

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

ROSILANE DE LIMA BRITO MAGALHÃES

**Infecção pelo vírus da hepatite B, HIV e cobertura vacinal em
profissionais do sexo feminino de Teresina-PI**

**RIBEIRÃO PRETO – SP
2013**

ROSILANE DE LIMA BRITO MAGALHÃES

**Infecção pelo vírus da hepatite B, HIV e cobertura vacinal em profissionais do
sexo feminino de Teresina-PI**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Doutor em Ciências,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Fundamental.

Linha de pesquisa: Doenças infecciosas:
problemática e estratégias de enfrentamento.

Orientadora: Prof^a Dr^a Elucir Gir

RIBEIRÃO PRETO – SP

2013

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo da Publicação

Serviço de Documentação de Enfermagem

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo

Magalhães, Rosilane de Lima Brito

Infecção pelo vírus da hepatite B, HIV e cobertura vacinal em profissionais do sexo feminino de Teresina-PI. / Rosilane de Lima Brito Magalhães; orientador: Elucir Gir – Ribeirão Preto, 2013.

114 p.: il.; 30 cm

Tese(Doutorado) - Universidade de São Paulo, 2013.

1. Profissionais do sexo; 2. Mulher. 3. Hepatite B. 4. HIV/Aids; 5. Vacina. Fatores de risco.

MAGALHÃES, R. L. B. Infecção pelo vírus da hepatite B, HIV e cobertura vacinal em profissionais do sexo feminino de Teresina-PI. Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A meu esposo

Francisco Vilemar Magalhães e Fontenele

Pelo seu amor e apoio de cada dia.

A minha filha

Maria Laura de Lima Brito Magalhães

razão da minha vida

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

*Em todos os momentos da Pós-Graduação, contei com a presença de **Deus**, que me deu forças para acreditar que tudo seria possível; mostrou-me o caminho a ser trilhado e possibilitou-me encontrar pessoas essenciais nessa caminhada. Externo meu sentimento de gratidão a Deus e a estas pessoas.*

*À Profa. Dra. **Elucir Gir**, por aceitar orientar-me e, dessa maneira, contribuir para meu crescimento profissional e pessoal; por me incentivar à busca pela excelência em pesquisa, e, com competência e determinação, repassar-me conhecimento e tranquilidade. Registro minha imensa gratidão, admiração, amizade e respeito.*

*Ao Prof. Dr. **Luiz de Sousa Santos Júnior** pela valiosa contribuição na Expansão da Universidade Federal do Piauí nas últimas décadas, no que se refere à criação de novos cursos de Graduação e Pós-Graduação, por incentivar e permitir a qualificação profissional.*

*À chefe de Gabinete da Universidade Federal do Piauí, **Carminha Luiza da Fonseca Reis Silva**, por sua atenção e apoio; em várias etapas do meu doutoramento, passou-me segurança e tranquilidade para continuar. Externo minha gratidão, admiração e amizade.*

*À minha família, pelo carinho e apoio, especialmente à minha mãe (**Maria da Paz**), que me cativa a cada dia e torce para que tudo dê certo.*

*À Profa. Dra. **Marli Teresinha Gimenez Galvão**, pelos ricos ensinamentos, e por me ensinar a descobrir novos caminhos da pesquisa.*

*Às pessoas queridas do Grupo de Estudo NAIDTS, por compartilharem conhecimento. Com **Lilian Fleck, Maria Cristina Alemida, Fernanda Maria Pereira, Daina Pio, Letícia Lopes, Joice Gaspar e Nathalia Pereira** foi possível compartilhar também lazer, amizade, e apoio em várias etapas do meu processo de qualificação.*

*À presidente da Associação de Prostitutas do Estado do Piauí, **Aricelina da Silva Gomes (Célia)**, por desenvolver iniciativas relacionadas às medidas de prevenção de agravos a essas mulheres; e por ajudar na busca das participantes, orientando-me para uma melhor abordagem com essa população.*

A todas as participantes da pesquisa pela disponibilidade e confiança. Levo a esperança de que um dia possam conquistar melhoria de acesso ao serviço de saúde e garantir seus direitos humanos.

AGRADECIMENTOS

À administração superior da Universidade Federal do Piauí, atual reitor Prof. Dr. José Arimatéia Dantas Lopes, pelo apoio à pesquisa.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP), por aceitar parceria com a Universidade Federal do Piauí e pela oportunidade de realização do meu doutorado em uma Escola de Referência em Pesquisa.

À coordenadora do DINTER/USP/UFPP/UFPI, Profa. Dra. Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues, pelo apoio e organização.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pesquisa de nível Superior (CAPES), pelo apoio operacional e financeiro.

À coordenadora local do DINTER/UFPI/USP, Profa. Dra. Maria Eliete Batista Moura, pelo incentivo e contribuição na busca da qualificação da enfermagem do Piauí.

À coordenadora operacional do DINTER/UFPP/USP, Profa. Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega por sua atenção.

A todas as professoras da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

À Profa. Dra. Sheila Araújo Teles, pela contribuição no Exame de Qualificação.

À Profa. Dra. Renata Karina Reis, pela contribuição e oportunidade de discussões em pesquisa.

À Dra. Miyeko Hayashida, pela contribuição durante o Exame de Qualificação, construção do banco de dados e disponibilidade.

À Profa. Dra. Inês dos Santos Estevinho, por sua disponibilidade e contribuição estatística, durante estágio de curta duração em Lisboa-Portugal.

Ao Prof. Mestre José Bento de Carvalho Reis, por sua compreensão.

À Fundação Municipal de Saúde de Teresina (PI), pelo apoio na realização dos exames laboratoriais.

À Equipe do Laboratório Raul Bacelar, em especial à Bioquímica Iveline Meireles Melo, e aos técnicos da digitação em especial José Pereira Quadros Melo pela responsabilidade, organização, disponibilidade e apoio.

À coordenadora municipal da Rede de Frio de Teresina (PI), enfermeira Deusamar César Meneses, pelo apoio durante todo o estudo.

A todos da Coordenação Municipal de DST/Aids de Teresina (PI), em especial Kledson Augusto e Alessandra Tabatinga, pelo apoio à realização da pesquisa.

Aos auxiliares de pesquisa, Daniele Vale e Pedro, alunos da Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, e às enfermeiras Ana Karysa e Geovana Gallas, que, com responsabilidade e ética, colaboraram durante toda a coleta de dados, e tornaram meus dias mais felizes.

Ao setor de transporte da Universidade Federal do Piauí, em especial ao motorista Rayfran da Silva Lima, pelo apoio, respeito, ética e disponibilidade para colaborar.

À família Fontenele, pelo acolhimento, em especial ao Jânio de Brito Fontenelle, pela disponibilidade e apoio nos momentos em que precisei.

À Ayla Calixto e Krisna Calixto, pela amizade de cada dia.

À Profa. Dra. Elaine Cristina Carvalho Moura, pela convivência agradável em Ribeirão Preto (SP), que me possibilitou compartilhar conhecimento, lazer e amizade.

À enfermeira Adriana Sávia, por sua essência como pessoa.

A todos os que compõem o Instituto Dom Barreto, de maneira especial à Profa. Márcia Cristina Rangel, pelo apoio e atenção no processo ensino/aprendizagem da minha filha.

Às funcionárias da Universidade Federal do Piauí, Vanecy Matias da Silva, Riuivânia Maria Siqueira Rocha Soares, Priscila de Sousa Luz e Clauridete de Sousa Santos, pela atenção, respeito, apoio e disponibilidade em colaborar.

À Equipe do Serviço de Assistência Especializada, pelo apoio.

*Ah!
Se o mundo inteiro
Me pudesse ouvir
Tenho muito pra contar
Dizer que aprendi...*

*E na vida a gente
Tem que entender
Que um nasce pra sofrer
Enquanto o outro ri.*

*Mas quem sofre
Sempre tem que procurar
Pelo menos vir achar
Razão para viver...*

*Ver na vida algum motivo
Pra sonhar
Ter um sonho todo azul
Azul da cor do mar...*

*Mas quem sofre
Sempre tem que procurar
Pelo menos vir achar
Razão para viver...*

*Ver na vida algum motivo
Pra sonhar
Ter um sonho todo azul
Azul da cor do mar.*

(Azul da cor do mar - Tim Maia)

RESUMO

Magalhães, R. L. B. **Infecção pelo vírus da hepatite B, HIV e cobertura vacinal em profissionais do sexo feminino de Teresina-PI.** 2013. 114 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

INTRODUÇÃO: A aids e hepatites virais constituem problemas de saúde pública mundial. As prevalências destas infecções são mais elevadas em populações de maior vulnerabilidade, como as profissionais do sexo. **OBJETIVO:** Estimar a prevalência da infecção pelo HIV e HBsAg em profissionais do sexo feminino e aspectos sociais, comportamentais, estado vacinal contra hepatite B e resposta vacinal. **METODOLOGIA:** trata-se de um estudo transversal que contemplou uma parte descritiva e outra interventiva, realizado no período de março de 2012 a março de 2013. Foram entrevistadas 402 mulheres profissionais do sexo, que foram incluídas pela técnica de “bola de neve” (*snowball technique*). Amostras de sangue foram coletadas para detecção de anti-HIV e marcadores sorológicos da hepatite B (HBsAg e anti-HBs). As mulheres com resultados sorológicos reagentes foram encaminhadas para um Serviço de Referência. Após levantamento do estado vacinal contra Hepatite B, as mulheres foram vacinadas conforme aceitação e necessidade; a resposta vacinal foi investigada 30 dias após cada dose de vacina recebida. Todos os preceitos éticos foram respeitados. Os dados foram avaliados por meio de estatística descritiva. Para verificar a associação entre as variáveis qualitativas, os dados foram submetidos ao Teste Exato de Fisher e valores de p menores que 0,05 foram considerados significativos. **RESULTADOS:** a idade das participantes variou de 18 e 64 anos; a maioria das mulheres, ou seja, 255 (63,4%) referiram não ter um companheiro; evidenciou-se baixo nível de instrução, sendo que 270 (67,16%) possuíam de 3 a 6 anos de estudos e 47 (11,7%) eram analfabetas. Para buscar auxílio à saúde, essas mulheres afirmaram que utilizavam o Serviço de Urgência como a principal estratégia de acesso. Foram identificados nove (2,3%) casos de HIV e dois (0,5%) casos de infecção pelo HBsAg, entre as 380 (94,5%) que concordaram em realizar a coleta. Do total de 315 mulheres aptas para receber a vacina, 91 completaram as três doses de vacina; deste modo, foi possível avaliar resposta vacinal em 57 mulheres; desse total, 56 mulheres apresentaram títulos protetores maiores que 10 UI/ml. O principal motivo para a não adesão as três doses de vacina contra Hepatite B foi o não comparecimento na data agendada. **CONCLUSÃO:** profissionais do sexo têm maior vulnerabilidade ao HIV quando comparado com a prevalência de 0,33% em gestantes de Teresina (PI) no ano de 2011. Quanto à prevalência da infecção Hepatite B, foi considerada baixa para essa infecção. Portanto, o reconhecimento das áreas de prostituição do município de atuação, e uma assistência integral por meio de programas de saúde poderão ser impactantes na redução e controle de doenças; controle de doenças crônicas; reduzir complicações e refletir na melhoria da qualidade de vida da população.

Descritores: Profissionais do sexo. Mulher. Hepatite B. HIV. Aids. Vacina. Fatores de risco.

ABSTRACT

Magalhães, R. L. B. **Infection with hepatitis B, HIV and vaccine coverage in professional female Teresina (PI)**. In 2013. 114 f. Thesis (Ph.D.) – School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2013 .

BACKGROUND: AIDS and viral hepatitis are public health problems worldwide. Prevalence rates are higher in populations most vulnerable, such as sex workers. **OBJECTIVE:** To assess the prevalence of HIV infection and HBsAg in sex workers and social, behavioral and hepatitis B vaccination status and vaccine response **METHODOLOGY:** This is a cross-sectional study which involved a descriptive and other interventional conducted from March 2012 to March 2013. We interviewed 402 female sex workers that were included by the technique of "snowball" (Snowball technique). Blood samples were collected for detection of anti - HIV and hepatitis B serological markers (HBsAg and anti - HBs). Women with serological reagents were routed to a Service Reference. After surveying the hepatitis B vaccination status, women were vaccinated according to acceptance and necessity; vaccine response was investigated 30 days after each dose of vaccine received. All ethical guidelines were adhered to. The data were analyzed by descriptive statistics. To verify the association between qualitative variables, the data were subjected to Fisher's exact test and p values less than 0.05 were considered significant. **RESULTS:** The age of participants ranged from 18 to 64 years; most women, 255 (63.4 %) reported not having a partner, showed a low level of education of which 270 (67.16 %) had 3 to 6 years of study and 47 (11.7%) were illiterate. To seek assistance to health, these women reported using up the ER as the primary access strategy. Identified nine (2.3%) cases of HIV and two (0.5 %) cases of HBsAg infection among the 380 (94.5 %) participants. A total of 91 315 women completed the three doses of vaccine and vaccine response could be assessed in 57 women, of this total, 56 women had protective titers higher than 10 IU / ml. The main reason for non-adherence ace three doses of hepatitis B vaccine was not appearing on the scheduled date. **CONCLUSION:** sex workers have increased vulnerability to HIV when compared with the prevalence of 0.33 % among pregnant women in Teresina -PI in 2011. As the prevalence of hepatitis B virus, was considered low for this infection, though most share sharp objects such as pliers and blades. The recognition of areas of prostitution in the city of operation, and comprehensive care through health programs, may be impacting on the reduction and vertical disease control, control of chronic diseases, reduce complications and reflect on improving the quality of life.

Descriptors : Sex workers. Woman. Hepatitis B. HIV. SIDA. Vaccine. Risk fatores.

RESUMEN

Magalhaes, R. L. B. **La infección por hepatitis B , el VIH y la cobertura de la vacuna en mujeres profesionales Teresina (PI)**. En 2013. 114 f. Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

ANTECEDENTES: El SIDA y la hepatitis viral constituyen problemas de salud pública en todo el mundo. Las tasas de prevalencia son más altas en las poblaciones más vulnerables , como los trabajadores sexuales. **OBJETIVO:** Evaluar la prevalencia de la infección por el VIH y HBsAg en el estado de vacunación de mujeres profesionales y sociales , del comportamiento y de la hepatitis B y la respuesta a la vacuna. **METODOLOGÍA :** Se trata de un estudio transversal que involucró un estudio descriptivo y otro de intervención llevado a cabo a partir de marzo 2012 a marzo 2013. Entrevistamos a 402 trabajadoras sexuales que se incluyeron con la técnica de "bola de nieve". Las muestras de sangre se recogieron para la detección de anticuerpos anti - VIH y marcadores serológicos de hepatitis B (HBsAg y anti- HBs). Las mujeres con reactivos serológicos fue enviado a una referencia de servicio. Después de examinar el estado de vacunación contra la hepatitis B, las mujeres fueron vacunados de acuerdo a la aceptación y necesidad, respuesta a la vacuna se investigó 30 días después de cada dosis de vacuna recibidas. Todas las recomendaciones éticas fueron respetados. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva. Para verificar la asociación entre las variables cualitativas , los datos fueron sometidos a la prueba exacta de Fisher y los valores de p inferior a 0,05 se consideró significativo. **RESULTADOS:** La edad de los participantes varió de 18 a 64 años, la mayoría de las mujeres, 255 (63,4 %) reportaron no tener pareja , mostraron un bajo nivel de educación de los cuales 270 (67,16 %) tenían 3 6 años de estudio y 47 (11,7 %) eran analfabetos. Para solicitar la asistencia a la salud, estas mujeres reportaron haber usado la ER como la estrategia de acceso principal. Identificados nueve (2,3 %) casos de VIH y dos (0,5 %) casos de infección HBsAg entre los 380 (94,5 %) de los participantes. Un total de 91 315 mujeres completaron las tres dosis de la vacuna y la respuesta a la vacuna podría ser evaluados en 57 mujeres, de este total, 56 mujeres tenían títulos protectores superiores a 10 UI / ml. La principal razón para la no adherencia as tres dosis de la vacuna contra la hepatitis B no aparecía en la fecha prevista. **Conclusión:** las trabajadoras sexuales han aumentado la vulnerabilidad al VIH, en comparación con la prevalencia de 0,33 % entre las mujeres embarazadas en Teresina (PI) en 2011. A medida que la prevalencia del virus de la hepatitis B se considera baja para esta infección. El reconocimiento de las zonas de prostitución en la ciudad de la operación, y la atención integral através de programas de salud, puede estar impactando en la reducción y control de la enfermedad vertical, el control de las enfermedades crónicas, reducir las complicaciones y reflexionar sobre la mejora de la calidad de vida.

Descriptorios: Trabajadora sexual. Mujer. La hepatitis B. El VIH.SIDA. Vacuna. Factores de riesgo.

LISTA DE FIGURA

Figura 1	Fluxo das participantes conforme realização da vacina.....	61
----------	--	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Curso sorológico da infecção aguda pelo vírus da Hepatite B	27
Gráfico 2	Curso sorológico da Hepatite B crônica.....	27

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características sociodemográficas de profissionais do sexo feminino (n=402). Teresina (PI) 2012-2013	52
Tabela 2	Comportamento sexual de risco das profissionais do sexo feminino em Teresina (PI), 2012-2013.....	53
Tabela 3	Distribuição de hábitos e situação de risco à saúde referidos pelas profissionais do sexo (n=402). Teresina (PI), 2012-2013	55
Tabela 4	Aspectos prévios referentes à saúde mencionados por profissionais do sexo. Teresina-PI, 2012-2013.....	57
Tabela 5	Análise de associação referente aos aspectos sociodemográficos e anti-HIV positivo em profissionais do sexo (n=380). Teresina (PI), 2012-2013.....	58
Tabela 6	Análise de associação referente aos aspectos sociodemográficos e anti-HIV em profissionais do sexo (n=380). Teresina-PI, 2012-2013.....	59
Tabela 7	Distribuição de mulheres profissionais do sexo, segundo os motivos para a não adesão à vacina contra hepatite B e o intervalo entre as doses. Teresina (PI), 2012-2013.....	61
Tabela 8	Distribuição de mulheres profissionais do sexo considerando resposta vacinal após a primeira, segunda e terceira dose de vacina contra hepatite B (n=315) em Teresina (PI), 2012-2013.....	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APROSPI	Associação de Prostitutas do Estado do Piauí
ARCHITEC	Imunoensaio de Micropartículas por Quimioluminescência (CMIA)
CAAE	Certificado de Apresentação para Apresentação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DAPES	Departamento de Ações Programáticas e Estratégias
DP	Desvio Padrão
ESF	Estratégia Saúde da Família
HPV	Papiloma vírus Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
OR	Odds Ratio
OSC	Organizadores da Sociedade Civil
PAISM	Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNI	Programa Nacional de Imunização
RLUs	Unidade de Luz Reativa
SAE	Serviço de Acompanhamento Especializado
SAS	Secretaria de Atenção a Saúde
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Science
TARV	Terapia antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPI	Universidade Federal do Piauí

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
1.1	Aspectos epidemiológicos relacionados ao HIV/Aids.....	18
1.1.1	Aspectos clínicos e laboratoriais.....	19
1.1.2	Prevalência de HIV/Aids em profissionais do sexo feminino.....	21
1.1.3	Tratamento da Aids: benefícios e desafios.....	23
1.2	Aspectos epidemiológicos relacionados à infecção pelo vírus da Hepatite B.....	24
1.2.1	Diagnóstico laboratorial.....	26
1.2.2	Prevalência da infecção pelo vírus da Hepatite B.....	29
1.2.3	Aspectos clínicos e tratamento da Hepatite B.....	31
1.2.4	Medidas de prevenção contra Hepatite B.....	32
1.3	Políticas de saúde para mulheres profissionais do sexo.....	34
2	OBJETIVOS.....	38
2.1	Objetivo geral.....	39
2.2	Objetivos específicos.....	39
3	METODOLOGIA.....	40
3.1	Tipo de estudo.....	41
3.2	Local do estudo.....	41
3.3	População e amostra.....	41
3.4	Instrumentos para coleta de dados.....	42
3.5	Estudo piloto.....	42
3.6	Auxiliares de pesquisa.....	43
3.7	Coleta de dados.....	43
3.7.1	Técnica de Bola de Neve.....	43
3.7.2	Recrutamento das participantes.....	44
3.7.3	Procedimentos para a coleta de dados.....	44
3.7.4	Aplicação de Vacina contra Hepatite B.....	45
3.7.5	Processamento das amostras.....	46
3.7.6	Resultados dos exames.....	46
3.8	Descrição das variáveis.....	47
3.9	Apresentação e análise dos dados.....	48
3.10	Aspectos éticos.....	48
4	RESULTADOS.....	50
4.1	Caracterização sociodemográfica.....	51
4.2	Hábitos referidos pelas profissionais do sexo.....	54
4.3	Prevalência da infecção pelo HIV e HBsAg em mulheres profissionais do sexo.....	57
4.4	Estado vacinal referido pelas mulheres profissionais do sexo.....	59
5	DISCUSSÃO.....	63
5.1	Caracterização sociodemográfica em profissionais do sexo feminino.....	64

5.2	Prevalência da infecção pelo HIV e Hepatite B em profissionais do sexo e fatores de risco associados.....	67
5.3	Imunização contra Hepatite B em mulheres profissionais do sexo.....	73
6	CONCLUSÃO	78
	REFERÊNCIAS	83
	APÊNDICES	94
	ANEXOS	101

1. INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos epidemiológicos relacionados ao HIV/Aids

Cerca de 34 milhões de pessoas encontram-se infectadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) no mundo. Estima-se que 0,8% dos infectados possuem idade entre 15 e 49 anos, com uma média de 2,5 milhões de casos novos da infecção ao ano. Desse total, 1,4 milhões encontram-se na América Latina. A África continua a ser o continente mais afetado por essa infecção, responsável por 69% do número de casos registrados (UNAIDS, 2012). A situação é preocupante em razão de a pessoa infectada desenvolver a doença, comprometer sua qualidade de vida, e o risco de transmissão da infecção para outras pessoas (GASPAR et al., 2011).

No Brasil, os primeiros casos de infectados e doentes tem sido registrados desde 1980. Um total de 656.701 casos de aids foi notificado no Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN). Esses casos encontram-se registrados no Sistema de Controle de Exames laboratoriais (SISCEL) da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral e no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos Antirretrovirais (SICLOM). Representam uma prevalência estável de 0,6%, desde 2004, na população de 15 a 49 anos em ambos os sexos, com maior frequência de casos na faixa etária de 25 a 49 anos (BRASIL, 2012a).

