



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COMUNITÁRIA**

**ELIS PASSOS SANTANA**

**CONHECIMENTO DO AUTOTESTE DE HIV POR MULHERES  
TRABALHADORAS DO SEXO NO BRASIL**

**SALVADOR**

**2019**

**ELIS PASSOS SANTANA**

**CONHECIMENTO DO AUTOTESTE DE HIV POR MULHERES  
TRABALHADORAS DO SEXO NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva/UFBA, para obtenção do título de Mestrado em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Inês Costa Dourado  
Coorientador: Prof. Dr. Laio Magno Santos de Sousa

Área de concentração: Epidemiologia

**SALVADOR**

**2019**

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA),  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Passos Santana, Elis  
CONHECIMENTO DO AUTOTESTE DE HIV POR MULHERES  
TRABALHADORAS DO SEXO NO BRASIL / Elis Passos  
Santana, Inês Dourado, Laio Magno. -- Salvador, 2019.  
118 f.

Orientadora: Inês Dourado.

Coorientador: Laio Magno.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós Graduação em  
Saúde Coletiva) -- Universidade Federal da Bahia,  
Instituto de Saúde Coletiva/ UFBA, 2019.

1. Profissionais do sexo. 2. HIV. 3. Autoteste. I.  
Dourado, Inês. II. Magno, Laio. I. Dourado, Inês. II.  
Magno, Laio. III. Título.

**ELIS PASSOS SANTANA**

**CONHECIMENTO DO AUTOTESTE DE HIV POR MULHERES  
TRABALHADORAS DO SEXO NO BRASIL**

**Banca Examinadora**

Profa. Dr<sup>a</sup> Maria Inês Costa Dourado Orientadora  
(Instituto de Saúde Coletiva – UFBA, Salvador/BA)

Prof. Dr. Laio Magno Santos de Sousa – Coorientador  
(Universidade do Estado da Bahia– UNEB, Salvador/BA)

Profa. Dra Ana Maria de Brito  
(Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fiocruz/PE)

Profa. Dr<sup>a</sup> Florisneide Rodrigues Barreto  
(Instituto de Saúde Coletiva – UFBA, Salvador/BA)

**SALVADOR**

**2019**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora querida, por tamanha inspiração e compreensão, e por ser uma pesquisadora que enche os nossos olhos de brilho.

Agradeço ao meu coorientador Laio, pela parceria e sabedoria compartilhada!

Agradeço às e aos colegas do ISC, pela compaixão suave e terna nessa trajetória acadêmica, deixando os dias mais felizes, em especial a Taia, Steffane, Ângelo, Natanael e Felipe.

Ao grupo do NEPADI, com carinho especial a Talita, Fabiane, Ricardo, Marcelo, Filipe e Acácia por abrirem os caminhos e por tanta alegria associada à pesquisa!

Agradeço às amigas da UFBA por serem mais que colegas de trabalho, me enchendo de força e deixando o cotidiano acadêmico mais cheio de amor.

Aos colegas do CEDAP, por vibrarem com mais essa conquista na minha vida, especialmente Ailton, Marli e Renata, que tanto acreditaram no meu sucesso.

Às pessoas que convivem com o HIV, que cruzaram o meu caminho, por serem as grandes motivadoras dessa minha busca e dedicação. Obrigada por compreenderem a minha ausência nesse momento e assim mesmo torcerem pelo meu crescimento. Essa luta é nossa!

Às mulheres trabalhadoras sexuais, meu máximo respeito. Obrigada por me permitirem ser ainda mais livre após as vivências e leituras das suas produções! Obrigada por contribuírem para a realização desta pesquisa.

Às minhas parceiras de vida, mestras e mestrandas, Mariana, Fernanda, Kellimila e Rita, meu muito obrigada pela irmandade e por verem beleza em tudo o que faço!

Ao meu amoroso companheiro, por dividir os projetos mais lindos de vida e de formação não acadêmica, deixando meu coração mais pleno e cheio de fundamento. Adupé!

Ao meu pai e à minha mãe, exímios educadores, dentro e fora de casa, meu eterno agradecimento pela educação libertadora que nos deram e por serem o arco que disparou essa flecha. Às minhas irmãs, fontes de inspiração e apoio para a realização desse sonho. Ubuntu. Eu sou porque nós somos!

E por fim, um agradecimento especial a essa sementinha que brota dentro de mim, fruto de muito amor e desejo, que chega para marcar um início de uma nova etapa e o desenvolvimento de uma nova maestria.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1.</b> Mapa de política e implementação de Programas de HTS que incluem o ATHIV. OMS, 2018.....	19
<b>Figura 2.</b> Modelo conceitual de conhecimento e recusa de compra do autoteste de HIV por Mulheres Trabalhadoras do Sexo.....	24
<b>Figura 3.</b> Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Manaus segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016.....	53
<b>Figura 4.</b> Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Belém segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016.....	54
<b>Figura 5.</b> Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Fortaleza segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016.....	55
<b>Figura 6.</b> Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Recife segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016.....	56
<b>Figura 7.</b> Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Salvador segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016.....	57
<b>Figura 8.</b> Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Belo Horizonte segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016.....	58
<b>Figura 9.</b> Rede de mulheres trabalhadoras do sexo no Rio de Janeiro segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016.....	59
<b>Figura 10.</b> Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em São Paulo segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016.....	60
<b>Figura 11.</b> Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Curitiba segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016.....	61
<b>Figura 12.</b> Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Porto Alegre segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016.....	62
<b>Figura 13.</b> Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Campo Grande segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016.....	63
<b>Figura 14.</b> Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Brasília segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016.....	64

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Número amostral de mulheres trabalhadoras do sexo e número de sementes segundo cidade. Brasil, 2016.....	51
<b>Tabela 2.</b> Características sociodemográficas e conhecimento do autoteste de HIV entre mulheres trabalhadoras do sexo de 12 cidades brasileiras, 2016.....	52
<b>Tabela 3.</b> Análise bivariada de fatores associados ao conhecimento do autoteste de HIV entre mulheres trabalhadoras do sexo de 12 cidades brasileiras, 2016.....	54
<b>Tabela 4.</b> Análise multivariada de fatores associados ao conhecimento do autoteste nas farmácias entre mulheres trabalhadoras do sexo em 12 cidades brasileiras, 2016.....	57

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

MS- Ministério da Saúde

NEPADI- Núcleo de estudos e pesquisas em aids e outras doenças infecciosas

HIV- Vírus da imunodeficiência humana

MTS - mulheres trabalhadoras do sexo

IST- infecções sexualmente transmissíveis

TARV- terapia antirretroviral

PEP- profilaxia pós-exposição

PrEP- profilaxia pré-exposição

HSH- homens que fazem sexo com homens

MTE- Ministério do Trabalho e Emprego

PL- Projeto de lei

RDS- Respondent-driven sampling

PVHA- Pessoa vivendo com HIV/aids

PCAP - Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas

OMS- Organização Mundial da Saúde

TS- Trabalho sexual

ATHIV- Autoteste de HIV



## APRESENTAÇÃO

Nos idos de 2008, quando fui admitida como fisioterapeuta no Centro Estadual Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa (CEDAP), centro de referência em Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e HIV/aids da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, iniciou-se minha aproximação com os estudos sobre sexualidade e direitos humanos. O trabalho em um contexto de saúde pública, e as vivências com pessoas que convivem com HIV foram promovendo uma transformação sem igual em mim, como mulher e profissional de saúde. O convívio em equipe e a descoberta do potencial que o sistema único de saúde, o SUS, tem, foram despertando a necessidade de aprofundar conhecimentos e desejos de contribuir para o crescimento dos estudos da saúde sexual, para além da assistência.

Além de promover a autonomia de sujeitos que viviam com HIV/ aids através dos cuidados enquanto fisioterapeuta, comecei a trabalhar como aconselhadora no Centro de Testagem e Aconselhamento. Diante dos desafios apresentados no serviço e das mudanças de paradigma com relação à prevenção do HIV, me predispus a aperfeiçoar a minha prática em um outro contexto cultural. Através de um acordo de cooperação entre o Ministério da Saúde do Brasil e o da França, tive a oportunidade de fazer um estágio em Paris, em uma associação denominada Sida Info Service-SIS. Foi um divisor de águas na minha trajetória profissional, pois ampliou a minha visão sobre saúde sexual e sobre as diversidades de gênero e orientação sexual.

Ao retornar, em 2014, comecei a trabalhar também na UFBA, na preceptoría de estágio do curso de Fisioterapia, e a partir daí, percebi que a academia estava cada vez mais presente na minha vida. Neste momento, também passei a reconhecer a feminista que habitava dentro de mim, e passei a exercer a militância cada vez mais fundamentada. O Instituto de Saúde Coletiva, então surge como o espaço onde eu poderia concretizar muitos dos sonhos que se apresentavam: contribuir para o enfrentamento ao HIV/aids e me instrumentalizar enquanto educadora. O Núcleo de estudos e pesquisas em aids e outras doenças infecciosas (NEPADI), grupo de pesquisa em HIV/aids e outras IST tem sido um agente de transformação na minha vida, enquanto pesquisadora e profissional de saúde. A epidemiologia, uma área nova na minha trajetória, tem me surpreendido a cada dia, e mostrado como o olhar é diferente depois dela.

O meu objeto de pesquisa tem proporcionado um processo formativo interessante. Pesquisar sobre mulheres, sob uma perspectiva um tanto polêmica dentre os feminismos, que é o trabalho sexual, tem me mobilizado bastante, e mostrado a necessidade de aprofundar cada vez mais o debate e a leitura sobre esse tema. O aprendizado é tão grande que me conduz a temas que ultrapassam a academia, como por exemplo, lugar de fala. Para além das desconstruções e reconstruções pessoais, discutir sobre uma tecnologia em saúde que promove a autonomia dos sujeitos, tem repercutido também na minha prática enquanto aconselhadora de prevenção em HIV/aids.

Assim, proponho realizar um estudo com o objetivo de estimar o conhecimento do autoteste de HIV por Mulheres Trabalhadoras Sexuais, bem como os fatores associados, no conjunto de doze cidades no Brasil. Espera-se que os resultados deste estudo possam colaborar para o fortalecimento de políticas de prevenção e enfrentamento ao HIV, e com a ampliação da oferta de autoteste para populações-chave para a epidemia de HIV/aids.

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....</b>	<b>4</b>
<b>LISTA DE TABELAS .....</b>	<b>5</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....</b>	<b>6</b>
<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>12</b>
<b>2.1 Contextos de trabalho sexual e desigualdades de gênero.....</b>	<b>12</b>
<b>2.2 Epidemia do HIV/aids no Brasil e entre MTS.....</b>	<b>15</b>
<b>2.3 Prevenção Combinada .....</b>	<b>16</b>
<b>2.4 Vulnerabilidade das MTS ao HIV .....</b>	<b>17</b>
<b>2.5 Autoteste de HIV.....</b>	<b>19</b>
<b>3 PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO .....</b>	<b>26</b>
<b>4 OBJETIVOS .....</b>	<b>26</b>
<b>4.1 Geral .....</b>	<b>26</b>
<b>4.2 Específicos .....</b>	<b>27</b>
<b>5 METODOLOGIA .....</b>	<b>27</b>
<b>5.1 Desenho de Pesquisa .....</b>	<b>27</b>
<b>5.1.1 Processo Amostral .....</b>	<b>29</b>
<b>5.2 Trabalho de campo e coleta de dados.....</b>	<b>29</b>
<b>5.2.1 Elegibilidade .....</b>	<b>29</b>
<b>5.2.2 Realização dos testes rápidos e coleta de amostra sanguínea.....</b>	<b>30</b>
<b>5.2.3 Inquérito sociocomportamental .....</b>	<b>31</b>
<b>5.2.4 Aconselhamento.....</b>	<b>31</b>
<b>5.3 Variáveis do estudo.....</b>	<b>32</b>
<b>5.4 Plano de Análise .....</b>	<b>32</b>
<b>5.5 Questões éticas.....</b>	<b>33</b>
<b>6 Resultados.....</b>	<b>34</b>
<b>6.1 Artigo.....</b>	<b>34</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>45</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>58</b>
<b>ANEXO A- Rede de Mulheres Trabalhadoras do Sexo por cidade.....</b>	<b>58</b>
<b>ANEXO B- Questionário do Projeto Corrente da Saúde.....</b>	<b>70</b>
<b>ANEXO C- Parecer Consubstanciado do CEP.....</b>	<b>113</b>
<b>ANEXO D- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>117</b>

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, desde o início da epidemia de HIV/aids até junho de 2018, foram notificados 926.742 casos de aids. A taxa de detecção vem caindo gradativamente no país, entretanto nos últimos cinco anos, foram registrados anualmente uma média de 40 mil casos novos de aids. Ainda assim, estima-se que 112 mil pessoas estão infectadas pelo HIV e desconhecem a sua sorologia. A ocorrência dos casos de HIV/aids não é homogênea e apresenta-se concentrada em populações-chave<sup>1</sup>, como mulheres trabalhadoras do sexo (MTS), travestis e mulheres transexuais (TrMT), homens que fazem sexo com homens (HSH), usuários de drogas, e pessoas privadas de liberdade (BRASIL, 2017b). Entre as MTS, a prevalência de HIV é estimada em 5,3% (FERREIRA-JUNIOR et al., 2018), desproporcionalmente maior quando comparado às taxas em mulheres em idade fértil da população geral (0,4%) (SZWARCOWALD; SOUZA JUNIOR, 2006; BRASIL, 2017b).

As MTS possuem uma representação quantitativa importante na população brasileira, representando 0,8% da população feminina de 15 a 64 anos, a qual totaliza aproximadamente 543.500 mulheres no Brasil (BRASIL, 2017a). As MTS convivem em um contexto de vulnerabilidade importante, caracterizado por violências e violações de direitos humanos cotidianamente (LIMA et al., 2017). Os desafios para acessarem os serviços de saúde são marcados por barreiras sociais, estruturais e programáticas, como o estigma e discriminação (DOURADO et al., 2019), o horário de funcionamento e o não acesso às tecnologias de prevenção às infecções sexualmente transmissíveis (IST) (SHANNON et al., 2015; WANYENZE et al., 2017; MARTINS, 2017).

O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) apresentou em 2010 a estratégia de prevenção combinada para ampliar o enfrentamento à epidemia de HIV/aids concentrada em populações-chave, que se refere ao uso combinado de intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais, aplicadas no plano individual e social, levando em consideração as relações entre os sujeitos e os grupos sociais, e mediante ações que respeitem as necessidades e especificidades, bem como as formas de transmissão do vírus (UNAIDS, 2010).

---

<sup>1</sup> Populações-chave são populações desproporcionalmente afetadas pelo HIV, o que reflete os contextos de vulnerabilidade individual, social e programática em que estas pessoas estão inseridas (AYRES et al., 2003).

No que diz respeito às intervenções biomédicas, a estratégia de prevenção atua empregando métodos de barreira física ao vírus e intervenções baseadas no uso de antirretrovirais (ARV) como medida de prevenção. Por outro lado, as intervenções estruturais representam um conjunto de ações voltado a enfrentar fatores e condições socioculturais que influenciam diretamente a vulnerabilidade de indivíduos ou segmentos populacionais específicos em relação ao HIV. Por fim, as intervenções comportamentais constituem-se em um conjunto de ações cujo objetivo é compartilhar conhecimentos sobre o HIV/aids com grupos sociais, de maneira a capacitá-los a adotar as várias estratégias de prevenção do HIV, fortalecendo sua capacidade de gerir os diferentes graus de riscos a que estão expostos (BRASIL, 2017c).

A testagem rotineira para detecção da infecção pelo HIV pode ser considerada uma medida preventiva que transversaliza os três níveis de intervenção: biomédico, porque se utiliza de uma tecnologia deste campo para detecção do vírus e é a porta de entrada para a estratégia de testar e tratar, com todos os benefícios da intransmissibilidade do vírus nos casos de carga viral indetectável (RODGER et al, 2014); comportamental, porque também necessita da decisão dos indivíduos e grupos sociais para realização do teste, fato que perpassa por crenças culturais, atitudes preventivas e percepção de risco (DEVEZ; EPAULARD, 2018; WANYENZE et al, 2017); e, finalmente, os aspectos estruturais são fundamentais para se pensar o acesso aos serviços de testagem, que geralmente possuem barreiras importantes, tais como o estigma, a discriminação e a disponibilidade de testes. Desse modo, considerando as barreiras sociais, estruturais e programáticas encontradas por membros de grupos em situação de maior vulnerabilidade para a prevenção e cuidado do HIV, a oferta da testagem para além dos espaços dos serviços de saúde, é mais um recurso para o diagnóstico da infecção pelo HIV de forma oportuna e voluntária que faz parte desta estratégia de prevenção combinada (MARTINS et al., 2018; BRASIL, 2017c; SOARES e BRANDÃO, 2012 ).

No ano de 2014, o UNAIDS pactuou uma estratégia mundial nas políticas de controle da epidemia com os diversos países, denominada metas “90-90-90”, que consiste em alcançar os seguintes percentuais do cuidado contínuo até 2020: 90% das pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) diagnosticadas, 90% das PVHA diagnosticadas em tratamento, 90% das PVHA em tratamento apresentando supressão viral (UNAIDS, 2015; BRASIL, 2017d). No Brasil, a maior lacuna está na primeira meta, pois cerca de 112 mil pessoas vivendo com o HIV ainda desconhecem seu *status* sorológico, o que corresponde a 84% da meta de 90% (BRASIL, 2017d). As pessoas que desconhecem o seu *status* sorológico podem apresentar contribuição significativa para o aumento de novas infecções (ESTEM; CATANIA;

KLAUSNER, 2016). Nos Estados Unidos, indivíduos que desconhecem seu status sorológico são responsáveis por 50% das novas transmissões (HAMLIN et al, 2012).

Para dar conta de enfrentar estas barreiras, o autoteste para triagem de HIV foi registrado no Brasil em 2017. O autoteste consiste em um insumo que tem potencial para a ampliação da testagem pois possibilita o aumento da frequência e facilidade da testagem, com impactos positivos no cuidado e tratamento precoce da infecção (MAKSUD; FERNANDES; FILGUEIRAS, 2015; LIPPMAN et al., 2014). Desse modo, como trata-se de uma estratégia recente no Brasil, o objetivo da nossa pesquisa é de estimar o conhecimento do autoteste de HIV(ATHIV) por MTS, bem como os fatores associados, em doze cidades do Brasil.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 Contextos de trabalho sexual e desigualdade de gênero**

Os sistemas legais que regulam o trabalho sexual são a criminalização total, criminalização parcial, criminalização do cliente, modelo regulamentarista e modelo abolicionista. No primeiro, todos os aspectos relacionados à compra, venda e organização do trabalho sexual são proibidos. Na criminalização parcial, alguns aspectos do trabalho sexual são penalizados, como a organização do trabalho sexual e a manutenção de estabelecimentos. No modelo de criminalização do cliente, a lei penaliza aquele que compra o serviço. Já o modelo regulamentarista, torna a venda de sexo legal em determinados locais licenciados ou sob certas condições, mas ilegal em outros contextos ou para indivíduos que não cumpram os requisitos de registro ou critérios de elegibilidade. Por fim, o modelo abolicionista remove as penalidades para o trabalho sexual adulto (PLATT et al., 2018).

Na maioria dos países, a criminalização é a política dominante do Estado em relação ao trabalho sexual (TS). A descriminalização, por outro lado, ainda é rara e parte de um reconhecimento do trabalho sexual como atividade profissional, e tem a ambição explícita de apoiar o empoderamento das trabalhadoras do sexo como trabalhadoras e de reduzir o estigma sobre o TS (VANWESENBEECK, 2017; PRADA, 2018).

Novas formas de criminalização do trabalho sexual têm se tornado populares mesmo na Holanda e Alemanha, países onde o TS é legalizado. O neoabolicionismo representa novas mudanças de repressão ao TS e se ancora no discurso antitráfico, o qual mantém uma visão do trabalho sexual como violência e das MTS como vítimas. Trata-se de uma visão que oculta o

trabalho do sexo voluntário e alimenta fortemente as práticas legais punitivas em relação ao TS (VANWESENBEECK, 2017) .

A criminalização do cliente é adotada por países nórdicos, tais como Suécia, Noruega e Islândia. A criminalização está em desacordo com os direitos humanos e os princípios de saúde pública, pois não oferece solução para as condições estruturais em que este está inserido. O sistema de justiça criminal não é o instrumento mais apropriado para combater a pobreza e as desigualdades de gênero (VANWESENBEECK, 2017).

No Brasil, o trabalho sexual é reconhecido e permitido para maiores de 18 anos. Em 2002, o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) o reconheceu como atividade lícita por meio da Classificação Brasileira de Ocupações, com o acesso aos direitos trabalhistas comuns a todos os trabalhadores, como aposentadoria e auxílio-doença. O TS não se constitui crime no Brasil, entretanto a manutenção de estabelecimentos para exploração sexual configura-se crime (BRASIL, 2017).

Atualmente, encontra-se em tramitação um Projeto de Lei (PL) 4211/2012 que regulamenta a atividade das trabalhadoras do sexo no Brasil. A partir deste PL é caracterizada a distinção entre exploração sexual e trabalho sexual em si. A exploração sexual, tipificada no Código Penal Brasileiro, pode ser definida por uma das seguintes características: a apropriação total ou maior que 50% do rendimento do TS por terceiro, o não pagamento do serviço sexual prestado voluntariamente ou forçar alguém a se prostituir mediante grave ameaça ou violência. O PL prevê o funcionamento regular de casas de prostituição, desde que o agenciador não fique com mais de 50% dos ganhos de um programa, entre outras formas de impedir a exploração do trabalho. A regulamentação do TS permitirá maior grau de fiscalização pelas autoridades competentes, além de possibilitar e até mesmo incentivar o poder executivo a direcionar políticas públicas para esta categoria profissional (BRASIL, 2012).

O Estado Brasileiro, ao adotar a postura de *laissez-faire*, ou seja, não criminalizar trabalho sexual, mas sim o funcionamento de casas de prostituição, sob a aparência de que se respeita o direito da mulher exercer o TS, deixa as MTS em uma situação de desproteção já que não se pode exigir condições de trabalho seguras. Esta promove uma desassistência em relação às suas necessidades de conforto e segurança no trabalho, o que dificulta o enfrentamento das situações de violência e do estigma de que são alvo (VILLELA; MONTEIRO, 2015).

O acesso aos serviços de saúde por MTS é permeado por diversas barreiras, tais como horários incompatíveis com o trabalho sexual (WANYENZE et al, 2017) e serviços não

amigáveis (muitas possuem medo de declarar sua profissão para os trabalhadores da saúde) (REDTRASEX, 2013; WANYENZE et al, 2017). A vulnerabilidade é aumentada também pela dificuldade na negociação do uso de preservativos nas relações com a clientela (REDTRASEX, 2013; SHANNON et al, 2015) e pela violência policial (PANDO et al., 2013). O estigma do TS aprofunda a situação de marginalização, impedindo o acesso a informações e cuidados em saúde (REDTRASEX, 2013; SHANNON et al, 2015).

A legalização do trabalho sexual e as condições humanas de trabalho para as MTS já tiveram impactos positivos na redução da prevalência de HIV nesta população em outros países. Estudo ecológico conduzido por Reeves et al (2017) na Europa, por exemplo, apontou a relação entre a regulamentação do trabalho sexual e HIV entre trabalhadoras do sexo, uma vez que estas receberão proteções apropriadas da aplicação da lei nos países onde a fiscalização é justa e eficaz. Estes autores aproveitaram a diversidade de estruturas legais em todos os países europeus para testar a hipótese de que a legalização de alguns aspectos do TS está associada à diminuição da prevalência do HIV entre profissionais do sexo quando comparada com países que mantêm leis criminais. Desta forma, foi verificado que a diminuição do risco de infecção pelo HIV em um contexto de legalização do TS ocorre porque as trabalhadoras do sexo passam a exercer as atividades em ambientes seguros, organizam o trabalho e acessam os serviços necessários (REEVES et al., 2017).

Organizações de defesa dos direitos humanos como, por exemplo, a Anistia Internacional, propõe a despenalização de todos os aspectos das relações sexuais consentidas entre adultos e o trabalho sexual realizado sem coação, exploração ou abuso. Defender a legalização total das relações envolvidas não exclui a exigência de políticas públicas que garantam mais e melhores opções para todas as mulheres. A discussão sobre a legalização do trabalho sexual torna-se importante e precisa ser aprofundada já que tangencia temas como direitos das mulheres e desigualdades de gênero.

As normas de gênero afetam sujeitos de ambos os sexos determinando padrões de comportamento, atuação na vida cotidiana e exercício da sexualidade. As mulheres que infringem essas normas, exercendo a sexualidade como um trabalho remunerado, como as MTS, são especialmente afetadas por processos de estigma. Este é expresso em discursos e práticas morais, médicas e jurídicas, concretizando-se nas situações de violência e vulnerabilidade que afetam as vidas das MTS. Estudos etnográficos sobre prostituição revelam variações nas motivações e condições do trabalho sexual feminino (VILLELA; MONTEIRO, 2015; PISCITELLI, 2013).



Os estudos de gênero auxiliam a análise do TS no Brasil. Historicamente, o TS tem sido ordenado e reprimido por autoridades médico-científica, jurídica e política, instituídas pelo Estado, que sempre estiveram preocupadas em restringir possíveis “contágios” morais e infectantes do sexo comercial. Nesse sentido, os valores morais religiosos e não religiosos constituiriam a MTS como sujeito-alvo de escravização e que precisa ser resgatada. Estes posicionamentos negam a racionalidade econômica como motivação primária da prostituição, situando o discurso do trabalho sexual a partir de uma concepção puramente moral (SILVA; BLANCHETTE, 2008).

As desigualdades nas relações de poder vão se expressar na negociação do preservativo com os parceiros, na violência policial a que são expostas (PANDO et al, 2013), nas violências física, verbal e sexual sofridas e nas microagressões vivenciadas dentro dos serviços de saúde (REDTRASEX, 2013). Villela e Monteiro (2015) ao reconhecerem a relação entre vulnerabilidade, processos de estigmatização e os eixos de desigualdades social e de gênero sugerem que a ampliação do acesso à saúde pelas MTS implica intervenções estruturais e culturais, nos âmbitos micro e macro, capazes de fomentar a autonomia das mulheres e garantir seus direitos sexuais e reprodutivos<sup>2</sup>.

## **2.2 Vulnerabilidade das MTS ao HIV**

No início da epidemia de HIV, foi adotado o conceito de grupos de risco para classificar aqueles sujeitos mais atingidos pela epidemia, conceito que reforçou ainda mais o estigma da aids, imprimindo marcas pejorativas nas pessoas vivendo com HIV e gerando mais barreiras no processo saúde-doença-cuidado. Na década de 90, houve a superação da contradição entre grupo de risco e população geral, pela passagem da noção de risco individual para a compreensão do conceito da vulnerabilidade social (AYRES et al., 2003; PARKER; CAMARGO JR., 2000). No contexto da prevenção das ISTs e da aids, o termo vulnerabilidade foi utilizado pela primeira vez pelo coordenador da Coalizão Global de Políticas Contra a Aids, Jonathan Mann, trazendo para o cenário a discussão sobre a

---

<sup>2</sup> Direitos sexuais e reprodutivos são direitos humanos fundamentais que se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo indivíduo de viver e expressar livremente a sexualidade, sem medo, culpa, falsas crenças, violência, discriminação e imposições, e decidir livre e responsavelmente sobre o número e a oportunidade de ter filhos, de ter a informação e os meios de assim o fazer (Plataforma de Cairo, 1994).

desigualdade social, a discriminação, as condições sociais, culturais, econômicas e políticas. Vulnerabilidade pode ser descrita como:

Movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior susceptibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos. (AYRES et al, 2003).

Assim, pode-se considerar 3 eixos interligados referentes à vulnerabilidade: Componente individual, que se refere à natureza da informação que o sujeito tem sobre a condição, à habilidade de elaborar essas informações e às possibilidades de transformar essas preocupações em práticas de cuidado; Componente social, que se relaciona a aspectos como escolarização, disponibilidade de recursos materiais, acesso a meios de comunicação, poder de influenciar decisões políticas, possibilidade de enfrentar barreiras culturais, poder defender-se de coerções violentas; Componente programático, que diz respeito ao compromisso, recursos, gerência e monitoramento de programas nacionais e cuidado relativo ao HIV/aids para diminuir a exposição ao HIV e proteção de seus danos (AYRES et al, 2003).

Se aplicarmos o conceito de vulnerabilidade ao HIV entre as MTS, podemos indicar que no trabalho sexual, existe uma série de fatores relacionados à própria atividade profissional que acentuam essa vulnerabilidade ao HIV.

