais frequentemente a existência de união estável e atuam mais nas ruas e praças (dados não mostrados), que cobrando menor valor pelo “programa”. Tal situação pode ser explicada pelo fato que já não sendo tão jovens e por estarem a algum tempo na prostituição. Elas possuem mais frequentemente a existência de um “cliente fixo” (50) que as apóia financeiramente e com estes relatam menor uso de preservativo (8;74). Na verdade, esse “cliente fixo” é um cliente com quem mantém atividades de prostituição há muito tempo, e que por isto se torna estável; com ele mantém relações afetivas mais estreitas e estes passam a serem entendidos, e tratados, como parceiros pagantes diferenciados; isto é, possuem status de não pagantes, incluindo o direito a beijo na boca e o não uso do preservativo, como se fossem um "namorado" (41;42).

Os achados apontaram o uso freqüente de álcool e outras drogas, provavelmente, devido às condições adversas de atuação da PS, tanto nos ambientes abertos (ruas e praças), quanto nos locais fechados (bares, bordéis e *boites*). A prática da prostituição expõe as mulheres a inúmeros fatores de stress, violência e conflitos psicológicos intensos gerados pelo estigma social que pode gerar depressão (75-77).

A prevalência do uso diário ou semanal de álcool em nosso estudo foi muito alta. Muitas da PS exercem a prostituição e atuam especialmente em bares, boites e bordéis, usam o álcool como uma forma de atrair e/ou esperar o cliente, mantendo o seu consumo sob controle, de modo a não afetar seu poder de negociação do programa (21;57;78), o que demonstra que o álcool faz parte do seu ambiente de trabalho (20;57;79). O álcool é comumente usado como forma de superar “inibições” e pode desempenhar o mesmo papel, tanto para clientes quanto para PS.

Embora, em diferentes estudos com PS, o uso de álcool tenha sido encontrado associado às situações de envolvimento em risco sexual para HIV e outras DST (50;78;80), e de forma semelhante em estudo de base populacional entre mulheres no Brasil (81), neste estudo não se observou resultados semelhantes. Tal situação pode ser decorrente do fato de que no Brasil, incluindo o Ceará, o álcool é uma droga lícita de baixo custo, usado com muita freqüência, aceito em todas as classes sociais (82;83). Uma possível explicação para a falta de associação poderia ser a de que a grande maioria (85,0%) da nossa população relataram uso de álcool no último mês.

Na Guiana, observou-se diferença no comportamento de PS no que se refere ao uso de drogas, preservativo e número de clientes inferior a cinco por semana (84). Entretanto, este estudo não revelou associação significativa. Dois aspectos devem ser considerados na relação entre consumo de drogas e uso do preservativo, no Ceará. Primeiro muitos pontos fixos de prostituição disponibilizam preservativos tanto para a compra pelo cliente quanto gratuitamente, ofertados por ONGs ou programas governamentais. Convém ressaltar que muitas vezes para o proprietário do estabelecimento, o lucro é oriundo apenas do consumo da bebida, do valor pago pelo cliente para entrar na casa e da aquisição do preservativo (69;85;86).

A maior parte das drogas ilegais, não foi relatada pelas mulheres investigadas, com exceção cocaína, maconha e anfetaminas. O padrão de uso foi diferente entre jovens e idosas. O uso de drogas injetáveis foi baixo, mas significativamente maior para as mulheres mais velhas. Um recente relatório mostra que o uso de crack está aumentando em alguns países, inclusive no Brasil e no Estado do Ceará (87). O acesso fácil às drogas psicoativas consideradas ilegais, como maconha e crack, além da redução do custo destas parece explicar a substituição do uso de drogas intravenosas e cocaína entre a população jovem, encontrada em nosso estudo.

Embora as anfetaminas sejam drogas consideradas lícitas no Brasil, são frequentemente utilizadas de forma abusiva para fins estéticos, em especial pelas mulheres (88). O Brasil é avaliado como um dos países que mais consomem este tipo de medicamentos em todo o mundo, sendo considerado como uma "epidemia". O uso desnecessário de supressores de apetite para fins estéticos entre as mulheres se deve, especialmente, à cultura da magreza que vem se tornando generalizada, nos últimos anos (89;90). Devido às suas belas praias, clima quente e baixo custo de vida, o Ceará atrai turistas de todo o mundo. Esta associação incentiva o turismo sexual e estimula a prostituição (8;18). As formas esguias e torneadas do corpo feminino tornam-se "instrumento de trabalho" e precisam ser mantidos para atrair e/ou disputar o cliente. Nossos achados apontam excesso de consumo de álcool entre as PS, que geralmente é acompanhada por um elevado consumo calórico de aperitivos. Deste modo, o uso elevado de anfetaminas encontrado parece estar fortemente relacionado com a cultura da magreza como um símbolo de beleza (88).

Diferente do que foi observado entre outras populações vulneráveis do Estado do Ceará (91), a maioria das PS aceitou submeter-se a testagem rápida para sífilis e HIV. A nossa prevalência é muito menor que de outros estudos no Brasil (6.7% em Santa Catarina, 4.5% em Curitiba e 8.6% no Espírito Santo) (5;24;66) e em outros locais do mundo, como Vietnã

(12.0%) (62), Índia (5.9%) (92), Guiana (25.0%) (84), México (12.3% para usuárias de drogas e 4.8% para não usuárias)(14), Kênia (30.6%)(93), e Nigéria (48.8%)(94). contundo, superior aos países mais desenvolvidos, como Espanha (0.2%) (49), China (0.6%)(95), e Alemanha (0.2%)(41). Por outro lado, nosso resultado é 13 vezes maior que a prevalência estimada (0.16%), para a região Nordeste, no mesmo período, entre mulheres de 15 a 49 anos (26). A epidemia no Ceará é mais recente que em outras áreas mais desenvolvidas do Brasil onde a maioria dos estudos foi realizada, o que poderia justificar a menor prevalência. Além disso, alguns desses estudos foram realizados em zonas portuárias, serviços de referência para DST, entre públicos específicos como usuários de droga e outros no continente Africano, onde o HIV é altamente prevalente (96).

Em relação ao soro status para sífilis, a população pesquisada possui prevalência mais alta que outros países como a Colômbia (10,3%)(47), China (8%)(97) e Kênia (2%)(93) e outros locais do Brasil como Vitória (8,3%)(24). As DST estão muito relacionadas à pobreza, baixo nível de escolaridade, uso de drogas, alto número de parceiros sexuais, baixo uso de preservativo e início sexual precoce (50;93), todos fatores presentes no Estado do Ceará, uma das regiões mais pobres do país. Estes fatores podem explicar, pelo menos parcialmente, a elevada prevalência de DST referida pelas PS no último ano, que não difere no encontrado em outras áreas do país (5;24;66) e do mundo (50;62;97;98).

Os conhecimentos sobre DST demonstraram ser alto, embora poucas participem, exclusivamente, de atividades educativas realizadas por ONGs. A prevenção do câncer ginecológico e a cobertura vacinal da hepatite B, preconizada para esta população, apresentaram-se altos, mesmo levando-se em consideração que a vacina, no período da coleta de dados, ainda não fazia parte do calendário oficial para esta população específica.

Observou-se ainda que as PS residentes em cidades onde existam ONGs desenvolvendo trabalhos com elas, possuem menor risco de se envolver em RSD. O Brasil tem um histórico de parceria com as ONGs para o enfrentamento da epidemia de aids. Situação que se estabeleceu à medida que o processo de redemocratização do país possibilitou ao movimento social atuar como catalisador de demandas sociais não contempladas pelo Estado – por políticas públicas ou pela falta de reconhecimento de tais atores sociais como atores políticos. Muitas dessas ONGs são compostas por membros das populações que assistem, as PS são um exemplo disto. Esta singularidade do programa brasileiro de DST / aids visa garantir os preceitos de nossa Constituição Federal, que prevê saúde como um direito de todos e um dever do Estado (23;99).

As ONGs, em todo o mundo, recebem financiamento para desenvolver ações preventivas entre seus pares, buscando a promoção de mudanças comportamentais, melhorando o conhecimento, atitude, a consciência da importância de conhecer sua sorologia, diminuindo o estigma das populações vulneráveis e aumentando a auto-estima (100;101). Tudo isto poderia explicar a alta aceitação do teste HIV, a alta taxa de vacinação contra hepatite B, bem como o elevado percentual de uso de preservativo com o cliente, que conduziu a um menor risco de infecção pelo HIV nas áreas com ONGs. Assim sendo, pode-se supor que o processo de mobilização e as práticas preventivas desenvolvidas devem ser destinadas a promover e impulsionar as PS no sentido de ampliar sua autonomia e assim possibilitar uma melhora gradual e progressiva de suas vidas, incluindo as questões de saúde.

Vale ressaltar que quando avaliado a informação, por si só, não se encontrou associação positiva com o envolvimento em RSD, o que significa que as ONGs parecem não apenas fornecer informações associadas a outras fontes, mas também despertam em seu público o sentimento de cidadania, auxiliam na melhoria do nível de conhecimento, auto-estima e *empowerment*. Além disto, se constituem um espaço de debates sobre cidadania e o respeito aos direitos constitucionais, trabalhando com o reconhecimento e o respeito à diversidade que são importantes ferramentas para a prevenção do HIV. Estudos mostraram que tenha PS que não têm qualquer participação em grupos de apoio apresentam baixa auto-estima e desconhecem/descuidam das práticas de sexo mais seguro, especialmente quando têm de enfrentar um nível elevado de pressão econômica (4;76;102;103).

Apesar da diversidade dos municípios de seleção da amostra, reconhecem-se os limites do uso da técnica de bola de neve. Esta metodologia tende a reproduzir o perfil dos casos iniciais que se vinculam através de sua rede social e, através destes se conectam, de uma forma ou de outra, às mulheres associadas à ONGs da categoria, que colaborou no recrutamento desta população. Portanto, podem ter um conhecimento maior e apresentarem maiores mudanças comportamentais que não sejam vistas, necessariamente, em segmentos não atingidos pelo estudo.

Reconhece-se que inexistente, no questionário original, um parâmetro comum para avaliação do número de relações sexuais entre parceiros pagantes e não pagantes, o que impossibilita a comparação da consistência do uso de preservativo nas relações sexuais entre clientes e não clientes. Acrescente-se, também, que os aspectos específicos em relação ao consumo de álcool e outras drogas, ou o envolvimento com parceiros estrangeiros não foram investigados. A inclusão das questões referentes à parceria sexual com estrangeiros é importante, posto que

este tipo de envolvimento carrega consigo a reprodução do *conto da bela adormecida*, quando muitas acreditam na probabilidade de um casamento com um *gringo*, quase como um milagre, e possibilitando a saída do universo da prostituição (8;18).

Há que se destacar ainda que embora o processo de regionalização e descentralização, previsto com a criação do SUS e a sua implantação através da NOAS 2002 (99), contemple a atenção básica como prioritária na assistência as DST e aids, e este estudo indagou somente sobre o acesso a tratamento em serviços de saúde de média e alta complexidade na rede pública, privada e ou filantrópica, não tendo sido separado se clínicas/ambulatórios dos serviços de maior complexidade.

Em suma, o presente estudo mostra a elevada vulnerabilidade da população de PS estudada no Ceará, assemelhando-se ao perfil que a evolução da epidemia de aids no Brasil tem mostrado, quando as condições socioeconômicas tornam-se um grande fator de vulnerabilidade. Por isto, em países como o Brasil, onde a epidemia está concentrada, a principal meta do governo deve ser priorizar as populações classificadas como mais vulnerável.

CONCLUSÃO

Atualmente, apesar de a prostituição ser comumente pensada em associação com a marginalidade, há a explicitação de um discurso que emerge da politização de quem exerce a prostituição, reivindicando o direito de exercer a profissão em condições dignas, com a garantia de direitos e o cumprimento de deveres, e foco especial nas questões da saúde.

Entretanto, os achados deste estudo contribuem para caracterizar o perfil das mulheres envolvidas na prostituição no Nordeste brasileiro, bem como contribuir para a organização dos serviços de saúde para receber estas mulheres, além de direcionar as estratégias de intervenção educativa das ONGs. Estas mulheres são jovens, com baixo nível sócio-econômico e educacional, conseqüentemente com menor acesso ao trabalho assalariado, não possuem parceria fixa com quem possam dividir as atribuições de sustento da família, e assim passam a compor, juntamente com milhares de outras mulheres residentes de países em desenvolvimento com perfil semelhante, um grupo com vulnerabilidade social importante.

O trabalho das ONGs junto às PS possibilita a construção de uma cidadania ativa, isto é, proporciona as PS a participação efetiva nas decisões individuais, coletivas e políticas que as afetam, à medida que lhes fornecem conhecimentos que potencializam suas possibilidades de desenvolver práticas saudáveis, e se refletem na prevalência ainda incipiente para o HIV e sífilis. Assim, o acesso às informações preventivas por fontes diversas é ampliado pelo papel importante das ONGs que atuam junto a este público, e têm sido importantes na adoção de práticas sexuais mais seguras com os parceiros pagantes, embora ainda seja deficitária no que se relaciona aos parceiros não pagantes.

