



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

CASSANDRA LOUREIRO MANGABEIRA

**INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST): PREVALÊNCIA E
PERCEPÇÕES EM PROFISSIONAIS DO SEXO NO EXTREMO NORTE
BRASILEIRO**

Boa Vista, RR

2020

CASSANDRA LOUREIRO MANGABEIRA

**INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST): PREVALÊNCIA E
PERCEPÇÕES EM PROFISSIONAIS DO SEXO NO EXTREMO NORTE
BRASILEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Roraima (UFRR), como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde na área de concentração: Modelos de Atenção e Vigilância em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Calvino Camargo

Coorientadora: Profa. Dra. Bianca Jorge Sequeira

Boa Vista, RR

2020

CASSANDRA LOUREIRO MANGABEIRA

INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST): PREVALÊNCIA E
PERCEPÇÕES EM PROFISSIONAIS DO SEXO NO EXTREMO NORTE
BRASILEIRO

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Roraima (UFRR). Área de concentração: Modelos de Atenção e Vigilância em Saúde. Defendida em 06 de Março, de 2020 pela seguinte banca examinadora:

Prof. Dr. Calvino Camargo
Orientador e Docente do Curso de Medicina – UFRR

Prof. Dr. Alex Jardim da Fonseca
Docente do PROCISA e do Curso de Medicina – UFRR

Prof^a. Dr^a. Kristiane Alves Araújo
Docente – UFRR

Aos meus pais, Magdalena de Tomaz Loureiro e José Hamilton Gomes Loureiro (*in memoriam*) meus exemplos de vida, responsáveis por minha formação e que, dignamente ensinaram-me a importância da educação, o caminho da honestidade e da persistência.

AGRADECIMENTOS

Ao meu amado Deus, que me deu forças e sabedoria para chegar até aqui.

Aos meus filhos e esposo, pelo apoio incondicional nesse processo e pela paciência nos momentos de angústia.

Ao amigo e orientador, Prof. Dr. Calvino Camargo, que com maestria conduziu a orientação deste trabalho; agradeço-lhe pela oportunidade que me deu ao aceitar um convite de orientação.

Minha gratidão, em especial, a minha coorientadora Profa. Dra. Bianca Jorge Sequeira, pela amizade, apoio, paciência, competência e carinho nesses anos de convívio. Que sorte a minha!!!. Tive a melhor das experiências na escolha dos meus orientadores, levarei para vida, com orgulho.

Ao Prof. MSc. Wagner Costa, pelo acolhimento e cuidado na construção desse trabalho.

Ao Prof. Dr. Allex Jardim da Fonseca, pelo estímulo em participar do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PROCISA), da Universidade Federal de Roraima.

Aos professores do PROCISA por contribuírem na construção do meu aprendizado e ampliarem meus conhecimentos.

Aos colegas de turma do mestrado pelo convívio diário, em especial as minhas queridas amigas, Fernanda Zambonin, Conceição Chaves e Laurice Araújo por terem compartilhado de momentos especiais desta jornada acadêmica; com vocês tudo se tornou mais fácil e leve. Obrigada, amigas por tudo!.

A toda equipe do Núcleo de Controle de DST/HIV/AIDS/HP da Secretaria de Saúde do Estado de Roraima, em especial a coordenadora, Sumaia dos Santos Dias, pela participação na pesquisa de campo e disponibilização dos testes rápidos de HIV, sífilis, hepatite C e hepatite B usados na pesquisa.

Aos alunos do curso de medicina da UFRR, por terem colaborado nesta pesquisa.

Aos profissionais do sexo, que aceitaram participar deste estudo.

A todos vocês, o meu mais sincero e profundo agradecimento!

“Cada sonho que você deixa para trás é um
pedaço do seu futuro que deixa de existir” .

(Steve Jobs)

RESUMO

Mesmo com o avanço alcançado por meio de pesquisas com relação às formas de prevenção e tratamento, as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) persistem como um sério problema de saúde pública devido ao seu alto poder de disseminação. Uma das populações consideradas vulneráveis ao acometimento pelas ISTs são os profissionais do sexo devido ao comportamento de risco, a citar a multiplicidade de parceiros, a baixa adesão ao uso do preservativo, o uso de álcool e outras drogas ilícitas. Soma-se, ainda, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde enfrentados por esse segmento populacional. Este estudo objetivou investigar a prevalência do diagnóstico das ISTs (HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C), o conhecimento, as percepções e as crenças dos profissionais do sexo em Boa Vista, Roraima. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, analítico, de caráter quantitativo. A pesquisa, ocorreu no mês de agosto de 2018 em pontos de prostituição nas proximidades da Feira do Passarão através da aplicação de instrumentos que coletaram dados sociodemográficos, o conhecimento sobre as ISTs e uma escala de crenças que avaliou as crenças e percepções acerca das ISTs. Além disso, também foram realizados testes rápidos para detecção de HIV/AIDS, Sífilis, Hepatite B e C. Para a realização da estatística descritiva e analítica foram utilizados os programas Microsoft Excel e Epi Info. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Roraima (CEP/UFRR) sob o parecer nº 2.962.053. A amostra deste estudo foi constituída por 72 profissionais do sexo, prevalecendo o gênero feminino (97,2%), na faixa etária de 18 a 28 anos (68%), raça/cor parda (51,4%), nacionalidade venezuelana (90,3%), residente no bairro Caimbé (77,8%), solteiro (58%), com 7 a 12 anos de estudo (59,7%), renda familiar de até mil reais (77,8%) e religião católica (38,9%). A prevalência da infecção por ISTs foi de 13,8%, sendo 12,5% diagnósticos de Sífilis e 1,4% de HIV, todos no gênero feminino. Verificou-se que a maior prevalência de casos de IST ocorreu na faixa etária de 41 a 60 anos, dentre as solteiras, com baixo nível de escolaridade (nunca tinham estudado), com raça/cor não informada na pesquisa, naquelas que não informaram a renda e que não tinham religião. Quanto ao nível de conhecimento sobre as ISTs, a maioria dos participantes foi classificada com um nível de conhecimento médio. Em relação às crenças e percepções, prevaleceram as crenças consideradas neutras, as quais devem ser melhoradas para se tornar protetivas. Nenhuma variável testada apresentou associação significativa estatisticamente com o desfecho diagnóstico positivo para IST. Conclui-se, portanto, que as ISTs nos profissionais do sexo são um fenômeno complexo e multidimensional, influenciado pelas características sociais, econômicas, culturais e que as principais medidas para modificar esse cenário devem ser voltadas a prevenção, o acesso aos serviços de saúde, detecção precoce e tratamento oportuno.

Palavras-chave: Infecções Sexualmente Transmissíveis. Profissionais do Sexo. Prevalência. Percepções. Roraima.

ABSTRACT

Despite advances in research on prevention and treatment, sexually transmitted infections (STIs) persist as a serious public health problem because of their high dissemination power. One of the populations considered vulnerable to being affected by STIs is sex workers due to risky behavior, citing the multiplicity of partners, low adherence to condom use, alcohol use and other illicit drugs. In addition, there is the difficulty of access to health services faced by this population segment. This study aimed to investigate the prevalence of the diagnosis of STIs (HIV, Syphilis, Hepatitis B and Hepatitis C), knowledge, perceptions and beliefs of sex workers in Boa Vista, Roraima. This is a cross-sectional, descriptive, analytical, quantitative study. The research took place in August 2018 in prostitution points near Feira do Passarão through the application of instruments to collect sociodemographic data, knowledge of STIs and a belief scale that evaluated beliefs and perceptions about STIs. In addition, rapid tests were also performed to detect HIV / AIDS, Syphilis, Hepatitis B and C. Data were tabulated in Microsoft Excel and Epi Info to perform descriptive and analytical statistics. The research was approved by the Research Ethics Committee involving Human Beings of the Federal University of Roraima (CEP/UFRR) under the opinion nº 2.962.053. The sample of this study consisted of 72 female professionals, predominantly female (97.2%), aged between 18 and 28 years (68%), race / brown color (51.4%), Venezuelan nationality (90.3%), resident in Caimbé neighborhood (77.8%), single (58%), with 7 to 12 years of schooling (59.7%), family income of up to one thousand reais (77.8%) and Catholic religion (38.9%). The prevalence of STI infection was 13.8%, with 12.5% being diagnosed with Syphilis and 1.4% with HIV, all in females. It was found that the most affected individuals were between 41 and 60 years old, with single marital status, low level of education (they had never studied), race / color not reported in the survey, those who did not report income and that had no religion. Regarding the level of knowledge about STIs, most were classified with a medium level of knowledge. Regarding beliefs and perceptions, the beliefs considered neutral prevailed, which must be improved to become protective. No variable tested showed a statistically significant association. It is concluded, therefore, that STIs in sex workers are a complex and multidimensional phenomenon, influenced by social, economic, cultural characteristics and that the main measures to modify this scenario should be directed to prevention, access to health services, early detection and timely treatment.

Key words: Sexually Transmitted Infections. Sex Professionals. Prevalence Perceptions. Roraima.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Número de casos de HIV/AIDS (em milhões) no mundo, em adultos e menores de 15 anos no período de 1980 a 2018.....	32
Figura 2 - Taxa de detecção de Aids (por 100.000 hab.) segundo UF e capital de residência. Brasil, 2018.	33
Figura 3 - Taxa de detecção de Aids (por 100.000 hab.) segundo sexo e razão de sexos, por ano de diagnóstico. Brasil,2008 a 2018.	34
Figura 4 - Número absoluto de casos detectados de HIV/AIDS em adultos conforme o sexo no estado de Roraima entre 2010 e 2019. Boa Vista, Roraima, 2019.	35
Figura 5 - Taxa de detecção de sífilis adquirida segundo faixa etária. Brasil, 2010 - 2017.	36
Figura 6 - Taxa de detecção (por 100.000 habitantes) de sífilis adquirida segundo região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2017.	37
Figura 7 - Casos de Sífilis adquirida, segundo sexo, em Roraima, 2010 a 2019.	38
Figura 8 - Proporção de casos de hepatite B segundo provável fonte ou mecanismo de infecção e ano de notificação. Brasil, 2008 a 2018.	40
Figura 9 - Taxa de detecção de casos de hepatite B segundo sexo e ano de notificação. Brasil, 2008 a 2018.	41
Figura 10 - Taxa de detecção de casos de Hepatite B por faixa etária. Brasil, 2008 e 2018.	42
Figura 11 - Proporção de casos de hepatite C segundo provável fonte ou mecanismo de infecção e ano de notificação. Brasil, 2008 a 2018.	44
Figura 12 - Taxa de incidência de casos de hepatite C segundo UF e capital de residência. Brasil, 2018.	45
Figura 13 - Resultados dos testes rápidos para detecção das IST's (HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C) nos profissionais do sexo conforme a faixa etária. Boa Vista – Roraima, 2020.....	54
Figura 14 - Resultados dos testes rápidos para detecção das IST's (HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C) nos profissionais do sexo conforme o estado civil. Boa Vista – Roraima, 2020.....	55

Figura 15 - Resultados dos testes rápidos para detecção das IST's (HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C) nos profissionais do sexo conforme o grau de escolaridade. Boa Vista – Roraima, 2020.....	56
Figura 16 - Resultados dos testes rápidos para detecção das IST's (HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C) nos profissionais do sexo conforme a raça/cor. Boa Vista – Roraima, 2020.....	56
Figura 17 - Resultados dos testes rápidos para detecção das IST's (HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C) nos profissionais do sexo conforme a renda familiar mensal. Boa Vista – Roraima, 2020.....	57
Figura 18 - Resultados dos testes rápidos para detecção das IST's (HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C) nos profissionais do sexo conforme a religião. Boa Vista – Roraima, 2020.....	58
Figura 19 - Escore do nível de conhecimento dos Profissionais do Sexo de Boa Vista-RR acerca da prevenção das IST.	62
Figura 20 - Análise do desfecho presença de IST considerando o nível de conhecimento acerca da prevenção das IST dos participantes da pesquisa.	62
Figura 21 - Resultados dos testes rápidos para detecção das IST's (HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C) nos profissionais do sexo e a relação entre as crenças e percepções de risco para IST/HIV. Boa Vista – Roraima, 2020.....	70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico e socioeconômico dos profissionais do sexo entrevistados. Boa Vista – Roraima, 2019 (n=72).....	51
Tabela 2 - Frequência absoluta e relativa dos resultados dos testes rápidos para detecção das IST's (HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C) nos profissionais do sexo analisados. Boa Vista – Roraima, 2019 (n=72).....	52
Tabela 3 - Resultados dos testes rápidos para detecção das IST's (HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C) nos profissionais do sexo conforme o bairro de residência. Boa Vista – Roraima, 2020.....	53
Tabela 4 - Conhecimento dos profissionais do sexo entrevistados sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis (AIDS, Hepatite B, Hepatite C e Sífilis). Boa Vista – Roraima, 2019 (n=72).	58
Tabela 5 - Associação entre as características sociodemográficas e nível de conhecimento dos participantes da pesquisa com resultado Reagente para IST/HIV.	63
Tabela 6 - Escala de crenças e percepções sexuais dos profissionais do sexo entrevistados. Boa Vista - Roraima, 2020.	64

LISTA DE SIGLAS

AIDS	– Síndrome da imunodeficiência humana
CBO	– Classificação Brasileira de Ocupação
CDC	– <i>Centers for Disease Control</i>
DATASUS	– Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCCI	- Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis
DST	– Doenças sexualmente transmissíveis
LGBT	– Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
HBV	– Vírus da hepatite B
HBsAg	– Antígeno de superfície do vírus da hepatite B
HCV	– Vírus da hepatite C
HIV	– Vírus da imunodeficiência humana
HSH	– Homem que faz sexo com homem
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC 95%	– Intervalo de confiança de 95%
IgA	– Imunoglobulina A
IgG	– Imunoglobulina G
IgM	– Imunoglobulina M
IST	– Infecções sexualmente transmissíveis
MS	– Ministério da Saúde
MTE	– Ministério do trabalho e emprego
NS	Não significativo
MTr	Mulheres Transexuais
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	- Organização Pan-Americana da Saúde
OR	– <i>Odds ratio</i>
PCAP	- Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na população Brasileira
PROCISA	– Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
PS	- Profissionais do sexo
RR	- Roraima
SAE	– Serviço de Atenção Especializada
SESAU	– Secretaria de Saúde do Estado de Roraima
SIM	– Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	– Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	– Sistema Único de Saúde
TARV	– Terapia antirretroviral
TCLE	– Termo de consentimento livre esclarecido
TR	– Teste rápido
UDI	– Usuário de drogas injetáveis
UF	– Unidades da Federação
UFRR	– Universidade Federal de Roraima
UI	– Unidade internacional

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	OBJETIVOS	19
2.1	OBJETIVO GERAL	19
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3	REFERENCIAL TEÓRICO	20
3.1	PROFISSIONAIS DO SEXO E O ESTÍGMA SOCIAL	20
3.2	INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST)	25
3.2.1	Aspectos Históricos das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)	25
3.2.2	Contextualização	27
3.2.3	População Vulnerável às Infecções Sexualmente Transmissíveis: Aspectos Sociodemográficos e Comportamentais	28
3.2.4	Prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis	29
3.3	ETIOPATOGENIA E EPIDEMIOLOGIA DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	30
3.3.1	Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)/ Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS)	31
3.3.2	Sífilis	35
3.3.3	Hepatite B	38
3.3.4	Hepatite C	42
4	METODOLOGIA	46
4.1	TIPO DE ESTUDO	46
4.2	CENÁRIO E POPULAÇÃO DE ESTUDO	46
4.3	AMOSTRA E AMOSTRAGEM	46
4.4	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	47
4.4.1	Procedimentos diagnósticos	47
4.4.2	Crterios de inclusão e exclusão	48
4.5	ANÁLISE DE DADOS	48

4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	49
5	RESULTADOS	50
5.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICOS	50
5.2	PREVALÊNCIA DA INFECÇÃO POR IST/HIV EM POPULAÇÃO DE PROFISSIONAIS DO SEXO DO ESTADO DE RORAIMA	52
5.3	ASSOCIAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS PARTICIPANTES COM A PREVALÊNCIA DE ISTs.....	53
5.4	NÍVEL DE CONHECIMENTO ACERCA DA PREVENÇÃO DAS IST/HIV	58
5.5	ANÁLISE DAS CRENÇAS E PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DOS SEXO ACERCA DA PREVENÇÃO DAS IST.....	64
6	DISCUSSÃO	71
	CONCLUSÃO	90
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
	APÊNDICES	107
	ANEXOS	110

1 INTRODUÇÃO

Mesmo com o avanço alcançado por meio de pesquisas com relação às formas de prevenção e tratamento, as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) persistem como um sério problema de saúde pública, merecendo destaque devido ao seu alto poder de disseminação, principalmente nos países em desenvolvimento. Estima-se que diariamente, em todo o mundo, mais de 1 milhão de pessoas adquirem alguma IST, e a previsão anual é de 357 milhões de novas infecções curáveis como a Clamídia, Gonorreia, Sífilis e Tricomoníase (WHO, 2015a; BRASIL, 2016a).

Grande parte das IST é silenciosa, pois não apresenta sintomas, ou quando os apresenta são leves, podendo muitas vezes não as caracterizar. Quando presentes, essas infecções podem causar o aparecimento de infertilidade, câncer cervical, anal e peniano. Refletem diretamente na qualidade de vida das pessoas, pois, comprometem a saúde sexual e reprodutiva, podendo causar incapacidades, problemas neurológicos irreversíveis, complicações durante o período gestacional, para mãe e para o feto, além de potencializar o risco de adquirir o vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (ARAÚJO et al., 2015; BRASIL, 2016a; ROMPALO, 2011).

As IST são transmitidas predominantemente através da relação sexual desprotegida, mas também possuem outras vias de disseminação como transfusão sanguínea, uso de drogas injetáveis, transplante de órgãos, transmissão vertical, contato direto com o sangue, sêmen ou secreção vaginal de uma pessoa infectada para outra, com a pele lesada ou com feridas abertas (BRASIL, 2010).

A maioria dos casos dessas infecções encontra-se entre as populações vulneráveis como profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens (HSH), usuários de drogas injetáveis (UDI), adolescentes e populações migrantes, entre outros. Na maioria das vezes esses grupos específicos não têm acesso aos serviços de saúde, fato que contribui para a subnotificação das IST curáveis e incuráveis (BRASIL, 2005; WHO, 2015a).

Segundo o UNAIDS (Joint United Nations on HIV/AIDS), em 2018 existiam em todo o mundo aproximadamente 37,9 milhões de pessoas vivendo com HIV/AIDS (Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida). Até junho de 2018, tiveram acesso a terapia antirretroviral 23,3 milhões de pessoas, em

comparação a 17,1 milhões em 2015 e 7,7 milhões de pessoas em 2010 (UNAIDS, 2019).

Diante dessa série histórica, as metas de tratamento propostas pelo UNAIDS preconizam que até o ano de 2020, 90% das pessoas vivendo com HIV estejam diagnosticadas; 90% dessas pessoas estejam em tratamento e que 90% delas tenham a Carga Viral indetectável. Todavia, para atingir esse patamar, as mesmas análises apontam para a necessidade de direcionar o foco do trabalho de prevenção, diagnóstico e tratamento aos contextos de maior vulnerabilidade para a infecção, entre eles, os Profissionais do sexo (PS). Estima-se que entre 0,4% e 0,7% da população em geral esteja vivendo com HIV, entretanto para os profissionais de sexo, essa estimativa sobe para 4,9% (UNAIDS,2015; UNAIDS, 2017a).

A Taxa de incidência de AIDS no Brasil é de 20,5 casos/100.000 habitantes e vem se mantendo relativamente estável nos últimos anos (BRASIL, 2016). No entanto, a epidemia do HIV/AIDS sofreu algumas modificações nos últimos anos. Além da heterossexualização, feminização e pauperização da epidemia, destaca-se a interiorização como uma tendência de a infecção alcançar municípios menores (BRITO; CASTILHO, 2001). Considerando os aspectos da regionalização, a região Norte do Brasil, apresentou aumento de 74% no número de casos de 2004 a 2013. Em especial, o estado de Roraima, localizado no extremo norte da Amazônia Brasileira, com registro elevado na incidência de casos de AIDS (31,3/100.000) em 2013, superando a incidência média nacional (BRASIL, 2014).

Associada a infecção pelo HIV, observa-se também um aumento da prevalência de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) como Sífilis, Hepatite C e Hepatite B, as quais possuem as mesmas vias de transmissão que o HIV. No Brasil, a prevalência do Vírus da Hepatite B (HBV) em geral é considerada moderada (2% a 7%), com baixa taxa de infecção no Sul, média taxa de infecção no Nordeste e Sudeste e uma alta prevalência na região Amazônica, Espírito Santo e no oeste de Santa Catarina (MARTINS, 2014).

No mundo, a OMS estima a ocorrência de aproximadamente um milhão de casos de IST por dia, entre Clamídia, Gonorreia, Sífilis e Tricomoníase. A presença de uma IST, como Sífilis ou Gonorreia, aumenta consideravelmente o risco de adquirir ou transmitir a infecção pelo HIV (BRASIL,2018a). A estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS) é de que sejam registrados no Brasil anualmente 937.000 casos de Sífilis, na população sexualmente ativa (FERREIRA FILHO, 2012).

Com relação a um possível aumento da vulnerabilidade à infecção por IST entre os profissionais do sexo, sabe-se que a Prostituição é uma das atividades comerciais mais antiga da história da humanidade, sendo definida como o exercício de uma prática sexual remunerada que não requer a existência de vínculo afetivo entre as pessoas que a realizam (PENHA et al., 2015).

Embora seja uma prática milenar, apenas em 2002, houve inclusão desta categoria na classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).

Contudo, mesmo com o reconhecimento pelo MTE, os profissionais do sexo continuam marginalizados, sofrendo preconceitos e discriminação, além de riscos, os quais advêm da baixa condição socioeconômica, tais como: violência sexual, uso abusivo de bebida alcólicas e de drogas ilícitas (NERI et al.,2013). Historicamente, as intervenções relacionadas à saúde dos profissionais do sexo estão centradas na redução do risco para a aquisição de doenças infecciosas (DECKER et al., 2013), haja visto persistir a ideia de que as mulheres que se prostituem são as que transmitem doenças (SILVA et al., 2010), quando, na verdade, elas estão sujeitas à aquisição de IST/AIDS, as quais podem ser transmitidas pelos clientes. Assim, em face do crescimento da indústria global do sexo, o uso do preservativo é uma atitude importante para a prevenção de IST/AIDS nesse grupo de profissionais (URADA et al., 2012).

Ressalta-se que é possível alcançar o controle das infecções, porém é preciso focar as ações nas populações mais vulneráveis e preencher importantes lacunas como a quase inexistência de dados sobre as pessoas mais afetadas pelas Infecções Sexualmente Transmissíveis e sua relação com os fatores de risco no contexto onde se encontram inseridos (UNAIDS,2014). As populações vulneráveis possuem uma maior probabilidade de adquirir as IST, seja por comportamento de riscos ou dificuldades de acesso aos serviços de saúde (ESTAVELA; SEIDL,2015).

Desta forma, considerando que para a elaboração de estratégias de prevenção de IST/AIDS é imperativo conhecer o perfil de vulnerabilidade, bem como os comportamentos de riscos, o objetivo principal desse estudo é investigar a Prevalência do diagnóstico das Infecções Sexualmente Transmissíveis (HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C) e as características das percepções e atitudes dos Profissionais do Sexo acerca do risco de infecção e da prevenção das ISTs.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Investigar a prevalência do diagnóstico de Infecções Sexualmente Transmissíveis (HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C) e as características das percepções e atitudes dos profissionais do sexo em Boa Vista-Roraima.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Determinar e caracterizar os casos de diagnósticos de Infecções Sexualmente Transmissíveis nos profissionais do sexo;
- b) Identificar e descrever as características das percepções de risco de infecção por IST nos Profissionais do Sexo;
- c) Caracterizar as atitudes em relação à prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis pelos Profissionais do Sexo.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 PROFISSIONAIS DO SEXO E O ESTÍGMA SOCIAL

A Prostituição é uma das atividades comerciais mais antiga da história da humanidade, sendo definida como o exercício de uma prática sexual remunerada, que não requer a existência de vínculo afetivo entre as pessoas que a realizam (PENHA et al.,2013). Embora seja uma prática milenar, apenas em 2002, houve a inclusão da categoria “profissionais do sexo” na Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego (BRASIL,2012a).

Mas, mesmo com o reconhecimento pelo MTE, os profissionais do sexo continuam marginalizados, sofrendo preconceitos e discriminação, além de riscos, os quais advêm da baixa condição socioeconômica, como : violências sexual, física e psicológica; uso abusivo de bebidas alcoólicas e de drogas ilícitas (PENHA et al.,2013),e principalmente, relações sexuais desprotegidas com múltiplos parceiros, o que constitui um fator de risco para aquisição de Infecções Sexualmente Transmissíveis (PAIVA et al.,2013).

Um grupo que também pode estar dentro do ramo da Prostituição e que sofre preconceito, discriminação e principalmente está exposto aos riscos de contaminação de IST/AIDS, devido a uma prática sexual desprotegida, são as pessoas que compõem o Movimento LGBT (lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros). Pesquisa indica que tal população apresenta muita resistência à procura dos serviços de saúde, evidenciando o contexto discriminatório existente, devido à falta de qualificação e do estigma imposto pelos profissionais de saúde para atender essa demanda (BARBOSA et al., 2015).

Historicamente, as intervenções relacionadas a saúde dos profissionais do sexo tem-se centrado na redução do risco para aquisição de doenças infecciosas (DECKER et al.,2013), pois, contrariamente, persiste a ideia de que mulheres que se prostituem são as que têm e transmitem doenças (SILVA et al.,2010), quando na verdade, elas estão sujeitas a aquisição de IST/AIDS que podem ser transmitidas pelos clientes. Assim e em face do crescimento da indústria global do sexo, o uso do preservativo é uma atitude importante para a prevenção de IST/AIDS nesse grupo de profissionais (URADA et al., 2012).

A Prostituição se faz cada vez mais presente no cotidiano e encontra-se em constante crescimento. É uma atividade que sobrevive há muito tempo, sendo permanente a procura por esses profissionais. Assim, existem milhões de profissionais espalhados pelo mundo, tanto mulheres quanto homens, que exercem suas funções na marginalidade, sem nenhum amparo da lei (ABAL; SCHROEDER, 2017).

A multiplicidade de manifestações que o fenômeno da Prostituição abrange traz consigo uma grande diversidade de conceituações para os termos, bem como uma hierarquização dessa atividade que vem determinar outras tantas nomenclaturas vinculadas ao ato de comercialização do sexo. Assim, grande parte dos entendimentos vincula a prática da Prostituição à díade ato sexual-ganho financeiro (ABAL; SCHROEDER, 2017).

Desde a década de 80, o Ministério da Saúde começou a adotar estratégias para o enfrentamento da epidemia do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e contou com a parceria dos movimentos sociais vinculados a defesa dos direitos da população de LGBT, o que fortaleceu a participação destes grupos na luta pela saúde (BRASIL, 2010). Desse modo, percebem-se, nesse campo específico, alguns avanços em programas e políticas públicas, entre elas destacam-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a Carta de Direitos dos Usuários da Saúde e a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT (ALBUQUERQUE et al., 2013).

No Brasil, segundo Freitas (1985), nas últimas décadas, os profissionais do sexo engajaram-se na luta pela reconstrução dos conceitos e imagens a eles rotineiramente atribuídos, que estavam associados a significados negativos e desmoralizantes construídos pela sociedade. Esses movimentos organizados dos profissionais do sexo, não só desestabilizaram os significados culturais dominantes, como apresentaram concepções alternativas de mulher, homem e/ou da sexualidade feminina ou masculina, colocando em ação uma política cultural importante para todos os movimentos sociais emergentes.

Muitos Países contêm uma mistura de abordagens, seja com o desenvolvimento de políticas que se concentram em punir a Prostituição ou com a criação de Organizações Não governamentais, que capacitem os profissionais do

sexo sobre medidas de prevenção da contaminação/transmissão de IST/AIDS e negociação do uso do preservativo com o cliente (KAUFMAN, 2011).

Adota-se no Brasil, fortemente a segunda abordagem, pois é considerado que a auto-organização e o fortalecimento dos movimentos de profissionais do sexo são condições estratégicas para a sustentabilidade e a ampliação das ações de assistência à saúde, bem como para a garantia dos direitos e prevenção das IST/AIDS, visto que estas ações ajudam a fortalecer a identidade profissional e a promover a visibilidade social e política desse segmento e, também, a defesa de seus direitos (BRASIL, 2012a).

Ainda é difícil conhecer no Brasil, as necessidades dos profissionais do sexo, em parte devido ao estigma, e a pouca atenção dada pelos pesquisadores em saúde e pela saúde pública, aos problemas inerentes a esse público (PASSOS et al., 2004).

Um rápido perfil das(os) garotas(os) de programa faz a segmentação entre as (os) que trabalham em casas noturnas, de massagem e os chamados *inferninhos*, onde se encontram mulheres e/ou homens que lá trabalham e moram ou, em alguns casos, apenas trabalham vendendo fantasias sexuais. Eles contam com certa segurança, oferecida pelos donos dessas casas, o que na rua não existe (ABAL; SCHROEDER, 2017).

Teóricos feministas contemporâneos questionam a natureza “objetiva” da atividade de prostituição, se se trataria apenas de prestação de serviços sexuais ou se abarcaria outro tipo de serviço que pudesse envolver até certa afetividade, tanto por parte do profissional quanto por parte do cliente, no que diz respeito à satisfação de fantasias do cliente ou até mesmo a satisfação profissional da praticante da prostituição (OLIVAR, 2011; SCOULAR, 2017).

Segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) as competências pessoais desses trabalhadores devem ser a de demonstrar capacidades de persuasão, comunicação, realizar fantasias sexuais, paciência, solidariedade aos colegas de profissão; ter capacidade de ouvir, lúdica e de sensualidade, assim como, planejar o futuro, reconhecer o potencial do cliente, cuidar da higiene pessoal e manter sigilo profissional (BRASIL, 2014).

Em seus estudos, Saffioti (2004) afirma que a violência contra a Prostituição é um fenômeno universal que atinge a todos independente de etnia, religião e cultura. Define violência como o uso de palavras ou ações que machucam as pessoas ou

provocam a ruptura de qualquer forma de integridade do indivíduo abordado, podendo ser categorizada em violência psicológica, caracterizada por atos de constrangimentos, ofensas e/ou força.

Estudos no âmbito do Brasil (LIMA; VIDA CEL, 2014) e internacionais (KATSULIS; RAMIREZ, 2011) têm apontado as expressões de violência contra os PS, manifestadas sob a forma de violência física, sexual, verbal, moral e psicológica. Tais violências podem desencadear manifestações de ordem psíquicas aos PS, cuja taxa de incidência é maior do que na população em geral. Ainda, a carga de violência e vulnerabilidades é expressa não somente pelos sujeitos que compõem o cenário da Prostituição, mas também pela sociedade e pelos serviços de saúde, diante do estigma e preconceito da profissão (BORTOLI et al., 2016).

Tem-se conhecimento de que a escolha em ser um profissional do sexo é explicada na maioria dos casos pela baixa ou ausência de escolaridade, dificuldade de inserção no mercado de trabalho, seguida da deficiência do fator econômico, do fim do casamento, do abandono da família, de traumas, de falta de perspectiva futura e da necessidade do sustento dos dependentes (AZEVEDO et al., 2011).

Devido ao fato de os profissionais do sexo lidarem com diversos parceiros, a adesão ao uso de preservativo se apresenta como a melhor forma de proteção e redução dos riscos da atividade laboral. Entretanto há alguns desafios enfrentados por estes profissionais: a sua própria consciência em usá-lo; o convencimento do cliente para o uso e a fragilidade deles próprios em conduzir tais situações.

O termo estigma é um atributo profundamente depreciativo utilizado no âmbito do espaço público, e não na intimidade. Assim, “a área de manipulação do estigma, então, pode ser considerada como algo que pertence fundamentalmente à vida pública, ao contato entre estranhos ou simples conhecidos, colocando-se no extremo de um contínuo cujo polo oposto é a intimidade” (GOFFMAN, 1988).

A compreensão acerca da prostituição é ainda complexa e estigmatizada, considerando todos os tabus a respeito do assunto que compreendem não só fatores morais, como, também, sociais e políticos. As barreiras postas pela sociedade impedem o entendimento da prostituição que, em algumas situações, pode ser justificada como o único meio de renda e sobrevivência pessoal. Estudos mostram que 70% das mulheres ingressam nesta prática pela renda financeira obtida por meio da prostituição, seguida da ausência de emprego no mercado formal, baixo nível de

escolarização, violência doméstica e ausência do suporte familiar (AQUINO,2011; SILVA,2016).

No caso da imposição do rótulo ou do estigma de desviante às “mulheres públicas” - que por si só já são consideradas públicas, sem qualquer direito ao exercício de sua identidade ou intimidade -, esse processo se dá de forma ainda mais forte. Percebidas como imorais, um perigo e uma ameaça à feminilidade tida como ‘normal’, as prostitutas são, frequentemente, excluídas socialmente, marginalizadas e sofrem o estigma de puta” (RODRIGUES, 2009).

A sociedade, ao recriminar os profissionais do sexo, parece estar desconectada da realidade, pois reprime e critica uma prática já enraizada na sociedade. Nem mesmo o bom costume pode ser invocado para negar direitos ao profissional do sexo, pois se trata de situação cotidiana (ABAL; SCHROEDER, 2017).

Os profissionais do sexo, pelo preconceito e discriminação, ainda são responsabilizados pela sociedade por causa da disseminação das ISTs, devido ao comportamento ser considerado promíscuo e que foge às regras e aos costumes sociais. Essa concepção, por parte da população, e a falta de interesse sobre o entendimento da situação de vida desses profissionais, por parte do poder público, deixam claras as lacunas em relação à condição de cidadão e o (re) conhecimento de suas necessidades, o que reflete na atenção pelos serviços de saúde, que deveriam buscar o bem-estar biopsicossocial desses profissionais e, conseqüentemente, a redução de riscos para este grupo populacional (LEITÃO et al., 2012).

As agressões vivenciadas no cotidiano desses profissionais também são discutidas no estudo de Moreira et al. (2012) que relatam que as agressões não estão restritas exclusivamente aos seus clientes, mas, também, pela sociedade devido aos estereótipos historicamente atrelados à atuação da profissão.

Os cuidados em torno dos profissionais do sexo transcendem os aspectos físicos e sociais, atingindo a necessidade de apoio emocional devido ao estigma adquirido pela profissão pois, diariamente, eles são submetidos a fatores estressores como violências, preconceitos, falta de suporte familiar e social, a rotina secreta, dentre outros fatores que podem desencadear estresse e depressão. Estudo aponta que mulheres entre 20 a 39 anos de idade apresentam maior prevalência de sintomas depressivos. Elas relataram insatisfação, pessimismo, auto desgosto, sentimento de

culpa, modificações da imagem do seu corpo e irritabilidade (DELL'AGNOLO et al., 2012).

