



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



ACÁCIA MAYRA PEREIRA DE LIMA

**UTILIZAÇÃO DE PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO AO HIV (PEP) ENTRE
MULHERES TRABALHADORAS DO SEXO NO BRASIL**

Salvador

2019

ACÁCIA MAYRA PEREIRA DE LIMA

**UTILIZAÇÃO DE PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO AO HIV (PEP) ENTRE
MULHERES TRABALHADORAS DO SEXO NO BRASIL**

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

Orientadora: Prof.^a Dra. Maria Inês Costa Dourado

Co-orientador: Prof. Dr. Laio Magno Santos de Sousa

Área de concentração: Epidemiologia

Salvador

2019

ACÁCIA MAYRA PEREIRA DE LIMA

Utilização de Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP) entre Mulheres Trabalhadoras do Sexo no Brasil

Banca Examinadora

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

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

Profa. Dr^a Carla Gianna Luppi
(Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, São Paulo/SP)

Profa. Dr^a Leila Denise Alves Ferreira Amorim
(Instituto de Saúde Coletiva – UFBA, Salvador/BA)

Salvador

2019

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela possibilidade de concretização desse sonho.

À minha amada mãe, companheira fiel de todas as horas.

À minha avó Izabel, minha rainha, fortaleza do meu ser.

Ao meu avô Agnaldo Viana Pereira (em memória), eterno ídolo.

À minha filha Isadora, minha maior motivação, agradeço por ser essa filha tão doce e amável!
Por estar ao meu lado nessa importante “tarefinha da escola” e por me permitir crescer contigo
mesmo nos momentos de ausência...

Ao meu grande amor, Jaime Arias, pela paciência, inspiração, apoio e pelas tantas alegrias nos
momentos mais desafiadores desse percurso.

À estimada professora Inês Dourado, minha orientadora, que com toda maestria cultivou
confiança, aprendizados e inspiração: o meu muito obrigada, sempre!

Ao professor Laio Magno, meu co-orientador, por todo suporte e estímulo.

Aos professores e funcionários do ISC.

À professora Carla Gianna Luppi, pela confiança e inspiração!

Aos demais professores e funcionários do Departamento de Medicina Preventiva da Escola
Paulista de Medicina (UNIFESP) pela acolhida e aprendizado.

Aos colegas do grupo de pesquisa, em especial à Fabiane Soares por abrir as portas do NEPADI,
à Elis Passos, companheira de todas as horas e a Ricardo Silva, pelos laços de amizade que
construímos.

Aos colegas da turma 2017.1, por todo apoio e união.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Mandala da Prevenção Combinada.....	16
Figura 2. Possibilidades de oferta de PEP.....	18
Figura 3. Distribuição das dispensações de PEP por tipo de exposição, por ano de dispensação. Brasil, 2009-2017.....	20
Figura 4. Estados e as 12 cidades aonde o inquérito foi realizado com respectivos tamanhos de amostra. Brasil, 2016.....	63
Figura 5. Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Manaus segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016.....	70
Figura 6. Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Belém segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016.....	71
Figura 7. Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Fortaleza segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016.....	72
Figura 8. Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Recife segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016.....	73
Figura 9. Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Salvador segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016.....	75
Figura 10. Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Belo Horizonte segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016.....	76
Figura 11. Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Rio de Janeiro segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016.....	77
Figura 12. Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em São Paulo segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016.....	78
Figura 13. Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Curitiba segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016.....	79
Figura 14. Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Porto Alegre segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016.....	80
Figura 15. Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Campo Grande segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016.....	81
Figura 16. Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Brasília segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016.....	82

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição percentual das mulheres trabalhadoras do sexo segundo cidade.....	32
Tabela 2. Características sociodemográficas, de prevenção de HIV/IST e de serviços de saúde de mulheres trabalhadoras do sexo de 12 cidades brasileiras, 2016.....	64
Tabela 3. Utilização de PEP após violência sexual entre mulheres trabalhadoras do sexo de 12 cidades brasileiras, 2016.....	66
Tabela 4. Análise bivariada de fatores associados a utilização de PEP após violência sexual entre mulheres trabalhadoras do sexo de 12 cidades brasileiras, 2016.....	68
Tabela 5. Análise multivariada de fatores associados a utilização de PEP após violência sexual entre mulheres trabalhadoras do sexo de 12 cidades brasileiras, 2016.....	69

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

ARV	Antirretroviral
CV	Carga viral
DIAHV	Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana (Human Immunodeficiency Virus)
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MS	Ministério da Saúde
MTS	Mulheres Trabalhadoras do Sexo
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PEP	Profilaxia Pós-Exposição (Post Exposure Prophylaxis)
PrEP	Profilaxia pré-exposição ao HIV (Pre-Exposure Prophylaxis)
PVHIV	Pessoa vivendo com HIV
SPA's	Substâncias Psicoativas
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia antirretroviral
TR	Teste Rápido
TS	Trabalhadoras sexuais

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	5
LISTA DE TABELAS	6
LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES	7
APRESENTAÇÃO	9
1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1 Epidemia do HIV/aids no Brasil	13
2.2 Prevenção Combinada	15
2.3 Profilaxia Pós Exposição ao HIV (PEP)	16
2.4 Mulheres Trabalhadoras do Sexo (MTS)	21
3 JUSTIFICATIVA	25
4 MODELO TEÓRICO	26
5 MODELO PREDITIVO	28
6 PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO	29
7 OBJETIVOS	29
7.1 Geral	29
7.2 Específicos	29
8 METODOLOGIA	30
8.1 Desenhos complexos de amostragem	30
8.2 Amostragem em populações de difícil acesso	30
8.3 Coleta de dados	31
8.4 Variáveis	33
8.6 Questões éticas do Projeto Corrente da Saúde II	34
9 RESULTADOS	36
9.1 Artigo	36
ANEXO A – Rede de mulheres trabalhadoras do sexo por cidade	67
ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP	79
ANEXO C– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	83

APRESENTAÇÃO

Minha trajetória no campo da Saúde Coletiva foi iniciada em 2007, aos 19 anos, enquanto estudante de Direito, na função de entrevistadora em um projeto de pesquisa coordenado pelo Professor Jorge Iriart no Instituto de Saúde Coletiva. A partir dessa experiência me tornei bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) no Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (Elsa Brasil) em Salvador.

No Elsa pude conhecer a Epidemiologia através da atuação das professoras Estela Aquilo, Greice Menezes, Jenny Araújo, Maria da Conceição Almeida, e demais mulheres incríveis integrantes do estudo multicêntrico e cultivar o sonho de me tornar pesquisadora. Após os dois primeiros anos de experiência no estudo passei a integrar outros grupos de pesquisas, em diferentes linhas e funções, onde pude amadurecer profissionalmente e pessoalmente.

Dessa forma, a opção de trancar a faculdade de Direito e ingressar em uma profissão que me permitisse atuar na assistência à saúde foi algo natural, e o único receio era perder a bagagem até então adquirida durante os dois anos de curso. Assim, o campo das Ciências Sociais Aplicadas me atraiu e o Serviço Social se tornou um terreno fértil para tudo o que planejava alcançar. Após conclusão da graduação em Serviço Social, que me permitiu seguir no campo da pesquisa concomitantemente, ingressei na Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal da Bahia, por desejar adquirir experiência profissional na área de formação.

Na residência, pude aprofundar conhecimentos no campo da Saúde Coletiva a partir dos conteúdos teóricos das disciplinas e do cotidiano de trabalho desenvolvido nas unidades de internação e ambulatórios do Hospital Universitário Professor Edgar Santos (C-HUPES) e do Hospital Ana Nery (HAN) e me aproximar do campo de Infectologia. Decidi então que esta seria a linha de pesquisa que iria seguir no Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), no mestrado e futuramente no doutorado. Com o apoio do Prof. Carlos Brites e da Prof^a Geyse Miranda, pude exercitar a construção de um estudo epidemiológico ao traçar o perfil dos pacientes atendidos em um dos ambulatórios de infectologia do hospital, tema apresentado no TCC.

Chegar ao Mestrado no Instituto de Saúde Coletiva foi um desafio alcançado com êxito, primeiro pelo privilégio de ser orientanda da professora Inês Dourado, em seguida pela oportunidade de prosseguir na linha de pesquisa em HIV/aids, e poder trabalhar com dados oriundos de um estudo pioneiro no Brasil com mulheres trabalhadoras do sexo (MTS). A invisibilidade dessa população-chave para a epidemia é algo que me inquieta, assim como os demais obstáculos que influenciam no processo-doença dessa população. Dessa forma, proponho

no presente estudo investigar o conhecimento e uso de uma tecnologia de prevenção ao HIV, a PEP, entre Mulheres Trabalhadoras do Sexo.

Espera-se que os resultados deste estudo tragam subsídios para identificação de questões referentes à população de MTS no Brasil, uma vez que a PEP é uma tecnologia de prevenção estabelecida no país, porém os dados sobre o conhecimento e a utilização, particularmente no contexto das MTS, encontram-se escassos, e que repercutam na qualificação de políticas públicas de saúde voltadas para as MTS.

1 INTRODUÇÃO

As mulheres trabalhadoras do sexo (MTS) têm sido reconhecidas, por organismos internacionais e na literatura científica em diversos países, como uma população-chave para epidemia de HIV/aids, (ARMSTRONG, et al. 2013; BRASIL, 2002; CARTER KH et al, 1997; DA COSTA FERREIRA-JÚNIOR, et al. 2018; KERRIGAN, et al, 2015; LI, YAN et al., 2010; SHANNON et al., 2015; SZWARCOWALD et al., 1998, 2011). Globalmente, o risco de infecção pelo HIV é 13 vezes maior entre profissionais do sexo em comparação a adultos da população geral (UNAIDS, 2018).

Uma conjunção de fatores está relacionada a vulnerabilidade acentuada ao HIV pelas MTS, são: individuais, incluindo os biológicos (por exemplo, coinfeção por outras infecções sexualmente transmissíveis-IST), práticas sexuais (por exemplo, maior remuneração por atos sexuais de maior risco, como sexo desprotegido e uso de drogas), e fatores estruturais (por exemplo, piores condições socioeconômicas, criminalização do trabalho sexual, instabilidade residencial, violência resultante do trabalho, discriminação e estigma) (DAMACENA, SZWARCOWALD, SOUZA JÚNIOR, 2014; LI, et al., 2010; LIMA, et al., 2017; SHANNON, et al., 2015; ŠTULHOFER, et al., 2015), incluindo as barreiras no acesso à prevenção e ao tratamento do HIV (DECKER, et al., 2015; WANYENZE et al., 2017).

Dentre os fatores associados a vulnerabilidade ao HIV está a violência Sexual (VS), que impacta a saúde das MTS. Um estudo realizado em 12 cidades do Brasil evidenciou uma maior probabilidade de infecção pelo HIV entre as MTS expostas à violência sexual pelo menos uma vez na vida (SZWARCOWALD, et al., 2018). A prevalência estimada de violência sexual neste estudo foi de 37,8% (LIMA, et al., 2017).

Em situações de violência sexual, o uso de antirretrovirais (ARV), através da profilaxia pós exposição ao HIV (PEP), é indicado desde o ano 2000 pelo Ministério da Saúde brasileiro, sendo considerado uma importante estratégia de prevenção à transmissão do HIV, com o potencial de promover reduções significativas de novas infecções (GULHOLM, ET AL., 2013; KUHAR, ET AL., 2013; MCCARTY, ET AL., 2011; MCDUGAL, ET AL., 2014; ROLAND, ET AL. 2005; SMITH, ET AL., 2005; TISSOT, ET AL., 2010; VIVES, ET AL., 2008)

A profilaxia pós exposição ao HIV (PEP) consiste no uso de ARV por 28 dias consecutivos para reduzir o risco de adquirir o vírus após situações excepcionais em que ocorrer falha, rompimento ou não uso do preservativo durante a relação sexual (KUHAR ET AL., 2013; SMITH ET AL., 2015). Para garantir sua eficácia a PEP deve ser administrada poucas horas após a

exposição, e a (o) usuária (o) deverá ser acompanhada (o) por uma equipe de saúde por 90 dias (BRASIL, 2017b).

No contexto do trabalho sexual, o acesso a PEP permite que as MTS reduzam o risco de aquisição do HIV após situação de violência sexual ou exposição por motivos que possam estar fora de seu controle, incluindo o rompimento do preservativo ou dificuldade de negociar seu uso (BENN, et al., 2011).

Porém, os serviços de prevenção ainda são limitados para populações-chave como as MTS, devido o estigma e a discriminação (UNAIDS, 2016). Estas ainda enfrentam barreiras ao acesso a PEP em muitos lugares (OLSTHOORN et al., 2016; RESTAR, et al., 2017; WANYENZE, et al., 2017). No Brasil, onde é disponibilizada gratuitamente, em 2017 registraram-se apenas, 3% (1 mil) de uso de PEP entre profissionais do sexo, segundo dados do Relatório de Monitoramento do HIV (BRASIL, 2017f).

Mesmo após uma década da oferta de PEP para situação de violência sexual pouco se sabe sobre sua utilização por MTS. Dessa forma, o presente estudo visa investigar a utilização de PEP após violência sexual entre MTS no Brasil.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Epidemia do HIV/aids no Brasil

A epidemia no Brasil é concentrada em populações-chave. Dados de pesquisas nacionais apontam prevalências de 4,9% em usuários de drogas injetáveis (BAPTISTA, DOURADO, DE ANDRADE, 2017), 18,4% em HSH (KERR et al., 2018), 31,2% em travestis e mulheres transexuais (GRINSZTEJN et al., 2017). Entre MTS a prevalência estimada é de 5,3% (SZWARCOWALD, 2016), o que corresponde a uma chance 15 vezes maior de infecção pelo HIV nesta população quando comparamos com a população feminina brasileira em geral em idade fértil (DAMASCENA et al, 2011).

Estudos reiteram a importância da prevenção do HIV nestas populações (UNAIDS, 2010). Obstáculos como a criminalização e a estigmatização, e a discriminação, incluindo na área da saúde, interferem no acesso aos serviços de prevenção do HIV (BOCCOLINI, et al., 2016; CASTRO, 2018; GOUVEIA, et al., 2005; PASCUM, 2010). Dessa forma, há uma necessidade urgente de assegurar que essas pessoas sejam inteiramente incluídas nas respostas ao HIV/AIDS e que os serviços de prevenção e tratamento sejam plenamente acessados.

Nesses 30 anos de evolução da epidemia, o Brasil se consolidou como referência mundial no combate à epidemia. Desde 1996, o país oferece tratamento gratuito no sistema público de saúde e conseguiu reduzir significativamente a mortalidade por aids.

Do ponto de vista de sua distribuição espacial, a evolução da epidemia de HIV/aids transitou de um agravo concentrado em alguns centros urbanos a uma infecção presente em praticamente todo o território nacional (BRASIL, 2017a).

Além da heterogeneidade entre as populações, há importantes diferenças por região no país: enquanto para a Região Sudeste há evidente tendência de redução, as regiões Nordeste e Norte há uma tendência de aumento da mortalidade por aids. Já as regiões Sul e Centro-Oeste se encontram estáveis, com discreta redução da mortalidade pelo HIV (GUIMARÃES, et al., 2017).

No entanto, o Brasil ainda registra cerca de 40 mil novos casos de infecção por HIV a cada ano (BRASIL, 2018). Segundo Ministério da Saúde, no ano de 2017, foram notificados 42.420 casos de infecção pelo HIV, sendo 4.306 (10,2%) casos na região Norte, 9.706 (22,9%) casos na região Nordeste, 16.859 (39,7%) na região Sudeste, 8.064 (19,0%) na região Sul e 3.485 (8,2%) na região Centro-Oeste (BRASIL, 2018).

Tais fatos sugerem que embora a oferta de tratamentos no SUS faça com que o Brasil seja uma referência no combate à aids internacionalmente, o número alto de novas infecções por ano indica uma falha nas políticas de prevenção, principalmente às voltadas para populações-chave.

As bases do sucesso da resposta brasileira à aids tem sido uma perspectiva filiada aos direitos humanos, implementada com base no direito universal à saúde integral de qualidade e por meio de ações baseadas no debate científico e no direito à informação completa (PAIVA, 2018).

Diante do quadro de ameaças aos direitos humanos e à saúde pública que o país enfrenta desde 2016, com restrição de campanhas preventivas e abordagens conservadoras, convivemos com retrocessos na resposta brasileira à epidemia.

Grupos fundamentalistas ocupam lugares estratégicos, principalmente nas Câmaras Legislativas, e atuam para interditar o debate público sobre a sexualidade e as desigualdades de gênero. Pressionam o Executivo e propõem leis que afrontam os direitos de grupos historicamente discriminados no país (PAIVA, 2018).

Concomitantemente, o sistema público de saúde do país atualmente se encontra ameaçado pelas políticas e medidas de austeridade, como a PEC 55, que congela por até 20 anos as despesas do Governo Federal e promove cortes que têm atingido tragicamente o Sistema Único de Saúde, maior responsável pelo tratamento da aids no país. O que significa uma redução de investimento em áreas como saúde e educação, ameaçando promover, em pouco tempo, o aumento das desigualdades e um contingente significativo de pessoas vivendo com HIV sem acesso a tratamento.

Fatos que se contrapõem as metas 90-90-90 propostas para 2020, das quais o Brasil é signatário: 90% das pessoas que vivem com HIV do país diagnosticadas; 90% das pessoas que vivem com HIV do país diagnosticadas em tratamento (TARV); e 90% das pessoas em tratamento (TARV) com Carga Viral suprimida.

Por meio da cascata do cuidado contínuo em HIV, que se refere à sequência de degraus que as pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) precisam transpor desde a infecção até o objetivo final do cuidado, que é a supressão viral (PAHO, 2016) é realizado o monitoramento dessas metas, que tem se mostrado de grande importância para a identificação, em tempo oportuno, de problemas e gaps no acesso adequado ao cuidado, permitindo a implementação de ações para corrigir os rumos tomados (UNAIDS, 2016).

Com a evolução e dinamicidade da epidemia do HIV/AIDS, o Ministério da Saúde tem trabalhado para superar a ideia de uma única estratégia de prevenção ao abrir espaço para um novo paradigma, que demonstra maior efetividade nas respostas, através da prevenção combinada (ADAMY, CASIMIRO, BENZAKEN, 2018)

2.2 Prevenção Combinada

Prevenção Combinada é um termo atualmente adotado por várias organizações que formulam, financiam e implementam programas de prevenção do HIV (FERRAZ, 2016). É uma estratégia de prevenção recomendada mundialmente, baseada no uso combinado de intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais aplicadas no nível dos indivíduos, de suas relações e dos grupos sociais a que pertencem, mediante ações que levem em consideração suas necessidades e especificidades e as formas de transmissão do vírus (BRASIL, 2017a).

No Brasil, a ideia de Prevenção Combinada foi introduzida pela sociedade civil em um momento em que o governo brasileiro resistia em discutir e adotar tecnologias de prevenção alternativas ao preservativo, o que provocou um debate que contribuiu para o país avançar na incorporação de novas tecnologias preventivas, sobretudo as baseadas no uso dos ARV (FERRAZ, 2016).

Esta estratégia reforça o direito à prevenção com escolha pelo indivíduo sobre os métodos, sem excluir ou substituir um a outro, entendendo que estes podem ser conjugados e combinados com as intervenções já consagradas na resposta ao HIV desde o surgimento da epidemia, como o uso de preservativos.

Nesse modelo de prevenção combinada são levados em conta o tipo de relação sexual, o (a) parceiro (a) envolvido, o acesso aos métodos, as vulnerabilidades sociais – as construções sociais das masculinidades hegemônicas e subordinadas – (GRANGEIRO et al., 2016), dentre outros. Visto que as pessoas criam e escolhem modos de se prevenir de acordo com as situações e condições em que acontecem as experiências e encontros sexuais (GRANGEIRO et al., 2016), a variedade de métodos tem potencial para ampliar as opções de prevenção e, com isso, aumentar a chance da população incorporá-los às suas práticas sexuais (GRANGEIRO, COLS, 2015).

Disponibilizar Prevenção Combinada no serviço deve considerar permitir que as pessoas escolham a estratégia mais adequada para si em um dado momento de suas vidas e que as acessem em momento oportuno.

A PEP se insere neste âmbito como mais uma forma de prevenção contra o HIV, sendo a última opção para pessoas não infectadas. Somada a ela estão os métodos mais clássicos: preservativo masculino e feminino; as intervenções comportamentais como as práticas sexuais não penetrativas; o uso do teste anti-HIV como forma de orientar acordos sexuais; o tratamento como prevenção (TcP) com a potencialidade de supressão viral (que reduz as chances de transmissão do vírus) e a prevenção para pessoas mais expostas que não querem ou não podem usar o preservativo: a Prep. Além de outras estratégias, como a imunização para IST's, prevenção da transmissão

vertical, o conjunto de políticas de redução de danos para usuários de substâncias psicoativas, conforme a Figura 1, que estão inseridas em estratégias macroestruturais como os marcos legais e outros aspectos estruturais.

Figura 1. Mandala da Prevenção Combinada



Fonte: Ministério da Saúde, 2018.

No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda que, em consonância com a Prevenção Combinada, e partindo do reconhecimento de que populações específicas apresentam diferenças nos modos como são afetadas pelo HIV, haja uma priorização dos esforços de prevenção em segmentos populacionais específicos, tais como as MTS. Essa estratégia obedece ao princípio da equidade: o atendimento de acordo com as necessidades de cada pessoa, oferecendo mais a quem mais precisa (BRASIL, 2017c).

2.3 Profilaxia Pós Exposição ao HIV (PEP)

No Brasil, a partir de 2009 a PEP passou a integrar o conjunto de ações de prevenção, denominada Prevenção Combinada. Fazem parte deste pacote possibilidades de prevenção como: testagem para o HIV, uso do gel lubrificante, prevenção da transmissão vertical, tratamento de

Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) e hepatites virais, imunização de pessoas vivendo com HIV, redução de danos para usuários (as) de substâncias psicoativas, o tratamento como prevenção (TcP/TasP), a profilaxia pós-exposição (PEP) e a profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP) (UNAIDS, 2017).

A PEP é preconizada para ser oferecida gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em serviços de atendimento 24 horas para a realização do primeiro atendimento de PEP, com devido encaminhamento para seguimento clínico (BRASIL, 2017b).