Os resultados sugerem ser esta uma população de alta vulnerabilidade social e individual para DST e aids e que mais estudos são necessários sobre a população de prostitutas do Ceará, e em diferentes amostras de outras cidades do nordeste brasileiro. Os achados permitem também alertar que esta população está alocada à margem da sociedade, mas que, seguramente, necessita de maiores ações do poder público e da sociedade civil, bem como de investigações que complementem e enriqueçam os dados aqui relatados sobre este grupo, o qual pouco se sabe e se pesquisa em nosso meio.

REFERÊNCIAS

- (1) Markosyan KM, Babikian T, Diclemente RJ, Hirsch JS, Grigoryan S, Del RC. Correlates of HIV Risk and Preventive Behaviors in Armenian Female Sex Workers. *AIDS Behav* 2007 Mar;11(2):325-34.
- (2) Nuttbrock LA, Rosenblum A, Magura S, Villano C, Wallace J. Linking female sex workers with substance abuse treatment. *J Subst Abuse Treat* 2004 Oct;27(3):233-9.
- (3) Ward H, Pallearos A, Green A, Day S. Health issues associated with increasing use of "crack" cocaine among female sex workers in London. *Sex Transm Infect* 2000 Aug;76(4):292-3.
- (4) Luchters S, Chersich MF, Rinyiru A, Barasa MS, King'Ola N, Mandaliya K, et al. Impact of five years of peer-mediated interventions on sexual behavior and sexually transmitted infections among female sex workers in Mombasa, Kenya. *BMC Public Health* 2008;8:143.
- (5) Trevisol FS, Silva MV. HIV frequency among female sex workers in Imbituba, Santa Catarina, Brazil. *Braz J Infect Dis* 2005 Dec;9(6):500-5.
- (6) Roberts N. *As Prostitutas na História*. Rio de Janeiro: Tradução de Magda Lopes; 1998.
- (7) Moraes AF. Prostituição, trocas e convites sexuais na adolescência feminina pobre. In: Bruschini C, Hollanda HB, editors. *Horizontes plurais: novos estudos de gênero no Brasil*. São Paulo: Editora 34 / Fundação Getúlio Vargas; 1998. p. 17-50.
- (8) Lopes CS, RIVM, Pimenta RPB. A Bela Adormecida: estudo com profissionais do sexo que atendem à classe média alta e alta na cidade de Goiânia. *Psicol Soc* 2007;19(1):69-76.
- (9) Oltramari LC, Camargo BV. Representações sociais de mulheres profissionais do sexo sobre a AIDS. *Estud psicol (Natal)* 2004;9(2):317-23.
- (10) Engel MG. O Médico, a Prostituta e os Significados do Corpo. In: Vainfras R, editor. *História e sexualidade no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal; 1986.
- (11) Pirkle C, Soundardjee R, Stella A. Female sex workers in China: vectors of disease? *Sex Transm Dis* 2007 Sep;34(9):695-703.
- (12) Kraus L, Muller-Kalthoff T. Psychosocial stress preceding drug-related deaths. *Gesundheitswesen* 2002 Oct;64(10):548-53.
- (13) Passos AD, Figueiredo JF. Risk factors for sexually transmitted diseases in prostitutes and transvestites in Ribeirão Preto (SP), Brazil. *Rev Panam Salud Publica* 2004 Aug;16(2):95-101.

- (14) Strathdee SA, Philbin MM, Semple SJ, Pu M, Orozovich P, Martinez G, et al. Correlates of injection drug use among female sex workers in two Mexico-U.S. border cities. *Drug Alcohol Depend* 2008 Jan 1;92(1-3):132-40.
- (15) Tran TN, Le CL, Nguyen TL. Factors associated with inconsistent condom use among female sex workers in nha trang, Vietnam. *Asia Pac J Public Health* 2008;20(4):370-8.
- (16) Souza EM. Há 100 anos, a descoberta do *Treponema pallidum*. *An Bras Dermatol* 2005;80(5):547-8.
- (17) Rodrigues M. O sistema de justiça criminal e a prostituição no Brasil contemporâneo: administração de conflitos, discriminação e exclusão. *Soc estado* 2004;19(1):151-72.
- (18) Silva AP, BLANCHETTE T. "Nossa Senhora da Help": sexo, turismo e deslocamento transnacional em Copacabana. *Cad Pagu* 2005;(25):249-80.
- (19) Ford NJ, Koetsawang S. Narrative explorations and self-esteem: research, intervention and policy for HIV prevention in the sex industry in Thailand. *Int J Popul Geogr* 1999 May;5(3):213-33.
- (20) Szwarcwald C.L., Bastos FI, Gravato N, Lacerda R, Chequer PN, Castilho EA. The relationship of illicit drug consume to HIV-infection among commercial sex workers (CSWs) in the city of Santos, São Paulo, Brazil. *International Journal of Drug Policy* 1998;9:427-36.
- (21) Minichiello V, Marino R, Khan MA, Browne J. Alcohol and drug use in Australian male sex workers: its relationship to the safety outcome of the sex encounter. *AIDS Care* 2003 Aug;15(4):549-61.
- (22) LOPES F, BUCHALLA C, AYRES J. Black and non-Black women and vulnerability to HIV/AIDS in São Paulo, Brazil. *Rev Saúde Pública* 2007;41(supl. 2):39-46.
- (23) Barbosa Junior A, et al. Indicadores propostos pela UNGASS e o monitoramento da epidemia de Aids no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2006 Apr 1;40(supl.):15.
- (24) Andrade C. *Epidemiologia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida em prostitutas* Universidade Federal do Paraná; 1993.
- (25) Fonseca M, et al. Distribuição social da AIDS no Brasil, segundo participação no mercado de trabalho, ocupação e status sócio-econômico dos casos de 1987 a 1998. *Cad Saúde Pública* 2003;19(5):235-9.
- (26) Szwarcwald C, Castilho E. Estimativa do número de pessoas de 15 a 49 anos infectadas pelo HIV, Brasil, 1998. *Cadernos de Sa-de P-blica* 2000;16:S135-S141.
- (27) Szwarcwald CL, Barbosa-Junior A, Pascom AR, de Souza-Junior PR. Knowledge, practices and behaviours related to HIV transmission among the Brazilian population in the 15-54 years age group, 2004. *AIDS* 2005 Oct;19 Suppl 4:S51-S58.

- (28) Fonseca M, Bastos F, Derrico M, Andrade C, Travassos C, Szwarcwald C. AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. *Cadernos de Sa-de P-blica* 2000;16:S77-S87.
- (29) IBGE. Resultados da Amostra do Censo Demográfico 2000 - Malha municipal digital do Brasil: situação em 2001. Rio de Janeiro: 2004.
- (30) Szwarcwald CL, et al. Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde, 2003. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2007;5(sup. 1).
- (31) Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Prevenção às doenças sexualmente transmissíveis e AIDS dirigida à população em situação de pobreza. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
- (32) Szwarcwald CL, Bastos F, Castilho E. The dynamic of the AIDS epidemic in Brazil: A space-time analysis in the period 1987-1995. *Brazilian Journal of Infectious Diseases* 1998;2:175-86.
- (33) AIDS chief says nonoxynol-9 not effective against HIV. *AIDS Wkly* 2000 Jul 10;2-3.
- (34) Reed BD, Ford K, Wirawan DN. The Bali STD/AIDS study: association between vaginal hygiene practices and STDs among sex workers. *Sex Transm Infect* 2001 Feb;77(1):46-52.
- (35) Ghys PD, Diallo MO, Ettiegne-Traore V, Satten GA, Anoma CK, Maurice C, et al. Effect of interventions to control sexually transmitted disease on the incidence of HIV infection in female sex workers. *AIDS* 2001 Jul 27;15(11):1421-31.
- (36) Baltazar Reyes MC, Rivera Rivera L, Cruz Valdez A, Hernández Girón CA. Prevalence of sexually transmitted infections and associated risk factors among female commercial sex workers in Cuautla, Morelos. *Ginecol Obstet Mex* 2005 Jan;73:36-47.
- (37) McClelland RS, Hassan WM, Lavreys L, Richardson BA, Mandaliya K, Ndinya-Achola J, et al. HIV-1 acquisition and disease progression are associated with decreased high-risk sexual behaviour among Kenyan female sex workers. *AIDS* 2006 Oct 3;20(15):1969-73.
- (38) Piper MA, Severin ST, Wiktor SZ, Unger ER, Ghys PD, Miller DL, et al. Association of human papillomavirus with HIV and CD4 cell count in women with high or low numbers of sex partners. *Sex Transm Infect* 1999 Aug;75(4):253-7.
- (39) Ghys PD, Diallo MO, Ettiegne-Traore V, Yeboue KM, Gnaore E, Lorougnon F, et al. Genital ulcers associated with human immunodeficiency virus-related immunosuppression in female sex workers in Abidjan, Ivory Coast. *J Infect Dis* 1995 Nov;172(5):1371-4.
- (40) Brahme R, Mehta S, Sahay S, Joglekar N, Ghate M, Joshi S, et al. Correlates and trend of HIV prevalence among female sex workers attending sexually transmitted

- disease clinics in Pune, India (1993-2002). *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006 Jan 1;41(1):107-13.
- (41) Resl V, Kumpova M, Cerna L, Novak M, Pazdiora P. Prevalence of STDs among prostitutes in Czech border areas with Germany in 1997-2001 assessed in project "Jana". *Sex Transm Infect* 2003 Dec;79(6):E3.
 - (42) Barrientos J, Bozon M, Ortiz E, Arredondo A. HIV prevalence, AIDS knowledge, and condom use among female sex workers in Santiago, Chile. *Cad Saude Publica* 2007 Aug;23(8):1777-84.
 - (43) Tian LG, Ma ZE, Ruan YH, Cao XY, Huang JP, Wang DR, et al. Incidence rates of human immunodeficiency virus and syphilis as well as the rate of retention in a 6-month follow-up study of female sex workers in areas with heavy drug use in Xichang of Sichuan province, China. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi* 2006 Nov;27(11):939-42.
 - (44) Cunha V, Barcellos N, Kreitchmann R, Melo L, Fuchs S. HIV/AIDS risk among brothel-based female sex workers in China: assessing the terms, content, and knowledge of sex work. *Sex Transm Dis* 2005 Aug;32(8):516.
 - (45) Thomsen SC, Ombidi W, Toroitich-Ruto C, Wong EL, Tucker HO, Homan R, et al. A prospective study assessing the effects of introducing the female condom in a sex worker population in Mombasa, Kenya. *Sex Transm Infect* 2006 Oct;82(5):397-402.
 - (46) Zapiola I, Salomone S AA, Scolastico MC, Koessel RA, Lemus J et al. HIV-1, HIV-2, HTLV-I/II and STD among female prostitutes in Buenos Aires, Argentina. *Eur J Epidemiol* 1996;12:27-31.
 - (47) Mejia A, Bautista CT, Leal L, Ayala C, Prieto F, de la HF, et al. Syphilis Infection Among Female Sex Workers in Colombia. *J Immigr Minor Health* 2007 Oct 14.
 - (48) Eugenia Canaval G, Valencia CP, Forero Leal. Factores protectores y de riesgo para vih/sida en mujeres de Cali; Colombia. *Cienc Enferm* 2005 Dec;11(2):23-33.
 - (49) Belza M, Clavo P, Ballesteros J, Menéndez B, Castilla J, Sanz S. Social and work conditions, risk behavior and prevalence of sexually transmitted diseases among female immigrant prostitutes in Madrid (Spain). *Gac Sanit* 2004 Jun;18(3):177-83.
 - (50) Yadav G, Saskin R, Ngugi E, Kimani J, Keli F, Fonck K, et al. Associations of sexual risk taking among Kenyan female sex workers after enrollment in an HIV-1 prevention trial. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005 Mar 1;38(3):329-34.
 - (51) Governo do Estado do Ceará. IDB Ceará. 2005.
 - (52) Martsof DS, Courey TJ, Chapman TR, Draucker CB, Mims BL. Adaptive sampling: recruiting a diverse community sample of survivors of sexual violence. *J Community Health Nurs* 2006;23(3):169-82.
 - (53) Magnani R, Sabin K, Saidel T, Heckathorn D. Review of sampling hard-to-reach and hidden populations for HIV surveillance. *AIDS* 2005 May;19 Suppl 2:S67-S72.