Habitualmente os discursos sociais apresentam os profissionais do sexo, como escravos nas mãos dos proxenetas e proprietários de clubes, perdendo de vista a relativa margem de negociação e a capacidade estratégica desses profissionais que optam, ainda que sob certos constrangimentos, nomeadamente de ordem econômica, por essa atividade, vitimando-os sem as devidas contextualizações. As mulheres que se prostituem interiorizam normas e valores dominantes, mas rejeitam estereótipos, estigmas de que são alvo por parte do público em geral, dos clientes, dos patrões e das instituições. E, cada vez mais, contestam formas de exploração, dominação e violência (RIBEIRO et al., 2008).

Um considerável número de mulheres vive da prostituição no Brasil. A 3ª Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira (PCAP 2008), trouxe o dado que aproximadamente 1,2% das mulheres entrevistadas declararam ter recebido dinheiro em troca de sexo (BRASIL, 2011b).

Considerando-se a importância da abordagem preventiva, assim como a condição de vulnerabilidade da população de Profissionais do sexo, estudos que avaliem a prevalência de Infecções Sexualmente Transmissíveis nesta população, bem como que ampliem os conhecimentos sobre suas opiniões, valores, vivências e fatores que interferem nas práticas de sexo seguro, fazem-se essenciais.

3.2 INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST)

3.2.1 Aspectos Históricos das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)

O surgimento das IST data desde a antiguidade, concomitante à história da humanidade. Os inúmeros microrganismos emersos das águas, solo, plantas e animais, com o passar dos anos encontraram no homem condições mais acolhedoras, ora de modo cooperador, ora com indiferença e também em parasitismo (BELDA JÚNIOR, 2009).

Em relação à microbiota, conforme a menor ou a maior adaptabilidade, os microrganismos que tiveram suas preferências para as estruturas genitourinárias, o fizeram tão intimamente que passaram a exigir um contato direto íntimo,

fundamentalmente pelo coito. Com isso, há muito tempo, as IST foram relacionadas ao ato sexual, principalmente na promiscuidade de determinados ambientes, conhecidos como “templos de Vênus” ou “prostíbulos ou lupanares”, sendo de predominância maior entre os homens de 20-30 anos de idade (BELDA JÚNIOR, 2009).

Até o século XVI, as IST eram denominadas “doenças venéreas” em homenagem a Vênus, deusa do templo do amor, uma vez que a transmissão poderia ser durante a atividade sexual, mesmo desconhecendo os agentes ou também “doença dos indecentes” retratando uma visão de estigma e exclusão (NADAL; MANZIONE, 2003).

Em meados dos anos 60, inúmeros fatores contribuíram para uma revolução sexual envolvendo libertação pessoal, contestação política, modismo e consumismo. O comportamento homossexual emerge; o tabu da virgindade passa a ser substituído pelo tabu da não virgindade; e o sexo entra profundamente no mercado de consumo. Dessa forma, a multiplicidade de combinações e práticas sexuais entre hetero ou homossexuais propiciou, em curto prazo, a adaptação de micro-organismos e ecossistemas diferentes da colonização inicial, bem como um novo mecanismo e possibilidades de transmissão das IST. O problema torna-se não mais exclusivo do sexo masculino, ampliando-se para a esfera do mundo feminino (BELDA JÚNIOR, 2009).

Somente em 1983, as doenças venéreas são entendidas como “doenças de transmissão sexual”, pela Organização Pan-Americana, incluindo doenças venéreas consideradas clássicas (Sífilis, Gonorreia, Linfogranuloma Venéreo, Cancro Mole e Donovanose) e um número crescente de síndromes e entidades clínicas, tais como: uretrites não gonocócicas, herpes genital, vaginite, entre outras. A transmissão durante a atividade sexual torna-se o importante traço epidemiológico comum dessas doenças (BELDA JÚNIOR, 2009).

As IST sempre tiveram significado importante para a saúde pública, mas as autoridades as consideravam de maneira subestimada. Porém, com o surgimento da AIDS, na década de 80, elas voltaram a adquirir importância como problema de saúde pública, passando a serem reconhecidas e valorizadas pelas autoridades de saúde, comunidade científica e população em geral (WHO, 2013b).

Em 1999, foi instituída a Política Nacional de IST/AIDS, no âmbito da Secretaria de Políticas de Saúde do MS e o Programa Nacional de IST/AIDS, definiu

diretrizes como o fortalecimento, a implementação e a ampliação de institucionalização das ações de prevenção, promoção e assistência às IST, HIV e AIDS na rede do SUS, de forma integral e equânime, conforme os princípios do SUS; a promoção da defesa dos direitos humanos; a redução do estigma e da discriminação; e a melhoria da gestão e manutenção dos programas (SOUZA et al., 2015).

A Nomenclatura Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) passa a ser adotada a partir de 2015, em substituição à expressão Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), em consonância com a utilização Internacional empregada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), pela sociedade científica e por alguns Países (BRASIL, 2015a).

As IST são frequentes, múltiplas etiologias e apresentações clínicas e causam impacto na qualidade de vida das pessoas, nas relações pessoais, familiares e sociais. Considerando a prevenção combinada como uma nova abordagem de política pública, que envolve diversas formas de prevenção e assistência (BRASIL, 2015a).

3.2.2 Contextualização

As Infecções Sexualmente Transmissíveis são consideradas um problema de saúde pública e a subnotificação dos casos não revela de fato a prevalência e dificulta a quebra da cadeia de transmissão dessas infecções (POGETTO; PARADA, 2011; WHO, 2015b).

Algumas infecções possuem altas taxas de incidência e prevalência, apresentam complicações mais graves em mulheres e facilitam a transmissão do HIV. Podem, ainda, estar associadas a culpa, estigma, discriminação e violência, por motivos biológicos, psicológicos, sociais e culturais (BRASIL, 2015a).

A partir das notificações pode-se identificar as populações mais atingidas e o contexto onde estão inseridas, além de traçar estratégias para o controle das IST (POGETTO; PARADA, 2011; WHO, 2015b).

Fatores como discriminação, estigmatização, desigualdades sociais e de gênero contribuem diretamente para a vulnerabilidade e apresentam-se como um grande obstáculo no controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ANDRADE et al., 2015).

Diante dos agravantes causados pelas IST, a World Health Organization (WHO) lançou o “Projeto de estratégias do setor da saúde global sobre as infecções sexualmente transmissíveis, 2016-2021”, o qual foca nas populações – chave e no contexto no qual estão inseridas, prioriza ações que contribuem para o declínio das IST e das mortes ocasionadas pelas mesmas (WHO, 2015b).

Esse estudo objetiva reduzir a discriminação, estigmatização e as desigualdades que contribuem diretamente para a vulnerabilidade dessas pessoas às infecções, visto que esses fatores limitam o acesso às ações preventivas e ao serviço de saúde.

O uso do preservativo continua sendo o principal método capaz de barrar as Infecções Sexualmente Transmissíveis, porém, existem fatores sociais, culturais, econômicos, políticos e de gênero que interferem diretamente na sua adesão, principalmente em relações estáveis, dificultando assim o controle das IST (BRASIL, 2015a; ESTAVELA; SEIDL, 2015).

3.2.3 População Vulnerável às Infecções Sexualmente Transmissíveis: Aspectos Sociodemográficos e Comportamentais

Na área da saúde, o termo vulnerabilidade tem sido utilizado para definir como determinada doença acomete de maneira diferente indivíduos, grupos específicos e regiões, e sua relação direta com fatores individuais ou coletivos, sendo eles sociais, políticos, econômicos ou culturais. Este conceito contribui para identificar as razões da epidemia, os impactos que ela causa e articula-se em três eixos distintos, porém interligados entre si: individual, social e programático (ZAROWSKY et al., 2013).

No contexto da vulnerabilidade existem as populações vulneráveis e entre elas há uma maior prevalência de Infecções Sexualmente Transmissíveis. Essas populações são grupos específicos que devido a questões econômicas, culturais, étnicas, religiosas, sociais e de gênero, têm seus direitos de cidadania limitados, refletindo diretamente na qualidade de vida e saúde dessas pessoas (PNUD, 2013).

Profissionais do sexo, homem que faz sexo com homem, populações migrantes etc., são exemplos de populações consideradas vulneráveis as IST/AIDS por apresentarem comportamento de risco (WHO, 2015a). O comportamento de risco pode ser definido como o conjunto de práticas que aumentam o risco de contrair

Infecções Sexualmente Transmissíveis (CAMPO-ARIAS; CEBALLO; HERAZO, 2010).

Profissionais do sexo fazem parte de uma população que sofre preconceito, discriminação, violência física e psicológica. É uma profissão regulamentada pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), porém, convive com os limites impostos pela exclusão social (COLLINS et al., 2013). É considerada uma população vulnerável às IST/AIDS pelos comportamentos de risco tais como: multiplicidade de parceiros, baixa adesão ao uso do preservativo, uso de álcool e outras drogas ilícitas. Soma-se a esses fatores a dificuldade de acesso aos serviços de saúde enfrentados por esse segmento populacional (RANEBENNUR et al., 2014; SOCÍAS et al., 2016).

Ressalta-se que, entre os profissionais do sexo o risco de adquirir HIV/aids é de 4,9% (BRASIL, 2013b; COLLINS et al., 2013; DBONI; VELOSO; GRISZTEJN, 2014). Quanto ao risco relacionado ao ambiente de trabalho, os que trabalham na rua têm uma maior probabilidade de adquirir HIV/AIDS quando comparados aos que trabalham em ambientes fechados como bares, saunas e boates, por possuir um menor poder de negociação e conseqüentemente uma baixa adesão ao uso do preservativo (DAMACENA; SZWARCOWALD; SOUZA JUNIOR, 2014).

O percentual de casos de HIV/AIDS transmitidos através do uso de drogas injetáveis, quando relacionado ao gênero, é superior entre os homens quando comparado ao número de casos entre mulheres (KORI et al., 2014).

3.2.4 Prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis

O termo “prevenção” tem como significado a antecipação às conseqüências de uma ação, objetivando prevenir seu resultado. Na área da saúde, o termo prevenção tem sido empregado para definir as medidas utilizadas com o objetivo de evitar o surgimento de doenças na população (CZERESINIA, 2003). No contexto das Infecções Sexualmente Transmissíveis, a prevenção relaciona-se ao aconselhamento, conhecimento sobre as infecções, uso consistente do preservativo (WHO, 2015a). Outras estratégias têm sido desenvolvidas com a finalidade de promover o controle dessas infecções, tais como: consultório na rua, propaganda de saúde nas escolas e aplicativos móveis.

Quando realizadas, as ações educativas sobre prevenção devem ser adaptadas a cultura local e aos diferentes segmentos populacionais para que a

população tenha uma melhor compreensão sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis (BRASIL, 2008). No contexto das ações preventivas, o aconselhamento é um procedimento realizado com o objetivo de oferecer prevenção primária às IST/AIDS, é uma estratégia importante e eficaz além de possuir um baixo custo (WHO, 2015a). Amplia o conhecimento das pessoas, possibilita o aumento da percepção de riscos e vulnerabilidades, bem como melhora a capacidade de conhecer os sinais e sintomas e formas de transmissão das IST (BARBOSA et al., 2015).

Através do aconselhamento pode-se compreender o estilo de vida das pessoas e a partir da identificação das particularidades, orientar sobre as demais medidas preventivas (BRASIL, 2012a). O aconselhamento não se restringe ao pré e pós teste do exame anti-HIV, pode ser realizado pelo profissional devidamente qualificado durante outros momentos do atendimento (BARBOSA et al., 2015).

O preservativo continua sendo o principal método utilizado na prevenção de IST/AIDS. Informar a população sobre o uso correto e acondicionamento do preservativo são medidas essenciais para a eficácia do método, uma vez que quando exposto ao calor ou quando a embalagem é danificada, o mesmo tem sua eficácia reduzida (BRASIL, 2015a; ESTAVELA; SEIDL, 2015).

As ações preventivas podem ser realizadas individualmente ou em grupo e são essenciais para o controle das IST. O trabalho informativo realizado com a população deve ser contínuo para a ampliação do conhecimento sobre as infecções (BRASIL, 2015a; ESTAVELA; SEIDL, 2015).

Neste contexto, considerando-se a importância da abordagem preventiva, assim como a condição de vulnerabilidade da população de Profissionais do sexo, estudos que avaliem a prevalência de Infecções Sexualmente transmissíveis nesta população, bem como que ampliem os conhecimentos sobre suas opiniões, valores, vivências e fatores que interferem nas práticas de sexo seguro, fazem-se essenciais.

3.3 ETIOPATOGENIA E EPIDEMIOLOGIA DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima a ocorrência de mais de um milhão de casos de IST por dia, mundialmente. Ao ano, calculam-se aproximadamente 357 milhões de novas infecções, entre clamídia, gonorreia, sífilis e tricomoníase (BRASIL, 2017c). A presença de uma IST, como sífilis ou gonorreia,

aumenta consideravelmente o risco de se adquirir ou transmitir a infecção por HIV ([BRASIL, 2016a).

No Brasil, as estimativas da OMS de IST na população sexualmente ativa, a cada ano são: sífilis 937.000 casos, gonorreia 1.541.800, clamídia 1.967.200 e herpes genital 640.900 casos (WHO, 2011).

Numericamente, a região das Américas e do Caribe está somente abaixo da região do Pacífico Oeste (BRASIL, 2015a). O estudo publicado pelo MS em 2008 “Prevalências e frequências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis em populações selecionadas de seis capitais brasileiras, 2005” apresentou dados relevantes para avaliar a situação das IST no País. As pessoas que procuraram atendimento em clínicas de IST apresentaram alta prevalência de IST sintomáticas e assintomáticas associadas. A prevalência de IST bacterianas foi de 14,4%, e a das virais, 41,9%.

3.3.1 Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)/ Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS)

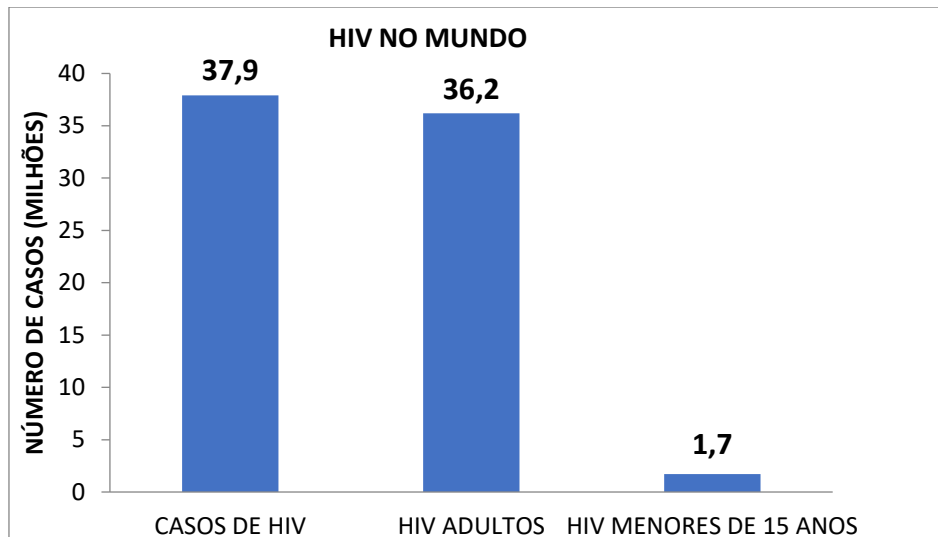
Os Primeiros relatos da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foram publicados em 1981, nos Estados Unidos, quando foram notificados aos Centers for Disease Control and Prevention (CDC) vários casos de Pneumonia por *Pneumocystis carinii* e de sarcoma de Kaposi em homossexuais masculinos previamente saudáveis. Embora tenha havido redução da incidência de novas infecções em vários países, o número total de pessoas vivendo com HIV/AIDS continua aumentando (RACHID; SCHECHTER, 2017).

Em 1983, o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), agente etiológico da síndrome, foi identificado. Pertence a subfamília lentivírus dos retrovírus humanos. É um vírus RNA que se caracteriza pela presença da enzima transcriptase reversa, que permite a transcrição do RNA viral em DNA. Pode ser transmitido durante as relações sexuais, por meio da inoculação de sangue e derivados, e da mãe infectada para o concepto. O risco de transmissão sexual aumenta com a prática do intercuro anal, na presença de úlceras genitais e quando o estado de imunodeficiência do transmissor é mais avançado (RACHID; SCHECHTER, 2017).

A presença de doenças sexualmente transmissíveis, a ausência de circuncisão e relações sexuais durante o período menstrual também aumentam o risco de transmissão (RACHID; SCHECHTER, 2017).

Segundo o UNAIDS (Joint United Nations on HIV/AIDS), em 2018 existiam em todo o mundo aproximadamente 37,9 milhões de pessoas vivendo com HIV/AIDS (Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida). Até junho de 2018, tiveram acesso a terapia antirretroviral 23,3 milhões de pessoas, em comparação a 17,1 milhões em 2015 e 7,7 milhões de pessoas em 2010 (UNAIDS, 2019).

Figura 1 - Número de casos de HIV/AIDS (em milhões) no mundo, em adultos e menores de 15 anos no período de 1980 a 2018.



Fonte: UNAIDS, 2019.

O primeiro caso de HIV/AIDS no Brasil foi notificado em 1980 na cidade de São Paulo (HOTTZ; SCHECHTER, 2012), no entanto foi classificado como AIDS dois anos mais tarde e identificado o meio de transmissão, a transfusão sanguínea. Inicialmente, a doença foi definida como “doença dos 5 H”, pois caracterizava os grupos de risco - Homossexuais, Hemofílicos, Haitianos, Heroinômanos (usuários de heroína injetável) e Hookers (profissionais do sexo em inglês) (BRASIL, 2015a).

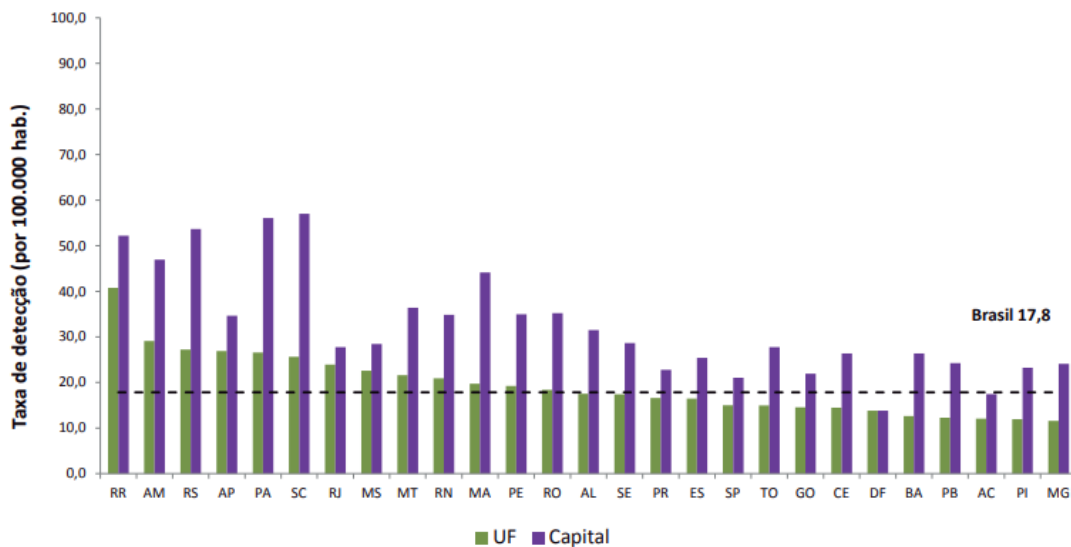
Em 2014, o Brasil pactuou junto a OMS às metas de tratamento 90-90-90, estabelecidas pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) que preconiza controlar a epidemia mundial até 2020 e faz parte da

estratégia de aceleração da resposta para o fim da epidemia de aids como ameaça à saúde pública até 2030 (OPAS, 2017a; UNAIDS,2015).

No Brasil, de 2007 até junho de 2018, foram notificados no Sistema de Informação de agravos de Notificação (SINAN), 300.496 casos de infecção pelo HIV sendo 136.902 (45,6%) na região Sudeste, 60.470 (20,1%) na região Sul, 55.090 (18,3%) na região Nordeste, 26.055 (8,7%) na região Norte e 21.979 (7,3%) na região Centro-Oeste (BRASIL,2019).

De 1980 a Junho de 2019, foram identificados 966.058 casos de aids no Brasil e em 2018, o ranking das UF referente às taxas de detecção de aids, mostrou que os estados de Roraima e Amazonas apresentaram as maiores taxas, com 40,8 e 29,1 casos por 100.000 habitantes, respectivamente (BRASIL,2019).

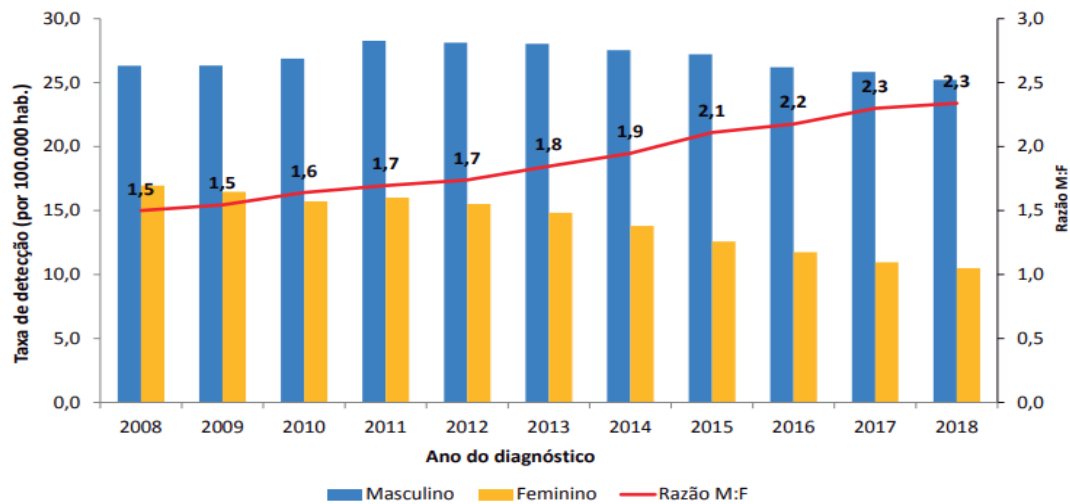
Figura 2 - Taxa de detecção de Aids (por 100.000 hab.) segundo UF e capital de residência. Brasil, 2018.



Fonte: Sinan, Siscel / Siclom, SIM, 2018.

No Brasil, de 1980 até junho de 2019, foram registrados 633.462 (65,6%) casos de aids em homens e 332.505 (34,4%) em mulheres. Em 2018, a detecção de aids entre homens foi de 25,2 casos a cada 100.000 habitantes. Entre as mulheres, observou-se tendência de queda dessa taxa nos últimos dez anos, que passou de 17,0 casos/100.000 habitantes em 2008, para 10,5 em 2018, representando uma redução de 38,2% (BRASIL,2019).

Figura 3 - Taxa de detecção de Aids (por 100.000 hab.) segundo sexo e razão de sexos, por ano de diagnóstico. Brasil, 2008 a 2018.



Fonte: Sinan, Siscel / Siclom, SIM, 2018.

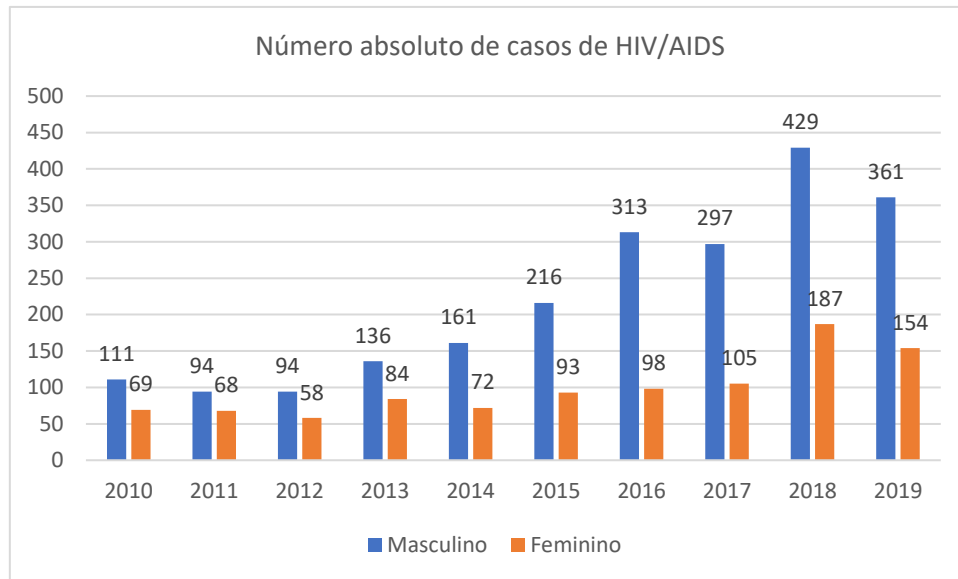
Em Roraima, o primeiro caso de aids foi registrado em 1987 (BENEDETTI, 2000, 2013) e até 2017 foram notificados 2.905 casos. Somente no ano de 2017, foram notificados 612 casos novos da doença e a taxa de detecção foi de 117,1 por 100 mil habitantes (BENEDETTI, 2017).

A taxa de detecção por 100 mil habitantes passou de 0,2 casos em 1987 para 70,4 em 2016 (RODRIGUES et al, 2017), 3,4 vezes maior que a média nacional de 20,7 casos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2016b). Em 2016, a razão entre os sexos foi de três casos masculinos para cada feminino, e a faixa etária de 29 a 39 anos concentrou 64,9% dos casos (BENEDETTI, 2016).

No início da epidemia os casos de aids se concentravam na capital, Boa Vista, e apesar de ainda concentrar a maioria dos casos, atualmente todos os municípios possuem casos. O coeficiente de mortalidade por aids reduziu 36,1% no período de 2006 a 2017, passando de 7,2 óbitos por 100 mil habitantes em 2006 para 4,6 em 2017. Nesse período já ocorreram 359 mortes por aids (BENEDETTI, 2017).

Conforme dados disponibilizados na Figura 4, o estado de Roraima passou por um progressivo aumento nas taxas de detecção do vírus HIV/AIDS entre os anos de 2010 a 2018, o qual passou de 180 para 616 casos. No ano de 2019 houve uma pequena redução no número absoluto de casos detectados, totalizando 515 casos. Em todo período analisado, prevaleceu a detecção de casos de HIV/AIDS no sexo masculino.

Figura 4 - Número absoluto de casos detectados de HIV/AIDS em adultos conforme o sexo no estado de Roraima entre 2010 e 2019. Boa Vista, Roraima, 2019.



Fonte: SINAN/DVE/CGVS/Nc-DST/AIDS, 2019.

3.3.2 Sífilis

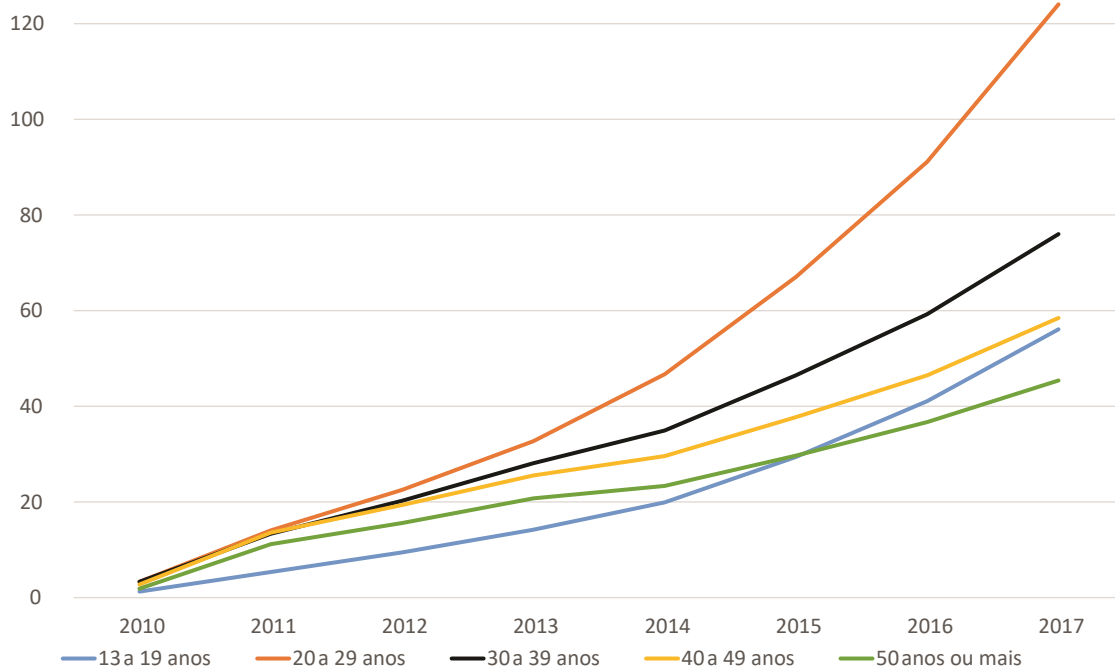
A sífilis é uma infecção bacteriana sistêmica, crônica, curável e exclusiva do ser humano. Quando não tratada, evolui para estágios de gravidade variada, podendo acometer diversos órgãos e sistemas do corpo. Trata-se de uma doença conhecida há séculos; seu agente etiológico, descoberto em 1905, é o *Treponema pallidum*, subespécie *pallidum*. Sua transmissão se dá principalmente por contato sexual; contudo, pode ser transmitida verticalmente para o feto durante a gestação de uma mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma não adequada (BRASIL, 2017g).

A maioria das pessoas com sífilis são assintomáticas; quando apresentam sinais e sintomas, muitas vezes não os percebem ou valorizam, e podem, sem saber, transmitir a infecção às suas parcerias sexuais. Quando não tratada, a sífilis pode evoluir para formas mais graves, comprometendo especialmente os sistemas nervoso e cardiovascular (ROLFS et al., 1997; WORKOWSKI; BOLAN, 2015; PEELING et al., 2017).

No período de 2010 a junho de 2017, foram notificados no SINAN um total de 342.531 casos de sífilis adquirida, dos quais 59,2% ocorreram na Região Sudeste, 21,2% no Sul, 10,4% no Nordeste, 5,3% no Centro-Oeste e 3,9% no Norte. (BRASIL, 2017a).

A notificação compulsória para Sífilis adquirida no Brasil, foi implantada em 2010. Os casos de sífilis adquirida (em adultos) tiveram aumento de 27,9% de 2015 (68.526 casos) para 2016 (87.593 casos), e a projeção para 2017 foi de aumento de 7,8% (94.460 casos). A taxa de detecção por 100 mil habitantes passou de 2,0 casos por 100 mil habitantes em 2010 para 42,5 em 2016. O fato de a tendência de aumento das taxas observadas para sífilis adquirida se apresentar de maneira mais acentuada representa, neste momento, em grande parte o aumento no número de notificações, ao invés de um aumento real do número de casos (BRASIL, 2017e).

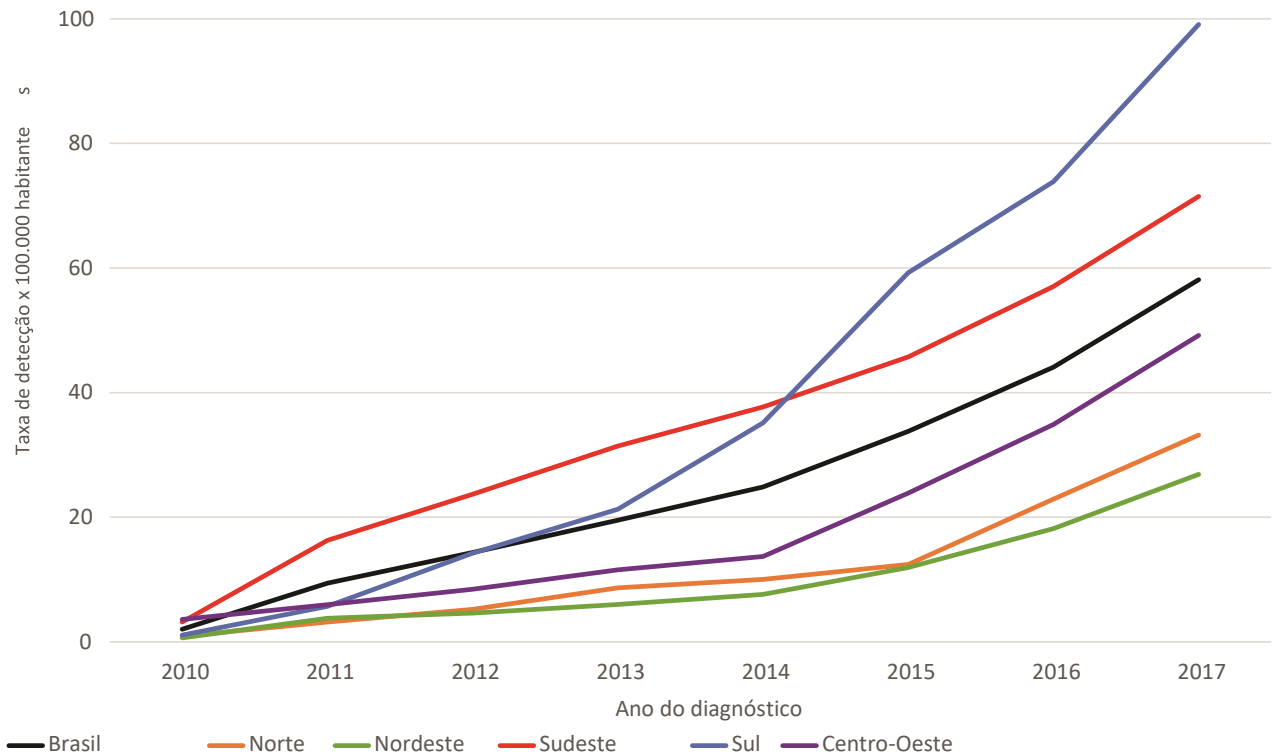
Figura 5 - Taxa de detecção de sífilis adquirida segundo faixa etária. Brasil, 2010 - 2017.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), 2018.