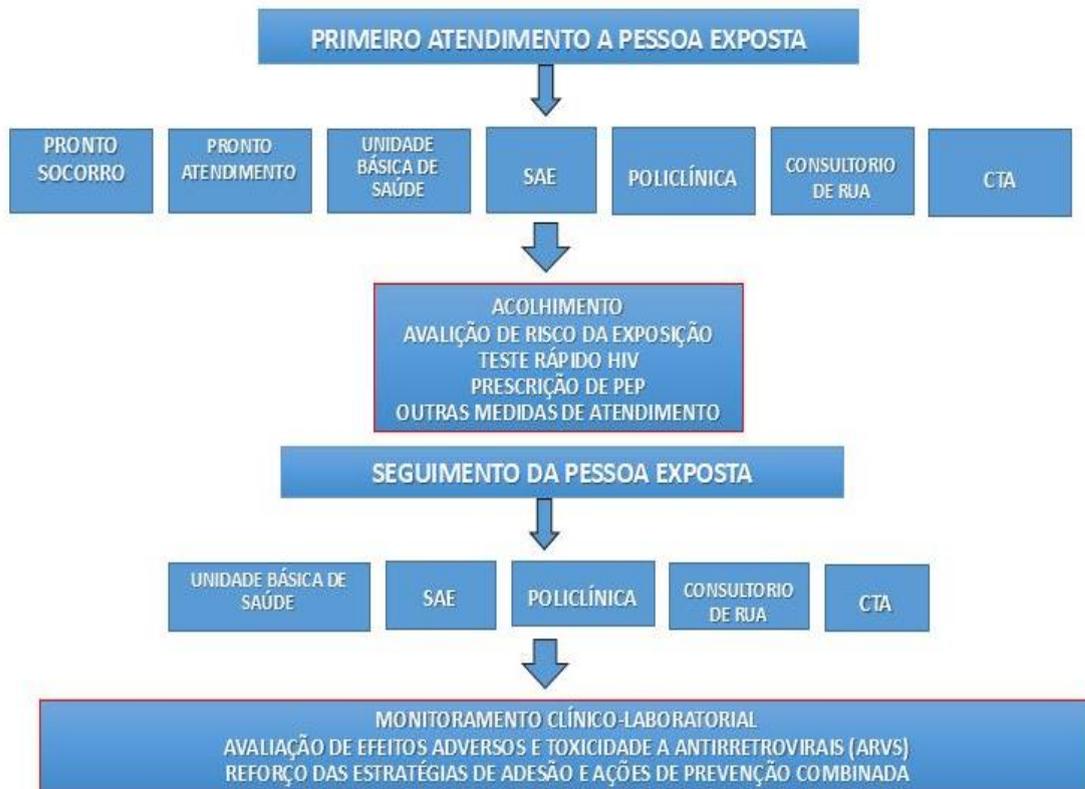
A oferta de PEP pode acontecer na rede pública ou privada, com dispensação da medicação exclusiva pela rede pública. Cabe à rede privada adequar sua referência pública de dispensação de ARV para que a orientação à pessoa seja efetiva.

Em relação à violência sexual, em âmbito nacional, a Lei nº 12.845/2013 dispõe do atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual, onde é enfatizado o direito a prevenção do HIV, IST e gravidez indesejada, devendo evitar encaminhamentos e transferências desnecessários. Conforme o Art. 2º da lei, considera-se violência sexual, para os efeitos desta Lei, qualquer forma de atividade sexual não consentida.

Segundo recomendações do Ministério da Saúde a intervenção necessita ter um caráter ágil, que não consista em um entrave à realização do serviço demandado. Deve ser resolutiva no seu caráter informativo e focada na demanda trazida pela pessoa em atendimento (BRASIL, 2016b).

A linha de cuidado preconizada pelo Ministério da Saúde para PEP deve levar em conta a diversidade de organização da rede de saúde e a disponibilidade de serviços existentes em cada território (BRASIL, 2016c). Podem se constituir como portas de entrada para a PEP os Serviços de Assistência Especializada (SAE), Unidades Básicas de Saúde (UBS), policlínicas e Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) conforme apresentado na Figura 2.

Figura 2. Possibilidades de oferta de PEP



Fonte: Adaptado do DIAHV/SVS/MS, 2016.

No entanto, acessar a PEP não é fácil, sendo difícil esse fluxograma se concretizar na realidade. Nem sempre os espaços configurados como portas de entrada para (o) usuário (a) de PEP estão preparados para responder à esta demanda e os serviços especializados acabam sendo os responsáveis em sua maioria, permanecendo a oferta de PEP ainda restrita aos setores de HIV/aids.

Há dificuldade de encaminhamentos na rede, além da falta de informação para a população, o que repercute numa baixa demanda pelo serviço. Além disso, os profissionais de saúde desconhecem o que é a tecnologia de prevenção.

A Portaria Nº 34 de 22 de julho de 2015 estabeleceu o novo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de PEP, no âmbito do SUS, onde foram simplificadas as recomendações clínicas, a fim de facilitar a prescrição da profilaxia e a construção da PEP em rede (BRASIL, 2017b), incluindo também a abordagem em relação às IST e às hepatites virais.

O PCDT ressalva que a PEP é considerada uma urgência médica e o acolhimento é essencial e quanto mais rápido for iniciada, maior a sua eficácia, não sendo indicada após 72h da exposição (contato sexual) e não deve ser utilizada em exposições sucessivas ao HIV, pois há

efeitos colaterais dos medicamentos e o organismo pode desenvolver resistência às drogas (BRASIL, 2017c).

Porém, não há políticas voltadas para MTS e o alcance dessas informações, por vezes, é inexistente. As restrições na política de aids têm impactado negativamente no direito à prevenção por populações chave como as MTS que possuem rotina de trabalho por vezes incompatíveis com os horários de funcionamento dos serviços, receio de procurar um serviço de saúde devido estigma/discriminação, ou até mesmo pela ausência de compreensão das informações sobre a PEP que não são fáceis, a começar pela nomenclatura, inclusive para serem incorporadas pelos profissionais de saúde e nos serviços.

Além disso, para a eficácia da PEP a pessoa em uso dos medicamentos deve-se manter protegida de uma nova exposição. E como isto se torna viável para MTS?

E mais: com relação à adesão, considerando-a fundamental para a eficácia da profilaxia, os seus objetivos devem ser entendidos pela pessoa exposta, que deverá ser orientada a observar rigorosamente as doses, os intervalos de uso e a duração da PEP (BRASIL, 2017b). Estudos reiteram o risco de abandono do esquema de PEP por pessoas vítimas de violência sexual (RAMOS, MEDICI E PUCCIA, 2009; ABRAHAMS E JEWKES, 2010).

Para o fortalecimento da adesão o Ministério da Saúde recomenda estratégias aprimoradas de acompanhamento e adesão que podem incluir métodos alternativos, como mensagens pelo celular (SMS), ligações telefônicas, etc. Além disso, os profissionais dos serviços de emergência são instruídos a dispensarem um quantitativo de doses suficientes até que a pessoa seja atendida no serviço que realizará seu acompanhamento clínico (BRASIL, 2017b).

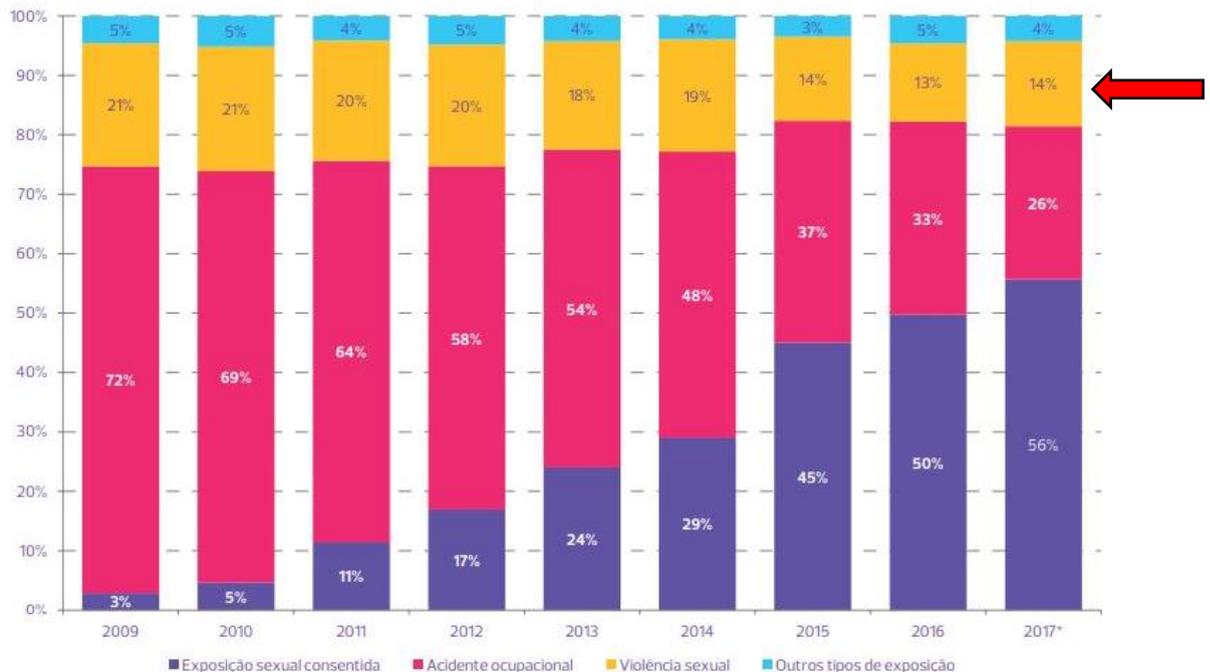
Diante do exposto, é preciso reconhecer que o sucesso das tecnologias biomédicas depende das condições estruturais. Por mais eficaz que um medicamento se mostre em ensaios clínicos, na vida real é a possibilidade de os serviços de saúde o ofertarem com qualidade e de as pessoas o acessarem e aderirem ao seu uso que determinará seu verdadeiro grau de proteção (FERRAZ, 2016).

Dados do Relatório de Monitoramento Clínico do HIV indicam um aumento do uso de PEP no país, onde o número de dispensações por ano passou de 15.540 dispensações, em 2009, para 87.251, em 2017. Nos primeiros nove meses de 2018, foram dispensadas 78.422 PEP (BRASIL, 2018b).

Quando analisadas por tipo de exposição, apesar da diminuição observada na proporção de dispensações de PEP realizadas por violência sexual (de 21% para 14%) entre 2009 e o primeiro semestre de 2017, o número de dispensações mais que dobrou no período (de 2 mil para 5 mil,

respectivamente), sendo que, em 2017, apenas seis meses estão sendo avaliados (Figura 3). Em 2016, o número de dispensações por violência sexual foi mais de três vezes o de 2009 (8 mil).

Figura 3. Distribuição das dispensações de PEP por tipo de exposição, por ano de dispensação. Brasil, 2009-2017.



Nota: (*) Referentes ao período entre 01/01/2017 e 30/06/2017. Fonte: MS/SVS/DIAHV

Em relação à violência sexual foi realizado dispensação de 7.577 profilaxias com ARV. Faixa mais prevalente foi entre 25 e 39 anos. E 85% dessas dispensações foram para mulheres. Ao investigarmos o tipo de população usuária de PEP, encontramos apenas as dispensações relacionadas a exposição sexual ocasional, onde apenas 3% (1 mil) dos usuários referiram ser profissionais do sexo (BRASIL, 2017f).

O baixo número de PEP para MTS levanta suposições relacionadas as causas do problema, considerando a alta prevalência de HIV nessa população, o que poderia ser minimizado se as MTS conhecessem e fizessem uso desse método de prevenção, e as dificuldades de organizar os serviços para a oferta de PEP.

Segundo relatório de 2014 do IPEA sobre violência sexual é estimado 527 mil casos de estupro no Brasil. Nos registros do SINAN 89% das vítimas são do sexo feminino e 70% correspondem a crianças e adolescentes (IPEA, 2014). Dados que ratificam a necessidade de expansão dessa tecnologia.

Informações de acesso a PEP para a população têm sido escassas devido à redução das matérias e notícias veiculadas pelos meios de comunicação, suspensão de materiais educativos e campanhas censuradas, assim como há uma diminuição das ações preventivas para populações mais vulneráveis ao HIV, assim como a distribuição do preservativo em ambiente escolar e em locais de trabalho (SEFFNER e PARKER,2016).

Há falta de investimento nas atividades desenvolvidas por organizações não governamentais, entre outras no país, que acabaram sendo extintas ao longo do tempo. Trata-se de um dado alarmante que abre precedentes para o debate sobre a necessidade de ampliação do assunto. Se a PEP em situação de violência sexual é disponibilizada no Brasil desde 2000, por quais motivos está sendo subutilizada pelas populações-chave, como as MTS?

Para adentrar nessas questões faz-se necessário aproximarmos das especificidades que permeiam o trabalho sexual e que podem interferir no conhecimento e utilização da PEP após violência sexual.

2.4 Mulheres Trabalhadoras do Sexo (MTS)

Em todo o mundo as MTS são desproporcionalmente afetadas pela epidemia do HIV/aids. Estudos epidemiológicos com populações-chave como as MTS têm considerado cada vez mais o conjunto de fatores que contribuem para o aumento das chances do indivíduo ser infectado, constituído pela estrutura, vulnerabilidades biológicas e comportamentais destas populações.

Fatores como o ambiente de trabalho (HARCOURT e DONOVAN, 2005; DAMACENA ET AL., 2014; SHANNON ET AL., 2015) (GOLDENBERG ET AL. 2015). (LI, YAN ET AL., 2010) (DAMACENA ET AL., 2014) e leis punitivas ao trabalho sexual estão relacionados à violência física e sexual, violência de gênero, ser vítima de tráfico sexual (trabalho sexual forçado) aumentam as chances de infecção pelo HIV e do não uso do preservativo (GOLDENBERG ET AL. 2015) (SHANNON ET AL., 2015) (DECKER ET. AL, 2016).

Uso de drogas ilícitas (BAUTISTA ET. AL., 2006), idade, tempo de profissão, escolaridade e renda mensal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004), programa barato (CHOI e HOLROYD, 2007), presença de outras IST e a possibilidade de deixar de usar o preservativo por exigência dos clientes foram os principais fatores associados à infecção pelo HIV entre as MTS brasileiras (DAMACENA ET AL., 2011).

Outros estudos identificaram que ter um parceiro íntimo (MALTA ET AL., 2010) representa um fator de risco, visto que nestas relações o sexo desprotegido é 2 a 5 vezes mais provável do que nos encontros sexuais com clientes (WANG 2007; DEERING 2011) e a

negociação de preservativos com parceiros íntimos ainda é mais difícil para MTS com histórico de violência (DECKER ET. AL, 2016).

Possuir um alto número de clientes atendidos em turno de trabalho típico (HARCOURT e DONOVAN, 2005) também influenciam no risco de aquisição do HIV e aumentam as chances de violência sexual contra MTS.

Abrimos um adendo para ressaltar que na legislação brasileira o trabalho sexual não é criminalizado, mas as atividades associadas a ele. Pune-se o dono ou gerente de casa de prostituição, conforme o arcabouço jurídico pátrio, mais especificamente no Capítulo V do Código Penal Brasileiro (BRASIL, 2009). Tal postura deixa as MTS em situação de extrema desproteção, dado que não podem exigir condições de trabalho higiênicas e seguras. Ou seja: sob a aparência de que se respeita o direito da mulher se prostituir, ocorre, de fato, uma desassistência a suas necessidades de conforto e segurança no trabalho, o que dificulta o enfrentamento das situações de violência e do estigma de que são alvo (VILELA; MONTEIRO, 2015).

Deering et al. (2014) em uma revisão da literatura mundial apresentaram a prevalência ao longo da vida de qualquer violência combinada com a violência no local de trabalho em 45% a 75%, aproximadamente, em MTS. Dado que chama atenção para a importância das MTS estarem a par de tecnologias de prevenção que possam minimizar os efeitos deste fenômeno, ainda comum, no contexto do trabalho sexual.

Quanto ao conhecimento e utilização de PEP por MTS, não há produção farta sobre o assunto, estando a maioria dos estudos localizados na África, onde a prevalência do HIV em MTS varia entre 24 e 72% (FAWOLE, DAGUNDURO, 2014) (WANYENZE, ET AL., 2017).

No contexto do trabalho sexual, a PEP permite que as TS reduzam o risco de aquisição do HIV após situação de violência sexual ou exposição por motivos que possam estar fora de seu controle, incluindo a quebra do preservativo ou incapacidade de negociar seu uso (BENN, ET AL., 2011). Porém, nem sempre o acesso a essa tecnologia é viável.

MTS de Mombasa que participaram do estudo de Restar et al. (2017) apresentaram um baixo conhecimento sobre PEP, embora o desejo de utilizá-la fosse alto. E havia diferenças consideráveis no nível de conhecimento entre profissionais do sexo que já haviam ouvido falar da PEP, o que sugeriu no estudo que os esforços anteriores de promoção do PEP podem ter sido insuficientes no território.

Um estudo em Nairobi com 134 MTS avaliou o conhecimento, o acesso e a adesão a PEP. Dentre elas, 48% foram classificadas como de maior risco à infecção ao HIV (com relato de encontros sexuais de alto risco, não uso de preservativo ou vítima de agressão sexual), justamente este grupo era menos propenso a ter ouvido falar de PEP, acessar a PEP ou completar o curso

completo do esquema, uma vez iniciado. Embora a PEP estivesse disponível gratuitamente para as MTS que procuravam atendimento, a falta de conhecimento permaneceu como uma grande barreira ao acesso (OLSTHOORN et al., 2016).

Wanyenze et al. (2017), em um estudo qualitativo realizado em 12 distritos de Uganda com 190 MTS, identificaram um conhecimento inadequado sobre a disponibilidade de certos métodos de prevenção ao HIV como a PEP. As MTS relataram um alto nível de violência perpetradas por clientes que incluiu estupro caso negassem o sexo desprotegido. Estas temiam procurar ajuda ou não sabiam onde obter apoio, necessitavam utilizar a PEP mas não sabiam onde e como acessá-la.

Um outro estudo realizado no Quênia, realizado por Izulla et al. (2013) com uma coorte de 2896 MTS pertencentes a um programa de prevenção e cuidados em IST, buscou analisar os fatores biológicos e comportamentais de TS que acessaram a PEP, e caracterizar as circunstâncias anteriores PEP (quais as motivações para o uso). Os principais resultados revelaram que o uso de PEP esteve associado à infecção por gonorreia, uso de álcool, maior proporção de uso de preservativos e história de testagem anterior de HIV. Questões de confiança e desconhecimento do estado sorológico do cliente foram apontadas como motivos para utilização da tecnologia, e encontros com clientes casuais pela primeira vez (69,2%). O que corrobora com resultados preliminares do estudo Combina! realizado no Brasil, com o objetivo de analisar o processo de busca pela PEP por mulheres, realizado em serviços de saúde que ofertam PEP em cinco municípios brasileiros (4 capitais de 3 regiões do país e 1 cidade de grande porte do interior).

Entre as profissionais do sexo entrevistadas no Combina! as relações sexuais que motivaram a busca pela PEP foram as com clientes, estavam associadas à ocorrência de algum fato que lhes gerava desconfiança e a orientação para busca da profilaxia foi obtida com colegas. O estudo concluiu que mulheres que buscam PEP em geral buscam proteger-se do HIV por meio do uso de preservativo e recorrem à profilaxia em situações que percebem como excepcionais às suas práticas ou quando o risco é alto, caso do rompimento de preservativo com parceiros HIV+ (FERRAZ, ET AL., 2015).

Wanyenze et al. (2017) afirmam que apesar da disponibilidade de serviços de saúde, as MTS enfrentam grandes desafios em acessá-los. Barreiras como o baixo conhecimento sobre alguns serviços de prevenção, horário de funcionamento, dificuldade na aquisição de preservativos e outros insumos, oferta limitada de serviços, preocupações com a qualidade dos serviços (especialmente discriminação e comentários grosseiros, negação ou atraso dos serviços e potencial para quebra de confidencialidade) foram evidenciadas no estudo que demonstrou outro dado importante, a hesitação de TS em acessar serviços devido ao medo de ser estigmatizada pelas próprias colegas profissionais do sexo, suas famílias e a comunidade em geral.

Cabe mencionar que a maioria desses estudos com MTS foram realizados em serviços de prevenção, o que tornam os dados ainda mais alarmantes. Grupos populacionais sob maior risco, como as MTS, não têm sido adequadamente acompanhados no Brasil como um todo, especialmente devido às dificuldades inerentes à realização de estudos com essas populações.

Faz-se necessário identificar as barreiras de acesso enfrentadas pelas MTS no país, tais como dificuldades dos serviços de saúde em lidar com práticas e vivências marginais; estigma e preconceito; limitações dos locais e horários de atendimento; desconhecimento das realidades da população pelos profissionais de saúde; dentre outras.

Experiências de uso da PEP foram abordadas em estudos com a população geral no Brasil que demonstram que o estigma da aids interfere neste processo. Diferentemente do preservativo, que as pessoas se orgulham em dizer que usam e que representou a possibilidade de uma certa liberdade para as práticas sexuais diante da ameaça da aids, a PEP é associada à vergonha (FERRAZ, et al., dados não publicados).

O conhecimento e utilização de PEP têm sido apontados como baixos em outros estudos pelo mundo (LIU, ET AL., 2008; COHEN ET AL., 2013; FERNÁNDEZ-BALBUENA, ET AL., 2013; OLSTHOORN ET AL., 2016; RESTAR ET AL., 2017; WANYENZE ET AL. 2017). E é igualmente baixo em outras populações-chave como em pessoas trans no Brasil (GOMES, 2017), entre HSH na Itália (LIU, ET AL., 2008) e em Nova York (MEHTA, ET AL., 2011).

Schechter et. al. (2004) e Poynten et. al (2009) afirmaram que mesmo os indivíduos que poderiam se beneficiar após serem expostos ao HIV tenderam a não buscar a profilaxia. Fatos semelhantes aos achados de Cohen et al. (2013), em um estudo realizado numa clínica da cidade de São Francisco (USA) que oferece cerca de 300 PEP por ano, onde constatou-se a falta conhecimento sobre a PEP entre usuários em potencial. A incapacidade de identificar o risco, ter uma parceria estável e medo de eventos adversos foram as principais razões para não uso da PEP encontradas pelos autores.

Um aumento estável, porém, moderado, do uso de PEP pela população geral foi estimado na Dinamarca por Lunding et al (2010), que realizaram um estudo nacional sobre uso de PEP após a exposição sexual ao HIV de 1998 a 2006.

Em estudo de Fernández-Balbuena et al. (2013), realizado com vários grupos populacionais na Espanha, o conhecimento de PEP esteve associado ao número de testes anteriores para HIV, escolaridade, número de parceiros, grau de interação com a cultura gay e uso da internet como principal forma de encontrar parceiros (FERNÁNDEZ-BALBUENA, et al., 2013).

Lin et al., 2016, estudaram o conhecimento de PEP entre HSH no Canadá, e identificaram um total de 51,9% (112 de 173) de participantes HIV-positivos e 48,5% (272 de 500) de

participantes HIV-negativos tinham ouvido falar de PEP. Apenas 3% (cinco de 106) dos participantes HIV-negativos que relataram sexo recente de alto risco usaram PEP. Na pesquisa o conhecimento de PEP foi maior para os participantes que se envolviam em atividades sexuais com maior potencial de transmissão do HIV.