- (54) Thompson SK, Collins LM. Adaptive sampling in research on risk-related behaviors. *Drug Alcohol Depend* 2002 Nov;68 Suppl 1:S57-S67.
- (55) Muhib FB, Lin LS, Stueve A, Miller RL, Ford WL, Johnson WD, et al. A venue-based method for sampling hard-to-reach populations. *Public Health Rep* 2001;116 Suppl 1:216-22.
- (56) Hearst N, Mandel JS, Coates TJ. Collaborative AIDS prevention research in the developing world: the CAPS experience. *AIDS* 2008 May;9 Suppl 1:S1-S5.
- (57) Peltzer K, Seoka P, Raphala S. Characteristics of female sex workers and their HIV/AIDS/STI knowledge, attitudes and behaviour in semi-urban areas in South Africa. *Curationis* 2004 Mar;27(1):4-11.
- (58) Reiche E, Morimoto H, Farias Gea. Prevalência de tripanossomíase americana, sífilis, toxoplasmose, rubéola, hepatite B, hepatite C e da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, avaliada por intermédio de testes sorológicos, em gestantes atendidas no período de 1996 a 1998 no Hospital Universitário Regional Norte do Paraná (Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil). *Rev Soc Bras Med Trop* 2000;33(6):519-27.
- (59) Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério Brasil. www.abep.org 2008 October 25 [cited 2007 Oct 10];
- (60) Boily M, Lowndes C, Alary M. The impact of HIV epidemic phases on the effectiveness of core group interventions: insights from mathematical models. *Sex Transm Infect* 2002 Apr;78 Suppl 1:i78-i90.
- (61) Ramesh BM, Moses S, Washington R, Isac S, Mohapatra B, Mahagaonkar SB, et al. Determinants of HIV prevalence among female sex workers in four south Indian states: analysis of cross-sectional surveys in twenty-three districts. *AIDS* 2008 Dec;22 Suppl 5:S35-S44.
- (62) Tran TN, Detels R, Lan HP. Condom use and its correlates among female sex workers in Hanoi, Vietnam. *AIDS Behav* 2006 Mar;10(2):159-67.
- (63) Lau JT, Choi KC, Tsui HY, Su X. Associations between stigmatization toward HIV-related vulnerable groups and similar attitudes toward people living with HIV/AIDS: Branches of the same tree? *AIDS Care* 2007 Nov;19(10):1230-40.
- (64) Rosenthal D, Oanha TT. Listening to female sex workers in Vietnam: influences on safe-sex practices with clients and partners. *Sex Health* 2006 Mar;3(1):21-32.
- (65) Lau JT, Tang AS, Tsui HY. The relationship between condom use, sexually transmitted diseases, and location of commercial sex transaction among male Hong Kong clients. *AIDS* 2003 Jan 3;17(1):105-12.
- (66) Pires I, Miranda A. Prevalência e fatores correlatos de infecção pelo HIV e sífilis em prostitutas atendidas em centro de referência DST/AIDS. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 1998;20:151-4.

- (67) IBGE detecta mudanças na família brasileira. 14-1-2009.
Ref Type: Internet Communication
- (68) Fajans P, Ford K, Wirawan DN. AIDS knowledge and risk behaviors among domestic clients of female sex workers in Bali, Indonesia. *Soc Sci Med* 1995 Aug;41(3):409-17.
- (69) Ford K, Wirawan DN. Condom use among brothel-based sex workers and clients in Bali, Indonesia. *Sex Health* 2005;2(2):89-96.
- (70) Blanchard J, Khan A, Bokhari A. Variations in the population size, distribution and client volume among female sex workers in seven cities of Pakistan. *Sex Transm Infect* 2008 Oct;84 Suppl 2:ii24-ii27.
- (71) Outwater A, Nkya L, Lwihula G, O'Connor P, Leshabari M, Nguma J, et al. Patterns of partnership and condom use in two communities of female sex workers in Tanzania. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2000 Jul;11(4):46-54.
- (72) Weeks MR, Grier M, Romero-Daza N, Puglisi-Vasquez MJ, Singer M. Streets, drugs, and the economy of sex in the age of AIDS. *Women Health* 1998;27(1-2):205-29.
- (73) Day S, Ward H, Perrotta L. Prostitution and risk of HIV: male partners of female prostitutes. *BMJ* 1993 Aug 7;307(6900):359-61.
- (74) Voeten HA, Egesah OB, Ondiege MY, Varkevisser CM, Habbema JD. Clients of female sex workers in Nyanza province, Kenya: a core group in STD/HIV transmission. *Sex Transm Dis* 2002 Aug;29(8):444-52.
- (75) Schreiner L, Paim LL, Ramos F, Cunha Filho EV, et al. Prevalência de sintomas depressivos em uma amostra de prostitutas de Porto Alegre. *Rev psiquiatr Rio Gd Sul* 2004 Apr;26(1):13-20.
- (76) Wechsberg WM, Luseno WK, Lam WK, Parry CD, Morojele NK. Substance use, sexual risk, and violence: HIV prevention intervention with sex workers in Pretoria. *AIDS Behav* 2006 Mar;10(2):131-7.
- (77) Musayon Y, Caufield C. Drug consumption and violence in female work Zapallal--Lima/Peru. *Rev Lat Am Enfermagem* 2005 Nov;13 Spec No:1185-93.
- (78) Madhivanan P, Hernandez A, Gogate A, Stein E, Gregorich S, Setia M, et al. Alcohol use by men is a risk factor for the acquisition of sexually transmitted infections and human immunodeficiency virus from female sex workers in Mumbai, India. *Sex Transm Dis* 2005 Nov;32(11):685-90.
- (79) Nemoto T, Iwamoto M, Morris A, Yokota F, Wada K. Substance use and sexual behaviors among Japanese tourists, students, and temporary workers in Honolulu, Hawaii. *AIDS Educ Prev* 2007 Feb;19(1):68-81.
- (80) Lau JT, Tsui HY, Siah PC, Zhang KL. A study on female sex workers in southern China (Shenzhen): HIV-related knowledge, condom use and STD history. *AIDS Care* 2002 Apr;14(2):219-33.

- (81) da Silveira MF, dos S, I, Beria JU, Horta BL, Tomasi E, Victora CG. Factors associated with condom use in women from an urban area in southern Brazil. *Cad Saude Publica* 2005 Sep;21(5):1557-64.
- (82) Galduroz JC, Caetano R. Epidemiology of alcohol use in Brazil. *Rev Bras Psiquiatr* 2004 May;26 Suppl 1:S3-S6.
- (83) Galduroz JC, Noto AR, Nappo SA, Carlini EA. Use of psychotropic drugs in Brazil: household survey in the 107 biggest Brazilian cities--2001. *Rev Lat Am Enfermagem* 2005 Sep;13 Spec No:888-95.
- (84) Carter K, Harry B, Jeune M, Nicholson D. HIV risk perception, risk behavior, and seroprevalence among female commercial sex workers in Georgetown, Guyana. *Rev Panam Salud Publica* 1997 Jun;1(6):451-9.
- (85) Dandona R, Dandona L, Gutierrez JP, Kumar AG, McPherson S, Samuels F, et al. High risk of HIV in non-brothel based female sex workers in India. *BMC Public Health* 2005;5:87.
- (86) Huang Y, Henderson GE, Pan S, Cohen MS. HIV/AIDS risk among brothel-based female sex workers in China: assessing the terms, content, and knowledge of sex work. *Sex Transm Dis* 2004 Nov;31(11):695-700.
- (87) Silva OA, Yonamine M. Drug abuse among workers in Brazilian regions. *Rev Saude Publica* 2004 Aug;38(4):552-6.
- (88) Nappo SA, Tabach R, Noto AR, Galduroz JC, Carlini EA. Use of anorectic amphetamine-like drugs by Brazilian women. *Eat Behav* 2002;3(2):153-65.
- (89) Nappo SA. Consumption of anorexigenic amphetamine-like drugs (diethylpropion, fenproporex and mazindol) and of d,1-fenfluramine in Brazil during the years of 1988 and 1989. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 1996 Jan;5(1):19-25.
- (90) Nappo SA, de Oliveira EM, Morosini S. Inappropriate prescribing of compounded antiobesity formulas in Brazil. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 1998 May;7(3):207-12.
- (91) Kendall C, Kerr LR, Gondim RC, Werneck GL, Macena RH, Pontes MK, 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* 2008 Jul;12(4 Suppl):S97-104.
- (92) Sarkar K, Bal B, Mukherjee R, Saha MK, Chakraborty S, Niyogi SK, et al. Young age is a risk factor for HIV among female sex workers--an experience from India. *J Infect* 2006 Oct;53(4):255-9.
- (93) Hawken MP, Melis RD, Ngombo DT, Mandaliya K, Ng'ang'a LW, Price J, et al. Part time female sex workers in a suburban community in Kenya: a vulnerable hidden population. *Sex Transm Infect* 2002 Aug;78(4):271-3.
- (94) Imade G, Sagay A, Egah D, Onwuliri V, Grigg M, Egbodo C, et al. Prevalence of HIV and other sexually transmissible infections in relation to lemon or lime juice

- douching among female sex workers in Jos, Nigeria. *Sex Health* 2008 Mar;5(1):55-60.
- (95) Ruan Y, Cao X, Qian HZ, Zhang L, Qin G, Jiang Z, et al. Syphilis among female sex workers in southwestern China: potential for HIV transmission. *Sex Transm Dis* 2006 Dec;33(12):719-23.
- (96) Cwikel JG, Lazer T, Press F, Lazer S. Sexually transmissible infections among female sex workers: an international review with an emphasis on hard-to-access populations. *Sex Health* 2008 Mar;5(1):9-16.
- (97) Wang HB, Wang N, Ma JG, Wang GX, Chang DF, Ding GW, et al. Study on the association between vaginal douching and sexually transmitted diseases among female sex workers in a county of Yunnan province. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi* 2007 Jun;28(6):558-61.
- (98) Nemoto T, Iwamoto M, Colby D, Witt S, Pishori A, Le MN, et al. HIV-related risk behaviors among female sex workers in Ho Chi Minh City, Vietnam. *AIDS Educ Prev* 2008 Oct;20(5):435-53.
- (99) Borges CF, Baptista TW. The mental health care model in Brazil: a history of policy development from 1990 to 2004. *Cad Saude Publica* 2008 Feb;24(2):456-68.
- (100) Dworkin S, Exner T, Melendez R, Hoffman S, Ehrhardt AA. Revisiting "Success": Posttrial analysis of a gender-specific HIV/STD prevention intervention. *AIDS Behav* 2006 Jan;10(1):41-51.
- (101) Dandona L, Sisodia P, Kumar SG, Ramesh YK, Kumar AA, Rao MC, et al. HIV prevention programmes for female sex workers in Andhra Pradesh, India: outputs, cost and efficiency. *BMC Public Health* 2005;5:98.
- (102) Morisky DE, Stein JA, Chiao C, Ksobiech K, Malow R. Impact of a social influence intervention on condom use and sexually transmitted infections among establishment-based female sex workers in the Philippines: a multilevel analysis. *Health Psychol* 2006 Sep;25(5):595-603.
- (103) Williams JR, Foss AM, Vickerman P, Watts C, Ramesh BM, Reza-Paul S, et al. What is the achievable effectiveness of the India AIDS Initiative intervention among female sex workers under target coverage? Model projections from southern India. *Sex Transm Infect* 2006 Oct;82(5):372-80.

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de consentimento livre e esclarecido

Estamos convidando você a participar de uma pesquisa que será realizada nos municípios de Fortaleza, Sobral, Juazeiro do Norte/Crato entre pessoas que referem práticas sexuais em troca de favores/dinheiro (profissionais do sexo). Os objetivos principais deste estudo são: estudar o que vem correndo nesta categoria em anos recentes, em relação a seus aspectos comportamentais, de atitudes e práticas, assim como determinar os fatores que estão associados a estes aspectos, em diferentes regiões do estado. Espera-se que com as informações colhidas os programas de prevenção as DST E AIDS junto a esta população possam ser melhor planejados de forma a melhorar a qualidade de vida destas pessoas. As informações colhidas poderão melhorar a qualidade de vida destas pessoas.

Você deverá responder a um questionário. Caso a amostra ainda não tenha sido atingida, você também deverá indicar uma IDSTa de pessoas que também tenham práticas semelhantes e que não sejam seus parentes, nem amigos muito próximos. Será garantido o total sigilo das informações que você nos fornecer. Seu nome não será relacionado ao formulário, mas constará apenas a este termo. A entrevista não oferecerá risco à sua saúde. Você pode deixar de responder as questões que não e sentir confortável em responder e pode interromper a qualquer momento, se desejar.

Aos participantes será *oferecida* a possibilidade de realização de exame para HIV e para Sífilis, sendo colhida uma amostra de sangue para realização destes testes após a realização da entrevista. A(o) participante que aceitar a realização destes testes, será fornecido uma senha e indicado o laboratório para posterior recebimento do resultado e demais esclarecimentos (aconselhamento). Será garantido o total sigilo das informações que você nos fornecer assim como o anonimato, de acordo com as normas éticas da investigação científica no Brasil. Seu nome não será relacionado ao questionário, amostra de sangue e/ou ao resultado das sorologias.

Em caso de dúvida, você poderá procurar por Ligia Regina Sansigolo Kerr Pontes, no telefone 4009-8044 ou 4009-8050 ou Raimunda Hermelinda Maia Macena, no telefone 9909.5669 ou o Comitê de Ética do Hospital São José de Doenças Infecciosas, no telefone 3433.4343.

Portanto, eu _____ declaro que compreendi o estudo e aceito participar do referido projeto nas seguintes modalidades:

Respondendo o questionário: _____

Realizando o exame de sangue: _____

Entrevistador: _____

Assinatura do entrevistador: _____

Local _____ e data ____/____/____

Apêndice B – Modelo de formulário

Definição Operacional do(a) Entrevistado(a): Homens/mulheres que tenham tido sexo manual, vaginal, anal ou oral com outro homem/mulher ou com ambos nos últimos 6 meses, tendo recebido para isso gratificação monetária/presentes/favores.