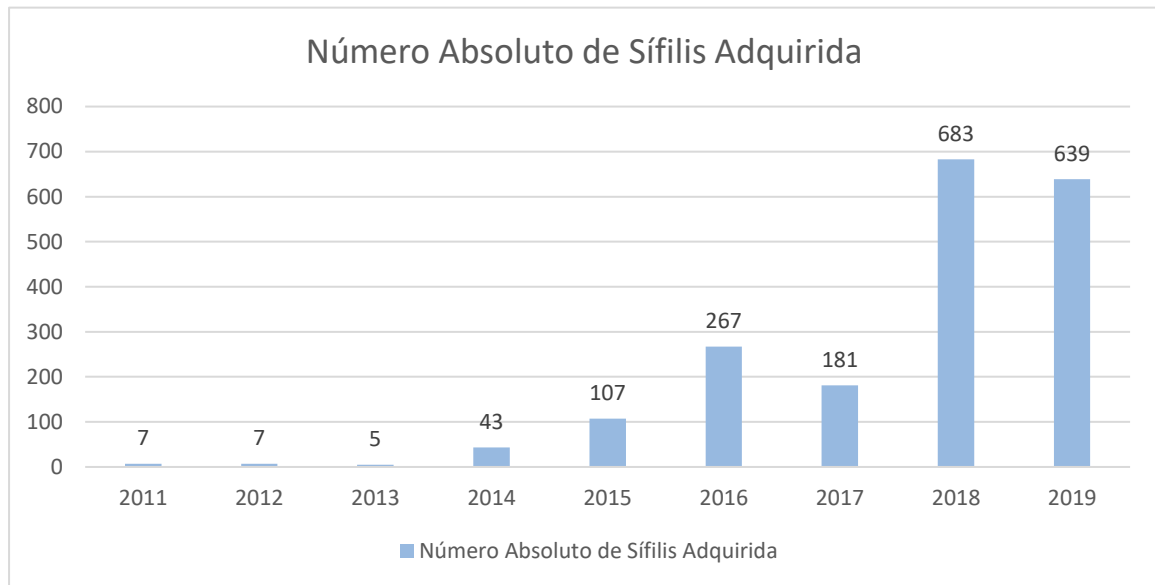
A Figura 6 apresenta as taxas de detecção de sífilis adquirida a partir de 13 anos de idade, segundo faixa etária, no período de 2010 a 2017. Observa-se um incremento na taxa de detecção para todas as faixas etárias, ressaltando a tendência mais acentuada de aumento na faixa etária de 20 a 29 anos.

Figura 6 - Taxa de detecção (por 100.000 habitantes) de sífilis adquirida segundo região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2017.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), 2018.

No período de 2011 a 2019 foram notificados em Roraima, 1939 casos de sífilis adquirida e, a partir da análise da série história, verifica-se um aumento entre os anos de 2011 a 2016, partindo de 7 casos para 267. O ano de 2018 foi o que exibiu o maior número de casos notificados de sífilis adquirida, com 683 casos. No ano de 2019 houve uma pequena redução para 639 casos, porém o número ainda se manteve elevado.

Figura 7 - Casos de Sífilis adquirida, em Roraima, 2011 a 2019.

Fonte: SINAN/DVE/CGVS/Nc-DST/AIDS, 2018.

3.3.3 Hepatite B

Acredita-se que as hepatites virais sejam a maior causa de transplantes hepáticos no mundo. Entre elas, há a hepatite B, uma doença de elevada transmissibilidade e impacto em saúde pública (MORRIS et al.,2007; DUTRA,2015; NICE, 2014). Aproximadamente um terço da população mundial atual já se expôs ao vírus da hepatite B (HBV) – e estima-se que 240 milhões de pessoas estejam infectadas cronicamente. A hepatite B é responsável por aproximadamente 780.000 óbitos ao ano no mundo (LOZANO, 2012; CDC,2014; WHO,2014).

A hepatite viral B é causada por um vírus DNA pertencente à família Hepadnaviridae (PRINGLE, 1999). A história natural da infecção pelo HBV é marcada por evolução silenciosa: muitas vezes, a doença é diagnosticada décadas após a infecção. Os sinais e sintomas são comuns às demais doenças parenquimatosas crônicas do fígado e costumam manifestar-se apenas em fases mais avançadas da doença (MANDELL et al., 2010).

A transmissão da hepatite B ainda é uma realidade. Aproximadamente 17.000 novos casos são detectados e notificados anualmente (BRASIL,2014), o que contribui para o impacto da doença no território brasileiro.

O HBV é transmitido por meio de contato com fluidos corpóreos infectados. O sangue é o veículo de transmissão mais importante, mas outros fluidos também

podem transmitir o HBV, como sêmen e saliva. Os meios de transmissão conhecidos são perinatal, sexual e parenteral/percutâneo. As rotas de transmissão predominantes variam de acordo com a endemicidade da infecção pelo HBV. Em áreas com alta endemicidade, a via perinatal é a principal forma de transmissão do vírus. Entretanto, em áreas com baixa endemicidade, o contato sexual entre adultos com alto comportamento de risco é a via predominante (MCMAHON, 2005; DIENSTAG, 2008; LOK; MCMAHON; 2007). A capacidade do vírus de sobreviver fora do organismo humano por período prolongado facilita a transmissão por meio do contato direto ou por meio de fômites (DIENSTAG, 2008).

A infecção é na maioria das vezes assintomática, sendo que menos de 5% das infecções adquiridas na fase adulta se tornam crônicas (ALTER, 2007).

As mortes por causa das hepatites virais já superam as da aids em vários países, exceto na África (COWIE; MACLACHLAN, 2013). Segundo a OMS cerca de 325 milhões de pessoas no mundo vivem com infecção crônica pelo VHB ou pelo vírus da hepatite C (VHC) (OPAS, 2017b).

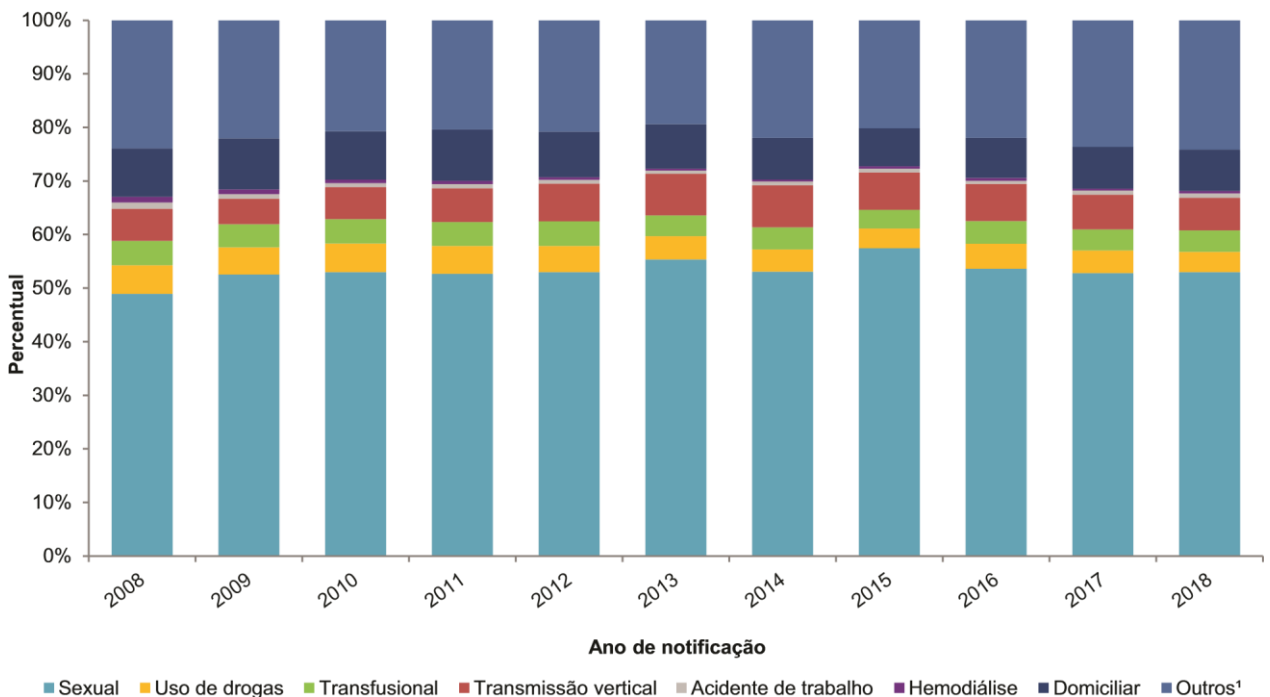
Convém citar que somente 9% de todas as infecções pelo VHB foram diagnosticadas em 2015. Uma fração ainda menor, 8% dos diagnosticados com infecção VHB (1,7 milhão de pessoas) estavam em tratamento. A Estratégia Global do Setor da Saúde da OMS sobre as hepatites virais tem o objetivo de testar 90% e tratar 80% das pessoas com hepatites B e C até 2030 (OPAS, 2017b).

Os níveis de hepatite B variam amplamente entre as regiões da OMS, com a Região Africana e a Região do Pacífico Ocidental com a maior carga, de 6,2% da população (115 milhões) e 6,1% (60 milhões), respectivamente, na Região das Américas é de 0,7% da população (7 milhões) (OPAS, 2017b).

No período de 1999 a 2018, foram notificados 233.027 casos confirmados de hepatite B no Brasil; desses, a maioria está concentrada na região Sudeste (34,9%), seguida das regiões Sul (31,6%), Norte (14,4%), Nordeste (9,9%) e Centro-Oeste (9,1%) (BRASIL,2019). Entre 2003 a 2016, a razão de sexos que variou entre 1,1 e 1,3, e a taxas de incidência entre homens e mulheres apresentaram tendência de aumento no período. No Sistema sobre Informação sobre Mortalidade (SIM), foram identificados 61.297 óbitos associados às hepatites virais, destes, 21,6% ao VHB. O coeficiente médio de mortalidade por VHB entre os homens foi de 0,4 óbitos para cada 100 mil habitantes e de 0,1 óbitos entre as mulheres (BRASIL, 2017f).

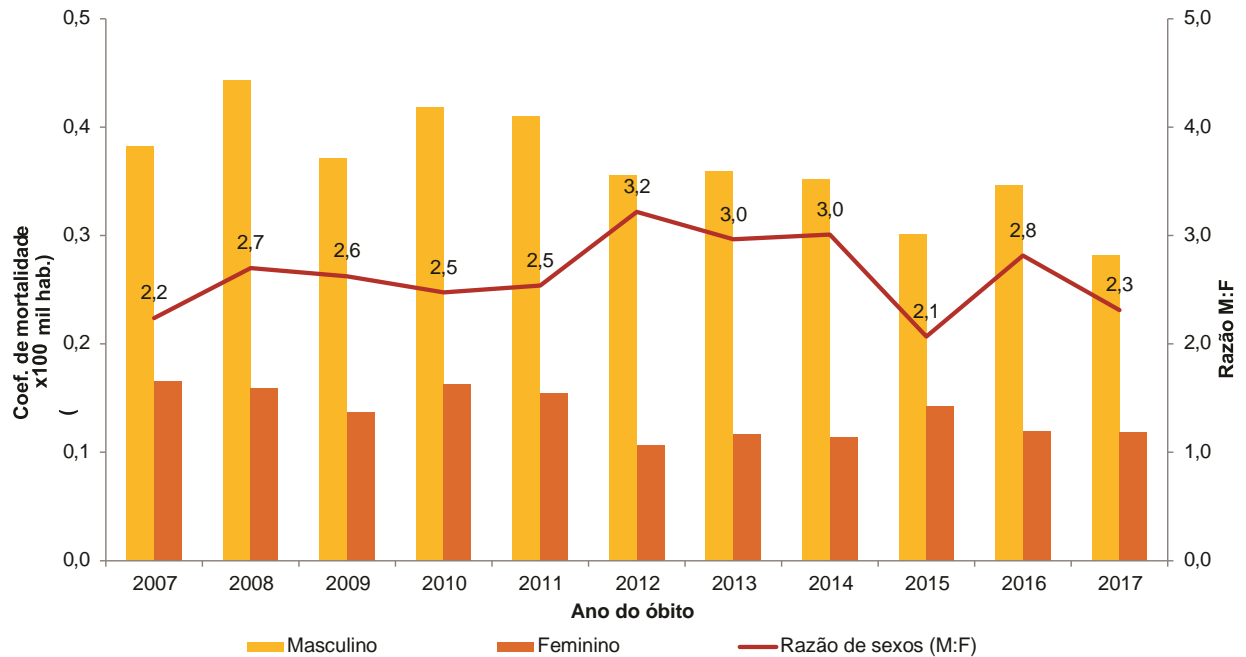
Quanto à provável fonte ou mecanismo de transmissão dos casos notificados, observou-se que em mais da metade (58,6%) dos casos, essa informação foi registrada como “ignorada”, dificultando uma melhor avaliação sobre as prováveis fontes de infecção. Apesar dessa limitação, verificou-se que entre os casos cuja provável fonte ou mecanismo de transmissão era conhecido, a maioria ocorreu por via sexual (21,3%). A distribuição das prováveis fontes não sofreu muitas variações ao longo do tempo.

Figura 8 - Proporção de casos de hepatite B segundo provável fonte ou mecanismo de infecção e ano de notificação. Brasil, 2008 a 2018.



Do total de casos de Hepatite B notificados de 1999 a 2018, 127.092 (54,5%) ocorreram entre homens. Entre 2008 e 2018, a razão de sexos (M:F), variou entre 11 e 13 homens para cada dez mulheres. As taxas de incidência, tanto em indivíduos do sexo masculino quanto do sexo feminino, vêm apresentando tendência de queda desde 2012.

Figura 9 - Taxa de detecção de casos de hepatite B segundo sexo e ano de notificação. Brasil, 2008 a 2018.

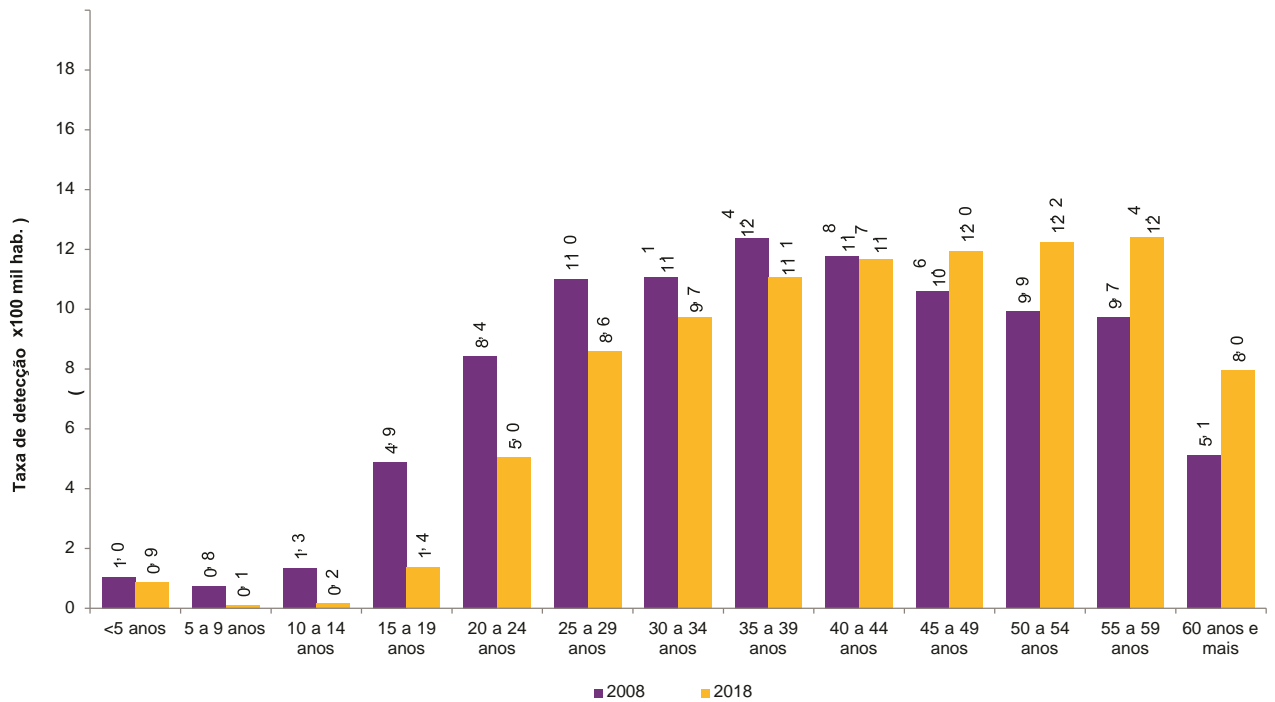


Fonte: Sinan/SVS/MS - BRASIL,2019.

A distribuição dos casos detectados de Hepatite segundo faixa etária e sexo, mostra que do total de casos acumulados, a maioria se concentrou entre indivíduos de 25 a 39 anos (38,2% dos casos). Em 2018, o maior percentual de casos notificados ocorreu entre as pessoas de 30 a 49 anos (47,6% dos casos) e as maiores taxas de detecção foram observadas em indivíduos de 35 a 59 anos- em torno de 12 casos para cada 100.000 habitantes.

Quando comparadas as taxas de detecção por faixa etária em um período de dez anos, pode-se observar que a detecção de hepatite B diminuiu entre indivíduos de até 39 anos. A taxa entre indivíduos de 40 a 44 anos sofreu poucas variações no período, e praticamente coincidiu nos anos de 2008 e 2018 (11,8 casos em 2008 e 11,7 casos em 2018 a cada 100.000 habitantes). Todas as faixas compreendidas acima de 45 anos de idade apresentam aumento na taxa de detecção nos dez anos da análise, com destaque para os indivíduos de 60 anos ou mais, nos quais a taxa passou de 5,1 casos para 8,0 casos a cada 100.000 habitantes, entre 2008 e 2018.

Figura 10 - Taxa de detecção de casos de Hepatite B por faixa etária. Brasil, 2008 e 2018.



Fonte: Sinan/SVS/MS - BRASIL, 2019.

Foram notificados cerca de 7 mil casos suspeitos de hepatites virais em Roraima, no período de 2006 a 2017 e destes 1.233 casos foram confirmados para hepatite B. Em 2017 foram notificados 723 casos suspeitos de hepatites virais, dos quais 320 eram suspeitos de hepatite B, e destes 97 casos foram confirmados e nos 223 casos restantes o resultado foi inconclusivo ou ignorado. A taxa de detecção de hepatite B para 2017 foi de 18,5 casos por 100 mil habitantes (RORAIMA, 2018).

3.3.4 Hepatite C

O HCV é um vírus da família Flaviviridae. Em 1993, a análise filogenética das sequências parciais de HCV recuperadas de um grande número de isolados em todo o mundo demonstraram que o vírus podia ser classificado em seis principais genótipos com subtipos importantes (BUKH; PURCELL; MILLER, 1993). É uma das maiores causas de transplantes de fígado (PETRUZZIELLO et al., 2016).

A história natural da hepatite C é marcada por uma evolução silenciosa. Os sinais e sintomas são comuns às demais doenças parenquimatosas crônicas do fígado e costumam se manifestar apenas nas fases mais avançadas da doença

(MANDELL; DOLIN, 2010). Assim, a maioria dos casos são assintomáticos e o diagnóstico da doença geralmente é tardio, ocorrendo décadas após a infecção viral.

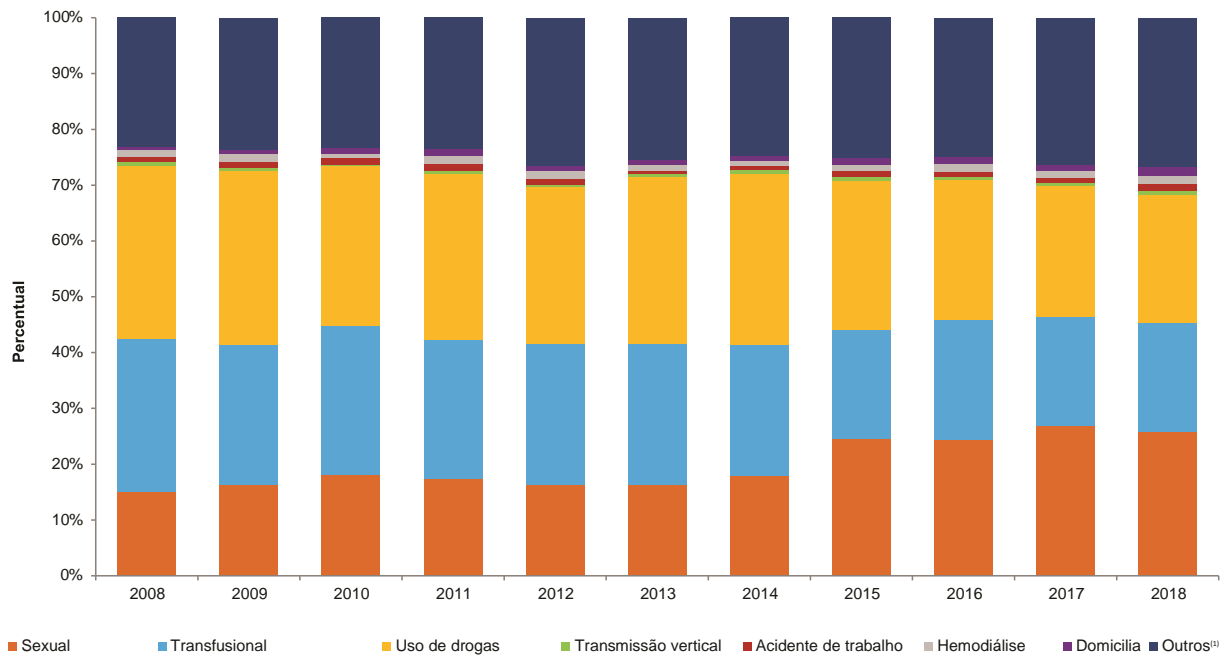
Estima-se que 3% da população mundial esteja infectada pelo vírus da hepatite C, e que entre 60% e 70% das pessoas infectadas desenvolverão doença hepática crônica, necessitando de assistência à saúde especializada e de alta complexidade (CDC, 2017).

De 1999 a 2018, foram notificados no Brasil 359.673 casos de hepatite C com um dos marcadores - anti-HCV ou HCV RNA – Reagente. Considerando-se os casos que possuíam ambos os marcadores reagentes, foram notificados 174.703 casos. Esses dois critérios devem ser considerados devido a mudança da regra de notificação de casos de hepatite C ocorrida em 2015: os casos, que previamente eram notificados com dois marcadores reagentes, passaram, então, a ser notificados com apenas um deles. (BRASIL,2019). Então, pôde-se observar uma tendência de elevação na taxa de detecção em todas as regiões a partir de 2015, quando a definição de caso, se tornou mais sensível.

Em 2018, as capitais com as maiores taxas de detecção de hepatite C, foram Porto Alegre- RS (91,1 casos por 100 mil habitantes) com a maior taxa entre as capitais, seguida de São Paulo- SP (37,3), Curitiba – PR (23,8), Florianópolis – SC (19,1) , Rio Branco – AC (18,2), Vitória – ES (18,1), Salvador- BA (18,0), Porto Velho- RO (17,7) e Boa Vista- RR (16,3). A menor taxa entre as capitais foi observada em Palmas- TO, com 2,4 casos para cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2019).

Quanto a provável fonte ou mecanismo de infecção, ressalta-se a falta de informação em 55,1% dos casos notificados, tornando difícil a caracterização das prováveis fontes de infecção. Verificou-se que o maior percentual de provável fonte de infecção foi referente ao uso de drogas (12,6%), seguido de transfusão sanguínea (10,8%) e de relação sexual desprotegida (8,9%). Em 2018, a proporção de infecções por via sexual (8,9 %) foi superior ao percentual de infecções relacionadas ao uso de drogas (7,9%), e a proporção de infecções por via transfusional foi de 6,8% (BRASIL, 2019).

Figura 11 - Proporção de casos de hepatite C segundo provável fonte ou mecanismo de infecção e ano de notificação. Brasil, 2008 a 2018.

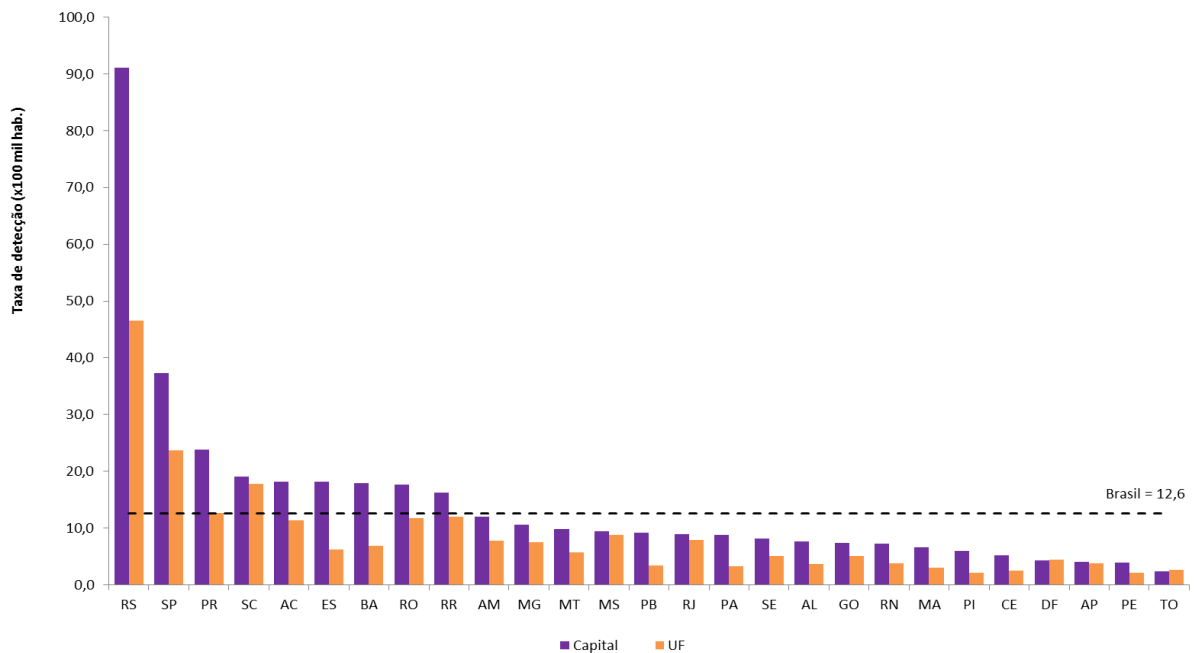


Fonte: Sinan/SVS/MS - BRASIL,2019.

No Brasil, a hepatite C teve como formas preferenciais de transmissão o uso de drogas injetáveis, hemodiálise, transfusão de sangue e hemoderivados e outros procedimentos médicos invasivos, sobretudo até o início dos anos 90. Atualmente, as pessoas que usam drogas, injetáveis ou inaláveis, ainda constituem um grupo de risco no Brasil, embora em número bem menor do que na Ásia, Europa e Estados Unidos. No entanto, a transmissão do vírus não se restringiu a esses grupos. Foram identificados outros mecanismos de transmissão: procedimentos de manicure e pedicure; piercings e tatuagens; tratamentos odontológicos; uso de seringas de vidro; endoscopia digestiva alta; e relações sexuais desprotegidas (BRANDÃO; FUCHS, 2002, MARTINS; NARCISIOSCHIAVON; SCHIAVON, 2011, BRASIL, 2008; PALTANIN; REICHE, 2002;).

A doença também encontrou oportunidade de propagação em populações que apresentam fatores adicionais de vulnerabilidade, como os profissionais do sexo, transtornos mentais e privação de liberdade (BURATTINI et al., 2000; COÊLHO, 2008).

Figura 12 - Taxa de incidência de casos de hepatite C segundo UF e capital de residência. Brasil, 2018.



Fonte: MSSV Departamento de DST AIDS E Hepatites Virais, 2018.

Acerca da infecção por Hepatite C, Boa Vista é considerada a sétima capital com diagnóstico de número de casos novos, chegando a 15,6/100.000 (BRASIL,2016). Em Roraima, de acordo com SINAN/RR/2019 no período de 2010 a 2019, foram notificados 780 casos, de Hepatite C.

Estes dados, no que se refere ao estado de Roraima, sugerem a ineficiência das políticas públicas de saúde no Estado, bem como que a população, incluindo os Profissionais do sexo, pode ter uma percepção equivocada sobre a infecção pelo HIV/IST relacionada com um baixo nível de conhecimento acerca de medidas de prevenção e gravidade da infecção.

De acordo com FISHER et al. (2002), na medida em que os indivíduos são bem informados, altamente motivados e qualificados, espera-se que iniciem e mantenham padrões de comportamento preventivo ao HIV e outras IST. Conhecer os aspectos teóricos do Comportamento Preventivo em Saúde é de grande relevância para as ações de saúde, especialmente os de ação comunitária, que entre outros objetivos, buscam motivar a adoção de medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças, individuais e/ou coletivas, que possibilitem uma transformação nas condições de vida e saúde (PRADO, 2003).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, analítico, de caráter quantitativo.

4.2 CENÁRIO E POPULAÇÃO DE ESTUDO

Roraima é um estado do extremo Norte da Amazônia legal brasileira, constituído por 15 municípios e possui uma população de aproximadamente 522.636 habitantes (IBGE, 2017) estando 63% desta população concentrada em sua capital, a cidade de Boa Vista. Mais de um terço da sua população possui entre 20 e 39 anos (37,4%), sendo a maioria do gênero masculino (IBGE, 2015).

Caracteriza-se por possuir duas fronteiras internacionais (Venezuela e Guiana Inglesa), o que facilita a manutenção de uma fronteira sexual, facilitando a migração de mulheres destes dois países para atuar como profissionais do sexo em Roraima.

4.3 AMOSTRA E AMOSTRAGEM

A amostra do estudo foi composta por 72 Profissionais do Sexo da zona oeste de Boa Vista - Roraima, pertencentes a faixa etária de 18 a 65 anos, independente do gênero e que trabalham em pontos de prostituição localizados nas proximidades da Feira do Passarão. Foram realizadas visitas nestes pontos de prostituição até se alcançar a meta amostral. Os participantes foram convidados de forma individual. Tratou-se de uma amostra não probabilística definida por conveniência, por tratar-se de um local onde há um maior agrupamento destes profissionais.

Após amplo esclarecimento e aceitação em participar da pesquisa, os participantes do estudo explicitaram sua anuência em compor o grupo amostral através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice A).

4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A pesquisa, ocorreu no mês de agosto de 2018. Após a assinatura do TCLE, cada participante respondeu um questionário não identificado nominalmente (codificado) e uma escala, gozando de privacidade e sob supervisão do pesquisador responsável pelo estudo, sendo a primeira parte do questionário aplicada pelo próprio pesquisador e a segunda parte autoaplicável. Após a aplicação do questionário, o mesmo foi depositado em uma urna lacrada.

Os instrumentos de pesquisa consistiram em um questionário estruturado (Anexo A), adaptado do estudo de Miranda e colaboradores (2011), o qual abordou dados sociodemográficos, questões sobre as práticas de comportamento sexual e conhecimentos sobre HIV/AIDS, Sífilis e Hepatites B e C e uma escala de crenças, que avaliou as crenças e percepções acerca da prevenção de IST (Anexo B).

4.4.1 Procedimentos diagnósticos

Os participantes foram convidados a realizar os testes rápidos que utilizam a tecnologia imunocromatográfica para HIV por meio de ensaio qualitativo para a detecção de anticorpos específicos para HIV- ½ (TR DPP HIV- ½ , Bio-Manguinhos , Rio de Janeiro, Brasil), para Sífilis (ALERE SÍFILIS) por meio da detecção qualitativa de anticorpos IgG , IgM e IgA contra o *Treponema pallidum*, caracterizado como um teste treponêmico (Importador ALERE S/A, São Paulo, Brasil), para hepatite B (VIKIA HBsAg) por meio da detecção qualitativa do antígeno HBs (bio Mérieux SA, France), e para hepatite C (ALERE HCV) por meio da detecção qualitativa de anticorpos específicos contra HCV (Importador ALERE S/A , São Paulo ,Brasil).

A amostra coletada foi de sangue total por punção digital, utilizando lanceta estéril. Mediante aceitação, foi realizado aconselhamento pré e pós-teste, para qual a equipe de pesquisadores foi treinada. O resultado foi informado individualmente em 20 minutos após a coleta de sangue e um laudo foi emitido. Os resultados não reagentes foram considerados negativos.

4.4.2 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos neste estudo, profissionais do sexo, na faixa etária de 18 a 65 anos, independente do gênero, da nacionalidade, residentes em Boa Vista – Roraima, que atuavam nos pontos de prostituição da zona oeste da cidade, nas proximidades da Feira do Passarão, que possuíam as faculdades cognitivas preservadas e que concluíram todos os procedimentos previstos para a coleta de dados nesta pesquisa.

Foram excluídos aqueles que não assinaram o TCLE, os menores de idade e maiores de 65 anos, indígenas, que não possuíam as faculdades cognitivas preservadas e que não cumpriram todos os procedimentos de coleta de dados estabelecidos pelo protocolo de pesquisa.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados de cada participante foram tabulados, categorizados e armazenados utilizando-se o software Microsoft Excel versão 10. Inicialmente foi realizada a análise descritiva dos dados e posteriormente comparativa entre as características sociodemográficas e de fatores associados à infecção pelo HIV, sífilis, hepatite B e C. Foram utilizadas medidas de tendência central para variáveis contínuas e percentuais para variáveis categóricas.

Com o intuito de mensurar qualitativamente o nível de conhecimento dos sobre as IST conforme o Apêndice A, elaborou-se um escore estruturado da seguinte maneira: de um total de 30 (trinta) questões, os participantes que obtiveram entre 01 (um) e 10 (dez) acertos foram categorizados como detentores de um nível baixo de conhecimento acerca da prevenção das IST, os que apresentaram entre 11 (onze) e 20 (vinte) acertos foram avaliados com um nível médio de conhecimento e por fim os participantes que obtiveram entre 21 (vinte e um) e 30 (trinta) acertos foram categorizados como detentores de um nível de conhecimento alto.

Já com relação a Escala de Crenças e Percepções (Apêndice B), foi atribuída uma pontuação prévia a cada resposta, sendo 5 pontos atribuídos à resposta considerada correta, criando-se assim uma escala decrescente até 1 ponto, o qual foi atribuído à resposta menos correta. Desta forma, a partir da atribuição dos pontos e

do somatório total dos mesmos, ao final das 46 questões que compõem o questionário, criou-se as seguintes categorias:

- a) Entre 46 e 92 pontos – crenças e percepções de risco para IST/HIV.
- b) Entre 93 e 183 pontos – crenças e percepções consideradas neutras, mas que devem ser melhoradas para se tornarem protetivas.
- c) Entre 184 e 230 pontos – crenças e percepções protetivas contra IST/HIV.

Utilizou-se o programa Epi Info (CDC) versão 7.2.3.1 com a finalidade de aplicar o teste do χ^2 (qui quadrado) ou Fisher, para comparar diferenças de proporções de variáveis categóricas e foi considerado o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). O critério de seleção de variáveis explicativas para entrada na análise multivariada foi o valor crítico de $p < 0,05$ na análise univariada.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), envolvendo seres humanos da Universidade Federal de Roraima (UFRR): Número do Parecer 2.962.053 (Anexo C). Todos os participantes foram amplamente esclarecidos sobre os propósitos e métodos da pesquisa e assinaram o TCLE antes da entrevista, aplicação dos questionários e escalas.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICOS

A amostra deste estudo foi constituída por 72 profissionais do sexo, os quais foram abordados em uma ação nas proximidades da Feira do Passarão, correspondente ao local do estudo. A Tabela 1 aponta às características sociais e demográficas dos 72 participantes do estudo.