Minas et al. (2012) constataram em um estudo na Austrália um aumento da demanda e melhor uso do PEP através de estratégias de comunicação, onde a entrega e o uso apropriado de PEP melhoraram significativamente no território. Resultados que corroboram com as diretrizes que organizam a rede PEP no Brasil, que recomendam que para que haja um maior acesso, é imprescindível que se promova ampla divulgação da PEP entre a população geral (BRASIL, 2016c).

Um estudo realizado na Austrália com HSH evidenciou uma associação positiva entre o aumento do conhecimento e da utilização de PEP, implantada desde 1999 no país, e a educação sobre o método de prevenção voltada para a população-chave (IRYNA, et al, 2011).

Uma análise qualitativa, realizada no mesmo país com 88 HSH, indicou que os usuários desta tecnologia são altamente motivados a se prevenirem do HIV, e que fizeram uso deste método em situações excepcionais às suas práticas habituais. O estudo ressaltou ainda o conhecimento do caráter complementar da PEP ao sexo seguro pelos entrevistados (KÖRNER, HENDRY, KIPPAX, 2006).

Esses resultados coincidem com os achados de Poynten et al. (2009) numa coorte com homens homossexuais australianos, onde houve uma relação positiva entre conhecimento e maior demanda por profilaxia pela população. No estudo, 78,5% dos participantes tinham ouvido falar do PEP, dado que aumentou para 97,4% na quinta entrevista anual.

3 JUSTIFICATIVA

Intervenções efetivas em populações-chave, como as MTS, podem diminuir significativamente a incidência do HIV na população em geral (PLUMMER et al., 1991; JHA et al., 2001). Estudos reforçam que a efetividade da PEP tem potencial de reduzir o risco de aquisição do HIV, porém muitas vezes esse tipo de tecnologia é inacessível e subutilizada por MTS (RESTAR et al., 2017).

A PEP após uma exposição sexual de alto risco ao HIV é uma tecnologia de prevenção estabelecida no Brasil, porém pouco difundida, e os dados sobre o tema, particularmente no

contexto das MTS, encontram-se escassos. Poucos estudos investigaram o conhecimento de MTS em relação a PEP e a sua utilização, assim como os fatores que influenciam o provável desconhecimento deste segmento populacional sobre o método de prevenção que possui uma eficácia comprovada na redução de infecções pelo HIV.

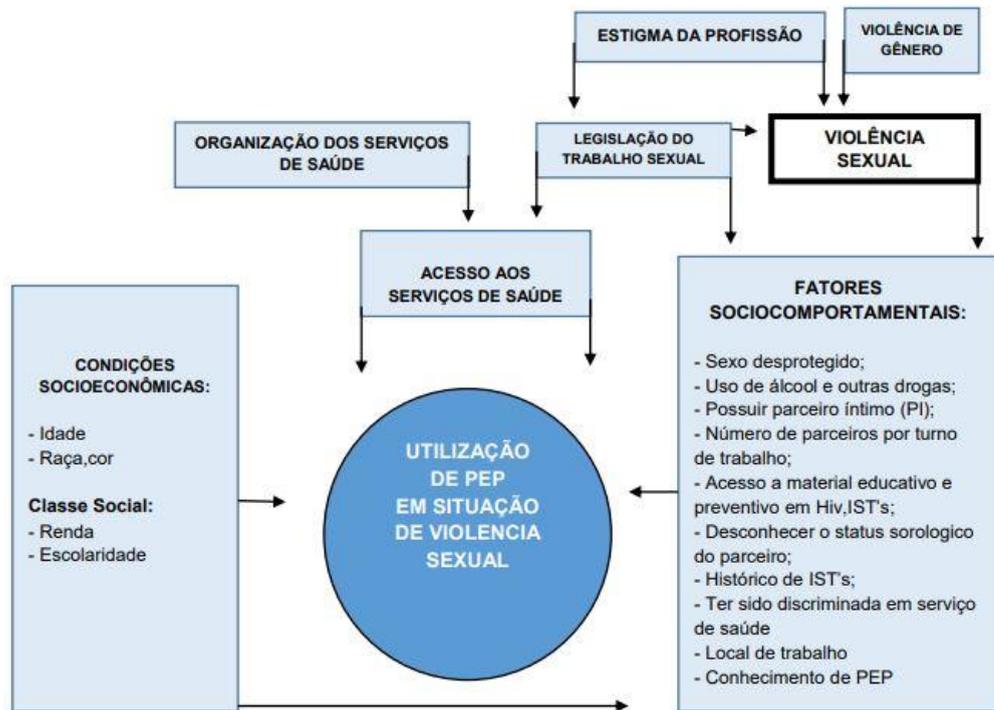
O presente estudo, cujo enfoque encontra-se no conhecimento e utilização da PEP, busca contribuir com a resposta ao HIV/aids entre as MTS, que pelos diferentes contextos de vulnerabilidade à infecção, devem ter conhecimento assim como utilizar em situações de risco. Barreiras estruturais no acesso aos serviços de prevenção, como escolaridade, renda, raça/cor, tipo de local de trabalho, assim como o tratamento e assistência devido o estigma, discriminação e criminalização/ clandestinidade na sociedade, dificultam o acesso a PEP.

O Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2018) chama atenção para a falta de estudos de base populacional sobre pessoas que trocam sexo por dinheiro. No entanto, a natureza ilegal - e frequentemente criminalizada - do trabalho sexual dificulta a coleta de dados em nível populacional sobre o risco de HIV entre essa população. Esta falta de dados cria barreiras significativas ao desenvolvimento de esforços direcionados para a prevenção do HIV.

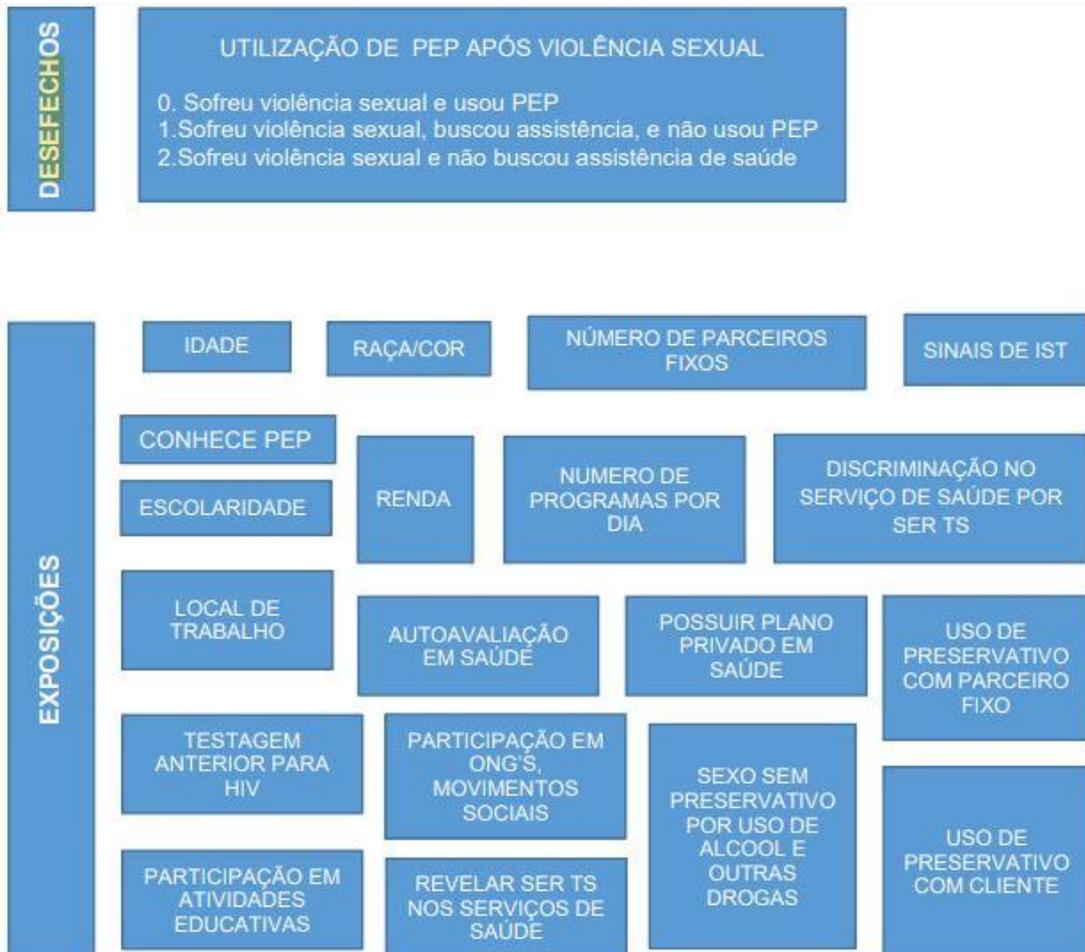
Os dados analisados são provenientes de um estudo pioneiro no Brasil voltado para esta população-chave, batizado como Estudo Corrente da Saúde II, realizado em 12 cidades brasileiras, no ano de 2016 com uma grande amostra de MTS. As entrevistas foram realizadas em um contexto de incorporação da Prevenção Combinada no país onde a PEP havia sido implementada há sete anos para os casos de exposição sexual consentida, porém disponibilizada desde o ano de 1999 para situações de acidente laboral e em seguida estendida para situações de violência sexual no ano 2000. Pouco se fez para que os serviços pudessem ofertar essa tecnologia de prevenção fomentando um amplo acesso, dessa forma, faz-se necessário compreender os motivos que interferem no conhecimento e uso da PEP, ainda limitado no país.

4 MODELO TEÓRICO

Múltiplos fatores interferem no risco de aquisição e transmissão do HIV entre MTS (SHANNON ET AL., 2015) (GOLDENBERG ET AL., 2015), limitam o acesso aos serviços de saúde (WANYENZE ET AL., 2017) e influenciam no conhecimento na utilização de tecnologias de prevenção como PEP por MTS. O que viola o direito a prevenção por esta população em situação de vulnerabilidade acentuada.



5 MODELO PREDITIVO



6 PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO

- Mulheres trabalhadoras do sexo utilizam PEP após situação de violência sexual?

7 OBJETIVOS

7.1 Geral

- Analisar a utilização de PEP por MTS após violência sexual no Brasil.

7.2 Específicos

- Identificar os fatores associados ao uso de PEP pelas MTS no Brasil;
- Estimar o conhecimento de PEP entre MTS no Brasil.

8 METODOLOGIA

8.1 Desenhos complexos de amostragem

O presente projeto faz parte do Estudo sobre Atitudes e Práticas de Risco Relacionadas ao HIV e Outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) em uma amostra de MTS. Trata-se de um estudo transversal, cujos dados obtidos são oriundos do Estudo Corrente da Saúde II, realizado com 12 municípios brasileiros em 2016, selecionados segundo critérios geográficos e sua relevância epidemiológica, sendo eles: Manaus, Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba, Porto Alegre, Campo Grande e Brasília, selecionados pelo DIAVHV do Ministério da Saúde, com amostragem RDS para recrutamento das MTS, considerada uma população de difícil acesso.

O estudo batizado de Corrente da Saúde II, composto por uma amostra de 4328 MTS, cujo objetivo principal foi estimar as taxas de prevalência de HIV, sífilis, e hepatite B e C, identificar o conhecimento, atitudes, e práticas relacionadas à infecção pelo HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis entre MTS.

A população do presente estudo é composta por 4245 mulheres com idade acima de 18 anos, trabalhadoras sexuais nos municípios de estudo, que reportaram pelo menos uma relação sexual em troca de dinheiro nos últimos quatro meses anteriores a coleta de dados, e que aceitaram participar do estudo, e assinaram o TCLE e apresentaram um convite válido.

O projeto de pesquisa, coordenado pela FIOCRUZ/RJ, foi aprovado pelo Comitê de Ética da Fundação Oswaldo Cruz (Protocolo 1.338.989) e as participantes assinaram o TCLE (em anexo). Todas as partes da pesquisa foram confidenciais e apenas o número de cupom de cada participante vincula os questionários com as amostras de sangue. Todas as participantes poderiam se recusar a continuar participando do estudo sempre que desejassem.

8.2 Amostragem em populações de difícil acesso

Amostragem orientada pelos participantes (RDS) é um método de amostragem por encadeamento para obter uma amostra mais representativa de uma população de difícil acesso (LI, Yan et al., 2010). Tal método de recrutamento pressupõe que pessoas 32 com determinada característica ou atividade são conectadas em uma rede social e possuem laços com outras pessoas com características semelhantes. E que os participantes de uma população de difícil acesso são

melhores para recrutar seus conhecidos do que os pesquisadores. A coleta de dados é realizada por meio de sucessivos ciclos de recrutamento, chamados de “ondas”. Primeiramente, selecionam-se, de forma não-aleatória, indivíduos da população-alvo para participarem do estudo, denominados “sementes”. Às sementes, é pedido que recrutem um número fixo de indivíduos entre seus conhecidos do mesmo subgrupo populacional. Os indivíduos recrutados pela semente também recrutarão outros, e assim sucessivamente (HECKATHORN, 1997). As sementes são identificadas num mapeamento prévio aos inquérito epidemiológico (chamamos de pesquisa formativa). O estudo foi realizado nas diversas cidades de julho a novembro de 2016, O tamanho da amostra foi estabelecido em 350 MTS em cada uma das cidades. O trabalho de campo foi realizado em serviços de saúde localizados nas doze cidades. Para cada local, seis a oito sementes foram escolhidas após a pesquisa formativa. 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, 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.

RDS requer um sistema de incentivos primários e secundários. O incentivo primário neste estudo foi um presente, o pagamento para o almoço e transporte, além de um reembolso para o tempo de trabalho perdido (aproximadamente R\$ 15.00). O incentivo secundário foi um pagamento de R\$ 10,00 para cada pessoa recrutada que participou do estudo.

8.3 Coleta de dados

O questionário incluiu módulos sobre: características sociodemográficas e informações relacionadas à atividade profissional, conhecimento sobre transmissão do HIV, comportamento sexual, teste prévio de HIV – ao longo da vida e no último ano, história de IST, uso de álcool e drogas ilícitas, acesso a atividades de prevenção e serviços de saúde, discriminação, violência, PEP, PREP e Autoteste. 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 entrevistadoras, aconselhadoras pré e pós testagem, aplicadoras de testes rápidos e supervisora de trabalho de campo. A pesquisa formativa (PF) ocorreu nas 12 capitais do estudo durante os meses janeiro a março de 2016, com objetivo de “estabelecer linhas de conduta para realização do estudo comportamental e sorológico com trabalhadoras do sexo (TS) ” (FIOCRUZ, 2016b).

A PF é uma etapa importante de um inquérito com RDS, pois foi fundamental para mapear a população das TS em cada local, identificar os pontos de prostituição de cada cidade, entender, a partir delas, o melhor serviço (unidade de saúde) para realização do estudo, os horários factíveis, que não interfiram no trabalho das mulheres, bem como para enunciar as situações que poderiam facilitar ou dificultar a pesquisa.

As pesquisas formativas foram desenvolvidas pelos coordenadores locais de cada cidade e, por meio de entrevistas com TS de distintos espaços, como saunas, boates, ruas e hotéis, buscou-se aproximação da realidade local das TS, bem como das sugestões a respeito da realização de todas as etapas da pesquisa. E é durante a PF que a equipe de pesquisa seleciona as “sementes” do estudo para o desenvolvimento das redes. Os dados foram coletados através de entrevistas guiadas por questionário sociocomportamental, respondido após cumprimento dos critérios de elegibilidade do estudo. O primeiro passo da coleta no campo consistiu na realização da 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: ≥ 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 a 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. Uma vez elegida para estudo a participante era encaminhada para sala de realização de teste rápido e de coleta de amostra sanguínea confirmatória de HIV/Aids, sífilis e hepatites. Em seguida, enquanto ocorria a leitura dos testes rápidos, as MTS eram encaminhadas para realização da entrevista. Os testes de HIV, sífilis, e hepatite B e C foram conduzidas através de testes rápidos padrão utilizando a coleta de sangue venoso periférico, de acordo com os protocolos recomendados pelo Ministério da Saúde.

Todos os testes o correram antes da entrevista e todos os participantes receberam aconselhamento pré e pós-teste. Aquelas que obtiveram resultado positivo em qualquer um dos testes rápidos receberam aconselhamento adicional no pós-teste, tanto para abordar o impacto psicológico quanto para incentivar a notificação do parceiro, e também foram encaminhados para serviços públicos de saúde para acompanhamento.

8.4 Variáveis

A variável desfecho do estudo foi utilizar a PEP após VS. Na análise descritiva foi estratificada como: 1- sofreu VS e utilizou PEP, sofreu VS, procurou assistência e não utilizou PEP, e sofreu VS e não buscou assistência. Para a análise bivariada e multivariada, foi estratificada em usou e não usou a PEP em situações de VS. Outras variáveis incluídas nas análises foram selecionadas a partir da revisão de literatura sobre o tema: a) sociodemográficas: idade (18- 29, 30-39 e ≥ 40), raça/cor da pele (branca, preta e parda), escolaridade (elementar e fundamental incompletos e ensino médio completo), renda (R\$1,00- 500, R\$501-1.000 e >R\$1.000), principal local de trabalho (locais fechados e pontos de rua), números de programas em média por dia (até 9, 10 ou mais), discriminação no serviço de saúde por ser trabalhadora do sexo -TS (não, sim); b) prevenção de IST/HIV/aids: conhecimento de PEP (não, sim); participação em palestras sobre IST nos últimos 6 meses (não, sim), realizou teste de HIV antes do estudo (não, sim); c) avaliação de saúde e acesso de serviços de saúde: possuía plano privado de saúde (não, sim); autoavaliação de saúde (regular, ruim e muito ruim, muito boa e boa), revela que é TS nos serviços de saúde (não, sim), mudança no atendimento nos serviços de saúde quando revela que é TS (não, sim), sinais de IST (bolhas, feridas e verrugas) nos últimos 12 meses (não, sim), d) apoio social: participação em grupo organizado, movimento social, associação ou ONG em defesa das MTS (não, sim); e) comportamento sexual com parceiros fixos e clientes: número de parceiros fixos nos últimos 6 meses (1 a 3, 4 ou mais), uso de preservativo com parceiro fixo nos últimos 6 meses (sempre, nunca ou as vezes), uso de preservativo com cliente nos últimos 6 meses (não, sim) e f) uso de álcool e outras drogas: sexo sem preservativo por uso de álcool e outras drogas nos últimos 6 meses (não, sim). A análise dos dados levou em consideração o desenho complexo de amostragem do 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 na análise 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. Além disso, para considerar a

dependência das observações, as convidadas da recrutadora foram consideradas como constituindo um conglomerado (SZWARCOWALD et al., 2018). Realizou-se análise descritiva e bivariada entre os desfechos e os potenciais fatores de associação. Considerou-se o valor de $p \leq 0,10$ na análise bivariada para a seleção de variáveis para a análise multivariada com regressão logística. Utilizou-se a rotina de amostras complexas do programa STATA para a análise dos dados.

8.6 Questões éticas do Projeto Corrente da Saúde II

O presente estudo respeita as exigências éticas conforme estabelecido pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 2012b). O projeto Corrente da Saúde II, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz sob nº 1.338.989. 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, 37 2016b). A opinião de participantes de outro estudo de RDS com HSH (Homens que fazem Sexo com Homens) foi que o ressarcimento financeiro era mais atrativo do que a possibilidade de oferta de ticket-refeição, pois o voluntário teria que se deslocar em dois momentos para o local da pesquisa, o primeiro para participar do estudo e o segundo para levar seus participantes e/ou para receber o ressarcimento pelos recrutados que completaram as etapas da pesquisa (MOTA, 2012). 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 (HECKARTON, 1997). Os procedimentos para coleta de dados ocorreram em locais reservados, foi garantido 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.

9 RESULTADOS

9.1 Artigo

Título: Uso de profilaxia pós-exposição ao HIV após episódio de violência sexual entre mulheres trabalhadoras do sexo no Brasil

Acácia Mayra Pereira de Lima¹, Laio Magno^{1,2}, Carla Gianna³, Celia Landmann Szwarcwald⁴, Inês Dourado² e The Brazilian FSW Group

¹ Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Av. Basílio da Gama, s / n, Campus Universitário do Canela, 40110-040 Salvador, Bahia, Brasil. email: acacia.elsa@gmail.com e ines.dourado@gmail.com

² Universidade Estadual da Bahia, Departamento de Ciências da Vida, Campus 1, Salvador, Bahia, Brasil. email: laiomagnoss@gmail.com

³ Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva. Rua Botucatu, 740, quarto andar, Vila Clementino, CEP 04023-062, São Paulo, SP, Brasil. Email: cgluppi@yahoo.com.br

⁴ Instituto de Comunicação Científica e Informação em Saúde Pública de Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil, e-mails: celia_ls@hotmail.com; damacenagn@gmail.com; pborges1@gmail.com

Autor de correspondência:
Acácia Mayra Pereira de Lima

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: acacia.elsa@gmail.com

RESUMO

Introdução: O uso de profilaxia pós-exposição ao HIV (PEP) é fundamental para as mulheres e especialmente para mulheres trabalhadoras do sexo (MTS) como um método de prevenção da transmissão do HIV. No entanto, as MTS ainda enfrentam barreiras ao acesso a PEP em muitos lugares, inclusive no Brasil. Nosso objetivo foi analisar os fatores associados ao uso de PEP entre MTS após agressão sexual no Brasil. **Metodologia:** Estudo transversal de 4.245 MTS recrutadas em 12 cidades brasileiras por amostra respondente (RDS) em 2016. As participantes foram entrevistadas e as associações de variáveis comportamentais, sociodemográficas, relacionadas aos serviços de saúde, apoio social e histórico de violência e discriminação com o uso da PEP após a agressão sexual foram analisadas. Para cada cidade, os indivíduos foram ponderados usando o estimador RDSII. Os dados combinados foram analisados pelo procedimento de amostra complexa do STATA 14, usando cada cidade como um estrato e cada grupo de mulheres recrutadas pela mesma TS como um cluster. Odds ratios e IC95% foram estimados por meio de regressão logística. **Resultados:** Das 4245 MTS 1174 relataram ter sido vítima de violência sexual alguma vez na vida (26,3%). A maioria delas apresentavam idade abaixo dos 30 anos e 19,6% não concluíram o ensino médio. 18% se autodeclararam pretas; com baixo nível socioeconômico e 8,2% afirmaram conhecer a PEP. Após a violência sexual, 7,5% afirmaram ter utilizado PEP, 18,7% procuraram um serviço de saúde, mas não tiveram acesso à PEP e 73,8% não procuraram assistência em saúde. Os fatores associados ao uso da PEP após a agressão sexual foram: conhecimento de PEP (OR: 3,71); participação em atividades educativas sobre HIV (OR: 1,53); revelar ser trabalhadora do sexo nos serviços de saúde (OR: 1,80) e o número de clientes por dia (1-9 *versus* 10 ou mais) (OR: 6,67). **Conclusões:** Apesar da política existente para vítimas de violência sexual no Brasil que inclui o serviço de PEP, o uso da tecnologia de prevenção após violência sexual foi extremamente baixo entre MTS, mesmo para aquelas que procuraram assistência de saúde, indicando iniquidade no acesso. Triagem, documentação e cuidados para vítimas de violência sexual, como aconselhamento e engajamento em cuidados adequados são essenciais para promover o acesso a serviços preventivos para HIV. Os serviços de saúde devem estar melhor qualificados para cuidar de vítimas de violência sexual.

