

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
**ANNA CLÁUDIA FREIRE DE ARAÚJO PATRÍCIO**

**Conhecimento de mulheres profissionais do sexo  
sobre HIV/Aids e sua influência nas práticas sexuais**

JOÃO PESSOA  
2015

**ANNA CLÁUDIA FREIRE DE ARAÚJO PATRÍCIO**

**Conhecimento de mulheres profissionais do sexo  
sobre HIV/Aids e sua influência nas práticas sexuais**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para obtenção do título de Mestre em enfermagem.

**Área de Concentração:** Cuidado em Enfermagem e Saúde.

**Projeto de pesquisa vinculado:** Faces e interfaces da epidemia do HIV e da aids na Paraíba

**Linha de Pesquisa:** Enfermagem e Saúde no Cuidado ao Adulto e Idoso.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Valéria Peixoto Bezerra.

JOÃO PESSOA

2015

P314c Patrício, Anna Cláudia Freire de Araújo.  
Conhecimento de mulheres profissionais do sexo  
sobre HIV/Aids e sua influência nas práticas sexuais /  
Anna Cláudia Freire de Araújo Patrício.- João Pessoa,  
2015.

75f.

Orientadora: Valéria Peixoto Bezerra

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS

1. Enfermagem. 2. HIV/ Aids - mulheres -  
profissionais do sexo. 3. Mulheres - conhecimento -  
HIV/Aids. 4. Aids - influência - práticas sexuais.

UFPB/BC

CDU: 616-083(043)

**ANNA CLÁUDIA FREIRE DE ARAÚJO PATRÍCIO**

**Conhecimento de mulheres profissionais do sexo sobre HIV/Aids e sua  
influência nas práticas sexuais**

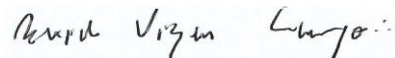
Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

  
Valéria Peixoto Bezerra

---

**Profª Drª Valéria Peixoto Bezerra - Presidente**  
(Universidade Federal da Paraíba)



---

**Prof. Dr. Brígido Vizeu Camargo - Titular externo**  
(Universidade Federal de Santa Catarina)



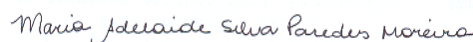
---

**Profª Drª Maria de Lourdes de Farias Pontes - Suplente externo**  
(Universidade Federal da Paraíba)



---

**Profª Drª Jordana de Almeida Nogueira – Titular interno**  
(Universidade Federal da Paraíba)



---

**Profª. Drª. Maria Adelaide Silva Paredes Moreira - Suplente interno**  
(Universidade Federal da Paraíba)

*Dedicatória*

**À minha filha Laura  
por fazer valer cada segundo  
de minha existência.**

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus que diuturnamente e especialmente, tem me concedido respirar o ar de cada dia. A Ele toda minha honra.

A Laura, minha filha, por ter alegrado e dado sentido a minha vida.

A Rosanjala Freire de Araújo pela vida, dedicação, amor, respeito, por todos os ensinamentos. A melhor mãe do mundo.

Aos meus irmãos, Philipe e Raphael, são exemplos de integridade, irmãos e profissionais. Admiro-os e amo-os incondicionalmente.

A Gilvandro de Albuquerque Patrício por todos os ensinamentos e pela preparação para a vida.

A Roberto Landim pela paciência e bom humor.

A Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Valéria Peixoto Bezerra, orientadora, prestou-me conhecimentos valiosos não apenas referentes à pesquisa, mas à vida. Confiança, dedicação, respeito, ética e bom humor sempre.

A Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Antonia de Oliveira Silva pelo incentivo e confiança a mim tributados.

Ao Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> Brígido Vizeu Camargo pela disponibilidade, confiança e consentimento em utilizar questionário de vossa autoria.

A Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Adelaide Silva Paredes pelos conhecimentos repassados e efetividade em forma de colaboração.

A Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Jordana de Almeida Nogueira pela contribuição no presente estudo.

A Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria de Lourdes de Farias Pontes pela colaboração para crescimento desta pesquisa.

A todos os membros da banca pela disponibilidade em auxiliar a construção e aprofundamento desta produção científica.

A Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Karla Fernandes de Albuquerque apontando-me o caminho para percepção de novos horizontes através da experiência e ensinamentos transmitidos, esclarecimentos prestados, amizade e dedicação.