Com relação a nacionalidade, a grande maioria (90,3%) era de origem venezuelana, enquanto apenas 9,7% era brasileira. Já no tocante ao bairro de residência, o bairro Caimbé concentrou 77,8% dos participantes da pesquisa, seguido do Buritis (9,7%). Os bairros menos representados foram Caranã, Pricumã, Tancredo Neves, Pintolândia e Cidade Satélite com 1,4% dos participantes.

A idade variou de 18 a 60 anos, sendo a faixa etária de 18-28 anos (68,0%) a mais prevalente e a faixa de 41-60 anos (8,4%) aquela com o menor número de indivíduos. Com relação ao gênero, 97,2% dos participantes se identificaram como pertencentes ao gênero feminino e 2,8% ao masculino, não havendo desta forma nenhum participante identificado como transgênero.

No tocante a raça/cor 51,4% dos participantes se declararam pardos, seguidos dos brancos (11%) e dos pretos (9,7%). Entretanto, 26,4% dos participantes não responderam este quesito.

A maioria dos participantes da pesquisa declarou ser solteiro (58,0%), seguidos do grupo dos que possuíam um parceiro fixo, formado pelos comprometidos (13,9%), casados (8,3%) e que vivenciavam união estável (8,35%). O estado civil separado foi o menos frequente com 4,6%. Quanto a escolaridade, o período de estudo de 7 a 12 anos foi o mais frequente, com 59,7 %, seguido do nível universitário com 16,7 % e do nível pós-graduação com 8,3%. Já o nível de escolaridade menos frequente foi o sem estudos (2,8%).

Considerando a renda familiar mensal, houve um grande predomínio de participantes com renda de até R\$ 1.000,00 (77,8%), seguidos daqueles que apresentaram a renda entre R\$ 1.001,00 e R\$ 3.000,00 (12,5%). Por outro lado, a faixa de renda situada entre R\$ 8.001,00 e R\$ 10.000,00 foi a menos prevalente (1,5%).

Por fim, quando questionados sobre sua religião, 38,9% declarou ser católico, sendo essa a religião mais expressiva, 26,4% dos indivíduos relataram ser cristãos e apenas 1,4% evangélicos. Já, 20,8% dos participantes declararam não possuir nenhuma religião.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico e socioeconômico dos profissionais do sexo entrevistados. Boa Vista – Roraima, 2019 (n=72).

Variáveis		Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
Sexo	Feminino	70	97,2
	Masculino	02	2,8
Faixa Etária	18-28 anos	49	68,0
	29-40 anos	17	23,6
	41-60 anos	06	8,4
Raça/cor	Parda	37	51,4
	Branca	08	11,0
	Preta	07	9,7
	Amarela	01	1,5
	Não relatado	19	26,4
Nacionalidade	Brasileiro	07	9,7
	Venezuelano	65	90,3
Bairro de Domicílio	Caimbé	56	77,8
	Buritis	07	9,7
	Asa Branca	04	5,5
	Caraná	01	1,4
	Pricumã	01	1,4
	Tancredo Neves	01	1,4
	Pintolândia	01	1,4
	Cidade Satélite	01	1,4
Estado Civil	Solteiro (a)	42	58,0
	Casado (a)	06	8,3
	União Estável	06	8,3
	Separado (a)	03	4,6
	Comprometido (a)	10	13,9
	Outros	05	6,9
Escolaridade	Não estudou	02	2,8
	1-3 anos	03	4,2
	4-6 anos	06	8,3

	7-12 anos	43	59,7
	Nível Universitário	12	16,7
	Pós-graduação	06	8,3
	Não estudou	02	2,8
Renda Familiar Mensal (R\$)	Até 1.000	56	77,8
	De 1.001 até 3.000	09	12,5
	De 3.001 até 6.000	02	2,8
	De 6.001 até 8.000	0	0,0
	De 8.001 até 10.000	01	1,5
	Não relatado	04	5,4
Religião	Católica	28	38,9
	Cristã	19	26,4
	Evangélica	01	1,4
	Não tem Religião	15	20,8
	Não relatado	09	12,5
Total		72	100

Fonte: Elaboração da própria autora a partir dos dados da pesquisa, Boa Vista – Roraima, 2020.

5.2 PREVALÊNCIA DA INFECÇÃO POR IST/HIV EM POPULAÇÃO DE PROFISSIONAIS DO SEXO DO ESTADO DE RORAIMA

A prevalência da infecção por IST/HIV na amostra estudada foi de 13,8% (10 indivíduos diagnosticados com algumas IST) de um total de 72 participantes do estudo (70 mulheres e 02 homens) (Tabela 2). Dentre os participantes, 09 (12,5%) foram diagnosticados com Sífilis e 01 (1,4%) com HIV. Nenhum dos participantes apresentou resultado Reagente para Hepatite B ou Hepatite C. Convém ressaltar que nenhum dos dois participantes do gênero masculino que compuseram o universo amostral, foram diagnosticados com IST.

Tabela 2 - Frequência absoluta e relativa dos resultados dos testes rápidos para detecção das ISTs (HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C) nos profissionais do sexo analisados. Boa Vista – Roraima, 2019 (n=72).

Variável	n	%
HIV		
Reagente	1	1,4
Não Reagente	71	98,6
Sífilis		
Reagente	9	12,5

Não Reagente	63	87,5
Hepatite B		
Reagente	0	0,0
Não Reagente	72	100,0
Hepatite C		
Reagente	0	0,0
Não Reagente	72	100,0

Fonte: Elaboração da própria autora a partir dos dados da pesquisa, Boa Vista – Roraima, 2020.

5.3 ASSOCIAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS PARTICIPANTES COM A PREVALÊNCIA DE ISTs

Quanto à distribuição do resultado dos testes rápidos por bairro de residência dos participantes da pesquisa (Tabela 3), o bairro do Pintolândia foi o que apresentou maior frequência de resultados positivos (100,0%), seguido pelos bairros do Asa Branca (25,0%) e Caimbé (14,3%). Já os bairros que apresentaram menor frequência de resultado positivo para IST/HIV foram Cidade Satélite (0,0%), Buritis (0,0%), Tancredo Neves (0,0%), Caranã (0,0%) e Pricumã (0,0%).

Tabela 3 - Resultados dos testes rápidos para detecção das ISTs (HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C) nos profissionais do sexo conforme o bairro de residência. Boa Vista – Roraima, 2020.

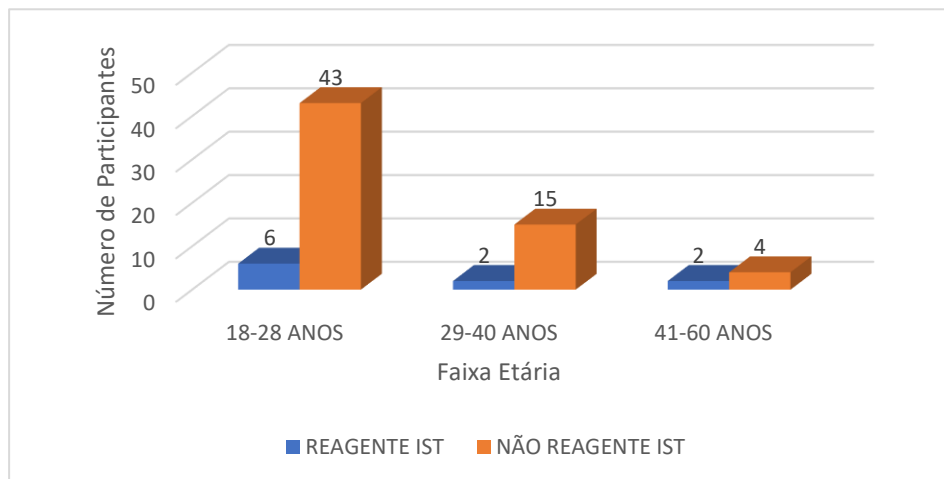
Bairro de Residência	Negativo n (%)	Positivo n (%)	Total Geral
Cidade Satélite	01 (100,0%)	0 (0,0%)	01
Buritis	07 (100,0%)	0 (0,0%)	07
Asa Branca	03 (75,0%)	01 (25,0%)	04
Caimbé	48 (85,7%)	08 (14,3%)	56
Tancredo Neves	01 (100,0%)	0 (0,0%)	01
Caranã	01 (100,0%)	0 (0,0%)	01
Pintolândia	0 (0,00%)	01 (100,0%)	01
Pricumã	01 (100,0%)	0 (0,0%)	01
Total Geral	62 (86,2%)	10 (13,8%)	72

Fonte: Elaboração da própria autora a partir dos dados da pesquisa, Boa Vista – Roraima, 2020.

A Figura 13 aponta que de um total de 72 participantes da pesquisa, 49 fazem parte da faixa etária de 18 a 28 anos (68,0%), 17 estão entre 29 e 40 anos (23,6%) e

06 entre 41 e 60 anos (8,4%). A faixa etária de maior prevalência para IST foi de 41 e 60 anos (33,3% - 02/06), seguida de 18 a 28 anos (12,2% - 06/49) e a menor prevalência de IST foi evidenciada entre a faixa etária de 29 a 40 anos (11,7% - 02/17).

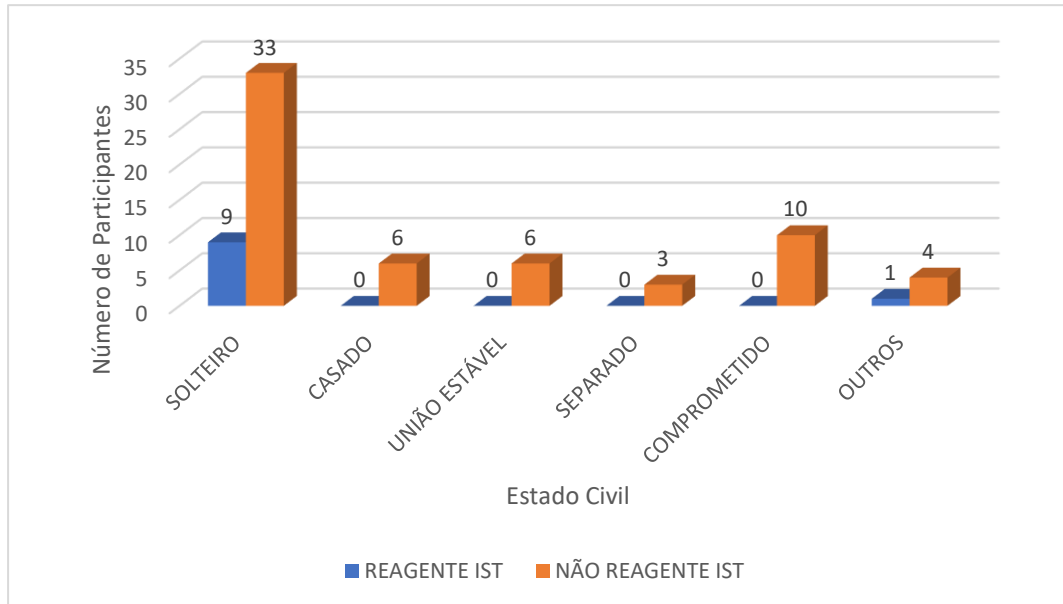
Figura 13 - Resultados dos testes rápidos para detecção das ISTs (HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C) nos profissionais do sexo conforme a faixa etária. Boa Vista – Roraima, 2020.



Fonte: Elaboração da própria autora a partir dos dados da pesquisa, Boa Vista – Roraima, 2020.

No que diz respeito ao estado civil (Figura 14), 42 participantes são solteiros (58,0%), 10 são comprometidos (13,9%), 06 são casados (8,3%), 06 vivenciam união estável (8,3%), 03 são separados (4,6%) e 05 participantes relataram vivenciar outros tipos de relações (6,9%). A relação entre o estado civil dos participantes da pesquisa e o desfecho resultado positivo para a IST aponta que a prevalência foi maior entre o grupo dos solteiros correspondendo a 21,4% (9/42), sendo seguido pelos que relataram viver outros tipos de relações (20,0% - 01/05). Já a menor prevalência foi evidenciada entre os casados (0,0%), os que vivenciam união estável (0,0%), os comprometidos (0,0%) e os separados (0,0%).

Figura 14 - Resultados dos testes rápidos para detecção das ISTs (HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C) nos profissionais do sexo conforme o estado civil. Boa Vista – Roraima, 2020.



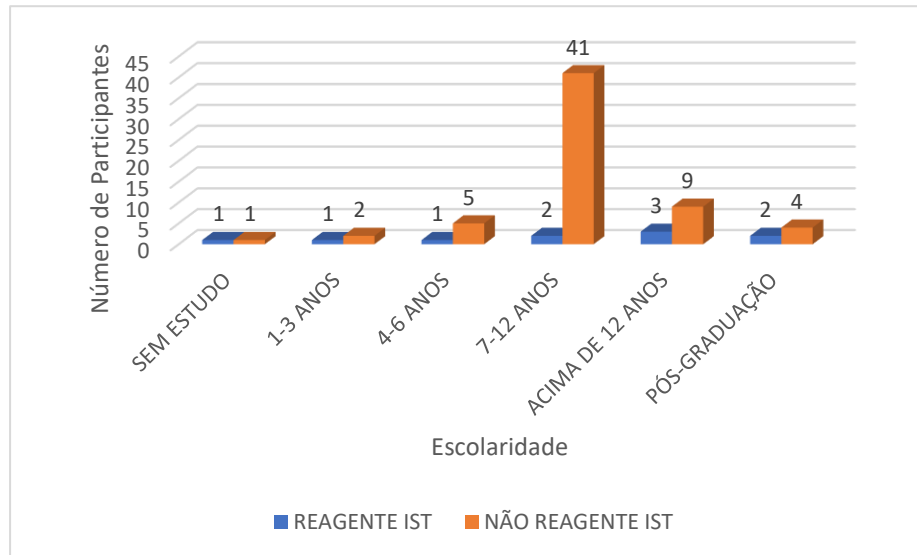
Fonte: Elaboração da própria autora a partir dos dados da pesquisa, Boa Vista – Roraima, 2020.

Com relação a escolaridade, 02 participantes nunca estudaram (2,8%), 03 estudaram de 1 a 3 anos (4,2%), 06 estudaram entre 4 e 6 anos (8,3%), 43 entre 7 e 12 anos (59,7%), 12 cursavam ou concluíram o ensino universitário (16,7%) e 06 cursavam ou haviam concluído uma pós-graduação (8,3%). A maior prevalência de IST foi observada entre os que nunca haviam estudado (50% - 01/02), seguidos pelos que estavam cursando ou haviam concluído pós-graduação (33,3% - 02/06) e os que possuíam apenas entre 1 e 3 anos de estudos (33,3% - 01/03), seguidos pelos que estavam cursando ou concluíram o nível universitário (acima de 12 anos) (25,0% - 03/12), os que possuíam entre 4 e 6 anos de estudo (16,6% - 1/6) e por fim a menor prevalência foi evidenciada entre o grupo que possuía entre 7 e 12 anos de estudo (4,6% - 02/43).

A Figura 16 aponta que de um total de 72 participantes deste estudo, 37 se declararam pardos (51,4%), 8 são brancos (11,0%), 07 pretos (9,7%) e 01 amarelo (1,5%). Convém ressaltar que 19 participantes (26,4%) não responderam essa questão. A análise da relação entre a raça/cor e a ocorrência de IST aponta que a maior prevalência se deu entre o grupo dos que não relataram sua raça/cor (26,31% - 05/19), seguidos dos que se declararam pardos (13,5% - 05/37). Não houve

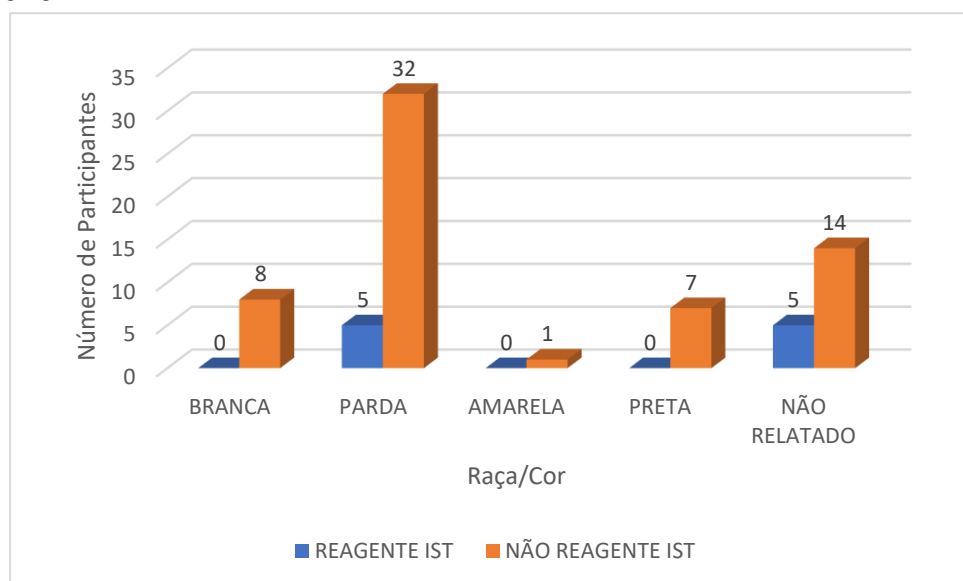
resultado Reagente para IST entre os grupos dos brancos, pretos, bem como entre o único indivíduo que se declarou amarelo no estudo.

Figura 15 - Resultados dos testes rápidos para detecção das ISTs (HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C) nos profissionais do sexo conforme o grau de escolaridade. Boa Vista – Roraima, 2020.



Fonte: Elaboração da própria autora a partir dos dados da pesquisa, Boa Vista – Roraima, 2020.

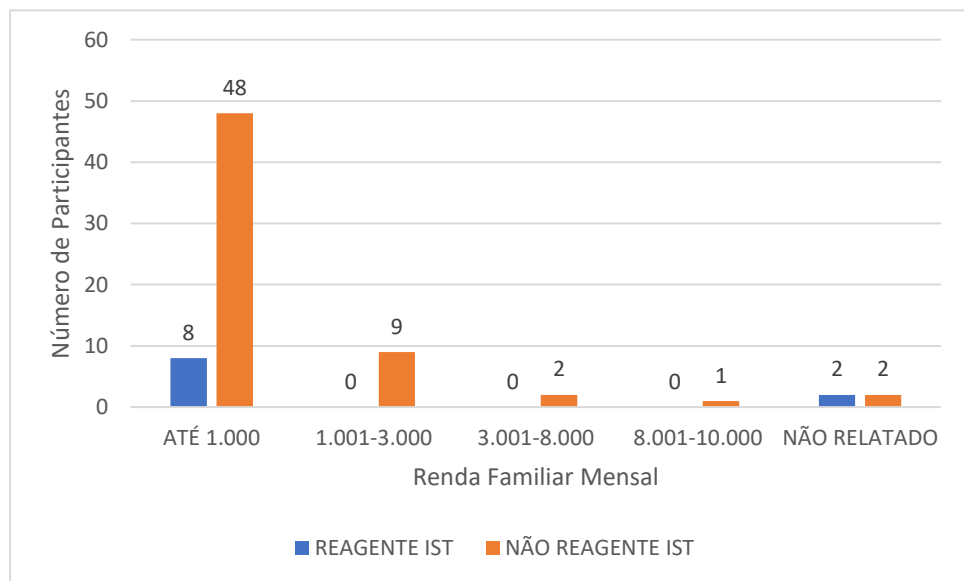
Figura 16 - Resultados dos testes rápidos para detecção das ISTs (HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C) nos profissionais do sexo conforme a raça/cor. Boa Vista – Roraima, 2020.



Fonte: Elaboração da própria autora a partir dos dados da pesquisa, Boa Vista – Roraima, 2020.

A renda mensal familiar (Figura 17), demonstra que 56 participantes possuem a renda de até R\$ 1.000,00 (77,8%), 09 participantes entre R\$ 1.001,00 e R\$ 3.000,00 (12,5%), 02 entre R\$ 3.001,00 e R\$ 6.000,00 (2,8%), nenhum entre R\$ 6.001,00 e R\$ 8.000,00 (0,0%), 01 participante entre R\$ 8.001,00 e R\$ 10.000,00 (5,4%) e 04 não responderam esse quesito. A relação entre a renda mensal familiar e o desfecho resultado positivo para IST/HIV aponta que a maior prevalência se deu entre o grupo de participantes que não informou sua renda (50% - 2/4) seguido pelo grupo dos que recebem até R\$ 1.000,00 (14,3% - 8/56). Não foi evidenciado resultado Reagente para IST/HIV entre os grupos que recebem entre R\$ 1.001,00 e R\$ 3.000,00, entre R\$ 3.001,00 e R\$ 6.000,00, bem como entre o único participante que recebe entre R\$ 8.001,00 e R\$ 10.000,00.

Figura 17 - Resultados dos testes rápidos para detecção das ISTs (HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C) nos profissionais do sexo conforme a renda familiar mensal. Boa Vista – Roraima, 2020.

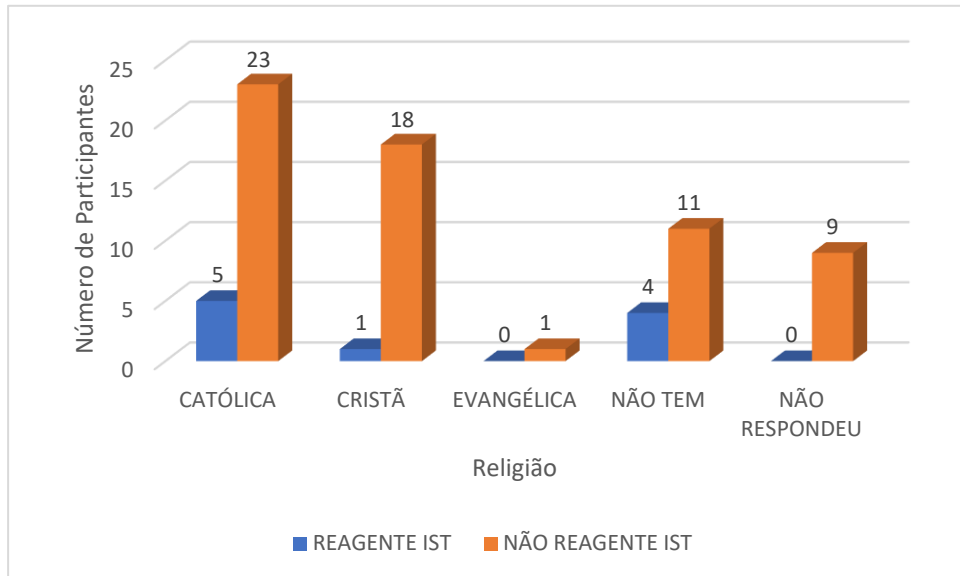


Fonte: Elaboração da própria autora a partir dos dados da pesquisa, Boa Vista – Roraima, 2020.

Por fim, no tocante a religião, 28 participantes (38,9%) se definiram como católicos, 19 como cristãos (26,4%), 01 como evangélico (1,4%), 15 afirmaram não possuir nenhuma religião (20,8%) e 09 não responderam essa questão (12,5%). A maior prevalência de IST foi observada entre os que relataram não ter religião (26,7%

- 04/15), seguidos dos católicos (17,8% - 05/28) e dos cristãos (5,3% - 01/19). Não foi evidenciada IST entre o único evangélico e os 09 que não responderam essa questão.

Figura 18 - Resultados dos testes rápidos para detecção das ISTs (HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C) nos profissionais do sexo conforme a religião. Boa Vista – Roraima, 2020.



Fonte: Elaboração da própria autora a partir dos dados da pesquisa, Boa Vista – Roraima, 2020.

5.4 NÍVEL DE CONHECIMENTO ACERCA DA PREVENÇÃO DAS IST/HIV

A Tabela a seguir (Tabela 4) apresenta o nível de conhecimento dos 72 participantes da pesquisa (frequências absoluta e relativa), quando questionados acerca da prevenção das IST.

Tabela 4 - Conhecimento dos profissionais do sexo entrevistadas sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis (AIDS, Hepatite B, Hepatite C e Sífilis). Boa Vista – Roraima, 2019 (n=72).

Questões	Verdadeiro		Falso		Não sei	
	n	%	n	%	n	%
O vírus HIV é transmitido pela relação sexual.	62	86,1	8	11,1	2	2,8
A pessoa contaminada com o vírus da AIDS	29	40,3	25	34,7	18	25,0

sempre apresenta os sintomas da doença						
O vírus da AIDS é identificado através de exames de laboratório.	56	77,8	4	5,6	12	16,7
O vírus da AIDS pode ser transmitido por sabonetes, toalhas e assentos sanitários	10	13,9	45	62,5	17	23,6
O vírus da AIDS pode ser transmitido por abraço, beijo no rosto, beber no mesmo copo.	23	31,9	35	48,6	14	19,4
A AIDS é uma doença grave.	67	93,1	3	4,2	2	2,8
O uso da camisinha em todas as relações sexuais impede a transmissão do vírus da AIDS.	63	87,5	4	5,6	5	6,9
Existe uma camisinha específica para as mulheres.	69	95,8	2	2,8	1	1,4
O uso da mesma seringa e agulha por diversas pessoas pode transmitir AIDS.	68	94,4	2	2,8	2	2,8
A AIDS é uma doença que somente pega em homossexuais, profissionais do sexo e viciados em drogas.	15	20,8	49	68,1	8	11,1
As pessoas mais velhas não devem se preocupar com a AIDS, pois ela atinge apenas os jovens	62	86,1	5	6,9	5	6,9
A AIDS é uma doença que tem tratamento	13	18,1	47	65,3	12	16,7
A AIDS é uma doença que tem cura.	20	27,8	51	70,8	1	1,4
Utilizar lâminas de barbear, alicates de unhas de outra pessoa pode transmitir Hepatite B e Hepatite C?	38	52,8	12	16,7	22	30,6

O uso de camisinha em todas as relações sexuais impede a transmissão das hepatites.	41	56,9	7	9,7	24	33,3
Existe vacina contra Hepatite B (Que evita contrair a doença).	45	62,5	1	1,4	26	36,1
A hepatite B é uma doença que tem cura.	37	51,4	7	9,7		38,9
A Hepatite B e a Hepatite C podem ser transmitidas via sexual.	29	40,3	6	8,3	37	51,4
A Sífilis é uma doença que se transmite pelo uso compartilhado de toalhas e roupas íntimas.	39	54,2	19	26,4	14	19,4
Mulheres não pegam sífilis.	29	40,3	31	43,1	12	16,7
A Sífilis é uma doença que tem cura.	32	44,4	12	16,7	28	38,9
A Sífilis é transmitida via sexual.	44	61,1	26	36,1	2	2,8

Fonte: Elaboração da própria autora a partir dos dados da pesquisa, Boa Vista – Roraima, 2020.

Com relação ao conhecimento sobre a transmissão do vírus HIV, 86,1% (n=62) afirmaram que a transmissão acontece na relação sexual, 94,4% (n=68) também confirmaram a transmissão por seringa e agulha compartilhadas, 62,5% (n=45) negaram que a transmissão ocorra por sabonetes, toalhas e assentos sanitários e 68,1% (n=49) assinalaram a alternativa falsa para a transmissão da doença somente em homossexuais, profissionais do sexo e viciados em drogas.

Quanto a transmissão do vírus HIV por abraço, beijo no rosto e ingestão de bebidas no mesmo recipiente, 31,9% (n=23) assinalaram como verdadeiro e 19,4% (n=14) não sabiam, demonstrando um conhecimento insuficiente. Outra variável que chamou atenção foi a transmissão e o adoecimento em pessoas mais velhas, na qual 86,1% (n=62) dos entrevistados afirmaram que a doença só atinge a faixa jovem.

Ainda tratando da AIDS, 93,1% (n=67) reiteraram que se trata de uma doença grave, 87,5% (n=63) declararam que o uso do preservativo em todas as relações sexuais impede a transmissão do vírus HIV e 95,8% (n=69) afirmaram que existe uma

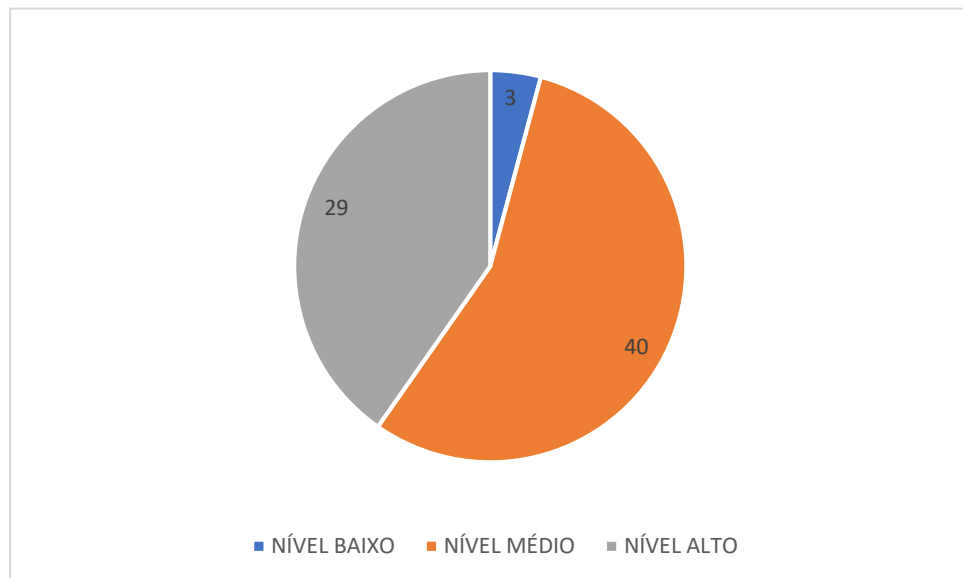
camisinha específica para o sexo feminino. Nas variáveis tratamento e cura da AIDS, percebeu-se uma ausência de clareza nas respostas, nas quais 65,3% (n=47) afirmaram que a doença não possui tratamento e 27,8% (n=20) que há cura, mostrando um conhecimento deficitário sobre a terapêutica dessa IST.

Em se tratando das hepatites virais transmitidas sexualmente, percebeu-se uma menor familiaridade do público com o tema. Quanto a transmissão das Hepatites B e C, 52,8% (n=38) declararam que o uso compartilhado de instrumentos perfurocortantes como lâminas de barbear, alicates de unha pode transmitir o vírus, porém 30,6% (n=22) não souberam responder. Ao perguntar se as Hepatite B e C poderiam ser transmitidas por via sexual, 51,4% (n=37) dos entrevistados não souberam responder e 40,3% (n=29) assinalaram a alternativa verdadeira. No que se refere a prevenção das hepatites, 62,5% (n=45) asseguram existir vacina para prevenção de Hepatite B e 56,9% (n=41) afirmaram que o uso do preservativo em todas as relações sexuais impede a transmissão das hepatites. Com relação a cura da Hepatite B, somente 9,7% (n=7) afirmaram não ter cura, 51,4% (n=37) assentiram ter cura e 38,9% (n=28) não souberam opinar.

No que concerne a sífilis, os participantes também mostraram um conhecimento deficiente, principalmente quanto as formas de transmissão da doença. Com relação a isso, 61,1% (n=44) afirmaram que a sífilis é transmitida por via sexual, todavia 54,2% (n=39) referiram que também é uma doença transmitida pelo uso compartilhado de toalhas e roupas íntimas e 40,3% (n=29) declararam que mulher não é infectada pela sífilis. Quanto a cura da doença, 44,4% (n=32) mostraram um conhecimento adequado afirmando que a doença possui cura, porém 38,9% (n=28) não souberam opinar e 16,7% (n=12) disseram que não há cura.

Com base na categorização do conhecimento sobre as ISTs descritos na metodologia, obteve-se o resultado evidenciado na Figura 19. No computo geral a média de acerto dentre as 30 questões foi de 18,6 questões. Ainda conforme a Figura 19, 40 participantes foram classificados como detentores de um nível de conhecimento médio (55,5%), seguidos de 29 participantes com nível alto (40,3%) e de uma minoria de 03 participantes (4,2%) portadores de um nível baixo de conhecimento acerca da prevenção das IST/HIV.

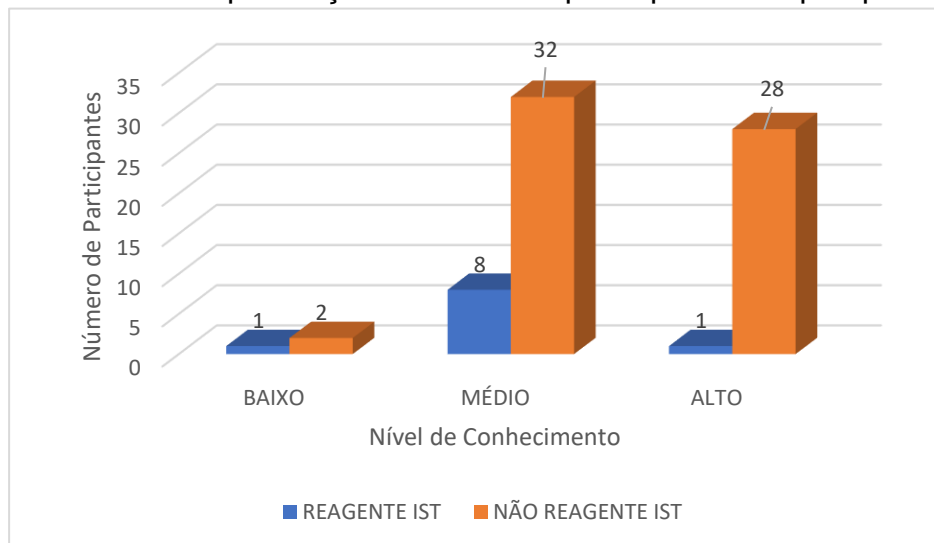
Figura 19 - Escore do nível de conhecimento dos Profissionais do Sexo de Boa Vista-RR acerca da prevenção das IST.



Fonte: Elaboração da própria autora a partir dos dados da pesquisa, Boa Vista – Roraima, 2020.

Ao relacionar-se o nível de conhecimento com a prevalência de IST/HIV na amostra estudada (Figura 20), tem-se que a maior prevalência foi evidenciada entre o grupo que apresentou o nível de conhecimento baixo (33,3% - 01/03), seguido do grupo com conhecimento médio (20,0% - 08/40) e por fim, do grupo com conhecimento alto (3,45% - 01/29).

Figura 20 - Análise do desfecho presença de IST considerando o nível de conhecimento acerca da prevenção das IST dos participantes da pesquisa.



Fonte: Elaboração da própria autora a partir dos dados da pesquisa, Boa Vista – Roraima, 2020.