Palavras chaves: mulheres trabalhadoras do sexo, profilaxia pós exposição ao HIV, PEP, violência sexual, RDS, Brasil.

ABSTRACT

Background: Use of post-exposure HIV prophylaxis (PEP) is critical for women and especially for sex workers (FSW) as a method of preventing HIV transmission. However, FSW still faces barriers to PEP access in many places, including Brazil. Our objective was to analyze factors associated with PEP use among FSW after sexual assault in Brazil. **Methods:** A cross-sectional study of 4,245 FSW recruited in 12 Brazilian 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 PEP use after sexual assault were analyzed. For each city, individuals 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:** The 4245 MTS 1174 reported an episode of sexual assault during a lifetime reported having been the victim of sexual violence at some time in life (26.3%). Half of FSW was below 30 years of age and 19.6% did not complete high school. 18% black; with lower socioeconomic level and 8.2% were aware of PEP. After sexual assault, 7.5% used PEP, 18.7% went to a health clinic but did not have access to PEP and 73.8% did not search for health assistance. Factors associated with PEP use after sexual assault were: PEP awareness (OR: 3.71); participation in HIV educational activities (OR: 1.53); disclosure of FSW status to a health care provider (OR: 1.80) and number of clients per day (1-9 vs 10 or more) (OR: 6.67). **Conclusions:** Despite the existing policy for victims of sexual assault in Brazil with PEP included, PEP use after sexual assault was extremely low among FSW even for those who sought health assistance indicating inequity in access. Screening, documentation and care for victims of sexual assault, such as counselling and engagement in proper care are essential to promote access to HIV preventive services. Health services should be better qualified to care for FSW victims of sexual assault.

Keywords: female sex worker, post-exposure HIV prophylaxis (PEP), sexual assault, RDS, Brazil

INTRODUÇÃO

As Mulheres Trabalhadoras do Sexo (MTS) continuam sendo desproporcionalmente afetadas pelo HIV e por outros fatores de vulnerabilidade social como a os diversos tipos de violência. Estudos documentam os altos níveis de prevalência do HIV e de violência entre elas em relação a essas taxas na população geral (BANGHADESH MINISTRY OF HEALTH, 2005; FAWOLE, DAGUNDURO, 2014; GARCIA-MORENO, ET AL., 2006; LYONS, ET AL., 2017; SHANNON, ET AL. 2015; SHANNON, ET AL., 2009; SZWARCOWALD, ET. AL, 2018; VALERA, SAWYER, SCHIRALDI, 2001 WANYENZE, ET AL., 2017).

A prevalência de qualquer tipo de violência combinada com violência no local de trabalho ao longo da vida, entre MTS varia de 45% a 75%, aproximadamente (DEERING, ET AL.,2014). Especificamente a taxa de violência sexual (VS) foi estimada em 37,8% em um estudo de corte transversal com 2.523 MTS residentes em dez cidades brasileiras (Lima et al., 2017).

Estudos demonstram uma associação entre fatores sociais, políticos e econômicos (como violência de gênero, criminalização do trabalho sexual, estigma da profissão), e fatores individuais (capacidade de negociar o uso do preservativo, comportamentos sexuais de alto risco, uso de drogas e fatores psicossociais) com taxas elevadas de VS entre MTS (BEATTIE, ET AL.,2010; LYONS, ET AL.,2017; OLUFUNMILAYO, DAGUNDURO, 2014; PANDO, ET AL.,2013; SHANNON, ET AL., 2009; SHANNON, ET AL., 2010). Além disso, a VS está associada a uma maior vulnerabilidade ao HIV (DECKER, ET AL., 2015; SHANNON, ET AL. 2015).

No Brasil, o grupo de MTS é estimado em 0,8% da população feminina, correspondendo a meio milhão de mulheres, aproximadamente (BRASIL, 2016). Em um inquérito conduzido em 10 cidades brasileiras, no ano de 2009, a prevalência de HIV foi estimada em 5%, e no inquérito de 2016, a prevalência de HIV se manteve no mesmo patamar. Essa taxa é 15 vezes maior do que na população feminina brasileira como um todo (DA COSTA FERREIRA-JÚNIOR, 2018; SZWARCOWALD, ET. AL, 2018).

A profilaxia pós exposição ao HIV (PEP) consiste no uso de medicamentos antirretrovirais (ARV) por 28 dias consecutivos, e reduz o risco de aquisição do HIV em 10 vezes ou mais, se tomada de forma adequada (GULHOLM,ET AL., 2013; KUHAR, ET AL., 2013; MCCARTY,

ET AL., 2011; MCDUGAL, ET AL., 2014; TISSOT, ET AL., 2010; VIVES, ET AL., 2008; ROLAND, ET AL. 2005; SMITH, ET AL., 2005).

A PEP é disponibilizada no Brasil em unidades do Sistema Único de Saúde desde 2000 para prevenção do HIV em situações de VS. Em 2009 passou a ser indicada também para casos de exposição sexual consentida e desprotegida, e integra o conjunto de medidas denominado Prevenção Combinada (BRASIL, 2017e), considerada um atendimento de urgência e para ser efetiva na prevenção do HIV deve ser iniciada nas duas primeiras horas após a exposição, e no máximo em até 72 horas (BRASIL, 2017c).

No contexto do trabalho sexual, o acesso a PEP permite que as MTS reduzam o risco de aquisição do HIV após situação de VS ou exposição sexual desprotegida, por motivos que possam estar fora de seu controle, incluindo o rompimento do preservativo ou dificuldade de negociar seu uso (BENN, ET AL., 2011). Porém, as MTS enfrentam barreiras no acesso a PEP em muitos lugares, inclusive no Brasil, onde é disponibilizada gratuitamente. E pouco se sabe sobre o acesso a PEP após uma situação de VS.

O presente estudo pretende avaliar a utilização de PEP após episódio de VS entre MTS no Brasil.

METODOLOGIA

Esse estudo é parte de um inquérito realizado com MTS de 12 cidades do Brasil, de julho a novembro de 2016, quais sejam: Manaus, Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba, Porto Alegre, Campo Grande e Brasília. O tamanho de amostra pré-estabelecido foi de no mínimo 350 MTS por cidade, constituindo uma amostra total de pelo menos 4.200 MTS. Em alguns municípios a amostra ultrapassou o mínimo predefinido, totalizando 4.328 MTS entrevistadas. As cidades e o tamanho mínimo de amostra foram estabelecidos, pelo Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI) do Ministério da Saúde, segundo critérios geográficos e relevância epidemiológica. O inquérito teve como objetivo estimar a prevalência de HIV, sífilis e hepatites B e C, e monitorar práticas de risco para essas infecções.

As participantes foram recrutadas pelo método *Respondent Driven Sampling* (RDS) – ou amostragem dirigida pelo participante – em que as próprias participantes recrutaram suas conhecidas (JOHNSTON, SABIN, 2010). Os critérios de elegibilidade foram: (1) ser mulher biologicamente; (2) ter pelo menos 18 anos de idade; (3) ser trabalhadora do sexo em um dos municípios do estudo; (4) ter trocado sexo por dinheiro pelo menos uma vez nos últimos quatro meses anteriores à realização do estudo; (5) apresentar um cupom válido; (6) não ter participado desta pesquisa anteriormente; (7) não apresentar indício de estar sob influência de drogas ou álcool no momento da participação; (8) aceitar o convite e assinar o TCLE (DAMACENA, et al., 2019). Em cada cidade foram escolhidas, de forma não aleatória, de 5 a 10 participantes iniciais, denominadas “sementes”, com características individuais variadas a fim de captar no estudo a diversidade de MTS (DAMACENA, et al., 2019). Cada semente e depois cada participante recebeu 3 convites para convidar MTS de sua rede de contato (cadeias de recrutamento), e receberam um incentivo primário de R\$ 30,00 por cada participante recrutada que completou os procedimentos da pesquisa. Ao concluir todos os procedimentos da coleta de dados, foram ofertados lanche, um kit de beleza (bolsa, contendo espelho, esmalte, batom, preservativos masculino e feminino e gel lubrificante). A coleta de dados foi realizada em unidades públicas de saúde localizadas nas respectivas cidades. O trabalho de campo foi realizado em unidades de saúde, exceto no Rio de Janeiro e em Belo Horizonte, pois as MTS indicaram outros locais de mais fácil acesso para elas.

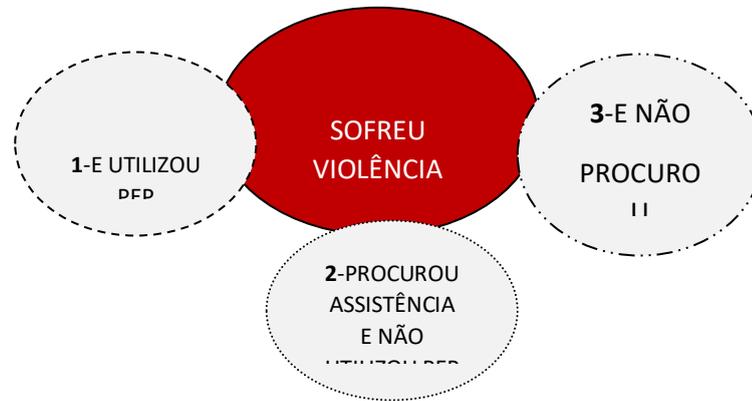
Um entrevistador previamente treinado aplicou o questionário, com auxílio de um tablet, em local reservado para manter a privacidade da participante, com módulos sobre características sociodemográficas e do trabalho como MTS; conhecimento sobre a transmissão do HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST); apoio social e acesso a materiais educativos e preventivos; frequência de testes de HIV, sífilis e hepatites B e C; estado de saúde e assistência à saúde; violência; comportamento sexual com parceiros fixos e clientes; uso de álcool e drogas. Utilizaram-se teste rápido para HIV, sífilis, HBV e HCV, de acordo com recomendações do DCCI (DAMASCENA, et al., 2019).

Variáveis do estudo

A variável desfecho do estudo foi utilizar a PEP após episódio de VS, mensurada através da pergunta: “alguma vez na vida, alguém forçou você fisicamente a ter relações sexuais contra a

sua vontade? E categorizada em três níveis: 1- sofreu VS e utilizou PEP, 2- sofreu VS, procurou assistência e não utilizou PEP, e - sofreu VS e não buscou assistência.

Figura X. Esboço do diagrama com a construção da variável



Outras variáveis incluídas nas análises foram selecionadas a partir da revisão de literatura:

a) sociodemográficas: idade (18- 29, 30-39 e ≥ 40), raça/cor da pele (branca, preta e parda), escolaridade (elementar e fundamental incompletos e ensino médio completo), renda (R\$1,00-500, R\$501-1.000 e $>R\$1.000$), principal local de trabalho (locais fechados e pontos de rua), números de programas em média por dia (até 9, 10 ou mais), discriminação no serviço de saúde por ser trabalhadora do sexo (não, sim); b) prevenção de IST/HIV/aids: conhecimento de PEP (não, sim); participação em palestras sobre IST nos últimos 6 meses (não, sim), realizou teste de HIV antes do estudo (não, sim); c) avaliação de saúde e acesso a serviços de saúde: possuía plano privado de saúde (não, sim); autoavaliação de saúde (regular, ruim e muito ruim, muito boa e boa), revela que é MTS nos serviços de saúde (não, sim), mudança no atendimento nos serviços de saúde quando revela que é MTS (não, sim), sinais de IST (bolhas, feridas e verrugas) nos últimos 12 meses (não, sim), d) apoio social: participação em grupo organizado, movimento social, associação ou ONG em defesa das MTS (não, sim); e) comportamento sexual com parceiros fixos e clientes: número de parceiros fixos nos últimos 6 meses (1 a 3, 4 ou mais), uso de preservativo com parceiro fixo nos últimos 6 meses (sempre, nunca ou as vezes), uso de preservativo com cliente nos últimos 6 meses (não, sim) e f) uso de álcool e outras drogas: sexo sem preservativo por uso de álcool e outras drogas nos últimos 6 meses (não, sim).

A análise dos dados levou em consideração o desenho complexo de amostragem 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).

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?”. A ponderação da amostra foi baseada no inverso da probabilidade de seleção de cada participante, proporcional ao tamanho da rede, e as sementes foram excluídas (DAMASCENA, et al., 2019). 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. Para considerar a dependência das observações, as convidadas de cada recrutadora foram consideradas como um conglomerado (HECKATHORN, 2002).

Realizou-se análise descritiva e bivariada entre utilização de PEP em episódio de VS e os potenciais fatores de associação. Para a análise bivariada e multivariada, a utilização de PEP foi classificada em utilizou e não utilizou em episódio de VS. Considerou-se o valor de $p \leq 0,10$ na análise bivariada para a seleção de variáveis para a análise multivariada com regressão logística. Utilizou-se a rotina de amostras complexas do programa STATA para a análise dos dados.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de ética da Fundação Oswaldo Cruz sob nº 1.338.989.

RESULTADOS

Das 4245 MTS participantes do estudo, 1174 relataram pelo menos um episódio de violência sexual durante toda a vida (26,3%). Sendo a maioria dessas vítimas mulheres com idade abaixo dos 30 anos no ano da pesquisa. Destas, 19,6% afirmaram não ter concluído o ensino médio, 18% se autodeclararam pretas, com baixo nível socioeconômico, resultados que não são diferentes da amostra total do estudo. Das MTS vítimas de VS 8,2% afirmaram conhecer a PEP.

No que se refere ao local de trabalho como profissional do sexo, a maioria informou trabalhar em ponto de rua (13,10%) e 12,29% referiram fazer até três programas por dia. Quanto às variáveis relativas a auto avaliação de saúde e de acesso a serviços de saúde, 14,55% e 11,71% autoavaliaram sua saúde como boa e regular, respectivamente; 1,6% referiram possuir plano privado de saúde e 4,0% relataram sinais de IST. Em relação à percepção da discriminação nos serviços de saúde, 7,3% já se sentiram discriminadas ou foram tratadas pior do que os demais por ser uma TS; 11,4% revelaram ser TS nos serviços de saúde e 15,6% afirmaram que mudou o atendimento dos serviços de saúde quando revelam que são TS. Sobre as variáveis de prevenção de IST, 7,4% compareceu a uma palestra ou recebeu aconselhamento sobre DST, e o relato de teste de HIV alguma vez na vida foi alto, 21,4% (Tabela 1).

No que concerne ao comportamento sexual com parceiros fixos e clientes 23,9% disseram ter tido relação sexual com 1 parceiro fixo do sexo masculino nos últimos seis meses, com relato de nunca utilizar preservativo com este parceiro (19,6%). Nas relações sexuais com clientes 20,9% afirmaram fazer uso preservativo. Um número alto de TS afirmou não ter feito sexo sem preservativo com algum parceiro porque usou álcool ou outras drogas (19,1%). Em relação a ter algum tipo de apoio social, apenas 2,2% eram afiliadas ou participaram de uma ONG em defesa dos direitos do trabalho sexual nos últimos seis meses. O conhecimento de PEP foi referido por apenas 8,1% das MTS (Tabela 1).

Apenas 7,5% afirmaram ter utilizado PEP após episódio de VS, 18,7% procuraram um serviço de saúde após episódio de VS, mas não tiveram acesso à PEP e 73,8% não procuraram assistência em saúde após episódio de VS (Tabela 2).

Na análise bivariada, as seguintes variáveis se associaram positivamente com utilizar a PEP após VS: Revelar ser TS nos serviços de saúde (OR: 1,90; IC: 1,05-3,44); Conhecer previamente a PEP (OR:4,75; IC: 2,89-7,80) e reportar participação em palestras ou receber material educativo sobre IST nos últimos 6 meses que antecederam o estudo (OR: 2,06; IC:1,11-3,81). Houve associação negativa com a seguinte variável e utilização de PEP após VS: número de programas por dia, onde observou-se que quanto maior o número de programas menor a chance de utilizar a PEP (Tabela 3).

Essas variáveis foram levadas para a análise multivariada e permaneceram associadas positivamente com utilização da PEP após VS: revelar ser MTS nos serviços de saúde (OR: 1,80; IC:1,00-3,24) e conhecer a PEP previamente (OR: 3,71; IC:2,12-6,51). O maior número de

programas por dia também permaneceu associado negativamente a utilização de PEP após VS (OR: 0,15; IC: 0,5-0,47) (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Na população geral, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde 2013 (PNS), a prevalência de qualquer violência contra a mulher cometida por pessoas desconhecidas nos últimos 12 meses foi de 2,7% (IBGE, 2015), enquanto que neste estudo foi de 26,3%.

A alta proporção de MTS que relataram pelo menos um episódio de violência sexual durante toda a vida se manteve consistente com outras literatura (PAGE, ET AL., 2013; DEERING, ET AL., 2014; LYONS, ET AL., 2017). Tais experiências são evidenciadas como barreiras para a capacidade das MTS incorporarem comportamentos de redução de risco ao HIV (OLUFUNMILAYO, DAGUNDURO, 2014).

Com relação ao uso da PEP, a proporção de MTS que utilizou após episódio de VS foi extremamente baixa (menos de 10,0%). Mesmo entre aquelas que procuraram assistência (18,7%), embora couma recomendação clara que faz parte do protocolo de atendimento às vítimas de violência sexual do país (BRASIL, 2005). Esse dado sugere uma iniquidade no acesso e uma falha nas políticas de prevenção para a população-chave.

Dados sobre utilização de PEP, particularmente após episódio de violência sexual, no contexto de MTS, encontram-se escassos. A maioria dos estudos estão localizados na África Subsaariana, onde a prevalência do HIV entre MTS varia entre 24 e 72% (FAWOLE, DAGUNDURO, 2014) (WANYENZE, ET AL., 2017).

Estudos de revisão da literatura entre profissionais do sexo na África Subsaariana documentaram uma alta necessidade não atendida de serviços abrangentes de atenção à saúde que incluem tratamento, prevenção e atenção ao HIV (BEYRER, et al., 2014) (MOORE, ET AL., 2014) sendo a PEP muitas vezes inacessível e subutilizada pelas MTS (RESTAR, ET AL., 2017).

Um estudo realizado em Nairobi constatou que embora a PEP tenha sido oferecida gratuitamente às MTS que frequentam as clínicas no local desde 2009, uma apenas pouco mais de 10% das entrevistadas tinham acesso a este serviço (IZULLA, ET AL., 2013).

Um estudo em Uganda, evidenciou o relato de um alto nível de violência contra MTS, que incluiu estupro caso negassem o sexo desprotegido. As MTS temeram procurar ajuda ou não sabiam onde obter apoio. Nele, TS necessitaram utilizar a PEP, mas não sabiam onde e como acessá-la. Para elas, os profissionais de saúde muitas vezes não fornecem informações ou serviços adequados devido a atitudes discriminatórias (WANYENZE, ET AL.,2017).

Em relação às características sociodemográficas, observamos uma maior utilização de PEP após VS entre MTS com idade acima de 40 anos, com maior escolaridade, que relatasse possuir um plano privado de saúde e testagem anterior ao HIV, em TS que relataram uso de preservativo com clientes, que informaram participar de ONG's ou outra entidade em defesa dessa população, assim como entre MTS que possuem como local principal de trabalho os pontos de rua, que relataram sexo sem preservativo por uso de álcool e outras drogas, sinais e sintomas de IST, histórico de discriminação nos serviços de saúde por ser TS e que relataram que o atendimento nos serviços de saúde muda quando revelam ser TS.

Ser preta ou parda diminuem as chances de utilizar PEP após VS, assim como entre mulheres que autoavaliaram a condição de saúde como regular, ruim, e muito ruim, e que afirmaram possuir quatro ou mais parceiros fixos. O que corrobora com achados de Izulla et al. (2013) que avaliaram fatores biológicos e comportamentais em mulheres trabalhadoras do sexo não infectadas que acessam a profilaxia pós-exposição (PEP). O uso do método de prevenção esteve associado à infecção por gonorreia e uso de álcool, com o aumento do uso de preservativos e uma história de testes anteriores de HIV.

A predominância dos pontos de rua como principal local de trabalho das MTS, o baixo nível sócioeconômico e baixa escolaridade condizem com os achados no estudo de Damascena et al. (2011) sobre fatores de risco associados à prevalência do HIV entre mulheres trabalhadoras do sexo em 10 cidades brasileiras realizado em 2009 no país.

Quanto ao maior número de programas por dia, aquelas que têm um volume maior de clientes geralmente possuem renda mensal insuficiente, estão localizadas em pontos de ruas e são mais vulneráveis à violência física, sexual e econômica (ODINOKOVA, ET AL., 2014; ULIBARRI, ET AL., 2014) com maiores dificuldades em acessar os serviços de saúde.

Como mostrado, nossos resultados indicam que MTS que participaram de palestras sobre IST têm mais chances de utilizar a PEP após uma exposição de risco quando comparadas com as

MTS que não participaram destas atividades e não fizeram uso de PEP após violência sexual. Porém, apenas um quarto das entrevistadas relataram participar dessas atividades preventivas.

Além disso, o estudo evidencia que a utilização da PEP após VS é influenciado pela divulgação do status de MTS, o que reforça que quando há um atendimento adequado a prevenção para MTS é viabilizada.

O conhecimento prévio de PEP aumenta a chance de utilização do método. Porém, a proporção de conhecimento de PEP identificada em nossa amostra ainda é muito baixa, algo que tem sido apontado em outros estudos pelo mundo (LIU, ET AL., 2008; COHEN ET AL., 2013; FERNÁNDEZ-BALBUENA, ET AL., 2013; OLSTHOORN ET AL., 2016; RESTAR ET AL., 2017; WANYENZE ET AL. (2017) inclusive em outras populações-chave como pessoas trans no Brasil (GOMES, 2017), HSH na Itália (LIU, ET AL., 2008) e em Nova York (MEHTA, ET AL., 2011).