Ao Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> Alexandre Sérgio Silva que me despertou o gosto pela pesquisa.

Aos meus grandes queridos amigos: mestrandas Karoline de Lima Alves e discente Jiovana Souza Santos, pelo auxílio na coleta de dados, companheirismo, partilhas e troca de ideias. Thais Macêdo, pela amizade fraterna.

A Universidade Federal da Paraíba/UFPB e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) que me agraciou com bolsa de mestrado.

Aos professores do Programa de Pós Graduação em Enfermagem/UFPB pelos conhecimentos compartilhados.

Aos funcionários do PPGENF, solícitos em tudo para proporcionar um bom atendimento. Agradeço especialmente a Nathali Costa.

Aos funcionários da Associação de Prostitutas da Paraíba pela receptividade e direcionamento na execução desta pesquisa.

A todas as mulheres profissionais do sexo que mostraram-se dispostas a colaborar com o estudo, possibilitando a construção desta pesquisa, enriquecendo-a, tornando-se fundamentais para o êxito.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a execução deste trabalho.

## RESUMO

PATRÍCIO, A.C.F.A. **Conhecimento de mulheres profissionais do sexo sobre HIV/Aids e sua influência nas práticas sexuais**. 2015. 74f. Dissertação (mestrado). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

**Introdução:** O exercício laboral de mulheres profissionais do sexo favorece o contágio pelo HIV e requer conhecimento para a adesão a práticas sexuais seguras. **Objetivo:** Analisar o conhecimento de mulheres profissionais do sexo sobre HIV/Aids, considerando variáveis sociodemográficas e a relação desse conhecimento com as práticas sexuais. **Metodologia:** Estudo exploratório e quantitativo, realizado no período de maio a setembro 2014, com 90 mulheres profissionais do sexo da Associação das Prostitutas da Paraíba, através de questionário com informações sociodemográficas e três dimensões (D3-formas de contágio e prevenção, atributos fisiológicos e comportamentais da aids; D4-sintomatologia que o HIV provoca no ser humano e D5-tratamento da aids) de um total de seis que compõem o Teste de Conhecimento Científico ao HIV/Aids, adaptado com acréscimo de uma dimensão sobre práticas sexuais (D7). Os dados foram processados pelo programa SPSS versão 19, utilizando estatística descritiva, com escores de acertos (Teste de Friedman), frequência absoluta e relativa dos acertos e MANOVA. Para correlacionar a D7 com o conhecimento foi utilizado o Teste de Wald e a medida de associação odds ratio. **Resultados:** Profissionais apresentam uma média  $23,79 \pm 3,84$  anos de idade; a maioria (84,4%) solteira; 62,2% (56) com escolaridade acima do ensino médio. Não há diferença significativa nas médias dos percentuais de acerto no teste de conhecimento por escolaridade ( $p=0,476$ ), porém, há diferença significativa no percentual médio de acerto por dimensão ( $p<0,001$ ). A D3 apresentou menor porcentagem de acertos que D4 e D5. O conhecimento observado sobre a aids está abaixo do esperado (escore T). Destaca-se que 72,2% praticam sexo sem preservativo em troca de uma quantia financeira maior; 53,3% fazem-no em período menstrual e 75,6% realizam-no com cliente apresentando feridas no pênis ou ânus. Verificou-se que apesar do conhecimento não apresentar contribuição estatística significativa nas práticas sexuais ( $p>0,05$ ), quanto menos práticas sexuais inseguras, maior o conhecimento sobre HIV/Aids. **Conclusões:** As profissionais apresentam um maior conhecimento sobre o tratamento da aids em relação às formas de contágio e prevenção, além de adoção de práticas sexuais inseguras, favorecendo uma vulnerabilidade ao contágio pelo HIV. Não houve influência do conhecimento sobre HIV/Aids na adoção de práticas sexuais. Sendo assim, torna-se essencial a intensificação de novas estratégias para a mudança de comportamento dessas mulheres para uma prática sexual segura.

**Descritores:** Aids; mulheres; profissionais do sexo.

## ABSTRACT

PATRÍCIO, A.C.F.A. **Knowledge of women sex workers on HIV/Aids and its influence on sexual practices.** 2015.74f. Dissertation (master). Health Sciences Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa.

**Introduction:** the labour exercise of women sex workers favors the contagion by HIV and requires knowledge to the adherence to safe sexual practices.