A associação entre o resultado positivo para IST/HIV e as características sociodemográficas e o nível de conhecimento estão descritas na Tabela 5. Ao realizar o teste qui-quadrado (nível de significância $p < 0,05$) observou-se que não houve associação estatisticamente significativa entre o resultado Reagente para IST/HIV e o estado civil ($p = 0,07$); o nível de escolaridade dos participantes ($p = 0,16$); a religião ou o fato de não ter religião ($p = 0,18$); renda familiar ($p = 0,14$); a faixa etária ($p = 0,55$) e a raça/cor ($p = 0,12$). Não foi possível realizar o teste qui-quadrado buscando uma possível associação entre o nível de conhecimento dos participantes do estudo e a ocorrência de IST/HIV, uma vez que somente 3 pessoas apresentaram nível baixo de conhecimento e apenas uma pessoa classificada com nível alto de conhecimento foi diagnosticada com IST, não atingindo o número mínimo de 5 indivíduos necessários em cada grupo para a realização adequada do teste.

Tabela 5 - Associação entre as características sociodemográficas e nível de conhecimento dos participantes da pesquisa com resultado Reagente para IST/HIV.

Características sociodemográficas		n	Positivo n (%)	p-valor
Faixa etária	18-28	49	06 (12,2)	(p=0,55)
	29-40	17	02 (11,7)	
	41-60	06	02 (33,3)	
Estado civil	Solteiro	24	09 (21,4)	(p=0,07)
	Casado	06	00 (0,0)	
	União estável	06	00 (0,0)	
	Separado	03	00 (0,0)	
	Comprometido	10	00 (0,0)	
	Outros	05	01 (20,0)	
Escolaridade	Sem estudos	02	01 (50,0)	(p=0,16)
	1-3 anos	03	01 (33,3)	
	4-6 anos	06	01 (16,6)	
	7-12 anos	43	02 (4,6)	
	Nível universitário	12	03 (25,0)	
	Pós-graduação	06	02 (33,3)	
Religião	Católica	28	05 (17,8)	(p=0,18)
	Cristã	19	01 (5,3%)	
	Evangélica	01	00 (0,0%)	
	Não tem	15	04 (26,7%)	
	Não respondeu	09	00 (0,0%)	
Raça/Cor	Branca	08	00 (0,0)	(p=0,12)
	Amarela	01	00 (0,0)	
	Preta	07	00 (0,0)	
	Parda	37	05 (13,5)	
	Não respondeu	19	05 (26,3)	

Renda Familiar (R\$)	Até 1.000	56	08 (14,3)	(p=0,14)
	1.001 - 3.000	09	00 (0,0)	
	3.001 - 6.000	02	00 (0,0)	
	6.001 - 8.000	00	00 (0,0)	
	8.001 - 10.000	01	00 (0,0)	
	Não relatado	04	02 (50,0)	

Fonte: Elaboração da própria autora a partir dos dados da pesquisa, Boa Vista – Roraima, 2020.

5.5 ANÁLISE DAS CRENÇAS E PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DOS SEXO ACERCA DA PREVENÇÃO DAS IST

Com intuito de analisar as percepções e crenças dos profissionais do sexo acerca das IST, foi aplicado a cada participante da pesquisa um questionário composto por 46 questões, cujo padrão de resposta está estruturado sob a forma de uma escala modelo Likert de 5 pontos, a saber: *discordo*, *inclinado a discordar*, *neutro*, *inclinado a concordar*, *concordo*.

Tabela 6 - Escala de crenças e percepções sexuais dos profissionais do sexo entrevistados. Boa Vista - Roraima, 2020.

Variáveis	1	2	3	4	5	M
	(%)					
É importante que as pessoas conversem sobre infecções sexualmente transmissíveis.	4,2	0	0	2,8	93,1	4,81
É importante saber se o nosso parceiro(a) possui um comportamento sexual promíscuo(a).	5,6	1,4	0	2,8	90,3	4,71
Conversar sobre temas como infecções sexualmente transmissíveis pode comprometer um relacionamento amoroso	34,7	0	11,1	4,2	50,0	3,35
Uma mulher não tem que consultar regularmente o ginecologista se nunca teve relações sexuais.	45,8	5,6	2,8	6,9	38,9	2,88
Depois de um diagnóstico de infecção sexualmente transmissível ambos os parceiros devem receber tratamento.	1,4	0	0	1,4	97,2	4,93

É importante ter diariamente hábitos de higiene pessoal com o nosso corpo.	1,4	0	0	0	98,6	4,94
Homem e mulher são igualmente responsáveis pela compra de preservativos.	2,8	0	1,4	2,8	93,1	4,83
A maioria das infecções sexualmente transmissíveis não interferem na vida sexual.	30,6	1,4	12,5	4,2	51,4	3,44
A maioria das infecções sexualmente transmissíveis não interferem na vida cotidiana	34,7	5,6	6,9	11,1	41,7	3,19
O risco de contrair uma infecção sexualmente transmissível não é uma consequência do comportamento sexual, mas do azar.	48,6	2,8	9,7	4,2	34,7	2,74
É melhor esperar que um sintoma desagradável desapareça com o tempo do que ir ao médico imediato	68,1	2,8	4,2	2,8	22,2	2,08
O aconselhamento por especialistas em saúde contribui para manter a saúde sexual.	4,2	0	5,6	2,8	87,5	4,69
A troca diária de roupa íntima é uma boa prática de higiene pessoal.	5,6	0	0	1,4	93,1	4,76
Se uma pessoa descobrir que sofre de uma infecção sexualmente transmissível, deverá falar sobre isso ao seu parceiro(a).	4,2	1,4	0	2,8	91,7	4,76
É comum os clientes pedirem para ter relações sexuais sem preservativo.	40,3	2,8	4,2	1,4	51,4	3,21
A sua profissão te coloca em risco maior de contaminação por infecções sexualmente transmissíveis.	18,1	0	0	4,2	77,8	4,24
Problema de infertilidade geralmente não estão associados à infecções sexualmente transmissíveis.	37,5	5,6	23,6	2,8	30,6	2,83
Os meios de comunicação social fornecem suficiente informação sobre infecções sexualmente transmissíveis.	20,8	0	16,7	6,9	55,6	3,76
Se o cliente exigir ter relações sem camisinha é sua obrigação aceitar	87,5	1,4	2,8	0	8,3	1,40

Se o cliente pagar mais pelo programa exigido não usar preservativo vale a pena aceitar.	90,3	1,4	4,2	0	4,2	1,26
É bom saber o máximo sobre as infecções sexualmente transmissíveis.	1,4	0	1,4	1,4	95,8	4,90
O seu conhecimento sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis é suficiente para a sua proteção	15,3	2,8	9,7	6,9	65,3	4,04
Se eu contrair uma doença sexualmente transmissível, o único culpado será o(a) meu (minha) parceiro(a).	54,2	2,8	15,3	1,4	26,4	2,43
Devíamos pensar primeiro antes de iniciar nossa vida sexual	8,3	0	4,2	2,8	84,7	4,56
É divertido ter experiências sexuais com estranhos.	80,6	4,2	8,3	1,4	5,6	1,47
Não é necessário saber muito do nosso(a) parceiro(a) para que a relação sexual seja uma agradável experiência.	63,9	0	4,2	2,8	29,2	2,33
Uma boa maneira de obter prazer sexual é tendo relações sexuais sob o efeito de drogas.	88,9	1,4	4,2	0	5,6	1,32
Uma boa razão para ir a uma festa, é encontrar alguém desconhecido com quem possamos ter uma relação sexual.	90,3	2,8	4,2	0	2,8	1,22
A fidelidade é muito importante num relacionamento fixo	12,5	1,4	9,7	0	76,4	4,26
É chato ter o mesmo parceiro(a) sexual muito tempo.	69,4	2,8	13,9	2,8	11,1	1,83
Qualquer contato sexual é uma experiência muito íntima.	30,6	1,4	16,7	1,4	50,0	3,39
É importante que uma pessoa possa conversar com seu parceiro(a) sexual sobre as suas experiências sexuais passadas.	25,0	0	6,9	2,8	65,3	3,83
Não devemos ter relações sexuais com alguém quando não se sabe o	27,8	4,2	9,7	1,4	56,9	3,56

suficiente sobre o passado sexual dessa pessoa						
O preservativo reduz a qualidade do prazer sexual por isso é melhor não o usar.	72,2	2,8	6,9	4,2	13,9	1,85
É possível desfrutar da relação sexual mesmo quando se usa um preservativo.	20,8	1,4	5,6	5,6	66,7	3,96
Se estivermos apaixonados por alguém não é prático utilizar o preservativo.	55,6	1,4	12,5	2,8	27,8	2,46
A pílula contraceptiva confere uma relação sexual segura	56,9	2,8	9,7	5,6	25,0	2,39
O uso de preservativo mostra a falta de confiança no(a) parceiro(a)	50,0	2,8	8,3	2,8	36,1	2,72
Se o nosso(a) parceiro(a) não quiser usar o preservativo, devemos respeitar essa vontade e ter relações sexuais sem o preservativo.	72,2	4,2	5,6	2,8	15,3	1,85
Pensar sobre doenças sexualmente transmissíveis reduz o prazer de ter relações sexuais.	34,7	0	16,7	2,8	45,8	3,25
Quando um relacionamento dura mais que um mês deixa de ser necessário utilizar o preservativo.	70,8	4,2	4,2	4,2	16,7	1,92
A pílula contraceptiva tira a espontaneidade da relação sexual.	48,6	4,2	26,4	5,6	15,3	2,35
É mais importante a nossa saúde do que uma breve experiência sexual.	11,1	0	1,4	1,4	86,1	4,51
Comprar preservativo é uma situação muito embaraçosa que põe à vista de todos a nossa intimidade.	48,6	2,8	5,6	4,2	38,9	2,82
Não há razão para mudar hábitos e comportamentos que nos dão prazer, mesmo que alguém nos diga que são prejudiciais à nossa saúde.	33,3	0	20,8	5,6	40,3	3,19
É impossível contrair uma infecção sexualmente transmissível quando temos sempre o mesmo parceiro(a).	55,6	2,8	5,6	1,4	34,7	2,57

Fonte: Elaboração da própria autora a partir dos dados da pesquisa, Boa Vista – Roraima, 2020

L: 1=Discordo; 2=Inclinado a discordar; 3=Neutro; 4=Inclinado a concordar; 5=Concordo; M=Média

A maior frequência da resposta 'concordo' foi verificada nas seguintes afirmativas: a importância de ter hábitos de higiene pessoal com o corpo diariamente (98,6%); a necessidade de tratamento para ambos os parceiros após diagnóstico de uma IST (97,2%); é fundamental saber o máximo sobre as IST (95,8%); importância de conversar sobre as ISTs (93,1%); a igual responsabilidade do homem e da mulher na compra de preservativos (93,1%); a troca diária de roupa íntima é uma boa prática de higiene pessoal (93,1%); o dever da comunicação caso o parceiro descubra uma IST (91,7%); a importância de saber se o parceiro possui um comportamento sexual promíscuo (90,3%); o aconselhamento de especialistas da saúde contribui para a saúde sexual (87,5%); a saúde é mais importante que uma breve experiência sexual (86,1%); a necessidade de pensar primeiro antes de iniciar nossa vida sexual (84,7%); e a importância da fidelidade num relacionamento fixo (76,4%).

Já as maiores frequências na resposta 'discordam' foram obtidas nas afirmações subsequentes: caso o cliente pague mais pelo programa desprotegido vale a pena o profissional aceitar (90,3%); uma boa razão para ir a uma festa para encontrar alguém desconhecido com a finalidade de ter relação sexual (90,3%); a obrigação de aceitar a relação sexual sem camisinha caso o cliente exija (87,5%); a diversão de ter experiências sexuais com pessoas estranhas (80,6%); a obtenção de prazer sexual tendo relações sexuais sob o efeito de drogas (80,6%); a diminuição da qualidade do prazer sexual pelo uso do preservativo, sendo preferível não utilizar (72,2%); quando um relacionamento dura mais que um mês deixa de ser necessário utilizar o preservativo (70,8%); é chato ter o mesmo parceiro(a) sexual muito tempo (69,4%); é melhor esperar o desaparecimento de um sintoma com o tempo que ir ao médico imediatamente (68,1%).

As afirmativas a seguir serão comentadas pelas elevadas frequências nas respostas extremas do questionário. Na assertiva que aborda que o risco de contrair uma IST não é consequência do comportamento sexual e sim do azar foi verificado que 48,6% discordaram, 34,7% concordaram e 9,7% mantiveram-se neutros. Quando questionados se sua profissão expõe os entrevistados a um maior risco de contaminação por ISTs, 77,8% concordaram, porém 18,1% discordaram da afirmativa. Quanto ao conhecimento sobre os métodos prevenção de ISTs ser suficientes para proteção dos profissionais do sexo, 65,3% afirmaram concordar e 15,3% discordaram, apontando para uma necessidade de educação sexual.

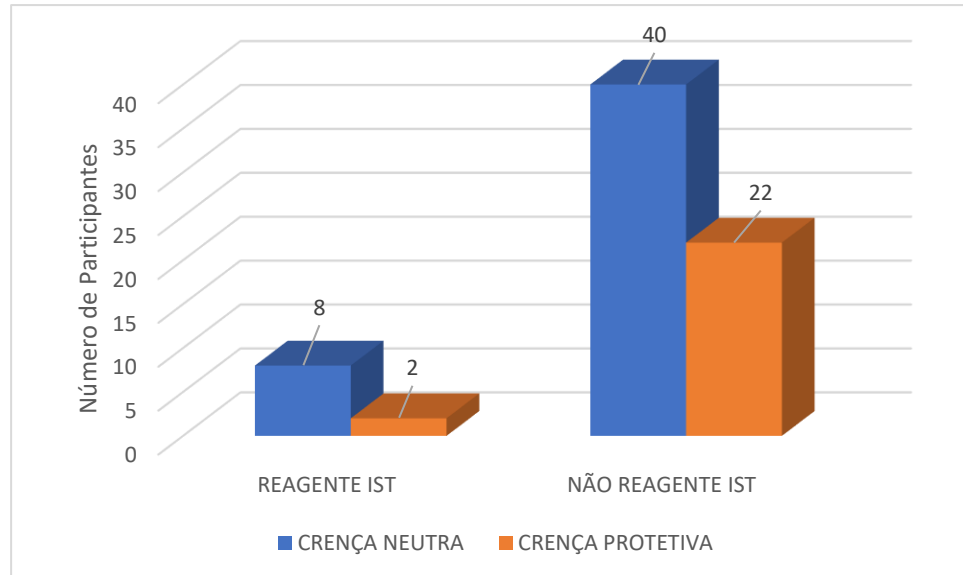
Na afirmativa que coloca o parceiro como único culpado de levar a contaminação por IST, observou-se 54,2% discordaram e 26,4% concordaram que a responsabilidade pela transmissão é do parceiro. Ao ser questionado que não é necessário saber muito sobre o parceiro(a) para que a relação sexual seja uma agradável experiência, 63,9% discordaram e 29,2% concordaram com a alegação. Já no enunciado que aponta que qualquer contato sexual é uma experiência muito íntima, 50% dos entrevistados concordaram e 30,6% discordaram. Verificou-se que 55,6% discordaram na afirmativa que caso estivermos apaixonados por alguém não é prático utilizar o preservativo, já 27,8% concordaram com a resposta e 50% discordaram que o uso do preservativo representa falta de confiança no relacionamento, todavia 36,1% creem que leva a uma falta de confiança.

Alguns dados que chamaram atenção foi que 25% dos entrevistados responderam que a pílula contraceptiva confere uma relação sexual segura, 45,8% concordam que pensar sobre as ISTs reduz o prazer de ter relações sexuais, 38,9% caracterizam a compra de preservativo como uma situação embaraçosa e que expõe a intimidade, 40,3% concordam que não há razão para mudar hábitos e comportamentos que proporcionam, mesmo que ao saber que são prejudiciais à saúde e 34,7% expressam ser impossível contrair uma IST ao estar com o mesmo parceiro sexual.

Dentre os 72 participantes do estudo, 48 (66,66%) fizeram entre 93 e 183 pontos possuindo assim, crenças e percepções consideradas neutras, mas que devem ser melhoradas para se tornarem protetivas, seguidos de 24 participantes (33,33%) que somaram entre 184 e 230 pontos, sendo classificados como possuidores de crenças protetivas contra IST/HIV. Não foi evidenciado no estudo nenhum participante que tenha obtido um somatório de pontos entre 46 e 92, não sendo observado, portanto crenças e percepções de risco para IST/HIV na população estudada, segundo a metodologia de categorização utilizada.

Ao relacionar-se as crenças e percepções com a prevalência de IST/HIV na amostra estudada (Figura 21), tem-se que a maior prevalência foi evidenciada entre o grupo que apresentou crenças e percepções consideradas neutras (16,7% - 08/48), seguido do grupo possuidor de crenças protetivas contra IST/HIV (8,3% - 02/24).

Figura 21 - Resultados dos testes rápidos para detecção das ISTs (HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C) nos profissionais do sexo e a relação entre as crenças e percepções de risco para IST/HIV. Boa Vista – Roraima, 2020.



Fonte: Elaboração da própria autora a partir dos dados da pesquisa, Boa Vista – Roraima, 2020.

6 DISCUSSÃO

A participação na pesquisa foi considerada satisfatória, visto que a maioria dos profissionais do sexo, que se encontravam naquele momento, naquela região, concordaram em participar do estudo, resultando em um total de 72 participantes. Todos aceitaram realizar os testes rápidos para o diagnóstico de Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Este estudo aponta a necessidade de políticas de prevenção focadas no segmento de profissionais do sexo e com estratégias de comunicação mais eficazes. A informação é necessária, mas é preciso desenvolver um conhecimento que envolva motivação e habilidade para um comportamento mais seguro (SHARMA et al., 2018).

Com relação a nacionalidade da amostra, a grande maioria (90,3%) era de origem venezuelana, enquanto apenas 9,7% era brasileira. Roraima vivencia, desde 2015, um acelerado processo migratório e este intenso trânsito de pessoas, pode contribuir com um potencial risco de disseminação, introdução ou reintrodução de doenças. Estima-se que cerca de mil venezuelanos cruzem a fronteira diariamente e se estabeleçam no estado de Roraima (FOLHA,2019). Esse cenário se deve à crise financeira e de desabastecimento ocorrida na Venezuela, fazendo com que a população venezuelana, inclusive com ensino superior e qualificação profissional migre para a capital de Roraima. Em Boa Vista, muitos imigrantes utilizam a prostituição como forma de sobrevivência e estima-se que existam de vinte a trinta pontos de prostituição de venezuelanos, além dos pontos que já são ocupados por profissionais do sexo brasileiras.

Já no tocante ao bairro de residência, o bairro Caimbé concentrou 77,8% dos participantes da pesquisa, seguido do Buritis (9,7%). Os bairros menos representados foram Caranã, Pricumã, Tancredo Neves, Pintolândia e Cidade Satélite com 1,4% dos participantes. Os dois bairros de residência mais citados na pesquisa são os bairros mais próximos ao ponto de prostituição, onde foi realizada a coleta de dados.

De acordo com os dados sociodemográficos deste estudo, a idade dos participantes variou de 18 a 60 anos, sendo a faixa etária de 18-28 anos a mais prevalente (68,0%) e a faixa de 41-60 anos (8,4%) aquela com o menor número de indivíduos, o que corrobora com alguns estudos, como o de Pogetto e colaboradores (2011), no qual a média de idade da população estudada foi de 26,1 anos (mais ou menos, 6,8 anos). Em estudos mais recentes, como o realizado em 2017 sobre o

perfil epidemiológico dos profissionais do sexo na região metropolitana, de Oliveira e colaboradores (2017), a faixa etária encontrada foi entre 18 a 40 anos. Já, um artigo de revisão integrativa de Leal e colaboradores (2017), sobre os aspectos de vida e saúde das profissionais do sexo, relata que a média de idade destas profissionais, foi de 26,1 anos.

Em relação ao gênero, 97,2% dos participantes do presente estudo se identificou como pertencente ao gênero feminino e 2,8% ao masculino, não havendo desta forma nenhum participante identificado como transgênero. Ferreira Júnior et al. (2016) estimou que os profissionais do sexo representem 0,8% da população feminina de 15 a 49 anos, correspondendo a meio milhão de mulheres, aproximadamente.

Oliveira e colaboradores (2017) apontaram em seu trabalho que 70% dos profissionais do sexo eram mulheres e, conforme Leal e colaboradores (2017), no Brasil, a população feminina no exercício dessa profissão correspondia a 1% da população (aproximadamente 500 mil mulheres). A prostituição é uma profissão que lida diretamente com a sexualidade e, como em geral, mulheres jovens despertam o interesse da população masculina, não é difícil encontrá-las trabalhando como profissionais do sexo, inclusive na adolescência.

De acordo com UNODOC (2012), a orientação sexual não está relacionada com a identidade de gênero das pessoas. Assim, os direitos sexuais e reprodutivos são considerados aqueles em que os indivíduos têm a garantia de suas escolhas e de exercê-las, sejam elas de orientação sexual ou ligadas à reprodução. É, portanto, o direito de ter o controle do próprio corpo.

Em relação a raça/cor, 51,4% dos participantes se declararam pardos, seguidos dos brancos (11%) e dos pretos (9,7%). Entretanto, 26,4% dos participantes não responderam este quesito. No estudo de Martins (2015), realizado em Fortaleza, 90% das profissionais do sexo eram pardas ou morenas.

A maioria dos participantes da pesquisa declarou ser solteiro (58,0%), seguidos do grupo dos que possuíam um parceiro fixo, formado pelos comprometidos (13,9%), casados (8,3%) e que vivenciavam união estável (8,35%). O estado civil separado foi o menos frequente com 4,6%. Este resultado corroborou o encontrado por Pogetto e colaboradores (2011) que apontaram em seu estudo que 71,6% das profissionais do sexo eram solteiras. Patrício e colaboradores (2019) também evidenciaram, em estudo do conhecimento de profissionais do sexo sobre HIV/Aids e

influência nas práticas sexuais, que 84,4% dessas profissionais, em relação ao estado marital, eram predominantemente solteiras.

Quanto a escolaridade, o período de estudo de 7 a 12 anos foi o mais frequente, com 59,7 %, seguido do nível universitário com 16,7 % e do nível pós-graduação com 8,3%. Já o nível de escolaridade menos frequente foi o sem estudos (2,8%). Este resultado é compatível com outros estudos como o de Penha e colaboradores (2015), sobre fatores de risco para doenças sexualmente transmissíveis em profissionais do sexo do interior piauiense, onde a variável de escolaridade teve a média de 7,9 anos de estudo. Pogetto e colaboradores (2011) verificaram em seu estudo que a maioria das profissionais do sexo relataram ter nove ou mais anos de aprovação escolar (53,0%) e Patrício e colaboradores (2019) também evidenciaram uma elevada escolaridade em seu estudo, apontando que 62,2% das profissionais do sexo possuíam escolaridade igual ou superior ao ensino médio e 17,8% eram analfabetas.

Acredita-se a elevada porcentagem de profissionais do sexo com nível universitário (16,7%) seja explicada pelo processo migratório para a capital de Roraima, Boa Vista, onde as mesmas passaram a se prostituir como forma de sobrevivência.

Considerando a renda familiar mensal, houve um grande predomínio de participantes com renda de até R\$ 1.000,00 (77,8%), seguidos daqueles que apresentaram a renda entre R\$ 1.001,00 e R\$ 3.000,00 (12,5%). A faixa de renda situada entre R\$ 8.001,00 e R\$ 10.000,00 foi a menos prevalente (1,5%).

Damacena (2014) no seu estudo sobre práticas de risco ao HIV de mulheres profissionais do sexo verificou resultado similar a presente pesquisa, verificando que essas profissionais apresentavam renda superior a R\$1.200,00. Enquanto isso, PENHA (2015) constatou que a renda mensal das profissionais do sexo era de R\$ 500,00.

Estudo de Magalhães et al. (2016) sobre Práticas de risco e imunização contra hepatite B em profissionais do sexo também verificou resultado similar ao estudo, o qual informou que a renda financeira desses profissionais era de até um salário mínimo. Ressalta-se que o valor do salário mínimo na época do estudo era de R\$ 788,00.

No presente estudo, quando questionados sobre sua religião, 38,9% declarou ser católico, sendo essa a religião mais expressiva, 26,4% dos indivíduos

relataram ser cristãos e apenas 1,4% evangélicos. Já, 20,8% dos participantes declararam não possuir nenhuma religião. No estudo de Sousa e colaboradores (2017), no Rio de Janeiro, a maioria das profissionais do sexo, referiu ser de religião católica. O mesmo achado foi verificado na de tese de doutorado de Martins (2015) em Fortaleza, o qual apontou que 60% das profissionais do sexo eram de religião católica, condizentes com os achados da presente pesquisa.

Este estudo encontrou a prevalência de 13,8% para a infecção por IST/HIV em população de profissionais do sexo do estado de Roraima. Dentre os resultados positivos, 09 (12,5%) foram diagnosticados com Sífilis e 01 (1,4%) com HIV. Nenhum dos participantes apresentou resultado Reagente para Hepatite B ou Hepatite C. É importante destacar que nenhum dos dois participantes do gênero masculino que compuseram o universo amostral, foram diagnosticados com IST.

O trabalho sexual feminino é um importante fator de risco para a infecção pelo HIV. Quinze por cento da carga atual do HIV na população adulta geral do sexo feminino é atribuível ao trabalho sexual (USTUN et al.,2013).

No estudo realizado em profissionais do sexo, em Botucatu, município localizado na região central do estado de São Paulo, no ano de 2011, 73,9% das mulheres já apresentavam alguma manifestação de IST antes do estudo e a prevalência de IST nas profissionais do sexo analisadas foi de 71,6%, sendo que isoladamente, o papilomavírus humano (HPV) foi o agente mais frequente (66,7%), seguido da chlamydia trachomatis (2,9%) ,Sífilis (1,0%) e HIV (1,0%) (POGETTO et al., 2011).

O estudo de Minotto (2017) entre 727 jovens da capital e mais quatro cidades de Roraima encontrou a prevalência para IST de 5,8% (IC 95% 4,2- 7,8), sendo 0,9% (IC 95% 0,4 1,98) para HIV, 3,2%(IC 95% 2,10-4,84) para sífilis e 1,8% (IC 95% 1,05-3,17) para hepatite B. Já em estudo realizado em profissionais do sexo, em Fortaleza, no período de 2010 a 2015, com um total de 402 profissionais, das quais 338 fizeram o teste de HIV, com resultado positivo em 3,8% (1,2-6,9) e resultado negativo em 96,2% (93,1-98,8, (MARTINS,2015). O estudo de Costa (2018) em profissionais do sexo realizado no ano de 2017, no Município Paraense de Bragança, apontou que das 137 participantes, 22 (16,6%) apresentaram resultado positivo para o Teste de HIV.

Em outro estudo realizado no período de agosto de 2008 a julho de 2009, em um total de 2.523 profissionais do sexo, distribuídas em 10 cidades brasileiras (Manaus, Recife, Salvador, Campo Grande ,Brasília, Belo Horizonte, Santos, Rio de

Janeiro, Curitiba e Itajaí) foram utilizados dados sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis e realizado Testes rápidos para HIV e Sífilis. Para o teste HIV, 1.022 (100%), profissionais aceitaram fazer o teste, com o resultado positivo em 72 (7,51%) participantes e resultado negativo em 950 (92,9%). Já para Sífilis, 1.032 (100%) participantes, aceitaram realizar o teste, com o resultado positivo em 31(3%) e negativo em 1.001 participantes (97%) (DAMACENA,2014).

Pode-se verificar, ao comparar os achados da presente pesquisa com estudos realizados no cenário nacional, que a detecção de sífilis nas profissionais do sexo testadas foi superior a outros estudos. De acordo com estudos de Borges et al. (2016), ser trabalhadora sexual migrante, parcerias múltiplas, relações sexuais desprotegidas, sexo comercial em casas de aluguel, uso de drogas ilícitas, capacidade reduzida para negociar práticas sexuais seguras, uso de álcool, compartilhamento de drogas injetáveis e vítimas de violência física são fatores associados à infecção pelo *treponema pallidum*.

Em relação à sífilis, por exemplo, as notificações no Brasil vêm apresentando tendência de aumento na população mais jovem, de 13 a 29 anos (BRASIL, 2017c). Conforme dados de Brasil (2019), a sífilis adquirida teve sua taxa de detecção aumentada de 34,1 casos por 100.000 habitantes em 2015 para 75,8 casos por 100.000 habitantes em 2018. Além disso, ressalta-se que Roraima foi o 5º estado brasileiro com maior taxa de detecção de sífilis adquirida (111,3 casos/100.000 hab.), bem acima da média nacional, o que pode justificar a alta prevalência de sífilis no presente estudo.

No Brasil, a falta de Penicilina Benzatina que teve início no ano de 2014, foi acompanhada de um surto de Sífilis. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), nos últimos três anos, pessoas de pelo menos 18 países, incluindo o Brasil, vem enfrentando uma escassez desta medicação. Com a produção restrita a apenas poucas empresas no mundo, os países não conseguem um fornecimento adequado do medicamento.

A maioria das pessoas com sífilis são assintomáticas; quando apresentam sinais e sintomas, muitas vezes não os percebem ou valorizam, e podem, sem saber, transmitir a infecção às suas parcerias sexuais. Quando não tratada, a sífilis pode evoluir para formas mais graves, comprometendo especialmente os sistemas nervoso e cardiovascular (ROLFS et al., 1997; WORKOWSKI; BOLAN, 2015; PEELING et al., 2017).

Muitas pessoas com IST não buscam tratamento porque são assintomáticas ou têm sinais e sintomas leves e não percebem as alterações. As pessoas sintomáticas podem preferir tratar-se por conta própria ou procurar tratamento em farmácias ou junto a curandeiros tradicionais. Mesmo aqueles que buscam atendimento na unidade de saúde podem não ter uma IST corretamente diagnosticada ou tratada. No final, apenas uma pequena proporção de pessoas com IST pode chegar à cura e evitar a reinfecção ou a infecção de sua parceira sexual.

Em uma revisão integrativa, do total de 17 estudos entre o período de 2011 a 2016, em Teresina, Piauí sobre a caracterização das mulheres profissionais do sexo, prevalência de sífilis, fatores associados e coinfeção e medidas interventivas, a prevalência de sífilis variou de 0,1 a 35,4% (BORGES et al., 2016). Isso demonstra a necessidade de conhecer o perfil epidemiológico dessa infecção e dar maior visibilidade a populações ocultas, como as profissionais do sexo.

Também se constatou um caso positivo de HIV. Atualmente, o teste periódico de HIV é uma prioridade da saúde pública, especialmente entre as populações-chave, como as profissionais do sexo, com recomendação do Ministério da Saúde de que seja realizado com periodicidade semestral (BRASIL, 2015a). Embora o acesso à testagem tenha aumentado nos últimos anos, testes regulares de HIV nas populações de alto risco continuam sendo um desafio em vários países.

Em estudos conduzidos em 12 cidades brasileiras em 2016, as soroprevalências ponderadas variaram de 5,3%, entre mulheres trabalhadoras do sexo (MTS) (SZWARCWALD et al., 2015) a 17,5%, entre homens que fazem sexo com homens (HSH), (KERR et al., 2018) mais de 40% da população de mulheres transexuais (MTr) em algumas capitais (BASTOS et al., 2018).

Essas populações-chave mais vulneráveis se confrontam com a exclusão, ou enfrentam dificuldades no acesso aos serviços de saúde, por razões diversas. Outra questão que dificulta o diagnóstico precoce é que os profissionais relutam em fazer testes de HIV e participar de serviços de tratamento por medo de discriminação e de consequências sociais (BAGGALEY et al., 2015).

Em relação às Profissionais do sexo, estudos internacionais apontam níveis elevados de prevalência de HIV: na Índia, 16%; na Nigéria, prevalência de 50 a 70% entre MTS, e de apenas 2,3 a 3,8% na população geral (SINGH et al., 2005; IMADE et al., 2008)

No Brasil, estima-se que o grupo de Profissionais do sexo represente 0,8% da população feminina de 15 a 49 anos, o que equivale a mais de meio milhão de mulheres, e a prevalência de HIV é muito superior à encontrada na população geral feminina brasileira (BRASIL,2016; FERREIRA JÚNIOR,ODC et al.,2016).

No Paraguai a epidemia do HIV se encontra concentrada em populações-chave. A rota principal de transmissão das infecções do HIV e Sífilis é a via sexual. As profissionais do sexo representam um grande risco devido ao trabalho sexual ser de comportamento de risco. Em um estudo realizado em 643 profissionais do sexo, com a idade média de 27 anos, que realizavam trabalho sexual em prostíbulos, saunas e casas de massagem a prevalência de HIV, foi de 1,34% e de Sífilis 8,59% (AGUILAR et al.,2019).

Outro estudo realizado entre outubro de 2006 a dezembro de 2009, em nove cidades da Argentina, em 1.255 mulheres trabalhadoras do sexo, maiores de 18 anos de idade, para realizarem exames de diagnóstico para HIV e Sífilis, a prevalência de HIV foi de 2% (25/1255 - IC 95%) e a prevalência de Sífilis de 22,4%(245/1094 – IC 95%). Nas mulheres trabalhadoras do sexo na cidade de La Plata, a prevalência de HIV foi significativamente mais baixa quando comparada com as participantes do resto do País (0,3% x 2,7% - $p < 0,05$, respectivamente), (PANDO et al., 2011).

Em um outro estudo, realizado em Pelotas - Rio Grande do Sul no ano de 2006, com 322 profissionais do sexo maiores de 18 anos aplicou-se um questionário sobre conhecimento da sorologia para sífilis e HIV e foi feito teste rápido para sífilis. A maioria dos entrevistados era mulher (76,1%), entre 22-39 anos (64,9%), e 57,5% nunca haviam realizado sorologia para sífilis. Entre os que realizaram, 19,6% foram reagentes e 65% utilizaram a rede pública (SILVEIRA et al., 2009).

No sudoeste da China, os profissionais do sexo são uma população que cresce rapidamente. Um estudo realizado em 2016 sobre a análise de dados secundários que examinou os fatores demográficos e comportamentais associados às taxas de infecção pelo HIV, sífilis e hepatite C (HCV) entre profissionais vietnamitas em Guangxi, China, numa amostra cumulativa de 1026 profissionais do sexo, vietnamitas (entre 14 e 66 anos) recrutadas por cinco anos (2010-2014) em 35 locais de Vigilância Nacional Sentinela em Guangxi, mostrou que a prevalência geral de infecções por HIV, sífilis e HCV entre as mulheres transfronteiriças foi de 3,2%, 6,9% e 2,6%, respectivamente. Para infecção por sífilis, experiência com uso de drogas e uso de preservativo abandonado foram fatores de risco significativos; o estudo sugere

que os riscos elevados relacionados ao HIV e Sífilis entre os profissionais do sexo vietnamitas estão intimamente relacionados às suas desvantagens financeiras e que o uso de drogas é um fator de risco proeminente para mulheres transfronteiriças no comércio sexual (YU, YJ et al.,2016).