Um estudo em Nairobi com MTS avaliou o conhecimento, o acesso e a adesão a PEP e demonstrou que TS com maior risco para o HIV tinham menos probabilidade de ter ouvido falar de PEP, ter acesso a PEP, embora estivesse disponível gratuitamente para aquelas que procuravam atendimento. Neste estudo a falta de conhecimento permaneceu como uma grande barreira ao alcance do método de prevenção (OLSTHOORN et al., 2016).

Wanyenze et al. (2017) em um estudo realizado em Uganda identificaram um conhecimento inadequado sobre a disponibilidade de certos métodos de prevenção ao HIV como a PEP.

MTS de Mombasa que participaram do estudo de Restar et al. (2017) apresentaram um baixo conhecimento sobre PEP, embora o desejo de utilizá-la fosse alto. O estudo evidenciou ainda diferenças consideráveis no nível de conhecimento entre profissionais do sexo que já haviam ouvido falar da PEP o que sugeriu no estudo que os esforços anteriores de promoção do PEP podem ter sido insuficientes no território.

No Brasil, a saúde é um direito garantido pela Constituição Federal de 1988, no qual o acesso ao sistema público de saúde foi estabelecido como um direito universal dos cidadãos e uma responsabilidade do Estado. Com o aumento das ações de prevenção ao HIV, decorrentes da evolução da epidemia, e organização dos serviços de saúde no país com fortalecimento da atenção primária à saúde, o acesso desses segmentos aos serviços de saúde tem sido ampliado. Porém, fatores estruturais e programáticos permanecem como barreiras a este acesso.

Segmentos sociais que apresentam o exercício das sexualidades insubmissas, *divergentes* ou *transgressoras* sofrem diferentes formas e níveis de discriminação social que lhes retiram o status de cidadão pleno, condenando-os a uma categoria secundária no ordenamento da sociedade. Dessa maneira, direitos garantidos a outros segmentos lhes são negados, dificultando, freqüentemente, o acesso aos sistemas formais de saúde, educação e proteção social, construídos sob medida para acolher o modelo clássico da família nuclear e patriarcal (BRASIL, 2002).

Somado a isto o país enfrenta desde 2016 ameaças aos direitos humanos e à saúde pública, com restrição de campanhas preventivas e abordagens conservadoras que não dialogam com as bases que fizeram do país um exemplo no enfrentamento da epidemia da aids, onde convivemos com retrocessos importantes (PAIVA, 2018).

Informações de acesso a PEP para a população têm sido escassas devido a redução das matérias e notícias veiculadas pelos meios de comunicação, suspensão de materiais educativos e campanhas censuradas, assim como há uma diminuição das ações preventivas para populações mais vulneráveis ao HIV, assim como a distribuição do preservativo em ambiente escolar e em locais de trabalho (SEFFNER e PARKER, 2016).

Vítimas de VS que não procuram assistência a saúde

Nosso estudo evidenciou um alto número de de MTS vítimas de VS que não procuraram assistência em saúde (73,8%). Uma revisão sistemática conduzida por Muldoon (2015) ressalta que o acesso aos serviços por TS após a violência é muitas vezes complexo devido ao contexto legal vigente (MULDOON, 2015). Alguns países criminalizam apenas alguns aspectos do trabalho sexual, isto é, criminalização parcial. No Brasil a manutenção de bordéis é criminalizada enquanto o trabalho sexual individual não é (DECKER, ET AL., 2015). A prostituição não é considerada crime pela Constituição Federal, exceto se menores de idade estiverem envolvidos (Código Penal Brasileiro, 2014). Porém, MTS brasileiras experimentam constantemente discriminação, atitudes condenatórias, moralistas e punitivas (CHACHAM, ET AL., 2007)

Estudos ressaltam ainda que MTS também estão sujeitas à discriminação relacionada ao HIV, onde procurar serviços, iniciar a TARV ou ser identificado como positivo pode expô-las

como doentes, resultando em perda de clientes e, portanto, renda (CHAKRAPANI, ET AL., 2009) (BEATTIE, ET AL., 2012).

Para Ferraz (2016) o aproveitamento máximo dos benefícios de tecnologias baseadas em ARV no Brasil dependerá da capacidade do país de enfrentar os fatores que condicionam o usufruto dos direitos humanos, como por exemplo, do investimento em ações para superar barreiras que limitam a capacidade de busca dos serviços de saúde e que criam contextos de altíssima vulnerabilidade ao HIV. E, obviamente, dependerá do enfrentamento dos estigmas associados à AIDS e à prostituição.

CONCLUSÃO

A baixa utilização de PEP após violência sexual no Brasil, onde a tecnologia é disponibilizada há quase duas décadas, somado à falta de conhecimento, indicam que os serviços de saúde devem estar melhor qualificados para a atenção às vítimas de violência sexual e sugerem intervenções estruturais que possam superar tais barreiras.

Os resultados deste estudo destacam o imperativo de promover ações que de fato apoiem a prevenção do HIV entre MTS, sendo necessário refletir sobre como melhorar o acolhimento e o cuidado à saúde desse grupo populacional mais vulnerável, onde há dificuldades para apropriação de medidas preventivas, o que viola o direito a prevenção para esta população.

O uso do preservativo muitas vezes não está sob controle das MTS, principalmente nas situações de violência sexual, onde há uma carga ainda maior de riscos relacionados à saúde. Faz-se necessário a implementação de esforços para que a PEP, como última medida para prevenir a infecção pelo HIV, seja acessada.

REFERÊNCIAS

ABRAHAMS N, Jewkes R. Barriers to post exposure prophylaxis (PEP) completion after rape: a South African qualitative study. *Culture Health & Sexuality* 2010; 2(5):471-484.

ADAMY, PE. CASIMIRO, G. BENZAKEN, A. Na Era da prevenção Combinada. Vanessa Leite, Veriano Terto Jr. e Richard Parker (Organizadores). ABIA, 2018

ALVES, Lise; FRASER, Barbara. Health-care inequity a challenge for Brazil's new Government. *Lancet* (London, England), v. 393, n. 10168, p. 213-214, 2019.

ARMISHAW, J. et al. Non-occupational post-exposure prophylaxis in Victoria, Australia: responding to high rates of re-presentation and low rates of follow-up. *International journal of STD & AIDS*, v. 22, n. 12, p. 714-718, 2011.

ARMSTRONG G, Medhi GK, Kermode M, Mahanta J, Goswami P, Paranjape R. Exposure to HIV prevention programmes associated with improved condom use and uptake of HIV testing by female sex workers in Nagaland, Northeast India. *BMC Public Health*, 2013.

AWUNGAFAC, George; DELVAUX, Therese; VUYLSTEKE, Bea. Systematic review of sex work interventions in sub-Saharan Africa: Examining combination prevention approaches. *Tropical Medicine & International Health*, 2017. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tmi.12890>> Acesso em 07 de maio de 2018.

BAPTISTA CJ, Dourado I, de Andrade TM, et al. HIV prevalence, knowledge, attitudes, and practices among polydrug users in Brazil: a biological survey using respondent driven sampling. *AIDS Behav* 2017.

BANGHADESH MINISTRY OF HEALTH, AIDS and STD Control Programme. Directorate General of Health Services, author. Report on the second national expanded HIV surveillance. Dhaka, Bangladesh: 2005. p. 47.

BARAL S, Beyrer C, Muessig K, et al. Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2012; 12:538–49. [PubMed: 22424777]

BAUTISTA CT, Sanchez JL, Montano SM, Laguna-Torres A, Suarez L, Sanchez J, et al. Seroprevalence of and risk factors for HIV-1 infection among female commercial sex workers in South America. *Sex Transm Infect* 2006; 82:311-6.52

BEATTIE, Tara SH et al. Violence against female sex workers in Karnataka state, south India: impact on health, and reductions in violence following an intervention program. *BMC public health*, v. 10, n. 1, p. 476, 2010.

BENN P, Fisher M, Kulasegaram R. Bashh, Group PGWGCE. UK guideline for the use of postexposure prophylaxis for HIV following sexual exposure. *Int J STD AIDS* 2011; 22:695–708.

BEYRER C, Crago AL, Bekker LG, et al. An action agenda for HIV and sex workers.

Lancet (London, England) 2015 Jan 17;385(9964):287–301.

BHATTACHARJEE, Parinita et al. Monitoring HIV prevention programme outcomes among key populations in Kenya: findings from a national survey. PloS one, v. 10, n. 8, p. e0137007, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Profissionais do sexo: documento referencial para ações de prevenção das DST e da aids / Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Relatório de Monitoramento Clínico do HIV. 2016a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/2016/relatorio-de-monitoramento-clinico-dohiv>>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. 166 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Diretrizes para a organização da Rede de Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV - PEP / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais.– Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Prevenção Combinada do HIV/Sumário Executivo/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções

Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/ Aids e das Hepatites Virais. Manual Técnico de Elaboração da Cascata de Cuidado Contínuo do HIV/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico - Aids e DST [Internet] Ano V - nº 1 - 27ª a 53ª - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2016; Ano V - nº 1 - 01ª a 26ª - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2017. Brasília: Ministério da Saúde; 2017e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Relatório de Monitoramento Clínico do HIV. 2017f. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/2017/relatorio-de-monitoramento-clinico-dohiv>>.

_____. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS - 2018. Brasília; 2018a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Relatório de Monitoramento Clínico do HIV. 2018b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/relatorio-de-monitoramento-clinico-do-hiv>

BOCCOLINI CS, Boccolini PdMM, Damacena GN, Ferreira APdS, Szwarcwald CL: Factors associated with perceived discrimination in health services of Brazil: Results of the Brazilian National Health Survey, 2013. *Ciencia & saude coletiva* 2016, 21(2):371-378.

CASTRO Garcia Matteoni, Talita. Fatores Associados a Fonte Usual de Cuidado entre Mulheres Trabalhadoras do Sexo no Brasil/ Talita Castro Garcia Matteoni. Salvador, 2018. Dissertação de Mestrado

CARTER KH, Harry BP, Jeune M, Nicholson D. HIV risk perception, risk behavior, and seroprevalence among female commercial sex workers in Georgetown, Guyana. *Panam Salud Pública*, 1997.

CHACHAM, Alessandra S. et al. Sexual and reproductive health needs of sex workers: two feminist projects in Brazil. *Reproductive health matters*, v. 15, n. 29, p. 108-118, 2007

CHEQUER P. A prevenção da Infecção pelo HIV e as novas tecnologias. *Tempus Actas de Saúde Colet* 2010; 4(2): 113-30.

CHOI, Susanne YP; HOLROYD, Eleanor. The influence of power, poverty and agency in the negotiation of condom use for female sex workers in mainland China. *Culture, Health & Sexuality*, v. 9, n. 5, p. 489-503, 2007.

COHEN SE, Liu AY, Bernstein KT, et al. Preparing for HIV pre-exposure prophylaxis: lessons learned from post-exposure prophylaxis. *Am J Prev Med* 2013;44:S80–5

CÓDIGO PENAL BRASILEIRO. Número 12984. 2014. Retirado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L12984.htm

DA COSTA FERREIRA-JÚNIOR, Orlando et al. Prevalence estimates of HIV, syphilis, hepatitis B and C among female sex workers (FSW) in Brazil, 2016. *Medicine*, v. 97, n. 1S, p. S3-S8, 2018.

DA COSTA FERREIRA-JÚNIOR, Orlando et al. Prevalence estimates of HIV, syphilis, hepatitis B and C among female sex workers (FSW) in Brazil, 2016. *Medicine*, v. 97, n. 1 Suppl, 2018.

DAMACENA GN, Szwarcwald CL, Souza-Jr PRB, Dourado I. Risk factors associated with HIV prevalence among female sex workers in 10 Brazilian cities. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2011; 57(Suppl 3):S144-52.

DAMACENA, Giseli Nogueira. Análise de dados coletados por respondent-driven sampling (RDS): um estudo da prevalência de HIV e fatores associados entre mulheres trabalhadoras do sexo em 10 cidades brasileiras. 2012. Tese de Doutorado.

DAMACENA, Giseli Nogueira et al. Aplicação da metodologia Respondent-Driven Sampling em pesquisa biológica e comportamental com mulheres trabalhadoras do sexo, Brasil, 2016. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 22, p. e190002, 2019.

DAS, Pamela; HORTON, Richard. Bringing sex workers to the centre of the HIV response. *The Lancet*, v. 385, n. 9962, p. 3-4, 2015.

DAY, S. et al. Post-exposure HIV prophylaxis following sexual exposure: a retrospective audit against recent draft BASHH guidance. *Sexually transmitted infections*, v. 82, n. 3, p. 236-237, 2006.

DEERING KN, Bhattacharjee P, Bradley J et al. Condom use within non-commercial partnerships of female sex workers in southern India. *BMC Public Health*. 2011;11(suppl 6):S11.

_____, Amin A, Shoveller J, Nesbitt A, Garcia-Moreno C, Duff P, et al. A systematic review of the correlates of violence against sex workers. *Am J Public Health* 2014; 104:e42-54.

DECKER, MR, McCauley HL, Phuengsamran D, Janyam S, Seage GR, 3rd, Silverman JG. Violence victimisation, sexual risk and sexually transmitted infection symptoms among female sex workers in Thailand. *Sexually transmitted infections*. 2010 Jun;86(3):236-240.

_____, MR, Pearson E, Illangasekare SL, Clark E, Sherman SG. Violence against women in sex work and HIV risk implications differ qualitatively by perpetrator. *BMC Public Health* 2013; 13:876.

_____, Michele R. et al. Gender-based violence against female sex workers in Cameroon: prevalence and associations with sexual HIV risk and access to health services and justice. *Sex Transm Infect*, v. 92, n. 8, p. 599-604, 2016.

DES JARLAIS, Don C. et al. HIV among injecting drug users: current epidemiology, biologic markers, respondent-driven sampling, and supervised-injection facilities. *Current Opinion in HIV and AIDS*, v. 4, n. 4, p. 308, 2009.

DEERING KN, Amin A, Shoveller J, Nesbitt A, Garcia-Moreno C, Duff P, et al. A systematic review of the correlates of violence against sex workers. *Am J Public Health* 2014.

FARLEY, Melissa; BARKAN, Howard. Prostitution, violence, and posttraumatic stress disorder. *Women & health*, v. 27, n. 3, p. 37-49, 1998.

FAWOLE, Olufunmilayo I.; DAGUNDURO, Abosede T. Prevalence and correlates of violence against female sex workers in Abuja, Nigeria. *African health sciences*, v. 14, n. 2, p. 299-313, 2014.

FERNÁNDEZ-BALBUENA, S. et al. Awareness and use of nonoccupational HIV post-exposure prophylaxis among people receiving rapid HIV testing in S pain. *HIV medicine*, v. 14, n. 4, p. 252-257, 2013.

FERRAZ, D.; PAIVA, V. Sexo, direitos humanos e AIDS: uma análise das novas tecnologias de prevenção do HIV no contexto Brasileiro. In: *REV BRAS EPIDEMIOL*

SET 2015; 18 SUPPL 1: 89-103. (p.97)

_____. Prevenção Combinada baseada nos Direitos Humanos: por uma ampliação dos significados da ação no Brasil. *Boletim ABIA nº 61*. Dezembro de 2016.

GAVIGAN K, Ramirez A, Milnor J, Perez-Brumer A, Terto Jr V, Parker R. *Pedagogia da prevenção: Reinventando a prevenção do HIV no século XXI. Perspectiva política* [Internet]. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS; 2015.

Disponível em: http://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/PolicyBrief_portugues_jan2016.pdf

GRANGEIRO, 2016. Da estabilização à reemergência: os desafios para o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS no Brasil. In: *ABIA. Mito vs realidade: sobre a resposta brasileira a epidemia de HIV e AIDS em 2016*. Rio de Janeiro: ABIA; 2016. Disponível em: http://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2016/07/Mito-vs-Realidade_HIV-e-AIDS_BRASIL2016.pdf

_____, A. et al. O efeito dos métodos preventivos na redução do risco de infecção pelo HIV nas relações sexuais e seu potencial impacto em âmbito populacional: uma revisão da literatura. *Rev Bras Epidemiol*. 2015, v. 18, p. 43-62, 2015.

_____, Alexandre et al. Pre-exposure and postexposure prophylaxes and the combination HIV prevention methods (The Combine! Study): protocol for a pragmatic clinical trial at public healthcare clinics in Brazil. *BMJ open*, v. 5, n. 8, p. e009021, 2015.

GOMES, Fabiane Soares. Fatores associados à não-aceitabilidade da PrEP entre travestis e mulheres transexuais na região nordeste do Brasil / Fabiane Soares Gomes. - Salvador, 2017.

GOLDENBERG, Shira M.; DUFF, Putu; KRUSI, Andrea. Work environments and HIV prevention: a qualitative review and meta-synthesis of sex worker narratives. *BMC public health*, v. 15, n. 1, p. 1241, 2015.57

GRASSLY, Nicholas C.; GARNETT, Geoffrey P. The future of the HIV pandemic.

Bulletin of the World Health Organization, v. 83, n. 5, p. 378-382, 2005.

GRINSZTEJN, B. et al. Unveiling of HIV dynamics among transgender women: a respondent-driven sampling study in Rio de Janeiro, Brazil. *Lancet HIV*, v. 4, p. e169-e176, 2017.

GROTZ F, Parker R. O retorno do vírus ideológico. *Boletim ABIA* [Internet]. 2015; 60:19–21. Disponível em: http://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2015/06/BOLETIM_ABIA_60_site1.pdf

GUIMARÃES, Mark Drew Crosland et al. Mortalidade por HIV/Aids no Brasil, 2000-2015: motivos para preocupação?. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 20, p. 182-190, 2017.

HECKATHORN DD. Respondent-driven sampling: a new approach to the study of hidden populations. *Soc Probl*. 1997; 44:174-99.

____DD, Semaan S, Broadhead RS, Hughes JJ. Extensions of respondent-driven sampling: a new approach to the study of injection drug users aged 18-25. *AIDS and Behavior*. 2002; 6:55–67.

HALLALI, Ronaldo Campos et al. Estratégias de prevenção da transmissão do HIV para casais sorodiscordantes. *REV BRAS EPIDEMIOL*, v. 18,.1,p. 169-182,2015.

IRYNA, et al, 2011. Australian Gay Men Who Have Taken Nonoccupational Postexposure Prophylaxis for HIV Are in Need of Effective HIV Prevention Methods. *J Acquir Immune Defic Syndr* Volume 58, Number 4, December 1, 2011.

Izulla P, McKinnon LR, Munyao J et al. HIV postexposure prophylaxis in an urban population of female sex workers in Nairobi. Kenya. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2013; 62: 220–225.

JHA, Prabhat et al. Reducing HIV transmission in developing countries. 2001.

KAHN, James O. et al. Feasibility of postexposure prophylaxis (PEP) against human immunodeficiency virus infection after sexual or injection drug use exposure: the San Francisco PEP Study. *The Journal of infectious diseases*, v. 183, n. 5, p. 707-714, 2001.

KERR, Ligia et al. HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil: results of the 2nd national survey using respondent-driven sampling. *Medicine*, v. 97, n. 1 Suppl, 2018.

KERRIGAN, Deanna et al. A community empowerment approach to the HIV response among sex workers: effectiveness, challenges, and considerations for implementation and scale-up. *The Lancet*, v. 385, n. 9963, p. 172-185, 2015.

KÖRNER H, Hendry O, Kippax S. Safe sex after postexposure prophylaxis for HIV: intentions, challenges and ambivalences in narratives of gay men. *AIDS Care* 2006; 18(8): 879-87.

KUHAR DT, Henderson DK, Struble KA, Heneine W, Thomas V, Cheever LW, et al. Updated US Public Health Service guidelines for the management of occupational exposures to human immunodeficiency virus and recommendations for postexposure prophylaxis. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2013; 34:875–892.

LAU JT, Tsui HY, Siah PC et al. A study on female sex workers in southern China (Shenzhen): HIV-related knowledge, condom use and STD history. *AIDS Care*. 2002;14:219-233.

LI, Yan et al. Prevalence of HIV and STIs and associated risk factors among female sex workers in Guangdong Province, China. *Journal of acquired immune deficiency syndromes* (1999), v. 53, n. Suppl 1, p. S48-53, 2010.

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

LIMA, Francisca Sueli da Silva et al. Fatores associados à violência contra mulheres profissionais do sexo de dez cidades brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, p. e00157815, 2017.

LIN, S. Y. et al. Awareness and use of nonoccupational post-exposure prophylaxis among men who have sex with men in Vancouver, Canada. *HIV medicine*, v. 17, n. 9, p. 662-673, 2016.

LUNDING, Suzanne et al. The Danish PEP registry: experience with the use of postexposure prophylaxis (PEP) following sexual exposure to HIV from 1998 to 2006. *Sexually transmitted diseases*, v. 37, n. 1, p. 49-52, 2010.

LYONS, Carrie E. et al. Physical and sexual violence affecting female sex workers in Abidjan, Côte d'Ivoire: Prevalence, and the relationship with the work environment, HIV and access to health services. *Journal of acquired immune deficiency syndromes* (1999), v. 75, n. 1, p. 9, 2017.

MAKSUD, Ivia; FERNANDES, Nilo Martinez; FILGUEIRAS, Sandra Lucia. Technologies for HIV prevention and care: challenges for health services. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 18, p. 104-119, 2015.

MALTA, Monica et al. HIV prevalence among female sex workers, drug users and men who have sex with men in Brazil: a systematic review and meta-analysis. *BMC public health*, v. 10, n. 1, p. 317, 2010.

MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e Aids. In: Parker R, organizador. A Aids no mundo. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1993. p. 276-300.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Coordenação Nacional de DST e Aids (Brasil). Avaliação da efetividade das ações de prevenção dirigidas às trabalhadoras do sexo, em três regiões brasileiras. Coleção DST/aids – Série Estudos, Pesquisas e Avaliação no 7. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

MINAS B, Laing S, Jordan H, et al. Improved awareness and appropriate use of non-occupational post-exposure prophylaxis (nPEP) for HIV prevention following a multi-modal communication strategy. BMC Public Health 2012;12:906.

NEMOTO, T.; OPERARIO, D.; KEATLEY, J. A. et al. HIV Risk Behaviors Among Male-to-Female Transgender Persons of Color in San Francisco. Am J Public Health. 2004 July; 94(7): 1193–1199.

NOSYK, B.; MONTANER, J. S. G.; COLLEY, G.; LIMA, V. D.; CHAN, K.; HEATH, K. The cascade of HIV care in British Columbia, Canada, 1996-2011: a population-based retrospective cohort study. Lancet Infect. Dis., [S.l.], v. 14, n. 1, p. 40-9, jan. 2014.

OLSTHOORN, Alisha V. et al. Barriers to the uptake of postexposure prophylaxis among Nairobi-based female sex workers. Aids, v. 30, n. 1, p. 99-103, 2016.