**Objective:** to analyze the knowledge of female sex workers on HIVAids, considering socio-demographic variables and the relationship of this knowledge with sexual practices. **Methodology:** exploratory and quantitative study, conducted from May to September 2014, with 90 women sex workers

Association of Prostitutes of Paraíba, through a questionnaire with sociodemographic information and three dimensions (D3-forms of contagion and prevention, physiological and behavioral attributes of aids; D4-HIV causes symptoms in humans and D5-aids treatment) of a total of six that make up the test of scientific knowledge to HIVAids, adapted with adding a dimension about sexual practices (D7). The data were processed by the program SPSS version 19, using descriptive statistics, with scores of hits (Friedman test), absolute and relative frequency of hits and MANOVA. To correlate the D7 with the knowledge

was used the Wald test and odds ratio Association. **Results:** professionals present an average  $23.79 \pm 3.84$  years old; the majority (84.4%) single; 62.2% (56) with education above the high school. There is no significant difference in the averages of the percentages in the knowledge test hit by education ( $p=0.476$ ), however, there is significant difference in the average percentage of hit by dimension ( $p<0.001$ ). The D3 showed lower percentage of hits that D4 and D5. The knowledge observed on aids is underwhelming (T score). We highlight that 72.2% having sex without a condom in Exchange for a financial amount greater; they make 53.3% in menstrual period and are held in with 75.6% client showing sores on the penis or anus. It was found that despite the knowledge present statistical significant contribution in sexual practices ( $p>0.05$ ), the less unsafe sexual practices, greater knowledge of HIVAids.

**Conclusions:** the professionals have a greater knowledge about aids treatment regarding the forms of transmission and prevention, as well as adoption of unsafe sexual practices, favoring a vulnerability to infection by HIV. There was no influence of knowledge on HIVAids on sexual practices. Therefore, it is essential that the intensification of new strategies for change of behavior of these women to a sexual practice safe.

**Descriptors:** Aids; women; sex workers.

## RESUMEN

PATRÍCIO, A.C.F.A.P. **Conocimiento de mujeres sexo trabajadores sobre VIH/Sida y su influencia sobre las prácticas sexuales.** 2015.74f. Tesis (maestro). Centro de Ciencias de la salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa.

**Introducción:** El ejercicio laboral de las trabajadoras de sexo favorece el contagio por el VIH y requiere de conocimientos a la adherencia a las prácticas sexuales seguras. **Objetivo:** Para analizar el conocimiento de los trabajadores de sexo femenino en VIH/SIDA, teniendo en cuenta las variables socio-demográficas y la relación de este conocimiento con las prácticas sexuales. **Metodología:** estudio exploratorio cuantitativo, realizado entre mayo y septiembre de 2014, con trabajadoras del sexo las 90 mujeres Asociación de prostitutas de Paraíba, a través de un cuestionario con información sociodemográfica y de tres dimensiones (D3-formas de contagio y prevención, atributos fisiológicos y del comportamiento del SIDA; D4-HIV causa síntomas en los seres humanos y D5-SIDA tratamiento) de un total de seis que componen la prueba de conocimiento científico en VIH/SIDA, adaptado con la adición de una dimensión sobre las prácticas sexuales (D7). Los datos se procesaron con el programa SPSS versión 19, usando estadística descriptiva, con decenas de hits (prueba de Friedman), la frecuencia absoluta y relativa de hits y MANOVA. Correlacionar la D7 con el conocimiento fue usado la relación prueba y posibilidades de Wald asociación. **Resultados:** profesionales presentan un promedio  $\pm 23.79$  3,84 años; la mayor parte (84.4%) sola; 62.2% (56) con la educación por encima de la high School secundaria. Hay diferencias significativas en los promedios de los porcentajes de la prueba de conocimiento alcanzado por la educación ( $p=0.476$ ), sin embargo, hay diferencias significativas en el porcentaje de afectados por la dimensión ( $p<0.001$ ). La D3 mostraron menor porcentaje de aciertos D4 y D5. El conocimiento observado en SIDA es decepcionante (T score). Destacamos que 72.2 teniendo sexo sin condón a cambio de un monto financiero mayor; hacen 53.3% en período menstrual y se llevan a cabo con 75,6% llagas de muestra de cliente en el pene o el ano. Se constató que a pesar de la contribución significativa estadística actual conocimiento en prácticas sexuales ( $p>0.05$ ), las prácticas sexuales menos riesgosas, mayor conocimiento de VIH/SIDA. **Conclusiones:** Los profesionales tienen un mayor conocimiento sobre el tratamiento del SIDA con respecto a las formas de transmisión y prevención, así como la adopción de prácticas sexuales no seguras, favoreciendo una vulnerabilidad a la infección por el VIH. No hubo ninguna influencia de los conocimientos sobre VIH/SIDA sobre las prácticas sexuales. Por lo tanto, es esencial que la intensificación de nuevas estrategias para el cambio de comportamiento de estas mujeres a una práctica sexual segura.