P001 N° DO QUESTIONÁRIO | ____|____|____|____|____|____|

P002 CIDADE: | _____|

INTRODUÇÃO: “Meu nome é..... Eu estou trabalhando para o projeto de pesquisa da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA)/Universidade Federal do Ceará (UFC)/Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS – Ceará(GAPA-CE). Eu estou entrevistando pessoas em Fortaleza com o propósito de colher informações sobre” conhecimento, práticas sexuais e prevalência de HIV e Sífilis entre Profissionais do Sexo. Você já foi entrevistado nas últimas 4 semanas para este estudo? **SE O ENTREVISTADO JÁ TIVER RESPONDIDO A ESTE LEVANTAMENTO NÃO O FAÇA NOVAMENTE.** Fale que você não poderá entrevistá-lo novamente, agradeça e encerre a entrevista.Se não tiver sido entrevistado anteriormente, continue:

CONFIDENCIALIDADE E CONSENTIMENTO: O presente projeto refere-se a um estudo que está sendo realizado simultaneamente em 3 municípios do Ceará, entre profissionais do sexo (masculino e feminino). Os objetivos principais do levantamento são: estudar o que vem correndo nesta categoria em anos recentes, em relação a seus aspectos comportamentais, de atitudes e práticas, assim como determinar os fatores que estão associados a estes aspectos, em diferentes regiões do estado. Espera-se que com as informações colhidas os programas de prevenção as DST e aids junto a esta população possam ser melhor planejados de forma a melhorar a qualidade de vida destas pessoas. Após a leitura e a concordância com este termo, será realizada uma entrevista baseada em um formulário previamente elaborado, com perguntas abertas e fechadas, objetivando colher informações sobre aspectos sócio-demográficos, comportamentos, práticas sexuais e conhecimentos sobre DST e aids. Aos participantes será *oferecida* a possibilidade de realização de exame para HIV e para Sífilis, sendo colhida uma amostra de sangue para realização destes testes após a realização da entrevista. A(o) participante que aceitar a realização destes testes, será fornecido uma senha e indicado o laboratório para posterior recebimento do resultado e demais esclarecimentos (aconselhamento). Será garantido o total sigilo das informações que você nos fornecer assim como o anonimato, de acordo com as normas éticas da investigação científica no Brasil. Seu nome não será relacionado ao questionário, amostra de sangue e/ou ao resultado das sorologias. Você não tem que responder qualquer questão que você não queira e você poderá encerrar esta entrevista a qualquer momento. O questionário e as amostras coletadas serão identificados apenas por códigos. A entrevista não oferecerá risco à sua saúde e a colheita de material para exame (sangue) é praticamente indolor, feita a partir de uma punção (furo) no dedo médio da sua mão. Entretanto, sua honestidade em responder estas questões irá nos ajudar a melhor entender os conhecimentos, as práticas sexuais que por ventura colocam estas pessoas sob risco para o HIV e Sífilis. Nos agradeceríamos muito a sua ajuda em responder esta pesquisa. As perguntas irão levar alguns minutos. Você concorda em participar?

ENTREVISTA

COLETA DE SANGUE

(Assinatura do entrevistador certificando que o consentimento informado foi dado verbalmente pelo entrevistado)

Visita do entrevistador:

P003 LOCAL: | _____|

P004 VDSTA: 1ª VISITA 2ª VISITA 3ª VISITA

P005 FORMA DE RECRUTAMENTO: 1. CLUSTER 2. REDE DE AMIZADE 3. OUTROS

P006 ENTREVISTADOR: Código [____|____] Nome: | _____|

P007 DATA: ____/____/____ - P008 HORÁRIO: ____: ____ H

SUPERVISOR: Assinatura: | _____| Data: ____/____/____

SEÇÃO 1: ANTECEDENTES PESSOAIS

N°	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGOS/CATEGORIAS	PULE PARA
P103	Você estudou até que série? (CIRCULE UMA)	NÃO FREQUENTEI A ESCOLA 1 PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO 2 PRIMEIRO GRAU COMPLETO 3 Segundo grau incompleto 4 Segundo grau completo 5 6 7 Pós-Graduação SUPERIOR 9 NÃO RESPONDEU	
P100	Sexo do entrevistado	MASCULINO 1 FEMININO 2	
P102	Que idade você completou no seu último aniversário? (compare e corrija a pergunta P101 se necessário) - MARQUE A MELHOR RESPOSTA	IDADE JÁ COMPLETADA __ __ 1 NÃO SABE 88 NÃO RESPONDEU 99	
P107	Qual a sua religião?	CATÓLICO 1 EVANGÉLICO/PROTESTANTE 2 AFRO-BRASILEIRA 3 NÃO TENHO RELIGIÃO 4 ATEU 5 OUTRA _____ 6 NÃO SEI 8 NÃO RESPONDEU 9	
P108	Qual a sua raça/cor?	BRANCA 1 NEGRA 2 PARDO 3 AMARELO 4 ÍNDIO 5 OUTRA _____ 6 NÃO SEI 8 NÃO RESPONDEU 9	
P105	Onde mais você trabalhou como profissional do sexo antes de vir para esta cidade?	_____ NUNCA TRABALHOU EM OUTRA LOCALIDADE 00 NÃO RESPONDEU 99	
P104	Há quanto tempo você mora nesta Cidade? MARQUE 00 SE MENOS DE 1 ANO	NÚMERO DE ANOS __ __ 1 NÃO SABE 88 NÃO RESPONDEU 99	
P101	Em que mês e ano você nasceu?	MÊS NÃO SABE O MÊS __ __ 1 NÃO RESPONDEU 88 99 ANO NÃO SABE O ANO __ __ 1 NÃO RESPONDEU 88 99	
P106	Em que cidade você nasceu?	_____ NÃO SABE 88 NÃO RESPONDEU 99	

SEÇÃO 2: CASAMENTO, FAMÍLIA, TRABALHO

N°	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGOS/CATEGORIAS	PULE PARA
P201	Você está ATUALMENTE casado(a) ou morando com algum(a) companheiro(a)/parceiro(a)?	CASADO(A), MORANDO COM O(A) CONJUGE 1 CASADO(A), MORANDO COM OUTRO(A) PARCEIRO(A) 2 CASADO(A), NÃO MORANDO COM O(A) CONJUGE 3 NÃO CASADO(A), MORANDO COM UM(A) PARCEIRO(A) 4 5 NÃO CASADO(A), NÃO MORANDO COM PARCEIRO(A) 9 NÃO RESPONDEU	→P204 →P204 →P204
P202	Você já foi casado(a)?	SIM 1 NÃO 2 NÃO RESPONDEU 9	→P204 →P204
P203	Que idade você tinha quando casou pela primeira vez?	IDADE EM ANOS __ __ 1 NÃO SABE 88 NÃO RESPONDEU 99	
P204	Com que idade você recebeu dinheiro em troca de sexo pela primeira vez?	IDADE EM ANOS __ __ 1 NÃO SABE 88 NÃO RESPONDEU 99	

P205	Você tem alguma outra renda além da recebida pelo trabalho de profissional de sexo?	SIM 1 NÃO 2 NÃO RESPONDEU 9	→P207
P206	Qual o outro trabalho?	_____] NÃO RESPONDEU 9	
P207	Você sustenta alguém no momento ou ajuda na renda da casa? (filhos, pais, outros)	SIM 1 NÃO 2 NÃO RESPONDEU 9	→P301
P208	Quantas pessoas você sustenta no momento?	NÚMERO DE PESSOAS I _ I _ I NÃO SABE 88 NÃO RESPONDEU 99	

SEÇÃO 3: HDSTÓRICO SEXUAL: QUANTIDADE E TIPO DE PARCEIROS

P301	Agora eu gostaria de saber algumas coisas sobre os seus parceiros(as) sexuais... Com que idade você teve sua primeira relação sexual?	IDADE EM ANOS I _ I _ I NÃO LEMBRA 88 NÃO RESPONDEU 99	
P302	Levando-se em consideração apenas os últimos sete dias (uma semana), quantos parceiros sexuais você teve: • PARCEIROS(AS)/CLIENTES (pagantes): Com quantas pessoas você teve sexo em troca de dinheiro? ----- • PARCEIROS(AS) (não pagantes): Parceiros com quem você teve relações sexuais sem pagamento. (INCLUINDO MARIDO/ESPOSA E/OU COMPANHEIRO(A) COM QUEM VOCÊ RESIDE)	CLIENTES (PAGANTES) MASCULINOS I _ I _ I CLIENTES (PAGANTES) FEMININOS I _ I _ I NÃO SABE 88 NÃO RESPONDEU 99 PARCEIROS(AS) (NÃO PAGANTES) MASC. I _ I _ I PARCEIROS(AS) (NÃO PAGANTES) FEM. I _ I _ I NÃO SABE 88 NÃO RESPONDEU 99	
P303	Com quantos parceiros(as) diferentes você teve relações sexuais nos últimos sete dias (uma semana)? INCLUINDO MARIDO/ESPOSA E/OU COMPANHEIRO(A) COM QUEM VOCÊ RESIDE NOTA: CONFIRA O NÚMERO TOTAL DE PARCEIROS(AS) EM P302 E P303 PARA TER CERTEZA QUE A SOMA ESTÁ CORRETA.	QUANTIDADE NA ÚLTIMA SEMANA I _ I _ I NÃO SABE 88 NÃO RESPONDEU 99	
P304	Quantos dos seus parceiros sexuais nos últimos sete (7) dias (última semana) foram: (SE NENHUM UTILIZAR 00, COMPARAR COM P302)	MULHERES I _ I _ I HOMENS I _ I _ I	

SEÇÃO 4: HDSTÓRICO SEXUAL: PARCEIROS/CLIENTES (PAGANTES)

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGOS/CATEGORIAS	PULE PARA
P401	No seu último dia de trabalho, quantos clientes você atendeu?	QTD. DE CLIENTES I _ I _ I NÃO SABE 88 NÃO RESPONDEU 99	
P402	A última vez que você manteve relações sexuais com um cliente, quanto você recebeu? ARREDONDAR PARA INTEIROS	R\$ _____ NÃO SABE 88 NÃO RESPONDEU 99	
P403	A última vez que você manteve relações sexuais, você e seu cliente usaram preservativo?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8 NÃO RESPONDEU 9	→P405 →P406
P404	Quem sugeriu usar o preservativo na ocasião? MARQUE UMA	EU 1 PARCEIRO(A) 2 DECISÃO CONJUNTA 8 NÃO SABE 9 NÃO RESPONDEU 9	→P406 →P406 →P406 →P406
P405	Porque você ou seu cliente não usaram preservativo na ocasião? MARQUE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS (MARQUE "2" PARA NÃO RESPONDEU)	SIM NÃO NS NÃO TÍNHAMOS 1 2 8 MUITO CARO 1 2 8 PARCEIRO(A) RECUSOU 1 2 8 NÃO GOSTAMOS 1 2 8 USEI OUTRO MÉTODO 1 2 8 ACHEI QUE NÃO ERA PRECISO 1 2 8 NÃO PENSEI NISSO 1 2 8 OUTRO _____ 1 2 8	
P406	Com que frequência você e todos os seus CLIENTES usaram preservativos nos últimos trinta dias?	TODAS AS VEZES 1 QUASE TODAS AS VEZES 2	

		ALGUMAS VEZES	3	
		NUNCA	4	
		NÃO SABE	8	
		NÃO RESPONDEU	9	

SEÇÃO 5: HDSTÓRICO SEXUAL: PARCEIROS (NÃO PAGANTES)

P501	FILTRO: CONFIRA P302 - ASSINALAR COM UM "X" TEVE PARCEIROS NÃO PAGANTES __ ↓ NÃO TEM PARCEIROS NÃO PAGANTES __ →			→P601
P502	Tente lembrar de seu mais recente parceiro(a) sexual não pagante. Quantas vezes você teve relações sexuais com esta pessoa nos últimos trinta dias)	NÚMERO DE VEZES __ __ __ NÃO SABE 88 NÃO RESPONDEU 99		
P503	A última vez que você teve relações sexuais com este(a) parceiro(a) NÃO PAGANTE, vocês usaram preservativo?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8 NÃO RESPONDEU 9		→P505 →P505
P504	Por que vocês não usaram preservativo na ocasião? MARQUE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS (MARQUE "2" PARA NÃO RESPONDEU)	SIM NÃO NS NÃO TÍNHAMOS 1 2 8 MUITO CARO 1 2 8 PARCEIRO(A) RECUSOU 1 2 8 NÃO GOSTAMOS 1 2 8 USEI OUTRO MÉTODO 1 2 8 ACHEI QUE NÃO ERA PRECISO 1 2 8 NÃO PENSEI NISSO 1 2 8 OUTRO _____ 1 2 8		
P505	Quem sugeriu o uso de preservativo na ocasião? MARQUE UMA	EU 1 MEU COMPANHEIRO(A) 2 DECISÃO CONJUNTA 3 NÃO SABE 8 NÃO RESPONDEU 9		
Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGOS/CATEGORIAS		PULE PARA
P506	Com que frequência você e seus parceiros(as) NÃO PAGANTES usaram preservativo nos últimos 06 meses? LER OS ITENS	TODAS AS VEZES 1 QUASE TODAS AS VEZES 2 ALGUMAS VEZES 3 NUNCA 4 NÃO SABE 8 NÃO RESPONDEU 9		
P507	O(a) seu parceiro(a) NÃO PAGANTE sabe que você trabalha como profissional do sexo(faz programa)?	SIM 1 NÃO 2 NÃO SEI 8 NÃO RESPONDEU 9		