A partir da década de 90, houve significativa mudança no perfil epidemiológico da doença, com maior ocorrência entre heterossexuais, com predomínio entre mulheres. Do total de casos notificados em 1983 5% eram mulheres, com um aumento para 30% nos anos subsequentes, na faixa etária de 20 a 39 anos (BRASIL, 2003). A aids, Sífilis e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são consideradas problemas de saúde pública por sua magnitude, transcendência, vulnerabilidade e factibilidade (BRASIL, 1999).

Conforme dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a), a taxa de incidência de casos de Aids registrados no SISCEL/SICLOM, no ano de 2011, foi de 20,2/100 mil habitantes, e tem apresentado tendência à estabilização no decorrer dos últimos doze anos, considerando-se as diferenças Regionais. Na Região Sudeste, o número de casos notificados é de 367.540 (55,9%); seguido pela Região Sul com 130.942 (19,9%); a Região Nordeste apresenta 88.830 (13,5%); a Região Centro-Oeste 37.244 (5,7%), a Região Norte com 32.140 (4,9%). O Nordeste apresenta níveis

elevados de incidência de casos que se encontram mais concentrados no Estado de Pernambuco, Bahia e Ceará.

Para Dourado et al., (2006), a epidemia da aids apresenta um comportamento heterogêneo quando analisado regionalmente, com diminuição da mortalidade, principalmente na Região Sudeste; tal situação exige estudos específicos quanto a aspectos socioeconômicos, demográficos e comportamentais nessas regiões.

1.1.1 Aspectos clínicos e laboratoriais

A aids caracteriza-se pelo comprometimento do sistema imunológico com diminuição progressiva das células linfócitos T CD4+, tem evolução variável; entretanto, na maioria dos casos, o aparecimento dos sintomas tem sido de 8 a 10 anos (SILVA, et al., 2010). A doença foi tratada como uma pandemia incurável e mortal por um longo período de tempo (GALVÃO et al., 2011). Tem sido considerada uma ocorrência de doença crônica em pacientes soropositivos (REIS; GIR, 2009; PINTO et al., 2011; DI BIAGIO, 2011; GALVÃO et al., 2011).

No decorrer dos últimos anos, o Ministério da Saúde tem reunido esforços para a ampliação das taxas de detecção do exame anti-HIV em todo o País (BRASIL, 2012b). A realização do exame anti- HIV tem sido recomendada na rede de atenção básica para todas as pessoas que buscam assistência por causa de IST e também para populações vulneráveis (UNAIDS, 2012).

Em 1991, foi implantado no Brasil o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), com oferta de exames sorológicos para HIV e VDRL, acompanhado de aconselhamento pré e pós-exame de maneira gratuita, voluntária e confidencial. Segundo Gangreiro et al., (2009), os CTAs apresentam diferentes perfis e deficiência organizativa:

- ✓ quanto à garantia do atendimento adequado;
- ✓ a não incorporação plena das diretrizes que norteiam o serviço;
- ✓ no que se refere a baixos indicadores de resolutividade, produtividade e desenvolvimento insuficiente de ação preventiva;
- ✓ a população que, em geral, procura o serviço com maior frequência

(91,9%), gestantes (49,1%) e populações vulneráveis (30,6%).

Em Teresina (PI), o exame anti-HIV pode ser realizado em CTA e em dez maternidades na hora do parto. A Coordenação Municipal de DST/Aids tem desenvolvido, desde 2008, ações de enfrentamento ao HIV/Aids por meio de atividades educativas em parceria com Organizadores da Sociedade Civil (OSC) e Associação de Profissionais do Sexo do Estado do Piauí (APROSPI). Em relação ao apoio pelas 253 equipes da ESF, percebe-se que a parceria ainda não aconteceu a contento; e, nesse serviço, o rastreamento do HIV tem sido realizado com maior frequência em mulheres grávidas. Conforme Lima, Costa e Dourado (2008), ainda vem sendo priorizada a realização do exame anti-HIV no período gestacional. Para Marks et al., (2005), a descoberta precoce do HIV pode ser significativa para a redução de novas infecções, e refletir na melhoria da qualidade de vida das pessoas infectadas pelo HIV, por meio da mudança de comportamento relacionado à adesão ao sexo seguro e tratamento.

Em Nepal, de 425 mulheres profissionais do sexo, 90% relataram já ter adquirido alguma DST, e 25% nunca visitaram uma instituição de Saúde (GHIMIRE; SMITH; TEIJLINGEN, 2011). Assinale-se que profissionais do sexo têm pouca informação em relação à existência de ONG, com atuação nessa população, é o que revela o estudo de Scwarcwald et al., (2011). Conforme estes autores, em dez cidades brasileiras, das 2.523 profissionais do sexo, investigadas, 14% desconheciam a existência de alguma ONG com atuação nessa população; 65% tinham realizado o teste de HIV pelo menos uma vez na vida; 12% não se consideram população de risco para o HIV; e 38% realizaram o teste para o HIV por condição da gestação.

Matos et al., (2013) mostraram que mulheres profissionais do sexo, de uma região central do Brasil, tinham pouca informação em relação aos sinais e sintomas de DST, informações distorcidas sobre o modo de transmissão do HIV, e para elas o uso do preservativo não se constitui em medidas de prevenção para o HIV. Essa situação mostra a necessidade de maior investimento na definição de políticas públicas para mulheres profissionais do sexo.

1.1.2 Prevalência do HIV/Aids em profissionais do sexo feminino

A epidemia do HIV encontra-se concentrada em grandes centros urbanos, com prevalência mais elevada em populações de maior vulnerabilidade ao HIV, como usuários de drogas, Homens que fazem Sexo com Homem (HSH) e profissionais do sexo (PS) feminino. No Brasil, estima-se uma prevalência do HIV em usuários de drogas de 5,9%, em HSH de 10,5% e em profissionais do sexo de 4,9% (BRASIL, 2012b).

A prevalência da infecção pelo HIV em profissionais do sexo tem sido mostrada por pesquisadores em vários países. Neste sentido, pesquisa de Szwarcwald, Pascom, e Barbosa Junior (2010) analisou 75 estudos sobre prevalência do HIV, em profissionais do sexo, e mostrou que em 63 (84%) foi utilizada amostragem por conveniência, e somente 8 (10,7%) utilizaram amostragem do tipo probabilística; em 35 estudos, o tamanho da amostra foi insuficiente para estimar a magnitude do HIV nessa população.

Uma pesquisa realizada na China com 488 profissionais do sexo mostrou que a Clamídia apresentou maior prevalência com valores de 18,2%, seguida da sífilis (7,2%), condiloma (2,3%), gonorreia (1,8%), HIV (0,8%) e herpes genital (0,4%); entre os fatores associados, destacaram-se o baixo nível de escolaridade (OR= 7,24; IC 95%; 3,031-17,213); o desconhecimento das IST/HIV; o local de trabalho e o não uso do preservativo nas relações sexuais (ZHU, et al., 2012).

Em pesquisa de prevalência para o HIV, Hepatite B e C, realizada em três cidades do Afeganistão com profissionais do sexo, no período de 2006 a 2008, foi encontrado somente um caso de HIV; a população estudada iniciou as atividade profissionais com média de idade de 18,1 a 23,3 anos. Quanto ao uso do preservativo, 63,3% tinham ouvido falar do preservativo; 51,7% já haviam usado; 51,7% relataram tratamento para DST nos últimos três meses; e 29,8% relataram feridas genitais (TODD, et al., 2010).

Na Índia, um estudo com 417 profissionais do sexo revelou prevalência de 14,1% para gonorreia, 16,1% para chlamydia, 31,1% para Trichomoníasis e 10,1% para sífilis e que o uso do preservativo variou de 17,5% a 70,1% (DAS et al., 2011).

Um estudo realizado em Nepal na Ásia com 425 profissionais do sexo mostrou que 90% das participantes relataram história de doença anterior, e 30%

estavam relacionadas com DTS, e que 72% utilizaram o serviço não governamental para buscar assistência à saúde (GHIMIRE; SMITH; TEIJLINGEN, 2011). Essa dificuldade de acesso ao serviço de saúde é um problema grave, considerando que mulheres profissionais do sexo têm maior vulnerabilidade a essas infecções.

Em Goiânia, Região Centro-Oeste do Brasil, estudo de Caetano et al., (2013) mostraram uma prevalência de 1,8% para a infecção por HIV em profissionais do sexo (n=395); os autores consideraram alta prevalência para o HIV, quando comparado a 0,09% em gestantes da mesma Região.

No Piauí, o primeiro caso de aids foi diagnosticado em 1986, e até o ano de 2012 foram registrados 4.186 casos de HIV (BRASIL, 2012a). Em Teresina (PI) já foram registrados 1.386 casos, sendo 1.345 em adultos. Desse total, 75% dos casos ocorreram em homens, com uma razão M/F 3:1. Esses dados informam ainda que a maioria dos infectados adquiriu o vírus por via sexual (84%), com predomínio de transmissão heterossexual (FMS, 2009). Entretanto não há estudos sobre a magnitude do problema em profissionais do sexo.

Uma taxa de detecção do HIV tem sido mostrada em vários Estados do Brasil, principalmente por ocasião da gestação. Em Teresina (PI), a prevalência do HIV em gestantes foi de 0,33 no ano de 2011 (BRASIL, 2012).

Associados a essa elevada prevalência do HIV, em profissionais do sexo, encontram-se vários fatores de risco como álcool, cocaína, maconha e crack (CAETANO et al., 2013; PASSOS et al., 2007; TODD et al., 2010; BALDIN-DAL POGETTO et al., 2012). Estudo realizado por Samet et al., (2010) na Índia, com 291 mulheres profissionais do sexo, mostrou que 38% das participantes relataram uso de álcool nos últimos 30 dias; para os autores o consumo de álcool pode colocar essa população em práticas sexuais arriscadas. Nappo, Sanchez e Oliveira (2011) também sugerem que o uso dessa substância contribui para o aumento da contaminação pelo HIV em mulheres profissionais do sexo. Para Malta et al., (2008), o uso do crack dificulta a negociação do preservativo. Na África do Sul, é crescente o uso de drogas injetáveis em mulheres profissionais do sexo, o que contribui para comportamentos de risco e disseminação do HIV (NEEDLE et al., 2008).

1.1.3 Tratamento da Aids: benefícios e desafios

A política de combate ao HIV/Aids, no Brasil, tem evolução histórica significativa, por ser o primeiro país a oferecer, desde 1996, gratuitamente antirretroviral (ARV), que, associada a outras medidas de prevenção, contribui para a redução progressiva da mortalidade (DOURADO et al., 2006). No que se refere ao diagnóstico para o HIV, ainda acontece de maneira tardia, em muitas regiões do Brasil, o que favorece o agravamento das condições clínicas relacionadas a aids (DOURADO et al., 2013). Conforme Palela et al., (2003), um diagnóstico precoce para o HIV tem impacto na prevenção e tratamento, e pode refletir em melhor sobrevivência.

O número de pessoas que fazem uso da Terapia antirretroviral (TARV) é crescente no Brasil; no período de 2002 a 2011 houve um aumento de 125 mil para 217 mil. Os medicamentos são distribuídos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em 716 unidades dispensadoras (BRASIL, 2012b).

A efetividade da Terapia antirretroviral é uma conquista, e a representação de morte da aids vem sendo substituída pelas novas perspectivas de uma doença crônica e sua ressignificação (GASPAR et al., 2011; GOMES; SILVA; OLIVEIRA, 2011).

Para Kourrouski e Lima (2009), a não aceitação da doença, ansiedade, esquecimento e efeitos colaterais são os principais motivos para a falta de adesão. Mulheres que vivem com aids apresentam diferentes formas de enfrentamento relacionados à fragilidade, diante da descoberta, à ocultação do diagnóstico e muitos sentimentos, como, por exemplo, medo e vergonha (CARVALHO; GALVÃO 2008).

Um estudo realizado por Galvão et al., (2011), em uma capital do Nordeste do Brasil, com 330 pessoas vivendo com HIV/Aids mostrou a importância de estratégias grupais para melhor adesão a TARV em razão de melhor oportunidade de compartilhar experiências no que se refere ao uso contínuo do tratamento medicamentoso, doenças secundárias, enfrentamento da doença e melhoria do acesso ao serviço de saúde.

Com o uso da Terapia antirretroviral e a melhoria da sobrevivência das pessoas que vivem com o HIV/Aids, surgem novos desafios na perspectiva da assistência à saúde, levantados por vários estudiosos. Para Reis e Gir (2009), faz-se importante a orientação para casais sorodiscordantes e a necessidade da inclusão do parceiro

soronegativo nos serviços de saúde. Outra questão associada ao uso da TARV é que tal uso pode resultar em desenvolvimento de lipodistrofia, o que pode contribuir para o estigma e o aparecimento de doenças cardiovasculares (SEGATTO et al., 2011; GALVÃO et al., 2011). Segundo Pinto et al., (2011), a presença de lesões intraepiteliais em mulheres sugere investigação para o HIV, considerando-se a possibilidade de imunossupressão, e a necessidade do monitoramento de rotina por meio do exame Papanicolau. Para Brito, Galvão e Pereira (2011), mesmo diante da garantia dos direitos por meio de recursos da promoção da saúde, mulheres infectadas pelo HIV encontram-se desprovidas da prevenção contra o câncer ginecológico. Pesquisadores revelam que o uso da Terapia antirretroviral pode resultar em desenvolvimento de lipodistrofia, o que pode contribuir para o estigma e o aparecimento de doenças cardiovasculares (SEGATTO et al., 2011; GALVÃO et al., 2011).

Em Teresina (PI), a assistência às pessoas que vivem com HIV/Aids é realizada pelo Serviço de Acompanhamento Especializado (SAE); tem como objetivo principal acompanhar casos de HIV/Aids e Hepatites Virais. Este serviço possui um cadastro de 711 casos de HIV notificados; a maioria veio transferido de outro serviço que faz acompanhamento dos demais municípios do Piauí. Desse total somente 485 frequentam o serviço para acompanhamento; 274 estão cadastrados no SICLOM e fazem uso da Terapia antirretroviral; 311 são assintomáticos, e a cada quatro meses realizam exames para avaliação da carga viral (FMS, 2012).

1.2 Aspectos epidemiológicos relacionados à infecção pelo vírus da Hepatite B

As Hepatites Virais estão entre os maiores problemas de saúde pública no mundo. Considerando-se que a maioria dos casos é assintomática, e torna-se difícil uma identificação clínica de casos de hepatites. Quanto à subnotificação da infecção, em muitos locais ainda há dificuldade econômica na rotina assistencial e determinação etiológica da infecção (FOCACCIA et al., 2007).

No que se refere à Hepatite B, estima-se que mais de dois bilhões de

peças já foram infectadas, e cerca de 350 milhões são portadores crônicos dessa infecção no mundo. Por sua vez, apresentam alto risco para o desenvolvimento de cirrose e carcinoma hepatocelular (KIFFLER; VIANA; CHEINQUER 2007). Acrescente-se que tanto a baixa quanto a alta endemicidade para o HBV baseia-se na prevalência de marcadores da infecção e nas vias de transmissão encontradas nas diversas regiões. Dessa forma, são consideradas áreas de alta endemicidade em que grande parte da população adquire a infecção no período perinatal e durante a infância (FOCACCIA, 2007).

Os agentes etiológicos mais comuns das hepatites são apresentados pelas letras do alfabeto como: vírus da hepatite A, vírus hepatite B, vírus da hepatite C, vírus da hepatite D e vírus da hepatite E; embora todos tenham preferência por infectar os hepatócitos, variam quanto à sua forma de transmissão e período de incubação (BRASIL, 2005; 2007).

A transmissão do vírus da Hepatite A (HVA) ocorre via fecal-oral, predominantemente por meio de contato pessoal; bastante comum em escolas. Ressalte-se que instituições e acampamentos militares são os locais mais afetados por surtos de Hepatite A (MOURA; MARINHO, 2007). O vírus da Hepatite B é transmitido principalmente através de exposição percutânea ou de mucosas aos fluidos corpóreos ou sangue contaminado; as principais formas de contágio são a transmissão perinatal, relações sexuais, transfusão de sangue ou derivados, uso de drogas intravenosas, transplante de órgão ou tecidos, lesões de pele ou acidentes com agulhas (KIFFER; VIANA; CHEINQUER, 2007). O vírus da Hepatite C (HCV) é transmitido primariamente por meio de sangue contaminado; constituem-se situações de riscos transfusões de sangue, hemodiálise, acidentes percutâneos, tatuagem, objetos de uso pessoal (FOCACCIA; GALANTE; OLIVEIRA, 2007); a transmissão do Vírus da Hepatite E (HEV) ocorre via fecal-oral, preferencialmente por água e alimentos contaminados.

A infecção pelo HBV pode ser assintomática ou não, e a pessoa infectada pode apresentar mal-estar, cefaleia, febre baixa, anorexia, astenia, fadiga, artralgia, náuseas, vômitos, desconfortos no hipocôndrio direito, e algumas pessoas desenvolvem a forma crônica, mantendo um processo inflamatório por mais de seis meses. O risco de cronificação é maior em crianças menores de um ano (90%); em crianças de um a cinco anos este risco é de 20% a 50%; e em adultos o risco é de 5% a 10% (BRASIL, 2010a).

1.2.1 Diagnóstico laboratorial

Um caso de Hepatite B pode ser confirmado se a pessoa apresentar positividade para os marcadores sorológicos (BRASIL, 2012b). O HBV pertence a um grupo de vírus DNA (Ácido desoxorribonucleico) hepatotrópico da família *hepadnaviridae*, gênero *orthohepadnavirus*. Apresenta um núcleo central que contém o antígeno central e um envoltório circulante que contém o antígeno de superfície. A detecção do antígeno central (HBcAg), antígeno “e” (HBeAg), e antígeno de superfície (HBsAg) ou seus anticorpos correspondentes constituem a avaliação sorológica da Hepatite B (FISCHBACH, 2005; BRASIL, 2005).

Antígenos são substâncias que estimulam e subsequentemente reagem com os produtos de uma resposta imune; podem ser enzimas, toxinas ou microrganismos; anticorpos são proteínas produzidas pelo sistema imune do corpo em resposta a um antígeno (FISCHBACH, 2005). Dessa forma, o HBV possui três antígenos principais; o antígeno “s” HBsAg que é o antígeno de superfície; o “c” HBcAg representa o antígeno core do HBV; e o “e” HBeAg antígeno do HBV; o HBcAg somente pode ser detectado em células hepáticas.

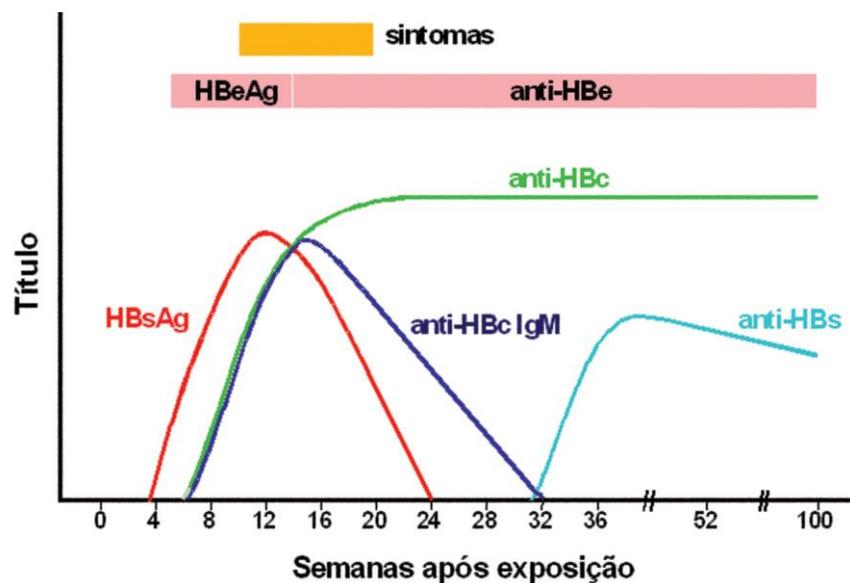
O diagnóstico da Hepatite B pode ser realizado por meio de teste de Biologia molecular, para detectar presença de ácido nucleico do vírus (DNA); os testes qualitativos indicam a presença ou ausência do vírus na amostra pesquisada; e os testes quantitativos indicam a carga viral (BRASIL, 2005).

Seis marcadores sorológicos podem ser identificados para diagnosticar a Hepatite B aguda e crônica, por meio da detecção dos antígenos (HBsAg e HBeAg) e dos anticorpos (anti-HBs, anti-HBe, anti-HBcIgM, anti-HBcIgG) (BRASIL, 2007).

O HBsAg e o HBeAg podem ser detectáveis no soro antes do aparecimento da icterícia, e indicam viremia e infecciosidade; o HBsAg é o primeiro marcador; pode ser detectado uma a duas semanas após a exposição pelo HBV e permanecer detectável por até seis meses; também pode estar presente nas infecções agudas e crônicas; o HBeAg indica alto risco de infecção e transmissão, sua persistência por mais de oito a dez semanas indica possibilidade de evolução para doença crônica; o anti-HBe indica a redução ou ausência da replicação viral; o anti-HBcIgM é o primeiro

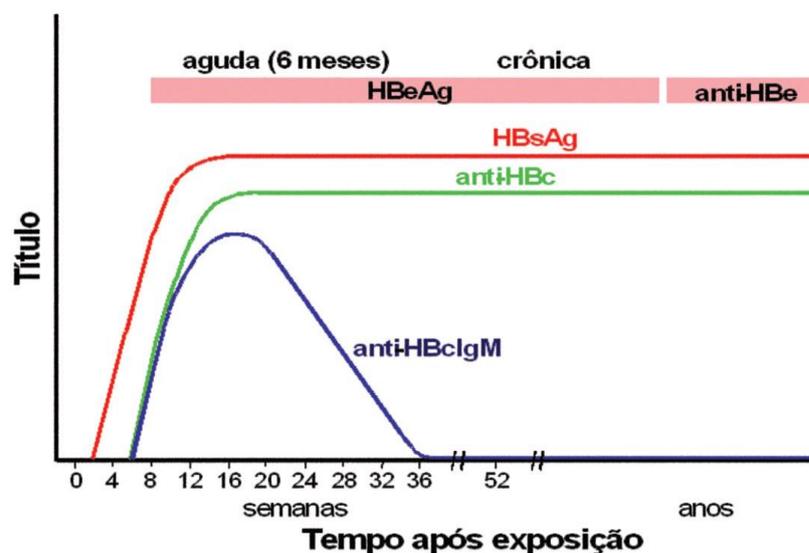
anticorpo encontrado no sangue, logo após o aparecimento do HBsAg. A presença deste anticorpo indica infecção aguda; o anti-HBcIgG é detectado por toda a vida e significa exposição pelo HBV; o anti-HBs é o último marcador detectado, e indica a resolução da infecção e imunidade contra a nova infecção (BRASIL, 2005; GARCIA; TORRES 2006). Os Gráficos 1 e 2, a seguir, apresentam o curso sorológico da infecção.