Os fatores associados à vulnerabilidade social referem-se aos determinantes sociais de saúde. Estudos brasileiros apontam que o risco de infecção pelo HIV é aumentado nas MTS que apresentam pior nível socioeconômico (MORALES e BARREDA, 2008), que trabalham em pontos de rua, que apresentam elevado consumo de *crack* e maior prevalência de cicatriz sorológica de sífilis (SZWARCOWALD et al, 2018). Ademais, período mais longo de trabalho sexual, menor preço cobrado pelo programa, associação com outras ISTs e o fato de dispensar o uso do preservativo a pedido do cliente também foram elencados como importantes fatores de risco associados à infecção pelo HIV entre MTS (DAMACENA et al., 2011). Para além das vulnerabilidades associadas, há uma peculiaridade no trabalho sexual que é o estigma relacionado à atividade. O estigma é compreendido como um atributo depreciativo que, ao ser associado à pessoa, tende a desqualificar ou desvalorizar o indivíduo, promovendo comportamentos discriminatórios e marginalização social (GOFFMAN, 1988). O estigma da prostituição aprofunda a situação de marginalização, impedindo-as de acessar informações,

cuidados em saúde e usufruir dos seus direitos (BRASIL, 2017c; SHANNON et al, 2015; WANYENZE et al, 2017).

Com relação à vulnerabilidade individual, os riscos a que estão expostas diante da prática de trabalho que possuem, tal como a multiplicidade de parceiros sexuais, refletem nas condições de saúde das MTS. A negociação sobre uso de preservativo com os parceiros e clientes depende do contexto de desigualdade de gênero do país. (MORALES e BARREDA, 2008).

Os fatores que aumentam a condição de vulnerabilidade programática são as barreiras encontradas no acesso aos serviços de saúde, como medo de ser discriminada por profissionais de saúde, não se considerar sob risco de adquirir o HIV e desconhecimento dos locais onde o teste de HIV é realizado (SHANNON et al, 2015; WANYENZE et al, 2017; MARTINS, 2017). A baixa cobertura de exame preventivo nas MTS também promove o aumento do risco de infecção pelo HIV (SZWARCOWALD, 2018). Estudo apontou que a disponibilidade do teste de HIV em locais não relacionados à saúde e a oferta nas unidades básicas em horário não comercial são fatores que incentivam a realização do teste (MARTINS et al., 2017).

Shannon et al (2015) discutem a importância de fatores macroestruturais na determinação da infecção pelo HIV entre MTS. Para estes autores, intervenções biomédicas e comportamentais têm efeitos modestos no controle da epidemia de HIV. Em um estudo desenvolvido em três grandes cidades de diferentes continentes com alta prevalência de HIV em MTS, foi verificada mudança no potencial de infecção pelo HIV através de intervenções estruturais, como legalização do trabalho sexual, diminuição da violência sexual e acesso à Terapia Antirretroviral (TARV) (SHANNON et al, 2015).

Os diferentes contextos em que são desempenhados o trabalho sexual são marcados por elementos de vulnerabilidade individual, programática e social que explicam uma maior prevalência de HIV naquelas que desenvolvem este trabalho. É importante destacar estratégias que atuem minimizando as condições de vulnerabilidade ao HIV, rompendo com barreiras e facilitando o acesso à prevenção e cuidados relacionados ao HIV, como por exemplo, o ATHIV.

### **2.3 A epidemia de HIV/aids no Brasil e entre MTS**

No Brasil, entre os anos de 2007 até junho de 2017 foram notificados 194.217 casos de infecção pelo HIV em todo território nacional, sendo distribuídos nas regiões geográficas

da seguinte forma: sudeste (49,7%), sul (20,7%), nordeste (15,6%), centro-oeste (7,4%) e norte (6,7%). A maioria dos casos de infecção pelo HIV encontra-se na faixa etária de 20 a 34 anos, constituindo 52,5% dos casos. Entre as mulheres, nota-se tendência de queda da taxa de detecção de aids nos últimos dez anos, que passou de 15,9 casos/100 mil habitantes, em 2006, para 11,6 em 2016, representando uma redução de 27% (BRASIL, 2017b).

No início dos anos 2000, observou-se uma tendência de aumento de casos de aids entre mulheres, o que foi denominado de feminização da epidemia no Brasil (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2000). Entretanto, dados recentes demonstram que esta tendência não se concretizou, e a razão de casos de aids entre os sexos foi de 2,5 (M:F) para o ano de 2016, excluindo casos de HIV em gestantes. (BRASIL, 2017b).

Apesar desta diminuição entre as mulheres na população geral, estudos de prevalência de HIV entre MTS demonstram estimativas bem acima de 0,4%, estimada para mulheres da população geral (SZWARCOWALD e SOUZA, 2006; BRASIL, 2017b). Em 2009, estudo de vigilância de HIV por meio de RDS, realizado em dez cidades brasileiras, estimou uma prevalência de 4,8% em MTS (DAMACENA et al., 2011). Mais recentemente, estudo realizado em 12 cidades do Brasil, em 2016, estimou prevalência de HIV de 5,3% nesta população (FERREIRA-JUNIOR et al., 2018). Estes indicadores mostram a relevância das MTS enquanto população-chave para ações de enfrentamento à epidemia de HIV no Brasil, apontando para a necessidade de desenvolver estratégias de prevenção direcionadas para este grupo, levando em consideração as suas singularidades.

## **2.4 Prevenção combinada e novas tecnologias de prevenção**

A ideia da prevenção combinada enfrenta uma lacuna histórica da resposta à aids que é a priorização de populações específicas, as quais possuem maior susceptibilidade de adquirir o HIV. A prevenção combinada é realizada a partir do reconhecimento de diferentes necessidades, que variam conforme o contexto. Assim, propõem-se estratégias que garantam aos sujeitos uma abordagem eficaz e que seja aceitável e acessível. Nesse processo, o princípio da equidade é levado em consideração na medida em que os atendimentos são realizados de acordo com as necessidades de cada pessoa, oferecendo, portanto, maior atenção a quem mais precisa (UNAIDS, 2010; BRASIL, 2017c).

A evolução dos modelos de prevenção do HIV, que culmina na prevenção combinada, é marcada pela ruptura da distinção entre prevenção e tratamento, principalmente com a inserção dos antirretrovirais com o objetivo de prevenir a infecção, como por exemplo, nos

casos da Profilaxia pós-exposição (PEP), da Profilaxia pré-exposição (PrEP), e o tratamento como prevenção (TasP) (UNAIDS, 2015; BRASIL, 2017c; FONNER et al, 2016).

Em relação às estratégias de vigilância e monitoramento da infecção, a cascata do cuidado contínuo é hoje utilizada, e se refere à sequência de passos que as PVHA precisam transpor desde o diagnóstico da infecção, passando pela vinculação aos serviços de saúde, retenção no cuidado, em tratamento até atingir a supressão viral (BRASIL, 2017d). Há um esforço dos diversos Programas de HIV/aids para aumentar o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV, para que seja estabelecido o cuidado contínuo, principalmente em populações-chave, nas quais a discriminação e o estigma constituem-se como barreiras de acesso aos serviços de saúde (WIRTZ et al, 2018).

O ATHIV se apresenta como uma estratégia complementar para alcançar mais pessoas com HIV e ajudar a atingir a meta 90-90-90, mais especificamente a primeira meta de 90% das pessoas com HIV conhecerem seu status. O uso expandido do ATHIV pode contribuir para essas metas globais alcançando pessoas com HIV que não tem acesso ao diagnóstico, pessoas em risco contínuo que precisam de um novo teste com frequência ou indicação de PrEP, além de promover a ligação com os serviços de saúde para o cuidado e tratamento daquelas pessoas com resultados positivos. Ao possibilitar a triagem fora dos serviços de saúde, o ATHIV descentraliza a testagem e potencializa a autonomia dos sujeitos. (WHO, 2016; PETTIFOR et al, 2018).

A disponibilização de novas tecnologias de prevenção e aplicação da ideia da prevenção combinada, ao levar em consideração as especificidades dos indivíduos, requer que sejam abordados contextos de vulnerabilidades em populações com maior prevalência de HIV.

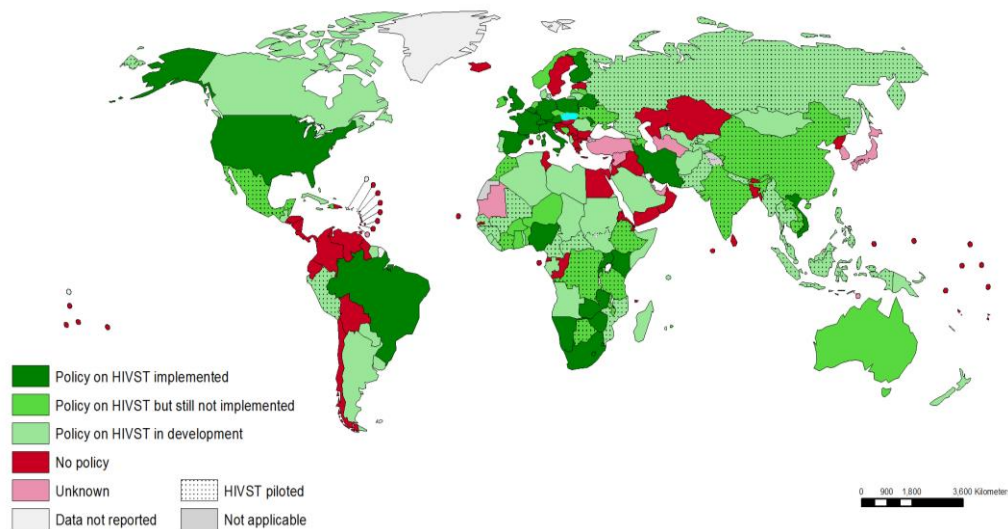
## **2.5 Autoteste de HIV**

As estratégias de testagem e aconselhamento pré e pós teste de HIV estão sendo discutidas e aprimoradas dado o atual perfil da epidemia e a forma de monitoramento baseado na cascata do cuidado. E com o objetivo de aumentar a cobertura e a frequência de testagem de HIV para as populações que estão em risco substancial de infecção pelo HIV. Os serviços de testagem para HIV – do inglês HIV Testing Services (HTS) – incluíram a realização da testagem em outros locais além dos serviços de saúde, e o treinamento de pessoas ligadas às organizações não-governamentais (ONG) na aplicação de testes rápidos para as populações-

chave (WHO, 2016). A figura 1 ilustra a distribuição mundial com relação aos países que estão implementando o programa de HTS e a política de ATHIV.

Nesse contexto, a incorporação do ATHIV como mais uma estratégia de testagem segue uma recomendação da OMS de 2016 para diversos países. O ATHIV é simples, fácil de ser manejado e permite que o indivíduo realize sua própria testagem. Ele pode ser executado por meio de uma amostra de fluido oral (FO) ou com uma amostra de sangue. Consiste, portanto, em uma estratégia para tornar os testes mais acessíveis, confidenciais e disponíveis para além da realização nos centros de saúde, como por exemplo, locais de sociabilidade, ruas e espaços de trabalho sexual. Além disso, a privacidade dos indivíduos é uma garantia, visto que eles podem comprar em farmácias, retirar em unidades de saúde, ou em ONG e realizar a testagem em casa ou em outro local de sua preferência.

Figura 1. Mapa de política e implementação de Programas de HTS que incluem o ATHIV. OMS, 2018.



Fonte: Unitaid (<https://unitaid.org>)

O autoteste que usa amostra de sangue total para a triagem do HIV é um dispositivo de teste rápido (TR) de diagnóstico in vitro imunocromatográfico, desenvolvido para determinação qualitativa de anticorpos contra HIV 1/2 por punção digital. O resultado aparece em 15 a 20 minutos. A maioria dos ATHIV disponíveis só são capazes de indicar a presença do HIV aproximadamente 30 dias após a exposição, a chamada janela imunológica ou diagnóstica, ou seja, o tempo entre contato com o vírus, infecção e produção de anticorpos. Mais recentemente tem-se desenvolvido autoteste de quarta geração, que detecta simultaneamente anticorpos anti-HIV e o antígeno p24 e, por isso, a janela diagnóstica é de

aproximadamente 15 dias, a depender do tipo de técnica utilizada (TAYLOR et al., 2015; BRASIL, 2013).

O kit do ATHIV é destinado principalmente para uso privado, mas funciona também como um teste de rastreamento de diagnóstico. No caso de amostras reativas, o indivíduo deve procurar um serviço de saúde para conclusão do diagnóstico de infecção e inserção no cuidado contínuo do HIV (BRASIL, 2011). Em 2015, foi publicada a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Anvisa nº 52, regulando o registro no Brasil do ATHIV. Os testes aprovados e já em comercialização no Brasil são apresentados na Tabela 1.

O dispositivo do ATHIV que utiliza o FO é considerado mais simples, entretanto existem ainda questões sobre a sensibilidade. O FO contém menor quantidade de anticorpos do que amostras de sangue total, soro ou plasma, mas ainda em quantidade suficiente para permitir o diagnóstico seguro da infecção pelo HIV, excetuando-se os casos de exposição recente. É importante ressaltar que a janela diagnóstica dos TR que utilizam FO pode variar de um a três meses, a depender do kit de autoteste utilizado (WHO, 2017). Por outro lado, este tem sido amplamente aceito por adultos, jovens e em populações de risco acrescido para o HIV (CHOKO et al., 2015; SMITH; WALLACE; BEKKER, 2016).

### **Aplicação e uso do autoteste**

Em 2016, o Ministério da Saúde do Brasil emitiu a Nota Técnica número 20 que exige a avaliação da usabilidade do ATHIV para permitir o conhecimento dos riscos relacionados ao uso do produto. Essa avaliação consiste na observação por um profissional habilitado da utilização por uma pessoa leiga, na avaliação da capacidade de interpretação de resultados e compreensão das instruções de uso. Entretanto, existem pesquisas que indicam a necessidade do treinamento prévio para a interpretação mais fidedigna dos resultados (SMITH et al, 2016; VU et al, 2018; ORTBLAD et al., 2017; GRÉSENGUET et al., 2017). Um estudo realizado com MTS em Uganda verificou a dificuldade na compreensão dos resultados na ausência do conhecimento do status sorológico prévio (ORTBLAD et al., 2017).

Smith et al (2016) realizaram um estudo para investigar a usabilidade e aceitabilidade do ATHIV por adolescentes de uma comunidade com alta prevalência de HIV na África do Sul. Concluíram que nível de escolaridade, tipo de moradia, e testagem prévia do HIV apresentavam associação significativa com maior usabilidade. Com relação à aceitabilidade, os fatores associados a uma maior aceitabilidade foram: idade mais jovem e realização de testagem prévia.

### **Conhecimento, intenção de uso e compra do autoteste**

Aspectos importantes para a implementação e incorporação de uma nova medida de prevenção são o conhecimento e a aceitabilidade. Ambos estão associados ao comportamento e percepções dos sujeitos que determinam o uso ou não de determinada tecnologia em saúde. A aceitabilidade de uma tecnologia de saúde é influenciada pelas seguintes dimensões: atributos do produto, regime de dosagem, mecanismo de entrega, atitudes do parceiro, efeito do produto no encontro sexual e normas relacionadas ao produto. (MENSCH, VAN DER STRANTEN, KATZEN, 2012).

Há uma variação grande na proporção da aceitabilidade do autoteste de HIV registrada em pesquisas realizadas em outros países. Evidências apontam que a aceitabilidade do autoteste por homens e mulheres na África subsaariana variou de 22% a 94%. A intenção de uso do ATHIV foi reforçada pela possibilidade de superar as dificuldades em alguns aspectos da qualidade do atendimento prestado no serviço de saúde, como tempo de espera e horário inconveniente. Para além disso, o fracasso dos serviços de saúde em proteger o direito à confidencialidade foi descrito como uma barreira para o teste de HIV e tornava o autoteste uma opção mais aceitável (HARICHUND; MOSHABELA, 2017).

Dois a cinco meses após o ATHIV estar disponível na França, as populações-chave para o HIV, já estavam conscientes da sua existência (57,6% já conheciam e 9,9% já haviam utilizado), e 38,5% disseram que pretendiam usar nos anos seguintes (DEVEZ; EPAULARD, 2018). Os autores deste estudo afirmaram que um preço mais baixo do teste poderia aumentar os percentuais de utilização. Recomendaram ainda, que para manter a consciência da existência do autoteste e promover seu uso, campanhas adicionais de informação deveriam ser realizadas enfatizando a importância do período da janela de soroconversão.

Outros estudos apontam que a intenção de uso do ATHIV por HSH e pessoas transgênero é maior do que a intenção de realizar a testagem nos serviços de base comunitária (WIRTZ et al, 2018). Grésenguet *et al* (2017) observaram alta aceitabilidade do autoteste na população geral da República Central da África e que o nível de escolaridade baixo foi destacado como o maior obstáculo na utilização pela dificuldade na interpretação do resultado na população menos escolarizada.

Flowers et al (2017) realizaram um estudo com HSH e observaram que o conhecimento do ATHIV era moderado enquanto a aceitabilidade foi alta uma vez que tomaram conhecimento. Os autores concluíram que o autoteste é uma oportunidade de ampliar a prevenção e o acesso ao cuidado, porém chamam atenção para o potencial de ampliar desigualdades em saúde ao permitir que HSH com boa saúde e habilidades de



alfabetização digital melhorem sua saúde, enquanto o investimento em serviços mais tradicionais e seus usuários (por exemplo, com pior saúde e alfabetização digital) diminui.

Em um estudo realizado na África do Sul com homens e mulheres, o ATHIV foi aceitável, principalmente entre as mulheres devido à possibilidade do aumento da autonomia. Apontou ainda que o conhecimento prévio sobre o ATHIV não influenciou na intenção de uso. E que a falta de aconselhamento pré e pós teste, o gerenciamento de um resultado positivo para o HIV e a vinculação aos serviços de cuidado em HIV, podem ser barreiras para a adoção do autoteste (HARICHUND et al., 2018).

A importância do aconselhamento pré e pós teste é destacada em outros estudos, assim como a necessidade de se ampliar a rede de atendimento responsável por confirmar os resultados da triagem do autoteste e a garantia do acesso ao cuidado (WIRTZ et al, 2018). Ao mesmo tempo que o autoteste proporciona mais autonomia para os indivíduos, traz a necessidade de uma conduta mais ativa frente a um resultado positivo no sentido da busca por uma unidade de saúde. É importante considerar que já existem estratégias alternativas de aconselhamento realizado por educadores de pares ou membros de ONGs para auxiliar na orientação e vinculação ao cuidado (LEITE; MURRAY; LENZ, 2015), já que o aconselhamento presencial, no seu formato atual não atende novas formas de vigilância e prevenção do HIV.

Pai et al (2013), realizaram uma revisão sistemática comparando a aceitabilidade do ATHIV com fluido oral não supervisionado e supervisionado. Para ambas as estratégias, a proporção de aceitabilidade foi alta (variação: 74% a 96%). O mesmo estudo indicou alta especificidade do teste (variação: 99,8% –100%) para as estratégias supervisionada e não-supervisionada, porém foi verificada uma menor sensibilidade na testagem não supervisionada (variação: 92,9% -100%) em relação à supervisionada (variação: 97,4% - 97,9%). No que diz respeito à vinculação ao aconselhamento e cuidados, apenas um estudo traz evidências, apontando que 96% dos indivíduos que realizaram testagem não supervisionada e tiveram resultado positivo para HIV, declararam que procurariam aconselhamento pós-teste.

Outro potencial efeito do uso do ATHIV é a compensação de risco após um teste não reagente, ou seja, a prática de sexo desprotegido (LIPPMAN et al., 2014). É uma questão importante a ser levantada, mostrando a necessidade da informação sobre período da janela imunológica. É válido destacar que, até o momento, as preocupações em torno da compensação de risco para outras tecnologias de prevenção em estudos de circuncisão (KONG et al., 2012) ou de PrEP (MARCUS et al., 2013) não foram comprovadas. Para as

MTS, são apontados outros efeitos potenciais como a testagem coercitiva e violência do parceiro quando os testes são usados por aquelas que têm parceiro fixo (LIPPMAN et al., 2014; HARICHUND; MOSHABELA, 2018).

No contexto global, o número de países que vem implementando políticas relacionadas ao ATHIV é crescente, nomeadamente após o ano de 2016 quando foi disponibilizada a diretriz para o ATHIV (WHO, 2018). No Brasil, a comercialização deste insumo tornou-se possível a partir de junho de 2017, quando a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) aprovou o registro do primeiro autoteste para triagem do HIV. Desde então, o produto vem sendo vendido nas farmácias e drogarias físicas e online em todos os estados do país, pelo preço de R\$60,00 a R\$80,00. Em outros países, preço tem sido apontado como um dos potenciais problemas associados ao ATHIV, assim como a disponibilidade nas farmácias (DEVEZ; EPAULARD, 2018). Neste referido estudo, ao serem questionados quanto ao preço ideal para o ATHIV, 30,7% dos participantes disseram que deveria ser gratuito, 38,2% que deveria custar entre 1 e 10 euros, 23,0% entre 11 e 20 euros, 6,4% entre 21 e 30 euros e 1,7% > 30 euros. Na Escócia, em um estudo realizado com HSH, a intenção de usar o ATHIV diminuiu pela metade se tivessem que pagar por ele (FLOWERS et al, 2017).

O interesse de expandir o envolvimento de farmácias comunitárias na prevenção do HIV está crescendo, particularmente no que diz respeito ao teste de HIV. Razões pelas quais os pacientes podem preferir farmácias ao estabelecimento de saúde incluem: percepção da natureza não grave da doença, localização conveniente das instalações, menor custo do tratamento, serviços mais rápidos, maior privacidade percebida e responsividade do pessoal da farmácia às demandas do cliente (RYDER et al, 2013). No que diz respeito às doenças estigmatizadas, como as ISTs, as farmácias podem fornecer um serviço rápido “sem perguntas”. Dado esse padrão de busca de cuidados, as farmácias comunitárias constituem um canal único para atingir as populações-alvo com intervenções de controle da doença. No Quênia, um estudo verificou que a testagem de HIV nas farmácias comunitária é viável e apresenta alta demanda. Os autores concluíram que é improvável que o preço seja uma barreira se for definido em cerca de U\$ 1 por teste. (MUGO et al, 2017).

No ano de 2016, foi desenvolvido no Brasil, um projeto chamado “A Hora é Agora”, que utilizou uma abordagem multifacetada para aumentar os testes de HIV e a vinculação aos cuidados entre HSH. Foram projetados uma plataforma web e aplicativo associado para fornecer informações de prevenção do HIV, permitir a autoavaliação do risco e entregar pacotes de ATHIV a indivíduos elegíveis (homens, 18 anos ou mais, residentes em Curitiba,

com status sorológico negativo/desconhecido) mediante solicitação. Com esta intervenção, foi possível testar 1750 HSH que nunca acessaram serviços de testagem para HIV anteriormente (DE BONI et al., 2018).

Após ajustes do projeto em Curitiba, houve a expansão do projeto para São Paulo, a maior área metropolitana da América do Sul (12 milhões de habitantes) com a maior concentração de pessoas vivendo com HIV e a maioria de novas infecções no Brasil. Neste projeto foram distribuídos kits de autotestagem de fluido oral para HSH, com 18 anos ou mais e residentes em São Paulo, entregues em pontos estratégicos da capital paulista, escolhidos pelos participantes.

Mais recentemente, em janeiro de 2019, a estratégia de distribuição de ATHIV pelo Ministério da Saúde foi ampliada para 14 cidades do Brasil. Foi estruturado um projeto piloto de distribuição de ATHIV no Sistema Único de Saúde (SUS) que será ampliado para outras cidades ao longo do ano de 2019. Os resultados deste projeto podem fundamentar uma futura política pública, e assim, disponibilizar essa tecnologia de prevenção amplamente no SUS. Entretanto, em março de 2019, a ANVISA adotou a suspensão preventiva da fabricação dos ATHIV da marca Action, que estava sendo utilizada no referido projeto, devido a relatos de testes inválidos. Dessa forma, foi interrompida a estratégia de distribuição de ATHIV pelo SUS até que a ANVISA conclua suas análises e emita um parecer. Enquanto isso, os ATHIV estão disponíveis apenas para compra em farmácias (BRASIL, 2019).

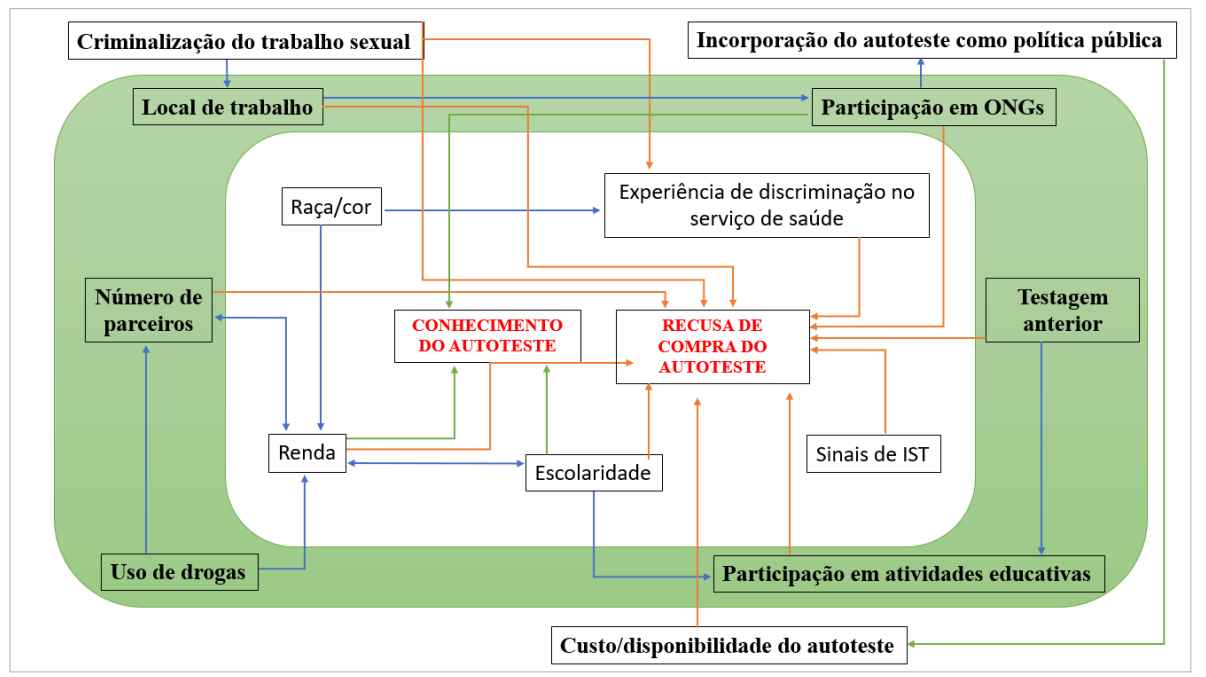
**Quadro 1.** Características dos autotestes de HIV segundo o tipo/marca, 2018.

Tipo	Marca	Sensibilidade	Especificidade	Status de aprovação no Brasil	Disponibilidade	Aceitabilidade
<b>Fluido Oral</b>	SaliTest	100%	99,80%	Deferido	Farmácia	84,1% em adultos*
	OraQuick	93.6% (95% CI 88.2%–97.0%)	99.9% (95% CI 99.6%–100.0%)	Deferido	Programa A Hora é Agora	
<b>Amostra de sangue</b>	HIV Detect Oral	>99,9%	>99,9%	Deferido	Farmácia	74,9% em jovens**
	Action	>99,9%	>99,9%	Deferido	Farmácia	
	Alerta	100%	99,9%	Deferido	Farmácia	
	Alere Determine	100%	99,7%		Internet	
	Atomo Rapid	99,7%	99,7%		Indisponível no Brasil	

\* Choko et al, 2015

\*\*Smith, Wallace, Bekker, 2016

**Figura 2.** Modelo conceitual de conhecimento e recusa de compra do autoteste de HIV por Mulheres Trabalhadoras do Sexo



### 3 PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO

Qual a prevalência do conhecimento do autoteste de HIV no conjunto de doze cidades no Brasil?

Quais os fatores associados ao conhecimento do autoteste de HIV no conjunto de doze cidades no Brasil?

### 4 OBJETIVOS

#### 4.1 Objetivo Geral

Estimar a prevalência do conhecimento do autoteste de HIV e investigar os fatores associados entre MTS no conjunto de doze cidades no Brasil.

#### 4.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico das MTS de acordo com o conhecimento do autoteste de HIV no conjunto de doze cidades no Brasil.
- Estimar a associação entre as variáveis sociodemográficas, de participação em atividades educativas, de apoio social e o conhecimento do autoteste de HIV entre MTS no conjunto de doze cidades no Brasil.