Em relação as características sociodemográficas dos participantes da presente pesquisa e sua associação com IST, o estudo mostrou que o bairro do Pintolândia foi o que apresentou maior frequência de resultados positivos (100,0%), no que se refere à distribuição do resultado dos testes rápidos, seguido pelos bairros do Asa Branca (25,0%) e Caimbé, (14,3%), justamente onde se encontra a maior quantidade de pontos de prostituição a cidade de Boa Vista. Já os bairros que apresentaram menor frequência de resultado positivo para IST/HIV foram Cidade Satélite (0,0%), Buritis (0,0%), Tancredo Neves (0,0%), Caranã (0,0%) e Pricumã (0,0%).

A faixa etária de maior prevalência para IST foi de 41 a 60 anos (33,3% - 02/06), seguida de 18 a 28 anos (12,2% - 06/49) e a menor prevalência de IST foi evidenciada entre a faixa etária de 29 a 40 anos (11,7% - 02/17), o que corrobora com estudos de Borges (2016) no Piauí, onde a prevalência de Sífilis variou de 0,1% a 35,4% em profissionais do sexo e a idade avançada estava relacionada a um dos fatores associados à infecção pelo *treponema pallidum*.

No que se refere ao estado civil dos participantes da pesquisa e o desfecho do resultado positivo para a IST, a prevalência foi maior entre o grupo dos solteiros correspondendo a 21,4% (9/42), sendo seguido pelos que relataram viver outros tipos de relações (20,0% - 01/05), o que pode ser explicado pelo descuido nas relações sexuais quando não se tem um parceiro fixo, o que corrobora com o estudo de Pogetto (2001) e Damacena (2014).

Em relação à escolaridade, a maior prevalência de IST foi observada entre os que nunca haviam estudado (50% - 01/02), seguidos pelos que estavam cursando ou haviam concluído pós-graduação (33,3% - 02/06), o que corrobora com estudos de Pogetto (2011) e Damacena (2014).

A análise da relação entre a raça/cor e a ocorrência de IST aponta que a maior prevalência se deu entre o grupo dos que não relataram sua raça/cor (26,31% - 05/19), seguidos dos que se declararam pardos (13,5% - 05/37), não havendo resultado Reagente para IST entre os grupos dos brancos, pretos, bem como entre o único indivíduo que se declarou amarelo no estudo, o que corrobora com estudos de

Damacena (2014), que aponta que profissionais do sexo que trabalham em ponto de rua, geralmente são as mais velhas, com menos grau de escolaridade, renda e com maior tempo na profissão, fatores esses que estão associados ao maior risco de infecções sexualmente transmissíveis.

No que se refere a religião, 28 participantes (38,9%) se definiram como católicos, 19 como cristãos (26,4%), 01 como evangélico (1,4%), 15 afirmaram não possuir nenhuma religião (20,8%) e 09 não responderam essa questão (12,5%). A maior prevalência de IST foi observada entre os que relataram não ter religião (26,7% - 04/15), seguidos dos católicos (17,8% - 05/28) e dos cristãos (5,3% - 01/19). Não foi evidenciada IST entre o único evangélico e os 09 que não responderam essa questão. No estudo de Sousa e colaboradores (2017), no Rio de Janeiro, a maioria das profissionais do sexo referiu ser de religião católica e no estudo de tese de doutorado de Martins, 2015 em Fortaleza, mostrou que 60% das profissionais do sexo eram de religião católica.

Destacamos que a necessidade de estudos mais amplos se torna necessário e relevante, uma vez que a adoção ou não de práticas sexuais seguras pelas profissionais do sexo, não somente envolve o conhecimento construído sobre a temática, mas também fatores de ordem cultural, ambiental, social e financeira, envolvidos no contexto, se encontram inseridos.

No presente estudo, com relação ao nível de conhecimento acerca da prevenção e sobre a transmissão do vírus HIV, 86,1% (n=62) afirmaram que transmissão acontece na relação sexual, 94,4% (n=68) também confirmaram a transmissão por seringa e agulha compartilhadas, 62,5% (n=45), negaram que a transmissão ocorra por sabonetes, toalhas e assentos sanitários e 68,1% (n=49) assinalaram a alternativa falsa para a transmissão da doença somente em homossexuais, profissionais do sexo e viciados em drogas.

Ainda em relação a transmissão do vírus HIV por abraço, beijo no rosto e ingerir bebidas no mesmo recipiente, 31,9% (n=23) assinalaram como verdadeiro e 19,4% (n=14) não sabiam, demonstrando um conhecimento insuficiente. Outra variável que chamou atenção foi a transmissão e o adoecimento em pessoas mais velhas, na qual 86,1% (n=62) dos entrevistados afirmaram que a doença só atinge a faixa jovem.

Estudos realizados no Brasil, avaliando a percepção de mulheres quanto á vulnerabilidade feminina para contrair IST/HIV concluíram que as mulheres

entrevistadas reconheciam os fatores de vulnerabilidade nas outras mulheres e percebiam o risco do outro em contrair DST/HIV, porém não se consideravam de risco (SILVA et al., 2010). Conhecimentos e atitudes frente as IST são relevantes para toda população e os profissionais do sexo apresentam característica singular de manterem grande número de coitos por dia, acrescida do risco decorrente do uso de substâncias químicas locais e de eventuais microtraumatismos vaginais, com provável alteração do ecossistema vaginal (GIRALDO et al., 2005).

Representam, assim, uma população vulnerável às IST, não apenas pela intensa prática sexual, mas também por experimentarem uma gama de problemas de saúde e sociais que parecem influenciar a adoção de comportamentos de maior risco (MALTA et al., 2008). Diante disso, é de suma importância que esses profissionais tenham conhecimento sobre as formas de transmissão e contágio das IST/HIV como forma de evitar comportamentos de risco, além do acesso as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em relação à AIDS, 93,1% (n=67) reiteraram que se trata de uma doença grave, 87,5% (n=63) declararam que o uso do preservativo em todas as relações sexuais impede a transmissão do vírus HIV e 95,8% (n=69) afirmaram que existe uma camisinha específica para o sexo feminino, mas, nas variáveis sobre o tratamento e cura da AIDS, percebeu-se uma ausência de clareza nas respostas, nas quais 65,3% (n=47) afirmaram que a doença não possui tratamento e 27,8% (n=20) que há cura, mostrando um conhecimento deficitário sobre a terapêutica dessa IST.

Ressalta-se que o tratamento para pessoas com HIV é realizado através da terapia antirretroviral (TARV) que trouxe benefícios precisos para a redução da morbidade e da mortalidade associadas à AIDS, melhorando a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/aids (PVHIV). Atualmente, das pessoas em tratamento, 91% apresentam resultados de carga viral indetectável e chances muito reduzidas de transmissão do HIV (BRASIL, 2018; GRINSZTEJN, B. et al., 2014).

O trabalho sexual é fundamental para a transmissão da sífilis, HIV e outras Infecções Sexualmente (IST) principalmente pelo grande número de infecções que podem surgir rapidamente a cada novo evento de transmissão. Quando os preservativos são usados inconsistentemente, os clientes infectam rapidamente os trabalhadores do sexo que carregam o fardo mais pesado da doença e das complicações. As taxas elevadas de mudança de parceiro no trabalho sexual, facilitam não somente a aquisição rápida, mas também a continuação de transmissão a outros

clientes, semeando episódios novos múltiplos, da infecção. Os clientes por sua vez, infectam outros parceiros, profissionais do sexo, bem como parceiros regulares criando ondas de transmissão secundária (RICHARD et al., 2015).

Em uma análise global recente, estimou-se que 15% das IST na população geral é atribuível ao sexo inseguro no contexto do trabalho sexual feminino. Na África, uma série de estratégias de intervenção de prevenção do HIV foram implementadas no contexto do trabalho sexual e alcançaram vários graus de sucesso. Intervenções comportamentais para efetivamente reduzir o sexo desprotegido, a promoção do uso do preservativo e o aconselhamento de redução de risco demonstraram eficácia (WIRTZ et al., 2014).

No estudo de Gir et al (2006), realizado com mulheres soropositivas para o HIV, a maioria das entrevistadas relatou que nunca havia usado o preservativo antes do diagnóstico e que mesmo após o conhecimento do resultado continuava com relações sexuais desprotegidas, não usando o preservativo sistematicamente.

Freire et al. (2013) versou que a dificuldade de negociar o uso do preservativo com o parceiro é um fator de suma importância para ser discutido na saúde pública em relação a prevenção, uma vez que essas mulheres podem ter contraído a doença do parceiro e não entenderem a importância do uso do preservativo ou até mesmo o medo de contar que é positiva para o HIV e permanecem com relações sexuais desprotegida.

Nas Filipinas, o Departamento de Saúde, obriga as profissionais do sexo a se registrarem em clínicas de Higiene Social para submeterem-se a testes de IST/AIDS uma vez por semana ou quinzenalmente. Elas devem participar também, assim que iniciam na prostituição, de um workshop sobre HIV, pois a incidência de profissionais do sexo de baixa escolaridade é alta. Alguns locais adotam ainda como regra, o uso obrigatório do preservativo em todas as relações sexuais com os clientes e, caso elas descumpram, podem ser suspensas do trabalho (URADA et al., 2012).

Muitos países em relação às profissionais do sexo utilizam várias abordagens, seja com o desenvolvimento de políticas que se concentram em punir a prostituição ou com a criação de Organizações Não Governamentais que capacitem essas profissionais sobre medidas de prevenção da contaminação, transmissão de IST/Aids e negociação do uso do preservativo com o cliente (KAUFMAN et al., 2011).

Segundo Kaufman (2011), o baixo nível escolar e as dificuldades financeiras enfrentadas pelas profissionais do sexo compõem os obstáculos para a sua

integração em outras atividades laborais. E para aquelas que pertencem às classes mais baixas, as perspectivas de mudança de atividade ainda são menos viáveis em virtude de baixa escolaridade e da ausência de qualificação profissional.

Estudos mostram que o aumento da idade diminui a chance de a mulher realizar o teste para o HIV (GIRARDI et al., 2007). França Júnior e colaboradores (2003) em uma pesquisa nacional sobre o acesso ao teste para o HIV no Brasil, encontraram menor cobertura de teste entre mulheres com 41 anos de idade ou mais.

Quanto à sífilis, o presente estudo mostrou que os participantes também tinham um conhecimento deficiente, principalmente quanto as formas de transmissão da doença. Com relação a isso, 61,1% (n=44) afirmaram que a sífilis é transmitida por via sexual, todavia 54,2% (n=39) referiram que também é uma doença transmitida pelo uso compartilhado de toalhas e roupas íntimas e 40,3% (n=29) declararam que mulher não é infectada pela sífilis. Quanto a cura da doença, 44,4% (n=32) mostraram um conhecimento adequado afirmando que a doença possui cura, porém 38,9% (n=28) não souberam opinar e 16,7% (n=12) disseram que não há cura.

Em relação às hepatites virais transmitidas sexualmente, pode-se perceber que houve uma menor familiaridade do público com o tema. Quando perguntados sobre a transmissão das Hepatites B e C, 52,8% (n=38) declararam que o uso compartilhado de instrumentos perfurocortantes como lâminas de barbear e alicates de unha podiam transmitir o vírus, porém 30,6% (n=22) não souberam responder. Ao perguntar se as Hepatite B e C poderiam ser transmitidas por via sexual, 51,4% (n=37) dos entrevistados não souberam responder e 40,3% (n=29) assinalaram a alternativa verdadeira. No que se refere a prevenção das hepatites, 62,5% (n=45) asseguram existir vacina para prevenção de Hepatite B e 56,9% (n=41) afirmaram que o uso do preservativo em todas as relações sexuais impede a transmissão das hepatites. Sobre a cura da Hepatite B, somente 9,7% (n=7) afirmaram não ter cura, 51,4% (n=37) assentiram ter cura e 38,9% (n=28) não souberam opinar.

A hepatite B é um problema grave de saúde pública em todo o mundo. A prevalência da doença é mais elevada em populações em situações de risco, como os moradores de rua, adolescentes e profissionais do sexo, geralmente associado ao uso de drogas injetáveis, prostituição e iniciação sexual precoce e desprotegida.

No estudo de Magalhães et al. (2016), desenvolvido em áreas da prostituição do município de Teresina-PI, região Nordeste do Brasil, com 153 profissionais do sexo, avaliação em relação ao comportamento de risco para aquisição de hepatite B,

foram observadas as seguintes informações: 135 (88,1%) informaram a primeira relação sexual antes dos 16 anos de idade (idade mínima= 10 anos; idade máxima= 23 anos). O número de clientes semanais variou de 1 a 17, sendo maior proporção (61,8%) de 13 a 17 parceiros por semana. O uso constante do preservativo masculino foi reportado por 144 (94,1%), tatuagem por 42(27,5%) e o compartilhamento de objetos cortantes entre 124(81,0%) mulheres. Apenas uma profissional do sexo informou ter recebido sangue ao longo da vida. Quanto ao conhecimento em relação ao tipo de hepatite, 94 (61,4%) informaram que conheciam a infecção. As hepatites A e B foram as mais relatadas, 58 (37,9%). Entre elas, 105 (68,6%) nunca realizaram testes ou exame prévio para hepatite B.

Um outro estudo em Goiânia, capital do Centro-Oeste do Brasil, com 395 participantes, mostrou que metade das profissionais do sexo relatou mais de sete parceiros sexuais (incluindo parceiros estáveis e clientes), na semana anterior à entrevista. Tais pesquisas demonstram que a multiplicidade de parceiros nessa profissão é alta, produzindo maior vulnerabilidade de riscos, no decorrer da prostituição independente do local do mundo. Assim, o risco, ainda, é potencialmente maior, com baixa adesão ao uso do preservativo em todas as relações sexuais (MAGALHÃES et al., 2016).

As mulheres profissionais do sexo apresentaram comportamentos de risco para aquisição do vírus da hepatite B em função do início precoce da atividade sexual aliada à multiplicidade de parceiros sem uso do preservativo e compartilhamento de objetos cortantes e pouca escolaridade, situações que ampliam as chances de contrair infecções sexualmente transmissíveis, incluindo-se as hepatites. Sobre a vacina contra hepatite B, mesmo sendo disponibilizada nos serviços de saúde e indicada para profissionais do sexo, houve baixa cobertura vacinal e pouco acesso ao serviço de saúde.

O desconhecimento sobre o risco da hepatite B, o acesso a serviços de saúde e o custo da vacina, são situações que impedem o acesso à imunização de populações de maior vulnerabilidade (CDC, 2015). Associados a esses fatores, somam-se os comportamentos de risco das profissionais do sexo, como início da atividade sexual precoce e desprotegida, baixa escolaridade e não uso do preservativo em todas as relações sexuais, uso de álcool e drogas (ROMANO et al, 2011) sendo a vacinação importante para reduzir a infecção.

Pensando em mensurar qualitativamente o nível de conhecimento dos participantes a partir dos resultados apresentados, o presente estudo elaborou um escore estruturado onde, de um total de 30 (trinta) questões, os participantes que obtiveram entre 01 (um) e 10 (dez) acertos foram categorizados como detentores de um nível baixo de conhecimento acerca da prevenção das IST, os que apresentaram entre 11 (onze) e 20 (vinte) acertos foram avaliados com um nível médio de conhecimento e por fim os participantes que obtiveram entre 21 (vinte e um) e 30 (trinta) acertos foram categorizados como detentores de um nível de conhecimento alto. Com base neste escore, a média de acerto dentre as 30 questões foi de 18,6 questões, sendo que, 40 participantes foram classificados como detentores de um nível de conhecimento médio (55,5%), seguidos de 29 participantes com nível alto (40,3%) e de uma minoria de 03 participantes (4,2%) portadores de um nível baixo de conhecimento acerca da prevenção das IST/HIV.

Quando relacionado o nível de conhecimento com a prevalência de IST/HIV, tem-se que a maior prevalência foi evidenciada entre o grupo que apresentou o nível de conhecimento baixo (33,3% - 01/03), seguido do grupo com conhecimento médio (20,0% - 08/40) e por fim do grupo com conhecimento alto (3,45% - 01/29).

Após a associação entre o resultado positivo para IST/HIV e as características sociodemográficas e o nível de conhecimento através do teste qui-quadrado com o (nível de significância $p < 0,05$), observou-se que não houve associação estatisticamente significativa entre o resultado Reagente para IST/HIV e o estado civil ($p = 0,07$); o nível de escolaridade dos participantes ($p = 0,16$); a religião ou o fato de não ter religião ($p = 0,18$); renda familiar ($p = 0,14$) e a faixa etária ($p = 0,55$) e a raça/cor ($p = 0,12$). Não foi possível realizar o teste qui-quadrado buscando uma possível associação entre o nível de conhecimento dos participantes do estudo e a ocorrência de IST/HIV, uma vez que somente 3 pessoas apresentaram nível baixo de conhecimento e apenas uma pessoa classificada com nível alto de conhecimento foi diagnosticada com IST, não atingindo o número mínimo de 5 indivíduos necessários em cada grupo para a realização adequada do teste.

Foi aplicado a cada participante da pesquisa um questionário composto por 46 questões, com intuito de analisar as percepções e crenças dos profissionais do sexo acerca das IST. O padrão de resposta está estruturado sob a forma de uma escala modelo Likert de 5 pontos, a saber: *discordo*, *inclinado a discordar*, *neutro*, *inclinado a concordar*, *concordo*.

Em relação a resposta 'concordo' a maior frequência, foi verificada nas seguintes afirmativas: a importância de ter hábitos de higiene pessoal com o corpo diariamente (98,6%); a necessidade de tratamento para ambos os parceiros após diagnóstico de uma IST (97,2%); é fundamental saber o máximo sobre as IST (95,8%); importância de conversar sobre as ISTs (93,1%); a igual responsabilidade do homem e da mulher na compra de preservativos (93,1%); a troca diária de roupa íntima é uma boa prática de higiene pessoal (93,1%); o dever da comunicação caso o parceiro descubra uma IST (91,7%); a importância de saber se o parceiro possui um comportamento sexual promíscuo (90,3%); o aconselhamento de especialistas da saúde contribui para a saúde sexual (87,5%); a saúde é mais importante que uma breve experiência sexual (86,1%); a necessidade de pensar primeiro antes de iniciar nossa vida sexual (84,7%); e a importância da fidelidade num relacionamento fixo (76,4%).

Apesar de (re)conhecer a necessidade do autocuidado, as profissionais do sexo, não reconhecem as necessidades humanas básicas e nem a necessidade da integralidade do cuidado com a saúde da mulher que abarca apenas a sua saúde, mas que incluam atividades físicas, alimentação, lazer e cultura (MARQUES et al., 2014).

Um estudo realizado no Brasil, avaliando a percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair IST/HIV, concluiu que as mulheres entrevistadas reconheciam os fatores de vulnerabilidade nas outras mulheres e percebiam o risco do outro em contrair IST/HIV, porém não se consideravam de risco (SILVA et al.,2010). Com relação a fatores relativos ao comportamento sexual de higiene, todas as mulheres praticavam sexo vaginal, 90,2% referiram praticar sexo oral no parceiro e 37,3% sexo anal. A ducha vaginal era realizada por 4,7% delas e 50,0% usavam tampão vaginal. O uso do preservativo no trabalho foi relatado por 99,0% das profissionais do sexo, contudo, apenas 26,3% faziam uso do preservativo com parceiro fixo. Estudos mostram que a ducha vaginal (com água, com sal ou produtos comerciais, entre outros) é prática comum ter as mulheres em todo o mundo (SILVA et al.,2010).

As experiências vividas por mulheres que fazem do corpo e do sexo sua forma de trabalho perpassam as idealizações em torno do que é romântico, sagrado e confiável (referente ao marido ou parceiro fixo) e o que é profissional, 'profano' e desconfiável (no caso, o cliente). Tais concepções interpelam as possibilidades das

práticas sexuais protegidas ou não, bem como os cuidados com a saúde (MOURA, et al., 2010).

É pertinente, consideramos necessária a construção de programa ou um espaço educativo junto às mulheres que trabalham com sexo que discuta o uso do preservativo, a importância do diagnóstico oportuno e a saúde sexual em geral. É importante a criação de processo de educação em saúde que proporcione universos em que as mulheres sejam sujeitas da ação e possam discutir abertamente como as relações sexuais acontecem nos diversos tipos de programa que aparecem como demanda masculina.

As maiores frequências na resposta 'discordam' foram obtidas nas afirmações subsequentes: caso o cliente pague mais pelo programa desprotegido vale a pena o profissional aceitar (90,3%); uma boa razão para ir a uma festa para encontrar alguém desconhecido com a finalidade de ter relação sexual (90,3%); a obrigação de aceitar a relação sexual sem camisinha caso o cliente exija (87,5%); a diversão de ter experiências sexuais com pessoas estranhas (80,6%); a obtenção de prazer sexual tendo relações sexuais sob o efeito de drogas (80,6%); a diminuição da qualidade do prazer sexual pelo uso do preservativo, sendo preferível não utilizar (72,2%); quando um relacionamento dura mais que um mês deixa de ser necessário utilizar o preservativo (70,8%); é chato ter o mesmo parceiro(a) sexual muito tempo (69,4%); é melhor esperar o desaparecimento de um sintoma com o tempo que ir ao médico imediatamente (68,1%). De acordo com estudos de Williams et al., 2014 o sexo comercial pode ser o principal condutor de epidemias de HIV, o que significa que, sem sexo comercial, o HIV teria permanecido muito baixo, mesmo em epidemias que relataram uma prevalência relativamente alta de HIV.

O uso de substâncias, especialmente consumo de álcool frequente torna-se parte do estilo de vida dos profissionais do sexo, quer para aumentar o negócio financeiro ou para lidar com as demandas da profissão. O álcool também pode contribuir para o comportamento de risco, incluindo HAS (Sexo Anal Heterossexual). A correlação positiva da incapacidade de usar o preservativo apesar do conhecimento sobre seu papel protetor e o desejo de usar durante o sexo destaca a vulnerabilidade social e econômica dos profissionais do sexo, resultando em maior risco de HAS, para as IST'S, Hepatite B e câncer anal do vírus do papiloma humano- HPV (MALLIKA et al., 2014).

Na África, uma série de estratégias de intervenção de prevenção do HIV foram implementadas no contexto do trabalho sexual e alcançaram vários graus de sucesso. Intervenções comportamentais para efetivamente reduzir o sexo desprotegido, a promoção do uso do preservativo e o aconselhamento de redução de risco demonstraram eficácia (WIRTZ et al., 2014).

Vários são os motivos pelos quais mulheres se tornam profissionais do sexo, como abordado nos estudos analisados, sendo uma das principais questões a de ordem financeira (PAIVA et al., 2017).

A atenção primária à saúde (APS) é um dos locais mais referidos pelas profissionais do sexo para atender às suas demandas de saúde, sendo procurada, principalmente, para a realização da citologia oncótica (preventivo), para adquirir preservativos masculino e feminino, para o acompanhamento gestacional e, na minoria das vezes, para exames de rotina. Essa baixa assiduidade de dá devido à sensação do preconceito da sociedade e dos profissionais de saúde, à falta de acolhimento por parte dos profissionais, ao horário de funcionamento da APS, que inviabiliza o acesso, e às rotinas de trabalho (BONADIMAN et al., 2012).

No presente estudo, a assertiva que aborda que o risco de contrair uma IST não é consequência do comportamento sexual e sim do azar foi verificado que 48,6% discordaram, já, 34,7% concordaram e 9,7% mantiveram-se neutros. Quando se perguntou se sua profissão expõe os entrevistados a um maior risco de contaminação por IST, 77,8% concordaram, porém 18,1% discordaram da afirmativa. Em relação ao conhecimento sobre os métodos prevenção de IST ser suficientes para proteção dos profissionais do sexo, 65,3% afirmaram concordar e 15,3% discordaram, apontando para uma necessidade de educação sexual.

Na afirmativa que coloca o parceiro como único culpado de levar a contaminação por IST, observou-se 54,2% discordaram e 26,4% concordaram que a responsabilidade pela transmissão é do parceiro. Ao ser questionado que não é necessário saber muito sobre o parceiro(a) para que a relação sexual seja uma agradável experiência, 63,9% discordaram e 29,2% concordaram com a alegação.

Já no enunciado que aponta que qualquer contato sexual é uma experiência muito íntima, 50% dos entrevistados concordaram e 30,6% discordaram. Verificou-se que 55,6% discordaram na afirmativa que caso estivermos apaixonados por alguém não é prático utilizar o preservativo, já 27,8% concordaram com a resposta e 50%

discordaram que o uso do preservativo representa falta de confiança no relacionamento, todavia 36,1% creem que leva a uma falta de confiança.

No estudo de Sousa et al. (2017), foram descritas situações em que a condição de infecção foi associada fortemente ainda à noção de grupos de risco. O perigo é percebido, por exemplo, de acordo com as práticas dos clientes; se esses também relatam sexo com homens, estes são os que representam maior risco. Ao descrever uma hipótese de infecção, uma das entrevistadas considera que *homossexual é que é um risco pra pegar o HIV*. Para ela, a cadeia de transmissão era idealizada do maior para o menor perigo na seguinte ordem: quando um possível cliente, ao sair com outros homens, pode se infectar e transmitir o vírus para a mulher profissional do sexo. Na sequência, ela (enquanto prostituta) é que pode levar a doença para dentro de casa, infectando o marido.

Constatou-se, no presente estudo, que 25% dos entrevistados responderam que a pílula contraceptiva confere uma relação sexual segura, 45,8% concordaram que pensar sobre as ISTs reduz o prazer de ter relações sexuais, 38,9% caracterizam a compra de preservativo como uma situação embaraçosa e que expõe a intimidade, 40,3% concordaram que não há razão para mudar hábitos e comportamentos que proporcionam, mesmo que ao saber que são prejudiciais à saúde e 34,7% expressam ser impossível contrair uma IST ao estar com o mesmo parceiro sexual.

As profissionais do sexo, devido ao convívio com o risco do contágio, procuram se proteger no desenvolvimento das suas práticas com o uso de preservativos (MAIA,2014) porém, grande parte dos clientes está, na maioria das vezes, à procura de experiências de risco, por intermédio da relação sexual desprotegida, utilizando esse mecanismo como forma de busca para a excitação. Além disso, o consumo de álcool e drogas ilícitas, no exercício da profissão, pode trazer sérias consequências para a sua saúde, contribuindo com as práticas sexuais desprotegidas, devido às alterações mentais que provocam esquecimento ou perda do senso crítico e diminuem os cuidados em saúde que, geralmente, são tomados no estado normal de consciência (AQUINO,2011).

Após a categorização qualitativa dos resultados e uma pontuação prévia para cada resposta, criou-se categorias e dentre os 72 participantes do estudo, 48 (66,66%) fizeram entre 93 e 183 pontos possuindo assim, crenças e percepções consideradas neutras, mas que devem ser melhoradas para se tornarem protetivas, seguidos de 24 participantes (33,33%) que somaram entre 184 e 230 pontos, sendo

classificados como possuidores de crenças protetivas contra IST/HIV. Não foi evidenciado no estudo nenhum participante que tenha obtido um somatório de pontos entre 46 e 92, não sendo observado, portanto crenças e percepções de risco para IST/HIV na população estudada, segundo a metodologia de categorização utilizada. Ao relacionar-se as crenças e percepções com a prevalência de IST/HIV na amostra estudada tem-se que a maior prevalência foi evidenciada entre o grupo que apresentou crenças e percepções consideradas neutras (16,7% - 08/48), seguido do grupo possuidor de crenças protetivas contra IST/HIV (8,3% - 02/24).

O aumento das ocorrências de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) é uma realidade e grave problema de saúde pública, pois os agravos decorrentes prejudicam grande parcela da população. Os profissionais do sexo é um dos grupos mais exposto ao contágio e a Transmissão de Doenças Infecciosas, pelo número de parceiros e por muitas vezes, violências sofridas no exercício de sua profissão.

Por fim, verifica-se que a desinformação a respeito das IST existe e sobre suas formas de transmissão e contágio também, assim o grande risco a que estes profissionais estão expostos e expõem seus parceiros e clientes torna-se incomensurável. O papel dos profissionais de saúde, neste contexto, faz-se essencial e indispensável, tendo suas práticas baseadas em evidências, traçando estratégias para a prevenção, tratamento e a propagação do conhecimento para a população acerca das IST para que assim o conhecimento seja propagado e a prevenção seja real e eficaz.

CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu categorizar o perfil sociodemográfico e econômico, a prevalência de Infecções Sexualmente Transmissíveis, o conhecimento, as crenças e percepções acerca do tema em profissionais do sexo que atuam nas proximidades da Feira do Passarão em Boa Vista, Roraima. Quanto ao perfil sociodemográfico da amostra, constatou-se a predominância do gênero feminino, na faixa etária jovem (18 a 28 anos), autodeclarada na cor/raça parda, solteiros, com nível de escolaridade entre 7 a 12 anos e seguida de nível superior, renda mensal de até mil reais, nacionalidade venezuelana, residentes nas proximidades do local de trabalho (bairros Caimbé, Buritis e Asa Branca) e religião católica.

Esse perfil encontrado na pesquisa retrata a situação migratória enfrentada pela população venezuelana para o estado de Roraima, tendo em vista a crise econômica, política e desabastecimento vivenciada no país vizinho. Diante disso, os imigrantes encontram como forma de sobrevivência o trabalho com a prostituição pelas dificuldades de inserção em trabalhos considerados como “formais”, devido a dificuldade de comunicação, necessidade de revalidação dos diplomas de formação, aceitação da sociedade, entre outros fatores.

A prevalência da infecção por IST na amostra estudada foi de 13,8% (10 indivíduos diagnosticados com algumas IST), sendo 12,5% diagnósticos de Sífilis e 1,4% de HIV, todos do sexo feminino. Os achados condizem com dados observados tanto no estado de Roraima quanto nacionalmente, nos quais houve um aumento nas taxas de detecção da sífilis adquirida, sendo explicado pelo aumento do uso de testes rápidos, ao desabastecimento mundial do medicamento para tratamento (penicilina), redução do uso de preservativo, resistência do uso de penicilina por parte dos profissionais de saúde e ainda ao aprimoramento das ações de vigilância epidemiológica, pois esta doença se tornou de notificação compulsória após 2010 e também pela crise migratória.

Ao realizar-se a associação entre o perfil sociodemográfico e a prevalência de IST, observa-se que os indivíduos afetados foram exclusivamente do gênero feminino, com predomínio da faixa etária de 41 a 60 anos, estado civil solteiro, baixo nível de escolaridade (nunca tinham estudado), com raça/cor não informada, dentre o grupo dos que não informaram a renda familiar mensal e que afirmaram não possuir religião.

Com base nesses achados, pode-se compreender a população de profissionais do sexo mais afetadas pelas IST, fazendo-se necessário o fortalecimento das ações de prevenção, a partir da educação em saúde, disponibilização de preservativos, bem como a detecção precoce, principalmente na população com comportamento de risco, facilitando o acesso aos serviços de saúde, diminuindo estigma social, ampliando a oferta de teste rápidos e a disponibilização do tratamento em tempo oportuno.

Em se tratando do nível de conhecimento sobre as IST, a maioria dos profissionais do sexo entrevistados foram classificados como detentores de um nível de conhecimento médio, seguidos de com nível alto e de nível baixo para o conhecimento. Também se verificou que as maiores taxas de IST foram constatadas nos profissionais categorizados como nível baixo, reforçando ainda mais a necessidade das ações de educação em saúde.

Ao realizarmos a associação do resultado positivo para IST/HIV e as características sociodemográficas através do Teste Qui-quadrado não foi constatada nenhuma variável com associação significativa ($p < 0,05$), o que pode ser explicado pelo número amostral, que pode ter sido um fator limitante do estudo.

No que se refere às crenças e percepções dos profissionais do sexo sobre as IST, observou-se que a maioria do universo amostral apresentou crenças consideradas neutras, mas que devem ser melhoradas para se tornar protetivas, seguida de crenças consideradas protetivas e nenhum participante foi considerado portador de crenças e percepção de risco para o desenvolvimento de IST.

O presente estudo conseguiu atingir os objetivos propostos e trouxe à tona um fenômeno complexo e, muitas vezes, estigmatizado que é a sexualidade, cuidados em saúde, conhecimento e percepção dos profissionais do sexo sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis. As principais limitações foram que muitos profissionais deixaram em branco algumas respostas, o que pode ter interferido no resultado final, além da falta de adesão à participação do estudo por alguns profissionais do sexo por estarem no horário de trabalho.

Conclui-se, portanto, que as infecções sexualmente transmissíveis em profissionais do sexo são um fenômeno complexo e multidimensional, influenciado pelas características sociais, econômicas, culturais e também pelos clientes, entre outros fatores. A proteção do trabalho sexual é, sem exceção, viável e necessária para o controle das epidemias de HIV/IST. É imperativo a expansão da prevenção e do

tratamento direcionados, facilitados por políticas públicas e ações para melhorar as condições em que se realiza o trabalho sexual. Os programas devem se esforçar para prestar serviços que os trabalhadores do sexo necessitam, como por exemplo intervenções, para aumentar o uso do preservativo.

Ressalta-se, portanto, que as principais estratégias para modificar esse cenário são através das ações de educação em saúde, acesso aos serviços de saúde, detecção precoce e tratamento oportuno e correto, de maneira a minimizar a transmissão, proporcionar a cura e/ou diminuir as complicações advindas das IST.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABAL, F. C.; SCHROEDER, P.S. **Prostituição, estigma e marginalização: o reconhecimento do vínculo de emprego das profissionais do sexo.** Espaço Jurídico- Journal of Law. 18 (2): 509-524. 2017.

AGUILAR, G. et al., **Prevalência del VIH/ Sífilis y comportamentos de riesgo em mujeres trabajadoras sexuales em Paraguay.** Rev.Salud Publica Paraguay; 9(2): [p29-p34], Dic 2019.

ALBUQUERQUE, GA, Garcia CL, Alves MUH, Queiroz CMHT, Adami F. **Homossexualidade e o direito a saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil.** Saúde Debate. 2013;37(98):516-24.

ALTER, M. J. **Epidemiology of hepatitis C virus infection.** World J. Gastroenterol., [S.I.], v. 13, n. 17, p. 2436-41, maio 2007.

ANDRADE, R. G. et al. **Estigma e discriminação: experiência de mulheres HIV positivo nos bairros populares de Maputo, Moçambique.** Cad. Saúde Pública.v.31, n.3. p.565-74,2015.

AQUINO PS, Nicolau AIO, Pinheiro AKB. **Desempenho das atividades de vida de prostitutas segundo o Modelo de Enfermagem de Roper, Logan e Tierney.** Rev. Bras. Enferm. 2011; 64(1): 138-144.

ARAÚJO, M.A.L. et al. **Doenças sexualmente transmissíveis atendidas em unidade primária de saúde no Nordeste do Brasil.** Cad. Saúde Colet., v.23, n. 44, p. 347-353, 2015.