Gráfico 1 - Curso sorológico da infecção aguda pelo vírus da Hepatite B



Fonte: Brasil (2008).

Gráfico 2 - Curso sorológico da Hepatite B crônica



Fonte: Brasil (2008).

O isolamento do HBV permitiu classificá-lo em subtipos sorológicos e genótipos conforme determinantes antigênicos do HBsAg; a existência de um determinante “a” do HBsAg junto a dois pares de subdeterminantes mutuamente exclusivos “d/y” e “w/r” possibilitou a classificação em nove subtipos do HBV: ayw₁, ayw₂, ayw₃, ayw₄, ayr, adw₂, adw₄, adr_{q-}, adr_{q+}; posteriormente foram identificados oito genótipos classificados de A-H que podem influenciar de forma diferenciada na gravidade das doenças hepáticas (MOTA et al., 2010).

Os genótipos variam conforme a região; o genótipo A tem maior prevalência no Nordeste da Europa; o genótipo B e C na região Sudeste da Ásia, China e Japão; o genótipo D no Sul da Europa; o genótipo E na África; o E na América Central e o genótipo H na França e Estados Unidos (ANTÔNIO, 2010). Um estudo realizado por Melo et al., (2007), com 303 doadores de sangue, mostrou que os genótipos mais prevalentes no Brasil são os genótipos A, B e F; sendo o A mais prevalente na região Norte (63,4%), Nordeste (54,2%) e Sudeste (64,4%); o genótipo D é mais prevalente na região Sul do País.

1.2.2 Prevalência da infecção pelo vírus da Hepatite B

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) estimam que cerca de dois bilhões de pessoas já foram infectadas pelo HBV no mundo. Um estudo realizado no Brasil, em 26 capitais e Distrito Federal (DF), no período de 2005 a 2009, estimou uma prevalência de 7,4% (IC 95% 6,8%-8,0%), classificando o país como de baixa endemicidade para o vírus da Hepatite B (BRASIL, 2010b).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012d), o aumento do número de casos no Brasil é crescente. No período de 1999 a 2011, o número de casos confirmados de infecção pelo vírus da Hepatite B foi de 120.343. A distribuição das Hepatites Virais é universal, entretanto a magnitude do problema varia conforme a região.

Na Região Sudeste, foram notificados 43.673 (36,2%) e o anti-HBc foi de 6,33% (IC:95% 5,32%-7,33%), com alta endemicidade no Estado de São Paulo; na Região Sul, no mesmo período, foram encontrados 38.007 (31,5%); e, no período de

2007 a 2008, o Anti-HBc foi de 9,5% (IC:95% 8,46-10,7%). O maior número de casos encontra-se no Paraná; na Região Nordeste 11.017 (9,1%) e marcador para HBSAg de 0,42% (IC 95% 0,16-0,67%); e tem baixa endemicidade quando comparado com as demais Regiões; a maior concentração do número de casos está na Bahia, Ceará e Maranhão; o Piauí tem 2,3% do número de casos; no período de 2008 a 2009 a região Norte apresentou 15.751 (13%) e anti-HBc de 10,9% e marcador HBSAg de 0,63% (IC: 95% 0,22% a 1,03%); em 2005 a 2006 a Região Centro-Oeste tem 11.895 (9,8%) e anti-HBc de 4,3% (IC: 95% 3,71%-4,88%) e HBsAg de 0,17% e (BRASIL, 2012d). Os dados mostram que as taxas de detecção no número de casos de Hepatite B aumentaram nos últimos anos; e desde 2009 a 2011, na Região Sudeste, observou-se um aumento de detecção de 0,3 para 6,2; na Região Nordeste, o Estado de João Pessoa apresentou maior taxa de detecção por 100.000/hab.

A prevalência da doença é mais elevada em populações em situações de risco, tais como os moradores de rua, adolescentes e profissionais do sexo, geralmente associado ao uso de drogas injetáveis, prostituição e iniciação sexual precoce e desprotegida (BRITO et al., 2007; PASSOS et al., 2007).

A magnitude do problema da Hepatite B tem sido motivo de investigação por muitos pesquisadores em vários países em várias populações (SCARAVELLI et al., 2011; PASSOS et al., 2011; FORBI et al., 2008; LOPES et al., 2001), o que constitui atividade importante para dar visibilidade ao problema e possibilitar controle da infecção. Forbi et al., (2008) ao realizarem um estudo na Nigéria, com setecentos e vinte profissionais do sexo, revelaram uma prevalência de 17,1% da infecção pelo HBV em mulheres com idade entre 16 a 51 anos; e 28% das participantes do estudo iniciaram a atividade sexual antes dos dez anos de idade. Os autores consideram inaceitável a alta prevalência por se tratar de uma doença evitável por meio de vacina; e acrescentaram que esta população não tem sido acompanhada para a prevenção do HBV.

Outro estudo desenvolvido em três cidades do Afeganistão com 520 mulheres profissionais do sexo apontou baixa prevalência para HIV, encontrando somente um caso, e nenhum caso de sífilis; a Hepatite B foi a infecção com maior prevalência, 34(6,4%) casos. Com relação ao uso do álcool, apesar de ser uma droga ilícita nas cidades pesquisadas, foi comum o relato sobre seu uso bem como outras drogas, pelas mulheres do estudo, o que aumenta a probabilidade de se envolverem em comportamentos de riscos e dificuldade de negociação do preservativo (TODD, et

al., 2010).

Na África do Sul, é crescente o uso de drogas injetáveis em mulheres profissionais do sexo, o que contribui para comportamentos de risco e disseminação do HIV (NEEDLE et al., 2008). Na Índia um estudo com 417 profissionais do sexo revelou prevalência de IST para gonorreia (14,1%), clamídia e tricomoníase (16,1%), e sífilis (10,1%); o uso do preservativo variou de 17,5% a 70,1% (DAS et al., 2011).

Pesquisa realizada no interior de São Paulo, Brasil, demonstrou que, de 449 mulheres profissionais do sexo, 98% não apresentavam vacinação prévia contra Hepatite B (PASSOS et al., 2007). Outro estudo realizado na mesma cidade mostrou que é crescente o número de mulheres infectadas pelo HIV que utilizam a prostituição como maneira de adquirir o crack (NAPPO; SANCHEZ; OLIVEIRA, 2011). Para Malta et al., (2008), profissionais do sexo têm baixa percepção dos riscos para o HIV, e que o uso do crack dificulta a negociação do preservativo.

Araújo et al., (2013), ao realizar um estudo por meio do banco de dados de um laboratório em Teresina (PI), demonstraram que, de um total de 69.377 exames realizados entre 2006 e 2009, foram identificados 746 casos de Hepatite B, o que equivale a uma prevalência de 2,0%; 79 casos eram do município de Teresina-PI. Conforme dados do SINAN, o Estado do Piauí registrou 117 casos nesse período, sendo nove no município de Teresina-PI.

Mesmo diante da elevada prevalência da Hepatite B em profissionais do sexo, os bancos de dados não contemplam informações relacionadas a essa população; fato que sugere subnotificação. A falta de registro da magnitude desse problema nos bancos de dados poderá estar associada a questões de estigma e preconceito, o que talvez contribua para a não identificação da atividade como profissional do sexo no momento do atendimento na unidade de saúde

1.2.3 Aspectos clínicos e tratamento da Hepatite B

A pessoa infectada pelo HBV pode evoluir para as seguintes formas: Hepatite fulminante constitui-se mais elevada quanto à gravidade e letalidade; poderá se recuperar e desenvolver imunidade após a infecção; e ou evoluir para portador crônico (KIFFER; VIANA; CHEINQUER, 2007).

Considerando-se a complexidade da infecção e possibilidade de evolução crônica e complicações hepáticas, a pessoa infectada pelo HBV necessita de ações específicas referentes à orientação e esclarecimento para realizar o autocuidado. O fato de a maioria das pessoas desconhecerem seu diagnóstico constitui elo importante para a cadeia de transmissão; isso envolve questões políticas, governamentais, éticas e culturais do indivíduo (BENTO; MARIANO; ANDRADE, 2010).

O tratamento da infecção consiste em reduzir a progressão da doença hepática e reduzir óbitos. A definição das drogas tem relação com a situação clínica e laboratorial; as drogas farmacológicas recomendadas são Interferon-alfa, Lamivudina, Peg-interferon-alfa 2a e 2b, Adefovir, Entecavir, Telbivudina e Tenofovir (BRASIL, 2010a).

1.2.4 Medidas de prevenção contra Hepatite B

A infecção pode ser preventiva, por meio de medidas de biossegurança, evitando contato com sangue e outras secreções contaminadas. O preservativo deve ser usado em toda relação sexual (vaginal, anal e oral); o rastreamento de casos de Hepatite B é essencial para um diagnóstico e tratamento precoce, tendo como objetivo a diminuição de complicações hepáticas. A vacina contra o vírus da Hepatite B se constitui a medida mais eficaz de prevenção.

No período de 1981 a 1991 a vacina contra hepatite B foi direcionada para pessoas com maior risco de adquirir a infecção pelo HBV (CDC, 2013). Em 1991, a OMS recomendou a vacina para todos os países; no Brasil, a partir de 1998 passou a fazer parte do calendário de vacina da rede pública, pelo Programa Nacional de Imunização (PNI) do Ministério da Saúde, e recomendada para todas as crianças nas primeiras 12 horas de nascimento (CASTRO, et al., 2009). A disponibilidade da vacina na rede pública foi ampliada gradativamente para outras faixas etárias; e desde abril de 2013 a vacina contra Hepatite B está disponível na rede pública para pessoas com idade até 49 anos (BRASIL, 2013).

Contudo, mesmo diante da disponibilidade da vacina na rede pública, existe baixa cobertura vacinal contra a Hepatite B em várias populações, como adolescentes e profissionais do sexo (CARVALHO; ARAÚJO 2010; ATTÍLIO et al., 2011).

Quanto à composição da vacina, pode ser apresentada em frascos uni ou multidoses, isolada ou combinada com outros imunobiológicos: DPT/Hib/Hepatite B (pentavalente), DPaT/Hib/Salk/Hepatite B (hexavalente). A temperatura ideal para a conservação da vacina é de +2°C e +8°C e não pode ser congelada; aquelas que apresentam conservantes podem ser utilizadas até acabar o frasco (DIVISÃO DE IMUNIZAÇÃO, 2006). A vacina contra hepatite B pode ser administrada por via intramuscular na região deltóidea em adultos, ou no vasto lateral da coxa em crianças; a imunogenicidade da vacina é menor quando administrada na região glútea (CDC, 2013).

A dose de vacina a ser administrada varia conforme o fabricante, idade e condição do receptor. A vacina fabricada pelo Instituto Butantan a dose recomendada é de 10mcg (0,5ml) para pessoas que têm idade menor que 20anos; 20mcg (1ml) para pessoas com idade igual ou acima de 20 anos; para pessoas vivendo com HIV o PNI recomenda utilizar uma dose dupla conforme a idade (FOCACCIA, 2007).

Eventos adversos, após a administração da vacina, são raros; entretanto, a pessoa vacinada poderá manifestar reações locais, como dor e rubor; ou manifestações sistêmicas, como febre baixa nas primeiras 24 horas; a vacina não tem contraindicação no período gestacional (LOPES; GUTIERREZ, 2007). Estudo realizado por Moraes, Luna e Grimaldi (2010), com 419 participantes com idade entre 31 a 40 anos, para avaliar a imunogenicidade e segurança da vacina contra Hepatite B, mostrou que os eventos adversos mais frequentes, após a aplicação da vacina, foram dor no local da aplicação, sonolência e cefaléia.

Para conferir um esquema vacinal satisfatório, faz-se necessário administrar três doses com intervalos mínimos a serem observados; um mês entre a primeira e segunda dose; e seis meses entre a primeira e a terceira dose (LOPES; GUTIERREZ, 2007).

Estudo tem mostrado que a realização de um esquema vacinal completo tem sido difícil em várias populações. Conforme Passos et al., (2007) é necessário reunir esforços para a realização de vacina nessa população. Uma estratégia de vacinação contra Hepatite B com 1.096 profissionais do sexo, na Bélgica, evidenciou que 82,8% receberam a primeira dose, 71,5% a segunda dose, e somente 47,9% receberam a terceira dose (MAK et al., 2003). Essa baixa cobertura vacinal contra Hepatite B foi identificada em grupos de estudantes e profissionais da área da saúde do Brasil (ARAÚJO; PAZ; GRIEP, 2006; SILVEIRA et al., 2011; MILANI et al., 2011).

Pesquisa desenvolvida por Baars et al., (2009), com 259 mulheres profissionais do sexo na Holanda, mostrou que a falta de tempo, o medo da agulha, achar que não vai se infectar e a falta de conhecimento foram os motivos relatados para a falta de adesão ao esquema vacinal contra Hepatite B; os autores informaram ainda que as mulheres que têm consciência da importância da vacina e que tiveram história de preservativo rompido foram mais propensas a se vacinar; e que a transitoriedade das mulheres é um fator significativo para a não adesão.

Conforme Todd et al., (2010), as condições socioeconômicas desfavoráveis contribuem para o aumento de mulheres que usam a prostituição como forma de buscar renda, e como consequência tem-se a adoção de práticas sexuais com o menor uso do preservativo, sendo necessária a aplicação de medidas de intervenção como a vacina contra Hepatite B.

A vacina contra Hepatite B é altamente eficaz, quando induz a formação de anticorpos contra o HBsAg em níveis iguais ou maior que 10mUI/ml; e pode ser conferido a partir de 30 dias da administração da terceira dose de vacina, por meio da realização de exame laboratorial, anti-HBs; considera-se soroconversão, quando os resultados laboratoriais apresentarem níveis de anticorpos maiores ou iguais a 10mUI/ml (MORAES; LUNA; GRIMALDI, 2010; LOPES; GUTIERREZ, 2007). O percentual de títulos protetores varia conforme o número de doses e idade; dessa forma após a primeira dose os recém-nascidos e crianças apresentam um percentual de 16% a 40% e os adultos apresentam 20% a 30%; após a segunda dose esse percentual aumenta para 80% a 95% em recém-nascidos e crianças e para 75% a 80% em adultos; após a terceira dose os recém-nascidos adquirem 98% a 100% e os adultos 90% a 95% (CDC, 2012).

Entretanto, pesquisas revelam que existe relação dos níveis de resposta vacinal com idade, sexo, tabagismo, diabetes, doença renal crônica (OSTI; MACHADO, 2010; MEDEIROS et al., 2011). Um estudo realizado com 104 funcionários de limpeza revela níveis menores de anti-HBs em fumantes e pessoas do sexo masculino (OSTI; MACHADO, 2010).

Ressalte-se que a Hepatite B é uma IST e pode ser prevenida por meio de vacina. Considerando-se que profissionais do sexo têm maior multiplicidade de parceiros, a promoção da saúde, por meio da oferta contínua e sistemática da vacina contra Hepatite B, poderá contribuir para impedir novas infecções e refletir na melhoria da qualidade de vida das pessoas e redução do agravo.

1.3 Políticas de Saúde para mulheres profissionais do sexo

A cidade de São Paulo (SP), Brasil, na década de 1970, foi marcada pela prática de violência, por policiais, em mulheres profissionais do sexo que permaneciam nas ruas após as 22 horas. Essa situação proporcionou discussões por meio de encontros Nacionais de prostitutas no Rio de Janeiro e criação da primeira associação, nessa cidade, em 1992, que passou a incentivar e a apoiar a criação de novas associações regionais em todo o País (LEITE, 2009).

A prostituição é histórica em todo o mundo (RAGO, 2008). No município de Teresina (PI), a prostituição teve início no século XIX, nas proximidades do rio Parnaíba, que, devido a sua navegabilidade, proporcionou a criação de Cais e circulação de comerciantes, favorecendo a prostituição na Avenida Paissandu. Com o crescimento da cidade, os locais de prostituições foram ampliados para bares, praças e boates de toda a região de Teresina (PI).

A Associação de Prostitutas do Estado do Piauí (APROSPI) foi criada em 2003, e tem colaborado com iniciativas de prevenção das ISTs, com realização de palestras e distribuição do preservativo em áreas de prostituição.

Em agosto de 2012, aconteceu em Teresina (PI) a operação Aspásia da Polícia Civil, em três boates, com o objetivo de combater a exploração sexual feminina que resultou em prisões de profissionais do sexo e responsáveis por promoverem a prostituição (CIDADE VERDE, 2012).

Segundo Farinha e Bruns (2006), é considerada prostituta a mulher que vende ao freguês a ilusão de seu domínio e proporciona a satisfação que ele solicita. A prostituição é uma ocupação reconhecida pelo Ministério do Trabalho (SCWARCOWALD et al., 2011).

Estudos mostram outros agravos além das ISTs, tais como diversos tipos de violência, realização de aborto, uso de drogas ilícitas e outros (PENHA et al., 2013; ZHU et al., 2011; CAETANO et al., 2013; BALDIN-DAL POGETTO et al., 2012). Essa situação apresentada sugere melhor inclusão das mulheres profissionais do sexo em programas de saúde. Conforme pesquisa de Pascom, Szwarcwald e Barbosa Junior

(2010), o acesso ao diagnóstico e tratamento das ISTs nessa população é precário na região Nordeste do Brasil, quando comparado com outras regiões do País.

Tendo como base a evolução histórica das políticas de assistência à saúde da mulher no Brasil, sabe-se que, durante muito tempo, o foco da assistência foi voltado para a gravidez e o parto, por meio da Implantação do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), elaborado pelo Ministério da Saúde em 1983 (BRASIL, 2004). Conforme recomendação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), profissionais do sexo devem ser inseridas nos programas de saúde disponibilizados em seu território de abrangência.

As Políticas de Saúde, no Brasil, encontram-se organizadas a partir da Secretaria de Atenção a Saúde (SAS), que tem como objetivo participar da formulação e implementação das Políticas da Atenção Básica e Especializada, organizadas em áreas departamentais. O Departamento de Ações Programáticas e Estratégias (DAPES) contempla a Secretaria da mulher, responsável pelas ações de assistência ao pré-natal, incentivo ao parto natural e redução do número de cesáreas desnecessárias; redução da mortalidade materna, enfrentamento da violência, planejamento familiar, assistência ao climatério, mulheres negras e população LGTB.

Uma demanda espontânea não tem sido observada nas unidades básicas de saúde, por profissionais do sexo, no município de Teresina (PI). Dessa forma, é necessário reconhecimento e mapeamento do território, em que essas mulheres estão inseridas, conforme recomendação do Ministério da Saúde, para que seja realizado o cuidado integral, tendo como base a distribuição de preservativos, consultas regulares de prevenção ginecológica, testagem para HIV, sífilis, hepatites e tratamento dos casos identificados (UNAIDS, 2009).

Desde 2008, o município de Teresina (PI) tem realizado assistência a essa população em parceria com a Coordenação Municipal de DST/Aids e APROSPI, tendo como foco as medidas de prevenção das ISTs com base na distribuição de preservativo e palestras. Essas atividades realizadas, mesmo apresentando uma contribuição relevante, não contemplam todas as profissionais do sexo do município de Teresina (PI) e não atende outras possíveis necessidades de saúde dessa população.

Convém assinalar que a motivação para a realização desse estudo surgiu por meio das questões aqui elencadas, e também pela necessidade de ampliar essa discussão em profissionais da área de Saúde e desenvolver habilidades de

abordagens com populações mais vulneráveis, como profissionais do sexo no município de Teresina (PI).

Acredita-se que os resultados poderão contribuir para discussões sobre a importância da temática Hepatite B e HIV em populações vulneráveis, para que profissionais da área da Saúde possam ampliar conhecimentos, realizar medidas de proteção, despertar interesse para rastreamento de casos de Hepatite B e HIV em suas áreas de atuação, com essa população, além de possibilitar a realização de tratamento adequado. Para tanto, se faz necessário melhor acesso ao serviço de Saúde e melhoria da organização das Políticas de Saúde da Mulher no município de Teresina (PI); e, desta forma, colaborar para o empoderamento dos profissionais da área da Saúde, e promover a melhoria da qualidade de vida de mulheres profissionais do sexo.

Diante do exposto, este estudo tem como questões norteadoras:

Profissionais do sexo, feminino apresentam prevalência para o HIV e Hepatite B maior ou igual que a população feminina?

A melhoria do acesso dessa população aos serviços de saúde por meio das Políticas Nacional de Atenção Básica poderá contribuir para melhor rastreamento de casos de HIV e Hepatite B, aumento da cobertura vacinal e refletir na redução de agravos?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar a prevalência da infecção pelo HIV e HBsAg em profissionais do sexo feminino e aspectos sociais, comportamentais e estado vacinal contra hepatite B e resposta vacinal.

2.2 Objetivos específicos

Descrever as características relacionadas aos aspectos sociodemográficos e comportamentais.

- Estimar a prevalência de HBsAg e anti-HIV.
- Identificar a situação vacinal contra Hepatite B.
- Avaliar a adesão às três doses da vacina contra Hepatite B.
- Avaliar a resposta à vacina contra Hepatite B após cada dose de vacina administrada.

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, do tipo transversal; em seguida foi realizada uma coorte de mulheres para vacinação contra hepatite B.

3.2 Local do estudo

Foi realizado no município de Teresina, capital do Estado do Piauí, localizado na região Nordeste do Brasil. Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011), essa cidade possui uma população de 814.230 habitantes. Desde 2002, o serviço de Saúde municipal está organizado administrativamente em três Diretorias Regionais de Saúde (DRS) com suas respectivas sedes, são estas: Centro/Norte, Leste/Sudeste e Sul que coordenam 253 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Cada sede tem autonomia administrativa para atuar em cada região; e as equipes da ESF estão assim distribuídas: Centro/Norte (80); Leste/Sudeste (92); Sul (81); e realizam suas atividades em Unidades Básicas de Saúde.

Com o auxílio da APROSPI foram visitadas cinco áreas de prostituição feminina do município de Teresina (PI), e identificados 36 locais, no decorrer do estudo, assim distribuídos: zona Sul (15); zona Norte (7); zona Sudeste (4); zona Leste (4); e Centro (6).