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 Desenho de Pesquisa

Trata-se de um desenho de corte transversal que integra a Pesquisa: *Taxas de prevalência de HIV e sífilis e conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às IST no grupo das MTS, no Brasil – chamado de Corrente da Saúde II*, um inquérito sócio comportamental e biológico. Essa Pesquisa foi realizada no ano de 2016, em 12 cidades brasileiras (Manaus, Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba, Porto Alegre, Campo Grande e Brasília) selecionadas pelo Departamento de IST/ Aids e Hepatites Virais, Ministério da Saúde (DIAHV/MS) de acordo com critérios geográficos e relevância epidemiológica da epidemia de HIV/aids no país. Esse teve como objetivo principal estimar as taxas de prevalência de HIV, sífilis, e hepatite B e C, assim como identificar o conhecimento, atitudes, e práticas relacionadas à infecção pelo HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis entre MTS. O tamanho da amostra previsto foi de 350 MTS em cada cidade.

Os dados do inquérito foram coletados através do *Respondent Driven Sampling* (RDS), ou amostragem dirigida pelo participante, um método de recrutamento de uma rede social de contatos, onde a participante (recrutadora) convida pessoas conhecidas da sua rede de contatos social (recrutadas). A coleta de dados é realizada por meio de sucessivos ciclos de recrutamento, chamados de “ondas” (HECKATHORN, 1997).

#### 5.1.1 Processo Amostral

As pesquisas com populações-chave para a epidemia, ao se utilizarem de métodos probabilísticos de amostragem, não conseguem alcançar os indivíduos que não estão representados em listagens tradicionais, como por exemplo, as MTS (SZWARCOWALD et al,

2011). Desse modo, o RDS foi desenvolvido para amostrar as populações de difícil acesso (HECKATHORN, 1997). Esta estratégia de amostragem tem se mostrado eficiente para o recrutamento de MTS, pois são as próprias participantes que recrutam outras participantes dentro de uma rede social de contatos (SZWARCOWALD et al, 2011).

No RDS, o processo de recrutamento para compor a amostra começa a partir de um número inicial de participantes selecionados pelos pesquisadores de maneira não aleatória, apelidados de “sementes”. É fundamental que as sementes sejam pessoas que possuam uma rede de relacionamento com outras pessoas que não seja pequena, e que possuam características distintas para diversificar a amostra do estudo. As sementes são as primeiras pessoas entrevistadas, e iniciam o processo de recrutamento. Um número limitado de recrutados para cada recrutador é definido para permitir um maior número de ondas de recrutamento dentro do período de tempo da coleta dos dados (HECKATHORN, 1997). Cada semente recebeu três cupons para distribuir para outras trabalhadoras do sexo de sua rede social de contatos. As primeiras MTS recrutadas pelas sementes foram consideradas a primeira onda do estudo. Depois de participar da entrevista de elegibilidade (ver abaixo), cada participante recebeu três cupons adicionais para distribuir a suas conhecidas, e esse processo foi repetido até que o tamanho da amostra fosse alcançado em cada local (Tabela 1). As Figuras 3 a 14 ilustram a rede de mulheres trabalhadoras do sexo em cada cidade.

Mota (2012) descreve que o RDS é considerado uma amostragem em cadeia de referência, conforme apresentado pelos autores abaixo:

*Considerada uma amostragem em cadeia de referência, o RDS possibilita obter informações sobre as conexões das redes que mediante a teoria das Teorias de Redes Aleatórias e da cadeia de Markov de primeira ordem, fornecem meios de calcular as probabilidades de inclusão dos elementos populacionais na amostra, gerando estimadores contingenciais assintoticamente imparciais da composição (tamanho proporcional) das características da população, bem como a precisão desses estimadores” (HECKATHORN et al., 2002; SALGANIK, HECKATHORN, 2004; SALGANIK, 2006 apud MOTA, 2012).*

Com objetivo de potencializar o recrutamento, os participantes recebem incentivo (ressarcimento pelo deslocamento, tempo investido, transporte e alimentação) por participarem no estudo, e adicionalmente, por cada recrutamento completado, ou seja, após cumprir com todas as etapas da entrevista (HECKATHORN, 1997).

## **5.2 Trabalho de campo e coleta de dados**

O período de coleta de dados nas 12 capitais foi de julho a novembro de 2016. O tamanho total da amostra foi de 4.245 MTS. Em todas as cidades, as equipes de trabalho de campo foram devidamente treinadas pelas coordenadoras local e nacional da pesquisa, e eram compostas por estudantes e profissionais de saúde nas funções de entrevistadores, aconselhadores pré e pós testagem do HIV, aplicadores de testes rápidos e supervisores de trabalho de campo.

A pesquisa formativa (PF), realizada pelas equipes de trabalho de campo, ocorreu nas 12 cidades do estudo durante os meses de janeiro a março de 2016, com objetivo de “*estabelecer linhas de conduta para realização do estudo comportamental e sorológico com trabalhadoras do sexo (TS)*”. A PF é uma etapa importante de um inquérito com RDS, pois é fundamental para mapear a população das MTS em cada local, identificar os pontos de prostituição de cada cidade, perceber, a partir delas, o melhor local para realização do estudo, os horários apropriados, que não interfiram no trabalho das mulheres, bem como para sugerir as situações que poderiam facilitar ou dificultar a pesquisa. As PFs foram desenvolvidas pelos coordenadores locais de cada cidade e, por meio de entrevistas com MTS de distintos espaços, como boates, hotéis, ruas e buscou-se aproximação da realidade local das MTS, bem como das sugestões a respeito da realização de todas as etapas da pesquisa. É durante a PF que os pesquisadores identificam e selecionam as “sementes”.

A execução do trabalho de campo foi realizada em unidades de saúde, escolhidas em cada município do estudo de acordo com os resultados da pesquisa formativa.

Os dados foram coletados através de entrevistas guiadas por questionário sociocomportamental, respondido após cumprimento dos critérios de elegibilidade do estudo.

### **5.2.1 Elegibilidade**

O primeiro passo da coleta no campo consistiu na averiguação dos critérios de elegibilidade. Após acolhimento, a participante era encaminhada, por ordem de chegada, a uma sala reservada que possuía computador com o sistema de identificação do convite e dos critérios de elegibilidade:  $\geq 18$  anos, ter tido pelo menos uma relação sexual por dinheiro nos últimos 4 meses, trabalhar na cidade local e ser do sexo feminino. Ressalta-se que neste momento foi esclarecido quanto à confidencialidade das informações, o anonimato de cada integrante, realizado o aconselhamento pré-teste e informado a respeito das etapas a serem concluídas por cada participante para garantir o recebimento do seu ressarcimento e das suas



convidadas. Ao final deste momento, era assinado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido em duas vias, uma para participante e outra para pesquisa. A participante que não estava dentro dos critérios de elegibilidade tinha seu convite recolhido, sendo dispensada e ressarcida do valor gasto com transporte.

Para cada semente escolhida, foi solicitado o recrutamento de um número fixo de participantes, neste caso 3 (três) MTS por semente e cada participante convidou mais 3 (três) MTS, assim sucessivamente, formando as redes de recrutamento. A apresentação do convite foi obrigatória, pois cada convite tinha um código de identificação (em formato de código de barras) que estava vinculado ao número da recrutadora. Esse vínculo foi monitorado por um programa gerenciador de convites e que possibilitou desenhar a rede social de contatos e a análise dos padrões de recrutamento. Foram eleitas entre 5(cinco) a 10 sementes, por capital, perfazendo um total de 83 sementes no conjunto das 12 cidades.

Uma vez elegível para estudo, a participante era encaminhada para sala de realização de teste rápido e de coleta de amostra sanguínea confirmatória de HIV, sífilis e hepatites B e C. Em seguida, enquanto ocorria a leitura dos testes rápidos, as MTS eram encaminhadas para realização da entrevista.

### **5.2.2 Realização dos testes rápidos**

Nesta etapa, realizou-se punção da polpa digital nas participantes para realização dos testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites virais B e C. Diante do resultado de um teste positivo para HIV – 1/2, o segundo teste foi feito para confirmar o resultado. Assim, foram consideradas soropositivas as participantes que apresentavam dois resultados positivos para HIV. Existindo discordância entre os testes o resultado foi tratado como indeterminado sendo aconselhado a realização de investigação diagnóstica. As mulheres que possuíam resultado positivo para qualquer uma das doenças, foram encaminhadas para o próprio centro de referência em que a pesquisa aconteceu.

### **5.2.3 Inquérito sociocomportamental**

Os dados foram coletados utilizando-se um questionário sociocomportamental. As entrevistas foram realizadas por entrevistadores (a) treinados (a) que utilizaram a versão eletrônica do questionário, em um *tablet*, e impressa, a depender da disponibilidade de acesso à internet. Para as duas modalidades os (a) entrevistadores (a) estavam capacitados (a) quanto

aos procedimentos padrões repassados em treinamento. Esta etapa da pesquisa foi realizada em sala reservada, confortável e apropriada para a coleta de dados.

O questionário foi composto por 173 questões distribuídas em 8 (oito) blocos (A, B, C, D, E, F, G e H), com abordagens referentes a características sociodemográficas, conhecimentos sobre infecções sexualmente transmissíveis (IST) e aids, apoio social e acesso a material educativo e preventivo, testes de HIV, sífilis e hepatites B e C, estado de saúde, assistência à saúde e infecções sexualmente transmissíveis, discriminação e violência, comportamento sexual com parceiros fixos e clientes e uso de álcool e drogas.

#### 5.2.4 Aconselhamento

A etapa final consistiu no aconselhamento pós-testes rápidos, encaminhamentos necessários (conforme resultados de testagens) e ressarcimento. De maneira individual cada participante entrava na sala, e tinha acesso aos resultados dos testes rápidos, sendo encaminhadas ao serviço de saúde e cuidado em IST/HIV/aids quando possuíam positividade para qualquer das infecções. Caso alguma mulher tivesse interesse em levar o laudo dos testes, era necessário apresentar o número do RG (Registro Geral), para ser anotado no formulário a ser entregue para a participante. Informações sobre prevenção e promoção à saúde foram repassadas, a fim de sensibilizar quanto aos cuidados referentes às ISTs.

Cumprindo com o ressarcimento previsto pela metodologia, as MTS que apresentaram um convite válido da pesquisa, receberam ressarcimento inicial de R\$30,00 com o objetivo de motivar o recrutamento de outras mulheres e cobrir os custos com deslocamento. Assim, cada participante ganhava por convidada que completasse todas as etapas da pesquisa. Na conclusão de todos os procedimentos da pesquisa, eram ofertados lanche, kit de beleza (*nécessaire*, contendo espelho, esmalte, batom, preservativos masculino e feminino, gel lubrificante).

#### 5.3 Variáveis do estudo

A variável de **desfecho** foi: 1- o conhecimento do autoteste de HIV, obtida através da questão “Você já ouviu falar do teste de HIV que pode ser feito pela própria pessoa utilizando fluido oral ou saliva?” Com possibilidades de resposta “Sim” ou “Não”. E 2- a recusa de compra do autoteste extraída da pergunta “Você acha que se existisse um teste de HIV de fluido oral ou saliva disponível para comprar nas farmácias, você faria o teste de HIV com mais frequência?” Com possibilidades de resposta “Sim” ou “Não”. Optou-se por investigar

“a recusa de compra do autoteste” (opção de resposta Não) para conhecer quem são as MTS que recusariam comprar esta tecnologia e para investigar os fatores associados.

A seleção das variáveis de exposição para os dois desfechos, deu-se a partir da revisão de todo o questionário da pesquisa, a fim de elencar grupo de variáveis que, de acordo com revisão de literatura sobre o tema, pudessem explicar os desfechos. Assim, foram escolhidas e organizadas as variáveis da seguinte forma:

- Variáveis sociodemográficas: idade, raça/cor da pele, escolaridade, renda, local principal de trabalho, número de programas por dia, frequência de uso de drogas, história de agressão física e violência sexual.
- Variáveis de apoio social e acesso a material educativo e preventivo: participa de alguma associação, participou de atividades educativas, frequência de uso de preservativo, realizou teste de HIV anterior.
- Variáveis de estado de saúde e serviços de saúde: estado de saúde, plano de saúde, resultado teste de HIV no estudo, revela que é TS nos serviços de saúde, muda o atendimento do serviço de saúde quando revela que é TS, discriminação no serviço de saúde por ser TS, sinais de IST.

As variáveis independentes foram categorizadas respeitando os conceitos teóricos que respaldam a caracterização de populações em estudos epidemiológicos, bem como a possibilidade de comparabilidade com outras pesquisas já publicadas sobre o tema. Também, foi considerada a distribuição das frequências entre as categorias de cada variável. Neste sentido, vale destacar as variáveis de raça/cor da pele e escolaridade, para as quais foi necessário atribuir valores inexistentes para as seguintes categorias: amarela, indígena e ensino superior completo. As frequências destas categorias apresentaram baixos percentuais na amostra e, por isso, poderiam dificultar a análise dos dados. Todas as categorias NR (nenhuma resposta) das variáveis foram consideradas como dados ausentes (*missing*) no processo de novas categorizações.

A categorização da variável “principal local de trabalho” foi realizada compreendendo a importância de se destacar os locais de trabalho fechados pontos de rua, uma vez que neste último encontram-se MTS mais vulneráveis socialmente. Assim, para análise bivariada e multivariada, a recategorização agregou as opções boates/privês/termas, hotéis/motéis e casas de prostituição como locais de trabalho fechados, e os pontos de rua como uma outra categoria.

#### **5.4 Plano de análise**

A análise dos dados levou em consideração o recrutamento por RDS, ou seja, a dependência entre as observações resultantes das cadeias de recrutamento, as probabilidades de seleções desiguais e os diferentes tamanhos da rede de contatos de cada participante (SZWARCOWALD et al., 2011). Foram incluídas nas análises 4245 MTS, pois as 83 sementes foram excluídas como recomendado em estudos de RDS (SALGANICK; HECKATHORN, 2004).

O tamanho da rede de contatos de cada MTS foi mensurado através da pergunta no questionário: “Quantas trabalhadoras do sexo que trabalham aqui na cidade você conhece pessoalmente, isto é, que você as conhece e elas conhecem você?”. Cada uma das 12 cidades foi considerada como um estrato. Para cada cidade, as MTS foram ponderadas utilizando-se o estimador RDS-II (SALGANICK, HECKATHORN, 2004), cujo peso é inversamente proporcional ao tamanho da rede de contatos de cada MTS, totalizando o tamanho do estrato. (SZWARCOWALD et al., 2018).

Realizou-se análise descritiva e bivariada entre os desfechos e os potenciais fatores de associação. Considerou-se o valor de  $p \leq 0,20$  na análise bivariada para a seleção de variáveis para a análise multivariada com regressão logística. Utilizou-se o programa estatístico STATA versão 14, levando em consideração o desenho utilizado para o recrutamento. Os dados coletados foram ponderados, de acordo com o tamanho da rede social de cada participante. Utilizou-se a rotina *survey* de amostras complexas do programa STATA com os seguintes comandos: `svyset [pweight= peso], strata(estrato)` onde: `Peso=` identifica o peso dado para cada participante- inverso do tamanho da rede reportada; `Estrato=` identifica as cidades.

## 5.5 Questões éticas

O presente estudo respeita as exigências éticas conforme estabelecido pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas que envolvem seres humanos. O projeto Corrente da Saúde II, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz sob nº 1.338.989 34. Dentre as exigências respeitadas está a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE por cada participante da pesquisa. O TCLE foi formatado com descrição sucinta contendo os objetivos da pesquisa, riscos e benefícios do estudo e o direito de desistir de participar de alguma etapa da pesquisa incluindo o a livre escolha de não responder a qualquer uma das perguntas do questionário ou não realizar os testes rápidos. Vale destacar o caráter voluntário da pesquisa, mesmo diante dos incentivos

previstos na técnica amostral RDS, os quais possuem caráter de ressarcimento financeiro referente aos gastos com transporte e dispêndio de tempo de cada participante.

A utilização de ressarcimentos financeiros em pesquisas de RDS é polêmica, uma vez que se discute o caráter voluntário da participação. Durante as pesquisas formativas, que antecedem qualquer RDS, questiona-se ao público –alvo a opinião em relação aos incentivos a serem entregues. A pesquisa formativa deste estudo apontou que a proposta de incentivo financeiro era importante para maior adesão das participantes e, de fato, ressarcir os gastos com deslocamento (FIOCRUZ, 2016). No mais, por se tratar de pesquisas com populações de difícil acesso a utilização de ressarcimentos é uma estratégia de recrutamento de maiores quantidades de pessoas, buscando a representatividade das amostras (HECKATHORN, 1997).

Os procedimentos para coleta de dados ocorreram em locais reservados, foi garantida a privacidade, confidencialidade e anonimato, uma vez que cada participante foi identificada por código específico contido em cada convite, utilizado para identificar os dados da entrevista, resultados dos testes rápidos e sorológicos.

Destaca-se o respeito e compromisso ético adotado pelas pesquisadoras de campo diante dos resultados positivos, para os quais foi garantido encaminhamento destas mulheres para o serviço de saúde, bem como a sensibilização sobre os riscos da presente doença, sendo este um benefício da pesquisa para as participantes envolvidas. Os encaminhamentos foram feitos à assistente social do serviço, a qual realizava, imediatamente, o acolhimento às MTS positivas, a fim de viabilizar a marcação de exames complementares e atendimentos necessários. Outro benefício relevante foi o acesso a realização de teste rápido, mesmo sendo este um procedimento comum nos serviços de atenção primária à saúde, muitas participantes relatavam ter dificuldade de realizar os testes. Também, conhecer o centro de referência para tratamento de HIV/Aids e outras IST, bem como ter acesso a informações de promoção à saúde são benefícios relevantes ao se tratar de um público socialmente marginalizado.

Em geral a pesquisa contou com mais benefícios que riscos, no entanto nenhum estudo está isento de potenciais riscos. Para o estudo em questão destacam-se os possíveis desconfortos durante a etapa da entrevista e da realização dos testes rápidos. As temáticas abordadas durante o inquérito poderiam causar constrangimento ou tristeza ao se reportarem a situações difíceis outrora vivenciadas pelas participantes, sobretudo, relacionadas às situações de discriminação, violência física e sexual e uso de drogas ilícitas.

A utilização dos dados para análise e produção de resultados foi regida pela mesma ética de pesquisa com seres humanos e foram garantidos a confidencialidade, anonimato e legitimidade das informações.

## 6 RESULTADOS

### 6.1 Artigo

**Título:** Fatores associados ao conhecimento do autoteste de HIV por mulheres trabalhadoras do sexo no Brasil

**Autores:** Elis Passos Santana<sup>1</sup>, Laio Magno<sup>2</sup>, Celia Landmann Szwarcwald<sup>3</sup>, Inês Dourado<sup>1</sup> e Grupo Brasileiro de Estudos de Mulheres Profissionais do Sexo<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Av. Basílio da Gama, s/n, Campus Universitário do Canela, 40110-040 Salvador, Bahia, Brazil. email: [elisps@hotmail.com](mailto:elisps@hotmail.com) e [ines.dourado@gmail.com](mailto:ines.dourado@gmail.com)

<sup>2</sup> Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Ciências da Vida, Campus1, Salvador, Bahia, Brasil. email: [laiomagnoss@gmail.com](mailto:laiomagnoss@gmail.com)

<sup>3</sup>Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brazil, emails:[celia\\_ls@hotmail.com](mailto:celia_ls@hotmail.com); [damacenagn@gmail.com](mailto:damacenagn@gmail.com); [pborges1@gmail.com](mailto:pborges1@gmail.com)

#### **Autora de correspondência:**

Elis Passos Santana  
Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia.  
Av. Basílio da Gama, s.n. Campos Universitário do Canela,  
Salvador, Bahia, Brasil. CEP: 40.110-040  
Fone: +5571-3283-7455; Fax: +55713283-7460  
Email:[elisps@hotmail.com](mailto:elisps@hotmail.com)

## **Resumo**

**Introdução:** O sistema público de saúde do Brasil adotou recentemente a distribuição do autoteste com o objetivo de ampliar a frequência na testagem do HIV. Essa ampliação do acesso é importante nas populações-chave para a epidemia de HIV. A prevalência de HIV em MTS no Brasil é de 5,3%. A testagem constitui-se em uma porta de entrada para os cuidados em saúde e tratamento do HIV. Este estudo tem o objetivo de investigar os fatores associados à recusa do autoteste de HIV por MTS no Brasil.

**Metodologia:** Tratou-se de um estudo transversal com 4245 MTS recrutadas em 12 capitais do Brasil por RDS no ano de 2016. As participantes responderam a um questionário e foram analisadas as associações entre variáveis sociodemográficas, comportamentais, relacionadas aos serviços de saúde, suporte social e aceitabilidade do autoteste. Utilizou-se a rotina de amostras complexas do programa STATA 14 para a análise dos dados, considerando cada cidade como estrato e cada grupo de recrutadora e recrutadas como um conglomerado. Em cada estrato, a ponderação foi calculada pelo estimador RDS-II. Realizou-se análise multivariada com regressão logística.

**Resultados:** Metade das MTS tinham 18 a 39 anos (49,7%), a maioria se autodeclarou de cor preta/parda (73,9%), possuía baixa escolaridade (73,8%), baixo nível socioeconômico (56,2%) e 47,3% referia mudança no tratamento no serviço de saúde após revelar que era MTS. 22,5% nunca tinha feito o teste de HIV e apenas 32,4% conhecia o autoteste de HIV antes do estudo. A aceitabilidade do autoteste foi alta (85,6%).

**Conclusão:** O conhecimento sobre o autoteste ainda é baixo entre as MTS no Brasil. Mas é reconfortante que a aceitabilidade seja alta. Isto representa uma oportunidade para aumentar a cobertura de testes entre MTS onde há uma lacuna no diagnóstico de HIV. A autonomia, a privacidade, o acesso rápido aos resultados e a conveniência devem ser enfatizadas como motivações no desenvolvimento de estratégias programáticas para o aumento da oferta do autoteste entre as MTS.

**Palavras-chave:** profissionais do sexo; HIV; RDS; Brasil

**Abstract**

**Background:** The recent launch of HIV self-testing (HIVST) policy (2019) in the Brazilian National Health System is expected to increase the uptake and frequency of HIV testing. Current estimate of HIV prevalence among FSW in Brazil is 5.3%. HIV testing becomes particularly relevant as a point of entry to health care and treatment. We aimed to investigate associated factors with acceptability of HIVST among FSW in Brazil.

**Methods:** A cross-sectional study of 4,245 FSW recruited in 12 Brazilian capital cities by respondent driven sample (RDS) in 2016. Participants were interviewed and the associations of behavioral, sociodemographic, health service related variables, social support and history of violence and discrimination with HIVST acceptability were analyzed. For each city, participants were weighted using RDSII estimator. Combined data was analyzed by STATA 14 complex survey procedure using each city as a stratum and each group of women recruited by the same FSW as a cluster. Odds ratios and 95% CI were estimated using logistic regression.

**Results:** Half of FSW was below 30 years of age and 48% did not complete high school. 73.9% self-identified as black; with lower socioeconomic level (56.2%), and were treated worse than other people in the health services for being a FSW (47.3%). 22.5% had never taken an HIV testing in a lifetime and only 32.4% were aware of HIVST before the study. Acceptability of HIVST upon explanation was high (85.6%).

**Conclusions:** Awareness of HIVST is still low among FSW in Brazil. But it is reassuring that acceptability was high. This represents an opportunity to increase testing coverage among FSW in whom there is a gap in HIV diagnosis. Autonomy, privacy, rapid access to results, and convenience should be emphasized as motivations in developing programmatic strategies for scale-up of HIVST among FSW.

**Keywords:** female sex workers; self-tests; HIV; RDS, Brazil



## INTRODUÇÃO

A autotestagem de HIV é uma estratégia recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 2016 para o aumento da cobertura e frequência da testagem de HIV, sendo incorporada por diversos países progressivamente. O autoteste de HIV (ATHIV) é o processo pelo qual uma pessoa utiliza o teste rápido no local de sua preferência e interpreta o seu resultado, em um espaço privado, sozinha ou acompanhada de alguém que confia, com o resultado em poucos minutos. O autoteste é considerado um teste de triagem e, quando reagente, necessita da confirmação por um serviço de saúde (WHO, 2016).

No Brasil, a incorporação desta tecnologia iniciou em 2017 com a comercialização nas farmácias (BRASIL, 2015), e está à venda em todos os estados do Brasil. Porém o custo de R\$80,00, aproximadamente, é elevado para as populações com baixo poder aquisitivo. Recentemente, através de um projeto piloto do Ministério da Saúde, foi ampliada a distribuição para as populações-chave para HIV em Unidades do Sistema Único de Saúde (SUS), em 14 cidades do Brasil, e será estendido para outras cidades ao longo do ano de 2019. Pesquisas recentes apontam que a disponibilidade do ATHIV sem custo é associada a uma maior frequência na testagem e a uma maior intenção de uso do ATHIV (FLOWERS et al, 2017; DEVEZ; EPAULARD, 2018). Por outro lado, estudos que envolvem farmácias comunitárias, verificam que se o preço do ATHIV permanece baixo (em torno de \$1,00), ele deixa de ser uma barreira ao seu uso (MUGO et al, 2017).

As mulheres trabalhadoras do sexo (MTS) fazem parte das populações-chave para epidemia de HIV no Brasil (BRASIL, 2017). Entre as MTS, a prevalência de HIV é estimada em 5,3% (FERREIRA-JUNIOR et al., 2018), desproporcionalmente maior daquela encontrada entre mulheres em idade fértil da população geral (0,4%) (SZWARCOWALD; SOUZA, 2006; BRASIL, 2017b). Estima-se que as MTS representam 0,8% da população feminina brasileira de 15 a 64 anos, a qual totaliza aproximadamente 543.500 mulheres (BRASIL, 2016). Muitas delas encontram-se em contexto de vulnerabilidade econômica e social, caracterizado por constantes situações de violências e violações de direitos humanos (LIMA et al., 2017). Verifica-se também pouco acesso às tecnologias de prevenção para as infecções sexualmente transmissíveis (IST) (SHANNON et al, 2015; WANYENZE et al, 2017; MARTINS, 2017). Além disso, o estigma e a discriminação dificultam o acesso aos serviços de saúde e de testagem de HIV (DOURADO et al., 2019).

O acesso à testagem do HIV e consequente diagnóstico da infecção permite a vinculação com os serviços de saúde (MARTINS et al., 2017; BRASIL, 2017; SOARES e

BRANDÃO, 2012). O ATHIV é mais uma estratégia de prevenção para a ampliação da testagem, pois possibilita o aumento da frequência e facilidade da testagem (MAKSUD; FERNANDES; FILGUEIRAS, 2015; LIPPMAN et al., 2014). Um número crescente de pesquisas entre grupos da população geral (PANT PAI et al., 2013; HARICHUND; MOSHABELA, 2018), e entre populações-chave (DEVEZ; EPAULARD, 2018; GRÉSENGUET et al., 2017) aponta que o conhecimento do ATHIV é baixo a moderado e a aceitabilidade do ATHIV é alta, porém existem poucos estudos sobre conhecimento e frequência de testagem de HIV se disponível para compra entre MTS (CHANDA et al., 2017; ORTBLAD et al., 2018). Dessa forma, o objetivo da nossa pesquisa é de estimar o conhecimento do ATHIV e os fatores associados entre MTS de doze cidades do Brasil.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um recorte do inquérito biológico e comportamental realizado em 2016, utilizando a metodologia *Respondent Driven Sampling* (RDS) para recrutamento de MTS, com os objetivos de estimar as taxas de prevalência de HIV, sífilis e hepatites B e C e identificar conhecimentos, atitudes e práticas relacionados à infecção pelo HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST).

O inquérito foi realizado em 12 cidades brasileiras (Manaus, Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba, Porto Alegre, Campo Grande e Brasília) selecionadas pelo Departamento de IST/ Aids e Hepatites Virais, Ministério da Saúde (DIAHV/MS) de acordo com critérios geográficos e relevância epidemiológica da epidemia de HIV/aids no país. O tamanho da amostra previsto foi de 350 MTS para cada cidade. Os critérios de elegibilidade para participação no estudo foram: idade  $\geq 18$  anos, ter tido pelo menos uma relação sexual por dinheiro nos últimos 4 meses, trabalhar na cidade local e apresentar um cupom válido para participar da pesquisa.