SEÇÃO 6A: PRESERVATIVOS

P601	Você sabe de algum lugar ou pessoa onde você possa obter preservativos masculinos?	SIM 1 NÃO 2 NÃO RESPONDEU 9		→P603
P602	Que lugares ou pessoas você conhece onde pode obter preservativos masculinos?... Algum outro? LEIA E MARQUE TODAS AS RESPOSTAS	SIM NÃO NS LOJA 1 2 8 FARMÁCIA 1 2 8 SUPERMERCADO 1 2 8 CLÍNICA/POSTO DE SAÚDE 1 2 8 HOSPITAL 1 2 8 CLÍNICA DE PLANEJ. FAMILIAR 1 2 8 BAR/HOTEL/MOTEL 1 2 8 ONG/MULTIPLICADORES 1 2 8 AMIGO 1 2 8 OUTRO _____ 1 2 8		
P603	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?	NÚMERO DE PRESERVATIVOS DISPONÍVEIS __ __ __ NÃO RESPONDEU 99		
P604	Você (ou sua parceira) já usou preservativo feminino?	SIM 1 NÃO 2 NÃO RESPONDEU 9		

SEÇÃO 6B: ÁLCOOL E DROGAS

P605	Durante as últimas quatro semanas (último mês) com que frequência você bebeu bebidas alcoólicas? Você diria... DÊ AS OPÇÕES - MARQUE UMA	NÃO BEBI/NÃO BEBO TODO DIA PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA OU NUNCA NÃO SABE NÃO RESPONDEU	0 1 2 3 8 9
P606	Algumas pessoas têm experimentado uma grande variedade de drogas. Qual destas, se alguma, você já experimentou? DÊ AS OPÇÕES - MARQUE TODAS QUE SE APLICAM		
		SIM NÃO NS NR	
	Maconha	1 2 8 9	
	Cocaina	1 2 8 9	
	Crack	1 2 8 9	
	Anfetaminas (Bolinha, Artane, Ripnol, Aranha, etc...)	1 2 8 9	
	Inalantes (lança-perfume, loló, cola, éter, esmalte, tinta clorofórmio, solvente)	1 2 8 9	
P607	Você já utilizou agulhas e seringas para consumir alguma droga? Qual droga? _____	SIM NÃO NÃO SEI NÃO RESPONDEU	1 2 8 9

SEÇÃO 7: DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS - DSTs

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGOS/CATEGORIAS	PULE PARA
P701	Você já ouviu falar de doenças que são transmitidas através de relações sexuais?	SIM NÃO NÃO RESPONDEU	1 2 9 →P704
P702	Você pode descrever algum sintoma na MULHER de doença sexualmente transmissível que você conhece?...Algum outro? NÃO LEIA AS OPÇÕES - CIRCULE 1 PARA TODOS OS SINTOMAS MENCIONADOS - CIRCULE 2 PARA TODOS OS SINTOMAS NÃO MENCIONADOS - MAIS DE UMA RESPOSTA É POSSÍVEL	SIM NÃO NS DOR ABDOMINAL 1 2 8 CORRIMENTO GENITAL 1 2 8 ARDÊNCIA AO URINAR 1 2 8 ÚLCERAS GENITAIS/FERIMENTO 1 2 8 CORRIMENTO COM ODOR 1 2 8 INCHAÇO NA REGIÃO DA VIRILHA 1 2 8 COCEIRA 1 2 8 INFLAMAÇÃO 1 2 8 VERRUGA 1 2 8 OUTRO _____ 1 2 8	
P703	Você pode descrever algum sintoma no HOMEM de doença sexualmente transmissível que você conhece? ...Algum outro? NÃO LEIA AS OPÇÕES - CIRCULE 1 PARA TODOS OS SINTOMAS MENCIONADOS - CIRCULE 2 PARA TODOS OS SINTOMAS NÃO MENCIONADOS - MAIS DE UMA RESPOSTA É POSSÍVEL	SIM NÃO NS CORRIMENTO GENITAL 1 2 8 ARDÊNCIA AO URINAR 1 2 8 ÚLCERAS GENITAIS/FERIMENTO 1 2 8 CORRIMENTO COM ODOR 1 2 8 INCHAÇO NA REGIÃO DA VIRILHA 1 2 8 VERRUGA 1 2 8 OUTRO _____ 1 2 8	
P704	Você teve algum corrimento genital nos últimos doze meses?	SIM NÃO NÃO SABE NÃO RESPONDEU	1 2 8 9
P705	Você teve alguma úlcera/ferimento/verruga genital nos últimos doze meses?	SIM NÃO NÃO SABE NÃO RESPONDEU	1 2 8 9
P706	Você teve algumas das seguintes doenças nos últimos 12 meses? LEIA OS ÍTENS	SIM NÃO NÃO SEI NR	
	Hepatite B	1 2 8 9	
	Gonorréia	1 2 8 9	
	Sífilis	1 2 8 9	
	Herpes genital ou anal	1 2 8 9	
	Verrugas nos genitais ou ânus/Condiloma	1 2 8 9	
	Clamídia/tricomoníase	1 2 8 9	
P707	Você já foi vacinado(a) contra hepatite B	SIM NÃO NÃO SEI NÃO RESPONDEU	1 2 8 9

P708	Você fez prevenção do câncer uterino nos últimos 12 meses?				SIM 1 NÃO 2 NÃO SE APLICA 3 NÃO SEI 8 NÃO RESPONDEU 9		
SOMENTE PARA MULHERES PARA OS HOMENS MARQUE NÃO SE APLICA							
P709	TEVE CORRIMENTO GENITAL E/OU ULCERAÇÕES GENITAIS NOS ÚLTIMOS 12 MESES ____	NÃO TEVE CORRIMENTO GENITAL E/OU ULCERAÇÕES GENITAIS NOS ÚLTIMOS 12 MESES ____ →				→P801	
Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGOS/CATEGORIAS				PULE PARA	
	Quais das iniciativas abaixo você tomou na última vez que você teve ÚLCERA/FERIMENTO/VERRUGA genital ou CORRIMENTO genital?						
LEIA AS OPÇÕES – MAIS DE UMA RESPOSTA É POSSÍVEL							
		SIM	NÃO	NÃO SEI	NR		
1.	Foi atendido e/ou medicado em clínica ou hospital do governo?	1	2	8	9		
2.	Foi atendido e/ou medicado em clínica ou hospital mantido pela igreja ou outro órgão de caridade?	1	2	8	9		
3.	Foi atendido e/ou medicado em clínica ou hospital particular?	1	2	8	9		
4.	Consultou-se ou se medicou em uma farmácia?	1	2	8	9		
5.	Consultou-se ou se medicou com uma rezadeira?	1	2	8	9		
6.	Tomou remédios que você já tinha em casa?	1	2	8	9		
7.	Contou ao seu parceiro sexual sobre o corrimento/Doença Sexualmente Transmissível?	1	2	8	9		
8.	Parou de Ter relações sexuais quando percebeu os sintomas?	1	2	8	9		
9.	Usou preservativo quando manteve relações sexuais, quando percebeu que estava com os sintomas?	1	2	8	9		

SEÇÃO 8: CONHECIMENTO, OPINIÕES E ATITUDES EM RELAÇÃO À HIV/AIDS

P801	Você já ouviu falar de HIV ou de uma doença chamada AIDS?				SIM 1 NÃO 2 NÃO RESPONDEU 9		→P901
P802	Você conhece alguém que foi infectado com HIV ou que tenha/teve AIDS?				SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8 NÃO RESPONDEU 9		→P804 →P804
P803	Você tem/teve algum parente próximo ou amigo próximo que foi infectado com HIV ou que tenha/teve AIDS?	SIM	NÃO	NS	NR		
		PARENTE PRÓXIMO	1	2	8	9	
		AMIGO	1	2	8	9	
P804	Podem as pessoas se protegerem do HIV, o vírus que causa a AIDS, usando corretamente preservativo todas as vezes que têm relações sexuais?				SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8 NÃO RESPONDEU 9		
P805	Pode alguém se contaminar com HIV através de picada de mosquitos?				SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8 NÃO RESPONDEU 9		
P806	Podem as pessoas se proteger do vírus HIV tendo relações sexuais com um parceiro fiel que não tem HIV/AIDS?				SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8 NÃO RESPONDEU 9		
P807	As pessoas se protegem totalmente do vírus HIV deixando de praticar relações sexuais?				SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8 NÃO RESPONDEU 9		
P808	Pode uma pessoa ser infectada pelo vírus HIV ao compartilhar uma refeição com alguém que está infectado?				SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8 NÃO RESPONDEU 9		
P809	Pode uma pessoa ser infectada pelo vírus HIV ao usar seringas com agulhas que já foram usadas por outras pessoas?				SIM 1 NÃO 2 NÃO SABE 8 NÃO RESPONDEU 9		
Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGOS/CATEGORIAS				PULE PARA	

P810	Você acha que uma pessoa com aparência saudável pode está infectada pelo vírus HIV, o vírus que causa a AIDS?	SIM NÃO NÃO SABE NÃO RESPONDEU	1 2 8 9	
P811	Pode uma mulher grávida infectada com HIV/AIDS transmitir o vírus para o seu bebê durante a gestação?	SIM NÃO NÃO SABE NÃO RESPONDEU	1 2 8 9	
P812	Pode uma mulher infectada pelo HIV/AIDS transmitir o vírus para o bebê recém-nascido durante a amamentação?	SIM NÃO NÃO SABE NÃO RESPONDEU	1 2 8 9	
P813	VOCÊ NÃO PRECISA ME DIZER O RESULTADO , mas você já fez algum teste para saber se tem o vírus HIV?	SIM NÃO NÃO RESPONDEU	1 2 9	→P901
P814	Você fez o teste por iniciativa própria ou por indicação/exigência de alguém?	VOLUNTARIAMENTE INDICAÇÃO NÃO RESPONDEU	1 2 9	
P815	VOCÊ NÃO PRECISA ME DIZER O RESULTADO , mas você tomou conhecimento do resultado do seu (último) teste?	SIM NÃO NÃO RESPONDEU	1 2 9	
P816	Quando você fez o seu mais recente teste de HIV?	MENOS DE UM ANO ATRAS ENTRE 1-2 ANOS ATRÁS ENTRE 3-4 ANOS ATRÁS HÁ MAIS DE 4 ANOS NÃO SABE NÃO RESPONDEU	1 2 3 4 8 9	

SEÇÃO 9: FONTES DE INFORMAÇÃO

P901	Nos últimos 6 meses, você: (LEIA OS ITENS ABAIXO) quantas vezes (FREQUÊNCIA)?					
	Atividade	S	N	NS	NR	FQ
	Recebeu camisinha gratuitamente de alguma ONG/AIDS (GAPA-CE, GRAB, APROCE, etc.)?	1	2	8	9	□□□□
	Participou de alguma oficina sobre sexo seguro?	1	2	8	9	□□□□
	Você foi abordado por algum multiplicador de alguma ONG/AIDS sobre prevenção do HIV/AIDS?	1	2	8	9	□□□□
	Recebeu algum material educativo de alguma ONG/AIDS (GAPA-CE, GRAB, APROCE, etc.)?	1	2	8	9	□□□□
	Recebeu camisinha gratuitamente da Séc. Saúde (SESA-CE)?	1	2	8	9	□□□□
	Recebeu algum material educativo da Séc. Saúde (SESA-CE)?	1	2	8	9	□□□□
	Participou de alguma palestra/treinamento sobre HIV/AIDS?	1	2	8	9	□□□□
	AssDSTiu a algum vídeo educativo sobre HIV/AIDS da SESA-CE ou de alguma ONG/AIDS?	1	2	8	9	□□□□
	Recebeu alguma informação sobre DST E AIDS de outra fonte? Qual? _____	1	2	8	9	□□□□

SEÇÃO 10: RENDA E CLASSE

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CÓDIGOS/CATEGORIAS	PULE PARA
P1001	Renda pessoal Quanto você ganhou no último mês (renda mensal)?	_____ NÃO SEI NÃO RESPONDEU	8 9
P1002	Renda familiar Quanto a sua família (ou as pessoas com quem você mora) ganharam em CONJUNTO no último mês?	_____ NÃO SEI NÃO RESPONDEU	8 9