AZEVEDO, R. L. W. et al. **O cotidiano do trabalho de profissionais do sexo: a vulnerabilidade laboral.** In: Anais do Congresso Virtual HIV/AIDS da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa, Lisboa, 2010.

BARBOSA, T.L.A. et al. **Aconselhamento em Doenças Sexualmente Transmissíveis na Atenção Primária: percepção e prática profissional.** Acta Paul Enferm., v. 28, n. 6, p. 531-38, 2015.

BAGGALEY, R. et al. **Young Key populations and HIV: a special emphasis and consideration in the new WHO consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations.** J int. AIDS Society. 2015; 18(2 Suppl 1): 19438.<https://dx.doi.org/10.7448%2FIAS.18.2.19438>.

BASTOS, FI et al. **HIV, HCV, HBV, and syphilis among transgender women from Brazil:assessing diferente methods to adjust infection rates of a hard-to-reach,sparse population.** Medicine.2018;97(1 Suppl): s16-24.<https://dx.doi.org/10.1097%2FMD.0000000000009447>

BELDA JÚNIOR, W. **Doenças Sexualmente Transmissíveis**, 2ª ed, 2009.

BENEDETTI, M. S. G. Secretaria de Saúde do Estado de Roraima. Coordenação de Epidemiologia. **Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima de 2000**. Boa Vista, 2000.

BENEDETTI, M. S. G. Secretaria de Saúde do Estado de Roraima. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. **Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima de 2013**. Boa Vista, 2013.

BENEDETTI, M. S. G. (Org.) Secretaria de Saúde do Estado de Roraima. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. **Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima de 2016**. Boa Vista, 2016.

BENEDETTI, M. S. G. (Org.) Secretaria de Saúde do Estado de Roraima. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. **Relatório Anual de Epidemiologia de Roraima de 2017**. Boa Vista, 2017.

BONADIMAN, POB et al. **Health practices among prostitutes from popular segments in the city of Santa Maria-RS: the care network**. *Physis* [Internet]. 2012 [cited 2017 Apr 01];22(2):779-801. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000200020

BORTOLI, V.C; MC, S. EB. **Violência contra mulheres profissionais do sexo: concepções e ações dos trabalhadores da Atenção Básica**. *Rev enferm UFPE*. 2016; 10(7): 2445-52

BORGES, B.V.S. **Prevalência de sífilis em mulheres profissionais do sexo: revisão integrativa**. *Rev. Enfem. UFPI*, 2016; out-dez; 5(4): 69-74.

BRANDÃO, A. B. M.; FUCHS, S. C. **Risk Factors for Hepatitis C Virus Infection among Blood Donors in Southern Brazil: A Case-Control Study**. *BMC Gastroenterology*, [S.l.], v. 2, p. 1-8, 2002. Disponível em: <<https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-18744375782%7B%7DpartnerID=40%7B%7Dmd5=93cd9dbbf11e9d7dfa3b10e4fd9d3a4d>>. Acesso em: 27 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de bolso **doenças sexualmente transmissíveis**. Brasília; 2006.

BRASIL. Ministério da saúde. **Manual de Prevenção das DST/HIV/Aids em Comunidades Populares**. Série Manuais n. 83. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da saúde. **Doenças Infecciosas e Parasitárias: guia de bolso**. 8. ed. Brasília: Ministério da Saúde: 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional DST/AIDS e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico AIDS/DST**. 2011; [acesso 15 julho 2018]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50652/boletim_aids_2011_final_m_pdf_26659.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas na população brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011b

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes Nacionais para o Aconselhamento em DST/HIV/HV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a Disponível em : <http://aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2012522994/teorizacao-oficina-acs.pdf>. Acesso em: 20 Mar 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Boletim epidemiológico AIDS/DST**. Brasília, 2013 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico- AIDS e DST**. Semanas Epidemiológicas Julho a Dezembro de 2013 / Janeiro a Junho de 2014. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico- AIDS e DST**. Semanas Epidemiológicas Julho a Dezembro de 2014/ Janeiro a Junho de 2015. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas na população brasileira**. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de IST/HIVAids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico da Sífilis 2016**. Brasília, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS e DST. Ano V - nº 1 - 27ª a 53ª - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2015. Ano V - nº 1 - 01ª a 26ª - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2016**. Brasília, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de IST/HIV/Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico da Sífilis 2016**. Brasília, 2016c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, 3 out. 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de IST/HIV/Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS e IST**. Brasília, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de IST/HIV/Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - Aids e IST, 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, 2017d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico Sífilis 2017.** Brasília, 2017e. Disponível em: Downloads/boletim_sifilis_11_2017%20(1).pdf. Acesso em: 01/04/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico hepatites virais.** 2017f. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/ptbr/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-hepatites-virais-2017>. Acesso em: 01/04/2017.

BRASIL. 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 prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017g.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis 2018.** Vol,49; Brasília,2018.

BRASIL. 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 para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças.** 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico Sífilis 2019.** Brasília, 2019.

BRITO, A M; CASTILHO, E A. **AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada.** Rev. Soc. Bras. Med. Trop., 2001, Uberaba, v. 2, nº.34, p. 207-217 a: MS, 2010. p. 37-39.

BUKH, J.; PURCELL, R. H.; MILLER, R. H. **At Least 12 Genotypes of Hepatitis C Virus Predicted by Sequence Analysis of the Putative E1 Gene of Isolates Collected Worldwide.** Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, [S.l.], v. 90, n. 17, p. 8234-38, 1993.

CAMPO-ARIAS, A.; CEBALLO, G. A.; HERAZO, E. **Prevalência do padrão de Comportamento de risco para a saúde sexual e reprodutiva em estudantes adolescentes.** Rev. Latinoam. Enferm., v. 18, nº.2, p. 26 - 30, 2010.

CARVALHO, P.M.R.S.C et al. **Acta Paul Enferm.**2015; 28(1): 95-100.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Laboratory testing for the diagnosis of HIV infection: updated recommendations** [On-line]. 27 jun. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15620/cdc.23447>>. Acesso em: 25 maio 2018.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Software do programa EpiInfo™ versão 7.2.2.6**. [Online]. Website/Abouto epi info. Disponível em: <https://www.cdc.gov/epiinfo/support/downloads.html>, 2017. Acessado: 02/02/2018.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Hepatitis B Information for Health Professionals**. [Online] 21 de Março de 2014. [Citado em: 20 de Agosto de 2014.] <http://www.cdc.gov/hepatitis/HBV/ HBVfaq.htm#overview>.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Hepatitis B: epidemiology and prevention of vaccine- preventable**. Diseases [Internet]. 2015 [cited 2015 Jul 01]. Available from: <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook>

COELHO, H. C. **Presença dos virus HBV e HCV e seus fatores de riscos nos presidiários masculinos da Penitenciária de Ribeirão Preto**. 2008. 121 f. Tese(Doutorado em Medicina)- Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto,2008.

COLLINS, S. P. et al. **Situating HIV risk uin the lives of formely trafficked female sexworkers on the Mexico-US border**. AIDS care., v. 25, n. 4, p. 459-465, 2013.

COSTA, L.M. **Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana: Aspectos Epidemiológicos ,Acesso e Cuidado em mulheres profissionais do sexo no Município Paraense de Bragança, Norte do Brasil**. Dissertação de Mestrado, em Saúde na Amazônia do Núcleo de Medicina Tropical,da Universidade Federal do Pará,2018.

COWIE, B.; MACLACHLAN, J. **AASLD 2013 - Session Parallel 2: Epidemiology of Viral Hepatitis** - ID 1738272 - Epidemiology Unit, WHO Regional Reference Laboratory for Hepatitis B, VIDRL Victorian Infectious Diseases Service, Royal Melbourne Hospital Department of Medicine, University of Melbourne, 2013.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003, P. 39-53.

DAMACENA, G. N.; SZWARCOWALD, C. L.; SOUZA JUNIOR, P.R.B. **Práticas de risco do HIV em mulheres profissionais do sexo**. Rev Saúde Pública., v. 48, nº.3, p. 428 - 37, 2014.

DANTAS, L. A. et al. **Perfil epidemiológico de sífilis adquirida diagnosticada e notificada em hospital universitário materno infantil**. Revista eletrônica trimestral de enfermagem, abril, Nº46: 227-235, 2017. [Online]. ISSN 1695-6141.<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.2.229371>. Acesso: 02/02/2018.

DEBONI, R.; VELOSO, V. G. E.; GRISZTEJN, B. **Epidemiology of HIV in Latin America and the Caribbean.** Curr Opin HIV AIDS., V. 9. N. 2, P. 192 - 198, 2014.

DECKER MR, Yan FA, Wirtz AL, Baral SD, Peryshkina A, Mogilnyl V, et al. **Induced abortion, contraceptive use, and dual protection among female sex workers in Moscow, Russia.** Int J Gynaecol Obstet.2013; 120(1): 27-31.

DELL'AGNOLO, CM et al. **Sintomas depressivos em mulheres profissionais do sexo.** Rev. baiana enferm [Internet].2012. [cited 2017 mar 15]; 26(3): 612-19.Available from: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/6600/6699>

DIESTANG, J.L. **Hepatitis B Vírus Infection.** New Engl J Med,2008; 359; 1486-1500.

DUTRA, J. F. S. **Distribution of hepatitis B infection in Brazil: the epidemiological situation at the beginning of the 21st century.** 2015, Revista da sociedade brasileira de medicina tropical, Vol. Ahead of print.

ESTAVELA, A. J.; SEIDL E.M. F. **Vulnerabilidade de gênero, práticas culturais e infecção pelo HIV em Maputo.** Psicologia & Sociedade., v. 27, n.3, p. 569-578, 2015.

FERREIRA FILHO, J. B., **Soroprevalência e Fatores Associados à Sífilis em População Adulta Atendida nas Unidades de Saúde no Município de Vitória - ES.** 2012. 90 p. Disponível em: <http://repositorio.ufes.br/handle/10/4545>

FISHER, J.D et al. **Information-motivation-behavioral skills model- based HIV risk behavior change intervention for inner-city high school youth,** 2002.

FOLHA, B.V. Jornal Folha de Boa Vista, Roraima. Secç. notícias, 2019.

FRANÇA-JUNIOR, I. et al. **Acesso ao teste anti-HIV no Brasil 2003: a pesquisa nacional MS/IBOPE.** Ministério da Saúde. Brasília, 2003.

FREIRE, D. G. **Incentivos e Barreiras ao teste anti-HIV na população geral residente em uma metrópole do Nordeste Brasileiro: resultados de um inquérito populacional.** Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2013. 134 p.

FREITAS, Renan S. **Bordel, bordéis: negociando identidades.**1ª Petrópolis: Ed. Vozes,1985

GIRARDI, E. et al. **Late diagnosis of HIV infection: epidemiological features, consequences and strategies to encourage earlier testing.** JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, vol. 46, p.S3-S8. 2007.

GIR, E. et al. **A parceria sexual na Visão de mulheres portadoras do vírus da imunodeficiência humana–HIV.** DST- Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, vol.18, n.1, p.53-57. 2006.

GIRALDO, P.C et al. **Influência da freqüência de coitos vaginais e da prática de duchas higiênicas sobre o equilíbrio da microbiota vaginal.** Rev Bras Ginecol Obstet. 2005;27(5):257-62.

GOFFMAN, E. **Estígma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** Tradução de Márcia Nunes. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,1988.
GRINSZTEJN, B. et al. Effects of early versus delayed initiation of antirretroviral treatment on clinical outcomes of HIV-1 infection: results from the phase 3 HPTN 052 randomised controlled trial. Lancet Infect Dis. 2014.14(4): 281-90.[https://dx.doi.org/10.1016%2FS1473-3099\(13\)70692-3](https://dx.doi.org/10.1016%2FS1473-3099(13)70692-3)

HOTTZ, P.L; SHECHTER M. **A epidemiologia da infecção pelo HIV no Brasil e no mundo.** In: DIAZ, RS, VÁZQUEZ VS. **Infecção pelo HIV e Terapia Antirretroviral** em 2012. São Paulo: Permanyer Brasil; 2012.p.1-11.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **I Estimativa populacional de Roraima, 2017.**

IMADE, G. et al. **Prevalence of HIV and other sexually transmissible infections in relation to lemon or lime juice douching among female sex workers in jos.** Nigeria. Sex Health. 2008;5(1):55-60.

KATSULIS, Y. et al. **Fatores associados á violência contra mulheres profissionais do sexo de dez cidades brasileiras,** Mar,2017.

KAUFMAN J. **HIV, Sex Work, and civil society in China.** J Infect Dis.2011;204(Suppl 5):1218-22.

KAUKORI, N. et al. **Correlates of infecting in na HIV incidence hotspot among substance users em Tijuana, México.** Int. j. drug policy., v. 25, nº.3, p. 525 - 32, 2014.

KERR, L. et al. **HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil: results of the 2 nd national survey using respondent-driven sampling.** Medicine.2018;97(1 Suppl): S9-15.<https://dx.doi.org/10.1097%2FMD0000000000010573>

LEAL, C. B. et al. **Aspectos de vida e saúde das Profissionais do Sexo.** Rev. Enferm..UFPE on line., Recife,11 (11): 4483-91,nov., 2017.

LEITÃO, E. F et al. **A prática cotidiana de saúde das profissionais do sexo.** Revista Brasileira em Promoção da Saúde [Internet].2012[cited 2017 Mar 10];25(3): 295-304. Available from: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2259/2487>

LOK, A.S.F; MCMAHON, B.J. **Chronic Hepatitis B.** Hepatology ,2007;45:507-539.

LOZANO, R, et al. 2012, The Lancet, Vol. 380, pp. 2095-128. **Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010.**

MAGALHÃES et al. **Práticas de risco e imunização contra hepatite B em mulheres profissionais do sexo.** Rev. Rene. 2016 set-out; 17(5):636-42.

MAIA, M. R. C. **As organizações da sociedade civil na prevenção das infecções sexualmente transmissíveis em trabalhadoras do sexo, em Portugal.** Saúde Soc [Internet]. 2014 [cited 2017 Mar 20];23(1):77-90. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000100077

MALLIKA, A. et al. **Heterosexual Anal Sex among Female Sex Workers in High HIV Prevalence States of India: Need for Comprehensive Intervention.** Rev. online, PLoS ONE,2014.

MALTA, M.M. S et al. **HIV/AIDS risk among female sex workers who use crack in Southern Brazil.** Rev Saúde Pública. 2008;42 (5):830-7.

MANDELL, G; BENNETT, J.; DOLIN, R. Mandell, Douglas, and Bennett's **Principles and Practice of Infectious Diseases.** Philadelphia: Elsevier, 2010.

MARQUES, DMD. Et al. **A Saúde e a “Vida” das Profissionais do Sexo.** In: **Atas do 3º Congresso Ibero-Americano de Investigação qualitativa em saúde;** 2014 jul 14-16; Badajoz, Espanha. Badajoz: Ciaqi; 2015. p. 198-202.

MARTINS, T.A. **Prevalência e fatores associados á Testagem para HIV entre as mulheres profissionais do sexo em Fortaleza.** Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Ceará, Universidades Estadual do Ceará com associação de IES. Fortaleza,2015.

MARTINS, T.; NARCISIO-SCHIAVON, S. L.; SCHIAVON, L. L. **Epidemiologia da infecção pelo vírus da hepatite C.** Revista da Associação Médica Brasileira, [S.l.], v. 57, n. 1, p. 107-12, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302011000100024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 jun. 2018.

MARTINS, S. **Soroprevalência de marcadores da infecção pelo HBV e dos títulos de anti-HBs em indivíduos soropositivos para o HIV.** 2014. 110 p. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/128977>

MCMAHON, B. J. **Epidemiology and natural history of hepatitis B.** Semin. Liver Dis., [S.l.], v. 25, supl. 1, p. 3-8, 2005.

MINOTTO, R. H. T. **Soroprevalência de HIV/IST, conhecimento e percepção em adultos jovens de estado brasileiro com elevada incidência de aids- um estudo de base populacional.** Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima. Boa Vista, 2017.

MIRANDA, A. E. et al. **Prevalência de sífilis e HIV utilizando testes rápidos em parturientes atendidas nas maternidades públicas de Vitória,** Estado do Espírito Santo. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, vol 42(4):386-91, 2009.

[Internet]. 2009 [acesso em: 31 dez. 2015];. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822009000400006>.

MIRANDA, A. E. et al. **Predicting condom use in young women: demographics, behavior and risk factors from a population-based sample in Brazil.** International Journal of STD & AIDS, vol. 22: 590–595, 2011. [Online]. DOI: 10.1258/ijsa.2009.009104.

MOREIRA, ICC, Monteiro CFS. **A violência no cotidiano da prostituição: invisibilidades e ambiguidades.** Rev. latinoam. enferm [Internet]. 2012 [cited 2017 Mar 15];20(5):954-60. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/48637/52695>

MORRIS, S. et al. **Canadian Consensus Guidelines.** Canadian Journal of Gastroenterology. Junho de 2007, Vol. 21, Supplement C, pp. 5C-24C.

MOURA, A.D.A et al. **O comportamento de prostitutas em tempos de aids e outras doenças sexualmente transmissíveis: como estão se prevenindo?** Texto Contexto Enferm. 2010;19(3):545. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000300017>.

NERI, E.A.R. et al. **Conhecimento, atitude e prática sobre o exame Papanicolau de profissionais do sexo.** Texto e Contexto- enferm.[online] 2013, vol.22(3):731-738.

NADAL, SR; MANZIONE, CR. **Identificação dos Grupos de Risco para as Doenças Sexualmente Transmissíveis.** Rev bras Coloproct. 2003 ; 23(2) : 128- 129.

NARVAZ, M.G. KOLLER, SH. **Famílias e patriarcados: da prescrição normativa à subversão criativa.** Psicol Soc. 2006; 18(1): 49-55. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822006000100007>.

NICE. National Institute for Health and Care Excellence. **Hepatitis B (chronic) overview.** NICE. [Online] [Citado em: 20 de Agosto de 2014.] <http://pathways.nice.org.uk/pathways/hepatitis-b-chronic?fno=1>

OLIVEIRA, J.A.F. **Perfil epidemiológico dos profissionais do sexo da região metropolitana.** Rev. Saúde, vol.11, n.1(ESP), 2017.

OLIVAR, J.M.N. **Banquete de homens: Sexualidade, parentesco e predação na prática da prostituição feminina.** Rev. bras. Ci. Soc.[online].2011, vol.26, n.75, pp.89-101. ISSN 01026909. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69092011000100005>.

OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde) - **Estatísticas globais sobre HIV.** 2017a. Acesso: https://unaids.org.br/wpcontent/uploads/2017/12/UNAIDSBR_FactSheet.pdf...

OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde) - **Novos dados sobre hepatites destacam necessidade de uma resposta global urgente.** 2017b. [online]. Disponível em:

http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5404:novo-s-dados-sobre-hepatites-destacam-necessidade-de-uma-resposta-globalurgente&Itemid=812. Divulgado 21/04/2017.

PAIVA, LL, et al. **A vivência das profissionais do sexo**. CEBES [Internet]. 2013 [cited 2017 Mar 31];37(98):467-76. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000300010

PALTANIN, L. F.; REICHE, E. M. V. **Soroprevalência de Anticorpos Antivírus Da Hepatite C Em Doadores de Sangue, Brasil**. Revista de Saúde Pública, [S.I.], v. 36, n. 4, p. 39399, 2002.

PANDO, M. A et al., **Prevalência de la infección por el VIH Y Treponema pallidum em mujeres trabajadoras sexuales de Argentina**. Rev. Panam. Salud pública; 30(4): 303-308, oct. 2011.

PASSOS ADC, Figueiredo JFC. **Fatores de risco para doenças sexualmente transmissíveis entre prostitutas e travestis de Ribeirão Preto (SP), Brasil**. Pan Am J Public Health. 2004;16(2):95-101

PATRÍCIO, A.C.F.A et al. **Conhecimento de Profissionais do sexo sobre HIV/Aids e Influência nas práticas sexuais**. Rev. Bras. Enferm. [internet]. 2019; 72 (5): 1378-84

PEELING, R. W.; MABEY, D.; KAMB, M. L. et al. **Syphilis**. Nat.Rev .Dis.Primers, [S.I.], v.3, p17073,12 out. 2017.

PELTO, J. P.; PELTO, G. H. Studying knowledge, culture, and behavior in applied medical anthropology. **Medical Anthropology Quarterly**, vol. 11(2):147-163, 1997.

PENHA, JC et al. **Fatores de risco para doenças sexualmente transmissíveis em profissionais do sexo do interior piauiense**. Rev. gaúch. enferm. [Internet]. 2015 [cited 2017 Feb 10];36(2):63-69. Available from: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/52089/3418>

PENHA, JC.; et al. **Características da violência física sofrida por profissionais do sexo no interior piauiense**. Rev. Bras. Enferm. 2013; 65(6): 984-90.

PNUD. Relatório do Desenvolvimento Humano, Brasil, 2013.

PETRUZZIELLO, A. et al. **Global Epidemiology of Hepatitis C Virus Infection: An up-Date of the Distribution and Circulation of Hepatitis C Virus Genotypes**. World Journal of Gastroenterology, [S.I.], v. 22, n. 34, p. 7824-40, 2016.

PINTO, V. M.; TANCREDI, M. V.; ALENCAR, H. D. R.; CAMOLESI, E.; HOLCMAN, M. M.; GRECCO, J. P. et al. **Prevalence of Syphilis and associated factors in homeless people of São Paulo, Brazil, using a Rapid Test**. Revista Brasileira de Epidemiologia, vol. 17(2):341-54, 2014.[Internet]. [Acesso em: 31 dez. 2015];. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201400020005ENG>.

POGETTO, M. R. B.; SILVA, M.G.; PARADA, C.M.G.L. **Prevalência de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres profissionais do sexo, em um município do interior paulista, Brasil.** Rev. Latinoam. Enferm., v.19 , n. p. 1 - 7, 2011.

PRADO, L.M. Rev. Bras. Enferm. Brasília, V. 46, n. 2, 156 - 166, Jun. 2003. **Comportamento Preventivo em Saúde: Para além da Teorização.**

PRINGLE, C.R. **Vírus taxonomy at the XIth International Congress of Virology,** Sydney, Australia,1999.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Desenvolvimento de dispositivos para a inclusão e integração de populações estratégicas e/ou vulneráveis nas Redes de Atenção a Saúde do SUS.**2013. Disponível em : <http://www.undp.org>. Acesso em : 08 Dez 2018.

RACHID, M; SCHECHTER, M. **Manual de HIV/AIDS** – 10ª Ed, p.1-11- Rio de Janeiro,2017.

RAMIREZ, C.; PINZÓN-RONDÓN, A.M.; BOTERO, J.C. **Contextual predictive of factors of child sexual abuse: the role of parente-interaction.** Child Abuse & Neglect.,v.35,p.1022-31,2011.

RANEBENNUR, V. et al. **Addressing vulnerabilities off emale sex workers in na HIV prevention intervention in Munbai and Thane: experiences from the Aatha Project.** HIV/AIDS- Reserarch and Palliative Care., v.6, p.9-18,2014.

RIBEIRO, M. et al. **Vidas na raia: prostituição feminina em regiões de fronteira.** Porto: Afrontamento,2008.

RICHARD, S. et al. **Feasible, Efficient and Necessary, without Exception-Working with Sex Workers Interrupts HIV/STI Transmission and Brings Treatment to Many in Need.** Rev. Online,PLoS ONE,2015

RODRIGUES, M.T et al. **A prostituição no Brasil contemporâneo: um trabalho como outro qualquer.** Revista Katályis,2009- redalyc.org

RODRIGUES, M. T. et al. Políticas públicas de saúde relacionadas ao HIV/AIDS: cenário epidemiológico no Brasil e em Roraima. **Anais do II Seminário de Psicologia e Psicologia Fenomenológica e II Congresso Internacional Pessoa e Comunidade: fenomenologia, psicopatologia e ciências da saúde:** interlocuções, realizado em Boa Vista, RR, 2017 / organizado por Andrés Eduardo Aguirre Antúnez e Joelma Ana Gutiérrez Espíndula. São Paulo: IPUSP, 2017. Publicação eletrônica. ISBN: 978-85-86736-77-3.

ROLFS, R. T. et al. **A randomized trial of enhanced therapy for early syphilis in patients wltth and wltouth human immunodeficiency virus infection.** N. Engl. J. çMed. [S.1], v.337, p.307-314,1997.

ROMPALO, A. **Preventing sexually transmitted infections: black to basics.** J.Clin Invest.,v.121,n.12,p.4580-83,2011.

ROMANO, L. P. S et al.,**The worldwide impact of vaccination on the control and protection of viral hepatitis B.** Dig Liver Dis. 2011; 43(Supl 1):2-7.

RORAIMA. Secretaria de Saúde do Estado de Roraima. Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde. Núcleo dos Sistemas de Informação em Saúde. **TABNET.** Disponível em: <http://www.saude.rr.gov.br/index.php/j-stuff/newsfeeds/2017-05-0521-21-23>. Acesso em 30/09/2018.
e Pesquisa. Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde, 2005.

SAFFIOTI, H.I. B. **Gênero, patriarcado violência.** São Paulo : Editora Fundação Perseu Abramo,2004.

SCHNEIDER, I. J. C. et al. **Perfil epidemiológico dos usuários dos Centros de Testagem e Aconselhamento do Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005.** Caderno de Saúde Pública, vol. 24, n.7, p.1675-1688. 2008.

SCOULAR, Jane. **The Subject of Prostitution: Sex Work, Law and Social Theory,** Routledge,2017.

SILVA, A.R; CARVALHO, J. **Prostituição é profissão: motivos para legalizar.** Rev. Eletrônica de Ciências Jurídicas [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 12];1(2):1-36. Available from: <http://fadipa.educacao.ws/ojs-2.3.33/index.php/cjuridicas/article/view/157>

SILVA, CM, Vargens OMC. **Women's perception about female vulnerability to STD and HIV.** Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2009 [cited 2010 Dez 11];43(2):401-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/en_a20v43n2.pdf

SILVA, M.J.G.; LIMA, F.S.S.; HAMANN, E.M. **Uso dos serviços de saúde para DST/HIV/aids por comunidades remanescentes de quilombolas no Brasil.** Saúde Soc. V.19, p.109-20, 2010.

SILVEIRA, M. et al. **Conhecimento sobre sorologia para sífilis e HIV entre profissionais do sexo de Pelotas, Brasil.** *DST j. bras. doenças sex. transm;* **21(1)2009.**

SINGH TN. Et al. **Increasing trend of HIV seropositivity among comercial sex workers attending the voluntary and confidential counseling and Testing Centre in Manipur. India.** Int. J. STD AIDS. 2005;16(2): 166-9.<https://doi.org/10.1258/0956462053057684>

SHARMA A. et al. **Birth cohort variations across functional knowledge of HIV prevention strategies,perceived risk and HIV associated behaviors among gay,bisexual and other men who have sex with men in the United States.** Am. J.Mens Health. 2018;12(6): 1824-34.<https://doi.org/10.1177/1557988318790875>

SOCÍAS, D. M. E. et al. **Universal coverage without universal access: institutional barriers to health care among women sex workers in Vancouver, Canadá.** PLoS ONE., v. 11,n.5,p.1-15,2016.

SOUSA, R. M. R. et al. **Prostituição, HIV/Aids e vulnerabilidades: “a cama da casa e “a cama da rua”.** Cad. Saúde Colet., 2017, Rio de Janeiro,25(4):423-428.

SOUZA, F.G.M.; ERDMANN, A.L. **Vulnerabilidade: análise de conceitos para apoiar as práticas de cuidado em saúde.** Investigação Qualitativa em Saúde., v.1, p. 559-62,2015.

SHERMAN,, Morris, et al. **Canadian Consensus Guidelines.** Canadian Journal of Gastroenterology. Junho de 2007, Vol. 21, Supplement C, pp. 5C-24C.

SZWARCWALD CL et al. **Estimation of the HIV incidence and of the number of people living with HIV/AIDS in Brazil, 2012.** J. AIDS Clin. Res. 2015;6(3):430.<http://dx.doi.org/10.4172/2155-6113.1000430>

UNAIDS. **Global AIDS Response Progress Reporting 2014: construction of core indicators for monitoring the 2011 UM Political Declaration on HIV/AIDS:** UNAIDS; 2014, 264p. Disponível em: <http://www.unaids.org/sites/default/files/media-asset/GARPR-2014-guidelines-en-o.pdf>. Acesso em : 16 abril 2019.

UNAIDS. Organização Mundial da Saúde e o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids. **Acelerando a resposta para acabar com AIDS em 2030.** 2015.

UNAIDS. Ending AIDS. **Progress towards the 90-90-90 targets.** 2017a.

UNAIDS. Organização Mundial da Saúde e o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids. **Estatísticas Globais sobre HIV.** 2019.

UNODC. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. **Guia sobre gênero e HIV/AIDS,** 2012.

URADA LA, Morisky DE, Pimentel- Simbulan N, Silverman JG, Strathdee AS. **Condom negotiations among female sex workers in the Philippines: environmental influences.** Rev. online PLoS ONE. 2012.

USTUN, A. P et al. **HIV Due to Female Sex Work: Regional and Global Estimates.** Rev. Online PLoS ONE, 2013.

VIDAL CEL, Amara B, Ferreira DP, Dias IMF, Vilela LA, Franco LR. **Preditores de prováveis transtornos mentais comuns (TMC) em prostitutas utilizando o Self-Reporting Questionnaire.** J. bras. psiquiatr. 2014; 63(3): 205-12

VIEIRA VILLELA, W.; BARBOSA, R. M. **Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/aids no Brasil. Avanços e permanências da resposta à epidemia.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, nº1, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Infecções sexualmente transmissíveis**, 2011. Disponível em: [http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmittedinfections \(stis\)](http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmittedinfections%20(stis)). Acesso: 04 de agosto de 2018).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Diagnóstico laboratorial de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o vírus da imunodeficiência humana**. Brasília: Organização Mundial da Saúde/Ministério da Saúde, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Guidelines for the screening, care and treatment of persons with hepatitis C infection**. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis**. Geneva, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION(WHO). **Sexually Transmitted Infections(ISTs)**. 2015a. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/>. Acesso em abr 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Daft Global Health Strategy on Sexually Transmitted Infections, 2016-2021**. 2015b. Disponível em : <http://www.who.int/reproductivehealth/ghs-strategies/en/>. Acesso em 06 set 2018.

WORKOWSKI, K.A.; BOLAN, G.A. Centers for Disease Control and Prevention. **Sexually transmitted diseases treatment guidelines**,2015. MMWR, [S.L.], v. 64, RR-03, p.1,5 jun. 2015.

WILLIAMS, J. R. et al. **Positive Impact of Increases in Condom Use among Female Sex Workers and Clients in a Medium HIV Epidemic: Prevalence Modelling Results from Project SIDA 1/2/3 in Cotonou, Benin**. Rev. online PLoS ONE, 2014.

WIRTZ, A. L. et al. **Epidemic Impacts of a Community Empowerment Intervention for HIV Prevention among Female Sex Workers in Generalized and Concentrated Epidemics**. Rev. online PLoS ONE,2014.

YU, YJ et al. **Correlatos demográficos e comportamentais do HIV / DST entre mulheres profissionais do sexo vietnamitas no sudoeste da China**. [AIDS Care](#) ; 28 (11): 1455-60, 2016 nov.

ZAROWSKY, C. et al. Haddad S, Nguyen VR. **Beyond ‘vulnerable groups’: contexts and dynamics of vulnerability**. Global Health Promotion. v. 20, p. S3-9,2013

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: PREVALÊNCIA E PERCEPÇÕES EM PROFISSIONAIS DO SEXO” sob a responsabilidade dos pesquisadores Cassandra Loureiro Mangabeira e Calvino Camargo e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e poderá sair da pesquisa sem nenhum prejuízo para você ou para o pesquisador.

1. O objetivo deste estudo é: investigar a prevalência do diagnóstico de Infecções Sexualmente Transmissível (HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C) e as características das percepções e atitudes dos profissionais do sexo em Boa Vista-Roraima.

2. Sua participação nesta pesquisa será: permitido a avaliação das respostas de seu questionário e escala de crenças e percepções sexuais, além do resultado dos testes rápidos (HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C).

3. O principal benefício relacionado com a sua participação será: este estudo determinará a prevalência de HVI/IST (Sífilis, Hepatite B e Hepatite C) entre Profissionais do Sexo na cidade de Boa Vista-Roraima, fornecendo assim informações que poderão subsidiar a adoção de políticas públicas direcionadas à uma parcela da população constantemente negligenciada. Além disso, o presente estudo realizará os testes diagnósticos para as principais infecções sexualmente transmissíveis oferecendo ao indivíduo da pesquisa, em caso de positividade para algum teste, o tratamento adequado pela rede pública de saúde e fornecerá importantes informações acerca da prevenção do HVI e outras IST, atuando assim como uma ferramenta de educação em saúde.

4. O principal risco relacionado com a sua participação será: a única intervenção a ser realizada será a punção da polpa digital, atividade corriqueira na prática dos profissionais de saúde. Para minimizar os riscos de uma perfuração mais intensa, esta atividade será realizada somente pela pesquisadora que é médica Infectologista a qual realiza rotineiramente esta prática. Além do risco já citado, a pesquisa envolverá também a aplicação de um questionário composto por questões que abordam hábitos e percepções sexuais, neste caso existe um risco mínimo de perda da confidencialidade e constrangimento dos indivíduos da pesquisa, já que se trata de um tema considerado tabu na sociedade. Para minimizar estes riscos todos

os questionários respondidos serão armazenados em urna lacrada e caso o indivíduo da pesquisa sinta-se constrangido ou incomodado com alguma pergunta, o mesmo poderá se recusar a respondê-la, se recusar a participar da pesquisa ou ainda se retirar da pesquisa se assim julgar necessário sem nenhum ônus. A pesquisa será realizada em ambiente privativo e somente os pesquisadores terão acesso aos instrumentos de coleta de dados. Além disso, será garantido seu anonimato.

Você receberá uma via deste termo com o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do CEP e poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Você poderá entrar em contato conosco, sempre que achar necessário, através do telefone da pesquisadora responsável, **Cassandra Loureiro Mangabeira**, número 98114-6559, caso tenha alguma dúvida.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Participante da pesquisa

Pesquisador

Endereço do pesquisador: Universidade Federal de Roraima (UFRR), Campus Paricarana, Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Sala 02, Bairro Aeroporto, CEP: 69310-000, Boa Vista – RR. Fone: (95) 3621-3146

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Universidade Federal de Roraima (UFRR), Bloco da PRPPG-UFRR, última sala do corredor em forma de T à esquerda (o prédio da PRPPG fica localizado atrás da Diretoria de Administração e Recursos Humanos – DARH) Av. Cap. Ene Garcez, 2413 – Bairro Aeroporto (Campus Paricarana), CEP: 69310-000 – Boa Vista – RR. E-mail: coep@ufr.br Fone: (95) 3621-3112, Ramal 26.