Em cada uma das 12 cidades, cinco a dez sementes foram escolhidas, de forma não aleatória, após pesquisa qualitativa formativa. A pesquisa formativa (PF) foi realizada para mapear a população das MTS em cada local, identificar os pontos de prostituição de cada cidade, perceber, a partir delas, o melhor local para realização do estudo, os horários apropriados, que não interferiam no trabalho das mulheres, bem como para sugerir as situações que poderiam facilitar ou dificultar a pesquisa. As PFs foram desenvolvidas pelos coordenadores locais de cada cidade e, por meio de entrevistas com MTS de distintos espaços, como boates, hotéis, ruas e buscou-se aproximação da realidade local das MTS, bem como das sugestões a respeito da realização de todas as etapas da pesquisa. Foi durante a PF que os

pesquisadores identificaram e selecionaram as sementes. As sementes são as primeiras pessoas entrevistadas e iniciam o processo de recrutamento. Cada semente recebeu três cupons para distribuir para outras MTS dentro de sua rede social. Depois de participar da entrevista, cada participante também recebeu três convites para distribuir aos seus pares, e esse processo foi repetido até que o tamanho da amostra fosse atingido em cada cidade. O tamanho total da amostra foi de 4.245 MTS. Foram utilizados incentivos primários (lanches, brindes, e reembolso de transporte), e secundários, pelo recrutamento de outras participantes. O período de coleta de dados nas 12 capitais foi de julho a novembro de 2016, realizado em unidades de saúde, escolhidas em cada município do estudo de acordo com os resultados da PF.

Os dados foram coletados através de entrevistas guiadas por questionário sociocomportamental. O questionário sociocomportamental com questões fechadas incluiu os seguintes temas: características sociodemográficas e do trabalho sexual; conhecimento sobre a transmissão do HIV e outras IST; apoio social e acesso a materiais educativos e preventivos; testagem de HIV, sífilis e hepatites B e C; estado de saúde, assistência à saúde e doenças sexualmente transmissíveis; violência; comportamento sexual com parceiros fixos e clientes; e uso de álcool e drogas. Para a análise dos possíveis fatores associados, foram selecionadas de acordo com a revisão de literatura sobre o tema: a) Variáveis sociodemográficas: idade (18-39;  $\geq 40$ ), raça/cor da pele (branca; parda e preta), escolaridade (elementar e fundamental incompletos; ensino médio completo), renda (de R\$1,00 a R\$1000,00; acima de R\$1000,00), local principal de trabalho (pontos de rua; outros), número de programas por dia (até 9; 10 ou mais), história de violência sexual (não; sim); b) Variáveis de apoio social e acesso a material educativo e preventivo: participa de alguma associação (não; sim), participou de atividades educativas (não; sim), realizou teste de HIV anterior (não; sim); c) Variáveis de estado de saúde e serviços de saúde: plano de saúde (não; sim), revela que é TS nos serviços de saúde (não; sim), muda o atendimento do serviço de saúde quando revela que é TS (não; sim), discriminação no serviço de saúde por ser TS (não; sim).

Para esse estudo foi considerada como variável de desfecho: o conhecimento do autoteste de HIV, obtida através da questão “Você já ouviu falar do teste de HIV que pode ser feito pela própria pessoa utilizando fluido oral ou saliva?” (sim, não). Foi calculada a prevalência do conhecimento do autoteste de HIV.

Realizou-se análise descritiva e bivariada entre o desfecho e os potenciais fatores de associação. Considerou-se o valor de  $p \leq 0,20$  na análise bivariada para a seleção de variáveis para a análise multivariada com regressão logística. Utilizou-se como medida de associação a

razão de chances ou “odds-ratio” (OR). Foi utilizada a rotina “survey” para análise de amostras complexas do programa STATA 14.0 (StataCorp, College Station, TX, USA).

A análise dos dados levou em consideração o desenho complexo de amostragem do recrutamento por RDS, considerando-se a dependência entre as observações, resultante das cadeias de recrutamento, e as probabilidades desiguais de seleção, decorrentes dos diferentes tamanhos de rede de cada participante. Cada uma das cidades compôs um estrato e, em cada cidade, a ponderação foi inversamente proporcional ao tamanho da rede, totalizando o tamanho do estrato (SZWARCOWALD et al., 2018).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz sob nº 1.338.989/34. Todas as MTS assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Os procedimentos para coleta de dados ocorreram em locais reservados, sendo garantida a privacidade, confidencialidade e anonimato.

## **RESULTADOS**

Das 4328 MTS recrutadas no estudo, 4245 foram incluídas na análise, após exclusão de 83 sementes. A maioria das MTS era jovem (49,7%), autodeclararam-se pardas (52,3%), com ensino médio incompleto (73,8%) e renda até R\$1000,00 mensais (56,2%). Com relação aos aspectos contextuais do trabalho sexual, quase a metade (46,6%) apontou o ponto de rua como principal local de trabalho e metade (50,5%) realizava mais de 4 programas por dia. A maioria (60,8%) não revelou ser MTS para profissionais dos serviços de saúde e, quando houve revelação, muitas referiram mudança no modo como são tratadas pelos profissionais de saúde (52,7%). 26,3% delas relataram experiência de violência sexual na vida (Tabela 2).

Entre as MTS, 32,4% declararam conhecer o ATHIV (Tabela 2). Na análise bivariada, observou-se que o conhecimento do ATHIV era maior entre as MTS com idade maior ou igual a 40 anos, com número de parceiros fixos maior ou igual a quatro nos últimos seis meses, e entre aquelas que referiram: ter plano de saúde, ter realizado teste de HIV anteriormente, ter participado de palestras sobre IST, e participar de algum grupo social ou ONG. Por outro lado, foi menor entre aquelas com cor de pele preta e parda (Tabela 3).

Na análise multivariada, permaneceram no modelo de conhecimento de ATHIV as mesmas variáveis da análise bivariada, exceto ter plano de saúde e ter realizado teste de HIV anteriormente. As MTS de cor de pele preta e parda mantiveram menor conhecimento (Tabela 5).

A proporção de MTS que referiu maior frequência de testagem se o ATHIV estivesse disponível para compra nas farmácias foi de 85,6%.

## DISCUSSÃO

O ATHIV não é uma tecnologia de prevenção muito difundida entre as MTS, já que o conhecimento foi baixo (32,5%). Estudos descritos na literatura apontam também para um conhecimento baixo a moderado em outras populações (FLOWERS et al., 2017; HARICHUND et al., 2018).

No que tange à raça/cor da pele, foi verificado que as MTS que se autodeclararam pretas e pardas possuem menor chance de conhecer o autoteste de HIV (OR:0,65 IC: 0,53-0,80). Esse achado pode ter relação com as iniquidades sociais presentes no Brasil que são determinantes das condições de saúde. O acesso à educação e à saúde é desigual, sendo mais desfavorável às pessoas de pele preta ou parda (BRASIL, 2017a). Nas MTS entrevistadas aqui, as pretas e pardas possuem graus de escolaridade e renda mais baixas, repetindo o padrão da população geral brasileira. Este fenômeno pode explicar um menor conhecimento das ferramentas de prevenção ao HIV pelas MTS pretas e pardas.

Neste estudo, o conhecimento do autoteste é associado positivamente à participação de palestras sobre saúde sexual, à realização de teste de HIV alguma vez antes do estudo e à participação em movimentos sociais ou ONG. Shannon et al (2015) destacam a importância da organização comunitária na influência da dinâmica da epidemia de HIV. Para estas autoras, mudanças substanciais dependem de intervenções nos determinantes estruturais do HIV, como a descriminalização do trabalho sexual, promoção de ambiente de trabalho seguro, intervenções lideradas por TS e engajamento da comunidade, associadas a intervenções biomédicas.

Nos nossos achados, não foi encontrada associação significativa do conhecimento do autoteste com a frequência de testagem se o ATHIV estivesse disponível para compra nas farmácias. Da mesma forma, Harichund et al (2018) e Mokgatle & Madiba (2017) afirmam que nos seus estudos a aceitabilidade do ATHIV não foi influenciada pelo conhecimento prévio.

No presente estudo, pode-se verificar que a frequência de testagem seria maior (85,6%) se o ATHIV estivesse disponível para compra nas farmácias. Estudo realizado com MTS na China mostrou que houve uma alta aceitabilidade de uso do autoteste de fluido oral (72,1%), assim como em outras populações-chave como homens que fazem sexo com homens (72,8%) (MARLEY et al., 2014).

Outros estudos mostram alta aceitabilidade do autoteste em geral entre pessoas que não fazem parte das populações-chave (GRÉSENGUET et al., 2017; HARICHUND et al., 2018), entre jovens (MOKGATLE; MADIBA, 2017; LEAL, KNAUTH, 2017), bem como entre pessoas de outras populações-chave, como HSH (DEVEZ; EPAULARD, 2018; FLOWERS et al., 2017; LIPPMAN et al., 2017; VOLK et al., 2016) e transexuais (WIRTZ et al., 2017).

Nossos dados revelam que fatores sociais interferem no conhecimento e na frequência de testagem com autoteste de HIV disponível em farmácias pelas MTS. Este achado corrobora com a constatação de que condições de trabalho mais seguras permitem o acesso a bens e direitos, como por exemplo, a testagem rotineira, em um ambiente seguro e confortável. Em um estudo realizado nos 27 países da Europa, foi verificado que a diminuição do risco de infecção pelo HIV em um contexto de legalização do TS ocorre porque as MTS passam a exercer as atividades em ambientes seguros, organizam o trabalho e acessam os serviços necessários (REEVES et al, 2017).

Nunn et al (2017) em uma análise de classe latente realizada em um território afroamericano, constataram que 90% dos participantes tinham intenção de utilizar o autoteste, porém apenas 23% tinha disponibilidade para comprar pelo preço do mercado. Estudo realizado na África do Sul constatou que 75% dos participantes apresentavam disposição para compra do autoteste (MOKGATLE; MADIBA, 2017). Em estudo realizado na França (DEVEZ; EPAULARD, 2018), os potenciais problemas apontados pelos participantes foram não estar disponível gratuitamente. Em outro estudo na Escócia (FLOWERS et al., 2017), no qual 88,9% dos participantes referiram intenção de uso do ATHIV, apenas 45,2% dos HSH mantiveram intenção de usar o ATHIV se tivesse que pagar.

No presente estudo, 22,6% das MTS nunca realizaram o teste de HIV anteriormente. Na Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas (PCAP) 2013, o percentual de indivíduos sexualmente ativos com idade entre 15 e 64 anos que realizaram o teste de HIV alguma vez na vida é de 36,1% (BRASIL, 2016). Neste sentido, são necessárias estratégias para aumentar o envolvimento e a frequência da testagem da população em geral, especialmente nas MTS, que são desproporcionalmente afetadas pelo HIV.

Em outro estudo, os participantes relatam que o teste executado por profissionais de saúde trazia desconforto e até produziam violação de direitos (VAN DYK, 2013). O serviço de saúde pode se constituir uma barreira ao controle das ISTs, a depender das práticas e atitudes institucionais. Um estudo RDS realizado no Brasil com MTS indica que a estigmatização do TS no contexto dos serviços de saúde pode representar uma barreira à

resposta ao HIV em MTS (DOURADO et al., 2019). Dessa forma, a disponibilização do autoteste para as MTS representa uma forma de aumentar a primeira barra da cascata do cuidado, diminuir a transmissão de HIV e melhorar a qualidade de vida com o diagnóstico precoce.

Os desafios do sistema de saúde para implementação desta tecnologia foram descritos em um projeto pioneiro desenvolvido em três países africanos no período de 2016 a 2018. Foram apontados como desafios o direcionamento efetivo de modelos de baixo custo para distribuição do ATHIV e a ligação com a prevenção e os cuidados. Já os benefícios elencados decorrentes da distribuição do ATHIV são a melhora na eficiência do sistema de saúde, com a redução da demanda para os profissionais de saúde e diminuição dos custos dos serviços de testagem (WONG; FORD; AGOT, 2019).

#### *Limitações do estudo*

O recrutamento através de RDS apresenta limitações bem documentadas na literatura. Entretanto, ainda permanece sendo o método mais apropriado para estimativas em populações de difícil acesso. As estimativas obtidas são representativas de uma rede social das participantes do estudo, logo não podem ser extrapoladas para população geral de MTS.

## **CONCLUSÃO**

Os resultados deste estudo sugerem que o conhecimento sobre as novas tecnologias de prevenção por essa população-chave é baixo, apontando para uma maior vulnerabilidade de MTS pretas e pardas. Ao mesmo tempo, uma alta aceitabilidade, também verificada neste estudo, demonstra uma alta intenção de uso do autoteste pelas MTS, mesmo se tivesse que pagar.

A compra do ATHIV depende do custo e este tem sido apontado como uma barreira à adoção do ATHIV. Dessa forma, essa questão deve ser solucionada em um país onde o sistema público de saúde garante acesso universal à saúde. O programa de distribuição de autoteste para populações-chave pelo Sistema Único de Saúde no Brasil ainda não abrange todos os estados do Brasil. Serão necessários subsídios para ampliar o acesso ao autoteste por um preço mais viável e para o fortalecimento de programas que realizam a distribuição gratuitamente.

Esforços contínuos também devem ser dispendidos para a ligação com o cuidado no serviço de saúde. Para garantir que os indivíduos com resultados de testes positivos sejam vinculados com sucesso aos cuidados com o teste de confirmação e o tratamento será

necessária uma reformulação de atitudes e práticas nos serviços, operando para minimizar a estigmatização dentro do próprio serviço.

O fortalecimento de associações e movimentos sociais atuantes na causa pode contribuir como uma alavanca para essa mudança cultural e funcionar como apoio para a descentralização e capilarização de informações e distribuição dos testes. Por fim, as intervenções devem combinar componentes estruturais, biomédicos e estratégias comportamentais para alcançar resultados desejados.

## **REFERÊNCIAS**

- ABIA. Mito vs realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e aids em 2016. 2016
- ALLEN CF et al. Sexually transmitted infection service use and risk factors for HIV infection among female sex workers in Georgetown, Guyana. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2006; 43:96-101.
- AYRES, J.R.C.M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde pública: perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Orgs.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.117-39.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV e das Hepatites Virais. Nota Informativa Nº 11/2019-COVIG/CGVP. 2019.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2017a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico HIV Aids 2017. *HIV Aids Boletim Epidemiológico*, p. 64, 2017b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV e das Hepatites Virais. *Prevenção Combinada do HIV.* p. 123, 2017c.
- BRASIL. Manual técnico de elaboração da Cascata de Cuidado Contínuo do HIV. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde, p. 48, 2017d.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da diretoria colegiada – RDC nº 52, de 27 de novembro de 2015.
- BRASIL. Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças. Portaria 29, 2013.



BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 27 , de 17 de maio. Ministério da Saúde - Agência Nacional de, v. 75, p. 1–10, 2011.

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada AIDS and HIV infection in Brazil: a multifaceted epidemic. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v. 34, n. 2, p. 207–217, 2000.

CAIRO, 1994. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - Plataforma de Cairo. Capítulo VII. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>

CHANDA, M. M. et al. HIV self-testing among female sex workers in Zambia : A cluster randomized controlled trial. p. 1–19, 2017.

CHOKO, A. T. et al. Uptake, Accuracy, Safety, and Linkage into Care over Two Years of Promoting Annual Self-Testing for HIV in Blantyre, Malawi: A Community-Based Prospective Study. *PLoS Medicine*, v. 12, n. 9, p. 1–21, 2015.

DAMACENA, G. N. et al. Risk Factors Associated With HIV Prevalence Among Female Sex Workers in 10 Brazilian Cities. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, v. 57, p. 144–152, 2011.

DE BONI, R. B. et al. Self-testing, communication and information technology to promote HIV diagnosis among young gay and other men who have sex with men (MSM) in Brazil. *Journal of the International AIDS Society*, v. 21, p. e25116, 2018.

DEVEZ, P.-E.; EPAULARD, O. Perceptions of and intentions to use a recently introduced blood-based HIV self-test in France. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, v. 30, n. 10, p. 1223–1227, 2018.

DOURADO, I. et al. Sex work stigma and non-disclosure to health care providers : data from a large RDS study among FSW in Brazil. v. 7, p. 1–8, 2019.

ESTEM, K. S.; CATANIA, J.; KLAUSNER, J. D. HIV Self-Testing: a Review of Current Implementation and Fidelity. *Current HIV/AIDS Reports*, v. 13, n. 2, p. 107–115, 2016.

FERREIRA-JUNIOR, O. D. C. et al. Prevalence estimates of HIV, syphilis, hepatitis B and C among female sex workers (FSW) in Brazil, 2016. *Medicine (United States)*, v. 97, n. 1S, p. S3–S8, 2018.

FIOCRUZ. Projeto Corrente da Saúde II. Estudo de abrangência nacional de comportamentos, atitudes, práticas e prevalência de HIV, Sífilis e Hepatites B e C entre Mulheres profissionais do sexo. Rio de Janeiro, RJ, 2016a.

FIOCRUZ. Relatório Nacional Consolidado da Pesquisa Formativa. Projeto Corrente da Saúde II. Estudo de abrangência nacional de comportamentos, atitudes, práticas e prevalência de HIV, Sífilis e Hepatites B e C entre Mulheres Profissionais do Sexo. Rio de Janeiro, RJ, 2016b.

FLOWERS, P. et al. Preparedness for use of the rapid result HIV self-test by gay men and other men who have sex with men (MSM): a mixed methods exploratory study among MSM and those involved in HIV prevention and care. *HIV Medicine*, v. 18, n. 4, p. 245–255, 2017.

GRÉSENGUET, G. et al. Acceptability and Usability Evaluation of Finger-Stick Whole Blood HIV Self-Test as An HIV Screening Tool Adapted to The General Public in The Central African Republic. *The open AIDS journal*, v. 11, n. 33, p. 101–118, 2017.

HAMLIN, E et al. Increased levels of CD4 T-cell activation in individuals with CXCR4 using viruses in primary HIV-1 infection. *Aids*. 26:887–896, 2012.

HARICHUND, C. et al. Acceptability of HIV self-testing among men and women in KwaZulu-Natal, South Africa. *AIDS Care*, v. 0, n. 0, p. 1–7, 2018.

HARICHUND, C.; MOSHABELA, M. Acceptability of HIV Self-Testing in Sub-Saharan Africa: Scoping Study. *AIDS and Behavior*, v. 22, n. 2, p. 560–568, 2018.

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

KNAUTH, D F; LEAL, A R. Autoteste para HIV entre adolescentes e pessoas jovens: um olhar para as políticas públicas: Relatório final / junho 201.

KONG, X. et al. Assessment of changes in risk behaviors during 3 years of posttrial follow-up of male circumcision trial participants uncircumcised at trial closure in Rakai, Uganda. *American Journal of Epidemiology*, v. 176, n. 10, p. 875–885, 2012.

LEITE, G. S.; MURRAY, L.; LENZ, F. The Peer and Non-peer: the potential of risk management for HIV prevention in contexts of prostitution. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 18, n. suppl 1, p. 7–25, 2015.

LIMA, F. S. DA S. et al. Fatores associados à violência contra mulheres profissionais do sexo de dez cidades brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, n. 2, p. 1–16, 2017.

LIPPMAN, S. A. et al. Over-the-counter human immunodeficiency virus self-test kits: Time to explore their use for men who have sex with men in Brazil. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, v. 18, n. 3, p. 239–244, 2014.

LIPPMAN, S. A. et al. High Acceptability and Increased HIV Testing Frequency Following Introduction of HIV Self-Testing and Network Distribution among South African MSM. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, p. 1, 2017.

LITTLE, K. M.; WILSON, N.; AYLWARD, P. Preferences & willingness to pay for blood and oral-fluid hiv self-tests in Kenya. *CROI*. 2018

MAKSUD, I.; FERNANDES, N. M.; FILGUEIRAS, S. L. Technologies for HIV prevention and care: challenges for health services. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 18, n. suppl 1, p. 104–119, 2015.

- MARCUS, J. L. et al. No Evidence of sexual risk compensation in the iPrEx trial of daily oral HIV preexposure prophylaxis. *PLoS ONE*, v. 8, n. 12, 2013.
- MARLEY, G. et al. Introducing rapid oral–fluid HIV testing among high risk populations in Shandong, China: feasibility and challenges. *BMC Public Health*. 1–7, 2014.
- MARTINS, T. A. et al. Incentivos e barreiras ao teste de HIV entre mulheres profissionais do sexo no Ceará. *Rev Saúde Pub*. 52: 64. 2018.
- MOKGATLE, M. M.; MADIBA, S. High acceptability of HIV self-testing among technical vocational education and training college students in gauteng and north west province: What are the implications for the scale up in South Africa? *PLoS ONE*, v. 12, n. 1, p. 1–14, 2017.
- MORALES, A U; BARREDA, P Z. Vulnerabilidad al VIH em mujeres en riesgo social. *Rev Saúde Pública*;42(5):822-9, 2008.
- MUGO, P M et al; Uptake and Acceptability of Oral HIV SelfTesting among Community Pharmacy Clients in Kenya: A Feasibility Study. *Plos One*, v 12, n 1, 2017.
- NUNN, A. et al. Latent class analysis of acceptability and willingness to pay for self-HIV testing in a United States urban neighbourhood with high rates of HIV infection. *Journal of the International AIDS Society*, v. 20, n. 1, 2017.
- ORTBLAD, K. F. et al. Female sex workers’ interpretations of HIV self-test results : A performance study. *Topics in Antiviral Medicine*. p. 993, 2018a.
- ORTBLAD, K. F. et al. Acceptability of HIV self-testing to support pre-exposure prophylaxis among female sex workers in Uganda and Zambia : results from two randomized controlled trials. p. 1–8, 2018b.
- PANDO, M. A. et al. Violence as a Barrier for HIV Prevention among Female Sex Workers in Argentina. *PLoS ONE*, v. 8, n. 1, p. 1–7, 2013.
- PANT PAI, N. et al. Supervised and Unsupervised Self-Testing for HIV in High- and Low-Risk Populations: A Systematic Review. *PLoS Medicine*, v. 10, n. 4, 2013.
- PARKER, R.; CAMARGO JR., K. R. DE. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 16, n. suppl 1, p. S89–S102, 2000.
- PETTIFOR, A et al. HIV Self - Testing Increases Testing in Young South African Women: Results of an RCT. *CROI 2018*.
- PISCITELLI, A. Feminismos e Prostituição no Brasil: Uma Leitura a Partir da Antropologia Feminista. *Cuadernos de Antropología Social*. 36, p 11-31. 2012
- PLATT, L. et al. Associations between sex work laws and sex workers ’ health : A systematic review and meta-analysis of quantitative and qualitative studies. *PLoS Medicine*, v. 15, n. 12, p. 1–54, 2018.
- REEVES, A. et al. National sex work policy and HIV prevalence among sex workers: an

ecological regression analysis of 27 European countries. *The Lancet HIV*, v. 4, n. 3, p. e134–e140, 2017.

REZA-PAUL S et al. Declines in risk behaviour and sexually transmitted infection prevalence following a community-led HIV preventive intervention among female sex workers in Mysore, India. *AIDS*. 2008; 22(suppl 5): S91–100.

RODGER, A. J., et al. Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in sero-different couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy. *JAMA*, 316(2), 171–181, 2014.

RYDER, PT et al. Pharmacists' perspectives on HIV testing in community pharmacies. *J Am Pharm Assoc*; 53(6):595–600, 2013.

SALGANIK, M.; HECKATHORN, D. D. Sampling and Estimation in Hidden Populations Using Respondent – Driven Sampling. *Sociological Methodology*, v.34, n.1, p.193-239, 2004.

SHANNON, K et al. Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. *Lancet*. 2015 January 3; 385(9962): 55–71

SZWARCWALD, CL, et al. Factors associated with HIV infection among female sex workers in Brazil. v. 0, n. November 2017, 2018.

SZWARCWALD, CL; SOUZA JÚNIOR, PRB; Estimativa da prevalência de HIV na população brasileira de 15 a 49 anos, 2004. *Boletim Epidemiológico DST/ Aids*, 2006.

SMITH, P.; WALLACE, M.; BEKKER, L. G. Adolescents' experience of a rapid HIV self-testing device in youth-friendly clinic settings in Cape Town South Africa: A cross-sectional community based usability study: *A. Journal of the International AIDS Society*, v. 19, n. 1, p. 1–6, 2016.

SOARES, P. DA S.; BRANDÃO, E. R. O aconselhamento e a testagem anti-HIV como estratégia preventiva: Uma revisão da literatura internacional, 1999-2011. *Saude e Sociedade*, v. 21, n. 4, p. 940–953, 2012.

TAYLOR, D. et al. Probability of a false-negative HIV antibody test result during the window period: a tool for pre- and post-test counselling. *International Journal of STD and AIDS*, v. 26, n. 4, p. 215–224, 2015.

UNAIDS. 90-90-90 Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS. p. 38, 2015.

VAN DYK, A. C. Client-initiated, provider-initiated, or self-testing for HIV: What do South Africans prefer? *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, v. 24, n. 6, p. e45–e56, 2013.

VANWESENBEECK, I. Sex Work Criminalization Is Barking Up the Wrong Tree. *Archives of Sexual Behavior*, v. 46, n. 6, p. 1631–1640, 2017.

VILLELA, W. V.; MONTEIRO, S. Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/aids entre mulheres. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v.

24, n. 3, p. 531–540, 2015.

VOLK, J. E. et al. Acceptability and feasibility of HIV self-testing among men who have sex with men in Peru and Brazil. *International Journal of STD and AIDS*, v. 27, n. 7, p. 531–536, 2016.

VU, B N; TRAN, N H; GREEN, K Performance and usability of oraquick oral fluid-based rapid hiv self-test among key populations in Vietnam. *Aids Conference*, 2018.

WIRTZ, A. L. et al. HIV Self-Testing among Men Who Have Sex with Men and Transgender Women in Myanmar References. *Topics in Antiviral Medicine*, v 26, n 1, 2017.

WONG, V. J.; FORD, N.; AGOT, K. Realizing the potential of HIV self-testing for Africa: lessons learned from the STAR project. *Journal of the International AIDS Society*, v. 22, n. 1, 2019.

WANYENZE RK et al. "When they know that you are a sex worker, you will be the last person to be treated": Perceptions and experiences of female sex workers in accessing HIV services in Uganda. *BMC Int Health Hum Rights*. 2017 May 5; 17(1):11.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Policy brief - HIV testing services – WHO recommends HIV self-testing. 2016

WHO Prequalification of In Vitro Diagnostics PUBLIC REPORT Product: OraQuick HIV Self-Test WHO. 2017. Disponível em: [http://www.who.int/diagnostics\\_laboratory/evaluations/pq-list/170720\\_final\\_amended\\_pqdx\\_0159\\_055\\_01\\_oraquick\\_hiv\\_self\\_test\\_v2.pdf?ua=1](http://www.who.int/diagnostics_laboratory/evaluations/pq-list/170720_final_amended_pqdx_0159_055_01_oraquick_hiv_self_test_v2.pdf?ua=1)

WHO. Guidelines on HIV testing services: HIV self-testing and partner notification supplement to consolidated guidelines on hiv testing services. December 2016

WHO. HIV selftesting. 2018. Disponível em: <http://www.who.int/hiv/topics/self-testing/en/>

**Tabela 1.** Número amostral de mulheres trabalhadoras do sexo e número de sementes segundo cidade. Brasil, 2016.

Cidade	n	No. sementes
Manaus	353	5
Belém	344	7
Fortaleza	346	6
Recife	349	5
Salvador	340	10
Belo Horizonte	343	7
Rio de Janeiro	422	7
São Paulo	359	9
Curitiba	341	9
Porto Alegre	347	6

Campo Grande	347	5
Brasília	354	7
Total	4.245	83

**Tabela 2.** Características sociodemográficas e conhecimento do autoteste de HIV entre mulheres trabalhadoras do sexo de 12 cidades brasileiras, 2016.