3.3 População e amostra

A APROSPI estima que cerca de 600 mulheres profissionais do sexo atuavam no município de Teresina (PI). Com relação ao tamanho da amostra estudada considerou-se a prevalência de marcadores para Hepatite B em estudos realizados no Brasil que apresentam percentuais entre 2,7% a 23% (CORREA; MATUMOTO; LONARDONI, 2008;

PASSOS et al., 2009). Assim, tomando-se por base uma prevalência de 23% de qualquer marcador para hepatite B e considerando-se um erro tolerável de amostragem de 3% e um nível de confiança de 95%, obteve-se um número de 334 profissionais do sexo, conforme a fórmula a seguir: $n = Z^2 \cdot (p \cdot q) \cdot N / e^2(N-1) + Z^2 \cdot (p \cdot q)$, onde n = tamanho da amostra, Z = nível de confiança, p = prevalência presumida eq = $p-1$, e = erro tolerável e N é população total (LUÍZ, 2009).

O estudo teve os seguintes critérios de inclusão: ser mulher profissional do sexo; atuar no município de Teresina (PI) há pelo menos três meses; realizar atividades sexuais remuneradas nos últimos três meses; ter idade igual ou superior a 18 anos; ter condições físicas e emocionais para participar do estudo. Antes da coleta, questionava-se à mulher se ela já havia participado desse estudo em outro local, considerando-se a sua rotatividade, e para evitar duplicidade. Como critério de exclusão foi estabelecido estar aparentemente sob efeito de drogas ilícitas.

3.4 Instrumentos para coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de um formulário semiestruturado, anteriormente validado e utilizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2010), em pesquisa sobre inquérito de hepatites virais (Anexo A).

Esse instrumento foi submetido à validação quanto à forma e conteúdo por três especialistas da temática, e as sugestões foram discutidas e acatadas. Utilizou-se também uma planilha para o registro e controle das doses de vacinas contra Hepatite B administradas (Apêndice A).

3.5 Estudo piloto

O instrumento foi aplicado, pela pesquisadora a 15 participantes. Após, as sugestões foram analisadas e realizadas as adequações necessárias.

3.6 Auxiliares de pesquisa

A pesquisadora contou com a colaboração de duas enfermeiras e de dois alunos do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI), para atuarem enquanto auxiliares de pesquisa. Os alunos foram selecionados, considerando-se o seu perfil acadêmico e afinidade com o tema. Foi realizado um treinamento para os auxiliares de pesquisa, conduzido pela pesquisadora, que teve como objetivo apresentar o projeto, abordagem e aspectos éticos e discutir a escala de trabalho. A pesquisadora agendou reuniões subsequentes conforme a necessidade, durante a coleta de dados.

3.7 Coleta de dados

3.7.1 Técnica de Bola de Neve

As mulheres profissionais do sexo foram incluídas nesse estudo pela técnica de “bola de neve” (*Snowball technique*); a escolha dessa técnica se deu em razão de a população estudada ser organizada em rede e ter difícil acesso em relação à identificação e abordagem (PASSOS et al., 2007). Conforme Albuquerque (2009), a técnica “bola de neve” é indicada para estudos com populações complexas, considerando-se que o acesso a essas populações é mais fácil por um membro do grupo. E aquelas pessoas visíveis do grupo, ou seja, aquelas que assumem exercer a profissão têm acesso facilitado, o que considera uma limitação da técnica por ofuscar a identificação de outras mulheres. Entretanto, para Sanchez e Nappo (2002), a técnica “Bola de Neve” tem como vantagem a possibilidade de atingir mais de um grupo, o que favorece conhecer grupos com perfis diferentes.

No Brasil, essa estratégia de busca tem sido adotada por pesquisadores do Centro Brasileiro de Informações sobre drogas psicotrópicas da Universidade de São Paulo, para recrutamento de participantes de pesquisa (MOURA; SILVA; NOTO,

2009).

3.7.2 Recrutamento das participantes

O processo de recrutamento das participantes se desencadeou a partir da seleção, realizada em parceria com a APROSPI, de cinco mulheres, líderes dos grupos.

A importância da escolha das mulheres nas cinco regiões de Teresina (PI) residiu no interesse de cobrir os vários segmentos da população de estudo de maneira mais representativa. As mulheres receberam convite verbal, formulado por aquelas que já haviam participado do estudo e também pela APROSPI; dessa forma, cada profissional do sexo foi orientada a buscar outras mulheres pertencentes a seu meio de atuação; e as novas participantes foram orientadas a convidar mais pessoas conhecidas, prosseguindo da mesma forma até que fosse alcançado um número significativo de cada grupo. Por meio desse método, o recrutamento foi realizado pelas participantes e não pelos pesquisadores.

3.7.3 Procedimentos para a coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de março de 2012 a março de 2013, em três etapas (Apêndice B). Os dados foram obtidos por meio de entrevista individual, desenvolvida no próprio local de trabalho, após a assinatura dos dois Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias (Apêndice C e Anexo B).

Após o preenchimento do formulário, foi explicado a cada participante sobre o procedimento para a coleta de 10ml de sangue, em punção venosa periférica, em dois tubos de ensaio a vácuo contendo anticoagulante (heparina), para detecção de anti-HIV, anti-HBsAg e anti-HBs. Utilizou-se material descartável em todos os procedimentos durante o estudo; antes da coleta de sangue, os tubos de ensaio foram identificados pela numeração do questionário e iniciais da participante, com um lápis

de cor preta, esse mesmo número constou na guia de solicitação de exames; os referidos tubos foram conservados em caixa térmica com gelo e, ao final da coleta, encaminhados ao Laboratório Raul Bacelar, pela pesquisadora, sendo gerado um código de barras pelo setor de digitação e entregues pela pesquisadora ao setor de triagem.

Na triagem, os tubos de ensaio foram identificados com código de barras e centrifugados com uma rotação de 1500 a 2.000 por minuto durante 10 minutos para separar o soro do plasma. Em seguida, esse material foi encaminhado para o setor de imunologia e preparado para a realização das análises.

A coleta de dados total teve duração média de 40 a 60 minutos por participante e a pesquisadora esteve presente em todo período de coleta.

3.7.4 Aplicação de Vacina contra Hepatite B

Após a coleta de sangue periférico foi administrada uma dose de vacina contra Hepatite B, em seguida realizado agendamento para o recebimento da dose subsequente, e entregue cartão de vacina constando essa data. Antes da administração de cada dose de vacina foram coletados 5ml de sangue periférico para realização de anti-HBs.

Para o controle das doses subsequentes da vacina, o nome da participante foi registrado em um livro, que ficou com a pesquisadora para garantir o anonimato. As vacinas do Instituto Butantan foram disponibilizadas pela Fundação Municipal de Saúde de Teresina (PI). No início da pesquisa, a Coordenadora da Rede de Frio Municipal organizou 2000 doses de vacina contra hepatite B, em uma geladeira exclusiva para a pesquisa, garantindo assim o mesmo lote de vacina, nº para todas as mulheres do estudo. Ao final de cada coleta foi entregue o registro de mapa diário de vacina para esta Coordenação.

Às participantes que disponibilizaram o número do telefone celular foi feito um contato prévio para lembrar a data das doses subsequentes. A pesquisadora também informou o número de um celular para que as mulheres pudessem ligar em caso de alguma dúvida. Durante o estudo, foram comuns as ligações para questionar sobre o resultado da sorologia anti-HIV e também para confirmar se poderiam indicar

novas participantes.

3.7.5 Processamento das amostras

As análises dos exames anti-HIV, HBsAg e anti-HBs foram realizadas por meio do ARCHITEC que é um imunoensaio de Micropartículas por Quimioluminescência (CMIA) para detecção qualitativa e quantitativa de anticorpos. Dessa forma, os antígenos pesquisados ligam-se a micropartículas revestidas de anticorpos de cada antígeno; o tempo de análise varia conforme o exame realizado. Após a lavagem, é adicionado tampão de lavagem e em seguida adicionada a mistura de reação específica para cada exame; a reação quimioluminescente resultante é medida em Unidade de Luz Reativa (RLUs), e existe uma relação direta entre a quantidade de HBsAg, HIV, anti-HBs presente na amostra e as RLUs detectadas. O resultado só foi liberado após a análise e autorização pelo profissional bioquímico do Laboratório Raul Bacelar, geralmente em três dias após a coleta.

3.7.6 Resultados dos exames

Todas as mulheres foram informadas acerca da importância de receber seus exames. Àquelas que apresentaram sorologias não reagentes a pesquisadora entregou os resultados dois a três dias após a coleta, de maneira individual, no mesmo local coletado.

Durante a entrega dos resultados dos exames, a pesquisadora realizou orientação pós-teste individual com todas as mulheres. Para preservar o anonimato, foi anotado o número sequencial de cada participante em um livro de registro que ficou com a pesquisadora.

Sobre os resultados reagentes, o material coletado previamente e armazenado no segundo tubo de ensaio foi enviado para a realização de exame confirmatório, em outro laboratório, conforme rotina do município de Teresina (PI). Dessa forma, a pesquisadora recebia esses resultados aproximadamente 10 dias após a solicitação do confirmatório, quando providenciava o agendamento do retorno das mulheres.

Ressalte-se que foi respeitada a disponibilidade de cada participante para o agendamento da data e horário.

As profissionais do sexo que tiveram resultados sorológicos reagentes para o HIV e HBsAg foram encaminhadas ao SAE, localizado no Serviço de Referência Lineu Araújo, em Teresina. O encaminhamento foi feito por meio de uma carta (Apêndice D).

Em relação ao aconselhamento para o resultado e ou tratamento, a pesquisadora contou com o apoio da equipe responsável pelo SAE.

3.8 Descrição das variáveis

As variáveis de interesse, obtidas no estudo, foram categorizadas em sociodemográficas, comportamentais, contato, e exames sorológicos (anti-HIV, HBsAg e anti-HBs).

Para a caracterização sociodemográfica foram utilizadas as seguintes variáveis: idade, situação marital, orientação sexual, escolaridade; situação funcional concomitante, renda individual.

Como variáveis relacionadas aos hábitos e de contato adotou-se: uso e consumo de álcool, tratamento para uso do álcool, uso de drogas ilícitas e tipo de drogas, tratamento para drogas, uso de cigarro, história de compartilhamento de objetos perfurocortantes, presença de tatuagem e *piercing*, uso de preservativo masculino e história de vacinação prévia contra Hepatite B, internação (clínica e cirúrgica), história de hemotransusão e de endoscopia.

As variáveis relacionadas ao comportamento sexual de risco foram: primeira relação sexual, história de IST, tipo de IST, número de parceiros sexuais comerciais na semana, história de gravidez com cliente, história de aborto e o método utilizado para o aborto. As variáveis utilizadas para análise da soroprevalência foram o anti-HIV e o HBsAg.

3.9 Apresentação e análise dos dados

Todas as variáveis do instrumento para coleta de dados foram organizadas e codificadas em um dicionário denominado de codebook. Em seguida, esses dados foram digitados em uma planilha do Microsoft Office Excel for Windows 2007, sendo realizada dupla digitação e a validação dos dados, permitindo a visualização de possíveis erros de digitação, os dados foram exportados para o Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.00.

Os dados foram avaliados por meio de estatística descritiva, em que foi possível a caracterização da amostra quanto às variáveis coletadas. Esta metodologia tem como objetivo básico sintetizar uma série de valores da mesma natureza, permitindo que se tenha uma visão global da variação desses valores, organizando e descrevendo os dados por meio de tabelas de frequência e de medidas descritivas.

Para verificar a associação entre as variáveis qualitativas, os dados foram submetidos ao Teste Exato de Fisher. Todas as análises estatísticas foram realizadas com a utilização do software estatístico SAS® 9.0. valores de p menores que 0,05 foram considerados significativos.

3.10 Aspectos éticos

Para a realização da presente pesquisa, obedeceu-se a Resolução do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) nº 196/96 sobre diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas com seres humanos do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996).

O projeto foi apreciado e recebeu autorização da APROSPI (Anexo C) e também da Fundação Municipal de Saúde de Teresina (PI) (Anexo D). Posteriormente foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí, nº. CAAE 0045.000-11 (Anexo E).

As participantes da pesquisa assinaram dois Termos de Consentimento

Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias. Um deles (Apêndice C) continha os objetivos e finalidades da pesquisa e o outro era referente à realização do exame anti-HIV (Anexo B).

4. RESULTADOS

4.1 Caracterizaçãosociodemográfica

Participaram do estudo 402 profissionais do sexo feminino; com média de idade de 30,48 (DP=9,23) anos, sendo 18 e 64 as idades mínima e máxima.

Quanto à situação conjugal, a maioria das mulheres, ou seja, 255 (63,4%) referiram não ter um companheiro; sobre a orientação sexual, 348 (86,5%) declararam ser heterossexuais; 28 (7,0%) ser bissexuais e 26 (6,5%) referiram ser homossexuais.

Acerca da escolaridade, evidenciou-se baixo nível de instrução sendo que 270 (67,1%) possuíam de três a seis anos de estudos; e 47(11,7%) não apresentavam nenhuma escolaridade.

Além da prostituição, 101 (25,1%) mulheres, trabalhavam em outra atividade remunerada, sem vínculo empregatício; 289 (71,89%) mulheres informaram o valor da renda mensal; destas, a renda variou entre um e mais de quatro salários com uma média de 2,1 (DP=2,0).

Durante o estudo, as mulheres relataram aspectos relacionados à saúde. Deste modo, 207 (51,5%) apresentaram problemas de saúde no último ano; entre os problemas relatados, destacaram-se as questões ginecológicas em 43 (10,7%); acidentes de trânsito por motocicleta em 18 (4,5%); doenças crônicas Hipertensão Arterial (HA) e Diabetes (DIA) em 18(4,5%); algias 17 (4,2%); alcoolismo em 9(4,5%); doenças respiratórias em 18(8,7%); renal em 12 (5,8%) e outros. Para buscar auxílio à saúde, essas mulheres utilizaram o Serviço de Urgência como a principal estratégia de acesso; em Teresina (PI) esse tipo de assistência é ofertado em hospitais por 24 horas.

Tabela 1 - Características sociodemográficas de profissionais do sexo feminino (n=402). Teresina (PI) - 2012-2013

Variáveis sociodemográficas	n(%)
Faixa etária (anos)*	
<20	20 (4,9)
20-39	323 (80,4)
>40	59 (13,5)
Situação marital	
Sem Companheiro(a)	255 (63,4)
Com Companheiro(a)	147(12,4)
Orientação sexual	
Heterossexual	348(86,5)
Bissexual	28(7,0)
Homossexual	26(6,5)
Escolaridade (anos de estudos)	
Nenhum	47 (11,6)
< 3 a 6	270(67,1)
7 a 9	79 (19,6)
9 a 11	6 (1,4)
Situação funcional concomitante	
Sim. Outra atividade profissional	101(25,1)
Não. Somente profissional do sexo	301(74,9)
Renda individual (Salário mínimo) (n= 289) **	
< 1	124(31,5)
1 a 2	108(26,8)
3 a 4	40(9,9)
>4	17(4,2)

* Idade mínima=18; Idade máxima 64; Média = 30,48

**Renda mensal em salário mínimo (Valor à época do estudo=R\$678,00) renda mínima: 1 renda máxima=10

Visualiza-se que a maioria das mulheres, participantes do presente estudo, iniciou sua vida sexual precocemente; ou seja, 242 (57,7%) tiveram a primeira relação sexual antes de completar 15 anos de idade; e somente uma (0,2%) tinham mais de 25 anos ao iniciar as atividades sexuais.

Ao serem questionadas sobre antecedentes de IST, 68 (16,9%) revelaram ter tido alguma IST. Verrugas genitais foram relatadas por 25 (36,7%) mulheres dessa população, e 35 (8,0%) não souberam informar.

Quando indagadas sobre o conhecimento em relação às IST, 122 (30,3%), alegaram desconhecer essas infecções no que tange ao nome, sinais e sintomas.

O número de parcerias sexuais por semana variou de um a mais de 20,

com uma média de 2,4 (DP=1,7).

Em relação à gravidez não planejada, 108 (26,8%) já haviam engravidado pelo menos uma vez de cliente, sendo que, destes, 83 (76,8%) mulheres tiveram a gestação interrompida. Observe-se a Tabela 2, a seguir.

Tabela 2 - Comportamento sexual de risco das profissionais do sexo feminino em Teresina (PI), 2012-2013

Comportamento sexual	n (%)
Primeira Relação sexual (anos)	
<12	9(2,3)
12 a 14	233(57,9)
15 a 18	123(30,5)
>19	37(9,2)
História de IST	
Sim	68(16,9)
Não	330(82,1)
Não sabe/Não informa	4(0,9)
Tipo de IST (n=68)	
Verrugas- HPV	24(35,2)
Hepatite B	2(2,9)
Trichomonas	3(4,4)
Gonorreia	3(4,4)
Sífilis e gonorreia	1(1,4)
Não sabem especificar	35(8,0)
Nº parceiros sexuais/semana	
1 a 4	158(39,3)
5 a 15	137(34)
16 a 20	46(11,4)
>20	34(8,4)
Não informaram	27(6,7)
História de gravidez com cliente (n=108)	
Uma vez	74(18,4)
Duas vezes	17(4,2)
≥três vezes	17(4,2)
Resultado da gestação com o cliente (108)	
Aborto	83(73,8)
Nascimento	25(23,1)

Fonte: Elaboração da Autora (2013)

As mulheres apresentam características diferentes, conforme a área de atuação. Para aquelas que frequentam praças, o dia começa cedo, algumas trabalham como diaristas e só podem frequentar a praça em dias de folga, outras fazem os serviços domésticos antes de sair. Quando a família não sabe de sua situação, como profissional do sexo, normalmente sai todos os dias, para um suposto trabalho. Essas mulheres da praça realizam maior número de programas durante o dia; normalmente os quartos ficam nas proximidades da praça, e apresentam

condições precárias de higiene. Algumas possuem clientes fixos semanais, passam a conhecer a rotina de trabalho do cliente e sabem o melhor horário e local de abordá-lo; e com esse tipo de cliente o pagamento pode acontecer quinzenal ou mensal; ela também pode não cobrar pelo programa, preferindo receber em auxílio, como cesta básica, remédio para o filho, pagamento da fatura do cartão de crédito ou uma conta de luz ou água.

As mulheres que moram em boates dormem tarde e acordam por volta de 14a 17horas, fazem de uma a duas refeições por dia. Ao acordar circulam nas áreas da boate com pouca roupa, almoçam, frequentam academia todos os dias no final da tarde, e se preocupam também com o bronzearamento da pele; geralmente têm uma pessoa de confiança que oferece serviços de manicure, pedicuro, maquiagem, escova de cabelo, produtos de beleza, maquiagem e vendas de roupas; elas investem muito na aparência física; muitas já fizeram cirurgia de lipoaspiração e/ou colocaram próteses.

4.2 Hábitos e situações de risco à saúde referidos pelas profissionais do sexo

As participantes da presente pesquisa mencionaram uso frequente de álcool, cigarro e outras drogas ilícitas no Brasil.

A Tabela 3 mostra que mais da metade das mulheres, ou seja, 360 (89,5%) fizeram uso do álcool nos últimos trinta dias, sendo que para 98 (27,22%), uso diário era de pelo menos oito copos de bebida alcoólica; destaca-se que 8 (2,0%) dessas mulheres estavam em tratamento clínico contra o uso do álcool.

Tabela 3 - Distribuição de hábitos e situação de risco à saúde referidos pelas profissionais do sexo (n=402). Teresina (PI), 2012-2013

Hábitos e situações de risco	Nº (%)
Uso de álcool	
Sim	360(89,5)
Não	42(10,4)
Uso de álcool (n=360)	
Diariamente	98(27,2)
3 a 4 vezes por semana	217(60,2)
Esporadicamente	45(12,5)
Tratamento para o uso do álcool (n=360)	
Sim	8(2,0)
Não	352(98)
Uso de drogas ilícitas (n=402)	
Sim	129(32,1)
Não	273(67,9)
Tipo de droga (n=129)	
Maconha	19(14,7)
Crack	56(43,4)
Cocaína	27(20,9)
Duas e mais drogas	27(20,9)
Faz tratamento para deixar uso de álcool (n=129)	
Sim	5 (1,2)
Não	124 (98,8)
Uso de cigarro	
Sim	209(52)
Não	193(48)
Frequência cigarro/dia (n=(209)	
≤ 10	91(43,5)
11 a 20	65(31,1)
21 a 30	17(7,6)
≥ 30	36(17,6)
História de Compartilhamento de objetos	
Cortantes (alicates e lâminas)	270(67,1)
Escova de dente	35(8,70)
Possuem tatuagem	
Sim	198 (49,3)
Não	204 (50,7)
Uso de piercing	
Sim	113(28,1)
Não	289 71,9
Uso do preservativo masculino/Cliente	
Regularmente	226(56,2)
Esporadicamente	104(25,8)
Nunca	65(16,1)
Não informou	7(1,74)

Fonte: Elaboração da Autora (2013)

Quanto ao uso de drogas ilícitas, 129 (32,1%) faziam uso desse tipo de droga; desse total, 81 (64,34%) utilizavam o crack como a principal droga de escolha;

somente 5 (1,2%) estavam em tratamento para dependência química. Neste estudo, não houve relato de uso de drogas injetáveis.

Quanto ao consumo de cigarro, 209 (52,0%) eram tabagistas; e 91 (43,5%) referiram consumir cerca de um a dez cigarros por dia; 65 (31,1%) dez a vinte cigarros por dia; 17 (7,6%) vinte a trinta; e 36 (17,2%) consumiam mais de 30, conforme apresentado na Tabela 3.

O compartilhamento de objetos de uso individual – como alicates, lâminas e escova dental – é comum no meio dessas mulheres; 270 (67,1%) compartilhavam objetos cortantes, tais como: alicates de cutículas e lâminas cortantes; e 35 (8,70%) tinham uso comum de escova dental; 198 (49,3%) possuíam tatuagem; e 113 (28,1%) usavam *piercing*. essa situação apresentada coloca essas mulheres em maiores situações de risco, principalmente para a infecção pelo vírus da Hepatite B.

Em relação ao uso do preservativo masculino 226 (56,2%) declararam usar regularmente; 104 (25,8%) usavam às vezes; e 65 (16,1%) das mulheres nunca usam.

A Tabela 4 apresenta dados referentes a situação vacinal autorreferido por essas mulheres; e, quando questionadas sobre a infecção pelo HBV, 29(7,2%) informaram ter adquirido essa infecção; 118 (29,3%) informaram que já haviam recebido alguma dose de vacina; e 65 (16,1%) informaram ter recebido três doses, dessas somente a metade, 33(50,7%) apresentaram anti-HBs quantitativo reagente. Dessa forma 369 (91,79%), não se encontravam imunizadas contra Hepatite B. O diagrama 1 mostra esses resultados (pag. 56).