**Descriptor:** SIDA; mujeres; trabajadoras del sexo.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Gráfico 1:** Diagrama quanto aos percentuais de acerto das dimensões D3, D4, D5 e D3D4D5. João Pessoa/PB, 2014 (N=90)..... 35
- Gráfico 2:** Percentuais acumulados entre valores observados para os respondentes e os valores percentuais esperados obtidos pela distribuição do escore T para o instrumento D3D4D5. João Pessoa/PB, 2014 (N=90)..... 37

## LISTA DE TABELAS E QUADROS

### Metodologia

**Quadro 1:** Características das dimensões utilizadas no instrumento do estudo 23

### Artigo 01

**Tabela 1:** Medidas descritivas da idade, renda mensal, tempo de exercício profissional. João Pessoa/PB, 2014. N=90. .... 33

**Tabela 2:** Distribuição de medidas descritivas quanto aos acertos das respostas das dimensões D3, D4, D5. João Pessoa/PB, 2014. N=90. .... 34

**Tabela 3:** Distribuição da escolaridade, média dos percentuais de acerto em relação a D3, D4, D5 e correlação de variáveis sociodemográficas com o conhecimento das dimensões através da estimativa dos parâmetros do modelo de regressão logística com variável dependente nível de conhecimento Baixo e Alto. João Pessoa/PB, 2014 N=90. .... 36

### Artigo 02

**Tabela 1:** Conhecimento sobre HIV/Aids de mulheres profissionais do sexo referente às dimensões (D3, D4 e D5) - João Pessoa/PB, 2014. ( N=90) ..... 48

**Tabela 2:** Práticas sexuais realizadas pelas mulheres profissionais do sexo. João Pessoa/PB, 2014. (N=90) ..... 48

**Tabela 3:** Conhecimento sobre HIV/Aids e sua influência nas práticas sexuais de mulheres profissionais do sexo através do modelo de regressão logística com variável dependente nível de conhecimento Baixo e Alto. João Pessoa/PB, 2014 ( N=90)..... 49

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana .....	14
Aids - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida .....	14
DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis .....	15
ONG - Organizações Não Governamentais .....	15
CBO - Classificação Brasileira de Ocupações .....	15
APROS/PB - Associação das Prostitutas da Paraíba .....	22
D1 – Dimensão 1 - Descrição da aids .....	23
D2 – Dimensão 2 - História da doença .....	23
D3 – Dimensão 3 - Formas de contágio e prevenção, atributos fisiológicos e comportamentais da aids .....	23
D4 – Dimensão 4 - Sintomatologia que o HIV provoca no ser humano .....	23
D5 – Dimensão 5 - Tratamento da aids .....	23
D6 – Dimensão 6 - Epidemiologia HIV/Aids .....	23
D7 – Dimensão 7 - Práticas sexuais das mulheres profissionais do sexo.....	23
SPSS - <i>Statistical Package for the Social Sciences</i> .....	23
PAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher .....	37

## SUMÁRIO

<b>1INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>2REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>18</b>
2.1Mulheres profissionais do sexo e o HIV/Aids .....	18
2.2 Práticas sexuais no contexto da aids .....	20
2.2 O conhecimento e sua relação com a prática .....	21
<b>3PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>22</b>
3.1 Tipo e local do estudo .....	22
3.2 População do estudo.....	22
3.3 Instrumentos de coleta de dados .....	22
3.4 Procedimentos para coleta de dados e ética da pesquisa .....	23
3.5 Análise dos dados .....	24
<b>4ARTIGOS PRODUZIDOS .....</b>	<b>27</b>
4.1 Artigo 01: enviado para publicação na Revista de Saúde Pública da USP.Conhecimento de mulheres profissionais do sexo sobre HIV/Aids .....	27
4.2 Artigo 02: submetido à defesa pública e a ser enviado a publicação na Revista Eletrônica de Enfermagem.Conhecimento de mulheres profissionais do sexo sobre HIV/Ais e sua influência nas práticas sexuais.....	43
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>56</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	
<b>APÊNDICES</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## 1 INTRODUÇÃO

O controle da epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) permanece como um dos grandes problemas contemporâneos da saúde pública, trazendo implicações para a sociedade em suas diversas dimensões sociais e individuais.