Variáveis	n	%
<b>Sociodemográficas</b>		
<b>Idade</b>		
18-29	1940	49,70
30-39	1205	26,34
40+	1100	23,96
<b>Raça/Cor da pele</b>		
Branca	933	21,70
Preta	955	21,60
Amarela	110	2,32
Parda	2159	52,31
Indígena	86	2,07
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeta ou menos de um ano de instrução	154	3,81
Elementar incompleto (1 a 3 anos de instrução)	447	10,94
Elementar completo e fundamental incompleto	1349	32,68
Fundamental completo e ensino médio incompleto	1119	25,83
Ensino médio completo	852	19,69
Ensino superior incompleto	211	4,88
Ensino superior completo ou mais	72	1,43
<b>Renda mensal</b>		
R\$1,00 a R\$500,00	1015	27,38
R\$501,00 a R\$1000,00	1126	28,81
Acima de R\$1000,00	1917	43,82
<b>Contextuais de trabalho</b>		
<b>Principal local de trabalho</b>		
Boates/Bares	872	19,08
Hotéis/Motéis	668	16,46
Casas de prostituição/bordeis	358	7,68
Pontos de rua	1944	46,62
Outros	401	10,17
<b>Média de número de programas por dia</b>		
Até 3	1994	49,55
4 a 9	1696	39,37
10 ou mais	507	11,09
<b>Serviços de saúde</b>		

<b>Possui plano privado de saúde</b>		
Não	3845	92,19
Sim	345	7,81
<b>Revela que é MTS nos serviços de saúde</b>		
Não	2440	60,76
Sim	1737	39,24
<b>Histórico de Violência Sexual e Discriminação</b>		
<b>Discriminação no serviço de saúde por ser TS</b>		
Não	3235	78,67
Sim	945	21,33
<b>Muda o atendimento nos serviços de saúde quando revela que é MTS</b>		
Não	1120	52,69
Sim	977	47,31
<b>Histórico de violência Sexual</b>		
Não	2989	73,69
Sim	1199	26,31
<b>Relacionadas às IST e HIV/aids</b>		
<b>Ouvir falar do teste de HIV que pode ser feito pela própria pessoa</b>		
Não	2841	67,60
Sim	1361	32,40
<b>Faria o teste de HIV com mais frequência se disponível para comprar nas farmácias</b>		
Não	578	14,40
Sim	3579	85,60
<b>Realizou teste de HIV antes do estudo (alguma vez na vida)</b>		
Não	822	22,54
Sim	3387	77,46
<b>Participou de palestras sobre IST nos últimos 6 meses</b>		
Não	3063	75,63
Sim	1135	24,37
<b>Apoio Social</b>		
<b>Participa de algum movimento social, ONG</b>		
Não	3765	92,21
Sim	413	7,79
<b>Comportamento Sexual com Parceiros Fixos e Clientes</b>		
<b>Número de parceiros fixo nos últimos 6 meses</b>		
1 a 3	2189	89,27
4 ou mais	261	10,73
<b>Uso de preservativo com cliente nos últimos 6 meses</b>		
Não	564	14,32
Sim	3519	85,68

**Tabela 3.** Análise bivariada de fatores associados ao conhecimento do autoteste de HIV entre mulheres trabalhadoras do sexo de 12 cidades brasileiras, 2016.

Variáveis	% de conhecimento do autoteste	OR <sup>1</sup>	IC 95%	valor de p
<b>Sociodemográficas</b>				
Idade				
18-39	30,54	1,00	-	-
40+	38,07	1,39	1,15-1,69	0,001
Raça/Cor da pele				
Branca	40,01	1,00	-	-
Preta e parda	30,43	0,65	0,53-0,80	0,000
Escolaridade				
Elementar e fundamental incompletos	31,6	1,00	-	-
Ensino médio completo	32,12	1,02	0,86-1,21	0,785
Renda				
Acima de R\$1000,00	33,34	1,00	-	-
R\$1,00 a R\$1000,00	31,15	0,90	0,76-1,07	0,255
<b>Contextuais de trabalho</b>				
Local principal de trabalho				
Pontos de rua	32,24	1,00	-	-
Outros	32,44	1,01	0,85-1,19	0,913
Número de programas por dia (em média)				
Até 9	31,98	1,00	-	-
10 ou mais	35,67	1,18	0,89-1,57	0,253
<b>Serviços de saúde</b>				
Possui plano privado de saúde				
Não	31,10	1,00	-	-
Sim	44,86	1,80	1,35-2,41	0,000
Revela que é MTS nos serviços de saúde				
Não	31,32	1,00	-	-
Sim	33,77	1,11	0,94-1,33	0,209
Discriminação no serviço de saúde por ser MTS				
Não	32,11	1,00	-	-
Sim	33,38	1,05	0,86-1,29	0,575
Muda o atendimento dos serviços de saúde quando revela que é MTS				
Não	33,69	1,00	-	-
Sim	35,87	1,10	0,87-1,39	0,424
Histórico de violência sexual				



Não	32,62	1,00	-	-
Sim	30,38	0,90	0,74-1,09	0,292
<hr/>				
Realizou teste de HIV antes do estudo				
Não	27,72	1,00	-	-
Sim	33,76	1,33	1,07-1,65	0,009
<hr/>				
<b>Apoio social e acesso a material educativo</b>				
<hr/>				
Participou de palestras sobre IST nos últimos 6 meses				
Não	30,57	1,00	-	-
Sim	38,21	1,40	1,16-1,69	0,000
<hr/>				
Participa de algum movimento social, ONG				
Não	31,40	1,00	-	-
Sim	41,84	1,57	1,19-2,07	0,001
<hr/>				
<b>Comportamento Sexual com Parceiros Fixos e Clientes</b>				
<hr/>				
Número de parceiros fixo nos últimos 6 meses				
1 a 3	30,89	1,00	-	-
4 ou mais	44,02	1,75	1,25-2,45	0,001
<hr/>				

<sup>1</sup>Ponderado

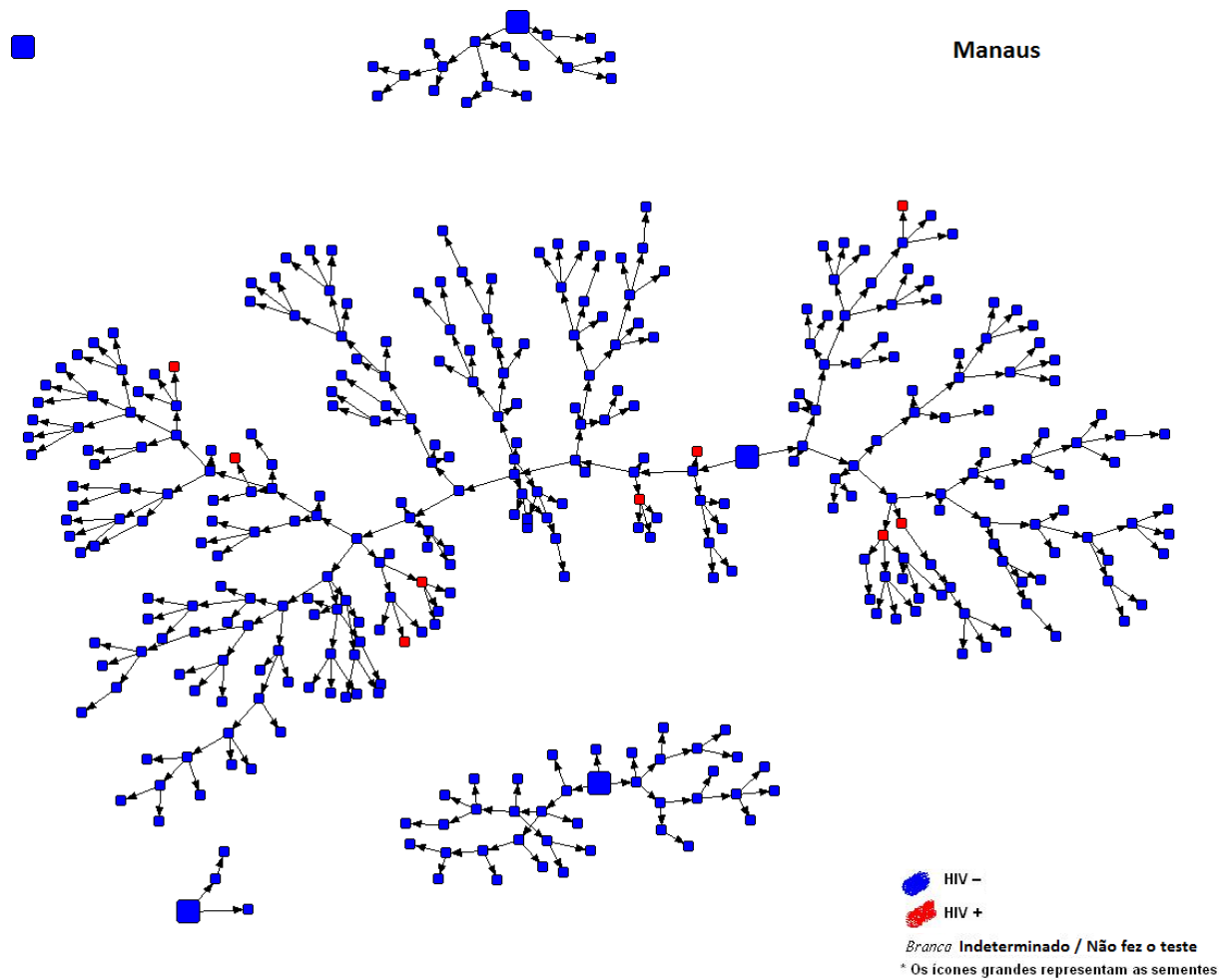
**Tabela 4.** Análise multivariada de fatores associados ao conhecimento do autoteste por mulheres trabalhadoras do sexo em 12 cidades brasileiras, 2016

<b>Variáveis</b>	<b>Conhecimento do autoteste</b>	
	<b>OR<sup>1</sup></b>	<b>IC 95%</b>
<b>Idade</b>		
18-39	1,00	-
40+	1,50	1,15-1,97
<b>Raça/Cor da pele</b>		
Branca	1,00	-
Preta e Parda	0,63	0,48-0,82
<b>Participou de palestras sobre IST nos últimos 6 meses</b>		
Não	1,00	-
Sim	1,34	1,04-1,71
<b>Participa de algum movimento social, ONG</b>		
Não	1,00	-
Sim	1,35	0,94-1,92
<b>Número de parceiros fixo nos últimos 6 meses</b>		
1 a 3	1,00	-
4 ou mais	1,70	1,20-2,40

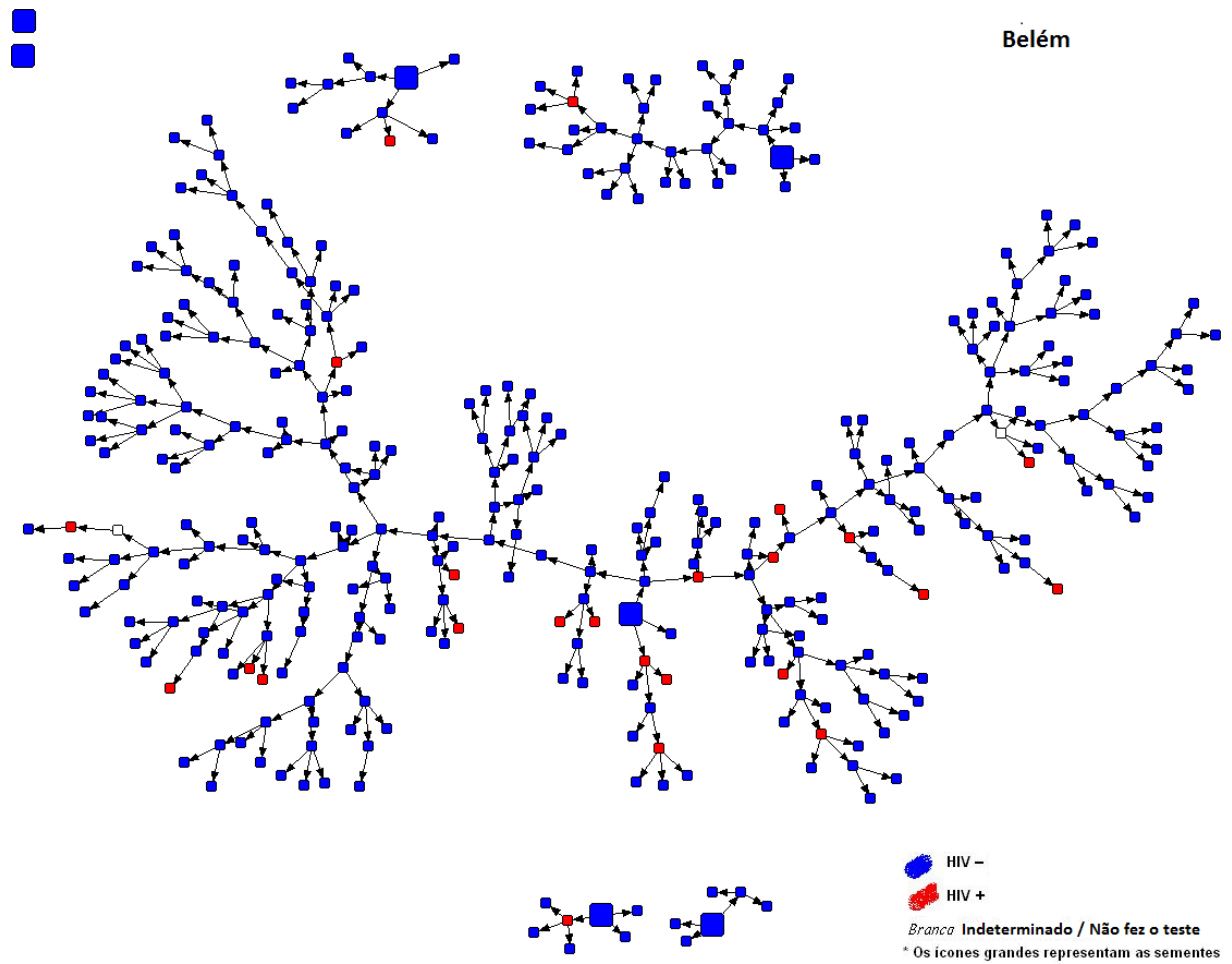
<sup>1</sup>Ponderado

## ANEXO A- Rede de Mulheres Trabalhadoras do Sexo por cidade

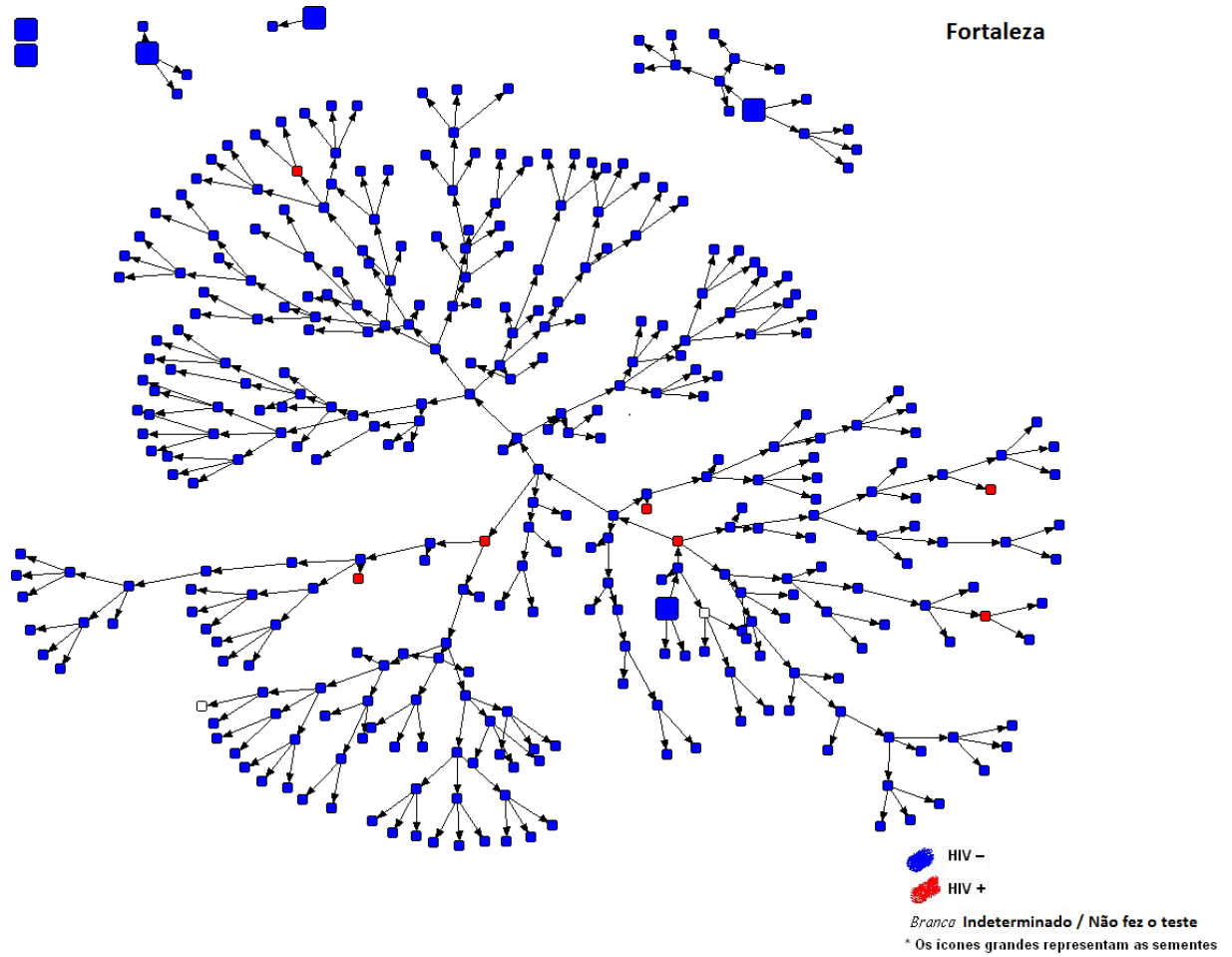
**Figura 5.** Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Manaus segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016



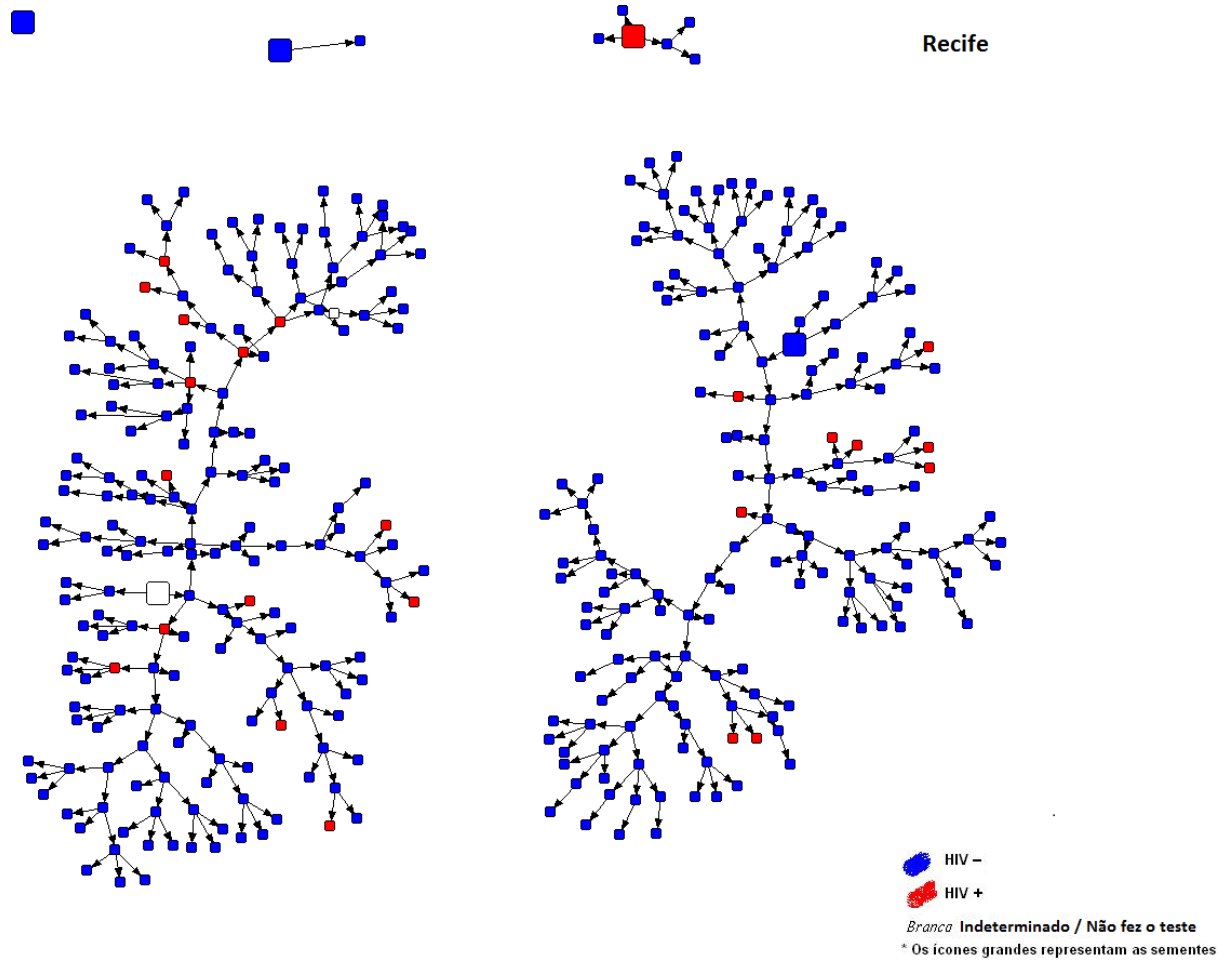
**Figura 6.** Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Belém segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016



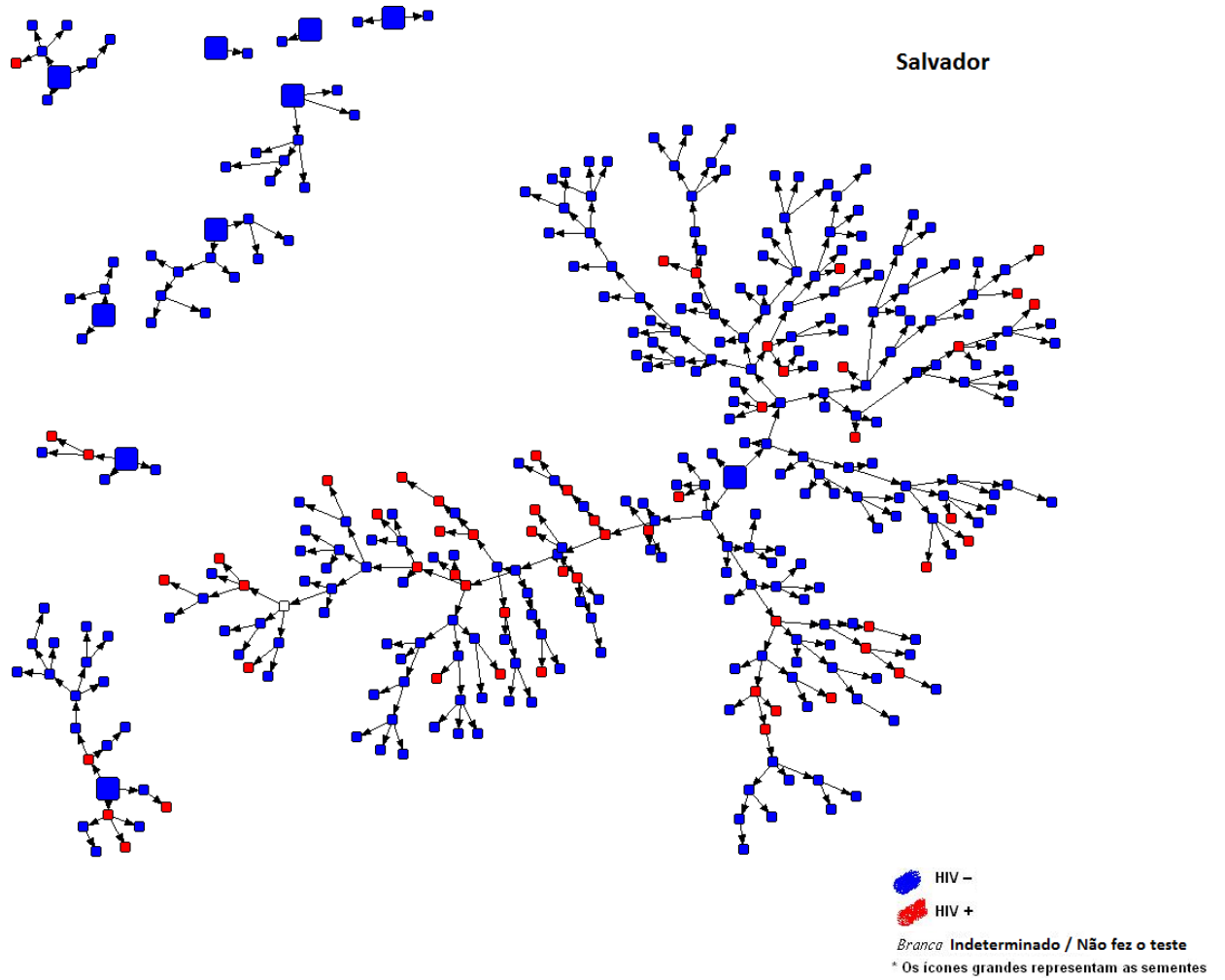
**Figura 7.** Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Fortaleza segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016



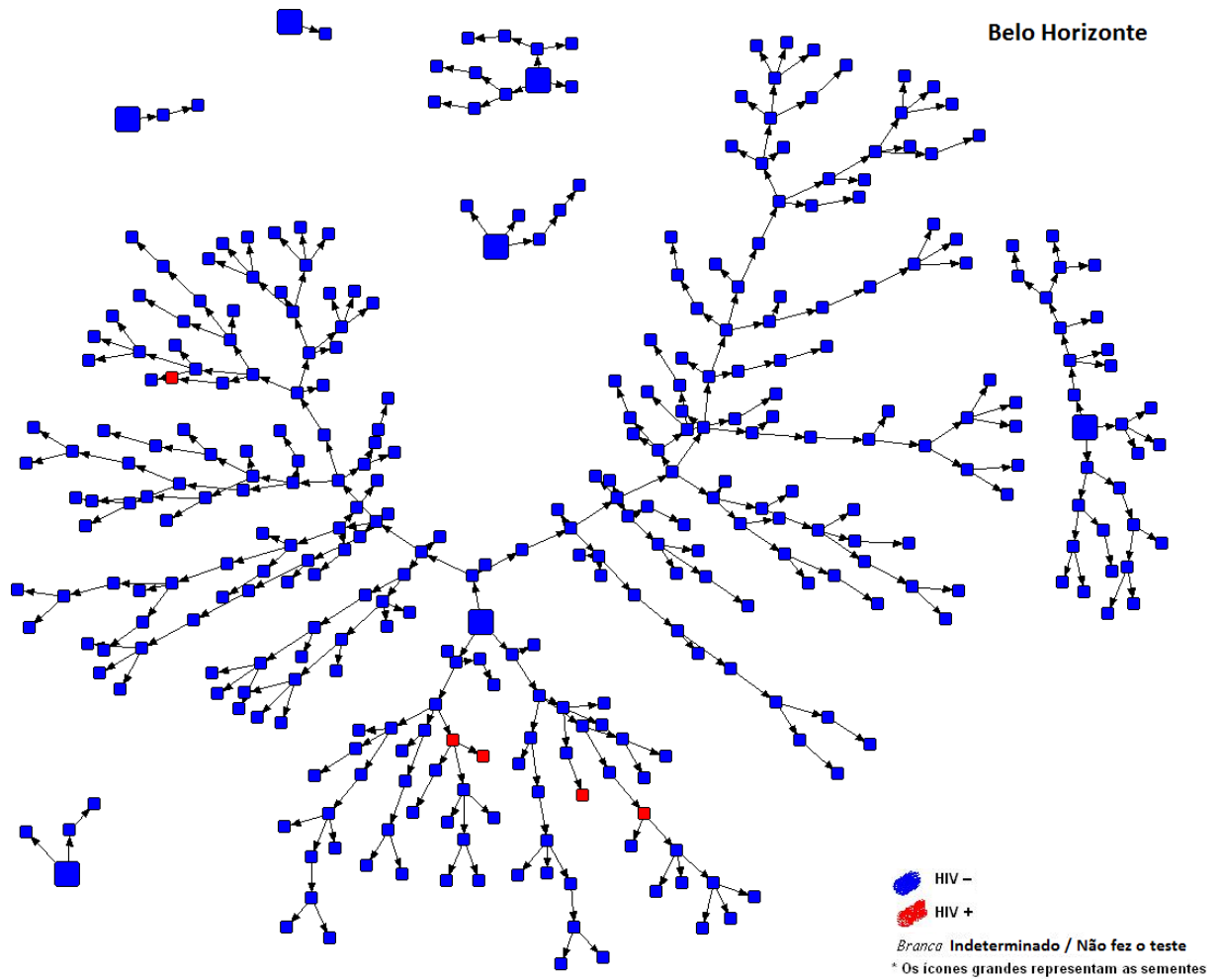
**Figura 8.** Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Recife segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016



**Figura 9.** Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Salvador segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016