Das mulheres pesquisadas, 84 (2,1%) relataram história de internação clínica nos últimos 12 meses. Os motivos dessas internações estavam relacionados a acidentes de trânsito, dengue, hipertensão arterial e aborto. A internação cirúrgica foi relatada por 195 (48,5%) mulheres há mais de ano; o motivo dessas internações cirúrgicas foi colecistectomia, aborto e cirurgias obstétricas; e 37 (9,2%) relataram história de cirurgia nos últimos 12 meses. Onze (2,7%) das mulheres do estudo referiram ter recebido hemotransfusão nos últimos doze meses.

O procedimento de endoscopia digestiva nos últimos doze meses foi mencionado por 50 (12,4%) das mulheres.

Tabela 4 - Aspectos prévios referentes à saúde mencionados por profissionais do sexo. Teresina (PI), 2012-2013

Situações de risco	Nº (%)
Doença prévia hepatite B	
Sim	29 (7,2)
Não	373 (92,8)
Vacinação contra hepatite B	
Sim	118 (29,4)
Não	250 (62,2)
Não sabiam informar	34(8,45)
Nº de doses recebidas referidas	
Uma dose	25 (6,2)
Duas doses	14 (3,5)
Três doses	65 (16,1)
Não sabem informar	50 (12,4)
Anti-HBs quantitativo reagente (n=65)	
Sim	33 (50,7)
Não	32(49,3)
Internação clínica	
Sim.	84(20,9)
Não	318(79,1)
Internação Cirúrgica	
Sim	195(48,5)
Não	207(51,5)
Hemotransusão	
≤ ano	11(2,7)
> 2 anos	34(8,5)
Endoscopia digestiva	
≤1 ano	50(12,4)
> 2 anos	36(9,0)

Fonte: Elaboração da Autora (2013)

4.3 Prevalência da infecção pelo HIV e HBsAg em mulheres profissionais do sexo

Quanto aos resultados de sorologia para HIV e HBsAg, em mulheres profissionais do sexo do município de Teresina (PI), obteve-se os seguintes resultados:

Do total de participantes, 380 (94,5%) concordaram em realizar a coleta para a pesquisa de anti-HIV e HBsAg; três amostras foram perdidas no laboratório. Foram obtidos resultados reagentes em nove amostras, e, portanto, a prevalência de infecção pelo HIV foi de $9/377=2,4\%$. Ressalte-se que oito mulheres são da zona central de Teresina (PI) e uma da Zona Sul.

Quanto ao HBsAg, 376 amostras foram não reagentes e duas amostras

foram perdidas; a prevalência obtida foi de $2/376 = 0,5\%$.

Destaque-se que não foi detectado nenhum caso de co-infecção HIV/HBsAg, e que os dois casos de HBsAg encontrados foram de mulheres da zona central de Teresina (PI).

Oito mulheres com resultado sorológico reagente para HIV buscaram o serviço; uma participante com resultado reagente para HIV não compareceu ao local agendado para receber o seu exame, mesmo diante de vários agendamentos. As dez mulheres com resultados reagentes foram encaminhadas para o Serviço de Referência de Teresina (PI).

A Tabela 5 mostra a análise bivariada entre as variáveis sociodemográficas e a infecção pelo HIV em profissionais do sexo. Não houve significância estatística associada à positividade para o HIV na análise bivariada para as variáveis selecionadas ($p < 0,05$).

Tabela 5 - Análise de associação referente aos aspectos sociodemográficos e anti-HIV positivo em profissionais do sexo (n=380). Teresina (PI), 2012-2013

		HIV		p-valor*
		Negativo n (%)	Positivo n (%)	
Idade	<20 anos	20 (5,31)	0 (0,0)	1.0000
	20 a 39 anos	294 (77,98)	8 (2,1)	
	≥ 40 anos	54 (14,32)	1 (0,2)	
Situação Marital	Sem Companheiro	232 (61,5)	7 (1,86)	0,4955
	Com Companheiro	138 (36,6)	2 (0,5)	
Escolaridade	Nenhuma	43(11.4)	2(0,5)	0,1902
	1 a 6 anos	255 (67,6)	7 (1,8)	
	7 a 11 anos	79 (20.9)	0 (0,0)	
Renda1	< 1 Salário Mínimo	113 (42,3)	6 (2,2)	0,0742
	≥ 1 Salário Mínimo	154 (57,6)	3(0,75)	

* p-valor referente ao Teste Exato de Fisher

A Tabela 6 mostra a análise bivariada entre as variáveis selecionadas e infecção pelo HIV em profissionais do sexo. Não houve significância estatística associada à positividade para o HIV em análise bivariada para as variáveis

selecionadas ($p < 0,05$).

Tabela 6 - Análise de associação referente às variáveis selecionadas e ao HIV positivo em profissionais do sexo (n=380). Teresina-PI, 2012-2013

		HIV negativo	HIV Positivo	p-valor*
		n (%)	n (%)	
Historia Hepatite B	Sim	26 (6,90)	2 (0,53)	0.1385
	Não	342 (90,72)	7 (1,86)	
Vacina Hepatite B	Sim	108 (31,21)	4 (1,16)	0.4783
	Não	229 (66,18)	5 (1,45)	
Endoscopia	Sim	44 (11,80)	1 (0,27)	1.0000
	Não	320 (85,79)	8 (2,14)	
Tatuagem	Sim	185 (49,07)	1 (0,27)	0,0370
	Não	183 (48,54)	8 (2,12)	
Piercing	Sim	107 (28,38)	0 (0,00)	0,0656
	Não	261 (69,23)	9 (2,39)	
Objetos Cortantes	Sim	244 (64,72)	7 (1,86)	0.7236
	Não	124 (32,89)	2 (0,53)	
Uso de Álcool	Sim	329 (87,50)	8 (2,12)	1.0000
	Não	38 (10,11)	1 (0,27)	
Uso de Drogas	Sim	117 (31,03)	3 (0,80)	0,9219
	Não	251 (66,58)	6 (1,59)	
Uso de Camisinha	Uso regular	213 (57,41)	4 (1,06)	0.1014
	Usa às vezes	90 (24,26)	5 (1,35)	
	Nunca usa	59 (15,9)	0 (0,0)	
História de DST	Sim	62 (16,45)	2 (0,54)	0,6554
	Não	302 (81,17)	7 (1,88)	
Parceiros	≤ 10	276 (75,20)	6 (1,63)	0,4379
	> 10	82 (22,34)	2 (0,82)	
Gravidez	Sim	101 (27,15)	0 (0,00)	0.1210
	Não	262 (70,43)	9 (2,42)	

*p-valor referente ao Teste Exato de Fisher

4.4 Estado vacinal referido pelas mulheres profissionais do sexo

Das 402 mulheres entrevistadas, 65 referiram ter recebido previamente três doses de vacina contra hepatite B. Mediante realização de exame anti-HBs constatou-se que apenas 33 (50,7%) apresentaram títulos protetores maiores que 10UI/ml.

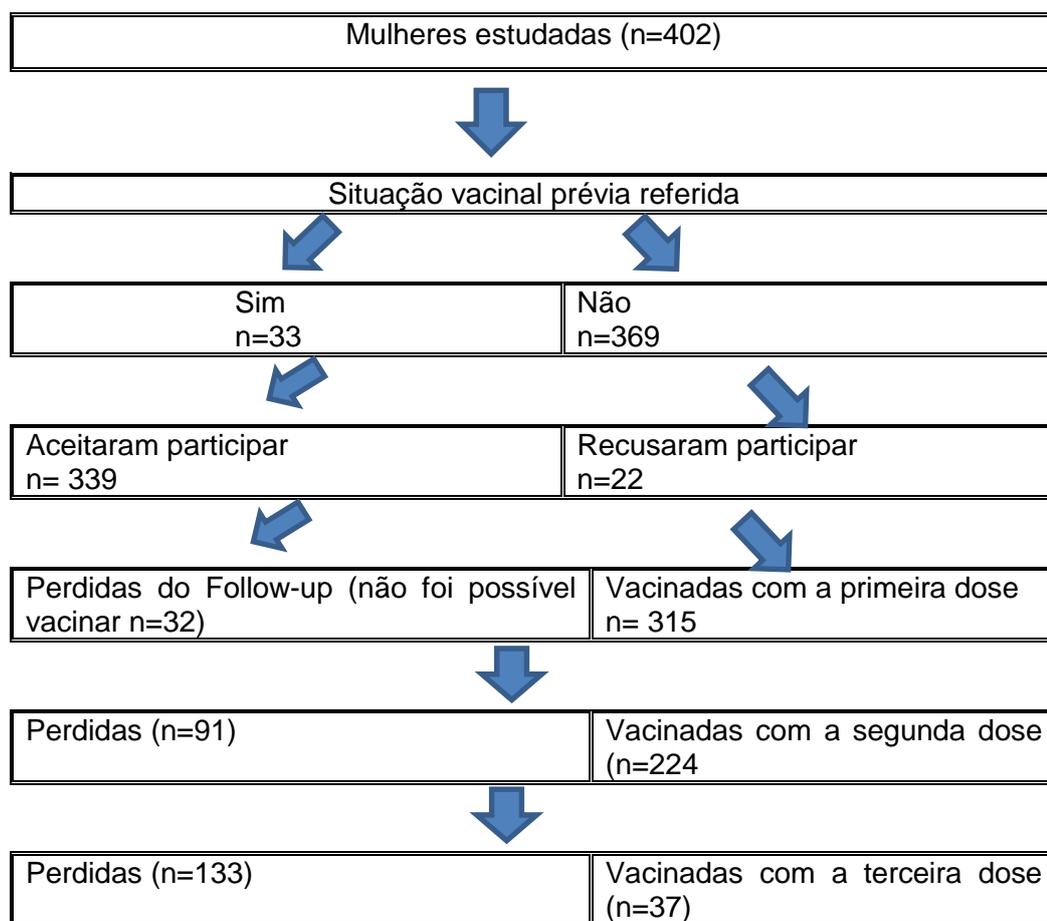
Portanto 369 (91,8%) mulheres informaram que não estavam imunizadas contra hepatite B e dessa forma susceptíveis à infecção pelo HBV. Desse total, 22 recusaram-se a receber vacina e 32 não mais retornaram nas datas agendadas, o que totaliza uma perda de 54 mulheres nesse item.

Assim foi administrada a primeira dose de vacina em 315 mulheres. Para a segunda dose obteve-se 91 perdas, ou seja, somente 224 mulheres compareceram aos vários agendamentos feitos para receber a vacina.

A terceira dose foi realizada em 37 mulheres, que completaram o esquema vacinal. Portanto a perda entre a primeira e a segunda dose foi de 91(28,9%) pessoas. Considerando que 93 mulheres adquiriram títulos protetores maiores que 10UI/ml com menos de três doses, a perda entre a primeira e a terceira doses foi de 185 mulheres.

Dos motivos relacionados à não adesão ao recebimento das doses do esquema vacinal contra hepatite B, o não comparecimento nas datas agendadas foi o principal motivo evidenciado em 185 (58,7%) mulheres. Entre os motivos destaca-se: busca por outra área de prostituição 141(35,1%), mudança de endereço decorrente de gestação não planejada 14(3,4%), mudança de endereço para a rua devido ao uso de crack 5 (1,2%). Outros determinantes que contribuíram para o não comparecimento foram: falta de disponibilidade de tempo na data agendada 4(1%); detenção prisional 4(1%); internação hospitalar 3 (0,7%); foi morar com um companheiro 11 (2,7%) recusa em receber alguma dose subsequente 12(3,0%).

Ressalta-se que foram marcados diversos agendamentos e foi considerado como perda, o não comparecimento às várias tentativas. Na tabela 7, evidencia-se os motivos que determinaram a perda de recebimento de doses da vacina contra hepatite B, segundo o intervalo entre as doses.



Fonte: Elaboração da Autora (2013)

Figura 1 - Fluxo das participantes conforme realização da vacina

Tabela 7 -Distribuição de mulheres profissionais do sexo segundo os motivos para a não adesão à vacina contra hepatite B e o intervalo entre as doses. Teresina (PI), 2012-2013

Motivos	Intervalo entre doses		Total n (%)
	1ª. e 2ª n (%)	2ª. e 3ª n (%)	
Mudança de local trabalho/rua/gestação	98 (24,3)	87 (34,4)	185(58,7)
Recusa	8 (2,0)	4 (1,0)	12 (3,0)
Falta de disponibilidade por trabalho	3(0,7)	1(2,5)	4(3,2)
Detenção prisional	2(0,5)	2(0,5)	4(1,0)
Internação hospitalar	1(0,2)	2(0,5)	3(0,7)
Outros motivos	4 (1,0)	3 (0,7)	7(1,7)

Fonte: Elaboração da Autora (2013).

Das 315 PS que receberam a primeira dose de vacina contra Hepatite B, foi possível realizar o anti-HBs após trinta dias da administração da vacina em 186 (59,0%) mulheres; desse total, 64 (34,4%) apresentaram títulos protetores maiores que 10mUI/ml. Ressalte-se que, mesmo não tendo sido realizado o anti-HBs antes da administração da primeira dose de vacina, esses dados sugerem uma boa eficácia da vacina ou que essas mulheres já haviam recebido alguma dose por ocasião da gestação, situação prisional.

Das 224 mulheres vacinadas com a segunda dose, foi possível realizar o anti-HBs em 46 (20,5%); desse total, 29 (63%) apresentaram títulos protetores maiores que 10UI/ml.

A contemplação do esquema vacinal com três doses foi observada em 37 (16,7%) das mulheres orientadas a receber as três doses; sendo possível realizar o anti-HBs em 18 (48,7%) participantes; e, desse total, 16 (88,9%) apresentaram títulos protetores maiores que 10mUI/ml.

Convém assinalar que, das 315 mulheres que receberam alguma dose de vacina contra Hepatite B, 109 (34,6%) ficaram com títulos protetores anti-HBs maiores que 10mUI/ml.

Tabela 8 - Distribuição de mulheres profissionais do sexo considerando resposta vacinal após a primeira, segunda e terceira dose de vacina contra hepatite B (n=315) em Teresina (PI), 2012-2013

Marcador sorológico	n (%)
Anti-HBS após a primeira dose n=315	
Reagentes	64(20,3%)
Não reagentes	122(38,7)
Não realizado	129(40,9)
Anti-HBS após a segunda dose n=224	
Reagentes	29(12,9)
Não Reagentes	17 (7,5)
Não realizado	178(79,4)
Anti-HBS após a terceira dosen= 37	
Reagentes	16(43,2)
Não reagentes	2(5,4)
Não realizado	19(51,3)

Fonte: Elaboração da Autora (2013)

5. DISCUSSÃO

O presente estudo trata sobre a primeira análise sorológica em mulheres profissionais do sexo no município de Teresina (PI), bem como a primeira avaliação do anti-HBs após cada dose de vacina contra Hepatite B, apontando que essas mulheres tem maior vulnerabilidade ao HIV e ausência de vacinação contra Hepatite B.

5.1 Caracterização sociodemográfica em profissionais do sexo feminino

É crescente a atuação de mulheres jovens na prostituição; esse estudo teve participação também de mulheres com idade acima de 60 anos. Nesse contexto, da prostituição, as mulheres iniciam as atividades sexuais de maneira precoce em todo o mundo. Essa situação tem sido mostrada em estudos de Passos et al., 2007; Forbi et al., 2008; Todd et al. 2010; Bento; Mariano; Andrade 2010; Zhu, 2012; Caetano et al., 2013.

Aquino et al., (2008) encontraram dados semelhantes em 81 profissionais do sexo feminino, em uma capital da região Nordeste do Brasil; 39 (48,1%) apresentaram idade entre 21 a 30 anos e 35 (43,2%) estavam nas áreas de prostituição há mais de cinco anos. Outro estudo realizado por Passos et al. (2007), na região Sudeste do Brasil, com 449 profissionais do sexo, encontrou uma população variando de 23 a 64 anos de idade. Vários estudos no mundo apresentam uma média de idade de mulheres jovens nessa população que varia em torno de 23 a 26 anos (CHIMIRE; SMITH; TEIJLINGEN, 2001; PASSOS et al., 2007). Essa realidade mostra que as profissionais do sexo iniciam muito jovem na prostituição, e que isso pode comprometer o seu desempenho escolar e refletir em baixa escolaridade.

A população pesquisada apresentou diversos tipos de relações afetivas sexuais com predomínio de mulheres que não têm um companheiro 255 (63,4%). Dados semelhantes foram encontrados em estudo de Todd et al., 2010; Baldin-Dal Pogetto; Silva Parada, 2011; Baldin-Dal Pogetto et al., 2012.

Nessa população é pouco frequente chegar em níveis mais elevados de escolaridade. No presente estudo, 47 (11,7%) das PS pesquisadas não sabiam ler;

270 (67,16%) apresentaram 3 a 6 anos de estudos. Outros estudos mostraram baixa escolaridade em profissionais do sexo (AQUINO et al., 2008; MADEIRO; RUFINO 2012; CAETANO et al., 2013). Entretanto, um estudo realizado na região Central de São Paulo com mulheres profissionais do sexo mostrou que a maioria das participantes tinha nove ou mais anos de estudos (BALDIN-DAL POGETTO; SILVA; PARADA, 2011). Nesse estudo, as participantes relataram haver realizado outras atividades que exigissem pouca escolaridade, sem vínculo empregatício com o objetivo de contribuir para o aumento do rendimento.

Pesquisadores de vários países têm investigado com maior frequência a prevalência de IST em profissionais do sexo (PASSOS et al., 2007; FORBI et al., 2008; MALTA et al., 2008; CAETANO et al., 2013; ZHU et al., 2012; BALDIN-DAL POGETTE et al., 2012; PASCOS; SZWARCOWALD; BARBOSA JUNIOR 2010). As profissionais do sexo desse estudo (51,5%) relataram haver enfrentado problemas de saúde além das IST; e a principal estratégia utilizada para o acesso e utilização do serviço de saúde é realizada por meio dos serviços de urgência. A dificuldade de acesso ao serviço de saúde por essa população tem sido discutida por pesquisadores internacionais (DIAS; ROCHA 2009; GURNANI et al., 2011; GUIMIRE; SMITH. TEIJLINGEN 2011; GURNANI et al., 2011). Um estudo realizado por Dias e Rocha (2009), com 35 profissionais do sexo brasileiras e africanas em uma cidade de Portugal, mostrou que os fatores culturais contribuem para as desigualdades de acesso nessa população e influenciam nas opções e decisões em termos de cuidados à saúde, a dificuldade de comunicação e falta de conhecimento dos profissionais de saúde dos diferentes contextos culturais podem comprometer o acesso.

Durante esse estudo, algumas mulheres apresentaram resultados de exames com diagnóstico para o HPV com mais de seis meses de realização e não haviam realizado a consulta de retorno em razão da dificuldade de acesso ao serviço de saúde.

Baldin-Dal Pogetto, Silva e Parada (2011), ao realizarem estudo com 102 profissionais do sexo em uma região de São Paulo (SP), evidenciaram uma prevalência de 73 (71,6%) de casos de alguma IST; o HPV foi encontrado com uma prevalência elevada de (67,7%). Pinto et al., (2011) recomendam monitoramento de rotina por meio do exame Papanicolau em todas as mulheres; e para aquelas que apresentarem Lesão Intra Epitelial deve ser investigado sorologia para HIV, considerando um sinal de imunossupressão. Estudos de Brito, Galvão e Mariano

(2011), com 76 mulheres infectadas pelo HIV em uma capital do Nordeste, em que 10,5% relataram relações sexuais pagas, mostraram que, do total de participantes, 85,5% tiveram dificuldade de um acompanhamento para prevenção do câncer ginecológico em razão da vulnerabilidade dessas mulheres, que vai de individual, social a programática.

Dessa forma, profissionais do sexo não estão inseridos nos programas de saúde; e a população estudada desconhecia os direitos do usuário nos serviços públicos; e poucos sabiam acerca da importância de um acompanhamento contínuo e sistemático para alguns agravos crônicos como hipertensão, diabetes, Hepatite B e C dentre outro.

No Brasil é recomendado pelo Ministério da Saúde por meio da PNAB (BRASIL, 2012c) que a equipe da ESF deve fazer o mapeamento e reconhecimento de seu território de atuação; e deve incluir em suas atividades populações vulneráveis. Para Berer (2004), a assistência à saúde a essa população deve ser ofertada e planejada de maneira integrada em todos os programas de saúde. Esse modelo de assistência à saúde poderá refletir como medida de prevenção das IST e HIV/Aids em várias populações.

Em Nepal, na Ásia 296 (69,7%), profissionais do sexo feminino buscaram os serviços de saúde não governamentais diante de suas necessidades de saúde; e somente 27,0% buscaram centros de saúde; os principais fatores destacados para a pouca utilização dos centros de saúde estavam relacionados com a disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade, que significam respectivamente uma oferta inadequada para as necessidades reais, uma distância do seu local de trabalho, horário inadequado e atitudes de julgamentos pelos profissionais de saúde (GUIMIRE; SMITH; TEIJLINGEN, 2011).

No Sul da Índia, foi desenvolvido um programa de intervenções, com base nos direitos da profissional de sexo, e foi implantado a partir da realização de oficinas de grupo com a participação das profissionais do sexo. Entre as propostas, destacaram-se a criação de um ambiente favorável, promoção da equidade, melhoria do acesso aos direitos, redução da violência e estigma, sensibilização dos distritos e capacitação dos atores envolvidos (GURNANI et al., 2011).

Considerando que profissionais do sexo são populações de difícil acesso, faz-se necessário também investir em capacitações de abordagem para profissionais que se habilitem a trabalhar com essa população. Conforme Aquino et al., (2008), as

profissionais do sexo precisam de orientação; logo, cabe ao profissional de saúde refletir sobre valores pessoais, para promover uma prática imparcial com redução do estigma, para melhoria do acesso ao serviço de saúde. Acrescentam que as associações precisam realizar atividades mais eficazes. O que sugere que a responsabilidade pela educação em saúde para essa população precisa ser compartilhada com profissionais da área de Saúde, gestão e grupos de interesse.

Durante esse estudo, foi observado que a APROSPI tem realizado esforços, para prevenir IST e HIV em mulheres profissionais do sexo, por meio da distribuição mensal do preservativo em áreas de prostituição de Teresina (PI); mesmo assim, o seu uso ainda não acontece de maneira efetiva, quando 104 (25,8%) usam esporadicamente e 65(16,1%) nunca usam.

Esses dados sugerem que há necessidade de melhorar o diálogo entre o serviço de saúde e as áreas de prostituição de Teresina (PI), para que as atividades sejam planejadas de maneira que atenda as reais necessidades de saúde dessas mulheres e permita melhor acesso ao serviço.

Com base nessas informações, a situação de saúde das profissionais do sexo precisa ser analisada por profissionais da área de abrangência, e também por gestores, para viabilizar e organizar o acesso ao serviço de atenção básica, como uma prioridade de assistência e isso poderá refletir em melhores condições de saúde das PS e redução dos agravos em diversas populações.