PAIVA, V. Dimensões Sociais e Políticas da Prevenção. Vanessa Leite, Veriano Terto Jr. e Richard Parker (Organizadores). ABIA, 2018

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). HIV Continuum of Care Monitoring Framework, Addendum to meeting report: Regional consultation on HIV epidemiologic information in Latin America and the Caribbean. Washington: PAHO, 2014. Disponível em:

<http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=25746&Itemid>.

PANDO, María A. et al. Violence as a barrier for HIV prevention among female sex workers in Argentina. PloS one, v. 8, n. 1, p. e54147, 2013.

PENHA JCD, Cavalcanti SDC, Carvalho SBD, Aquino PDS, Galiza DDFD, Pinheiro AKB. Caracterização da violência física sofrida por prostitutas do interior piauiense. Rev Bras Enferm 2012.

PLUMMER, Francis A. et al. The importance of core groups in the epidemiology and control of HIV-1 infection. Aids, v. 5, p. S169-76, 1991.

POYNTEN IM, Jin F, Limin M, et al. Nonoccupational postexposure prophylaxis, subsequent risk behaviour and HIV incidence in a cohort of Australian homosexual men. AIDS 2009;23:1119–26.

RAMOS CRA, Medici VPG. Puccia MIR. Mulheres vitimadas sexualmente perfil sociodemográfico e análise do atendimento em um centro de referência. *Rev Inst Ciênc Saúde* 2009; 27(1):22-27.

RESTAR, Arjee J. et al. Perspectives on HIV Pre-and Post-Exposure Prophylaxes (PrEP and PEP) Among Female and Male Sex Workers in Mombasa, Kenya: Implications for Integrating Biomedical Prevention into Sexual Health Services. *AIDS Education and Prevention*, v. 29, n. 2, p. 141-153, 2017.

SHAHMANESH M, Patel V, Mabey D, Cowan F. Effectiveness of interventions for the prevention of HIV and other sexually transmitted infections in female sex workers in resource poor setting: a systematic review. *Trop Med Int Health*. 2008; 13:659–79. [PubMed: 18266784]

SCHECHTER M, do Lago RF, Mendelsohn AB, et al. Behavioral impact, acceptability, and HIV incidence among homosexual men with access to postexposure chemoprophylaxis for HIV. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004;35:519–25.

SHANNON K, Strathdee SA, Shoveller J, K Gobson, Kerr T, Tyndall MW (2009) Structural and environmental barriers to the negotiation of condom use with clients among women in sexual survival work: Implications for HIV prevention and policy. *Am J Public Health* 99 (4): 659-665. pmid: 19197086.

_____. Kate et al. Prevalence and structural correlates of gender based violence among a prospective cohort of female sex workers. *Bmj*, v. 339, p. b2939, 2009.

_____, Kate et al. Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. *The Lancet*, v. 385, n. 9962, p. 55-71, 2015.61

SMITH DK, Grohskopf LA, Black RJ, Auerbach JD, Veronese F, Struble KA, et al. Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States: recommendations from the U.S. Department of Health and Human Services. *MMWR Recomm Rep* 2005; 54:1– 20.

SPIRE, Bruno; ZOYSA, Isabelle; HIMMICH, Hakima. HIV prevention: What have we learned from community experiences in concentrated epidemics?. *Journal of the International AIDS Society*, v. 11, n. 1, p. 5, 2008.

ŠTULHOFER, Aleksandar et al. HIV risks and HIV prevention among female sex workers in two largest urban settings in Croatia, 2008–2014. *AIDS care*, v. 27, n. 6, p. 767-771, 2015.

SUPLEMENTO III. Consenso 2008. Depto.DST/Aids/HV-SVS-MS.

SZWARCWALD CL, Bastos FI, Gravato N, Lacerda R, Chequer PN, Castilho EA, et al. The relationship of illicit drug use to use to HIV infection among commercial sex workers in the city of Santos, São Paulo, Brazil. *Int J Drug Policy* 1998;9:427-436.

_____. Souza PRB Jr. Estimativa da prevalência de HIV na população brasileira de 15 a 49 anos, 2004. *Bol Epidemiol AIDS* . 2006; 1: 11-15.

_____. Souza-Jr PRB, Damacena GN, Barbosa-Jr A, Kendall C.

Analysis of data collected by RDS among sex workers in 10 Brazilian cities, 2009: estimation of the prevalence of HIV, variance, and design effect. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2011; 57(suppl 3):S129–S135.

_____. C. L. et al. Estimation of the HIV incidence and of the number of people living with HIV/AIDS in Brasil, 2012. *Journal of AIDS and Clinical Research*, v. 6, n. 3, 2015.

_____. CL, Estudo Nacional de RDS sobre Conhecimento, Atitudes e Práticas e Prevalência de Hiv, Sífilis, Hepatite B e C entre Mulheres Profissionais do Sexo. Brasil, 2016.

TARANTOLA D: Global justice and Human Rights in practice. *Global Justice: Theory Practice Rhetoric* 2007, 1:11-26.

THE LANCET (Org.). HIV and Sex Workers, July, 2014. Disponível em: < <http://www.thelancet.com/series/HIV-and-sex-workers>>.

UNAIDS. Combination HIV Prevention: tailoring and coordinating biomedical, behavioural and structural strategies to reduce new HIV infections, UNAIDS, 2010.

_____. UNAIDS. Prevention Gap Report. 2016.62

VALERA RJ, SAWYER RG, SCHIRALDI GR. Perceived health needs of inner-city street prostitutes: A preliminary study. *American Journal of Health Behavior*. 2001

VILLELA, Wilza Vieira; MONTEIRO, Simone. Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/aids entre mulheres. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 24, p. 531-540, 2015.

Wang C Hawes SE Gaye Aet al. HIV prevalence, previous HIV testing, and condom use with clients and regular partners among Senegalese commercial sex workers. *Sex Transm Infect* . 2007;837:534–540.

WANYENZE, Rhoda K. 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 international health and human rights*, v. 17, n. 1, p. 11, 2017.

WOLFFENBÜTTEL, K. A contribuição dos CTA na oferta da prevenção combinada: limites e possibilidades. Vanessa Leite, Veriano Terto Jr. e Richard Parker (Organizadores). ABIA, 2018

YADAV, Geeta et al. Associations of sexual risk taking among Kenyan female sex workers after enrollment in an HIV-1 prevention trial. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, v. 38, n. 3, p. 329-334, 2005.

XIMENES Neto FRG, Oliveira JDS, Rocha J. Violência sofrida pelas profissionais do sexo durante seu trabalho e as atitudes tomadas após serem vitimadas. *REME Rev Min Enferm* 2007; 11:248-53. 7.

Figura 4. Estados e as 12 cidades onde o inquérito foi realizado com respectivos tamanhos de amostra. Brasil, 2016.

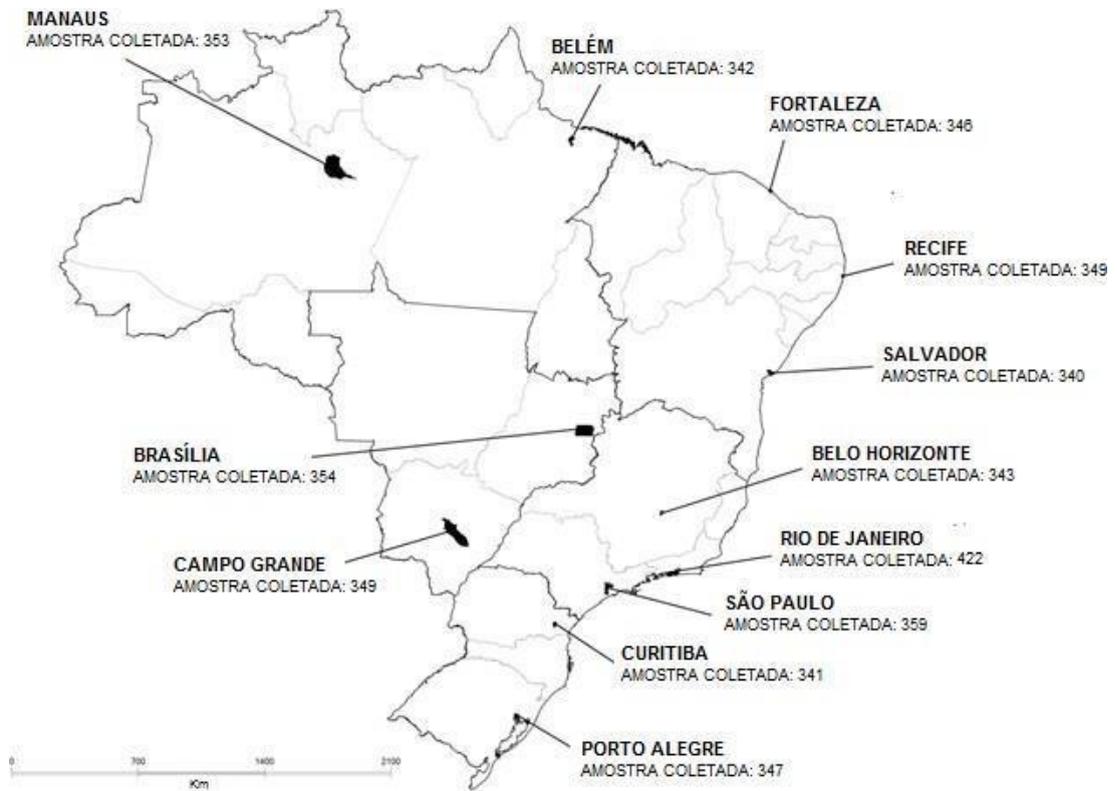


Tabela 1. Características sociodemográficas, de prevenção de HIV/IST e de serviços de saúde de MTS de 12 cidades brasileiras, com histórico de episódio de violência sexual, 2016

Variáveis	n ¹	n ¹	% ¹	IC 95%
Sociodemográficas				
Idade	18-29	505	12,09	10,88-13,41
	30-39	349	7,15	6,25-8,17
	≥40	345	7,06	6,14-8,11
Raça/Cor	Branca	245	5,20	4,43-6,11
	Preta	286	6,00	5,16-6,98
	Parda	606	13,60	12,34-14,96
	Amarela e Indígena	62	1,49	1,07-2,05
Escolaridade	Elementar incompleto (1 a 3 anos de instrução)	195	4,33	3,59-5,22
	Elementar completo e fundamental incompleto	411	9,21	8,15-10,41
	Fundamental completo e ensino médio incompleto	299	6,01	5,21-6,93
	Ensino médio completo	216	5,18	4,38-6,12
	Ensino superior	71	1,49	1,11-2,00
Renda	De R\$ 1,00 até R\$ 500,00	327	8,01	7,01-9,13
	De R\$ 501,00 até R\$ 1.000,00	332	7,34	6,37-8,44
	Acima de R\$ 1.000,00	516	11,45	10,29-12,73
Contextuais de trabalho				
Local principal de trabalho	Boates/Bares	216	4,43	3,75-5,23
	Hotéis/motéis	185	4,27	3,53-5,16
	Casas de prostituição/bordeis	84	1,96	1,47-2,59
	Pontos de rua	605	13,10	11,88-14,44
	Outros	109	2,53	2,00-3,20
Número de programas por dia (em média)	Até 3	546	12,29	11,11-13,58
	4 a 9	511	11,09	9,93-12,35
	10 ou mais	137	2,93	2,30-3,71
Serviços de Saúde				
Auto avaliação de saúde	Muito boa ou boa	643	14,55	13,23-15,96
	Regular, ruim e muito ruim	551	11,71	10,54-12,99
Possui plano privado de saúde	Não	1103	24,57	22,95-26,28
	Sim	86	1,60	1,22-2,10
Revela que é MTS nos serviços de saúde	Não	638	14,96	13,63-16,39
	Sim	555	11,44	10,27-12,72
Conhece PEP	Não	803	18,22	16,77-19,77
	Sim	387	8,18	7,20-9,28
Histórico de discriminação				

Discriminação no serviço de saúde por ser TS	Não	833	18,81	17,34-20,38
	Sim	352	7,39	6,47- 8,43
Muda o atendimento dos serviços de saúde quando revela que é MTS	Não muda	304	12,75	11,04-14,67
	Sim, bastante	356	15,68	13,74-17,83
Relacionadas a IST e HIV/Aids				
Realizou teste de HIV anterior	Não	204	4,89	4,12-5,79
	Sim	993	21,4	19,87-23,02
Sinais de IST (feridas, bolhas e verrugas) nos últimos 12 meses	Não	1012	22,19	20,64-23,82
	Sim	183	4,02	3,31-4,87
Apoio Social e Acesso a Material Educativo e Preventivo				
Participou de palestras	Não	829	18,89	17,43- 20,45
	Sim	366	7,46	6,52-8,53
Participação em grupo movimento social, associação ou ONG em defesa das MTS	Não	1062	24,11	22,50- 25,80
	Sim	128	2,22	1,74-2,83
Comportamento sexual com parceiros fixos e clientes				
Número de parceiros fixos nos últimos 6 meses	1 a 3	643	23,94	21,87-26,15
	4 ou mais	85	3,48	2,66-4,55
Uso de preservativo com parceiro fixo nos últimos 6 Meses	Sempre	206	8,00	6,71-9,52
	Nunca ou Às vezes	522	19,60	17,70-21,65
Uso de preservativo com cliente nos últimos 6 meses	Não	218	5,20	4,39-6,14
	Sim	941	20,89	19,36-22-52
Uso de Álcool e Outras Drogas				
Sexo sem preservativo por uso de álcool e outras drogas nos últimos 6 meses	Não	507	19,11	17,19-21,20
	Sim	274	10,81	9,316-12,52

Tabela 2. Utilização de PEP após violência sexual entre mulheres trabalhadoras do sexo de 12 cidades brasileiras, 2016.

Variáveis	n¹	%¹	IC 95%
Utilizou a PEP em situação de violência sexual			
Sofreu violência sexual e utilizou PEP	81	7,5	5,70-9,87
Sofreu violência sexual, procurou assistência e não utilizou PEP	206	18,7	15,90-21,90
Sofreu violência sexual e não buscou assistência	887	73,8	70,29-76,95

¹ Ponderado

Tabela 3. Análise bivariada de fatores associados a utilização de PEP após episódio de violência sexual entre mulheres trabalhadoras do sexo de 12 cidades brasileiras, 2016.

	Utilização de PEP após episódio de violência sexual			
	%USO	OR ¹	IC 95%	valor de p
Sociodemográficas				
Idade				
18-39	7,44	1,00	-	-
40+	7,73	1,04	0,50-2,13	0,910
Raça/Cor da pele				
Branca	8,69	1,00	-	-
Preta e Parda	7,38	0,83	0,43-1,61	0,596
Escolaridade				
Elementar e fundamental incompletos	6,61	1,00	-	-
Ensino médio completo	8,44	1,30	0,70-2,39	0,397
Renda				
Acima de R\$1000,00	7,46	1,00	-	-
De R\$1,00 a R\$1000,00	7,48	1,00	0,55-1,82	0,990
Contextuais de trabalho				
Local principal de trabalho				
Locais Fechados	7,26	1,00	-	-
Pontos de rua	7,78	1,0	0,59-1,96	0,805
Número de programas por dia (em média)				
Até 9	8,07	1,00	-	-
10 ou mais	1,63	0,18	0,65-0,54	0,002
Serviços de saúde				
Auto avaliação de saúde				
Muito boa e boa	8,74	1,00	-	-
Regular, ruim e muito ruim	5,88	0,65	0,34-1,24	0,194
Possui plano privado de saúde				
Não	7,29	1,00	-	-
Sim	12,25	1,77	0,76-4,09	0,178
Revela ser MTS nos serviços de saúde				
Não	5,58	1,00	-	-
Sim	10,13	1,90	1,05-3,44	0,032
Conhece PEP				
Não	3,37	1,00	-	-
Sim	14,22	4,75	2,89-7,80	0,0001
Histórico de discriminação				
Discriminação no serviço de saúde por ser TS				
Não	7,10	1,00	-	-
Sim	8,89	1,27	0,67-2,42	0,456
Muda o atendimento dos serviços de saúde quando revela que é MTS				
Não muda	7,97	1,00	-	-
Sim, bastante	11,07	1,43	0,62-3,28	0,389
Relacionadas de IST e HIV/aids				
Realizou teste de HIV alguma vez na vida				

Não	4,90	1,00	-	-
Sinais de IST (feridas, bolhas e verrugas) nos últimos 12 meses				
Não	6,83	1,00	-	-
Sim	10,07	1,52	0,70-3,32	0,286
Apoio Social e Acesso a Material Educativo e Preventivo				
Participou de palestras e/ou recebeu material educativo sobre IST nos últimos 6 meses				
Não	5,93	1,00	-	-
Sim	11,52	2,06	1,11-3,81	0,021
Participação em grupo organizado, movimento social, associação ou ONG em defesa das MTS				
Não	7,43	1,00	-	-
Sim	9,15	1,25	0,53-2,95	0,602
Comportamento sexual com parceiros fixos e clientes				
Número de parceiros fixos nos últimos 6 Meses				
1 a 3	7,70	1,00	-	-
4 ou mais	6,73	0,86	0,23-3,15	0,825
Uso de preservativo com parceiro fixo nos últimos 6 meses				
Sempre	7,54	1,00	-	-
Nunca ou as vezes	7,56	1,00	0,44-2,27	0,997
Uso de preservativo com cliente nos últimos 6 meses				
Não	5,03	1,00	-	-
Sim	8,16	1,67	0,73-3,83	0,221
Uso de Álcool e Outras Drogas				
Sexo sem preservativo por uso de álcool e outras drogas nos últimos 6 meses				
Não	6,69	1,00	-	-
Sim	8,44	1,28	0,58-2,85	0,534

¹Ponderado

Tabela 4. Análise multivariada de fatores associados a utilização de PEP após violência sexual entre mulheres trabalhadoras do sexo de 12 cidades brasileiras, 2016

Variáveis	Utilização de PEP após episódio de violência sexual			
	OR ¹	IC 95%	OR ²	IC 95%
Contextuais de trabalho				
Número de programas por dia (em média)				
Até 9	1,00	–		–
10 ou mais	0,18	0,65-0,54	0,15	0,5-0,47
Serviços de saúde				
Revela ser MTS nos serviços de saúde				
Não	1,00	–		–
Sim	1,90	1,05-3,44	1,80	1,00-3,24
Prevenção de IST e HIV/Aids				
Conhece PEP				
Não	1,00	–		–
Sim	4,75	2,89-7,80	3,71	2,12-6,51

¹Ponderado

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

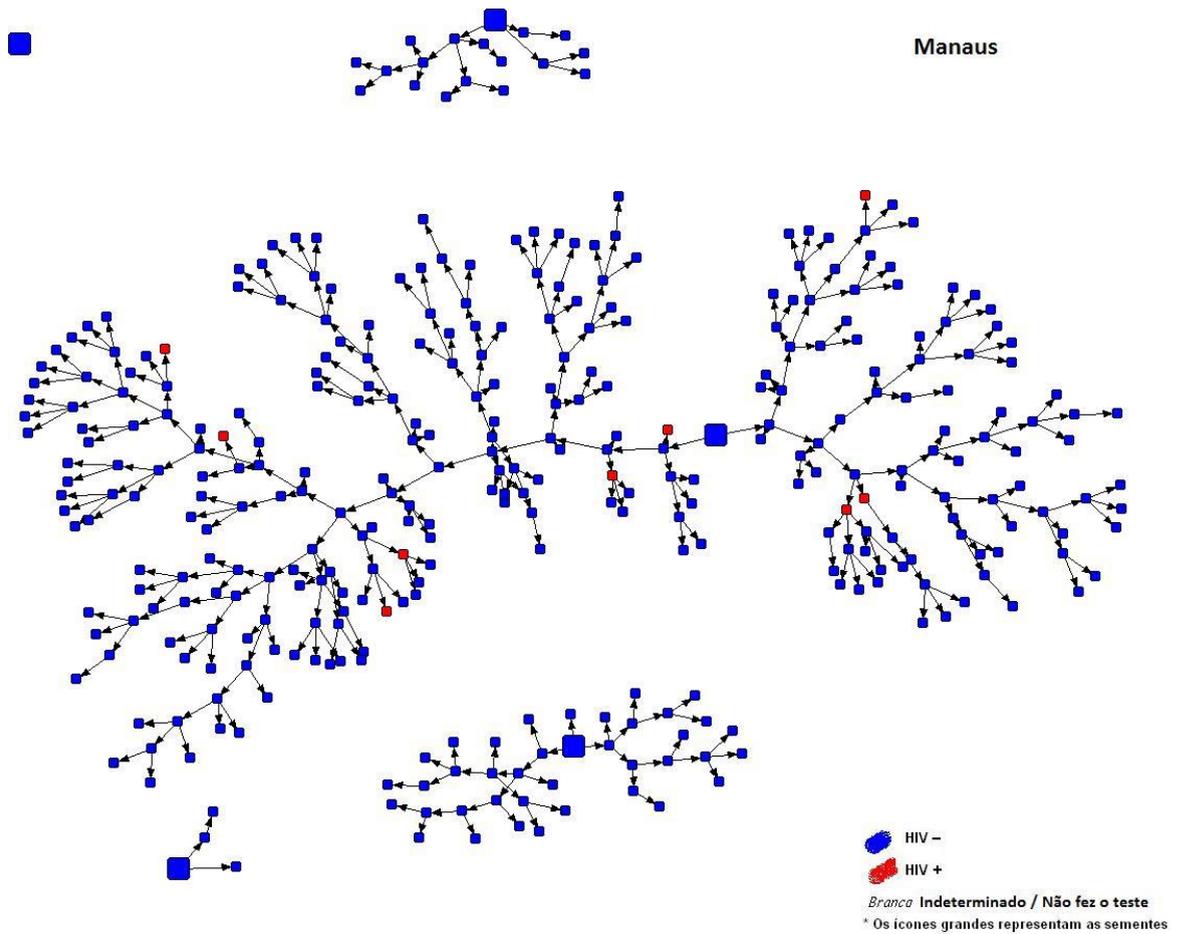


Figura 6. Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Belém segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016