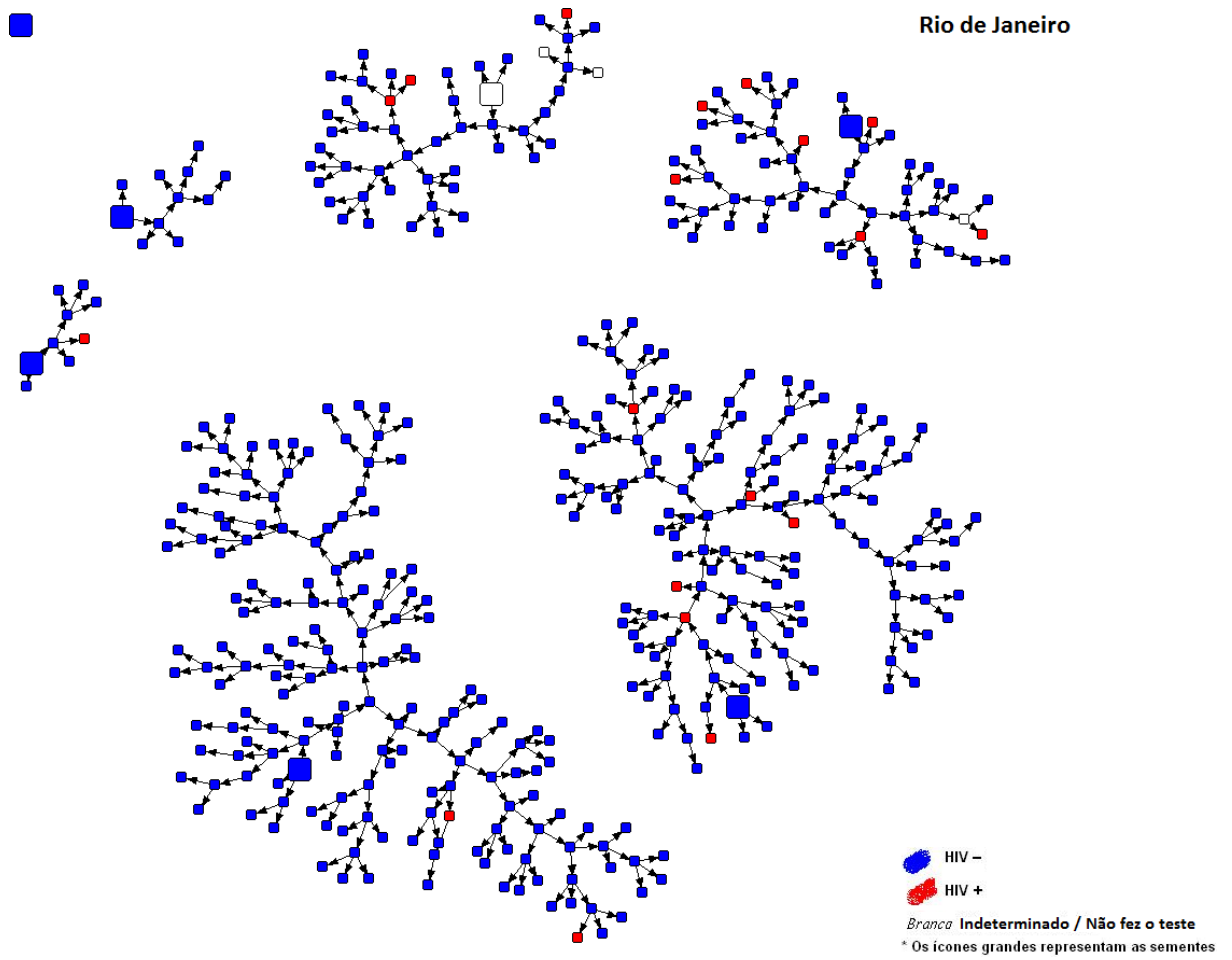


**Figura 10.** Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Belo Horizonte segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016

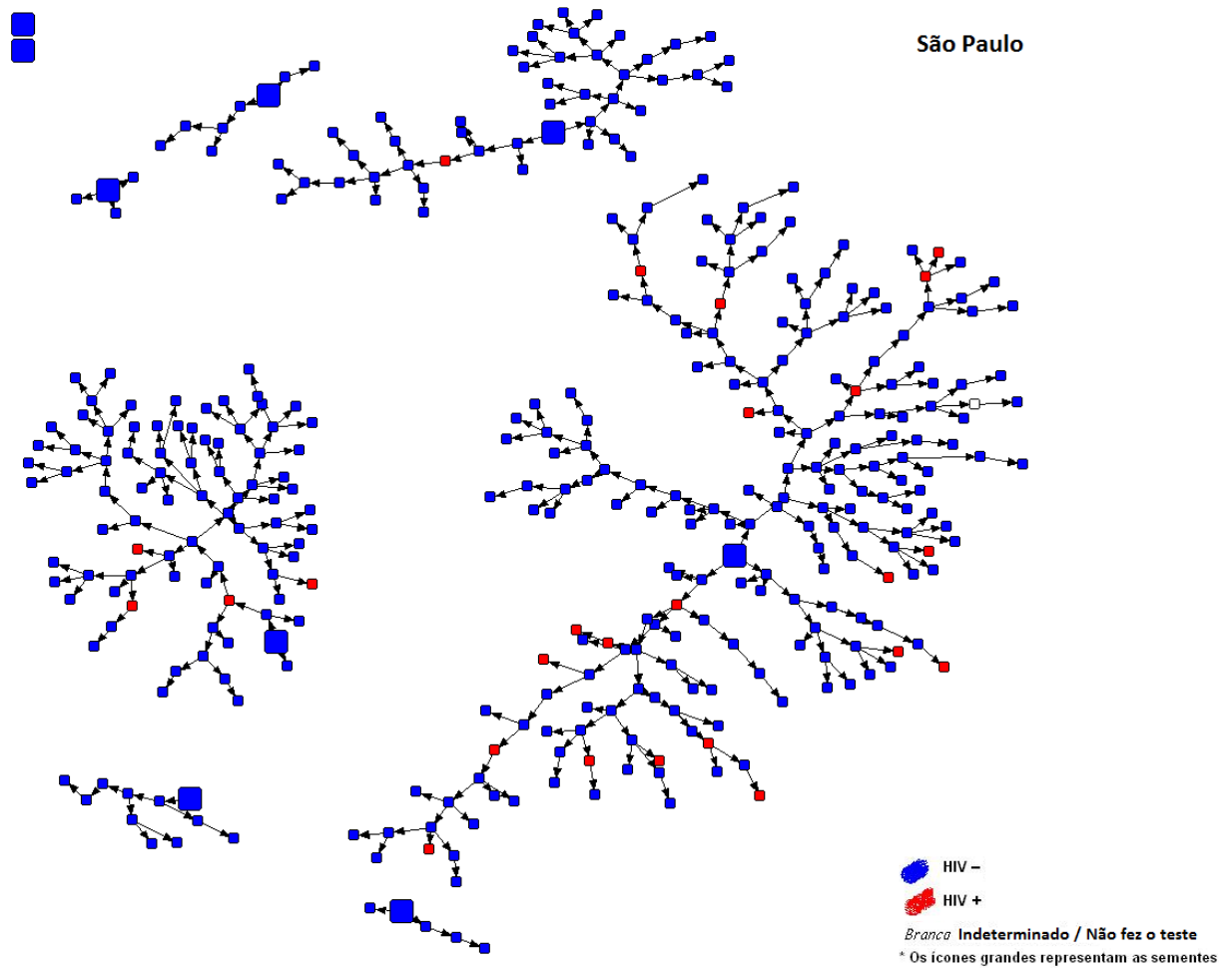




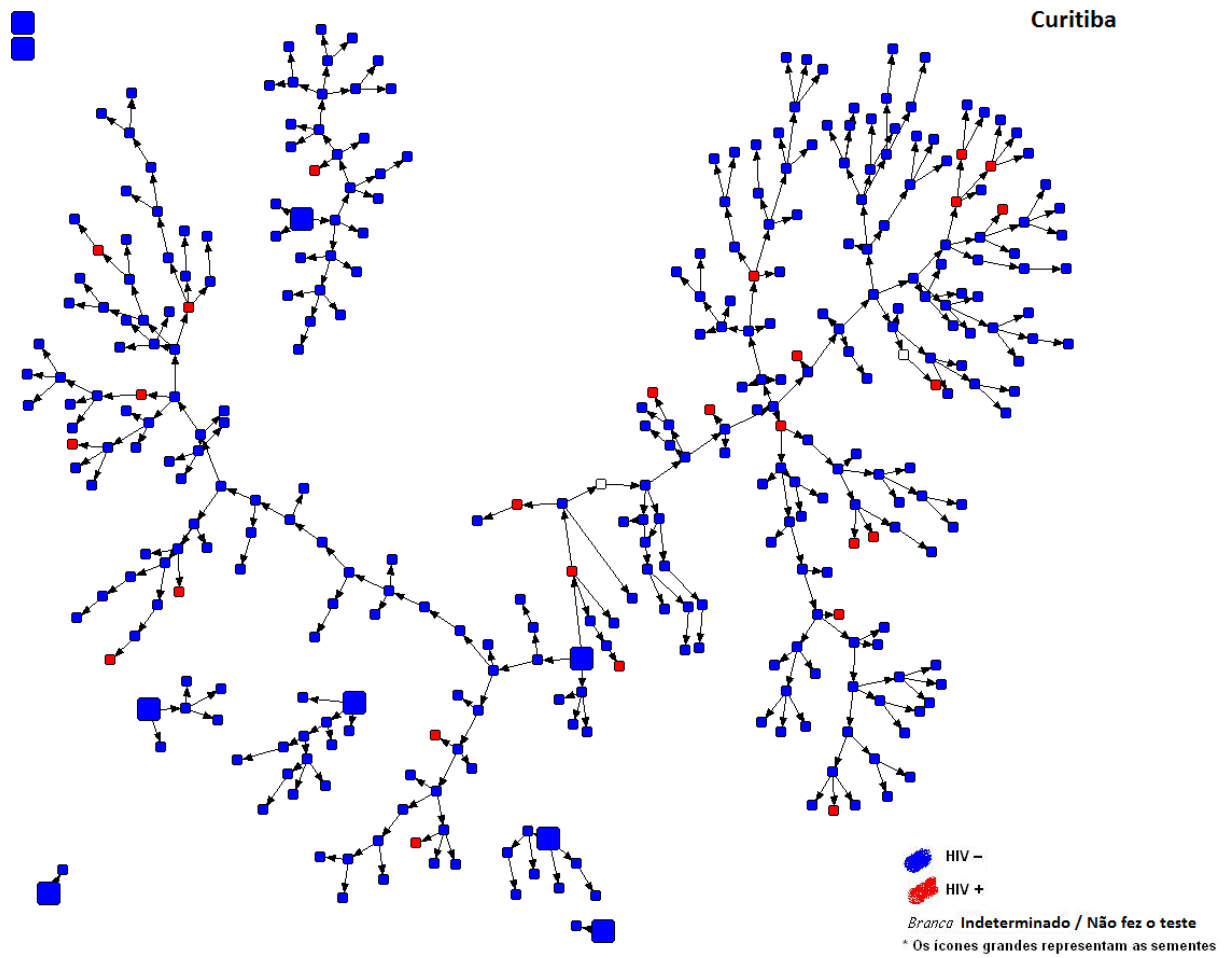
**Figura 11.** Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Rio de Janeiro segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016



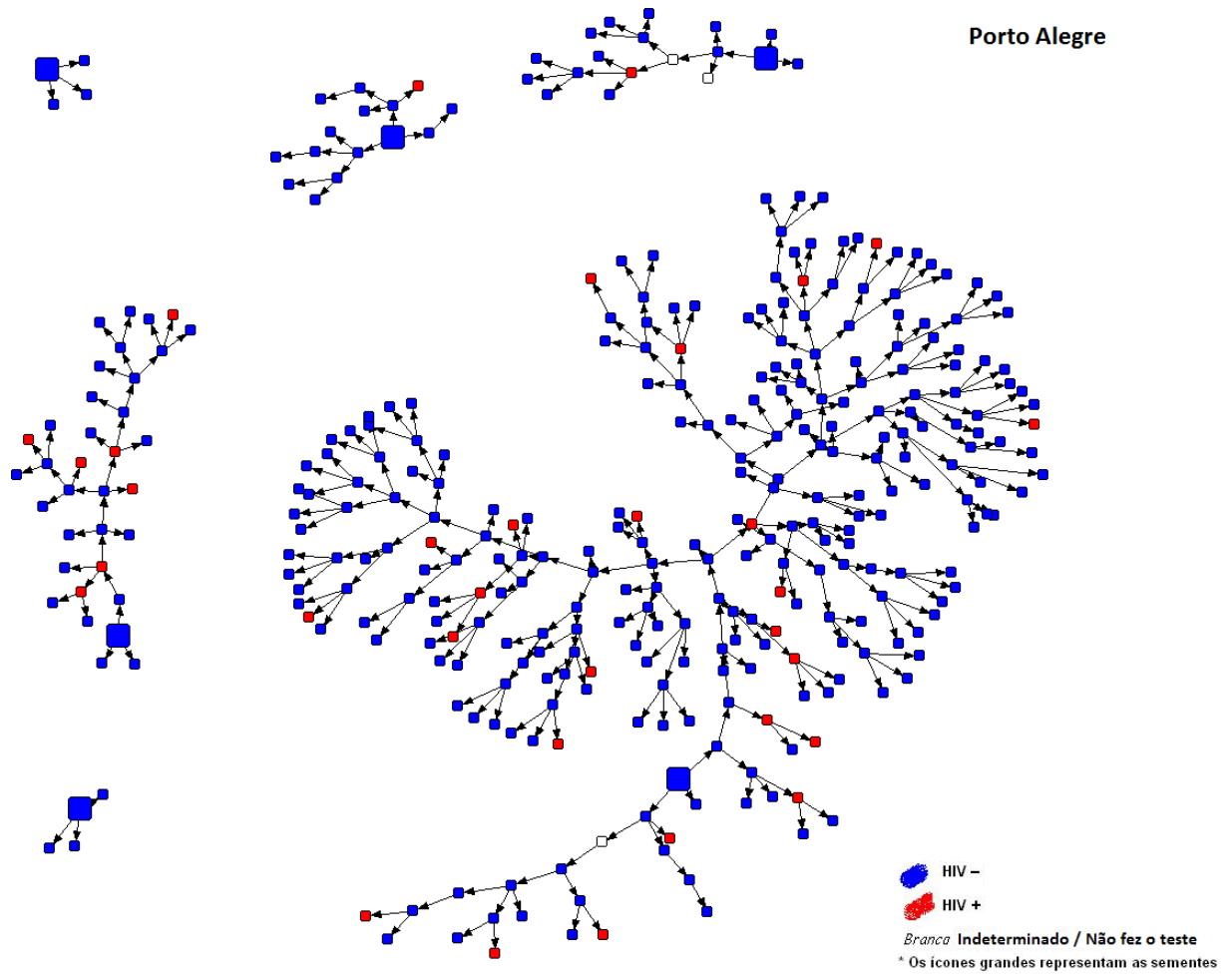
**Figura 12.** Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em São Paulo segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016



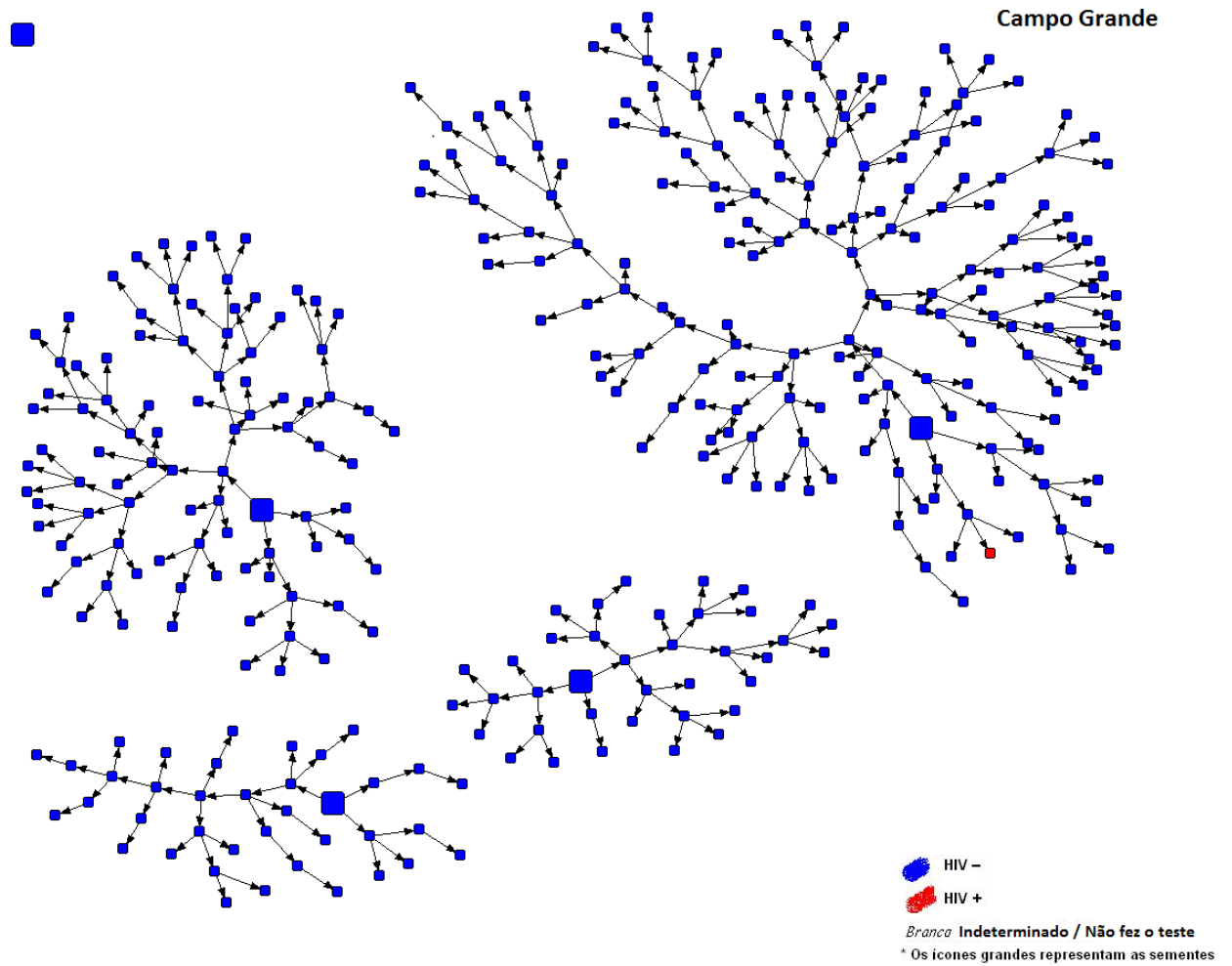
**Figura 13.** Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Curitiba segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016



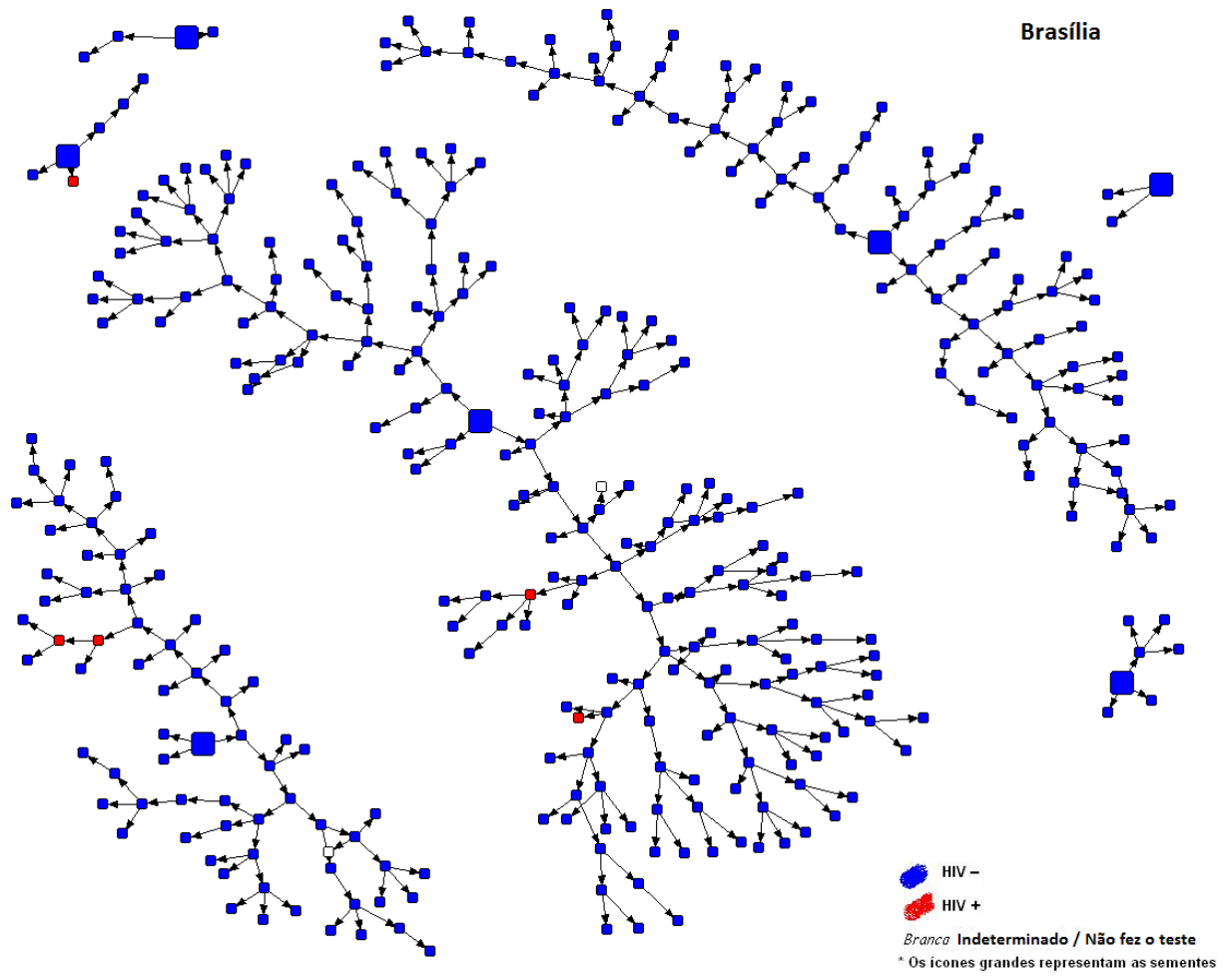
**Figura 14.** Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Porto Alegre segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016



**Figura 15.** Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Campo Grande segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016



**Figura 16.** Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Brasília segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016



ANEXO B

## Questionário do Projeto



*Corrente da Saúde II*

Rio de Janeiro, março de 2016

## **BLOCO A: CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS**

*Neste bloco, vamos perguntar sobre sua raça ou cor, o seu grau de instrução, nível de renda, e sobre suas atividades como trabalhadora do sexo.*

### **A1. Como você se classifica em relação à sua cor ou raça?**

1. Branca
2. Preta
3. Amarela
4. Parda
5. Indígena

### **A2. Qual é o seu grau de escolaridade?**

1. Analfabeta ou menos de um ano de instrução
2. Elementar incompleto (1 a 3 anos de instrução)
3. Elementar completo e fundamental incompleto
4. Fundamental completo e ensino médio incompleto
5. Ensino médio completo
6. Ensino superior incompleto
7. Ensino superior completo ou mais

### **A3. Você está estudando atualmente?**

1. Sim
2. Não

### **A4. Quanto você ganha aproximadamente por mês?**

1. De R\$1,00 até R\$500,00
2. De R\$501,00 até R\$1000,00
3. De R\$1001,00 até R\$1500,00
4. De R\$1501,00 até R\$2000,00
5. De R\$2001,00 até R\$5000,00
6. De R\$5001,00 até R\$10000,00
7. Mais de R\$10000,00

### **A5. Em que tipo de lugar você mora?**

1. Casa ou apartamento próprio
2. Casa ou apartamento alugado
3. Quarto ou cômodo alugado
4. Quarto de hotel ou de pensão
5. Quarto no local do trabalho
6. Construção improvisada (barraco)
7. Abrigo ou instituição de rua
8. Outro



**Com quem você mora atualmente?**

- |                                    |        |        |
|------------------------------------|--------|--------|
| a. Marido ou companheiro           | 1. Sim | 2. Não |
| b. Esposa ou companheira           | 1. Sim | 2. Não |
| c. Parceiro (namorado/caso) homem  | 1. Sim | 2. Não |
| d. Parceira (namorada/caso) mulher | 1. Sim | 2. Não |
| e. Amigas ou colegas               | 1. Sim | 2. Não |
| f. Mãe e/ou pai                    | 1. Sim | 2. Não |
| g. Filhos                          | 1. Sim | 2. Não |
| h. Outros parentes                 | 1. Sim | 2. Não |

**A6. Você tem algum outro trabalho ou atividade remunerada além do trabalho como trabalhadora do sexo?**

1. Sim, com carteira de trabalho assinada
2. Sim, sem carteira de trabalho assinada
3. Sim, trabalha por conta própria
4. Não

**A7. Você recebe algum benefício?**

- |  |        |        |
|--|--------|--------|
| a. Aposentadoria ou pensão                                 | 1. Sim | 2. Não |
| b. Seguro desemprego                                       | 1. Sim | 2. Não |
| c. Bolsa Família   | 1. Sim | 2. Não |
| d. Benefício assistencial de prestação continuada BPC-LOAS | 1. Sim | 2. Não |
| e. Outro programa social                                   | 1. Sim | 2. Não |

*Agora vamos fazer perguntas sobre suas atividades como trabalhadora do sexo.*

**A8. Com que idade você começou a fazer programas?**

1. Menos do que 10 anos
2. 10 anos
3. 11 anos
4. 12 anos
5. 13 anos
6. 14 anos
7. 15 anos
8. 16 anos
9. 17 anos
10. 18 anos
11. 19 anos
12. 20 anos ou mais

**A9. Como os seus clientes entram em contato com você?**

- |                               |        |        |
|-------------------------------|--------|--------|
| a. No local de trabalho       | 1. Sim | 2. Não |
| b. Internet                   | 1. Sim | 2. Não |
| c. Por ligação telefônica     | 1. Sim | 2. Não |
| d. Whatsapp                   | 1. Sim | 2. Não |
| e. Por meio de outras pessoas | 1. Sim | 2. Não |

- f. Por agências 1. Sim 2.Não  
g. Outro 1. Sim 2.Não

**A10. Como trabalhadora do sexo, em quais desses locais você trabalha?**

- a. Boates/Bares 1. Sim 2.Não  
b. Hotéis/Motéis 1. Sim 2.Não  
c. Casas de prostituição/bordeis/privês 1. Sim 2.Não  
d. Termas/casas de massagem/saunas 1. Sim 2.Não  
e. Cinemas 1. Sim 2.Não  
f. Pontos de ruas 1. Sim 2.Não  
g. Pontos em Posto de Gasolina 1. Sim 2.Não  
h. Agências 1. Sim 2.Não  
i. Em casa 1. Sim 2.Não  
j. Outros 1. Sim 2.Não

**A11. Em média, quanto você cobra por programa?**

1. Menos do que R\$10,00
2. R\$10,00 a R\$29,00
3. R\$30,00 a R\$49,00
4. R\$50,00 a R\$99,00
5. R\$100,00 a R\$149,00
6. R\$150,00 a R\$199,00
7. R\$200,00 a R\$299,00
8. R\$300,00 a R\$499,00
9. R\$500,00 a R\$999,00
10. R\$1000,00 ou mais

**A12. Você é obrigada a dar uma porcentagem dos seus ganhos com programas?**

- a. Para o estabelecimento onde trabalho como trabalhadora do sexo 1. Sim 2.Não  
b. Para o dono do local onde trabalho como trabalhadora do sexo 1. Sim 2.Não  
c. Para o cafetão ou cafetina 1. Sim 2. Não  
d. Para o meu companheiro ou cônjuge 1. Sim 2. Não  
e. Para outra pessoa 1. Sim 2.Não

**A13. Como trabalhadora do sexo, em média, quantos dias você trabalha por semana?**

1. 1 dia
2. 2 dias
3. 3 dias
4. 4 dias
5. 5 dias
6. 6 dias
7. Todos os dias

**A14. Quantos programas você faz, em média, por dia?**

1. 1 programa
2. 2 programas
3. 3 programas

4. 4 a 6 programas
5. 7 a 9 programas
6. 10 a 14 programas
7. 15 a 19 programas
8. 20 ou mais programas

**A15. Qual o local do seu trabalho principal como trabalhadora do sexo, isto é, onde você trabalha o maior número de horas como trabalhadora do sexo?**

1. Boates/Bares
2. Hotéis/Motéis
3. Casas de prostituição/bordeis/privês
4. Termas/casas de massagem/saunas
5. Cinemas
6. Pontos de ruas
7. Pontos em Postos de Gasolina
8. Agências
9. Em casa
10. Outro

**A16. Que horário você trabalha nesse local?**

1. Mais durante o dia
2. Mais durante a noite
3. Algumas vezes durante o dia e outras à noite

**A17. Esse local de trabalho exige que você mostre resultados de exames laboratoriais periodicamente?**

- |                      |              |
|----------------------|--------------|
| a. Do vírus da aids? | 1.Sim 2. Não |
| b. De sífilis?       | 1.Sim 2. Não |
| c. De hepatite?      | 1.Sim 2. Não |

**BLOCO B: CONHECIMENTO SOBRE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (DST) E AIDS**

*Por favor, diga se você concorda ou discorda das seguintes afirmações sobre a transmissão do vírus da aids, sífilis e hepatite.*