ANEXOS

ANEXO A – QUESTIONÁRIO HIV, HEPATITE B, HEPATITE C, SÍFILIS

“Infecções Sexualmente Transmissíveis: prevalência e percepções em profissionais do sexo”.

QUESTIONÁRIO ADAPTADO

POR FAVOR, NÃO ESCREVA O SEU NOME NESTE QUESTIONÁRIO.

Data:...../...../..... Idade:..... Sexo: () Masculino ()

Feminino

Naturalidade:.....

Nacionalidade:.....

Raça: () Indígena () Preta () Parda () Amarelo () Branca () Não respondeu

Religião:.....

Bairro onde Mora:.....

Profissão:

Identidade de gênero: () Mulher () Homem () Mulher Trans

Uso de preservativo na última relação? () Sim () Não

Tipo de Preservativo : () Masculino () Feminino () Não respondeu

Resultado de de Testagem Rápida:

HIV () Reagente
() Não reagente

SÍFILIS () Reagente
() Não reagente

HEPETITE B () Reagente
() Não reagente

HEPETITE C

 Reagente Não reagente

Você é o casada solteira união estável separada
 (a): divorciada comprometida outras situações

Qual a sua escolaridade? Quantos anos você estudou?

 Não estudou. 1 a 3 anos de estudos (ensino fundamental completo - antigo primeiro grau incompleto). 4 a 6 anos de estudos (ensino fundamental completo ou semi-completo - antigo primeiro grau). 7 a 12 anos de estudos (ensino médio completo ou incompleto – antigo segundo grau). Acima de 12 anos de estudos (ensino superior completo ou incompleto – antigo terceiro grau). Pós Graduação: Especialização Mestrado Doutorado Não

Juntando a renda das pessoas que moram na sua casa, qual a renda mensal da família?

até 1.000 (mil) reais entre 1.001 e 3.000 reais entre 3.001 e 6.000 reais

entre 6.001 e 8.000 reais entre 8.001 e 10.000 reais mais de 10.000 reais

Sua família recebe algum benefício governamental?

() Bolsa família () Crédito Social () Outro () Não.

Marque sua opinião em cada frase abaixo:

1) O vírus HIV, é transmitido pela relação sexual.

A () verdadeiro B) () Falso C) () Não sei.

2) A pessoa contaminada com o vírus da AIDS sempre apresenta os sintomas da doença.

A () verdadeiro B) () Falso C) () Não sei.

3) O vírus da AIDS é identificado através de exames de laboratório.

A () verdadeiro B) () Falso C) () Não sei.

4) O vírus da AIDS pode ser transmitido por sabonetes, toalhas e assentos sanitários.

A () verdadeiro B) () Falso C) () Não sei.

5) O vírus da AIDS pode ser transmitido por abraço ,beijo no rosto ,beber no mesmo copo.

A () verdadeiro B) () Falso C) () Não sei.

6) A AIDS é uma doença grave.

A () verdadeiro B) () Falso C) () Não sei.

7) O uso da camisinha em todas as relações sexuais impede a transmissão do vírus da AIDS.

A () verdadeiro B) () Falso C) () Não sei.

8) Existe uma camisinha específica para as mulheres.

A () verdadeiro B) () Falso C) () Não sei.

9) O uso da mesma seringa e agulha por diversas pessoas pode transmitir AIDS.

A () verdadeiro B) () Falso C) () Não sei.

10) A AIDS é uma doença que somente pega em homossexuais, profissionais do sexo e viciados em drogas.

A () verdadeiro B) () Falso C) () Não sei.

11) As pessoas mais velhas não devem se preocupar coma AIDS. Pois ela atinge apenas os jovens.

A () verdadeiro B) () Falso C) () Não sei.

12) A AIDS é uma doença que tem tratamento.

A () verdadeiro B) () Falso C) () Não sei

13) A AIDS é uma doença que tem cura.

A () verdadeiro B) () Falso C) () Não sei

14) Você conhece alguma pessoa que seja portadora do vírus da AIDS?

A () Sim B) () Não

15) Você já realizou o exame para saber se tem AIDS?

A () Sim B) () Não

16) Você acha que tem chance de contrair HIV?

A () Sim B) () Não

17) Você tem medo de pegar AIDS?

A () Sim B) () Não

18) Utilizar lâminas de barbear, alicates de unhas de outra pessoa pode transmitir Hepatite B e Hepatite C?

A () verdadeiro B) () Falso C) () Não sei

19) O uso de camisinha em todas as relações sexuais impede a transmissão das hepatites.

A () verdadeiro B) () Falso C) () Não sei

20) Existe vacina contra Hepatite B (Que evita contrair a doença).

A () verdadeiro B) () Falso C) () Não sei

21) A hepatite B é uma doença que tem cura.

A () verdadeiro B) () Falso C) () Não sei

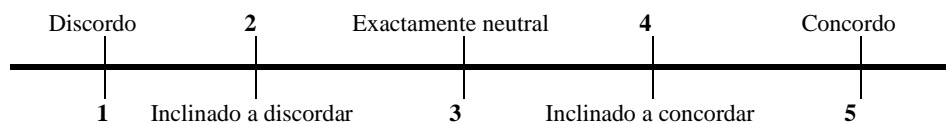
22) Você já realizou o exame para saber se tem Hepatite B?

A () Sim B) () Não C) () Não sei

23) Você já realizou o exame para saber se tem Hepatite C?

A () Sim B) () Não C) () Não sei

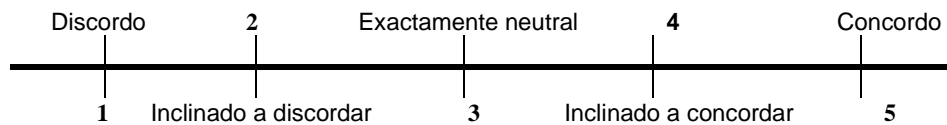
a vida sexual.	
9 - A maioria das infecções sexualmente transmissíveis não interferem na vida cotidiana.	1 2 3 4 5
10 - O risco de contrair uma infecção sexualmente transmissível não é uma consequência do comportamento sexual, mas do azar.	1 2 3 4 5
11 - É melhor esperar que um sintoma desagradável desapareça com o tempo do que ir ao médico imediato.	1 2 3 4 5
12 - O aconselhamento por especialistas em saúde contribui para manter a saúde sexual.	1 2 3 4 5
13 - A troca diária de roupa íntima é uma boa prática de higiene pessoal.	1 2 3 4 5
14 - Se uma pessoa descobrir que sofre de uma infecção sexualmente transmissível, deverá falar sobre isso ao seu parceiro(a).	1 2 3 4 5
15 - É comum os clientes pedirem para ter relações sexuais sem preservativo.	1 2 3 4 5
16 - A sua profissão te coloca em risco maior de contaminação por infecções sexualmente transmissíveis.	1 2 3 4 5
17 - Problema de infertilidade geralmente não estão associados à infecções sexualmente transmissíveis.	1 2 3 4 5
18 - O meios de comunicação social fornecem suficiente informação sobre infecções sexualmente transmissíveis.	1 2 3 4 5
19 - Se o cliente exigir ter relações sem camisinha é sua obrigação aceitar	1 2 3 4 5
20 - Se o cliente pagar mais pelo programa exigido não usar preservativo vale a pena aceitar.	1 2 3 4 5



21 - É bom saber o máximo sobre as infecções sexualmente transmissíveis.	1 2 3 4 5
22 - O seu conhecimento sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis é suficiente para a sua proteção	1 2 3 4 5

23 - Se eu contrair uma doença sexualmente transmissível, o único culpado será o(a) meu (minha) parceiro(a).	1	2	3	4	5
24 - Devíamos pensar primeiro antes de iniciar nossa vida sexual	1	2	3	4	5
25 - É divertido ter experiências sexuais com estranhos.	1	2	3	4	5
26 - Não é necessário saber muito do nosso(a) parceiro(a) para que a relação sexual seja uma agradável experiência.	1	2	3	4	5
27 - Uma boa maneira de obter prazer sexual é tendo relações sexuais sob o efeito de drogas.	1	2	3	4	5
28-Uma boa razão para ir a uma festa, é encontrar alguém desconhecido com quem possamos ter uma relação sexual.	1	2	3	4	5
29 - A fidelidade é muito importante num relacionamento fixo.	1	2	3	4	5
30 - É chato ter o mesmo parceiro(a) sexual muito tempo.	1	2	3	4	5
31 - Qualquer contato sexual é uma experiência muito íntima.	1	2	3	4	5
32 - É importante que uma pessoa possa conversar com seu parceiro(a) sexual sobre as suas experiências sexuais passadas.	1	2	3	4	5
33 - Não devemos ter relações sexuais com alguém quando não se sabe o suficiente sobre o passado sexual dessa pessoa.	1	2	3	4	5
34 - O preservativo reduz a qualidade do prazer sexual por isso é melhor não o usar.	1	2	3	4	5
35 - É possível desfrutar da relação sexual mesmo quando se usa um preservativo.	1	2	3	4	5
36 - Se estivermos apaixonados por alguém não é prático utilizar o Preservativo.	1	2	3	4	5

37 - A pílula contraceptiva confere uma relação sexual segura.	1	2	3	4	5
38 - O uso de preservativo mostra a falta de confiança no(a) parceiro(a)	1	2	3	4	5
39 - Se o nosso(a) parceiro(a) não quiser usar o preservativo, devemos respeitar essa vontade e ter relações sexuais sem o preservativo.	1	2	3	4	5
40 - Pensar sobre doenças sexualmente transmissíveis reduz o prazer de ter relações sexuais.	1	2	3	4	5
41 - Quando um relacionamento dura mais que um mês deixa de ser necessário utilizar o preservativo.	1	2	3	4	5
42 - A pílula contraceptiva tira a espontaneidade da relação sexual.	1	2	3	4	5



43 - É mais importante a nossa saúde do que uma breve experiência sexual.	1	2	3	4	5
44 - Comprar preservativo é uma situação muito embaraçosa que põe à vista de todos a nossa intimidade.	1	2	3	4	5
45 - Não há razão para mudar hábitos e comportamentos que nos dão prazer, mesmo que alguém nos diga que são prejudiciais à nossa saúde.	1	2	3	4	5
46 - É impossível contrair uma infecção sexualmente transmissível quando temos sempre o mesmo parceiro(a).	1	2	3	4	5

APÉNDICE B - TÉRMINO DE CONSENTIMIENTO LIBRE Y ESCLARECIDO

Usted está siendo invitado(a) a participar de la investigación “INFECCIONES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES: PREVALENCIA Y PERCEPCIONES EN PROFESIONALES DEL SEXO” bajo la responsabilidad de los investigadores **Cassandra Loureiro Mangabeira** y **Calvino Camargo**, y su participación no es obligatoria. En cualquier momento usted puede desistir de participar y podrá salir de la investigación sin ningún perjuicio para usted o para los investigadores.

1. El objetivo de este estudio es: investigar la prioridad del diagnóstico de Infecciones Sexualmente Transmisibles -IST- (VIH, Sífilis, Hepatitis B y Hepatitis C) y las características de las percepciones y actitudes de los profesionales del sexo en Boa Vista - Roraima (Brasil).

2. Su participación en esta investigación será: permitida la evaluación de las respuestas de su cuestionario y escala de creencias y percepciones sexuales, además del resultado de las pruebas rápidas (VIH, Sífilis, Hepatitis B y Hepatitis C).

3. El principal beneficio relacionado con su participación será: este estudio determinará la prevalencia de VIH/IST (Sífilis, Hepatitis B y Hepatitis C) entre Profesionales del Sexo en la ciudad de Boa Vista-Roraima (Brasil), proporcionando así informaciones que podrán aportar para la adopción de políticas públicas de salud a una parte de la población constantemente descuidada. A la vez, el presente estudio realizará las pruebas diagnósticas para las principales infecciones sexualmente transmisibles, ofreciendo al individuo participante de la investigación, en caso de positividad para alguna prueba, el tratamiento adecuado por los servicios públicos de salud y proporcionará importantes informaciones acerca de la prevención de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humano) e IST (Infecciones Sexualmente Transmisibles), actuando así como una herramienta de educación sobre salud.

4. El principal riesgo relacionado con su participación será: la única intervención a ser realizada será la punción en el pulpejo digital, actividad habitual en la práctica de los profesionales de la salud. Para minimizar los riesgos de una perforación más intensa, esta actividad será realizada solamente por la investigadora que es médica Infectologista la cual realiza rutinariamente esta práctica. Además del riesgo ya citado, la investigación involucrará también la aplicación de dos cuestionarios compuestos por cuestiones que abordan hábitos y percepciones sexuales, en este caso hay un riesgo mínimo de pérdida de confidencialidad y

constreñimiento de los individuos participantes de la investigación, ya que se trata de un tema prejuicioso considerado por la sociedad. Para minimizar estos riesgos todos los cuestionarios respondidos serán almacenados en una urna lacrada y si el individuo participante de la investigación se siente constreñido o molestado con alguna pregunta, el mismo podrá rehusarse a responderla, o negarse a participar en la investigación o retirarse de la investigación si se juzga conveniente sin ninguna pérdida. La investigación se realizará en un ambiente privado y sólo los investigadores tendrán acceso a los instrumentos de recolección de datos. Además de eso, debe tenerse en cuenta que se garantizará su anonimato.

Usted recibirá una vía de este término con el teléfono y la dirección institucional del investigador principal y del Código Postal, por el cual podrá sacar sus dudas sobre el proyecto y su participación, ahora o en cualquier momento. Usted puede ponerse en contacto con nosotros, siempre que lo considere necesario, por medio del teléfono de la investigadora responsable, **Cassandra Loureiro Mangabeira**, número (95) 98114-6559, si tiene alguna duda.

Declaro que entendí los objetivos, riesgos y beneficios de mi aportación en esta investigación y que estoy de acuerdo en participar de la misma.

Participante da la investigación

Investigador responsable

Dirección del investigador: Universidade Federal de Roraima (UFRR), *Campus* Paricarana, Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Sala 02, Bairro Aeroporto, CEP: 69310-000, Boa Vista – RR. Teléfono: (95) 3621-3146

Dirección del Comité de Ética en Investigación: Universidade Federal de Roraima (UFRR), Bloque de la PRPPG-UFRR, última sala del pasillo en forma de T a la izquierda (del edificio de la PRPPG, queda ubicado por detrás de la Diretoria de Administração e Recursos Humanos – DARH) Av. Cap. Ene Garcez, 2413 – Bairro Aeroporto (*Campus* Paricarana), CEP: 69310-000 – Boa Vista – RR. E-mail: coep@ufrr.br Teléfono: (95) 3621-3112, Ramal 26.

APÉNDICE C – CUESTIONARIO VIH, HEPATITIS B, HEPATITIS C, SÍFILIS.

“Infecciones Sexualmente Transmisibles: prevalencia y percepciones en profesionales del sexo”

CUESTIONARIO ADAPTADO

POR FAVOR, NO ESCRIBA SU NOMBRE EN ESTE CUESTIONARIO.

Fecha:...../...../..... Edad:.....

Gentilicio /natural de:.....

Nacionalidad:.....

Religión:.....

Barrio donde vives em Boa Vista:.....

Profesión:

Carrera: indígena Negro Marróçkn amarillo
 Blanco Não respondio

Resultado de prueba rápida:

HIV Reactivo
 No reactivo

SÍFILIS Reactivo
 No reactivo

HEPATITIS B Reactivo
 No reactivo

HEPATITIS C Reactivo
 No reactivo

● **Usted es:**

casado soltero unión estable separado
 divorciado comprometido otra situación

● **¿Cuál es su escolaridad?**

No estudié
 1 a 3 años de estudios (**enseñanza primaria** incompleta)
 4 a 6 años de estudios (**enseñanza primaria** completa)
 7 a 12 años de estudios (**enseñanza media general** incompleta)
 Más de 12 años de estudios (**enseñanza universitaria** completa)
 Licenciado o diplomado en:.....[
 Postgrado: especialización maestría doctorado

● **Añadiendo los sueldos de las personas que viven en su casa, ¿cuál es la renta /ingreso familiar de su familia?**

Hasta 1.000 (mil reales)
 Entre 1.001 y 3000 (mil reales)
 Entre 1.001 y 3000 (mil reales)
 Entre 3.001 y 6000 (mil reales)
 Entre 6.001 y 8000 (mil reales)
 Entre 8.001 y 10.000 (mil reales)
 Más de 10.000 (mil reales)

● **¿Su familia recibe algún beneficio gubernamental?**

Bolsa familia Crédito Social otro beneficio No recibe

● **Marque con una "X" su opinión para cada frase siguiente:**

1) El virus VIH, es transmitido por la relación sexual.
 A verdadero B) Falso C) No lo sé

2) La persona contaminada por el virus de SIDA (Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida) siempre presenta los síntomas de la enfermedad.

A () verdadero B) () Falso C) () No lo sé

3) El virus del SIDA es identificado por medio de examen de laboratorio patológico.

A () verdadero B) () Falso C) () No lo sé

4) El virus del SIDA puede ser transmitido por jabón, toallas y asientos.

A () verdadero B) () Falso C) () No lo sé

5) El virus del SIDA puede ser transmitido por abrazo, beso, beber en el mismo vaso.

A () verdadero B) () Falso C) () No lo sé

6) El SIDA es una enfermedad grave.

A () verdadero B) () Falso C) () No lo sé

7) El uso de condón en todas las relaciones sexuales impide la transmisión del virus del SIDA.

A () verdadero B) () Falso C) () No lo sé

8) Hay un preservativo/condón específico para las mujeres.

A () verdadero B) () Falso C) () No lo sé

9) El uso de la misma jeringa y aguja por diversas personas puede transmitir el SIDA.

A () verdadero B) () Falso C) () No lo sé

10) El SIDA es una enfermedad que solamente contagia a los homosexuales, profesionales del sexo y drogadictos.

A () verdadero B) () Falso C) () No lo sé

11) Las personas mayores no deben preocuparse con el SIDA, pues él infecta solo a los jóvenes.

A () verdadero B) () Falso C) () No lo sé

12) El SIDA es una enfermedad que tiene tratamiento.

A () verdadero B) () Falso C) () No lo sé

13) El SIDA es una enfermedad que tiene cura.

A () verdadero B) () Falso C) () No lo sé

14) ¿Usted conoce a alguien que sea portador del virus del SIDA?

A () Sí B) () No

15) ¿Usted ya hizo examen para saber si tiene SIDA?

A () Sí B) () No

16) ¿Usted cree que tiene posibilidad de contraer el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humano)?

A () Sí B) () No

17) ¿Usted tiene miedo de contraer el SIDA?

A () Sí B) () No

18) Utilizar navajas, hojas / cuchillas de afeitarse, tenazas de uñas de otra persona, ¿eso puede transmitir Hepatitis B y Hepatitis C?

A () verdadero B) () Falso C) () No lo sé

19) El uso de condón en todas las relaciones sexuales impide la transmisión de las hepatitis.

A () verdadero B) () Falso C) () No lo sé

20) Hay vacuna contra Hepatitis B (que evita a contraer la enfermedad)

A () verdadero B) () Falso C) () No lo sé

21) La Hepatitis B es una enfermedad que tiene cura

A () verdadero B) () Falso C) () No lo sé

22) ¿Usted ya hizo el examen de laboratorio para saber si tiene Hepatitis B?

A () Sí B) () No C) () No lo sé

23) ¿Usted ya hizo el examen de laboratorio para saber si tiene Hepatitis C?

A () verdadero B) () Falso C) () No lo sé

24) ¿Usted cree que tiene posibilidad de contraer Hepatitis B?

A () Sí B) () No C) () No lo sé

25) ¿Usted cree que tiene posibilidad de contraer Hepatitis C?

A () Sí B) () No C) () No lo sé

26) La Hepatitis B y la Hepatitis C pueden ser transmitidas por vía oral?

A () verdadero B) () Falso C) () No lo sé

27) La Sífilis es una enfermedad que se transmite por el uso compartido de toallas y ropas íntimas.

A () verdadero B) () Falso C) () No lo sé

28) Mujeres no contraen Sífilis.

A () verdadero B) () Falso C) () No lo sé

29) La Sífilis es una enfermedad que tiene cura.

A () verdadero B) () Falso C) () No lo sé

30) ¿Usted ya hizo examen de laboratorio para saber si tiene Sífilis?

A () Sí B) () No C) () No lo sé

31) La Sífilis es transmitida por vía sexual.

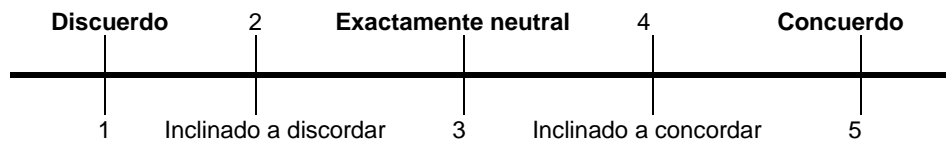
A () verdadero B) () Falso C) () No lo sé

APÉNDICE D – ESCALA DE CREENZAS Y PERCEPCIONES SEXUALES

FECHA: _____ / _____ / _____ n° (ID): _____

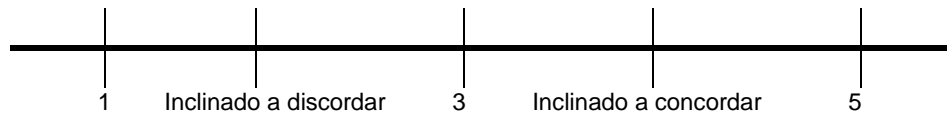
NOMBRE: _____

En relación a las afirmaciones abajo, seguramente usted estará de acuerdo con algunas de ellas y en desacuerdo con otras. Solicitémosle que declare su opinión en relación a cada uno de los enunciados usando la escala que sigue, desde 1 (desacuerdo) hasta 5 (conuerdo), para indicar la extensión de su desacuerdo o acuerdo. Delante de cada enunciado, haga un círculo alrededor del número que traduce su opinión.



1 - Es importante que las personas conversen sobre infecciones sexualmente transmisibles.	1	2	3	4	5
2 - Es importante saber si nuestra pareja posee un comportamiento sexual promiscuo.	1	2	3	4	5
3 - Conversar sobre temas como infecciones sexualmente transmisibles puede comprometer un relacionamiento amoroso.	1	2	3	4	5
4 - Una mujer no tiene que consultar regularmente al ginecólogo si nunca ha tenido relaciones sexuales.	1	2	3	4	5
5 - Después de un diagnóstico de infección sexualmente transmisible su pareja debe recibir tratamiento.	1	2	3	4	5
6 - Es importante tener diariamente hábitos de higiene personal con nuestro cuerpo.	1	2	3	4	5
7 - Hombre y mujer son igualmente responsables por comprar preservativos sexuales.	1	2	3	4	5

8 - La mayoría de las infecciones sexualmente transmisibles no interfieren en la vida sexual.	1	2	3	4	5
9 - La mayoría de las infecciones sexualmente transmisibles no interfieren en la vida cotidiana.	1	2	3	4	5
10 - El riesgo de contraer una infección sexualmente transmisible no es una consecuencia del comportamiento sexual, sino de una casualidad.	1	2	3	4	5
11 - Es mejor esperar que un síntoma desagradable desaparezca con el tiempo que ir al médico inmediatamente.	1	2	3	4	5
12 - El asesoramiento de orientaciones por especialistas de la salud contribuye para mantener la salud sexual.	1	2	3	4	5
13 - El cambio diario de ropa íntima es una buena práctica de higiene personal.	1	2	3	4	5
14 - Si una persona descubre que sufre de una infección sexualmente transmisible deberá hablar sobre esto con su pareja.	1	2	3	4	5
15 - Es común que los clientes pidan para tener relaciones sexuales sin preservativo.	1	2	3	4	5
16 - Su profesión le pone en alto riesgo de contaminación por infecciones sexualmente transmisibles.	1	2	3	4	5
17 - Problemas de infertilidad generalmente no están asociados a las infecciones sexualmente transmisibles.	1	2	3	4	5
18 - Los medios de comunicación social ofrecen suficiente información sobre infecciones sexualmente transmisibles.	1	2	3	4	5
19 - Si el cliente exige tener relaciones sin condón es su obligación aceptar.	1	2	3	4	5
20 - Si el cliente pagar más por el programa exigido, no usar preservativo vale la pena aceptar.	1	2	3	4	5



21 - Es bueno saber el máximo posible sobre las infecciones sexualmente transmisibles.	1	2	3	4	5
22 - Su conocimiento sobre prevención de infecciones sexualmente transmisibles es suficiente para su protección.	1	2	3	4	5
23 - Si yo contraigo una enfermedad sexualmente transmisible, el único culpado será mi pareja.	1	2	3	4	5
24 - Deberíamos pensar primero antes de iniciar nuestra vida sexual.	1	2	3	4	5
25 - Es divertido tener experiencias sexuales con extraños.	1	2	3	4	5
26 - No es necesario saber mucho de nuestra pareja para que la relación sexual sea una agradable experiencia.	1	2	3	4	5
27 - Una buena manera de obtener placer sexual es teniendo relaciones sexuales bajo el efecto de drogas.	1	2	3	4	5
28 - Una buena razón para ir a una fiesta, es encontrar a alguien desconocido con quien se pueda tener una relación sexual.	1	2	3	4	5
29 - La fidelidad es muy importante en un relacionamiento fijo.	1	2	3	4	5
30 - Es aburrido tener la misma pareja sexual por mucho tiempo.	1	2	3	4	5
31 - Cualquier contacto sexual es una experiencia muy íntima.	1	2	3	4	5
32 - Es importante que una persona pueda conversar con su pareja sexual sobre sus experiencias sexuales pasadas.	1	2	3	4	5
33 - No debemos tener relaciones sexuales con alguien cuando no se sabe lo suficiente sobre el pasado sexual de esta persona.	1	2	3	4	5
34 - El preservativo reduce la calidad del placer sexual por eso es mejor no usarlo.	1	2	3	4	5
35 - Es posible disfrutar de la relación sexual mismo cuando se usa un preservativo.	1	2	3	4	5
36 - Si estamos enamorados por alguien no es práctico utilizar el preservativo.	1	2	3	4	5

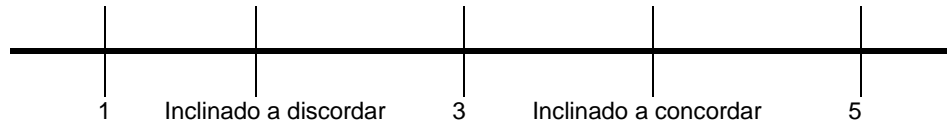
Discuerdo

2

Exactamente neutral

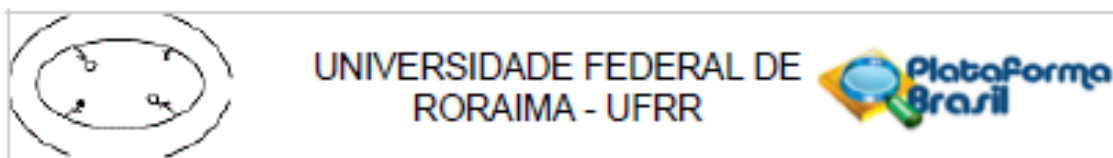
4

Conuerdo



37 - La píldora contraceptiva confiere una relación sexual segura.	1	2	3	4	5
38 - El uso de preservativos muestra la falta de confianza en la pareja.	1	2	3	4	5
39 - Si nuestra pareja no quiere usar preservativo, debemos respetar esa voluntad y tener relaciones sexuales sin el preservativo.	1	2	3	4	5
40 - Pensar sobre enfermedades sexualmente transmisibles disminuye el placer de tener relaciones sexuales.	1	2	3	4	5
41 - Cuando un relacionamiento dura más que un mes deja de ser necesario utilizar el preservativo.	1	2	3	4	5
42 - A píldora contraceptiva saca la espontaneidad de la relación sexual.	1	2	3	4	5
43 - Es más importante nuestra salud que una breve experiencia sexual.	1	2	3	4	5
44 - Comprar preservativos es una situación embarazosa que expone a la vista de todos la nuestra intimidad.	1	2	3	4	5
45 - No hay razón para cambiar los hábitos y comportamientos que nos dan placer, mismo que alguien nos diga que son perjudiciales a nuestra salud.	1	2	3	4	5
46 - Es imposible contraer una infección sexualmente transmisible cuando tenemos siempre la misma pareja.	1	2	3	4	5

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA


PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS : PREVALÊNCIA E PERCEPÇÕES EM PROFISSIONAIS DO SEXO

Pesquisador: CASSANDRA LOUREIRO MANGABEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 99814818.2.0000.5302

Instituição Proponente: Universidade Federal de Roraima - UFR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.962.053

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, analítico, de caráter quantitativo que visa Investigar a prevalência do diagnóstico de Infecções Sexualmente Transmissíveis (HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C) e as características das percepções e atitudes dos profissionais do sexo em Boa Vista-Roraima. A população do estudo será composta por Profissionais do Sexo da zona oeste de Boa Vista, pertencentes a faixa etária de 18 a 65 anos, Independente do gênero e que trabalhem em pontos de prostituição nas proximidades da Feira do Passarão. Serão realizadas visitas nestes pontos de prostituição até se alcançar a meta amostral de 50 (cinquenta) profissionais do sexo, que serão convidados a participar do estudo de forma Individual. Os instrumentos de pesquisa consistem em um questionário estruturado, adaptado do estudo de Miranda et al. (2011), o qual abordará dados sociodemográficos, questões sobre as práticas de comportamento sexual e conhecimentos sobre HIV/AIDS, Sífilis e Hepatites B e C e uma escala de crenças que avallará as crenças e percepções acerca da prevenção de ISTs. Além disto, os participantes da pesquisa serão convidados a se submeterem aos testes rápidos para Sífilis, HIV I e II, Hepatite B e Hepatite C, os quais serão realizados pela pesquisadora. Após a assinatura do TCLE, cada participante responderá um questionário não identificado nominalmente codificado) e uma escala, gozando de privacidade e sob supervisão do pesquisador responsável pelo estudo, sendo a primeira parte do questionário aplicada pelo próprio



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR



Continuação do Parecer: 2.952.053

pesquisador e a segunda parte autoaplicável. Após a aplicação do questionário, o mesmo será depositado em uma uma lacrada.

Critério de Inclusão:

Serão incluídos neste estudo 50 profissionais do sexo, na faixa etária de 18 a 65 anos, independente de gênero, residentes em Boa Vista – Roraima, que atuem nos pontos de prostituição da zona oeste da cidade, nas proximidades da Feira do Passarão, e que possuam as faculdades cognitivas preservadas, tenham assinado o TCLE e não sejam indígenas.

Critério de Exclusão:

Serão excluídos aqueles que não assinarem o TCLE, os menores de idade e maiores de 65 anos, indígenas e que não possuírem as faculdades cognitivas preservadas. A não aceitação da realização do teste rápido para HIV e as outras IST, não acarretará na exclusão dos participantes da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar a prevalência do diagnóstico de Infecções Sexualmente Transmissíveis (HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C) e as características das percepções e atitudes dos profissionais do sexo em Boa Vista-Roraima.

Objetivo Secundário:

- Determinar e caracterizar os casos de diagnósticos de Infecções Sexualmente Transmissíveis nos profissionais do sexo;
- Identificar e descrever as características das percepções de risco de infecção por IST nos Profissionais do Sexo;
- Caracterizar as atitudes em relação a prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis pelos Profissionais do Sexo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Com relação aos riscos, a única intervenção a ser realizada será a punção da polpa digital, atividade corriqueira na prática dos profissionais de saúde. Para minimizar os riscos de uma perfuração mais intensa, esta atividade será realizada somente pela pesquisadora principal, que é médica infectologista, a qual realiza rotineiramente esta prática. Além do risco físico já citado, a pesquisa envolverá também a aplicação de um questionário composto por questões que abordam hábitos e percepções sexuais, neste caso existe um risco mínimo de perda da confidencialidade e

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.
 Bairro: Aeroporto CEP: 69.310-000
 UF: RR Município: BOA VISTA
 Telefone: (95)3621-3112 Fax: (95)3621-3112 E-mail: coep@ufrr.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR



Continuação do Parecer: 2.982.053

constrangimento dos indivíduos da pesquisa, já que se trata de um tema considerado tabu na sociedade. Para minimizar estes riscos todos os questionários respondidos serão armazenados em uma lacrada e caso o indivíduo da pesquisa sinta-se constrangido ou incomodado com alguma pergunta, o mesmo poderá se recusar a respondê-la, se recusar a participar da pesquisa ou ainda se retirar da pesquisa se assim julgar necessário sem nenhum ônus.

Benefícios:

Este estudo determinará a prevalência de HIV/IST (Sífilis, Hepatite B e Hepatite C) entre Profissionais do Sexo na cidade de Boa Vista– Roraima, fornecendo assim informações que poderão subsidiar a adoção de políticas públicas direcionadas a uma parcela da população constantemente negligenciada. Além disto, o presente estudo realizará os testes diagnósticos para as principais infecções sexualmente transmissíveis oferecendo ao indivíduo da pesquisa, em caso de positividade para algum teste, o tratamento adequado pela rede pública de saúde e fornecerá importantes informações acerca da prevenção do HIV e outras IST, atuando assim como uma ferramenta de educação em saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um tema de extrema relevância para a saúde pública, principalmente por abordar um grupo populacional tão negligenciado, como os profissionais do sexo. Desta forma os dados produzidos poderão melhorar a qualidade de vida e de saúde desta população.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram devidamente apresentados.

Recomendações:

Vide conclusões

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O presente projeto de pesquisa atende todas as exigências éticas, não havendo portanto nenhuma pendência ou inadequação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	14/09/2018		Acelto

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.
 Bairro: Aeroporto CEP: 69.310-000
 UF: RR Município: BOA VISTA
 Telefone: (95)3621-3112 Fax: (95)3621-3112 E-mail: coep@ufr.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RORAIMA - UFRR



Continuação do Parecer: 2.962.053

Básicas do Projeto	ETO_1209889.pdf	12:32:52		Acelto
Outros	questionario.docx	14/09/2018 12:32:35	CASSANDRA LOUREIRO MANGABEIRA	Acelto
Outros	escala.docx	14/09/2018 12:31:32	CASSANDRA LOUREIRO MANGABEIRA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	14/09/2018 12:30:15	CASSANDRA LOUREIRO MANGABEIRA	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	14/09/2018 12:30:02	CASSANDRA LOUREIRO MANGABEIRA	Acelto
Folha de Rosto	Scanner_20180830.pdf	30/08/2018 17:13:03	CASSANDRA LOUREIRO MANGABEIRA	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOA VISTA, 15 de Outubro de 2018

Assinado por:

MANUELA SOUZA SIQUEIRA CORDEIRO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Cap. Ene Garcez, nº 2413, UFRR, Campus Paricarana, Bloco PRPPG/UFRR, Sala CEP/UFRR.
 Bairro: Aeroporto CEP: 69.310-000
 UF: RR Município: BOA VISTA
 Telefone: (95)3621-3112 Fax: (95)3621-3112 E-mail: coep@ufr.br