5.2 Prevalência da infecção pelo HIV e Hepatite B em profissionais do sexo

Nesse estudo, foram identificados nove (2,3%) casos de HIV, e dois (0,5%) casos de infecção pelo HBsAg, em profissionais do sexo feminino, que concordaram em realizar os exames 380 (94,52%). Esses resultados indicam uma prevalência de sete vezes mais elevada do HIV em profissionais do sexo, quando comparados com uma prevalência de 0,3% em gestantes do município de Teresina (PI) no ano de 2011, e também mais elevada quando comparado com uma prevalência de 2,02% no Piauí (SINASC, 2011; FMS, 2012).

Uma elevada prevalência da infecção pelo HIV tem sido mostrada por pesquisadores em todo o mundo (CAETANO et al., 2013; ZHU et al., 2012; TODD, et al., 2010). Pascom, Szwarcwald e Barbosa Junior (2010), ao analisarem 75 estudos sobre prevalência do HIV em profissionais do sexo, informam que 35 artigos apresentaram amostras insuficientes para estimar uma taxa de prevalência. O que sugere melhoria dos registros em serviços de saúde e melhor aplicabilidade de técnicas de recrutamento com essa população para que seja mais viável estimar amostras mais representativas em estudos futuros.

Estudo realizado por Zhu et al., (2012), com 488 profissionais do sexo, constatou prevalência para Clamídia de (18,2%); sífilis (7,2%); gonorréia (1,8%); Condiloma (2,3%) e HIV (0,8%). Em análise multivariada mostraram que essas infecções estão relacionadas ao baixo nível de escolaridade OR=7,244 (IC=3,031-17,213) e valor de $p=0,001$; ao menor conhecimento sobre as DST/HIV OR=0,191 (IC95% 0,108-0,33) e valor de $p=0,01$ e ao não uso do preservativo durante a relação sexual OR=0,199 (IC=95% 0,113-0,350 $p=0,001$). Os autores consideraram a taxa de prevalência de 0,82% elevada para o HIV.

Um estudo realizado em uma capital do Brasil, com 315 profissionais do sexo, identificou uma prevalência de 1,8% de casos de HIV significando que essa prevalência é 4,5 e 20 vezes mais elevada quando comparada com a prevalência da população feminina brasileira de 0,4% e mulheres grávidas de Goiânia-GO que é de 0,1% (CAETANO et al., 2013). Mulheres profissionais do sexo possuem maior vulnerabilidade ao HIV e há necessidade de realizar medidas de prevenção também contra o câncer ginecológico (BRITO; GALVÃO; PEREIRA, 2011).

As intervenções podem também ter como foco a redução dos fatores de riscos, incluindo promoção do uso do preservativo e conhecimento das DST (ZHUL et al., 2012). Das mulheres que tiveram resultados sorológicos reagentes para o HIV, sete (77,8%) informaram ingerir bebida alcoólica e três (33,3%) faziam uso de drogas ilícitas; o consumo elevado de álcool e uso de drogas, principalmente o crack, é uma realidade da população estudada. Dados semelhantes foram mostrados por vários pesquisadores em todo o mundo (CAETANO et al., 2013; TODD et al., 2010; SAMET et al., 2010; BALDIN-DAL POGETTO et al., 2012). O uso do crack dificulta a negociação do preservativo e contribui para comportamentos de risco e disseminação do HIV (MALTA et al., 2008; NEEDLE et al., 2008). Essa questão é mais agravante associada ao elevado número de parceiros; outros estudos também mostraram que

mulheres profissionais do sexo têm elevado número de parceiros (AQUINO et al., 2008; BAARS et al., 2009; SAMET et al., 2010; TODD et al., 2010).

As mulheres relataram que alguns clientes exigem a demonstração do resultado do exame anti-HIV na hora da negociação do programa, como garantia para o sexo seguro. Estudo realizado com 136 clientes de profissionais do sexo no Vietnã mostrou que 58,9% tinham uma esposa; 71,8% tinham uma namorada e 74,2% tinham parceiros ocasionais; eles consideraram o uso do preservativo uma medida de prevenção ineficaz ao HIV (NGUYEN et al., 2009). Essa situação é preocupante, considerando que essas mulheres estão expostas às mesmas situações de risco para HIV após a realização do exame anti-HIV, e que esse tipo de exposição pode contribuir para a infecção dos parceiros não comerciais.

Das nove participantes que tiveram resultados sorológicos reagentes para o HIV, a idade variou de 21 a 38 anos, e mediana de 33 anos. O início da atividade sexual ocorreu de maneira precoce com uma média de 15 anos de idade (DP= 1,58) e uma mediana de 15.

Em relação ao uso do preservativo, 65 (16,1%) declararam que nunca o usavam durante as atividades sexuais. Foi comum o relato de parceiro fixo por essa população; sendo considerado aquele com quem passa a realizar programas semanais com maior frequência, que pode ser um namorado ou o conjugue; essa informação pode ser conferida em outros estudos (BALDIN-DAL POGETTO et al., 2012; AQUINO et al., 2008). Nesse estudo, as mulheres relataram que, na maioria das vezes, com esse tipo de cliente, não é cobrado em dinheiro e/ou pode ser cobrado em forma de presentes ou benefícios, como pagar uma conta de luz, água e cartão de crédito.

Uma pesquisa realizada em três cidades do Afeganistão, com 543 profissionais do sexo, mostrou que 63,3% das participantes tinham ouvido falar do preservativo, 51,7% já haviam usado o preservativo, 51,7% relataram tratamento para IST nos últimos três meses, e 29,8% relataram presença de feridas genitais (TODD et al., 2010). A falta de adesão ao preservativo coloca essas mulheres em maior risco de adquirir o HIV, principalmente quando a essa questão estão associados o consumo de álcool e uso de drogas ilícitas (ZHUL et al., 2012)

Para Reis e Gir (2005; 2009), a desconfiança na eficácia do preservativo; a interferência na vida sexual e a resistência masculina são barreiras que interferem na adesão ao uso do preservativo em casais sorodiscordantes; e a naturalização da

infecção, o tempo de convivência e a crença da não transmissibilidade são fatores que interferem na decisão do uso do preservativo. Considerando o aumento da sobrevivência de pessoas que vivem com HIV/Aids, por meio da terapia antirretroviral, essa situação precisa ser melhor discutida no circuito intelectual.

O não uso do preservativo favorece também a gravidez não planejada e realização de práticas inadequadas de aborto; nesse estudo 108 (26,9%), já houve uma gravidez não planejada pelo menos uma vez, e 83 (20,6%) realizaram aborto. Dados semelhantes foram encontrados no Afeganistão, na Áustria, e também no município de Teresina (PI) (TODD et al., 2010; OJER TSAKIRIDU et al., 2008; MADEIRO; RUFINO, 2012).

Estudo de Todd et al., (2010) mostra que, mesmo diante do elevado número de gravidez não planejada, 85,2% realizavam método contraceptivo. Esses dados sugerem que essas mulheres não fazem uso adequado dos métodos contraceptivos. Para OjerTsakiridu et al., (2008), a interrupção da gestação está associada ao número de gestações (OR:65,82; IC:95%; 7,73-560); tempo de prática de prostituição (OD: 1,13; CI:95%; 0,99-1) e mulheres casadas (OR: 2,74; IC:95%; 0,5-0,13). Diante dessa situação faz-se necessária maior integralidade dos programas de assistência nas unidades de saúde, para promover a prevenção do HIV/Aids e hepatites virais como uma prioridade de saúde pública (BERER, 2004; BUFFINGTON; JONES, 2007).

Do total de participantes, 37,9% realizam seus contatos com os clientes em praças públicas, e, desse total, oito (88,9%) tiveram exames sorológicos reagentes para a infecção pelo HIV. Para Caetano et al., (2013), as mulheres que recrutam seus clientes nas ruas têm maior risco de adquirir a infecção pelo HIV.

Foi possível observar que os clientes, dessas mulheres, tinham características variadas, principalmente em relação ao nível de escolaridade, renda, área de prostituição e horário em que fazem o contato com as mulheres PS. Um estudo realizado no Vietnã com 292 clientes de profissionais do sexo identificou que o número de clientes varia conforme o local de atuação (NGUYEN et al., 2009). Neste sentido, para que as atividades de orientação sejam absorvidas de maneira efetiva, é importante considerar as características das áreas de atuação dessas mulheres e perfil sociodemográfico.

Estudos de Aquino et al., (2008), com 81 mulheres profissionais do sexo, mostraram que 44 (54,3%) relataram ter um parceiro fixo, e somente nove (56,2%)

fazem uso frequente do preservativo; seis (37,5%) usam às vezes e uma (6,25%) não usa. Estudo realizado com 11 mulheres de outra população mostrou que podem ocorrer falhas no uso do preservativo (REIS; GIR, 2005; REIS; GIR, 2009). Assim é importante que as mulheres profissionais do sexo sejam também orientadas e incentivadas ao uso do preservativo feminino, o que poderá desenvolver sua autonomia durante as atividades profissionais.

Considerando uma assistência curativa, em muitos serviços de atenção básica, um sistema educacional que, na maioria das vezes, não desenvolve atividades educativas em relação ao sexo e à sexualidade e à dificuldade de diálogo dos jovens com a família, é possível que algumas das mulheres pesquisadas tenham iniciado as atividades sexuais sem preparo adequado no que se refere às medidas de prevenção contra o HIV. Nesse estudo, além do não uso do preservativo por 16,1% das participantes, 62(16,45%) relataram história de DST.

É sabido que a mulher está biologicamente mais vulnerável ao HIV em relação ao homem. Conforme Aquino et al., (2008) há uma predominância da prática do sexo vaginal por PS; soma-se a essa questão todo um contexto relacionado aos aspectos socioeconômicos e culturais que favorece a transmissão de infecções sexualmente transmissíveis e ao HIV.

A adesão ao tratamento e acompanhamento do HIV/Aids nem sempre ocorre de maneira efetiva; nesse estudo, foi necessário marcar encontros subsequentes, com algumas mulheres infectadas, para melhor possibilidade de adesão ao tratamento. Dessa forma, é preciso maior envolvimento das associações e serviço de saúde para a captação e rastreamento de casos de HIV nessa população. Entretanto, estudo realizado com 2.523 Profissionais do sexo mostrou que, das participantes, 14% desconheciam a existência de alguma ONG com atuação nessa população (SCWARCWADET et al., (2011). Para Marks et al., (2005), a descoberta precoce do HIV pode ser significativa para a redução de novas infecções e refletir na melhoria da qualidade de vida das pessoas infectadas pelo HIV, por meio da mudança de comportamento relacionado à adesão ao sexo seguro e tratamento.

Mulheres de uma capital do Nordeste que vivem com HIV/Aids apresentaram diferentes formas de enfrentamento ao HIV/Aids relacionadas à fragilidade da descoberta do diagnóstico, à necessidade de ocultar a infecção decorrente da discriminação e preconceito, percepção de morte, sentimentos de vergonha, medo, solidão e tristeza (CARVALHO; GALVÃO, 2008). Estratégias grupais

são necessárias para melhor adesão a TARV (GALVÃO et al., 2011). Para Gaspar et al., (2011), a doença caminha para uma evolução crônica, e a concepção de morte toma nova ressignificação, o que sugere melhor compreensão em relação à importância de um acompanhamento adequado para a prevenção de complicações.

Em relação ao HBsAg, nesse estudo, foram detectados dois casos (0,5%). O SAE de Teresina (PI) apresenta cadastro de 20 casos de Hepatite B no período de 2008 a junho 2013; e, neste serviço, não constam dados referentes às mulheres profissionais do sexo (CARVALHO; MAGALHÃES; GIR 2013).

Em estudos realizados na Nigéria e na região Sudeste do Brasil, foi encontrada uma prevalência para Hepatite B que variou de 17,1% e 23,6% em profissionais do sexo; a média de idade foi de 23 e 26,7 anos; os autores consideraram esses achados inaceitáveis, por se tratar de uma infecção prevenida por imunizantes (FORBI et al., 2008; PASSOS et al., 2007). Outros pesquisadores mostraram essa realidade no Brasil (AQUINO et al., 2008; BALDIN-DAL POGETTO; SILVA; PARADA 2011).

Mulheres profissionais do sexo estão expostas há várias situações que envolvem maior vulnerabilidade à infecção por Hepatite B. Nesse estudo 41(10,88%), das mulheres pesquisadas informaram ter realizado exame de endoscopia alguma vez na vida. O compartilhamento de objetos de uso pessoal tem sido utilizado com frequência nessa população. Durante o estudo, a maioria (66,31%) relatou compartilhar objetos cortantes; muitas realizam os cuidados com unhas e os cabelos em seu local de trabalho; essa situação foi observada também por alguns clientes. Segundo Bento, Mariano e Andrade (2010), a maioria das pessoas infectadas pelo vírus da Hepatite B desconhece o seu estado de portador para Hepatite B e em um de seus estudos três pacientes adquiriram o vírus da Hepatite B por meio de fômites.

A realização dessas atividades em áreas de prostituições de Teresina (PI), sem um preparo adequado referente às medidas de biossegurança, aumenta a vulnerabilidade ao HIV e ao HBSAg da profissional do sexo/cliente/comunidade. Essa situação exposta sugere que todos os profissionais que realizam serviço de manicure precisam de orientação quanto às medidas de biossegurança para a realização dessas atividades profissionais. Observou-se que essas atividades são realizadas com uma frequência semanal nos mesmos locais, pelos mesmos profissionais, caracterizando um serviço de rotina nas áreas de prostituição.

Em relação ao uso de álcool e outras drogas ilícitas, as participantes

relataram que usam com uma frequência considerável; e as duas mulheres com resultado sorológico para Hepatite B faziam uso de bebida alcóolica.

Uma pesquisa realizada no Afeganistão com 543 profissionais do sexo mostrou que a maioria faz uso de maconha, cocaína e crack, mesmo sendo consideradas drogas ilícitas no país. Declararam que o uso dessas substâncias tornavam mais fáceis a realização das atividades profissionais (TODD et al., 2010). Para Samet et al., (2010), o consumo dessas substâncias tornam as práticas sexuais mais arriscadas; e que a realização de intervenções para reduzir o consumo do álcool pode ser importante para a prevenção do HIV.

A falta de informação em relação ao HBV é uma realidade nessa população e a maioria desconhece o problema como uma IST, além de possuir baixa cobertura vacinal. Essa falta de informação em relação às medidas de prevenção pode contribuir para a realização de práticas sexuais desprotegidas, desenvolvimento de crenças que não serão atingidas por esse tipo de problema e dificuldade do controle da infecção.

5.3 Imunização contra Hepatite B em mulheres profissionais do sexo

Do total de 402 participantes, somente 118 (29,3%) relataram ter recebido alguma dose de vacina contra Hepatite B, que foram administradas em praças, locais de trabalho e/ou em situação da gestação. Desse total, somente 33 (50,7%) apresentaram valores de títulos protetores de anti-HBs maiores que 10mUI/ml. Estudo de Baars et al., (2009), com 163 mulheres profissionais do sexo, mostrou que 134(82,2%) foram vacinadas em programas de vacinação; 64,4% receberam a primeira dose no seu local de trabalho; 30,3% foram vacinadas em comunidade de serviço de saúde; 5% em clínicas e muitas mulheres não tinham conhecimento da terceira dose. Esses resultados sugerem que se trata de uma população com característica flutuante em relação ao local de atuação e isso requer mais habilidades para prestar assistência.

Conforme Aquino et al., (2008), profissionais do sexo são consideradas populações de difícil acesso. Somando-se a essa questão, elas demonstram pouco conhecimento em relação à importância da vacina contra Hepatite B (BAARS et al.,

2009). Dessa forma, àqueles que se habilitam a prestar assistência às profissionais do sexo são exigidos além de um conhecimento técnico habilidades de abordagem, e a corresponsabilidade entre Equipe de saúde e profissionais do sexo para uma melhor adesão à vacina. Vacinar essa população deve ser considerado prioridade dos profissionais da área de Saúde.

Após o levantamento do estado vacinal dessas mulheres, 315 (85,36%) foram vacinadas com uma dose de vacina contra Hepatite B; dessas mulheres foi possível administrar a segunda dose em 224 (60,70%); e 37(16,7%) das mulheres orientadas para receber as três doses, completaram o esquema vacinal.

Do total de mulheres vacinadas, 91 (28,9%) não compareceram para receber a segunda dose; e 185 (83,3%) deixaram de receber a terceira dose. A magnitude dessa problemática tem sido mostrada por vários pesquisadores em todo o mundo em várias populações (SCARAVELI et al., 2011; PASSOS et al., 2011; FORBI et al., 2008; LOPES et al., 2001). Passos et al., (2007) fortalecem esses resultados, quando encontrou ausência de vacinação em 98,2% de um universo de 449 mulheres profissionais do sexo; e somente 84 (18,7%) apresentaram títulos protetores anti-HBs maiores que 10mUI/ml. Esses dados mostram um número elevado de mulheres profissionais do sexo expostas ao vírus da Hepatite B. Os dados sugerem também que completar um esquema vacinal de três doses em profissionais do sexo exige estratégias contínuas e sistemáticas e um maior envolvimento do profissional de saúde na organização de estratégias.

Essa baixa cobertura vacinal e a não adesão as três doses da vacina contra Hepatite B são uma realidade também em outras populações do mundo (MARK et al., 2003; BAAS et al., 2009; ATÍLIO et al., 2011; SILVEIRA et al., 2011; ARAÚJO; PAZ; GRIEP, 2006; PASSO et al., 2007; TODD et al., 2010; MILANI et al., 2011; FORBI et al., 2008; SCARAVELI et al., 2011).

Um estudo realizado com 43 profissionais da área da Saúde de uma Especialização do Piauí mostrou que 18,7% dos alunos não estavam vacinados contra Hepatite B (ARAÚJO; PAZ; GRIEP, 2006). Essa situação apresentada também é preocupante considerando-se que 58,1% dos participantes desconheciam as vacinas recomendadas pelo PNI do Ministério da Saúde.

Em pesquisa desenvolvida por Mark et al., (2003) na Bélgica, com 1096 mulheres profissionais do sexo, somente 47,9% completaram o esquema vacinal de três doses. Essa falta de adesão à vacina contra Hepatite B exige melhoria nas

atividades de vacinação no que se refere a estratégias mais eficazes para atualização do esquema vacinal.

Durante o estudo, observou-se que essas mulheres têm dificuldade de sair do seu local de atuação, por considerar um prejuízo financeiro e também porque o cuidado à saúde por meio da prevenção não constitui prioridade. Dessa forma, não poderá haver uma oportunidade perdida para investigar HIV/Aids e Hepatite B e estimular a vacinação contra Hepatite B para essa população.

A Hepatite B é uma infecção assintomática na maioria dos casos. Nesse estudo, uma minoria (7,2%) relatou história anterior de infecção pelo HBV. Mesmo sendo considerada uma doença grave pela possibilidade de complicações e cronificação hepática, as mulheres desse estudo desconheciam aspectos importantes relacionados a essa patologia; muitas não sabiam que a Hepatite B é considerada uma IST e que a vacina é a medida mais eficaz para a prevenção da infecção, e deve ser associada ao uso do preservativo.

Quanto a adesão às três doses de vacina contra Hepatite B em mulheres profissionais do sexo tem sido realizada com pouco êxito no mundo. Nesse estudo, a adesão à vacina contra Hepatite B foi decrescente a partir da primeira dose, também foi possível analisar os motivos para essa falta de adesão à vacina contra Hepatite B nas datas agendadas.

O não comparecimento na data agendada para a realização da vacina contra Hepatite B foi o principal motivo para a não adesão 185 (83,3%). Foi observado que o não comparecimento ocorreu por mudar de área de atuação, ter uma gravidez não planejada, e passar a morar na rua em razão do uso do crack. Baars et al., (2009) acrescentam para essa falta de adesão a vacina contra Hepatite B, a falta de tempo, o medo da agulha, falta de conhecimento em relação à patologia e estar em período de férias.

Dessa forma, essas mulheres estão expostas a infecção pelo vírus da Hepatite B, considerando-se que aquelas que moram na rua estão também expostas a outros agravos, tais como a violência e a tuberculose. A dificuldade de acesso ao serviço de saúde poderá reduzir as possibilidades de assistência ao pré-natal.

Com base nessas informações, em que o principal motivo para não receber a vacina é a mudança de endereço, é importante que essa população seja informada quanto à oferta dos serviços de Saúde nas proximidades de sua área de atuação para a promoção também do autocuidado. A falta de consciência sobre o risco da doença

e suas conseqüências e a falta de serviço público ou privado mais eficaz e o custo da vacina são medidas que impedem a imunização de populações de maior vulnerabilidade (CDC, 2013).

Um intervalo de tempo entre as doses de vacina contra Hepatite B é considerado longo quando comparado ao intervalo de outras vacinas. Então, a Equipe de Saúde precisa desenvolver melhores estratégias de comunicação com essa população para garantir o acesso à realização da segunda e terceira doses.

Em relação a resposta vacinal, das 315 mulheres aceitaram receber a primeira dose de vacina contra Hepatite B; foram detectadas as taxas de soroproteção em cada dose de vacina aplicada. É importante ressaltar que após a primeira dose 64 e 46 das mulheres vacinadas apresentaram títulos protetores maiores que 10UI/ml com uma e duas doses de vacina. Dessa forma, reduziram o risco de contrair o vírus da Hepatite B. Resultados semelhantes foram encontrados por Sadeck e Ramos (2004), ao investigar resposta vacinal em recém-nascidos pré-termos. Adultos adquirem 20% a 30% de títulos protetores após a primeira dose de vacina contra hepatite B e 75% a 80% após a segunda (CDC, 2013). Tal situação sugere que essas mulheres podem ter recebido alguma dose de vacina contra Hepatite B em algum momento e não sabem explicar a vacina recebida.

Foi possível detectar resposta vacinal reagente em 43,2% das 37 mulheres vacinadas com três doses de vacina, e duas (5,4%) não apresentaram títulos protetores maior que 10UI/ml. As perdas em todas as doses de vacina estão relacionadas com as dificuldades de completar esquema vacinal em profissionais do sexo. Mesmo assim é importante ressaltar que 109 (34,6%) das mulheres pesquisadas adquiriram títulos protetores maiores que 10UI/ml.

Ao iniciar um esquema vacinal contra Hepatite B pode-se conferir um percentual de níveis de soroproteção contra a infecção a cada dose. As mulheres que não apresentaram títulos protetores satisfatórios devem ser orientadas a completar o esquema vacinal; e aquelas que não adquirirem títulos protetores satisfatórios maiores que 10UI/ml devem fazer uma quarta dose conforme recomendação (CDC, 2013).