**B1. Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo vírus da aids.**

1. Concordo
2. Discordo
3. Não sei

**B2. Uma pessoa pode se infectar com o vírus da aids ao ser picada por um inseto, como um mosquito ou pernilongo.**

1. Concordo
2. Discordo
3. Não sei

**B3. Uma pessoa pode se infectar com o vírus da aids compartilhando talheres, copos ou refeições com alguém que está infectado pelo vírus da aids.**

1. Concordo
2. Discordo
3. Não sei

**B4. Uma pessoa pode se infectar com o vírus da aids compartilhando seringa ou agulha com outras pessoas.**

1. Concordo
2. Discordo
3. Não sei

**B5. Uma pessoa pode se infectar com o vírus da aids se não usar preservativos nas relações sexuais.**

1. Concordo
2. Discordo
3. Não sei

**B6. Uma pessoa infectada pelo vírus da aids que está tomando medicamentos para aids tem menos risco de transmitir o vírus da aids para outra pessoa.**

1. Concordo
2. Discordo
3. Não sei

**B7. Se uma mulher grávida estiver com o vírus da aids e receber tratamento durante a gravidez e no parto, o risco de passar o vírus da aids para o filho diminui.**

1. Concordo
2. Discordo
3. Não sei

**B8. Se uma mulher grávida estiver com sífilis e receber tratamento durante a gravidez, a mãe não passará a doença para o bebê.**

1. Concordo
2. Discordo
3. Não sei

**B9. Uma pessoa pode pegar hepatite compartilhando material para manicure (alicate de unha, lixa, espátula)**

1. Concordo
2. Discordo
3. Não sei

**B10. Uma pessoa pode pegar hepatite fazendo tatuagem ou colocando *piercing*.**

1. Concordo
2. Discordo
3. Não sei

**B11. Uma pessoa pode pegar hepatite compartilhando escova de dente.**

1. Concordo
2. Discordo
3. Não sei

**B12. Uma pessoa pode pegar hepatite compartilhando seringa ou agulha com outras pessoas.**

1. Concordo
2. Discordo
3. Não sei

**B13. Uma pessoa pode pegar hepatite se não usar preservativos nas relações sexuais.**

1. Concordo
2. Discordo
3. Não sei

## **BLOCO C: APOIO SOCIAL E ACESSO A MATERIAL EDUCATIVO E PREVENTIVO**

*Neste bloco, vamos falar sobre movimentos sociais e acesso a material preventivo, como camisinha e gel lubrificante, e alguns aspectos atuais sobre a prevenção do HIV.*

### **C1. Você é a favor da regulamentação do trabalho sexual?**

1. Sim
2. Não

### **C2. Você é favor da legalização das casas de prostituição?**

1. Sim
2. Não

### **C3. Você é membro ou participa de algum grupo organizado, movimento social ou ONG (Organização Não Governamental) de promoção da cidadania e defesa dos direitos de trabalhadoras do sexo?**

1. Sim
2. Não

### **C4. Nos últimos 6 meses, você participou de alguma palestra e/ou recebeu algum material educativo sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e aids?**

- |                                   |              |
|-----------------------------------|--------------|
| a. Em um serviço público de saúde | 1.Sim 2. Não |
| b. Em uma ONG                     | 1.Sim 2. Não |
| c. No local de trabalho           | 1.Sim 2. Não |
| d. Em outro lugar                 | 1.Sim 2. Não |

### **C5. Nos últimos 6 meses, você participou de alguma palestra e/ou recebeu algum material educativo sobre hepatites?**

- |                                   |              |
|-----------------------------------|--------------|
| a. Em um serviço público de saúde | 1.Sim 2. Não |
| b. Em uma ONG                     | 1.Sim 2. Não |
| c. No local de trabalho           | 1.Sim 2. Não |
| d. Em outro lugar                 | 1.Sim 2. Não |

### **C6. Nos últimos 6 meses, você comprou camisinhas?**

- |                           |               |
|---------------------------|---------------|
| a. Camisinhas masculinas? | 1.Sim 2. Não  |
| b. Camisinhas femininas?  | 1. Sim 2. Não |

### **C7. Nos últimos 6 meses, você recebeu camisinhas de graça?**

- |                           |               |
|---------------------------|---------------|
| a. Camisinhas masculinas? | 1.Sim 2. Não  |
| b. Camisinhas femininas?  | 1. Sim 2. Não |

**(Se C7.a=2 e C7.b=2: vá para C12; Se C7.a=2 e C7.b=1: vá para C10; Se C7.a=1: prossiga)**

**C8. Como você obteve as camisinhas masculinas de graça?**

- |  |        |        |
|--|--------|--------|
| a. Em um serviço público de saúde      | 1. Sim | 2. Não |
| b. Em uma ONG                          | 1. Sim | 2. Não |
| c. No local de trabalho                | 1. Sim | 2. Não |
| d. Em bares, boates, termas ou saunas  | 1. Sim | 2. Não |
| e. Ganhei de um(a) agente de prevenção | 1. Sim | 2. Não |
| f. Ganhei de uma trabalhadora do sexo  | 1. Sim | 2. Não |
| g. Outro                               | 1. Sim | 2. Não |

**C9. Você acha que a quantidade de camisinhas masculinas que você recebe de graça é suficiente?**

1. Sim
2. Não

(Se C7.b=2: vá para C12)

**C10. Como você recebeu as camisinhas femininas de graça?**

- |                                       |        |        |
|---------------------------------------|--------|--------|
| a. Em um serviço público de saúde     | 1. Sim | 2. Não |
| b. Em uma ONG                         | 1. Sim | 2. Não |
| c. No local de trabalho               | 1. Sim | 2. Não |
| d. Em bares, boates, termas ou saunas | 1. Sim | 2. Não |
| e. Ganhei de uma agente de prevenção  | 1. Sim | 2. Não |
| f. Ganhei de uma trabalhadora do sexo | 1. Sim | 2. Não |
| g. Outro                              | 1. Sim | 2. Não |

**C11. Você acha que a quantidade de camisinhas femininas que você recebe de graça é suficiente?**

1. Sim
2. Não

**C12. Nos últimos 6 meses, você comprou creme/gel lubrificante?**

1. Sim
2. Não

**C13. Nos últimos 6 meses, você recebeu creme/gel lubrificante de graça?**

1. Sim
2. Não

(Se 2: vá para C16)

**C14. Como você obteve creme/gel lubrificante de graça?**

- |                                       |        |        |
|---------------------------------------|--------|--------|
| a. Em um serviço público de saúde     | 1. Sim | 2. Não |
| b. Em uma ONG                         | 1. Sim | 2. Não |
| c. No local de trabalho               | 1. Sim | 2. Não |
| d. Em bares, boates, termas ou saunas | 1. Sim | 2. Não |

- |                                       |        |        |
|---------------------------------------|--------|--------|
| e. Ganhei de uma agente de prevenção  | 1. Sim | 2. Não |
| f. Ganhei de uma trabalhadora do sexo | 1. Sim | 2. Não |
| g. Outro                              | 1. Sim | 2. Não |

**C15. Você acha que a quantidade de creme/gel lubrificante que você recebe de graça é suficiente?**

1. Sim
2. Não

*Agora vamos falar sobre alguns aspectos atuais sobre a prevenção do HIV, o vírus da aids.*

**C16. Você já ouviu falar do teste de HIV que pode ser feito pela própria pessoa utilizando fluido oral ou saliva?**

1. Sim
2. Não

**(Se 2: vá para C18)**

**C17. Alguma vez você já fez o teste de HIV de fluido oral ou saliva?**

1. Sim, em uma campanha de rua
2. Sim, no serviço de saúde
3. Sim, em outro local
4. Não

**C18. Você acha que se existisse um teste de HIV de fluido oral ou saliva disponível para comprar nas farmácias, como os testes de gravidez, você faria o teste de HIV com mais frequência?**

1. Sim
2. Não mudaria nada para mim

**C19. Você já ouviu falar em PEP (Profilaxia Pós-Exposição), ou seja, o uso de medicamentos para evitar a infecção pelo vírus da aids após exposição a uma situação de risco como sexo sem camisinha, rompimento da camisinha, violência sexual, etc.?**

1. Sim
2. Não

**C20. Você já ouviu falar em PrEP (Profilaxia Pré-Exposição), ou seja, o uso de medicamentos antirretrovirais por pessoas que não estão com o vírus da aids para se manterem negativos?**

1. Sim
2. Não



**BLOCO D: TESTES DE HIV, SÍFILIS e HEPATITES B e C**

*Neste bloco, perguntaremos sobre a realização de testes laboratoriais de HIV (o vírus da aids), sífilis, gonorreia e hepatites.*

**D1. Você já fez o teste para aids alguma vez na vida?**

1. Sim
2. Não

**(Se 1: vá para D3)**

**D2. Qual o principal motivo de você nunca ter feito o teste de aids?**

1. Não me sinto em risco
2. Não vejo motivo
3. Não sei onde fazer o teste
4. Tenho medo
5. Tenho vergonha
6. Outro

**(Vá para D12)**

**D3. Você já fez um teste rápido de HIV cujo resultado saiu na hora?**

1. Sim
2. Não

**D4. Quando foi a última vez que você fez o teste para aids?**

1. Há menos de 3 meses atrás
2. Entre 3 e 6 meses atrás
3. Entre 6 meses e 1 ano atrás
4. Entre 1 e 2 anos atrás
5. Há mais de 2 anos atrás

**(Se 4 ou 5: vá para D6)**

**D5. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você fez o teste para aids?**

1. Uma vez
2. Duas vezes
3. Três vezes ou mais

**D6. Em que local você fez o último teste para aids?**

1. CTA ou COA
2. Outro estabelecimento da Rede Pública de Saúde
3. Banco de sangue para doação
4. No local que trabalho como trabalhadora do sexo
5. Laboratórios/clínicas particulares

6. Trailer
7. Campanha de rua
8. Pesquisa anterior
9. Outro
- 10.

**D7. Qual foi o principal motivo para você ter feito o último teste para aids?**

1. Por exigência do trabalho onde faço programas
2. Doei sangue somente para me testar
3. Doei sangue porque precisei ou quis
4. Pré-natal
5. Por achar que tinha algum risco
6. Por curiosidade
7. Porque o parceiro pediu
8. Porque o parceiro está infectado pelo vírus da aids
9. Por indicação médica
10. Porque estava participando de pesquisa
11. Porque sempre me testo periodicamente
12. Por outro motivo

**D8. Quanto tempo você esperou para que o resultado do último teste ficasse pronto?**

1. Recebi o resultado na hora ou no mesmo dia
2. Menos de uma semana
3. Mais de uma semana e menos de um mês
4. De 1 a 2 meses
5. Mais de 2 meses

**D9. Ainda com relação ao último teste para aids, você sabe o resultado do teste?**

1. Sim
2. Não

**(Se 2: vá para D12)**

**D10. Você pode dizer o resultado do seu último teste?**

1. Positivo
2. Negativo
3. Não quero dizer

**(Se 2 ou 3: vá para D12)**

**D11. Você faz tratamento com medicamentos antirretrovirais?**

1. Sim, faço
2. Já fiz, mas interrompi
3. Não

**D12. Você já fez o teste para sífilis alguma vez na vida?**

1. Sim, há menos de 3 meses atrás
2. Sim, entre 3 e 6 meses atrás
3. Sim, entre 6 meses e 1 ano atrás

4. Sim, entre 1 e 2 anos atrás
5. Sim, há mais de 2 anos atrás
6. Nunca fiz

**(Se 6: vá para D15)**

**D13. Você já teve algum teste de sífilis com resultado positivo?**

1. Sim
2. Não

**(Se 2: vá para D15)**

**D14. Você fez tratamento para sífilis?**

1. Sim
2. Não

**D15. Você já fez teste para gonorreia alguma vez na vida?**

1. Sim, há menos de 3 meses atrás
2. Sim, entre 3 e 6 meses atrás
3. Sim, entre 6 meses e 1 ano atrás
4. Sim, entre 1 e 2 anos atrás
5. Sim, há mais de 2 anos atrás
6. Nunca fiz

**(Se 6: vá para D15)**

**D16. Você já teve algum teste de gonorreia com resultado positivo?**

1. Sim
2. Não

**(Se 2: vá para D18)**

**D17. Você fez tratamento para gonorreia?**

1. Sim
2. Não

**D18. Você já fez o teste para hepatite C alguma vez na vida?**

1. Sim, há menos de 3 meses atrás
2. Sim, entre 3 e 6 meses atrás
3. Sim, entre 6 meses e 1 ano atrás
4. Sim, entre 1 e 2 anos atrás
5. Sim, há mais de 2 anos atrás
6. Nunca fiz

**(Se 6: vá para D21)**

**D19. Você já teve algum teste de hepatite C com resultado positivo?**

1. Sim
2. Não

(Se 2: vá para D21)

**D20. Você faz ou fez tratamento para hepatite C?**

1. Sim, completei todo o tratamento
2. Já fiz, mas interrompi antes de completar o tratamento
3. Sim, ainda faço tratamento
4. Não, nunca fiz tratamento para hepatite C

**D21. Você já fez o teste para hepatite B alguma vez na vida?**

1. Sim, há menos de 3 meses atrás
2. Sim, entre 3 e 6 meses atrás
3. Sim, entre 6 meses e 1 ano atrás
4. Sim, entre 1 e 2 anos atrás
5. Sim, há mais de 2 anos atrás
6. Nunca fiz

(Se 6: vá para o Bloco E)

**D22. Você já teve algum teste de hepatite B com resultado positivo?**

1. Sim
2. Não

**BLOCO E: ESTADO DE SAÚDE, ASSISTÊNCIA À SAÚDE E DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (DST)**

*Neste bloco vamos falar sobre a sua saúde em geral, acesso a programas de saúde da mulher, utilização de serviços de saúde, e sobre a ocorrência de problemas relacionados às doenças sexualmente transmissíveis (DST).*

**E1. Em geral, como você avalia a sua saúde?**

1. Muito boa
2. Boa
3. Regular
4. Ruim
5. Muito ruim

**E2. Nas duas últimas semanas, quantos dias você teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?**

1. Nenhum dia
2. Vários dias
3. Mais da metade dos dias
4. Quase todos os dias

**E3. Nas duas últimas semanas, com que frequência você se sentiu deprimida, “pra baixo” ou sem perspectiva?**

1. Nenhum dia
2. Vários dias
3. Mais da metade dos dias
4. Quase todos os dias

**E4. Você tem algum plano de saúde particular, de empresa ou órgão público?**

1. Sim
2. Não

**E5. Quando está doente ou precisando de atendimento de saúde, você costuma procurar:**

1. Farmácia
2. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)
3. SAE, Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM
4. UPA ou outra unidade de pronto atendimento público
5. Ambulatório de hospital público
6. Consultório particular ou consultório de clínica privada
7. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado
8. Profissional da equipe de saúde da família no domicílio
9. Médico ou profissional de saúde do local que trabalho como trabalhadora do sexo
10. Outro serviço

**E6. Você já se sentiu discriminada ou tratada pior do que as outras pessoas no serviço de saúde, por algum médico ou outro profissional de saúde por um desses motivos?**

- |   |        |        |
|---|--------|--------|
| a. Cor ou raça                          | 1. Sim | 2. Não |
| b. Ser trabalhadora do sexo             | 1. Sim | 2. Não |
| c. Falta de dinheiro ou condição social | 1. Sim | 2. Não |
| d. Ter o vírus da aids, se for o caso   | 1. Sim | 2. Não |
| e. Doença ou incapacidade               | 1. Sim | 2. Não |
| f. Aparência física                     | 1. Sim | 2. Não |

**E7. Quando você vai ao serviço de saúde, você diz que você é trabalhadora do sexo (prostituta)?**

1. Sim, sempre
2. Só às vezes
3. Geralmente não
4. Nunca me declarei como prostituta

**(Se 4: vá para E9)**

**E8. Quando você diz que é trabalhadora do sexo, você acha que isso muda o seu atendimento ou o modo como é tratada pelos profissionais de saúde?**

1. Sim, bastante
2. Sim, um pouco
3. Não muda nada

**E9. Quando foi a última vez que você fez um exame preventivo para câncer de colo do útero?**

1. No último ano
2. De 1 ano a menos de 2 anos atrás
3. De 2 anos a menos de 3 anos atrás
4. Mais de 3 anos atrás
5. Nunca fiz

**(Se diferente de 5: vá para E11)**

**E10. Qual o principal motivo de você nunca ter feito um exame preventivo?**

1. Não acho necessário
2. Tenho vergonha de dizer que sou trabalhadora do sexo
3. Nunca fui orientada para fazer o exame
4. Não sei quem procurar ou aonde ir
5. Tenho dificuldades financeiras
6. Tenho dificuldades de transporte
7. Tenho dificuldades para marcar consulta
8. O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande
9. O serviço de saúde é muito distante
10. O horário de funcionamento do serviço é incompatível com minhas atividades de trabalho ou domésticas
11. Outro
- 12.

**E11. Durante a sua vida, você já ficou grávida (mesmo que a gravidez não tenha chegado até o final)?**

1. Sim
2. Não

**(Se 2: passe ao E18)**

**E12. Quantos partos você já teve?**

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

**(Se 1: passe ao E18)**

**E13. Quando foi o último parto?**

1. Há menos de 2 anos atrás
2. Há mais de 2 anos atrás e menos de 5 anos atrás
3. Há mais de 5 anos atrás

**(Se 3: passe ao E17)**

**E14. Na última vez que você esteve grávida, você fez pré-natal?**

1. Sim

2. Não

(Se 2: passe ao E17)

**E15. Em que período da gravidez você iniciou o pré-natal?**

1. No primeiro trimestre (primeiros 3 meses)
2. No segundo trimestre (de 4 a 6 meses de gravidez)
3. No terceiro trimestre (de 7 a 9 meses de gravidez)

**E16. Quantas consultas de pré-natal você teve?**

1. 1 a 3 consultas
2. 4 a 6 consultas
3. 7 ou mais consultas

**E17. Quantos filhos vivos você tem?**

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

**E18. Que método para evitar a gravidez você usa atualmente?**

- |  |               |
|--|---------------|
| a. Pílula  | 1. Sim 2. Não |
| b. Tabela  | 1. Sim 2. Não |
| c. Camisinha masculina                                 | 1. Sim 2. Não |
| d. Camisinha feminina                                  | 1. Sim 2. Não |
| e. Diafragma   | 1. Sim 2. Não |
| f. DIU   | 1. Sim 2. Não |
| g. Contraceptivo Injetável                             | 1. Sim 2. Não |
| h. Implantes (Norplant)                                | 1. Sim 2. Não |
| i. Creme/óvulo   | 1. Sim 2. Não |
| j. Pílula do dia seguinte (Contracepção de emergência) | 1. Sim 2. Não |
| k. Nenhum método                                       | 1. Sim 2. Não |

*Agora vamos falar sobre problemas relacionados às doenças sexualmente transmissíveis nos últimos 12 meses, isto é, um conjunto de infecções distintas que são transmitidas pela relação sexual.*

**E19. Nos últimos 12 meses, você teve feridas na vagina ou no ânus?**

1. Sim
2. Não

**E20. Nos últimos 12 meses, você teve pequenas bolhas na vagina ou no ânus?**

1. Sim
2. Não

**E21. Nos últimos 12 meses, você teve verrugas (berrugas) na vagina ou no ânus?**

1. Sim

2. Não

**E22. Nos últimos 12 meses, você teve algum corrimento de cor diferente ou com mau cheiro, saindo da vagina?**

1. Sim
2. Não

**(Se E19=2 e E20=2 e E21=2 e E22=2: vá para E28)**

**E23. Na última vez que teve algum desses problemas, qual serviço você procurou primeiramente?**

1. Farmácia
2. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)
3. SAE, Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM
4. UPA ou outra unidade de pronto atendimento público
5. Ambulatório de hospital público
6. Consultório particular ou consultório de clínica privada
7. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado
8. Profissional da equipe de saúde da família no domicílio
9. Médico ou profissional de saúde do local que trabalho
10. Outro serviço
11. Nenhum

**(Se 1 ou 11: vá para E28)**

**E24. Na última vez que teve algum desses problemas, você recebeu alguma dessas orientações no atendimento?**

- |   |        |        |
|---|--------|--------|
| a. Usar regularmente preservativo durante as relações sexuais | 1. Sim | 2. Não |
| b. Necessidade de tratamentos dos parceiros                   | 1. Sim | 2. Não |
| c. Fazer o teste de HIV (o vírus da aids)                     | 1. Sim | 2. Não |
| d. Fazer o teste de sífilis                                   | 1. Sim | 2. Não |
| e. Fazer os testes de hepatite B e C                          | 1. Sim | 2. Não |

**E25. O profissional de saúde que te atendeu passou algum medicamento para você tomar ou passar no local?**

1. Sim
2. Não

**(Se 2: vá para E28)**

**E26. Você conseguiu obter todos os medicamentos receitados?**

1. Todos
2. Alguns
3. Nenhum

**(Se 1: vá para E28)**

**E27. Qual o principal motivo de você não ter conseguido obter todos os medicamentos receitados?**

1. Não consegui obter no serviço público de saúde
2. Não consegui encontrar todos os medicamentos na farmácia



3. Não tinha dinheiro para comprar
4. Não achei necessário
5. Desisti de procurar, pois melhorei
6. Outro

**E28. Alguma vez na vida você já tomou a vacina contra hepatite B?**

1. Sim, uma dose
2. Sim, duas doses
3. Sim, três doses
4. Não
5. Não sei

**E29. Nos últimos 12 meses, você teve o diagnóstico de alguma dessas síndromes de doenças sexualmente transmissíveis (DST)?**

- |   |               |
|---|---------------|
| a. Úlcera genital (feridas)               | 1. Sim 2. Não |
| b. Verrugas genitais (condiloma)          | 1. Sim 2. Não |
| c. Herpes genital                         | 1. Sim 2. Não |
| d. Corrimento vaginal                     | 1. Sim 2. Não |
| e. Outra doença sexualmente transmissível | 1. Sim 2. Não |

**(Se a= 2 e b=2 e c=2 e d=2 e e=2, vá para o Bloco F)**

**E30. Para essas doenças sexualmente transmissíveis, você fez ou faz tratamento?**

**OBS para programador: Listar só as DST que ela respondeu sim na E29.**

- |   |               |
|---|---------------|
| a. Úlcera genital (feridas)               | 1. Sim 2. Não |
| b. Verrugas genitais (condiloma)          | 1. Sim 2. Não |
| c. Herpes genital                         | 1. Sim 2. Não |
| d. Corrimento vaginal                     | 1. Sim 2. Não |
| e. Outra doença sexualmente transmissível | 1. Sim 2. Não |

## **BLOCO F: VIOLÊNCIA**

*Neste bloco, vamos falar sobre ocorrências de violência física e sexual na sua vida.*

**F1. Nos últimos 12 meses, alguém te xingou, humilhou, depreciou ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?**

1. Sim
2. Não

**(Se 2: vá para F3)**

**F2. Quem lhe xingou ou humilhou?**

- |  |               |
|--|---------------|
| a. Companheiro(a), cônjuge, namorado(a) ou parceiro(a) fixo(a) | 1. Sim 2. Não |
|--|---------------|

- |   |               |
|---|---------------|
| b. Cliente  | 1. Sim 2. Não |
| c. Familiar   | 1. Sim 2. Não |
| d. Cafetão ou dono(a) do local de trabalho              | 1. Sim 2. Não |
| e. Colega de trabalho ou outra trabalhadora do sexo     | 1. Sim 2. Não |
| f. Segurança ou outro profissional do local de trabalho | 1. Sim 2. Não |
| g. Outra pessoa conhecida                               | 1. Sim 2. Não |
| h. Policial ou agente da lei                            | 1. Sim 2. Não |
| i. Assaltante, bandido ou ladrão                        | 1. Sim 2. Não |
| j. Outra pessoa desconhecida                            | 1. Sim 2. Não |

**F3. Nos últimos 12 meses, alguém lhe ameaçou ou agrediu fisicamente, ou seja, você levou socos, tapas, chutes, empurrões ou foi ferida ou ameaçada com algum objeto ou arma?**

1. Sim
2. Não

**(Se 2: vá para F11)**

**F4. Quem lhe ameaçou ou agrediu fisicamente?**

- |  |               |
|--|---------------|
| a. Companheiro(a), cônjuge, namorado(a) ou parceiro(a) fixo(a) | 1. Sim 2. Não |
| b. Cliente   | 1. Sim 2. Não |
| c. Familiar  | 1. Sim 2. Não |
| d. Cafetão ou dono(a) do local de trabalho                     | 1. Sim 2. Não |
| e. Colega de trabalho ou outra trabalhadora do sexo            | 1. Sim 2. Não |
| f. Segurança ou outro profissional do local de trabalho        | 1. Sim 2. Não |
| g. Outra pessoa conhecida                                      | 1. Sim 2. Não |
| h. Policial ou agente da lei                                   | 1. Sim 2. Não |
| i. Assaltante, bandido ou ladrão                               | 1. Sim 2. Não |
| j. Outra pessoa desconhecida                                   | 1. Sim 2. Não |

**F5. Pensando na violência física mais grave que você sofreu nos últimos 12 meses, como você foi ameaçada ou ferida?**

1. Com arma de fogo (revólver, escopeta, pistola)
2. Com arma branca (faca, navalha, punhal, tesoura)
3. Com objeto contundente (pau, cassetete, barra de ferro, pedra)
4. Com força corporal, espancamento (tapa, murro, empurrão)
5. Outro

**F6. Nesta ocorrência, a violência foi cometida por:**

1. Companheiro(a), cônjuge, namorado(a) ou parceiro(a) sexual fixo(a)
2. Cliente
3. Familiar
4. Cafetão ou dono(a) do local de trabalho
5. Colega de trabalho ou outra trabalhadora do sexo
6. Segurança ou outro profissional do local de trabalho
7. Outra pessoa conhecida
8. Policial ou agente da lei
9. Assaltante, bandido ou ladrão

10. Outra pessoa desconhecida
- F7. Essa violência física ocorreu enquanto você trabalhava ou fazia um programa?**
1. Sim
  2. Não
- F8. Por causa dessa violência, você deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais como trabalhar ou realizar afazeres domésticos?**
1. Sim
  2. Não
- F9. Por causa desta violência, você recebeu algum tipo de assistência de saúde?**
1. Sim
  2. Não
- F10. Por causa desta violência, você denunciou à polícia ou delegacia da mulher?**
1. Sim
  2. Não
- F11. Nos últimos 12 meses, quais dessas situações ocorreram com você?**
- |  |               |
|--|---------------|
| a. O local onde você trabalha como trabalhadora do sexo teve uma batida da polícia | 1. Sim 2. Não |
| b. Um policial fez programa com você e não pagou                                   | 1. Sim 2. Não |
| c. Você foi presa por estar fazendo programas                                      | 1. Sim 2. Não |
| d. A polícia confiscou camisinhas  | 1. Sim 2. Não |
| e. Você se sentiu ameaçada pela polícia quando estava trabalhando                  | 1. Sim 2. Não |
- F12. Alguma vez na vida, alguém forçou você fisicamente a ter relações sexuais contra a sua vontade?**
1. Sim
  2. Não
- (Se 2: vá para o Bloco G)**
- F13. Quando foi a última vez que você foi forçada fisicamente a ter relações sexuais contra a sua vontade?**
1. Há menos de 6 meses
  2. Entre 6 meses e menos de um ano atrás
  3. Entre 1 e 2 anos atrás
  4. Há mais de 2 anos atrás
- F14. Pensando na última vez que você foi forçada fisicamente a ter relações sexuais contra a sua vontade, quem lhe forçou?**
1. Companheiro(a), cônjuge, namorado(a) ou parceiro(a) sexual fixo(a)
  2. Cliente
  3. Familiar
  4. Cafetão ou dono(a) do local de trabalho

5. Segurança ou outro profissional do local de trabalho
6. Outra pessoa conhecida
7. Policial ou agente da lei
8. Assaltante, bandido ou ladrão
9. Outra pessoa desconhecida

**F15. Nessa relação sexual forçada fisicamente o agressor usou preservativo?**

1. Sim
2. Não

**F16. Essa relação sexual forçada ocorreu enquanto você estava trabalhando ou fazendo um programa?**

1. Sim
2. Não

**F17. Por causa dessa violência sexual, você deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais como trabalhar ou realizar afazeres domésticos?**

1. Sim
2. Não

**F18. Por causa desta violência sexual, você procurou algum tipo de assistência de saúde?**

1. Sim
2. Não

**(Se 2: vá para F21)**

**F19. Você utilizou PEP (Profilaxia Pós-Exposição), ou seja, o uso de medicamentos antirretrovirais para evitar o vírus da aids após uma exposição de risco?**