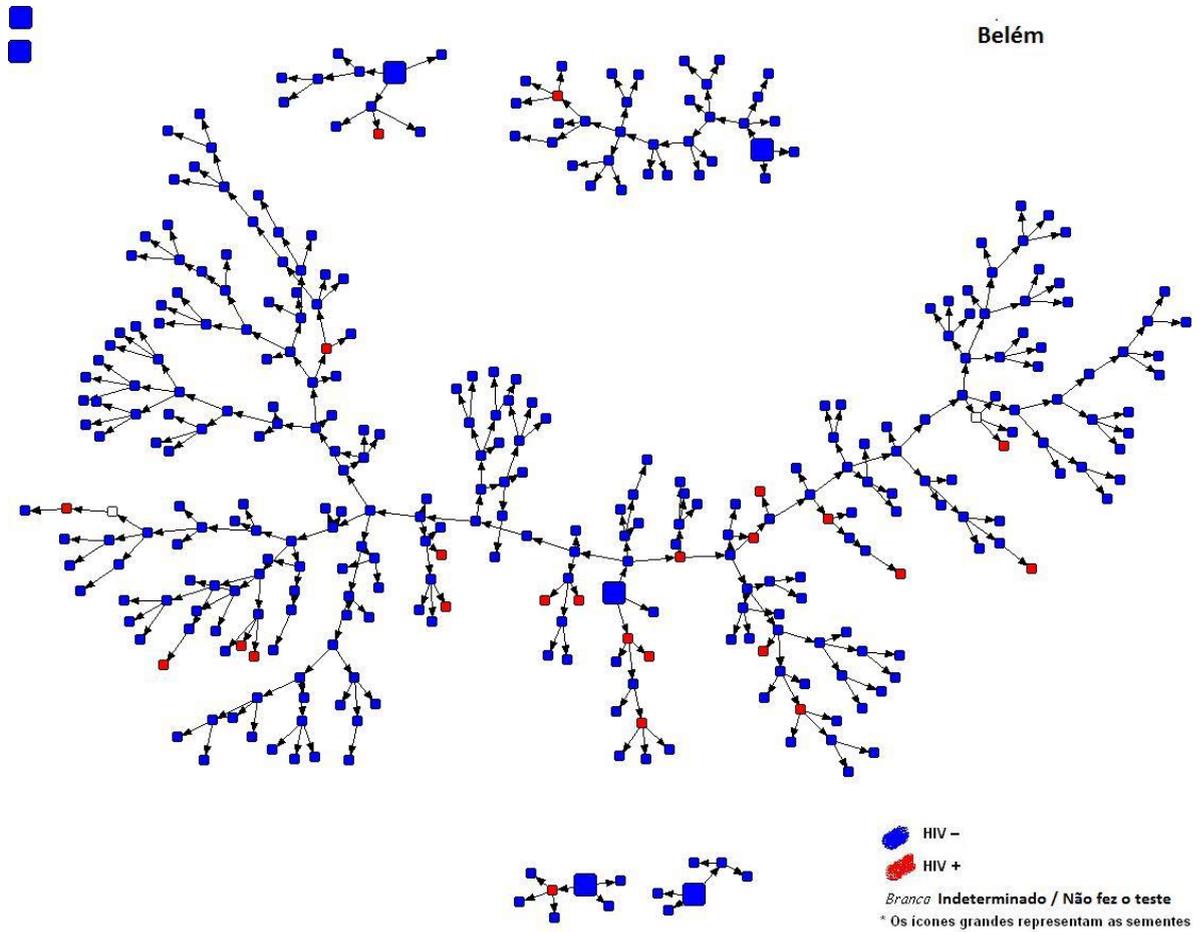


Figura 7. Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Fortaleza segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016

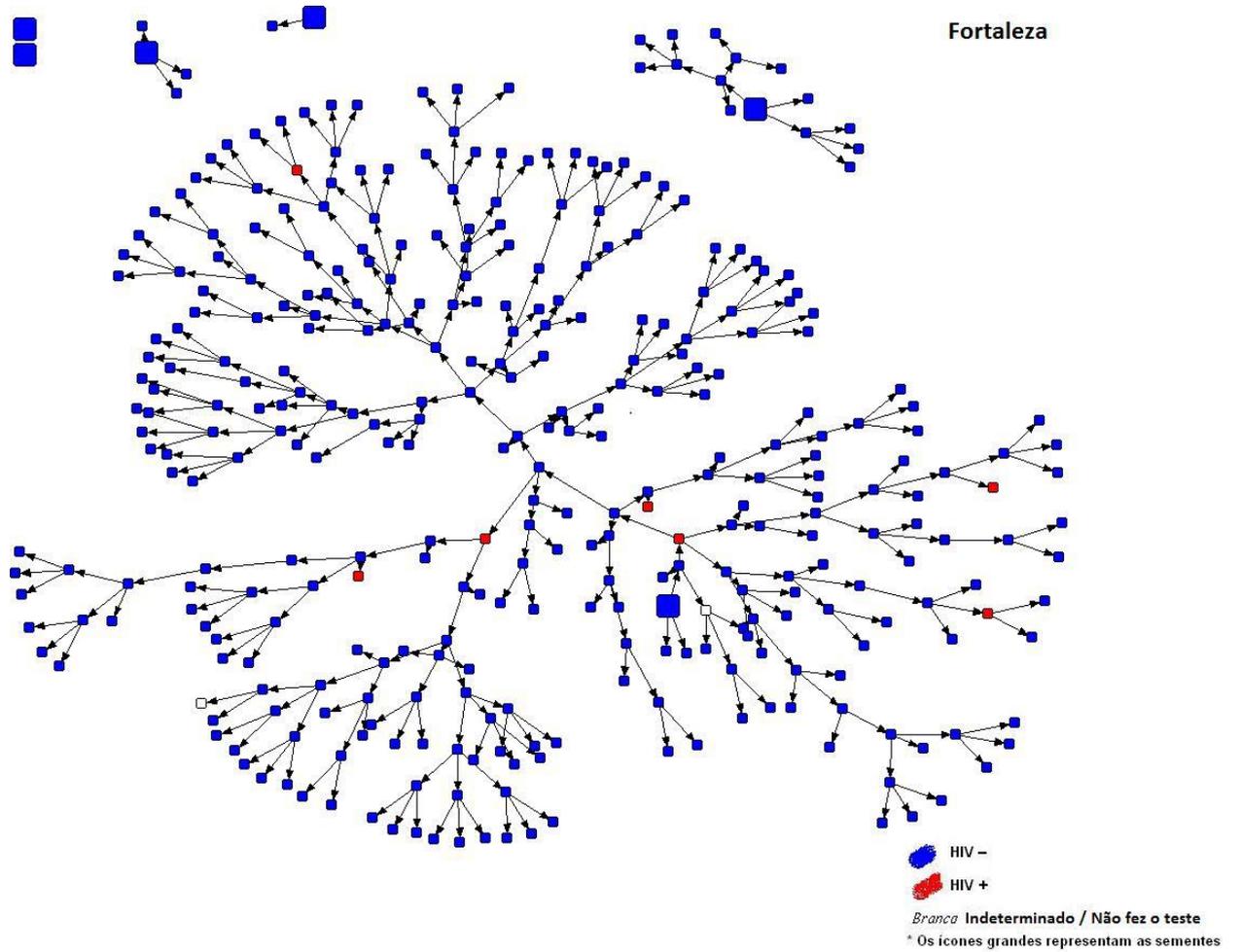


Figura 8. Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Recife segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016

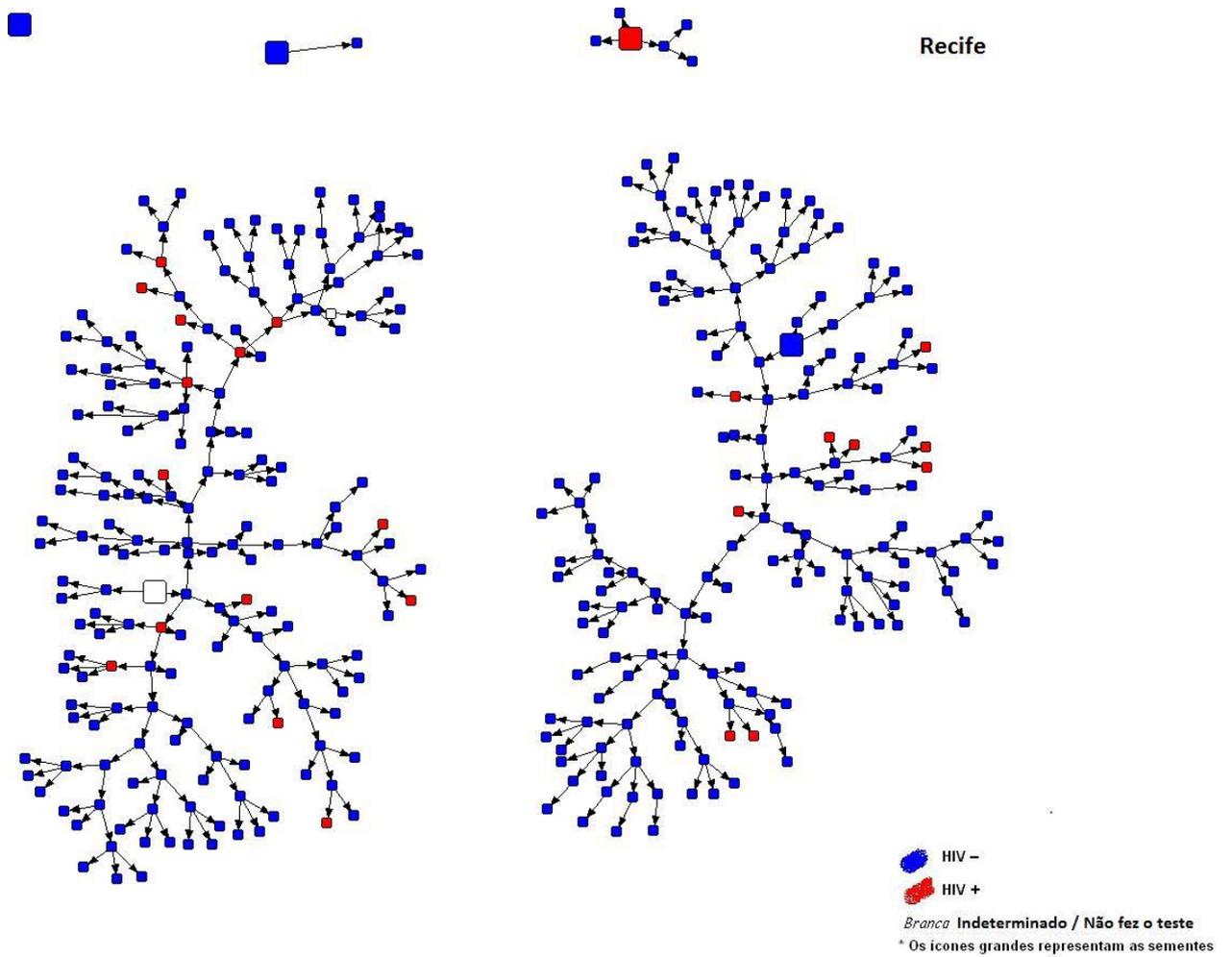


Figura 9. Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Salvador segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016

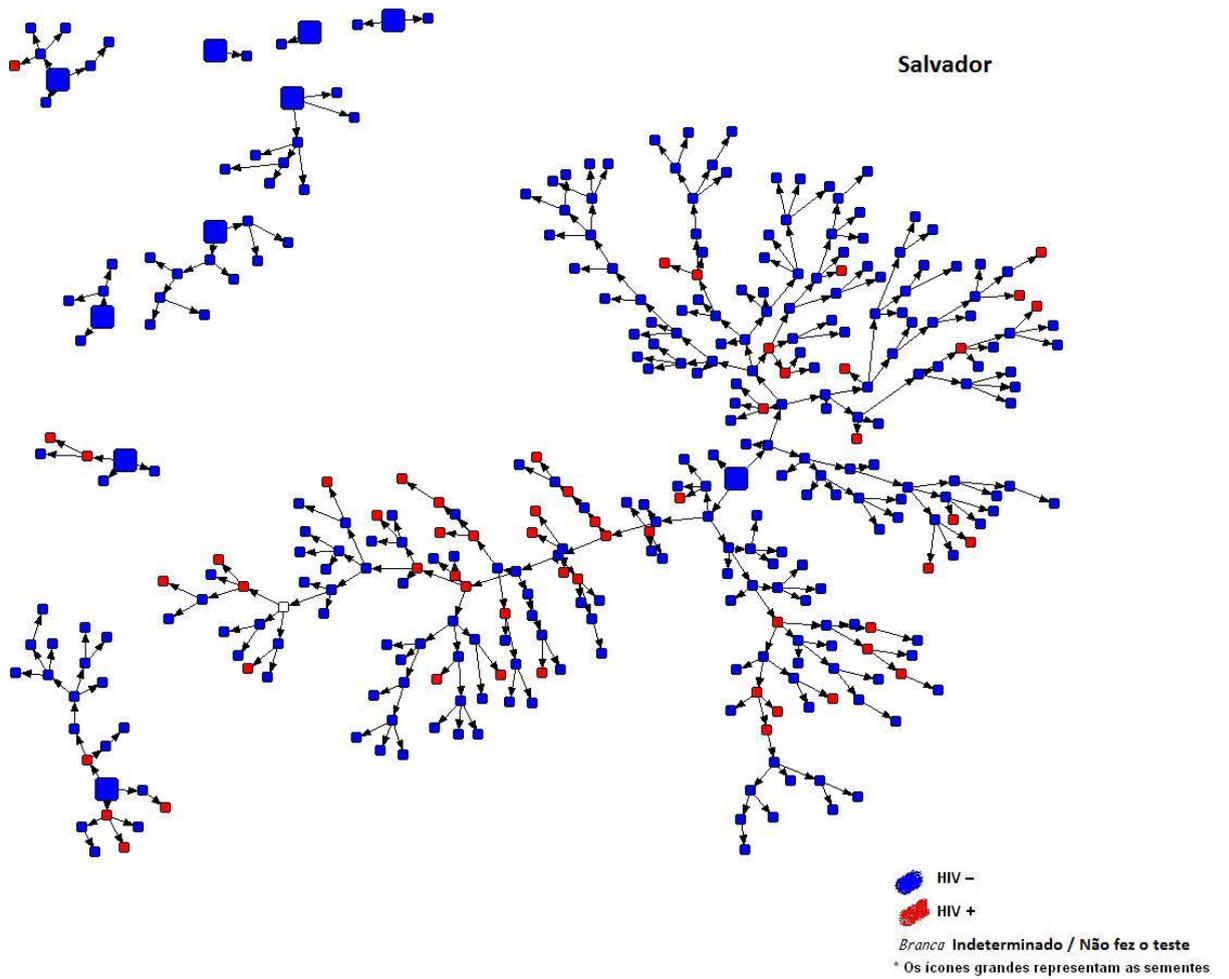


Figura 10. Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Belo Horizonte segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016

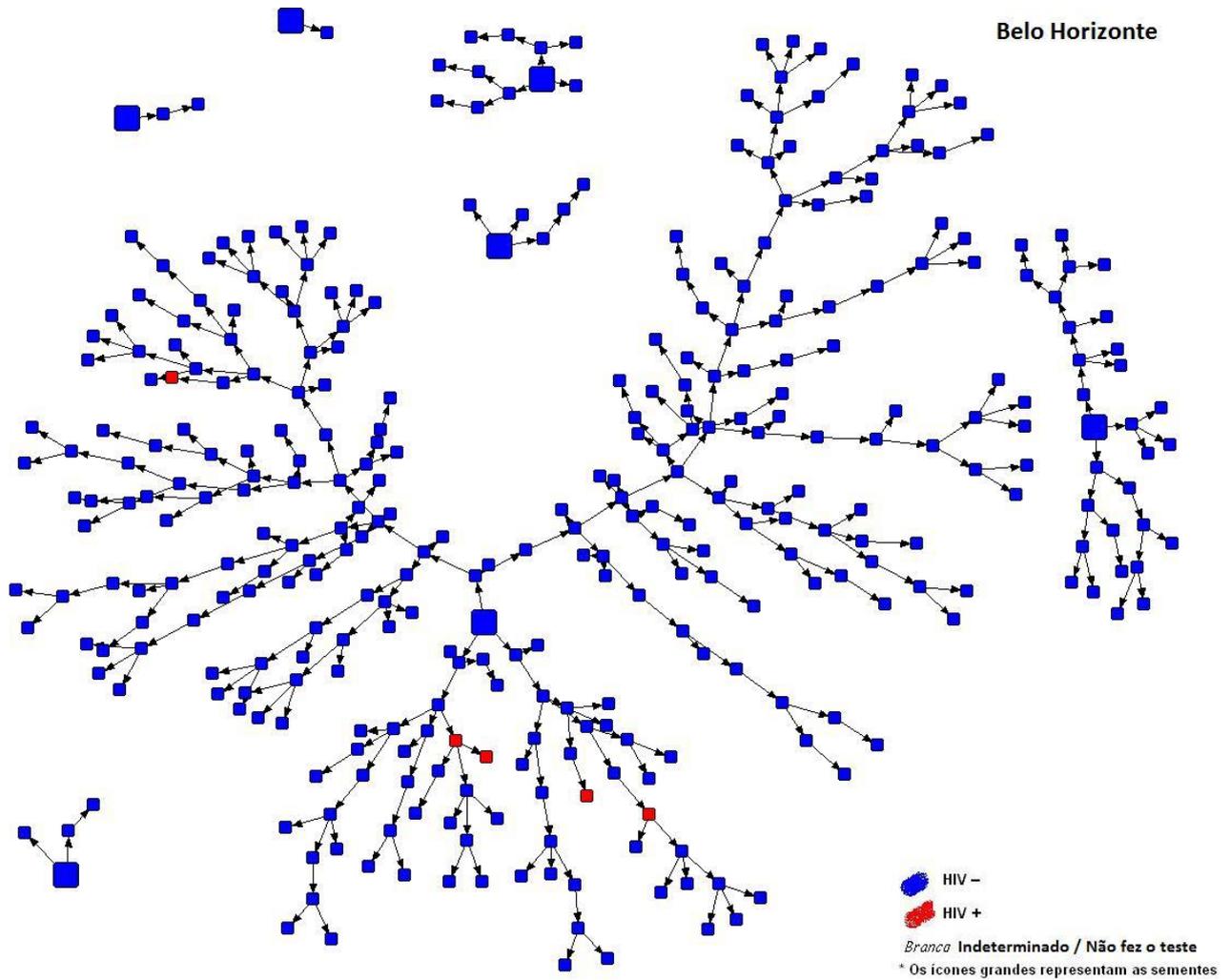


Figura 11. Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Rio de Janeiro segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016

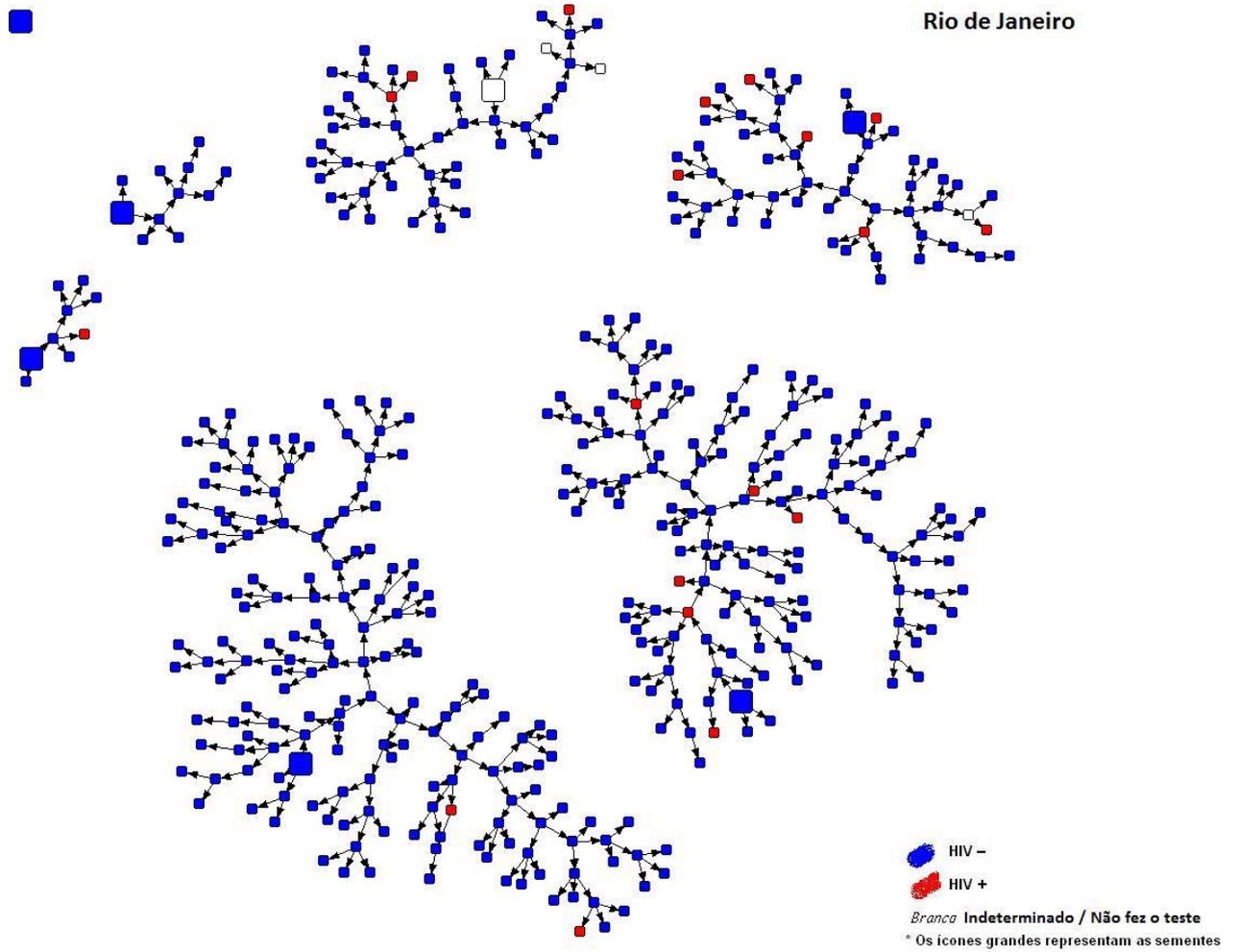


Figura 12. Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em São Paulo segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016