6 CONCLUSÃO

A análise da situação de saúde de profissionais do sexo feminino relacionada à Hepatite B e HIV e aos aspectos sociodemográficos e comportamentais permitiu as seguintes conclusões:

- ***Quanto à descrição das características relacionadas aos aspectos sociodemográficos e comportamentais:***

As mulheres iniciam suas atividades profissionais muito jovens; têm baixa escolaridade; quanto à relação conjugal, há uma predominância de mulheres que não têm companheiro, casadas e homossexuais.

As mulheres pesquisadas possuem outros agravos além da IST; a falta de acesso ao serviço de saúde na atenção básica poderá contribuir para o agravamento de problemas de saúde, tais como hipertensão, diabetes e problemas respiratórios. Essa população precisa ser inserida em programas de saúde da atenção básica para que seja realizado acompanhamento contínuo e sistemático.

É necessário investir em melhorias de acesso ao serviço de saúde, conhecer a real situação de saúde dessa população. Para que isso ocorra é imprescindível um diálogo eficaz entre APROSPI, profissionais do sexo, profissionais da área de Saúde e gestão, tendo como objetivo o desenvolvimento de estratégias de acolhimento em unidades de saúde para essa população.

A distribuição do preservativo sem uma orientação adequada torna-se pouco eficaz e coloca essas mulheres em maior risco para o HIV, gravidez não planejada, situações de aborto e uso inadequado de automedicação.

O consumo do álcool foi elevado, 98 (27,22%) fazem uso diário. Essa situação coloca as mulheres em maior vulnerabilidade; expostas à violência e acidentes de moto quando realizam programa com um cliente fora da sua área de atuação.

O consumo de cigarro também foi elevado; 91(43,5%) fazem uso diariamente; além das possibilidades de desenvolver complicações relacionadas a algum tipo de neoplasia, compromete o rendimento mensal que deveria ser investido preferencialmente em alimentação e saúde.

As PS utilizam o crack como a principal droga de escolha 83(64,33%) daquelas que utilizam drogas ilícitas. Essa situação é complicada, considerando-se que muitas utilizam a prostituição para a compra dessas drogas; e que o crack causa

vários danos à saúde física e mental. Durante o estudo, quatro mulheres foram morar na rua em razão do uso de alguma droga.

A maioria das mulheres desconhece as medidas de prevenção para as IST, principalmente para a Hepatite B, quando compartilham objetos cortantes como alicates e lâminas.

- ***Quanto à prevalência do HIV e Hepatite B***

Mulheres profissionais do sexo têm maior vulnerabilidade ao HIV, quando comparado com gestantes de Teresina (PI) que apresentaram um prevalência de 0,33% no ano de 2011.

Quanto à prevalência ao vírus da Hepatite B, foi encontrada baixa prevalência para essa infecção; entretanto, a maioria compartilha objetos cortantes como alicates e laminas.

- ***Quanto à avaliação da cobertura vacinal e adesão a vacina contra Hepatite B***

Mulheres profissionais do sexo têm baixa cobertura vacinal contra Hepatite B.

Apresentaram dificuldades de adesão as três doses de vacina contra Hepatite B. A falta do comparecimento na data agendada foi o principal motivo da não adesão e estava relacionada com a mudança do seu local de atuação e gravidez não planejada.

- ***Quanto à verificação da soroconversão à vacina contra Hepatite B após cada dose de vacina administrada***

Das 37 mulheres que receberam as três doses de vacina contra Hepatite B, 16 apresentaram títulos protetores maiores que 10UI/ml.

Das 315 mulheres vacinadas com alguma dose de vacina contra Hepatite B, 109 apresentaram títulos protetores maiores que 10UI/ml.

- **Limitações do estudo**

A falta de adesão as três doses de vacina contra Hepatite B, por um maior número de participantes, não permitiu uma análise de títulos protetores anti-HBs e fatores associados.

O número de casos baixos de sorologia para HIV e HBsAg não permitiu avançar nas análises estatísticas.

- **Recomendações**

Ao considerar-se que profissionais do sexo, possuem maior vulnerabilidade ao HIV e à Hepatite B, faz-se importante o reconhecimento das áreas de prostituição do município de Teresina (PI), para que essa população seja inserida em programas de assistência, realizados pela ESF, e, dessa maneira, serem assistidas de maneira integral, por meio de programas implantados; como planejamento familiar, assistência ao pré-natal, hipertensão e diabetes entre outros agravos. A participação dessas mulheres em programas de Saúde poderá ter impacto na redução e controle de doenças verticais; controle de doenças crônicas; reduzir complicações e refletir na melhoria da qualidade de vida da população de Teresina (PI).

Algumas profissionais do sexo do município de Teresina (PI) têm outra ocupação, o que sugere que elas podem procurar o serviço de Saúde e não se identificar como profissional do sexo. Ao considerar-se essa possibilidade torna-se importante o rastreamento de casos de HIV e HBsAg em todas as mulheres que relatarem situações de exposição ao HIV e HBsAg. Um diagnóstico precoce poderá refletir em melhor adesão à TARV e redução da incidência e controle dessas infecções.

O elevado uso de álcool, fumo e crack por essas mulheres é um problema grave no município de Teresina (PI). Recomenda-se, portanto, que essas mulheres sejam acompanhadas com maior brevidade por programas específicos para deixar o uso de álcool e drogas e reduzir a vulnerabilidade a outros agravos como a tuberculose.

A vacina contra Hepatite B é a medida de prevenção mais eficaz contra o vírus da Hepatite B. Por considerar-se baixa a adesão as três doses nesse estudo, é recomendado continuar a oferta da vacina para essa população. Para tanto, fazem-se

necessárias estratégias de adesão para essa população e para pessoas com idade menor que 49 anos, como melhor divulgação por meio da mídia e estratégia saúde da família.

As mulheres profissionais do sexo iniciam na prostituição muito jovem, e isso reflete na diminuição do grau de escolaridade e evasão escolar. Recomenda-se controle da evasão escolar em crianças e adolescentes por meio de melhorias de programas que permitam maior envolvimento dos alunos bem como discussões sobre diversas temáticas e melhor preparação da criança e do adolescente; para os casos de evasão escolar, faz-se necessária a busca ativa dessas pessoas para evitar a possibilidade de inserção precoce na prostituição.

Esse estudo identificou a necessidade de investir em pesquisas sobre acesso ao serviço de saúde para analisar a vulnerabilidade individual, social e programática; rastreamento de casos de Hepatite C, sífilis e câncer do colo uterino, considerando-se que essa população tem maior vulnerabilidade às IST e ao HIV; a visibilidade dos problemas enfrentados por essa população por meio da pesquisa poderá colaborar na definição de políticas de assistência em saúde para essa população.

REFERÊNCIAS¹

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

AQUINO, P. S. et al. Perfil sociodemográfico e comportamento sexual de prostitutas de Fortaleza - CE. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.17, n.3, p. 427-434, jul./set. 2008. ISSN 0104-0707.

ARAÚJO, T. M. E.; PAZ, E. P. A.; GRIEP, R. H. Cobertura vacinal dos profissionais de um curso de especialização em Saúde da Família do Piauí. **Escola de Enfermagem Anna Nery** [on-line], v.10, n.1, p. 95-100, 2006. ISSN 1414-8145.

ARAÚJO, T. M. E. et al. Prevalência da Hepatite B em usuários do Laboratório Central do Piauí. **Revista de Enfermagem da UERJ** [on-line], v. 20, n. 2, p. 229-234, 2012. ISSN 0104-3552.

ATTILIO, J. S. et al. Cobertura vacinal contra Hepatite B entre usuários de drogas ilícitas. **Acta paul.enferm.** [on-line], v. 24, n.1, p. 101-106, 2011. ISSN 0103-2100.

AUTOR DIVISÃO DE IMUNIZAÇÃO. Vacina contra Hepatite B. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 6, p.1137-1140, 2006.

BAARS, J. E. et al. Vaccination uptake and awareness of a free hepatitis vaccination program among female commercial sex workers. **Women's Health Issues**, n. 19, p. 61-69, 2009.

BALDIN-DAL POGETTO M.R.B. et al. Características de população de profissionais do sexo e sua associação com presença de doença sexualmente transmissível. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 46, n. 4, 2012.

BALDIN-DAL P., 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. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [on-line], v.19, n. 3, p. 493-499, 2011. ISSN 0104-1169.

BENTO, D. G.; MARIANO, A. F.; ANDRADE, S. R.; Self-care and assistance resources for carriers of hepatitis B virus. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 2, p. 285-291, 2010.

BERER M. HIV/AIDS, sexual and reproductive health: intersections and implications for national programmes. **HEALTH POLICY AND PLANNING**, n. 19 (Supl. 1), i62-i70.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Projetos Especiais de Saúde. Coordenação de doenças sexualmente transmissíveis e aids. **Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis**. Brasília, DF, 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico aids-DST**, ano IX n 1. Brasília, DF, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico hepatites virais**. Brasília, DF, ano III, n. 1, 2012d.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos**: Conselho Nacional de Saúde Resolução 196/96, Google, 2007c. Disponível em: <http://Google.com.br>. Acesso em: 20 ago. 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Estudo de prevalência de base populacional das infecções pelo vírus das hepatites virais A, B e C nas capitais do Brasil. **Organização Pan-Americana de Saúde**, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Técnica conjunta** n. 02/2013/CGPNI/DEVEP e CGDHV/DST-AIDS/SVS/MS 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Nota Técnica 11/2010/PNHV/DST-AIDS E HEPATITES VIRAIS/SVS/SAS/MS**. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2010d.

_____. Ministério da Saúde. **Política brasileira de enfrentamento da Aids, resultados, avanços e perspectivas**. Departamento de DST e Aids e Hepatites Virais, Brasília, DF, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o tratamento da hepatite viral crônica B e coinfeções**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, DF, 2010a. 132 p. : il. (Serie A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF, 2012c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Hepatites virais**: o Brasil está atento. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília, DF, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. 6. ed. Brasília, DF, 2007a. 816 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias**: guia de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. 8. ed. rev. Brasília, DF, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Políticas e diretrizes de prevenção das DST/aids entre mulheres**. Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília, DF, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Vacinação**. Disponível em: <<http://www.portal/saude.gov.br>>. Acesso em: 4 nov. 2011a.

BRITO D. M. S; GALVÃO, M. T. G.; PEREIRA, M. L. D. Marcadores de vulnerabilidade ao câncer do colo do útero em mulheres infectadas pelo HIV. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 19(3), maio/jun. 2011.

BRITO, V. O. C et al. Infecção pelo HIV, hepatites B e C e sífilis em moradores de rua, São Paulo. **Revista de Saúde Pública** [on-line], v. 41, p. 47-56, 2007. ISSN 0034-8910. Suplemento 2.

BUFFINGTON, J.; JONES, T. S. Integrating Viral Hepatitis Prevention into Public Health Programs Serving People at High Risk for Infection: Good Public Health. **Public Health Reports**, v. 122, 2007. Supplement 2.

CAETANO, C. A. A. et al. Prevalence and Virologic Profile of HIV Infections Among Female Sex Workers in Goiânia City, Central Brazil. **AIDS PATIENT CARE and STDs**, v. 27, n. 1, 2013.

CARVALHO, A. M. C; ARAUJO, T. M. E. Fatores associados à cobertura vacinal em adolescentes. **Acta paul.enferm.** [on-line], v.23, n.6, p. 796-802, 2010. ISSN 0103-2100.

CARVALHO, C.M.L; GALVÃO M.TG. Enfrentamento da AIDS entre mulheres infectadas em Fortaleza, CE. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 42(1):90-97, 2008.

CASTRO, A. R. C. M. et al. Compliance with and response to hepatitis B vaccination in remaining quilombo communities in Central Brazil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(4), p.738-742, abr. 2009.

CDC. Centers for Disease Control and prevention. **Hepatitis B**: Epidemiology and prevention of vaccine-preventable Diseases. Disponível em:<<http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook>>. Acesso em: 6 out. 2013.

CORREA, N. A. B. MATUMOTO, F. H. LONARDONI, M. V. C. Doenças sexualmente transmissíveis em mulheres profissionais do sexo, Umuarama, Estado do Paraná. **RBAC**, vol 4, n 3, 2008.

DAS, A. et al. Prevalence and assessment of clinical management of sexually transmitted infections among female sex workers in two cities of India. **Infect Diseases Obstetrics Gynecology**, jun. 2011.

DI BIAGIO, A. et al. Risk factors for chronic kidney disease among human immunodeficiency virus-infected patients: A European case control study. **Clin Nephrol**. v. 75, n. 6, jun. 2011.

DIAS, S. F.; ROCAHA, C. F. **Saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes africanas e brasileiras**: um estudo qualitativo. 1. ed. Lisboa: Biblioteca Nacional de Portugal, jun. 2009.

DIVISÃO DE IMUNIZAÇÃO et al. Vacina contra Hepatite B. **Revista de Saúde Pública** 2006, 40(6), p. 1137-1140.

DOMINGUES, R. C. **Direitos humanos de prostitutas, usuários de drogas e população LGBT e outros segmentos vulneráveis à epidemia de AIDS**. Disponível em:

https://secure.avaaz.org/en/petition/Direitos_Humanos_das_prostitutas_populacao_LGBTT_usuarios_de_drogas_e_outros_segmentos_vulneraveis_a_epidemia_HIVAIDS_1/launch/. Acesso em: 25 jun. 2013.

DOURADO, I. et al. **Acesso tardio aos serviços de saúde para o cuidado em Hiv/Aids em Salvador/Bahia - estudo ATASS**. 2013. Disponível em: www.unaids.org.br/ações/sumário_executivo-ATASS. Acesso em: 25 set. 2013.

DOURADO, I. et al. Tendências da epidemia de aids no Brasil após a terapia antirretroviral. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 10, p. 9-17, 2006.

FARINHA, M.G.; BRUNS, M. A. T. **Adolescentes profissionais do sexo**. Campinas-SP: Átomo, 2006.

FERREIRA, C.T; SILVEIRA, T.R. Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 7, n. 4, 2004.

FISCHBACH, F. T. **Manual de enfermagem: exames laboratoriais e diagnósticos**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

FMS. Fundação Municipal de Saúde. Programa de ações e metas. **Relatório anual**. Teresina, 2009.

FMS. Fundação Municipal de Saúde. **Relatório da Coordenação Municipal de DST/Aids**. Teresina, PI, 2012.

FOCACCIA, R. **Tratado de Hepatites virais**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

FORBI, J. C. et al. High prevalence of hepatitis B virus among female sex workers in Nigeria. **Revista do Instituto Médico Tropical de São Paulo** [on-line], v. 50, n. 4, p. 219-221, 2008. ISSN 0036-4665.

FURTADO, J. S.; OLIVEIRA, E. N. Prostituição de mulheres a interface com a atenção primária. **Revista Sanare**, v. 3, n. 2, p. 11-20, 2002.

GALVÃO M.T.G et al. Reflexões de portadores de HIV/Aids acerca da terapia antirretroviral. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, n. 12, p. 966-972, 2011. Número Especial.

GARCIA, Z; TORRES, L. Diagnóstico serológico del vírus de la hepatitis B serological diagnosis of hepatitis B virus. **Revista Costarricense de Ciencias Médicas**, v. 27, n. 3 y 4, p. 143, jul./dec. 2006.

GASPAR, J. et al. Qualidade de vida de mulheres vivendo com o HIV/aids de um município do interior paulista. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [on-line], v. 45, n. 1, p. 230-236, 2011. ISSN 0080-6234.

- GERMANO, F. N.; SILVA, T. M. G. da; MENDOZA-SASSI, R. and MARTINEZ, A. M. B. Alta prevalência de usuários que não retornam ao Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) para o conhecimento do seu *status* sorológico. Rio Grande, RS, Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva** [on-line], v.13, n. 3, p. 1033-1040, 2008. ISSN 1413-8123.
- GHIMIRE L; SMITH W. C. S.; TEIJLINFEN E. R. V. Utilisation of sexual health services by female sex workers in Nepal. **Health Service Research**, v. 79, n. 11 2011.
- GOMES, A. M.T; SILVA, É. M. P. OLIVEIRA, D. C. Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [on-line], v.19, n.3, p. 485-492, 2011. ISSN 0104-1169.
- GRANGEIRO, A. et al. Avaliação do perfil tecnológico dos centros de testagem e aconselhamento para HIV no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 427-436, 2009.
- GURNANI V et al. An integrated structural intervention to reduce vulnerability to HIV and sexually transmitted infections among female sex workers in Karnataka state, south India. **Public Health**, n. 11, p.755, 2011.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo do Piauí**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 4 nov. 2011.
- KIFFER, C. R. V; VIANA, G. B.; CHEINQUER H. Epidemiologia. In: FOCACCIA, R. **Tratado de hepatites virais**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007.
- KOURROUSKI, M. F. C; LIMA, R. A. G. Adesão ao tratamento: vivências de adolescentes com HIV/AIDS. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [on-line]. v.17, n. 6, p. 947-952, 2009. ISSN 0104-1169.
- LEITE, G. **Filha, mãe, avó e puta**: a história de uma mulher que decidiu ser prostituta. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.
- LIMA, B. G. C.; COSTA, M. C. N.; DOURADO, M. I. C. Avaliação da qualidade do rastreamento de HIV/aids e sífilis na assistência pré-natal. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, v. 17, n. 2, p. 125-127, 2008.
- LOPES, C.L.R et al. Perfil soropidemiológico da infecção pelo vírus da hepatite B em profissionais das unidades de hemodiálise de Goiânia-Goiás, Brasil Central. **Revista do Instituto Médico Tropical de São Paulo** [on-line], v. 34, n. 6, p. 543-548, 2001. ISSN 0037-8682.
- LOPES, M.H; GUTIERREZ E.B. Profilaxia vacinal. In: Focaccia R. **Tratado de hepatites virais**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007.
- LUIZ, R. R. O tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. In: MEDRÔNIO, R. A. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2002.
- MADEIRO, A. P; RUFINO, A.C. Aborto induzido entre prostitutas: um levantamento pela técnica de urna em Teresina-Piauí. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 17(7) 1735-1743, 2012.

MAK, R. et al. Hepatitis B vaccination for sex workers: do outreach programmes perform better? **Sex Transm Infect**, v. 9, n. 2, Apr. 2003.

MALTA, M. et al. HIV/AIDS risk among female sex workers who use crack in Southern Brazil. **Revista de Saúde Pública** [on-line], v. 42, n. 5, p. 830-837, 2008. ISSN 0034-8910.

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

MATOS, M. A. de et al. Vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis em mulheres que comercializam sexo em rota de prostituição e turismo sexual na região Central do Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [on-line], v. 21, n. 4, p. 906-912, 2013. ISSN 0104-1169.

MEDEIROS, R. H. et al. Baixa resposta da vacinação intradérmica contra hepatite B em pacientes incidentes em hemodiálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia** [on-line], v. 33, n. 1, 2011. ISSN 0101-2800.

MELO, F. C. A. et al. Hepatitis b virus genotypes circulating in Brazil: molecular characterization of genotype f isolates. **BMC Microbiology**, n. 7, p.103, 2007, doi:10.1186/1471-2180-7-103.

MILANI, R. M. et al. Imunização contra hepatite B em profissionais e estudantes da área da saúde: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [on-line], v. 13, n. 2, abr./jun. 2011.

MORAES, J. de; LUNA, E. J. de A.; GRIMALDI, R. A. Imunogenicidade da vacina brasileira contra hepatite B em adultos. **Revista de Saúde Pública** [on-line], v. 44, n. 2, p. 353-359, 2010. ISSN 0034-8910.

MOTA, A et al. Perfil epidemiológico e genotípico da infecção pelo vírus da Hepatite b no Norte de Portugal. **Revista de Saúde Pública**, n. 44(6), p.1087-1093, 2010.

MOURA, A. D. A; PINHEIRO, A. K; BARROSO, M. G. T. Realidade vivenciada e atividades educativas com prostitutas: subsídios para a prática de enfermagem. **Escola de Enfermagem Anna Nery** [on-line], v.13, n. 3, 2009. ISSN 1414-8145.

MOURA, M C.; MARINHO, R. T. Epidemiologia. In: FOCACCIA, R. **Tratado de hepatites virais**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

NAPPO S. A; SANCHEZ Z; OLIVEIRA L. G. **Crack, AIDS, and women in São Paulo, Brazil**. São Paulo, v. 46, n. 4, aug. 2011.

NEEDLE, R. et al. Sex, drugs, and HIV: rapid assessment of HIV risk behaviors among street-based drug using sex workers in Durban, South Africa. **Soc Sci Med**. v. 67, n. 9, nov. 2008.

NGUYEN N. T. et al. Clients of Female Sex Workers as a Bridging Population in Vietnam. **AIDS Behav**, n.13(5), p. 881-891, oct. 2009.

OJER TSAKIRIDU D. et al. Factors Associated with Induced Abortion in Women Prostitutes in Asturias (Spain). **PlosOne**, 3(6) 2008.

OSTI, C; MACHADO, Marcondes J. Vírus da hepatite B: avaliação da resposta sorológica à vacina em funcionários de limpeza de hospital-escola. **Revista Ciência e Saúde Coletiva** [on-line],v.15, supl.1, 2010. ISSN 1413-8123.

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

PASCOM, A. R. P.; SZWARCOWALD, C. L.; BARBOSA JÚNIOR, A. Sampling studies to estimate the HIV prevalence rate in female commercial sex workers. **Braz J Infect Dis**, v. 14, n. 4, p. 385-397, 2010.

PASSOS, A. D. C et al. Hepatitis B among female sex workers in Ribeirão Preto - São Paulo, Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [on-line], v.10, n. 4, 2007. ISSN 1415-790X.

PENHA, J.C. Caracterização da violência física sofrida por prostitutas do interior Piauiense. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 65 (6), p. 984-990, nov./dez. 2012.

PINTO V. M. et al. Cervical cytology and histopathologic abnormalities in women living with aids in São Paulo, Brazil. **Acquirimmune Defic Syndr**, v. 57, n. 3, aug. 2011.

RAGO, M. **Os prazeres da noite**: prostituição e códigos da sexualidade feminina em São Paulo, 1890-1930: São Paulo: Paz e Terra, 2008.

REIS, R. K; GIR, E. Dificuldades enfrentadas pelos parceiros sorodiscordantes ao HIV na manutenção do sexo seguro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.1, p.32-37, jan./fev. 2005.

_____. Vulnerabilidade ao HIV/AIDS e a prevenção da transmissão sexual entre casais sorodiscordantes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [on-line], vol. 43, n. 3, 2009. ISSN 0080-6234.