P1003	Qual a escolaridade do chefe da sua família (ou com quem você mora)?	ANALFABETO 1 PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO 2 PRIMEIRO GRAU COMPLETO 3 SEGUNDO GRAU INCOMPLETO 4 SEGUNDO GRAU COMPLETO 5 SUPERIOR 6 PÓS-GRADUAÇÃO 7 NÃO SEI 8 NÃO RESPONDEU 9					
P1004	Quanto destes itens você possui em sua casa? (CIRCULE A QUANTIDADE)						
	Itens	QUANTIDADE				NS	NR
	Aspirador de pó	0	1	2	3	4+	8 9
	Automóvel	0	1	2	3	4+	8 9
	Banheiro	0	1	2	3	4+	8 9
	Empregada mensalDSTa	0	1	2	3	4+	8 9
	Freezer (ou parte da duplex)	0	1	2	3	4+	8 9
	Geladeira duplex	0	1	2	3	4+	8 9
	Geladeira simples	0	1	2	3	4+	8 9
	Máquina de lavar roupa	0	1	2	3	4+	8 9
	Rádio	0	1	2	3	4+	8 9
	TV em cores	0	1	2	3	4+	8 9
	Videocassete	0	1	2	3	4+	8 9

PARA USO DA SUPERVISÃO – NÃO PREENCHER

P1101	Sorologias	VISITA				LACEN			
		POS	NEG	INC	NR	POS	NEG	INC	NR
	HIV	1	0	8	9	1	0	8	9
	Sífilis	1	0	8	9	1	0	8	9

Apêndice C – Termo de fiel depositário

Por este instrumento particular de Compromisso de Fiel Depositário, em que são partes de um lado Lígia Regina Sansigolo Kerr, brasileira, nacionalidade, divorciada, médica, RG 8.246.607-5 (SSP/SP), CPF 122.257.348-28, residente e domiciliado à Rua Bento Albuquerque nº 1300 apto 701, na cidade de Fortaleza, Ceará e, de outro lado Rogério Costa Gondim, brasileiro, solteiro, enfermeiro, RG: 210815/81, CPF: 261.078.723-53, residente e domiciliado à Rua Júlio César nº 420, na cidade de Fortaleza, Ceará, têm, entre si, como justo e contratado o que se segue:

CLÁUSULA PRIMEIRA: Os FIÉIS DEPOSITÁRIOS declaram para todos os efeitos legais e sob as penas da lei, que receberam da DEPOSITANTE, para, solidariamente, guardar e custodiar as informações do banco de dados sobre comportamento sexual e práticas de profissionais do sexo masculino e feminino para DST/AIDS, construído no ano de 2003, através de pesquisa de estudo seccional, analítico e transversal, realizado pelo GA-PA-CE, com apoio financeiro da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará e apoio técnico da Universidade Federal do Ceará através do Departamento de Saúde comunitária.

CLÁUSULA SEGUNDA: As informações, objeto deste COMPROMISSO DE FIEL DEPOSITÁRIO, se encontram depositada no endereço localizado na Rua Castro e Silva, 121 – sala 308 – Centro, na cidade de Fortaleza, Ceará.

CLÁUSULA TERCEIRA: O presente instrumento constitui prova suficiente de que a DEPOSITANTE entregou, nesta data, aos FIÉIS DEPOSITÁRIOS, a informação descrita e qualificada na CLÁUSULA PRIMEIRA.

CLÁUSULA QUARTA: A informação objeto deste COMPROMISSO DE FIEL DEPOSITÁRIO, descrita na CLÁUSULA PRIMEIRA, será entregue à DEPOSITANTE, ou a quem ele indicar, tão logo seja solicitada.

CLÁUSULA QUINTA: Os FIÉIS DEPOSITÁRIOS declaram que o compromisso de depósito será gratuito, isentando a DEPOSITANTE de quaisquer responsabilidades éticas, financeiras e legais.

CLÁUSULA SEXTA: As partes elegem o Foro da Comarca de Fortaleza, para dirimir eventuais controvérsias oriundas deste COMPROMISSO DE FIEL DEPOSITÁRIO.

CLÁUSULA SÉTIMA: Firmam o presente COMPROMISSO DE FIEL DEPOSITÁRIO, para os fins de direito, em 2 (duas) vias de igual teor, perante as testemunhas abaixo identificadas.

Fortaleza, 10 de outubro de 2007.

1ª TESTEMUNHA – CPF

2ª TESTEMUNHA – CPF

ANEXOS

Anexo A – Parecer do CEP

FACULDADE INTEGRADA DO CEARÁ



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Of. No. 146/2007

Protocolo do CEP: 085//07

Pesquisador responsável: Ligia Regina Franco Sansiologo Kerr

Titulo do Projeto: Prostituição, Educação Preventiva e AIDS: Análise de Comportamentos e Atitudes em três municípios do Ceará.

Levamos ao conhecimento de V. Sa que o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/FIC) da Faculdade Integrada do Ceará 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 Resolução Nº 251 de 07 de agosto de 1997, publicadas no Diário Oficial, em 16 de outubro de 1996 e 23 de setembro de 1997, respectivamente, **APROVOU** o projeto supracitado na reunião extraordinária do dia 27(vinte e sete) de outubro do ano corrente.

Outrossim, gostaríamos de relembrar que:

1. O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
2. O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP/FIC, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
3. O CEP/FIC deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.
4. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP/FIC de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.
5. Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP/FIC ao término do estudo, período máximo **27/10/2008**.

Fortaleza, 27 de outubro de 2007.

Cristiano Teles de Sousa

VICE-PRESIDENTE DO CEP/FIC

Anexo B – Artigo da linha de pesquisa

Anexo C – Artigo da tese

Female sex workers: factors that increase their vulnerability in an area of Northeastern Brazil

Raimunda Hermelinda Maia Macena, MPh

e-mail: lindamacena@gmail.com

Integrated University of Ceará

Rua Visconde de Mauá, 1940 - Dionísio Torres - Fortaleza - CE, 60125-160

Phone: 55-85-3456-4100; Fax: 55-85-3366-8045

Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr, PhD (correspondent author)

e-mail: ligiakerr@gmail.com or ligia@ufc.br

Federal University of Ceará

Departamento de Saúde Comunitária

Rua Prof Costa Mendes, 1608 - 5o. andar - Rodolfo Teófilo - CEP: 60.430-971 - Fortaleza -

CE – Brazil; Phone: 55-85-3366-8044; Fax: 55-85-3366-8045

Carl Kendall, PhD

e-mail: carl.kendall@gmail.com

Center for Global Health Equity

Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine

1440 Canal Street, Suite 1191

New Orleans, LA 70112 – USA

Phone: 504 988-2334; Fax: 504-988-0576

Florence Kerr-Corrêa, PhD

e-mail: fkerrcorrea@gmail.com

Department of Neurology and Psychiatry

State University of São Paulo

Botucatu Medical School, District of Rubião Junior

CEP: 18.618-970 - Botucatu – SP - Brazil

Phone: 55-14-3811-6260 or 55-14-3811-6089; Fax: 3815-5965

Telma Alves Martins, MPh

e-mail: telmaa@saude.ce.gov.br

State Health Office of Ceará

Av. Almirante Barroso, 600 - Praia de Iracema, Fortaleza – Ce – Brazil

Phone: 55-85-31015202; fax: 55-85-31015284

Rogério Costa Gondim, PhD

e-mail: rogeriocgondim@terra.com.br ; rcgondim@gmail.com

Federal University of Ceará

Department of Community Health

Rua Prof Costa Mendes, 1608 - 5o. andar - Rodolfo Teófilo - CEP: 60.430-971 - Fortaleza -

CE – Brazil; Phone: 55-85-3366-8044; Fax: 55-85-3366-8045

ABSTRACT

Background: FSW are more vulnerable to HIV and other STDs, especially in poor areas such as Northeastern Brazil. The objective of this study is to analyze the risk factors for HIV among FSW in Ceará state located in this region.

Methods: A cross-sectional study was conducted in four municipalities of Ceará state with a sample population of 819 FSWs. Recruitment of sex workers used snowball sampling. A questionnaire collected variables concerning sociodemographics, sexual behavior, HIV knowledge, behavior, and drug use. Association between unprotected sex (US) and various predictors was evaluated by a multivariate logistic regression model.

Results: We found that women older than 20, poorly educated, with a stable partner and who reported an STD in the last year were more likely to be engaged in US. Those who were vaccinated against Hepatitis B and who lived in an area where a specific FSW NGO works with HIV prevention were found to be less at risk to HIV infection.

Conclusions: FSWs studied were shown to be quite vulnerable. Some more proximate causes of risk behavior, such as alcohol use before sex, were not shown to be associated with risky sexual behavior. Especially for these seasoned sex workers, often women living alone and raising families, NGOs and other efforts to address personal needs seem to provide protective effects. Because sex workers have higher STD and HIV rates, and because they serve as bridges to the general population, these NGO efforts should be redoubled.

Key words: Female Sex Workers; HIV; STD; Brazil

INTRODUCTION

Prostitution is found in every country irrespective of development status (1-5). This occupation exposes the individual to a wide range of health risks (6-8). Added to this, the social stigma related to this occupation is high. Prostitutes face exclusion from family, friends, partners, clients and even health services (9;10). Female sex workers (FSW) are more vulnerable to HIV and other STDs, use more drugs, and are vulnerable to sexual and other kinds of violence (11-13).

In Brazil, the AIDS epidemic is characterized as concentrated with important differences in magnitude across regions, gender and socioeconomic status (14;15). FSW, men who have sex with men and intravenous drugs users are considered the subgroups most vulnerable to HIV in the country (16;17).

In Brazil, prostitution is more common among the poorest sectors in big urban centers. Recent studies showed that socioeconomic inequality overall is still an important factor in access to information and health resources (18;19). The Northeast is one of the poorest regions in the country, but has a relatively low level epidemic. However, MSM and other most at risk populations have levels similar to those of MSM in other parts of the country, and the greatest rate of epidemic growth was observed among women who belong to low socioeconomic status (15).

Vulnerable groups such as FSW can play a bridging role through clients in disseminating STDs among the general population (20-22). In this kind of epidemic modest interventions could significantly reduce the incidence of HIV (23-28).

Despite the vulnerability that makes sex workers an important population for public health, there are very few studies in Brazil focusing on female sex workers (FSW), especially in poor

areas such as the Northeast. The objective of this study was to analyze the risk factors for HIV among FSW from three regions of Ceará state located in this region of Brazil.

METHODS

Setting

A cross-sectional study was conducted in four municipalities of Ceará state with a sample population of 819 FSWs. Criteria used to select the four cities were the size of the population and geographic organization. Fortaleza is by far the largest city in the state – and center of the largest number of sex workers - was to be included. The other cities enrolled in the study were required to have more than 100,000 inhabitants in order to have relatively large population of FSWs.

Since 1998 Ceará state has undergone a process called micro-regionalization. This process consists of a geographic organization of municipalities that are interdependent and coordinate health services. Municipalities chosen for the study (Fortaleza, Juazeiro do Norte, Sobral and Crato) represent Ceará state's largest micro-regions, are located in different areas of the State, and represent the sociodemographic and economic diversity of the state.

Fortaleza city is the capital of Ceará state. It is the fifth largest city in Brazil and in 2004 was identified as the most visited internal tourist destination in the country. Cariri region is located in the south of the state and is comprised of three cities. Two of the most important were studied: Juazeiro do Norte and Crato. Juazeiro do Norte is considered one of the biggest religious centers in Latin America, attracting thousands of people. Crato links to important cities in neighboring states. Sobral is the main city of northwest and second most important in the state. This city has the second largest industrial area in the state (29;30). Sobral and Fortaleza have a Female Sex Worker's Non Governmental Organization that implements prevention activities in the area but none of the cities in Cariri have one.

Population and Sample

In order to be included in the study a woman had to report having sex for money in the previous six months. Recruitment of sex workers used snowball sampling, and in Fortaleza, venue based sampling. In Fortaleza, prior to sampling, brothels and streets where FSWs are found were mapped. In the other cities - Sobral, Juazeiro do Norte and Crato - only snowball sampling was used. Snowball sampling is a chain-referral sampling method that uses members of the target population as seeds to recruit other members of the population. These identified members were asked to identify other members, and so on, until a sample of the desired size is achieved.

Data Collection

Data were collected using a questionnaire adapted from national and international surveys (31;32). The questionnaire included variables concerning sociodemographics, sexual behavior, HIV knowledge, behavior, and drug use.

A total of 30 interviewers were selected. Criteria for selection included prior community experience conducting research with sex workers or working to address sex worker problems. Interviewers were trained to approach respondents, explain the study, and seek consent to participate. They also received refresher training in standardized data collection techniques. Great efforts were made to provide privacy during interviews and to maintain confidentiality. Interviews were conducted in the work place or at a meeting place indicated by FSWs.

Rapid test (Determine) for HIV and syphilis were used. Those who tested positive were sent to a local Reference Laboratory for confirmatory testing (Western Blot and VDRL).

Most interviews (83.2%) were conducted during the Brazilian high tourist season, when tourism is intense in Ceará state (July – 62.3%; August -19.2% and September – 15.9%). Inter-

views took place during the afternoon (53.4%) and night (31.3%) in bars (54.2%), brothels (17.5%) and streets/squares (16.8%).

Ethical Approval

The study was submitted and approved by the Ethics Committee of Faculdade Integrada do Ceará in Fortaleza, Brazil, Protocol number 085/07.