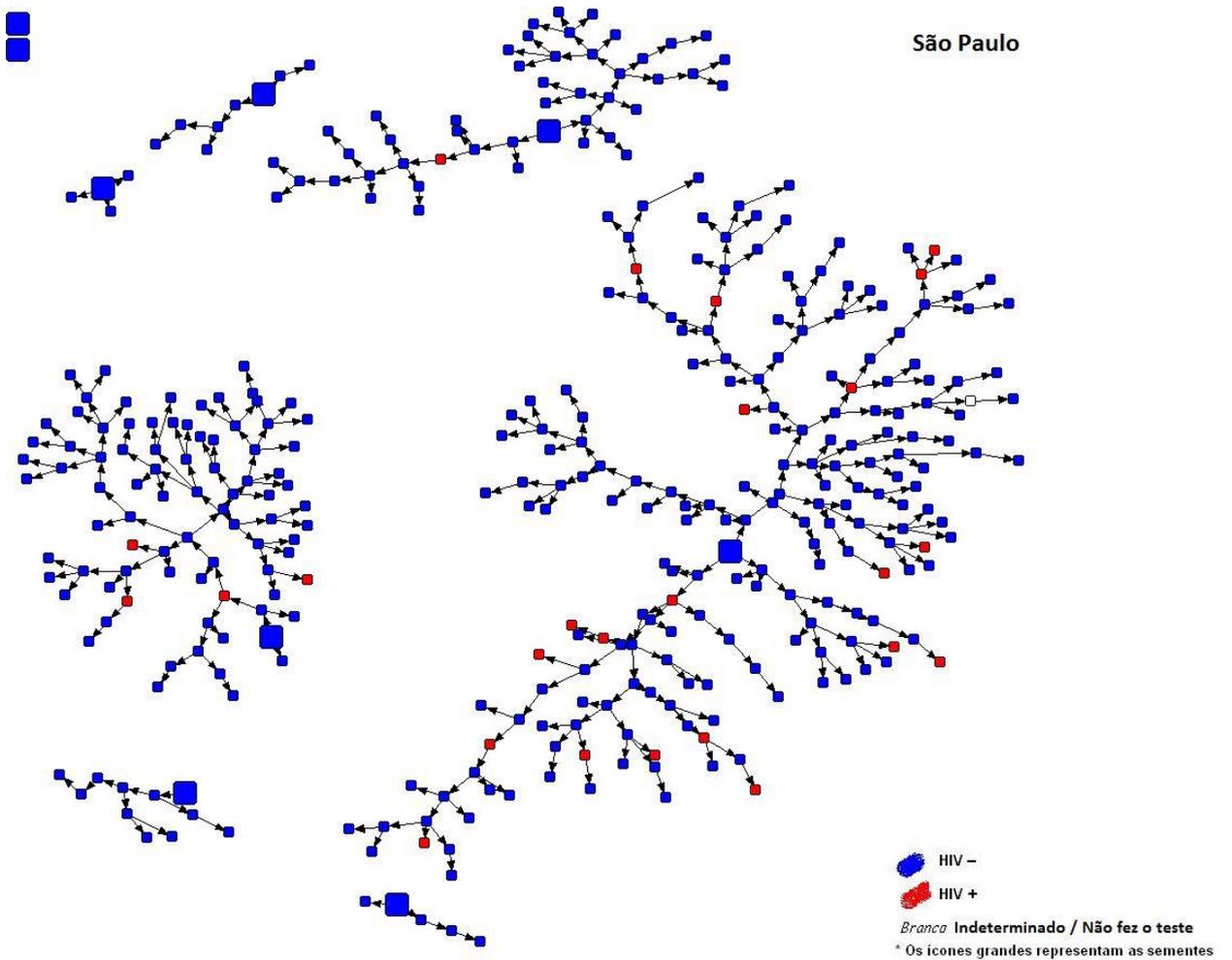


Figura 13. Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Curitiba segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016

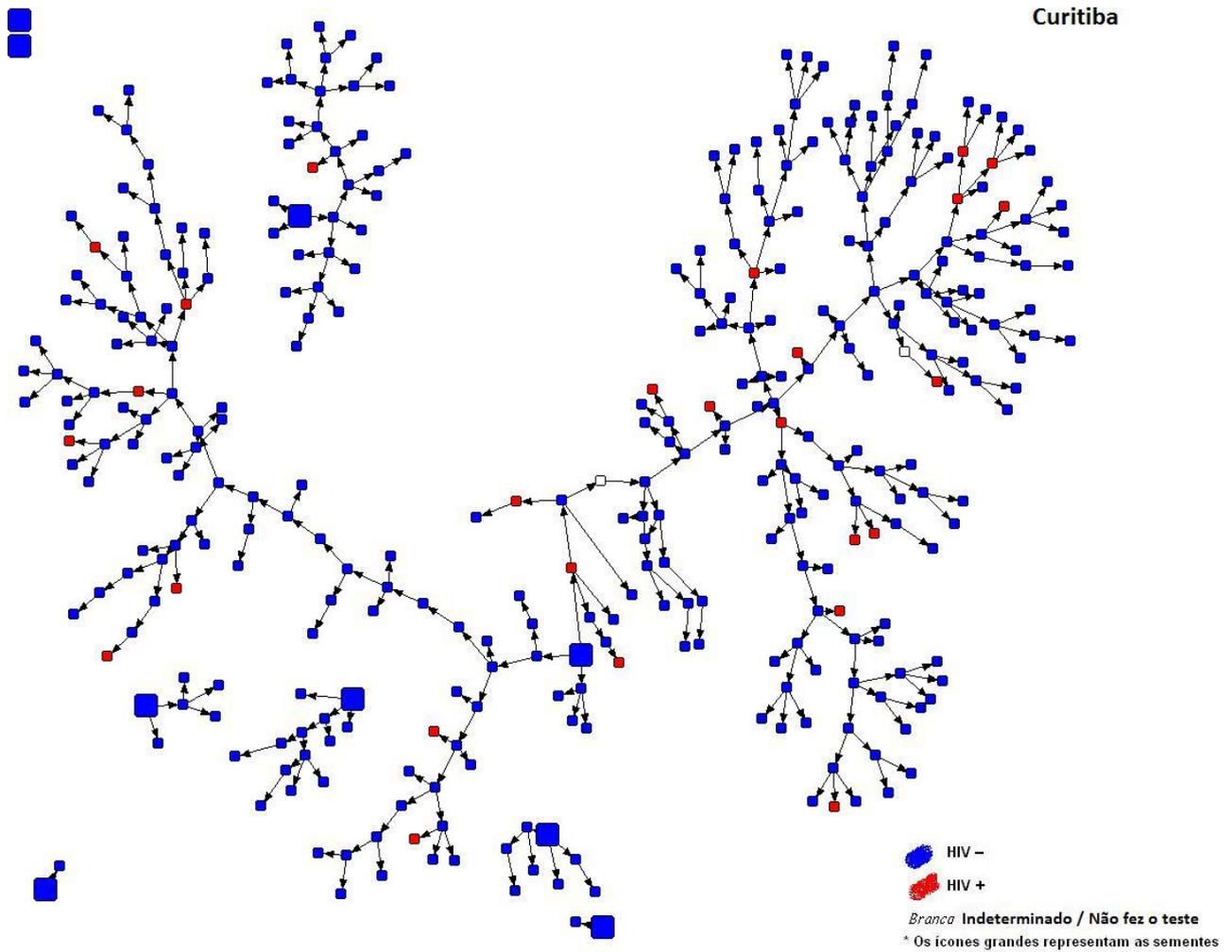


Figura 14. Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Porto Alegre segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016

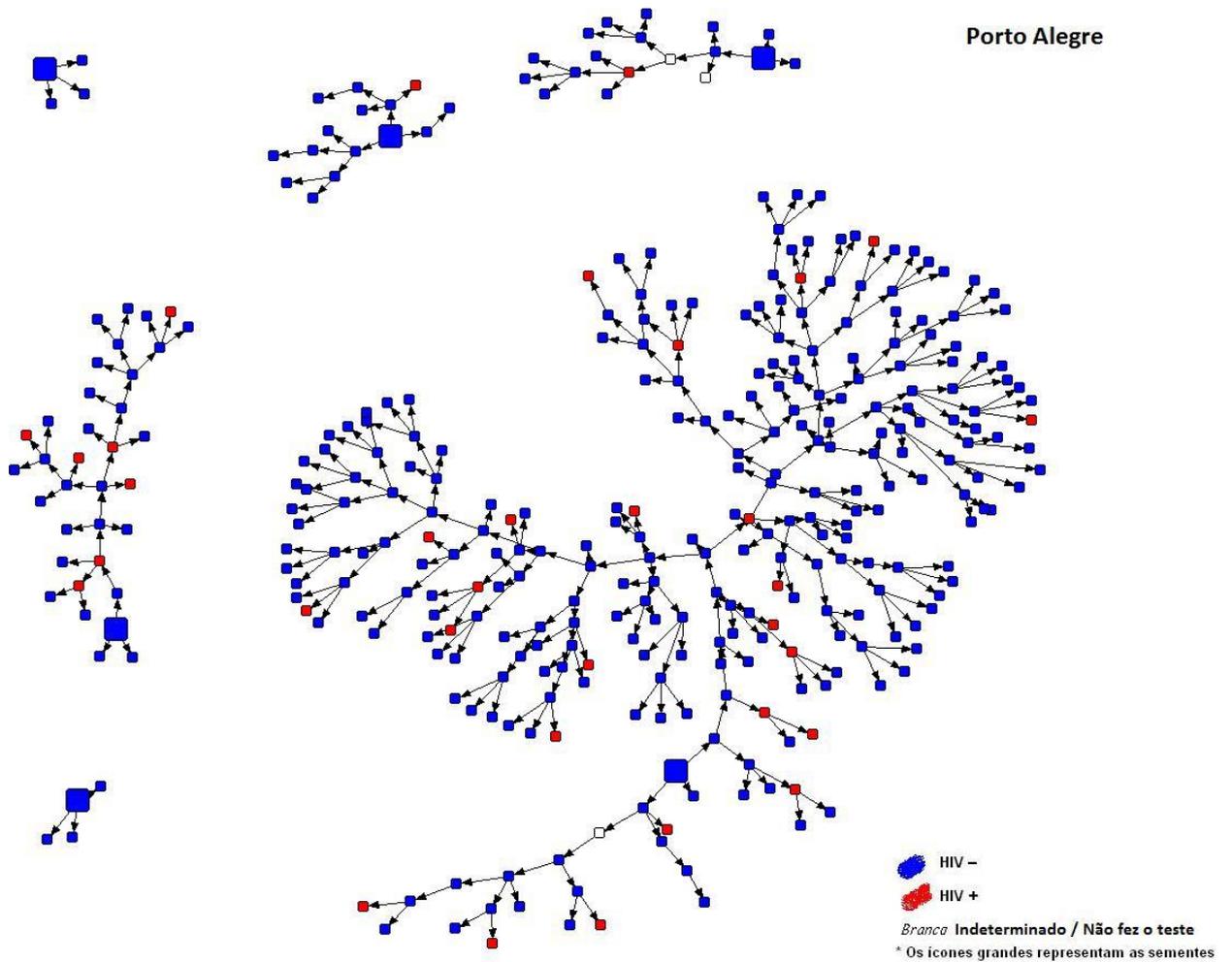


Figura 15. Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Campo Grande segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016

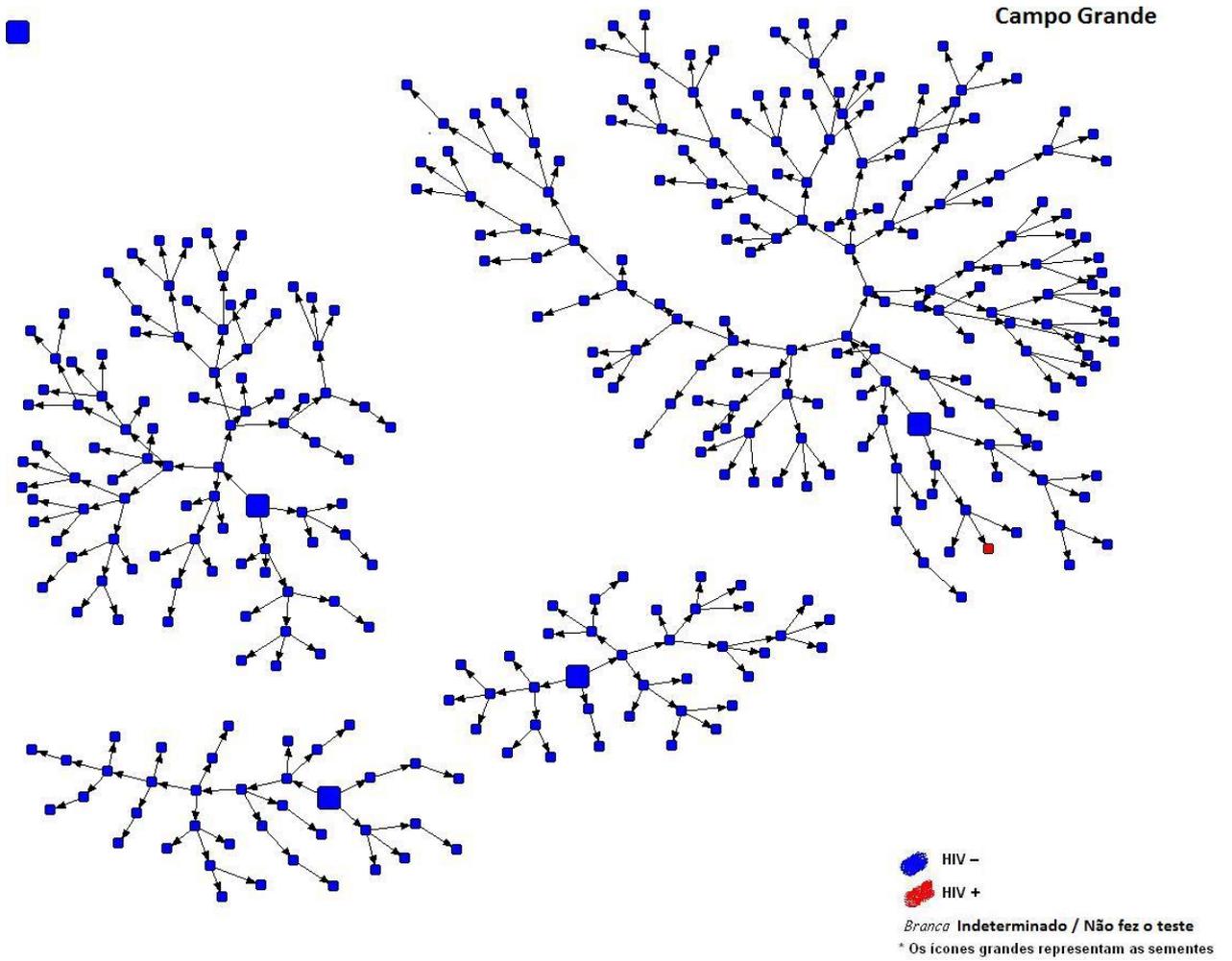
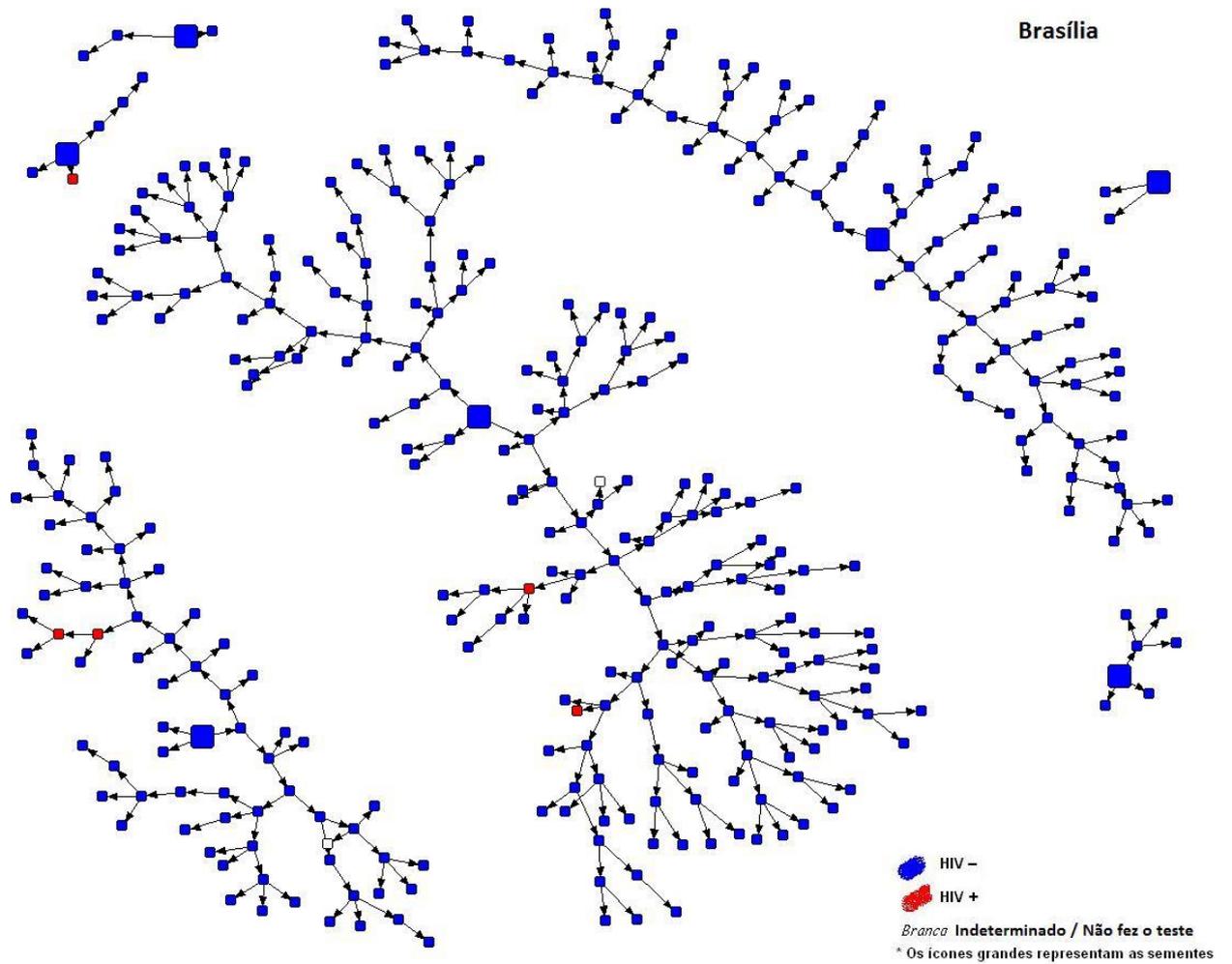
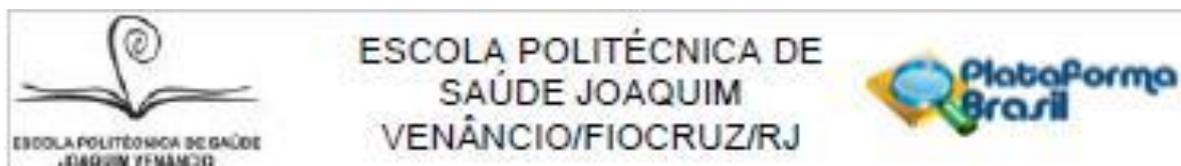


Figura 16. Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Brasília segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016



ANEXO B – 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

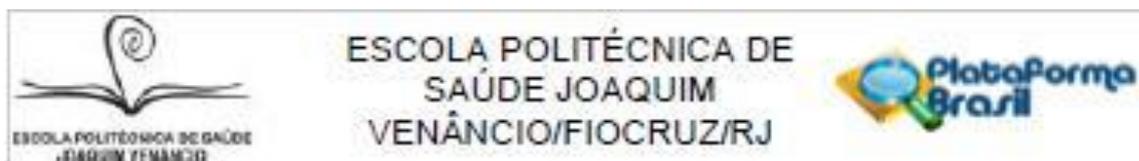
Patrocinador Principal: ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA

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 RespondentDriven Sampling para o recrutamento dos sujeitos. O tamanho da amostra pré-estabelecido para o estudo foi de no mínimo 350



Continuação do Parecer: 1.330.909

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:

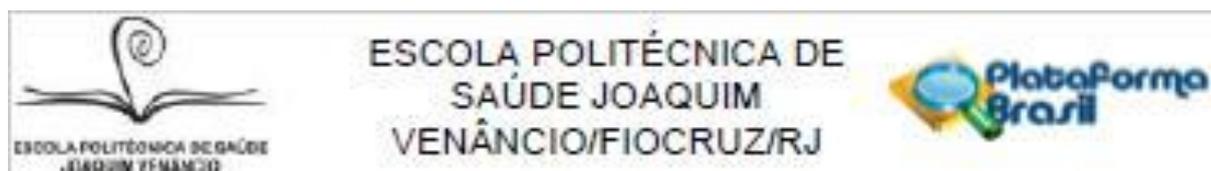
Quanto aos riscos, a pesquisadora informa, conforme citado no TCLE, a "possibilidade de ocorrer riscos e desconfortos relacionados à coleta venosa, ainda que raros e passageiros, como dor localizada, hematoma, desmalo e infecção." Contudo, indica medidas adequadas para diminuir os riscos, como o sangue 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 melhor compreensão da dinâmica de disseminação da epidemia de

Endereço: Avenida Brasil, 4365
 Bairro: Mangueiras CEP: 21.040-900
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3665-0710 Fax: (21)3665-0729 E-mail: cep@fiocruz.br



Continuação do Parecer: 1.330.989

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 lócus 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 a 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	TCLEpf2.docx	16/11/2015	Célia Landmann	Aceito

Endereço: Avenida Brasil, 4365

Bairro: Marquinhos

CEP: 21.040-900

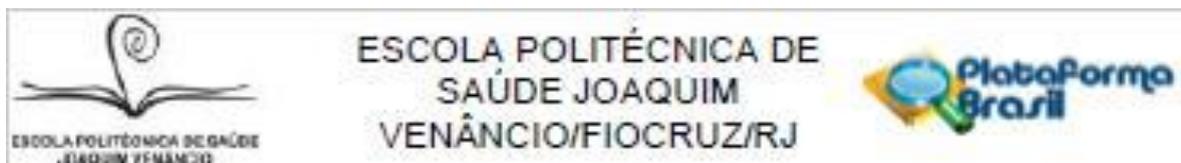
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3965-0710

Fax: (21)3965-0729

E-mail: cep@focruz.br



Continuação do Parecer: 1.330.989

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	Célia Landmann Szwarcwald	Aceito
Outros	questinicial.docx	20/10/2015 15:16:50	Célia Landmann Szwarcwald	Aceito
Outros	justificativa.docx	20/10/2015 15:15:57	Célia 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	Célia Landmann Szwarcwald	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_RDS2015.pdf	24/08/2015 15:52:40	Célia Landmann Szwarcwald	Aceito
Outros	Questionario.pdf	24/08/2015 10:41:40	Célia Landmann Szwarcwald	Aceito
Outros	Termo_de_Sigilo_dos_Dados.docx	24/08/2015 10:40:06	Célia 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 C– 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 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) Sala 316

Av. Brasil, 4635

Pavilhão Haity Moussatché - sala 225

Manguinhos | CEP 21045-360

Rio de Janeiro | Brasil

Tel: (21) 3865-3259

e-mail: celia.szwarcwald@icict.fiocruz.br**Comitê de Ética em Pesquisa da Escola****Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio****(CEP/EPSJV)**

Av. Brasil,4365 – FIOCRUZ/Escola

Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio -

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

ICICT - Pavilhão HaityMoussatché - Avenida Brasil, 4365 - Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 21040-900 - Tel: +55 21 3865 3131