SADECK L. S. R; RAMOS J. L. A. Resposta imune à vacinação contra hepatite B em recém-nascidos pré-termo, iniciada no primeiro dia de vida. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, n. 80, p. 2, 2004.

SAMET J. H et al. Alcohol Use and Sex Risk Behaviors Among HIV-Infected Female Sex Workers (FSWs) and HIV-Infected Male Clients of FSWs in India. **Aids na behavior**, 14 (supl. 1): S74-S83. 2010.

SCARAVELI N. G. et al. Seroprevalence of hepatitis B and hepatitis C markers in adolescents in Southern Brazil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, abr. 2011.

SEGATTO, A. F. M. et al. Lipodystrophy in HIV/AIDS patients with different levels of physical activity while on antiretroviral therapy. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** [on-line], v. 44, n. 4, jul./ago. 2011. ISSN 0037-8682.

SESAPI, Secretaria de Saúde do Estado do Piauí. **Boletim Epidemiológico-Aids**,

2010.

SILVA, M. O. et al. Acute HIV infection with rapid progression to AIDS. **Braz J Infect Dis**, v. 14, n. 3, 2010.

SILVEIRA, M. B. V et al. Immunization status of residents in pediatrics at the Federal University of São Paulo, Brazil. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo** [on-line], v. 53, n. 2, 2011. ISSN 0036-4665.

SZWARCWALD, C. L. et al. Analysis of data collected by rds among sex workers in 10 Brazilian Cities, 2009: estimation of the prevalence of HIV, variance, and design effect. **J Acquir Immune Defic Syndr**, v. 57, n. 3, p. 129-135, 2011.

TODD, C. S. et al. Contraceptive Utilization and Pregnancy Termination Among Female Sex Workers in Afghanistan. **Journal of women's health**, v. 19, n. 11, 2010.

UNAIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids. **Unaid Report on the global Aids Epidemic**. 2012. Disponível em: [http://www.unaids.org.br/documentos/UNAIDS GR2012_em_en.pdf](http://www.unaids.org.br/documentos/UNAIDS_GR2012_em_en.pdf). Acesso em: 17 ago. 2013.

UNAIDS. **Guidance Note on HIV and sex work** [Internet]. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2009. Disponível em: www.unaids.org. Acesso em: 12 out. 2010.

ZHU, B. Y. et al. Epidemiology of Sexually Transmitted Infections, HIV, and Related High-Risk Behaviors among Female Sex Workers in Guangxi Autonomous Region, China. **Jpn. J. Infect. Dis**, n. 65, p. 75-78, 2012.

APÉNDICES

APENDICE A - Registro de Vacina



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
 ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
 Avenida Bernardino, 3905 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP: 14060-542
 Fone: 51 3509 3381 - 55 16 3309 2300 - Fax: 55 16 3309 3018
 www.ensp.usp.br - www.ensp.usp.br

**REGISTRO DE COLETA DE DADOS
 REALIZAÇÃO DE EXAMES
 TIPO DE EXAMES:**

Nome do local: _____

Endereço: _____

Equipe responsável pela coleta: _____

Total de exames coletados: _____

DATA DA COLETA:

Responsável pelo local: _____

Telefone para contato: _____

Número: _____

Bairro: _____

Ponto de referência: _____

Número de mulheres no local
 1ª dose _____ 2ª dose _____ 3ª dose _____

Total de exames recebidos: _____

DATA DO AGENDAMENTO DA VACINA

Vacina contra Hepatite B	Agendamento	Número de mulheres vacinadas	Sorologia
1ª dose			
2ª dose			
3ª dose			

APENDICE B - Etapas da Coleta

Quadro 1. Etapas do desenvolvimento das atividades realizadas durante a coleta de dados

Etapas	Duração	Atividades realizadas
1ª etapa	Seis meses	<p>Acolhimento das participantes e assinatura dos TCLE</p> <p>Aplicação do instrumento para coleta de dados</p> <p>Aconselhamento para a realização dos exames laboratoriais</p> <p>Coleta de 10 ml de sangue periférico para a realização dos exames (anti-HIV, HBsAg e anti-HBs)</p> <p>Aplicação da primeira ou segunda dose de vacina contra hepatite B</p> <p>Entrega de resultados sorológicos e encaminhamento dos casos necessários</p>
2ª etapa	Três meses	<p>Aplicação do instrumento</p> <p>Aplicação da primeira ou segunda ou terceira dose de vacina contra hepatite B.</p> <p>Coleta de 10ml de sangue periférico para a realização dos exames (anti-HIV, HBsAg e anti-HBs).</p> <p>Entrega de resultados de exames sorológicos e encaminhamento dos casos necessários</p>
3ª etapa	Quatro meses	<p>Administração da terceira dose de vacina contra hepatite B.</p> <p>Coleta de 5ml de sangue para realização do exame (anti-HBs).</p> <p>Entrega de resultados de exames e encaminhamentos necessários.</p>

APENDICE C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM FUNDAMENTAL
DINTER/UFPB/UFPI

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Incidentes críticos referentes às medidas de prevenção da hepatite B e aids com base nos relatos de mulheres profissionais do sexo.

Pesquisador responsável: Profa. Dra. ElucirGir

Orientanda: Rosilane de Lima Brito Magalhães

Instituição: UFPI

Telefone para contato (inclusive a cobrar): 086 9947 9323

A senhora está sendo convidada para participar, como voluntário, de uma pesquisa e dessa forma precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que a senhora tiver. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizada de forma alguma.

Descrição da pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa sobre os incidentes críticos positivos e negativos referentes às medidas de prevenção da hepatite B e Aids com base nos relatos de mulheres profissionais do sexo.

Para o alcance de todos os objetivos você será você deverá responder um formulário, e após essa etapa será realizado coleta de sangue, por meio de uma punção venosa periférica utilizando material descartável, para realização de exames: HIV, Hepatite B e anti-HBs. Os resultados alterados serão encaminhados para uma instituição de referência do município de Teresina-Piauí, para confirmar o diagnóstico e receber tratamento adequado. Você será convidada para relatar um incidente crítico, ou seja uma situação boa e outra ruim que tenha vivenciado e que esteja relacionado com às medidas de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, que será anotada pela pesquisadora. A entrevista não será gravada. Ao final de cada entrevista será feito uma leitura do que foi registrado.

A pesquisa não acarretará riscos, prejuízos, desconforto, lesões e nem constrangimentos ao responder alguma pergunta; entretanto poderá sentir dor local da picada da agulha durante a coleta de sangue.

Trata-se de um estudo sobre os relatos de situações de mulheres profissionais do sexo relacionados às medidas de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e também sobre as condições de saúde relacionadas às infecções pelo vírus da hepatite B e HIV. O estudo será realizado sob a orientação

da Dra. Elucir Gir que é professora do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP. O estudo é de grande importância e se faz necessário, pois pretende contribuir para identificar casos de hepatite B e HIV e dessa forma contribuir para diminuir novos agravos e os casos necessários serão encaminhados para tratamento no serviço de referência do município de Teresina-Piauí.

Garantia do acesso: Gostaria de informar que a senhora terá a garantia do acesso em qualquer etapa do estudo por meio do contato com a pesquisadora, Rosilane de Lima Brito Magalhães, para esclarecimento de eventuais dúvidas. Ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, pelo telefone 086 3215 5437.

Garantia do Sigilo: se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidades serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por Lei ou por sua solicitação, somente os pesquisadores e o Comitê de Ética terão acesso às suas informações.

Período de participação: ao sujeito fica assegurado o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo sem qualquer prejuízo da continuidade do acompanhamento.

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, concordo em participar desse estudo como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim. Eu discuti com a professora Rosilane de Lima Brito Magalhães sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso ao tratamento de referência caso seja necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, como assistência ao tratamento.

Assinatura da orientanda

Nome do sujeito: _____

Assinatura do sujeito _____

Teresina, ____ de _____ de _____



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM FUNDAMENTAL
DINTER/USP/UFPB/UFPI

CARTA DE ENCAMINHAMENTO

DATA DO ENCAMINHAMENTO: ____/____/____

Data da realização do exame: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DA CLIENTE:

Nome: _____ data do nascimento ____/____/____

Tipo de exame realizados

Anti-HIV: Sim Não

HBsAg: Sim Não

Anti-HBs Sim Não

Exames com resultados reagentes

Anti-HIV: Sim Não

HBsAg: Sim Não

Anti-HBs Sim Não

Estado vacinal para hepatite B

1ª Dose 2ª Dose 3ª Dose

Não aceitou a vacina

Encaminho a Sra. _____ para o Centro de Referência Lineu Araújo (Teresina-PI) para que seja realizado o seguimento ambulatorial. Informo que os exames originais foram entregues para a paciente acima e que a mesma foi informado sobre os resultados e a importância de acompanhamento ambulatorial.

Desde já sou grata.

Atenciosamente,

Rosilane de Lima Brito Magalhães
Doutoranda-EERP/USP

ANEXOS

ANEXO A - Formulário

**INCIDENTES CRÍTICOS REFERENTES ÀS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA HEPATITE B
E AIDS COM BASE NOS RELATOS DE PROFISSIONAS DO SEXO.**
FORMULÁRIO
DADOS DA PARTICIPANTE

1- Data da entrevista ____/____/____	2-Nº do questionário: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3- Número da participante (para coleta de sangue) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	4-Endereço completo:
5- Nome completo da participante	6- Nº Cartão SUS: _____ 7- Nº CPF: _____
8-Qual é a sua idade? <input type="text"/> <input type="text"/>	9-Qual a data do seu nascimento? ____/____/____

DADOS SOCIOECONOMICOSDEMOGRÁFICOS

10 Qual é a sua situação marital? 01- Tem um namorado 02- Vive uma relação afetiva sexual com uma pessoa do sexo oposto 03- Vive uma relação afetivo sexual com uma pessoa do mesmo sexo 04- É casada 05- É viúva 06- É separada 07- Não tem companheiro 08- Outra. Qual? _____
11- Sabe ler e escrever? 1- Sim 2- Não (Siga para a questão 13)
12-Para pessoas que frequentam a escola 01- Ensino fundamental ou 1º grau 02- Supletivo 03- Alfabetização de adultos 04- Ensino médio ou 2º grau 05- Supletivo 2º grau 06- Pré-vestibular 07- Superior-Graduação 08- Especialização 09- Não se aplica
13-Para as pessoa que não frequentam a escola, mas que já frequentaram 01- Alfabetização de adultos 02- Antigo primário 03- Antigo ginásio 04- Ensino fundamental 1º Grau 05- Ensino médio 2º Grau 06- Pré-vestibular

07- Superior-Graduação 08- Especialização 09- Não se aplica	
14-Na semana passada você trabalhou em outra atividade remunerada? (inclusive atividade de venda de algum produto, ou prestação de algum serviço no próprio domicílio) 1- Sim 2- Não (siga para a questão 16) 3- 3-não se aplica	
15 Qual era a ocupação em que você exercia na semana passada? Atenção: critérios para definir o trabalho principal na semana a- Maior número de horas trabalhada na semana b- Trabalho que passou mais tempo c- Maior rendimento mensal	
16 Qual foi a sua renda no mês passado? 1- Não tem 2- Não sabe informar Especificar _____	
HISTÓRIA DE CONTATO	
17 Já teve ou tem hepatite (icterícia/amarelão)? 1- Sim 2- Não	18-Já recebeu vacina contra hepatite B? 1- Sim 2- Não (siga para a questão 22) 3- Não sabe informar (siga para a questão
19 Quantas doses de vacina contra hepatite B já recebeu? 1-uma dose 2-duas doses 3-Três doses ou mais 4-não sabe informar 5-não se aplica 21 Data da ultima dose da vacina contra hepatite B. ____/____/____	20 -Observação vacinal do cartão contra hepatite B 1- Não apresentou o cartão 2- Uma dose 3- Duas doses 4- Três doses ou mais 5- Apresentou o cartão mas não consta essa vacina 22 Você já precisou de ajuda por causa de algum problema de saúde? 1-sim 2-não
23 Que tipo de problema você teve? 1- Problemas ginecológicos 2- Dores no corpo 3- Por acidente 4- Por embriaguez 5- Não se aplica	24 Você já fez tratamento dentário nos últimos nos últimos 12 meses? 1-sim (siga para a questão 26) 2-não 3-não sabe informa
25 Você já fez tratamento dentário alguma vez na sua vida? 1- Sim 2- Não 3- Não sabe informar 4- Não se aplica	26 Fez cirurgia nos últimos 12 meses? 1- Sim (siga para a questão 28) 2- Não 3- Não sabe informar
27 Fez cirurgia alguma vez na sua vida? 1- Sim 2- Não 3- Não sabe informar 4- Não se aplica	28 há quanto tempo fez a ultima cirurgia? 1- Não se aplica 2- Não sabe informar 3- Há 1 ano 4- Há 2 anos 5- Há mais de 3 anos

<p>29 Fez transfusão de sangue ou uso de imunoglobulinas nos últimos 12 meses?</p> <p>1- Sim (siga para a questão 31) 2- Não 3- Não sabe informar</p>	<p>30 Fez transfusão de sangue ou imunoglobulinas alguma vez na sua vida?</p> <p>1-sim 2-não (siga para a questão 32) 3-não sabe informar</p>
<p>31 Há quanto tempo fez a primeira transfusão de sangue e hemoderivados ou uso de imunoglobulinas?</p> <p>1- Há menos de um ano 2- Há 1 ano 3- Há dois anos 4- Há mais de 3 anos 5- Não se aplica</p>	<p>32-ficou hospitalizada para tratamento clínico nos últimos 12 meses?</p> <p>1- Sim(siga para a questão 34) 2- Não 3- Não se aplica</p>
<p>33- ficou hospitalizada para tratamento (não cirúrgico) alguma vez na sua vida?</p> <p>1- Sim 2- Não (siga para a questão 33) 3- Não sabe informar 4- Não se aplica</p>	<p>34- há quanto tempo ficou hospitalizada para tratamento clínico (não cirurgia)?</p> <p>_____</p>
<p>35- fez endoscopia nos últimos 12 meses?</p> <p>1-sim 2-não (siga para a questão 34) 4- Não sabe informar 5- Não se aplica</p>	<p>36-fez endoscopia alguma vez na sua vida?</p> <p>1-sim 2-não 3-não sabe informar 4-não se aplica</p>
<p>37- Tem tatuagem?</p> <p>1-sim 2-não</p>	<p>38-já teve ou tem piercing?</p> <p>1-sim 2-não</p>
<p>39- Compartilha escova de dentes com outras pessoas?</p> <p>1-sim 2-não</p>	<p>40-Compartilha(ou) objetos cortantes (tesouras, lâminas, navalha, alicate) com outras pessoas em casa, salões de beleza, manicures e pedicures)?</p> <p>1-sim 2-não</p>
<p>41- na sua vida inteira, você já tomou pelo menos 8 drinks (por drinks, eu quero dizer mais cerveja, um copo de vinho, ou uma dose de destilado (pinga, whisky) de qualquer tipo de bebida alcóolica?</p> <p>1-sim 2-não</p>	<p>42- já teve algum período da sua vida que você já tomou pelo menos 8 drinks contendo álcool?</p> <p>1-sim 2-não</p>
<p>43- durante os últimos 30 dias você bebeu pelo menos uma dose de alguma bebida alcóolica?</p> <p>1-sim 2-não</p>	<p>44-Durante os últimos três meses com que frequência você geralmente tomou cerveja, vinho, pinga ou qualquer outro tipo de bebida alcóolica?</p> <p>1- Todos os dias 2- Quase todos os dias 3- 3 a 4 dias por semana 4- 1 a 2 dias por semana 5- 2 a 3 dias por mês 6- Uma vez por mês 7- Menos de uma vez por mês</p>

<p>45- Você está atualmente em tratamento para um problema com álcool ? 1-sim 2-não</p>	<p>46-Você faz uso de drogas? 1-sim 2-não (siga para a questão 49)</p>
<p>47- que tipo de droga você usa? 1- Usa maconha 2- Usa crack 3- Faz uso de outras drogas injetáveis 4- Não se aplica</p>	<p>48- Você está atualmente em tratamento para algum problema pelo uso da droga? 1-sim 2-não</p>
<p>49- quantos anos você tinha quando teve a sua primeira relação sexual? _____</p>	<p>50- você ou e seu parceiro(a) tem o hábito de usar camisinha? 1- Sim, usa regularmente 2- Sim, usa às vezes 3- Não usa 4- Não informa 5- Não se aplica</p>
<p>51- você já teve alguma doença sexualmente transmissível? 1-sim 2-não (siga para a questão 53) 3-não informa 4-não se aplica</p>	<p>52- qual a doença sexual que você já teve? _____</p>
<p>53- você conhece alguma doença sexual? 1-sim 2-não</p>	<p>54- que tipo de doença sexual você conhece?</p>
<p>55- você já teve relação sexual com um parceiro sabidamente portador de hepatite B e ou HIV? 1-sim 2-não 3-não sabe informar 4-não se aplica</p>	<p>56-Quantos parceiros sexuais você tem por semana? _____</p>
<p>57- você faz uso de cigarro? 1-Sim 2-não(siga para a questão 59) 3-Não informa 4-Não se aplica</p>	<p>58-quantos cigarros você fuma por dia? _____</p>
<p>59- você já engravidou alguma vez de algum cliente? 1-sim 2-não (siga para a questão 63) 3-não informa 4-não se aplica</p>	<p>60- Quantas vezes você já engravidou de um cliente? _____</p>
<p>61-Se engravidou: fez a opção pelo aborto? 1-sim 2-não 3-não informa 4-não se aplica</p>	<p>62- Se você fez a opção pelo aborto qual foi o método utilizado? _____</p>
<p>63-Em relação a sua profissão como prostituta você se sente: 1- Muito satisfeita 2- Satisfeita 3- Insatisfeita 4- Muito insatisfeita</p>	<p>64- você já ficou triste ou magoada alguma vez, por causa de um fato que aconteceu em sua profissão? 1-sim 2-não</p>

65- Coleta de sangue 1-realizada 2-recusa	66- Resultado sorologia HBsAg 1- Positivo 2- Negativo 3- Indeterminado 4- Material danificado 5- Extravio 6- Não se aplica
67- Resultado HIV 1- Positivo 2- Negativo 3- Indeterminado 4- Material danificado 5- Extravio 6- Não se aplica	68-Resultado anti-HBs após a 1ª dose 1- Positivo 2- Negativo 3- Indeterminado 4- Material danificado 5- Extravio 6- Não se aplica
69-Resultado anti-HBsapós a 2ª dose 1- Positivo 2- Negativo 3- Indeterminado 4- Material danificado 5- Extravio 6- Não se aplica	70 -Resultadoanti-HBs após a 3ª dose 1- Positivo 2- Negativo 3- Indeterminado 4- Material danificado 5- Extravio 6- Não se aplica
Nome do Responsável pela entrevista	Assinatura

ANEXO D – AUTORIZAÇÃO FMS



Estado do Piauí
Prefeitura de Teresina
Fundação Municipal de Saúde - FMS
Coordenação de Ações Assistenciais - CAA

MEMO CAA/Nº 29/2012

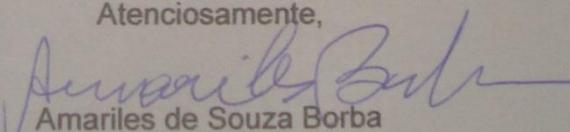
Teresina, 26 de janeiro de 2012

Da: Coordenação de Ações Assistenciais.
Para: CRS SUL

Apresentamos *Rosilane de Lima Brito Magalhães* que realizará a pesquisa **“Incidentes críticos referentes às medidas de prevenção da hepatite B e aids com base nos relatos de mulheres profissionais do sexo”**. O trabalho será realizado no Laboratório Raul Bacelar.

Na conclusão do trabalho, deverá ser encaminhada uma cópia do relatório final à Presidência da FMS.

Atenciosamente,


Amariles de Souza Borba
COORDENADORA DE AÇÕES ASSISTENCIAIS

ANEXO C – Autorização APROSPI

ASSOCIAÇÃO DE PROSTITUTAS DO ESTADO DO PIAUÍ

Ima. Sra.

Profa. MS. Rosilane de Lima Brito Magalhães

Eu, Aricelina da Silva Gomes Presidente da Associação de Prostitutas do Piauí (APROSPI), informo que autorizo a realização da pesquisa intitulada: " Incidentes críticos referentes as doenças sexualmente transmissíveis relatados por profissionais do sexo" que será realizada pela Doutoranda Rosilane de Lima Brito Magalhães. do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP. A pesquisa será realizada com as prostitutas cadastradas na associação que aceitarem participar da pesquisa.

Teresina, 09 de outubro de 2011

Atenciosamente


Aricelina da Silva Gomes
Presidente da APROSPI



DECLARAÇÃO DE ACEITE OU RECUSA DO TESTE ANTI-HIV

UNIDADE: _____
 CONTROLE Nº: _____ DATA: _____

1. () **ACEITO**

2. () **RECUSADO**

Eu, _____, fui devidamente esclarecido (a) da importância e dos benefícios da realização do Teste Rápido para Detecção de Anticorpos Anti-HIV e/ou Sorologia p/ HIV durante o atendimento médico ou admissão para tratamento clínico, ou parto, assim como me foi ofertado (a) a realização do referido teste, de forma gratuita e sigilosa.

() Tenho ciência da importância do Teste e declaro que autorizo a realização.

() Apesar de estar ciente destas informações, não autorizo a realização do Teste ANTI - HIV, responsabilizando – me pelas consequências desta recusa.

NOME: _____
 ENDEREÇO: _____
 RG/CPF: _____

Assinatura do Paciente
 ou

Impressão Digital do Polegar (caso o paciente não saiba ler ou assinar o nome).

Eu, abaixo assinado, declaro que realizei aconselhamento e expliquei para o paciente, acima citado (a), sobre os procedimentos e a importância da realização do teste ANTI – HIV, bem como os benefícios do conhecimento do status sorológico o mais precoce possível, sendo que a mesmo (a) assinou essa declaração voluntariamente.

Nome do Profissional: _____

Registro no Conselho: _____

Assinatura do Profissional

Coordenação de DST/Aids/FMS

outubro/2010.

 <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFPI REGISTRO CONEP: 045</p> 
--	---

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa UFPI, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título INCIDENTES CRÍTICOS REFERENTES ÀS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA HEPATITE B E AIDS COM BASE NOS RELATOS DE MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO.

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0425.0.045.000-11
Pesquisador Responsável: Elucir Gir

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Dezenbro/2013

Relatório final

Os membros do CEP-UFPI não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA APROVAÇÃO: 20/03/2012

Teresina, 21 de Março de 2012.



Prof. Dr. Eulálio Gomes Campelo Filho
Comitê de Ética em Pesquisa UFPI
COORDENADOR