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), causador da aids, apesar de possuir maior magnitude, caracteriza-se pela sua considerável invisibilidade; enquanto a aids possui singularidades que causam grande impacto social<sup>(1)</sup>.

O contexto epidemiológico da infecção pelo HIV/Aids representa um fenômeno global, dinâmico e instável, atingindo várias regiões do mundo. Na década de 80, a aids era considerada uma doença que abrangia grupos populacionais de risco como homossexuais, usuários de drogas injetáveis e prostitutas<sup>(2)</sup>, todavia, somente anos mais tarde, adotou-se a ideia de comportamentos ou práticas de risco<sup>(3)</sup>.

O HIV/Aids passou a ser discutido perante o senso comum como uma mistura de excessos, doença de mulher promíscua e falta de visibilidade<sup>(4)</sup>. Com o passar dos anos a epidemia da aids foi marcada por uma mudança no perfil epidemiológico, atingindo diversos grupos sociais, como: mulheres, pessoas de baixa renda, idosos, jovens, entre outros.

A doença, atualmente, com mais de 30 anos de surgimento, atinge indivíduos em todas as fases do ciclo de vida e categorias sociais. O Brasil (2013)<sup>(5)</sup> registrou 39.185 casos de aids no ano 2012, mantendo-se estável nos últimos cinco anos, sendo destaque o crescimento na região Nordeste com a taxa de incidência de 14,8 para cada 100.000 habitantes e um aumento de 62,6% de casos<sup>(5)</sup>. Registra-se no país 757.042 casos de aids, acumulados de 1980 a junho 2014, sendo 265.251 (35%) em mulheres<sup>(6)</sup>. Na Paraíba, 4.503 casos de aids foram notificados no período de 2000 a 2013, sendo destaque a capital João Pessoa com maior número de casos na evolução temporal da doença<sup>(7)</sup>.

Compondo a diversidade de grupos etários e sociais que a aids vem acometendo desde o início da epidemia, destaca-se o grupo das mulheres

profissionais do sexo, por ser constituído por pessoas expostas a situações de vulnerabilidade às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e ao HIV, pelas características próprias da profissão e do grau de marginalidade social em que se encontram<sup>(8)</sup>. Essas mulheres são apontadas como um dos grupos sociais da população brasileira que está exposto aos graus mais elevados de vulnerabilidade social e programática à infecção por HIV<sup>(9)</sup>.

Nesse aspecto, autoridades brasileiras demandam políticas públicas de saúde que contemplem essa categoria social. Ao longo da década de 80, a consolidação e a expansão da parceria com os Estados conferiram legitimidade e visibilidade às organizações e demandas das mulheres profissionais do sexo. Em 1985 foi instituído o Programa Nacional de DST/Aids, desenvolvendo ações específicas de prevenção do HIV/Aids para esse grupo social. Essas ações foram implementadas em 1989, utilizando a metodologia da educação entre pares, em que uma profissional do sexo capacitava-se e tornava-se multiplicadora de conhecimento sobre prevenção do HIV<sup>(9)</sup>.

No início do ano 2000, o Ministério da Saúde lançou o projeto *Esquina da Noite* com objetivo principal de fortalecer a rede brasileira de mulheres profissionais do sexo, com atividades voltadas para promoção da autoestima, direitos humanos e reconhecimento do trabalho sexual como direito. Entre o período de 1998 a 2002 os projetos de prevenção foram implementados por Organizações Não Governamentais (ONG), devido à capilaridade no alcance de grupos vulneráveis, mantendo o Programa Nacional de DST/Aids a responsabilidade de definir estratégias específicas de prevenção do HIV/Aids para trabalhadoras sexuais<sup>(9)</sup>.