1. Sim
2. Não

**(Se 1, vá para F21)**

**F20. Qual o motivo principal de você não ter tomado medicamentos antirretrovirais para evitar o vírus da aids?**

1. Procurei assistência de saúde, mas não contei o que havia ocorrido
2. Procurei assistência de saúde, mas não me indicaram o uso de medicamentos
3. Fui encaminhada a um serviço de saúde para buscar os medicamentos, mas não fui buscar
4. No serviço de saúde, me indicaram o uso de medicamentos, mas não tenho certeza se esses medicamentos podem evitar o vírus da aids
5. No serviço de saúde, me indicaram o uso de medicamentos, mas tenho medo ou não gosto dos efeitos que esses medicamentos provocam
6. O agressor me disse ou comprovou que era negativo
7. O agressor usou preservativo o tempo todo

**F21. Por causa desta violência sexual, você denunciou à polícia ou delegacia da mulher?**

1. Sim
2. Não

**F22. Com que idade você foi abusada sexualmente pela primeira vez?**

1. Menos do que 10 anos
2. 10 anos
3. 11 anos
4. 12 anos
5. 13 anos
6. 14 anos
7. 15 anos
8. 16 anos
9. 17 anos
10. 18 anos
11. 19 anos
12. 20 anos ou mais de idade

**F23. Pensando na primeira vez que foi forçada fisicamente a ter relações sexuais contra a sua vontade, quem lhe forçou?**

1. Pai ou padrasto
2. Outro familiar
3. Companheiro(a), cônjuge, namorado(a) ou parceiro(a) sexual fixo(a)
4. Cliente
5. Cafetão ou dono(a) do local de trabalho
6. Segurança ou outro profissional do local de trabalho
7. Outra pessoa conhecida
8. Policial ou agente da lei
9. Assaltante, bandido ou ladrão
10. Outra pessoa desconhecida

**F24. A sua primeira relação sexual foi forçada?**

1. Sim
2. Não

**BLOCO G: COMPORTAMENTO SEXUAL COM PARCEIROS FIXOS E CLIENTES**

*Agora, gostaríamos de perguntar sobre o seu comportamento sexual.*

**G1. Com que idade você teve a sua primeira relação sexual?**

1. Menos do que 10 anos
2. 10 anos
3. 11 anos
4. 12 anos
5. 13 anos
6. 14 anos
7. 15 anos
8. 16 anos
9. 17 anos
10. 18 anos
11. 19 anos
12. 20 anos ou mais de idade

***[Parceiros fixos]***

*Agora, vamos falar de suas experiências sexuais somente durante os últimos 6 meses. Vamos começar perguntando sobre parceiros fixos do sexo masculino com quem você manteve ou mantém relações sexuais regularmente. Parceiro fixo pode ser um namorado, marido, companheiro, amante, ou alguém com quem você se encontra frequentemente, **mas não é um cliente**.*

**G2. Nos últimos 6 meses, você teve relação sexual com parceiros fixos do sexo masculino?**

1. Sim
2. Não

**(Se 2: vá para G18)**

**G3. Nos últimos 6 meses, com quantos parceiros fixos do sexo masculino você teve relação sexual?**

1. 1 parceiro fixo
2. 2 parceiros fixos
3. 3 parceiros fixos
4. 4 parceiros fixos
5. 5 ou mais parceiros fixos

**G4. Nos últimos 6 meses, com que frequência vocês usaram camisinha no sexo vaginal com os parceiros fixos?**

1. Nenhuma das vezes
2. Menos da metade das vezes
3. Mais da metade das vezes

4. Todas as vezes

**G5. Nos últimos 6 meses, com que frequência os parceiros fixos usaram camisinha no sexo anal (sexo por trás)?**

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

**G6. Nos últimos 6 meses, com que frequência os parceiros usaram camisinha quando você fez sexo oral (sexo com a boca) neles?**

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

**(Se 1 ou 2: vá para G8)**

**G7. Em alguma dessas vezes, o parceiro fixo ejaculou na sua boca?**

1. Sim
2. Não

**G8. Pensando na última relação sexual com um parceiro fixo nos últimos 6 meses, vocês usaram camisinha durante toda a relação sexual?**

1. Não, a camisinha estourou ou saiu
2. Não, o parceiro tirou
3. Não, começamos sem camisinha desde o início
4. Sim

*Se você só teve um parceiro fixo nos últimos 6 meses, as próximas perguntas se referem a ele. No caso de mais de um parceiro fixo nos últimos 6 meses, para responder às próximas perguntas, gostaríamos que você pensasse no parceiro fixo que está há mais tempo com você.*

**G9. Há quanto tempo você está com esse parceiro fixo?**

1. Há menos de 3 meses
2. Há mais de 3 meses e menos de 6 meses
3. Há mais de 6 meses e menos de 1 ano
4. Há 1 ano ou mais

**G10. Qual destas opções descreve melhor a sua relação com esse parceiro fixo?**

1. Moramos juntos
2. Somos casados
3. Somos namorados
4. Somos amantes e nos encontramos frequentemente

5. Ficamos várias vezes, mas não temos compromisso

**G11. Esse parceiro fixo sabe que você faz programas?**

1. Sim
2. Não

**G12. Você sabe há quanto tempo esse parceiro fixo fez o último teste de aids?**

1. Há menos de 3 meses atrás
2. Entre 3 e 6 meses atrás
3. Entre 6 meses e 1 ano atrás
4. Entre 1 e 2 anos atrás
5. Há mais de 2 anos atrás
6. Ele fez, mas não sei há quanto tempo atrás
7. Ele nunca fez
8. Não sei se fez

**(Se 7 ou 8: vá para G14)**

**G13. Você pode dizer o resultado do teste de aids desse parceiro fixo?**

1. Negativo
2. Positivo
3. Não sei o resultado
4. Não quero dizer

**G14. Esse parceiro fixo usa crack ou cocaína?**

1. Sim
2. Não

**G15. Esse parceiro fixo tem relações sexuais com homens?**

1. Sim
2. Não

**G16. Você já conversou sobre aids com esse parceiro fixo e fez algum acordo de prevenção, isto é, alguma combinação com ele sobre o comportamento sexual de vocês para não pegar o vírus da aids?**

1. Sim, conversamos e fizemos acordos para não pegar o vírus da aids
2. Já conversamos sobre aids, mas não fizemos acordo
3. Nunca conversamos sobre isso

**(Se 2 ou 3: vá para G18)**

**G17. Qual ou quais acordos vocês fizeram?**

- |  |        |        |
|--|--------|--------|
| a. Sempre usar camisinha na relação sexual com outras pessoas      | 1. Sim | 2. Não |
| b. Sempre usar camisinha nas nossas relações sexuais               | 1. Sim | 2. Não |
| c. Nós dois fazermos o teste de aids periodicamente                | 1. Sim | 2. Não |
| d. O seu parceiro fixo não ter relações sexuais com outras pessoas | 1. Sim | 2. Não |



e. Outro

1. Sim 2. Não

*Agora, vamos perguntar sobre suas experiências sexuais com clientes, isto é, que pagam para fazer sexo com você.*

**G18. Nos últimos 6 meses, com que frequência vocês usaram preservativo no sexo vaginal com seus clientes?**

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

**G19. Nos últimos 6 meses, com que frequência os seus clientes usaram preservativo no sexo anal (sexo por trás)?**

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

**G20. Nos últimos 6 meses, com que frequência os seus clientes usaram preservativo quando você fez sexo oral (sexo com a boca) neles?**

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

**(Se 1 ou 2: vá para G22)**

**G21. Alguma dessas vezes o cliente ejaculou na sua boca?**

1. Sim
2. Não

**G22. Pensando na última relação sexual com cliente nos últimos 6 meses, vocês usaram camisinha durante toda a relação sexual?**

1. Não, a camisinha estourou ou saiu
2. Não, o cliente tirou
3. Não, começamos sem camisinha desde o início
4. Sim

**G23. Em que situações você aceitaria fazer sexo sem preservativo com clientes?**

a. Quando já conhece o cliente

1. Sim 2. Não

- |   |        |        |
|---|--------|--------|
| b. Por solicitação ou exigência do cliente                        | 1. Sim | 2. Não |
| c. Quando precisa muito de dinheiro                               | 1. Sim | 2. Não |
| d. Quando faz muitos programas no mesmo dia                       | 1. Sim | 2. Não |
| e. Quando está com alergia ou irritação por causa do preservativo | 1. Sim | 2. Não |
| f. Quando não tem camisinha na hora do programa                   | 1. Sim | 2. Não |
| g. Quando não está consciente por uso de drogas ou álcool         | 1. Sim | 2. Não |
| h. Outro motivo   | 1. Sim | 2. Não |

*Agora vamos falar sobre a sua exposição a situações de risco sexual, com qualquer tipo de parceiro, fixo, casual ou cliente.*

**G24. Nos últimos 6 meses, com que frequência o preservativo rompeu, estourou, deslizou, ou saiu durante alguma relação sexual?**

1. Nunca
2. Sim, uma vez
3. Sim, duas vezes
4. Sim, três ou 4 vezes
5. Sim, cinco vezes ou mais

**G25. Nos últimos 6 meses, com que frequência você fez sexo sem preservativo com algum parceiro sabendo que ele estava infectado pelo vírus da aids?**

1. Nunca
2. Sim, uma vez
3. Sim, duas vezes
4. Sim, três ou 4 vezes
5. Sim, cinco vezes ou mais

**G26. Nos últimos 6 meses, com que frequência alguém te forçou a ter relações sexuais sem preservativo ou tirou o preservativo durante a relação sexual sem você querer ou deixar?**

1. Nunca
2. Sim, uma vez
3. Sim, duas vezes
4. Sim, três ou 4 vezes
5. Sim, cinco vezes ou mais

**(Se G24=1 e G25=1 e G26=1, vá para o Bloco H)**

**G27. Em alguma dessas situações, você utilizou PEP (Profilaxia Pós-Exposição), ou seja, o uso de medicamentos antirretrovirais para evitar o vírus da aids após uma exposição de risco?**

1. Sim
2. Não

**(Se 1: vá para o Bloco H)**

**G28. Qual o motivo principal de você não ter utilizado PEP, isto é, tomado medicamentos antirretrovirais para evitar o vírus da aids?**

1. Não busquei assistência de saúde em nenhuma dessas situações
2. Não fui orientada a buscar assistência de saúde quando ocorresse uma dessas situações
3. Não sei qual serviço de saúde devo procurar para obter esses medicamentos
4. Procurei assistência de saúde, mas não me indicaram o uso de medicamentos
5. Fui encaminhada a um serviço de saúde para buscar os medicamentos, mas não fui buscar
6. Não tenho certeza se esses medicamentos podem evitar o vírus da aids
7. Tenho medo ou não gosto dos efeitos que esses medicamentos provocam

**G29. Após a ocorrência dessas situações em que você se expôs ao risco sexual, você fez alguma outra coisa para evitar o vírus da aids?**

1. Fiz o teste de HIV depois de um tempo
2. Não fez nada, apesar da preocupação
3. Não fez nada, pois o parceiro me disse ou comprovou que era negativo
4. Uma pessoa conhecida me deu medicamentos para usar após a relação sexual
5. Fez uma higiene pessoal
6. Outra

**BLOCO H: USO DE ÁLCOOL E DROGAS**

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

**H1. Quantos dias por semana você costuma tomar alguma bebida alcoólica?**

1. Não bebo nunca
2. Quase nunca ou menos de uma vez por semana
3. 1 dia
4. 2 dias
5. 3 dias
6. 4 dias
7. 5 dias
8. 6 dias
9. Todo dia

**(Se 1 ou 2: vá para H7)**

**H2. Em geral, no dia que você bebe, quantas doses de bebida alcoólica você consome? (1 dose de bebida alcoólica equivale a 1 lata de cerveja, 1 taça de vinho ou 1 dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada)**

1. 1 dose
2. 2 doses
3. 3 doses
4. 4 doses
5. 5 doses
6. 6 a 9 doses
7. 10 ou mais

**H3. Quantos anos você tinha quando começou a consumir bebidas alcóolicas?**

1. Menos do que 10 anos
2. 10 anos
3. 11 anos
4. 12 anos
5. 13 anos
6. 14 anos
7. 15 anos
8. 16 anos
9. 17 anos
10. 18 anos
11. 19 anos
12. 20 anos ou mais

**H4. Nos últimos 6 meses, com que frequência você ingeriu alguma bebida alcoólica pouco antes ou durante a relação sexual?**

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

**H5. Quantas vezes ao longo dos últimos 6 meses você não conseguiu fazer o que era esperado de você por causa do álcool?**

1. Nunca
2. Menos de uma vez por mês
3. Uma vez por mês
4. Uma vez por semana
5. Quase todos os dias

**H6. Quantas vezes ao longo dos últimos 6 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?**

1. Nunca
2. Menos de uma vez por mês
3. Uma vez por mês
4. Uma vez por semana
5. Quase todos os dias

**H7. Nos últimos 6 meses, quantas vezes você usou maconha?**

1. Nenhuma vez
2. Uma vez por mês ou menos
3. Mais ou menos uma vez por semana
4. Várias vezes por semana
5. Todos os dias

**H8. Nos últimos 6 meses, quantas vezes você usou crack ou merla?**

1. Nenhuma vez
2. Uma vez por mês ou menos

3. Mais ou menos uma vez por semana
4. Várias vezes por semana
5. Todos os dias

**H9. Nos últimos 6 meses, quantas vezes você usou ecstasy?**

1. Nenhuma vez
2. Uma vez por mês ou menos
3. Mais ou menos uma vez por semana
4. Várias vezes por semana
5. Todos os dias

**H10. Nos últimos 6 meses, quantas vezes você cheirou cocaína?**

1. Nenhuma vez
2. Uma vez por mês ou menos
3. Mais ou menos uma vez por semana
4. Várias vezes por semana
5. Todos os dias

**H11. Nos últimos 6 meses, quantas vezes você injetou cocaína ou outra droga na veia?**

1. Nenhuma vez
2. Uma vez por mês ou menos
3. Mais ou menos uma vez por semana
4. Várias vezes por semana
5. Todos os dias

**H12. Nos últimos 6 meses, você usou alguma outra droga?**

1. Nenhuma vez
2. Uma vez por mês ou menos
3. Mais ou menos uma vez por semana
4. Várias vezes por semana
5. Todos os dias

(Se H1=1 ou 2 e se H7 a H12 todas iguais a 1: fim do questionário; Se H1>=3 e se H7 a H12 todas iguais a 1: vá para H17)

**H13. Com que idade você começou a usar drogas?**

1. Menos do que 10 anos
2. 10 anos
3. 11 anos
4. 12 anos
5. 13 anos
6. 14 anos
7. 15 anos
8. 16 anos
9. 17 anos
10. 18 anos
11. 19 anos

12. 20 anos ou mais de idade

**H14. Nos últimos 6 meses, com que frequência você usou alguma droga pouco antes ou durante a relação sexual?**

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

**H15. Quantas vezes ao longo dos últimos 6 meses você não conseguiu fazer o que era esperado de você por causa das drogas?**

1. Nunca
2. Menos de uma vez por mês
3. Uma vez por mês
4. Uma vez por semana
5. Quase todos os dias

**H16. Quantas vezes ao longo dos últimos 6 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido às drogas?**

1. Nunca
2. Menos de uma vez por mês
3. Uma vez por mês
4. Uma vez por semana
5. Quase todos os dias

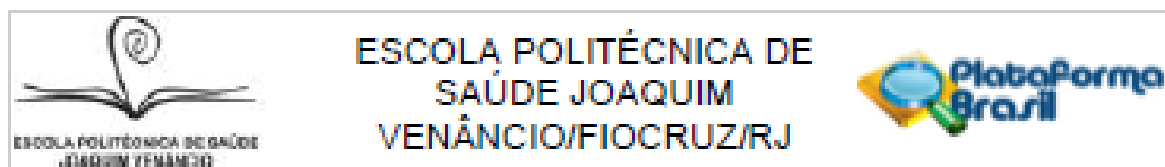
**H17. Nos últimos 6 meses, com que frequência você fez sexo sem preservativo com algum parceiro porque usou álcool ou drogas?**

1. Nunca
2. Sim, uma vez
3. Sim, duas vezes
4. Sim, três ou 4 vezes
5. Sim, cinco vezes ou mais

## **AGRADECIMENTO**

**Muito obrigado pela sua participação! As informações que você nos forneceu serão valiosas para a formulação de políticas públicas para a melhoria da assistência de saúde das trabalhadoras do sexo no Brasil.**

## ANEXO C- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Taxas de prevalência de HIV, sífilis, Hepatites B e C e conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às Infecções sexualmente transmissíveis no grupo das mulheres profissionais do sexo, no Brasil - Projeto Corrente da Saúde II

**Pesquisador:** Célia Landmann Szwarcwald

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 48889015.5.0000.5241

**Instituição Proponente:** FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

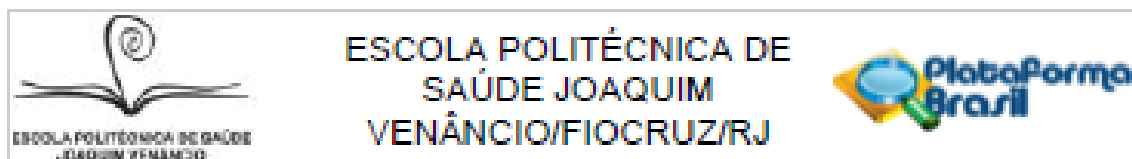
**Patrocinador Principal:** ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.338.989

#### Apresentação do Projeto:

O presente projeto dá continuidade a um estudo anterior de 2008-2009, intitulado "Taxas de prevalência de HIV e sífilis e conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às Infecções sexualmente transmissíveis no grupo das mulheres profissionais do sexo, no Brasil - Projeto Corrente da Saúde" realizado em 10 cidades brasileiras e aprovado pelo CEP/Fiocruz (nº 395/07 – CAAE: 0031.0.011.000-07) também em parceria com o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (DDAHV) do Ministério da Saúde, sobre a vigilância do HIV nos grupos sob maior risco. A finalidade agora é investigar os avanços conseguidos para o controle da epidemia de HIV/Aids no subgrupo das mulheres trabalhadoras do sexo. Para tanto, serão estudados o conhecimento, as atitudes e práticas de risco relacionadas ao HIV e outras Infecções sexualmente transmissíveis (IST). O Projeto será denominado Corrente da Saúde II. A pesquisadora responsável, Célia L. Szwarcwald é do ICICT, assim como o coordenador adjunto, Paulo Roberto Borges S Junior. Conta ainda com mais oito pessoas na equipe de pesquisa e uma assistente. Se trabalhará com amostras de mulheres trabalhadoras do sexo (TS), selecionadas em 12 municípios brasileiros, a partir da metodologia de amostragem pelo método RDS Respondent-Driven Sampling para o recrutamento dos sujeitos. O tamanho da amostra pré-estabelecido para o estudo foi de no mínimo 350



Continuação do Parecer: 1.336.989

entrevistas válidas por cidade, constituindo uma amostra mínima de 4200 trabalhadoras do sexo. As participantes serão testadas para a infecção pelo HIV, sífilis, hepatite B e C, de acordo com os protocolos recomendados pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (DDAHV) do Ministério da Saúde. A pesquisa conta com o patrocínio de Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura, através do DDAHV.

**Objetivo da Pesquisa:**

Estimar as taxas de prevalência de HIV, sífilis, hepatite B e C, em mulheres TS, bem como contribuir para suprir informações sobre as práticas de risco relacionadas ao HIV entre as mulheres trabalhadoras do sexo no Brasil.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Quanto aos riscos, a pesquisadora informa, conforme citado no TCLE, a "possibilidade de ocorrer riscos e desconfortos relacionados à coleta venosa, ainda que raros e passageiros, como dor localizada, hematoma, desmalo e infecção." Contudo, indica medidas adequadas para diminuir os riscos, como o sangue ser colhido por profissional habilitado e o acompanhamento após a coleta, já que caso o participante venha a sofrer qualquer tipo de intercorrência resultante da participação no estudo, ele terá todo o suporte da coordenação da pesquisa, que o encaminhará a um serviço público de saúde, se necessário.

Em relação aos benefícios, estes são de ordem direta e indireta. No que tange aos benefícios diretos, o projeto informa "que as participantes terão o aconselhamento (pré e pós-teste), o conhecimento dos resultados dos testes de HIV, sífilis, hepatite B e C, e a distribuição de material educativo e preventivo. No caso de identificação de participantes com resultados positivos, haverá benefícios indiretos, já que serão feitos aconselhamentos para minimizar os riscos psicológicos e para notificar os parceiros fixos, assim como o encaminhamento aos serviços de saúde adequados para dar continuidade à assistência." Na avaliação deste comitê, os benefícios esperados superam os riscos inerentes à realização do estudo.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Considerando-se que a epidemia da AIDS no Brasil, mostrou-se como uma epidemia dita "concentrada", mantendo uma taxa de prevalência da Infecção pelo HIV em níveis menores do que 1% na população geral, e taxas maiores nos subgrupos populacionais sob maior risco ao HIV1, os grupos de maior risco à Infecção pelo HIV têm papel fundamental na dinâmica da epidemia. Nesse contexto, se reconhece a importância de monitoramento dos indicadores nos subgrupos sob maior risco à Infecção pelo HIV para a maior compreensão da dinâmica de disseminação da epidemia de

Endereço: Avenida Brasil, 4365  
 Bairro: Marquinhos CEP: 21.040-900  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)3865-0710 Fax: (21)3865-0720 E-mail: cep@fiocruz.br





ESCOLA POLITÉCNICA DE  
SAÚDE JOAQUIM  
VENÂNCIO/FIOCRUZ/RJ



Continuação do Parecer: 1.336.989

HIV/aids no Brasil, para a elaboração de uma série de estudos que permitam caracterizar as práticas e o comportamento de risco desses subgrupos populacionais, em âmbito nacional. Considerando que o grupo de mulheres TS é um dos subgrupos populacionais sob maior risco, a identificação de infecções pelo HIV nesse grupo de trabalhadoras do sexo poderá reduzir a transmissão para os seus clientes e parceiros fixos, o que por sua vez, poderá ter um efeito potencial na redução da disseminação da epidemia na população brasileira. O tema é extremamente pertinente, a metodologia está adequada e os objetivos também são claros.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados: folha de rosto, adequadamente preenchida e assinada, projeto detalhado, cronograma, orçamento, questionário, TCLE e termo de sigilo dos dados, o TCLE das pessoas-chave da população de mulheres TS que participarão da primeira etapa, chamada 'pesquisa formativa' e ainda, o roteiro da entrevista presencial para decidir se o sujeito é elegível. Nota-se, entretanto, que não foram ainda apresentados os termos de anuência institucional dos locais onde serão realizadas algumas etapas da pesquisa, tais como as

unidades de saúde que servirão de locus para a coleta de sangue e entrevistas. Em relação a isso, a pesquisadora apresentou um termo de compromisso onde se compromete a apresentar tais documentos posteriormente e antes de iniciar o trabalho de campo, uma vez que os locais de realização da pesquisa só serão definidos posteriormente.

**Recomendações:**

- enviar relatório após a realização do estudo;
- notificar o comitê no caso de ocorrência de evento adverso;
- encaminhar termos de anuência das unidades quando da sua obtenção.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pela análise procedida, este Comitê (registrado junto à CONEP – Cf. Ofício n. 2254/Carta n. 0078 – CONEP/CNS/MS, de 12 de agosto de 2010) considera o presente protocolo aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_569904.pdf	16/11/2015 15:33:45		Aceito
TCLE / Termos de	TCLEp72.docx	16/11/2015	Célia Landmann	Aceito

Endereço: Avenida Brasil, 4365  
Bairro: Mangueiras CEP: 21.040-900  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)3865-0710 Fax: (21)3865-0729 E-mail: cep@fiocruz.br



ESCOLA POLITÉCNICA DE  
SAÚDE JOAQUIM  
VENÂNCIO/FIOCRUZ/RJ



Continuação do Parecer: 1.326.909

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEpf2.docx	15:31:42	Szwarcwald	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmod2.docx	16/11/2015 15:31:17	Célla Landmann Szwarcwald	Aceito
Outros	questinicial.docx	20/10/2015 15:16:50	Célla Landmann Szwarcwald	Aceito
Outros	justificativa.docx	20/10/2015 15:15:57	Célla Landmann Szwarcwald	Aceito
Outros	Folha_de_rosto_RDS2015_assinada.pdf	04/09/2015 08:50:09	Daniel Grolsman	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_completo.docx	24/08/2015 15:53:42	Célla Landmann Szwarcwald	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_RDS2015.pdf	24/08/2015 15:52:40	Célla Landmann Szwarcwald	Aceito
Outros	Questionario.pdf	24/08/2015 10:41:40	Célla Landmann Szwarcwald	Aceito
Outros	Termo_de_Sigilo_dos_Dados.docx	24/08/2015 10:40:06	Célla Landmann Szwarcwald	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 26 de Novembro de 2015

---

Assinado por:  
Daniel Grolsman  
(Coordenador)

Endereço: Avenida Brasil, 4365

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.040-900

UF: RJ

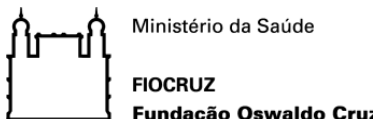
Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3865-0710

Fax: (21)3865-0729

E-mail: cep@fiocruz.br

## ANEXO D- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa do Ministério da Saúde que tem o objetivo principal de conhecer as práticas e o comportamento das mulheres profissionais do sexo. As informações coletadas no estudo poderão redirecionar as políticas de saúde e melhorar a qualidade de vida das trabalhadoras do sexo.

A sua participação levará em torno de uma hora. Você receberá uma ajuda de custo para cobrir as despesas de transporte e alimentação, para compensá-la por seu tempo gasto com a participação na pesquisa.

Primeiramente, haverá a realização de uma entrevista. Os dados da entrevista serão digitados, diretamente, no computador e somente um código será usado para identificação.

Em seguida, haverá a realização dos testes de HIV, sífilis e hepatites B e C, que serão oferecidos a você de forma gratuita. Você saberá os resultados do teste de HIV na mesma hora, sem ter que voltar para buscá-los. Para a realização desse teste, será feito um pequeno furo na ponta do dedo para coletar algumas gotas de sangue. Um profissional de saúde qualificado irá entregar este resultado a você e irá aconselhá-la a como se prevenir das infecções sexualmente transmissíveis. Para os testes de sífilis e hepatites B e C, será realizada uma punção venosa (coleta de sangue diretamente da veia de seu braço ou mão) de aproximadamente 5 ml. O exame de sangue será realizado por pessoa habilitada a utilizar os procedimentos adequados para diminuir a possibilidade de riscos para você. Entretanto, observamos que há a possibilidade de ocorrer riscos e desconfortos relacionados à coleta venosa, ainda que raros e passageiros, como dor localizada, hematoma, desmaio e infecção. Se você vier a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação no estudo, você 126

terá todo o suporte da coordenação de pesquisa, que lhe encaminhará a um serviço público de saúde, se necessário.

O sangue coletado será processado nesta unidade de saúde. Não haverá armazenamento, após processamento exclusivo para os objetivos desta pesquisa, o sangue coletado será descartado.

Para a realização da entrevista e dos exames laboratoriais, você deverá dar o seu consentimento. No caso de um resultado positivo para qualquer um dos exames realizados, você será encaminhada a um serviço de referência, na rede local do SUS.

A sua participação será mantida em completo sigilo. Todas as informações obtidas através dessa pesquisa, inclusive os resultados dos testes, serão confidenciais e serão usadas somente com fins estatísticos. Os questionários e os testes laboratoriais serão identificados apenas com um número, garantindo-se o anonimato. A qualquer momento, você pode desistir de participar da pesquisa ou não responder a alguma pergunta da entrevista.

Você receberá uma cópia deste termo de consentimento, onde consta o telefone e o endereço do coordenador do estudo, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa ou sobre a sua participação, agora, ou a qualquer momento.

Muito obrigada por sua colaboração!

Declaro que compreendi os objetivos de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Local \_\_\_\_\_ Data: //

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

#### **Coordenação da Pesquisa**

-- *Célia Landmann Szwarcwald* –

Pesquisador Titular

Instituto de Comunicação e Informação

Científica e Tecnológica em Saúde |

Fundação Oswaldo Cruz (ICICT/FIOCRUZ)

Av. Brasil, 4635

Pavilhão Haity Moussatché - sala 225

Manguinhos | CEP 21045-360

Rio de Janeiro | Brasil

Tel: (21) 3865-3259

#### **Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (CEP/EPSJV)**

Av. Brasil, 4365 – FIOCRUZ/Escola

Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio -

Sala 316

Manguinhos - Rio de Janeiro/RJ - CEP

21040-900 Tels: (21) 3865-9710 e 3865-9705

Fax: (21) 3865-9701

e-mail: cep@epsjv.fiocruz.br