Measures

With respect to sociodemographic characteristics, the FSW were asked about place of residence, their age, marital status, educational level, religion, and economic class. Social class was measured using the Brazil Criteria 2008, based on estimates of the purchasing power of individuals and families in urban area in Brazil (33).

Respondents were also asked to describe their sexual behavior, number of clients in the last night, condom use with clients and partners, and history of STDs. Having had a STD was defined as those women who reported having had any one of vaginal discharge/ulcer, hepatitis B, gonorrhea, syphilis, genital or anal herpes or warts, or Chlamydia in the last 12 months.

Correct knowledge about AIDS was considered to exist if the respondent mentioned: any sexual or blood contact without a condom; condom as an effective protection against HIV; and pregnancy and delivery.

The outcome variable named unprotected sex (US) was a dichotomous measure defined as any sexual relationship without a condom with clients in the past 7 days and with non-clients in the last month.

Analysis

Data were entered with Epi Info, 6.04 from Center for Disease Control and Prevention (CDC/WHO) and analyzed with STATA™, 10.0, STATA Corporation, Texas, and USA.

Wilcoxon rank test and Fisher's exact test were used to compare US with the independent variables separately. Associations between the outcome measure and various predictors were assessed using Fisher's exact test. Cluster effect for area of residence was taken into account. These predictor variables were then considered ($p < 0.20$) for exclusion in a multivariate logistic regression models to assess their independent effects. Possible confounding effects and potential interactions among the outcome variable were explored in the final model.

RESULTS

Most of respondents (65.3%) lived in Fortaleza, capital of Ceará state, 16.0% in Sobral and 18.7% Cariri. The majority of women (53.2%) were between 20-30 years of age (mean=26.7, sd=7.4), were currently single (85.7%) but have been married previously (44.1%). More than $\frac{3}{4}$ reported they support someone financially, had less than 8 years of study (72.5%), belonged to a lower economic class (C,D,E) (78.4%), and defined themselves as Catholic (80.6%). More than half (60.9%) had a sexual debut when they were less than 15 years old and 62.2% started prostitution younger than 20 years of age (mean=19.7, sd=5.1). Sixty two percent of participants reported having had no more than two clients in the last night (mean=2.0, sd=1.8). Safe sex is more common with clients (88.8%) than with non-clients (30.7%) and about 1/3 (35.1%) have had USI. More than half (53.6%) reported a STD in the last year, the majority (85.0%) of all the women accepted the HIV and syphilis rapid test resulting in 2.1% (15/689) positive for HIV and 19.8% to syphilis. The majority (83.1%) reported using alcohol in the previous month, 44.2% once a week and almost one fourth reported drinking alcohol every day (27.4%). More than half (54.8%) reported illicit drug consumption during their lifetimes with a predominance reporting marijuana (45.4%).

Cocaine (27.1%) and amphetamine (25.2%) (Table 1) are reported as well by a considerable proportion of the women.

More FSW older than 30 tend to report a stable partner (20.8% versus 11.7%; $p=0.001$); are more likely to support someone financially (82.6% versus 75.6%; $p=0.03$); be less educated (9.0% versus 1.9% illiterate and only 13.7% versus 27.6% with more than 8 years; $p<0.001$); belong to belong to a low social class (85.6% versus 75.4%; $p=0.005$); report more clients in the last week (28.8% versus 19.2%; $p=0.008$); use fewer condoms with a client (20.6% versus 7.4%; $p<0.001$); charged less for sex (mean: US\$16.8 versus US\$24.1; sd US\$20.3 versus US\$30.9; median: US\$10.0 versus US\$15.0; range: US\$1.5 to US\$250.0 versus US\$2.5 to US\$425.0; $p<0.001$); and were more likely to be engaged in risky behavior (41.3% versus 32.6%; $p=0.02$). Those women also tested positive more frequently for syphilis (37.1% versus 8.9%; $p=0.002$) but did not differ for HIV ($p=0.38$); and drank less (85.7% versus 76.5%, $p=0.002$) than younger women. Those FSW who are younger than 30 years reported their sexual debut at a younger age and charged money for sex for the first time at a younger age ($p<0.001$ for both); were more likely to report the use of alcohol (85.7% versus 76.5%; $p=0.002$) and cocaine (29.7% versus 20.8%; $p=0.01$) but fewer reported intravenous drug use (1.7% versus 4.3%; $p=0.04$) (Table 2).

In the bivariate analysis assessing USI, we found that those older than 20, living in Cariri area, with low education and engaged in a stable relationship, have had a STD, not have been vaccinated against Hepatitis B, have reported less than 7 partners in the last week or more than 7 clients in the last night and living in an area of the state with no prostitute NGO were more likely to be engaged in risky sex. Remarkably, no association between risky sex and alcohol use or any other drugs was observed (Table 3).

In the multivariate analysis (Table 4) we found that women older than 20, poorly educated, with a stable partner and who reported an STD in the last year were more likely to be engaged in USI. Those who were vaccinated against Hepatitis B and who lived in an area where a specific FSW NGO works with HIV prevention were found to be less at risk to HIV infection.

DISCUSSION

Our study showed that FSWs investigated in Ceará state are clearly vulnerable to HIV and other STDs. Although condom use with clients is relatively high, the use with non-clients decreased significantly (24;34-37). Our population is very poor, most belonging to social class D and E (the lowest in Brazilian social class hierarchy) and can have many difficulties in negotiating condom use with some customers and especially with a stable partner where gender roles can play an important role in bargaining power (17;38).

In the last decade, in Brazil, female headed-families increased to a current 35%, from 22.9% in 1995, and 30.6% in 2005 (39). New gender roles for women (working outside of the home and increasing financial independence) partly explain these phenomena. The profile of our population is very similar to that found in poor Brazilian women as a whole and it is understandable that low education, poverty, and the lack of a stable relationship with a partner sustains to the need to exchange sex for money (14;15;18).

In our study and in most of studies in Brazil FSW started both their sexual life and prostitution at an earlier age (37). Sexual debut is taking place earlier for women and the FSW pattern did not differ from Brazilian women in general (40). However, we found that age and low education can increase risk substantially, affecting the amount of money charged, sexual practices and use of condom (41;42). Older women, in general, report more stable partners, worked more on the street (data not displayed), they charge less for sex, report more

frequently that they have to support others financially, and report less condom use (32;37;43). In fact, the “stable partner” can be an old client being treated as a “boyfriend”(44;45).

The prevalence of daily and weekly alcohol consumption in our study was found to be very high. FSW venues like bars reveal a difficult scenario where drinking is part of work (11;46;47). Sex workers meet clients in bars, where alcohol overcomes clients’ inhibitions. Drug use can play the same role, both for clients and sex workers, and the use of drugs among FSWs has been identified as one of the strategies to cope with the psychological burden of prostitution (48;49). Although alcohol has been found associated with risky sex (50-52), in a population-based study among woman in Brazil (53) and in our study we did not observe this. In Brazil, including Ceará, alcohol is a low cost licit drug that is widely used by all social classes (54;55) and one possible explanation for the lack of association could be that the great majority (85.0%) of our population reported use of alcohol in the last month. Furthermore, Government and NGOs provide condom and prevention materials to the bars and brothels where FSWs work. Our finding that women who work in the street are at higher risk for unprotected sex could reinforce that hypothesis.

Cocaine and marijuana were reported used. The pattern for old and young FSW was different. IUD was reported at a lower percentage but significantly higher for older women. A recent report notes that crack use is rising in some countries and in Brazil, including Ceará State (56). Although amphetamine-like drugs are considered legal in Brazil they are frequently misused for aesthetic purposes (57). According to the International Narcotic Control Board Brazil is one of the countries that imports the largest quantities of these drugs. The culture of slimness is widespread in Brazil and has been considered the main cause for the onset of this “epidemic” of unnecessary use of appetite suppressants for aesthetic purposes among women (59;60). Due to its beautiful beaches, warm climate and low cost of living Ceará attracts tourists from all over the world. This combination also encourages sexual tourism and stimulates

prostitution (61;62). A woman's body becomes an "instrument" that needs to be kept slim to attract the client. We found an excess of alcohol intake among those women that usually is accompanied by high calorie snacks. The use of amphetamine-like drugs was found particularly prevalent among these women and perhaps this is related to controlling their job-related drinking and eating.

As opposed to what we have observed among other vulnerable populations in Ceará (63), the majority of the studied FSW accepted testing for syphilis and HIV. They tested positive for HIV at a much lower percentage than studies in Brazil (37;64;65) and many studies worldwide (66-71) but higher than the prevalence in other countries (72-74). On the other hand, this result is 13 times higher than the estimated prevalence (0.16%) for woman between 15 to 49 years during the same period in Northeast region (75). The epidemic in Ceará is much more recent than those in other areas of Brazil where most studies have been carried out and that could justify the lower prevalence. Furthermore, some of those other studies were performed in a harbors, in health care services where FSW attended, and some among drug users and other in African countries where HIV is highly prevalent (76). Related to syphilis serostatus, our population presented a higher prevalence in general than in some countries (70;77;78) and other areas in Brazil like Vitória (64) where the prevalence was 8.3%. STDs are correlated with poverty, low education, drug use, high number of partners, infrequent condom use, and precocious sexual debut (51;70); all present in Ceará, one of the poorest region in Brazil.

FSW who lived in a city and/or area where a FSW NGO exists were found at less risk of unprotected sex. Many of these NGOs are composed of FSWS and members of other at risk populations. NGOs are funded by the government to develop peer-mediated interventions to promote behavioral changes, improve knowledge, awareness of HIV serostatus, and decrease stigma. All these actions could explain the high acceptance of an HIV test, the high rate of hepatitis B vaccination, and the high percentage of condom use with clients in the areas with

NGOs. Information by itself was not found associated with high risk in our sample. Evidently the NGOs provide not only information as other sources but also offer tools for HIV prevention that improve their self-esteem. Studies have shown that FSW that have no participation in FSW support groups present with low self-esteem, and do not practice safe sex especially when they have to face a high level of economic pressure (24;27;28;79-81).

We recognize there is a limitation in the interpretation of our data due to the use of the snow-ball sampling technique. Therefore, it may be possible that FSWs have a better knowledge and more appropriate behavior than the FSWs investigated in this study.

In conclusion, the FSW studied were shown to be quite vulnerable. Some more proximate causes of risk behavior, such as alcohol use before sex, were not shown to be associated with risky sexual behavior. During the last few decades, AIDS cases in Brazil have shown that socioeconomic conditions are an important factor producing vulnerability. Risky behaviors are concentrated among populations that live in poverty and in regions with less socioeconomic development like the Northeast, where Ceará is located (16). The effects of these socioeconomic conditions, and age, seem to be more diffuse, and entangled with poverty. As women age they become less attractive to clients, and have less control of reimbursements and behavior. Especially for these seasoned sex workers, often women living alone and raising families, NGOs and other efforts to address personal needs seem to provide protective effects. Because sex workers have higher STD and HIV rates, and because they serve as bridges to the general population, these NGO efforts should be redoubled. False morality about "supporting" sex work should not get in the way of addressing impoverished populations needs or addressing the HIV pandemic.

References

1. Markosyan KM, Babikian T, Diclemente RJ et al. Correlates of HIV Risk and Preventive Behaviors in Armenian Female Sex Workers. *AIDS Behav* 2007; 11:325-334.
2. Nuttbrock LA, Rosenblum A, Magura S et al. Linking female sex workers with substance abuse treatment. *J Subst Abuse Treat* 2004; 27:233-239.
3. Trevisol FS, Silva MV HIV frequency among female sex workers in Imbituba, Santa Catarina, Brazil. *Braz J Infect Dis* 2005; 9:500-505.
4. Ward H, Pallearos A, Green A et al. Health issues associated with increasing use of "crack" cocaine among female sex workers in London. *Sex Transm Infect* 2000; 76:292-293.
5. Passos AD, Figueiredo JF [Risk factors for sexually transmitted diseases in prostitutes and transvestites in Ribeirao Preto (SP), Brazil]. *Rev Panam Salud Publica* 2004; 16:95-101.
6. Kraus L, Muller-Kalthoff T [Psychosocial stress preceding drug-related deaths]. *Gesundheitswesen* 2002; 64:548-553.
7. Ward H, Pallearos A, Green A et al. Health issues associated with increasing use of "crack" cocaine among female sex workers in London. *Sex Transm Infect* 2000; 76:292-293.
8. Passos AD, Figueiredo JF [Risk factors for sexually transmitted diseases in prostitutes and transvestites in Ribeirao Preto (SP), Brazil]. *Rev Panam Salud Publica* 2004; 16:95-101.
9. Nuttbrock LA, Rosenblum A, Magura S et al. Linking female sex workers with substance abuse treatment. *J Subst Abuse Treat* 2004; 27:233-239.
10. Wechsberg WM, Luseno WK, Lam WK et al. Substance use, sexual risk, and violence: HIV prevention intervention with sex workers in Pretoria. *AIDS Behav* 2006; 10:131-137.
11. Szwarcwald CL, Bastos FI, Gravato N et al. The relationship of illicit drug consume to HIV-infection among commercial sex workers (CSWs) in the city of Santos, São Paulo, Brazil. *International Journal of Drug Policy* 1998; 9:427-436.
12. Minichiello V, Marino R, Khan MA et al. Alcohol and drug use in Australian male sex workers: its relationship to the safety outcome of the sex encounter. *AIDS Care* 2003; 15:549-561.
13. Lopes F, Buchalla C, Ayres J Black and non-Black women and vulnerability to HIV/AIDS in São Paulo, Brazil. *Rev Saúde Pública* 2007; 41:39-46.
14. Fonseca MG, Bastos FI, Derrico M et al. AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. *Cad de Saúde Pública* 2000; 16:S77-S87.

15. Fonseca M.G.P, et al Distribuição social da AIDS no Brasil, segundo participação no mercado de trabalho, ocupação e status sócio-econômico dos casos de 1987 a 1998. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:235-239.
16. Barbosa Junior A, et al Indicadores propostos pela UNGASS e o monitoramento da epidemia de Aids no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2006; 40:-15.
17. Lau JT, Choi KC, Tsui HY et al. Associations between stigmatization toward HIV-related vulnerable groups and similar attitudes toward people living with HIV/AIDS: Branches of the same tree? *AIDS Care* 2007; 19:1230-1240.
18. Szwarcwald C, et al Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde, 2003. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2007; 5.
19. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS *Prevenção às doenças sexualmente transmissíveis e AIDS dirigida à população em situação de pobreza*. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
20. Blanchard JF, Khan A, Bokhari A Variations in the population size, distribution and client volume among female sex workers in seven cities of Pakistan. *Sex Transm Infect* 2008; 84 Suppl 2:ii24-ii27.
21. Rosenthal D, Oanha TT Listening to female sex workers in Vietnam: influences on safe-sex practices with clients and partners. *Sex Health* 2006; 3:21-32.
22. Luan RS, Zeng YL, Fan L et al. [A study on acquired immune deficiency syndrome related behaviors in male clients of female sex workers]. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi* 2005; 26:101-105.
23. Boily MC, Lowndes C, Alary M The impact of HIV epidemic phases on the effectiveness of core group interventions: insights from mathematical models. *Sex Transm Infect* 2002; 78 Suppl 1:i78-i90.
24. Luchters S, Chersich MF, Rinyiru A et al. Impact of five years of peer-mediated interventions on sexual behavior and sexually transmitted infections among female sex workers in Mombasa, Kenya. *BMC Public Health* 2008; 8:143.
25. Benzaken AS, Galban GE, Sardinha JC et al. [Community-based intervention to control STD/AIDS in the Amazon region, Brazil]. *Rev Saude Publica* 2007; 41 Suppl 2:118-126.
26. Wechsberg WM, Luseno WK, Lam WK et al. Substance use, sexual risk, and violence: HIV prevention intervention with sex workers in Pretoria. *AIDS Behav* 2006; 10:131-137.
27. Morisky DE, Stein JA, Chiao C et al. Impact of a social influence intervention on condom use and sexually transmitted infections among establishment-based female sex workers in the Philippines: a multilevel analysis. *Health Psychol* 2006; 25:595-603.
28. Dworkin SL, Exner T, Melendez R et al. Revisiting "Success": Posttrial analysis of a gender-specific HIV/STD prevention intervention. *AIDS Behav* 2006; 10:41-51.

29. IBGE *Resultados da Amostra do Censo Demográfico 2000 - Malha municipal digital do Brasil: situação em 2001*. Rio de Janeiro: 2004.
30. Governo do Estado do Ceará *IDB Ceará*. 2005.
31. Hearst N, Mandel JS, Coates TJ Collaborative AIDS prevention research in the developing world: the CAPS experience. *AIDS* 1995; 9 Suppl 1:S1-S5.
32. Peltzer K, Seoka P, Raphala S Characteristics of female sex workers and their HIV/AIDS/STI knowledge, attitudes and behaviour in semi-urban areas in South Africa. *Curationis* 2004; 27:4-11.
33. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa Critério Brasil. [www.abep.org]. October 2008; Available at: www.abep.org. Accessed October 10, 2007.
34. Tran Thi TM, Le CL, Nguyen TL Factors associated with inconsistent condom use among female sex workers in nha trang, Vietnam. *Asia Pac J Public Health* 2008; 20:370-378.
35. Tran TN, Detels R, Lan HP Condom use and its correlates among female sex workers in Hanoi, Vietnam. *AIDS Behav* 2006; 10:159-167.
36. Ramesh BM, Moses S, Washington R et al. Determinants of HIV prevalence among female sex workers in four south Indian states: analysis of cross-sectional surveys in twenty-three districts. *AIDS* 2008; 22 Suppl 5:S35-S44.
37. Trevisol F, Silva M HIV frequency among female sex workers in Imbituba, Santa Catarina, Brazil. *Braz J Infect Dis* 2005; 9:500-505.
38. Lopes CSRIVM, Pimenta RPB A Bela Adormecida: estudo com profissionais do sexo que atendem à classe média alta e alta na cidade de Goiânia. *Psicol Soc* 2007; 19:69-76.
39. IBGE detecta mudanças na família brasileira. 1-14-2009.
Ref Type: Internet Communication
40. Szwarcwald CL, Barbosa-Junior A, Pascom AR et al. Knowledge, practices and behaviours related to HIV transmission among the Brazilian population in the 15-54 years age group, 2004. *AIDS* 2005; 19 Suppl 4:S51-S58.
41. Outwater A, Nkya L, Lwihula G et al. Patterns of partnership and condom use in two communities of female sex workers in Tanzania. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2000; 11:46-54.
42. Lau JT, Tang AS, Tsui HY The relationship between condom use, sexually transmitted diseases, and location of commercial sex transaction among male Hong Kong clients. *AIDS* 2003; 17:105-112.
43. Weeks MR, Grier M, Romero-Daza N et al. Streets, drugs, and the economy of sex in the age of AIDS. *Women Health* 1998; 27:205-229.

44. Voeten HA, Egesah OB, Ondiege MY et al. Clients of female sex workers in Nyanza province, Kenya: a core group in STD/HIV transmission. *Sex Transm Dis* 2002; 29:444-452.
45. Day S, Ward H, Perrotta L Prostitution and risk of HIV: male partners of female prostitutes. *BMJ* 1993; 307:359-361.
46. Nemoto T, Iwamoto M, Colby D et al. HIV-related risk behaviors among female sex workers in Ho Chi Minh City, Vietnam. *AIDS Educ Prev* 2008; 20:435-453.
47. Nemoto T, Iwamoto M, Morris A et al. Substance use and sexual behaviors among Japanese tourists, students, and temporary workers in Honolulu, Hawaii. *AIDS Educ Prev* 2007; 19:68-81.
48. Nuttbrock LA, Rosenblum A, Magura S et al. Linking female sex workers with substance abuse treatment. *J Subst Abuse Treat* 2004; 27:233-239.
49. Schreiner L, Paim LL, Ramos F et al. Prevalência de sintomas depressivos em uma amostra de prostitutas de Porto Alegre. *Rev psiquiatr Rio Gd Sul* 2004; 26:13-20.
50. Lau JT, Tsui HY, Siah PC et al. A study on female sex workers in southern China (Shenzhen): HIV-related knowledge, condom use and STD history. *AIDS Care* 2002; 14:219-233.
51. Yadav G, Saskin R, Ngugi E et al. Associations of sexual risk taking among Kenyan female sex workers after enrollment in an HIV-1 prevention trial. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005; 38:329-334.
52. Madhivanan P, Hernandez A, Gogate A et al. Alcohol use by men is a risk factor for the acquisition of sexually transmitted infections and human immunodeficiency virus from female sex workers in Mumbai, India. *Sex Transm Dis* 2005; 32:685-690.
53. da Silveira MF, dos S, I, Beria JU et al. Factors associated with condom use in women from an urban area in southern Brazil. *Cad Saude Publica* 2005; 21:1557-1564.
54. Galduroz JC, Caetano R [Epidemiology of alcohol use in Brazil]. *Rev Bras Psiquiatr* 2004; 26 Suppl 1:S3-S6.
55. Galduroz JC, Noto AR, Nappo SA et al. [Use of psychotropic drugs in Brazil: household survey in the 107 biggest Brazilian cities--2001]. *Rev Lat Am Enfermagem* 2005; 13 Spec No:888-895.
56. Silva OA, Yonamine M Drug abuse among workers in Brazilian regions. *Rev Saude Publica* 2004; 38:552-556.
57. Nappo SA, Tabach R, Noto AR et al. Use of anorectic amphetamine-like drugs by Brazilian women. *Eat Behav* 2002; 3:153-165.
58. INCB *Psychotropic substances. Statistics for 1992*. New York: 1993.

59. Nappo SA Consumption of anorexigenic amphetamine-like drugs (diethylpropion, fenproporex and mazindol) and of d,l-fenfluramine in Brazil during the years of 1988 and 1989. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 1996; 5:19-25.
60. Nappo SA, de Oliveira EM, Morosini S Inappropriate prescribing of compounded anti-obesity formulas in Brazil. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 1998; 7:207-212.
61. Lopes CdS, Rabelo IVM, Pimenta et al. A Bela Adormecida: estudo com profissionais do sexo que atendem à classe média alta e alta na cidade de Goiânia. *Psicol Soc* 2007; 19:69-76.
62. SILVA APd, BLANCHETTE T "Nossa Senhora da Help": sexo, turismo e deslocamento transnacional em Copacabana. *Cad Pagu* 2005;249-280.
63. Kendall C, Kerr LR, Gondim RC 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* 2008; 12:S97-104.
64. Andrade Neto JL. Epidemiologia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida em prostitutas. 1-112. 1993. Universidade Federal do Paraná.
Ref Type: Thesis/Dissertation
65. Pires I, Miranda A Prevalência e fatores correlatos de infecção pelo HIV e sífilis em prostitutas atendidas em centro de referência DST/AIDS. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 1998; 20:151-154.
66. Tran TN, Detels R, Lan HP Condom use and its correlates among female sex workers in Hanoi, Vietnam. *AIDS Behav* 2006; 10:159-167.
67. Sarkar K, Bal B, Mukherjee R et al. Young age is a risk factor for HIV among female sex workers--an experience from India. *J Infect* 2006; 53:255-259.
68. Carter KH, Harry BP, Jeune M et al. HIV risk perception, risk behavior, and seroprevalence among female commercial sex workers in Georgetown, Guyana. *Rev Panam Salud Publica* 1997; 1:451-459.
69. Strathdee SA, Philbin MM, Semple SJ et al. Correlates of injection drug use among female sex workers in two Mexico-U.S. border cities. *Drug Alcohol Depend* 2008; 92:132-140.
70. Hawken MP, Melis RD, Ngombo DT et al. Part time female sex workers in a suburban community in Kenya: a vulnerable hidden population. *Sex Transm Infect* 2002; 78:271-273.
71. Imade G, Sagay A, Egah D et al. Prevalence of HIV and other sexually transmissible infections in relation to lemon or lime juice douching among female sex workers in Jos, Nigeria. *Sex Health* 2008; 5:55-60.
72. Belza M, Clavo P, Ballesteros J et al. Social and work conditions, risk behavior and prevalence of sexually transmitted diseases among female immigrant prostitutes in Madrid (Spain). *Gac Sanit* 2004; 18:177-183.

73. Ruan Y, Cao X, Qian HZ et al. Syphilis among female sex workers in southwestern China: potential for HIV transmission. *Sex Transm Dis* 2006; 33:719-723.
74. Resl V, Kumpova M, Cerna L et al. Prevalence of STDs among prostitutes in Czech border areas with Germany in 1997-2001 assessed in project "Jana". *Sex Transm Infect* 2003; 79:E3.
75. Szwarcwald C, Castilho E Estimativa do número de pessoas de 15 a 49 anos infectadas pelo HIV, Brasil, 1998. *Cadernos de Sa-de P-blica* 2000; 16:S135-S141.
76. Cwikel JG, Lazer T, Press F et al. Sexually transmissible infections among female sex workers: an international review with an emphasis on hard-to-access populations. *Sex Health* 2008; 5:9-16.
77. Mejia A, Bautista CT, Leal L et al. Syphilis Infection Among Female Sex Workers in Colombia. *J Immigr Minor Health* 2007.
78. Wang HB, Wang N, Ma JG et al. [Study on the association between vaginal douching and sexually transmitted diseases among female sex workers in a county of Yunnan province]. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi* 2007; 28:558-561.
79. Nemoto T, Iwamoto M, Colby D et al. HIV-related risk behaviors among female sex workers in Ho Chi Minh City, Vietnam. *AIDS Educ Prev* 2008; 20:435-453.
80. Wechsberg WM, Luseno WK, Lam WK et al. Substance use, sexual risk, and violence: HIV prevention intervention with sex workers in Pretoria. *AIDS Behav* 2006; 10:131-137.
81. Williams JR, Foss AM, Vickerman P et al. What is the achievable effectiveness of the India AIDS Initiative intervention among female sex workers under target coverage? Model projections from southern India. *Sex Transm Infect* 2006; 82:372-380.