Ainda como conquista da categoria, o Ministério do Trabalho e Emprego contempla essas mulheres na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), sendo registrada em 2002 sob o número 5191 – 05. O CBO estabelece condições gerais para o exercício profissional, a exemplo da participação em oficinas sobre as práticas de sexo seguro promovidas pelas associações da categoria; preconização quanto ao uso de preservativos; empoderamento para reconhecer a sintomatologia de DST's e a exigência de acompanhamento de saúde integral das profissionais<sup>(10)</sup>.

Embora contempladas em projetos e programas estabelecidos pelas políticas públicas, as mulheres profissionais do sexo ainda permanecem sem profissão regulamentada, fato que tem contribuído para uma exclusão social.

O Projeto de Lei nº 4.211, criado em 2012, com o intuito de regulamentar a profissão perpassa por avaliações e trâmites judiciais na Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara dos Deputados e segue para votação em plenário na Câmara dos Deputados federais em Brasília, sem uma previsão de data para sua apreciação. Esse projeto define a profissão como sendo exercida por toda pessoa maior de dezoito anos, absolutamente capaz, que voluntariamente presta serviços sexuais mediante remuneração. Dentre os direitos contemplados no projeto encontram-se: a concessão da aposentadoria especial com 25 anos de trabalho; considera crime a apropriação total ou maior que 50% referente ao rendimento da prestação de serviço; ainda prevê a legalização das casas de prostituição e trata de ações destinadas ao controle do contágio pelo HIV/Aids<sup>(11)</sup>.

Considerando que o sexo é matéria prima no exercício laboral de mulheres profissionais do sexo, o que favorece a uma vulnerabilidade ao contágio pelo HIV, logo, medidas preventivas são indispensáveis para o exercício profissional<sup>(12)</sup>.

Neste aspecto, programas de promoção à saúde, vigentes no país, determinam ações no intuito de diminuir o contágio ou propagação de DST's nesse grupo social, no entanto, tais práticas preventivas deixam lacunas no que concerne às leis que criminalizam e desumanizam as populações com maior probabilidade de contágio pelo HIV, remetendo-as para a clandestinidade, afastando-as dos serviços de saúde, e, conseqüentemente, influenciando a propagação de DST's e aids<sup>(1)</sup>.

As mulheres profissionais do sexo apresentam alto risco de infecção pelo HIV, atingindo 11,8% (2007-2011), e estima-se que possuem 14 vezes mais chances de serem infectadas pelo vírus quando comparadas a outras mulheres em idade reprodutiva<sup>(13)</sup>.

Estudo realizado no Ceará com 25 mulheres profissionais do sexo, em 2010, registra que a maioria considera as DST's como doença do outro, excluindo-se individualmente da possibilidade de contágio. O estudo ainda

aponta uma alta prevalência dessas mulheres em tratamento ou já acometidas por DST's<sup>(12)</sup>. Esses resultados refletem situações de vulnerabilidade das mulheres profissionais do sexo ao contágio pelo HIV, principalmente por realizarem práticas sexuais que podem favorecer à disseminação da **doença**.

A vulnerabilidade envolve dimensões interligadas que abrangem aspectos individuais, sociais e programáticos. A dimensão individual depende do grau e da qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre o problema; a dimensão social pode ser entendida como um espelho das condições de bem-estar social e a programática pode ser ponderada a partir do compromisso das autoridades com o enfrentamento do problema. Essas dimensões são interdependentes e entrelaçam o indivíduo e a coletividade. O sentido do termo vulnerabilidade engloba a chance de exposição ao adoecimento<sup>(14)</sup>.

Para minimizar a possibilidade de contágio pelo HIV, o conhecimento de mulheres profissionais do sexo sobre a temática torna-se relevante, uma vez que o desconhecimento pode resultar numa incerteza quanto à adesão a práticas sexuais seguras.

Considerando que as mulheres profissionais do sexo cadastradas em associação participam de atividades educativas sobre HIV/Aids, e que o exercício profissional requer a tomada de comportamentos preventivos quanto ao HIV/Aids, torna-se necessário focar o objeto de forma singular.

Estudo desenvolvido em 2014 revelou que o número anual de novas infecções pelo HIV em mulheres profissionais do sexo no Brasil pode ser reduzido em torno de 10%, a cada medida de intervenção de empoderamento educativo/preventivo realizada no grupo. Considerando essa proporção, estima-se ainda, uma redução de 40% para no ano 2016<sup>(15)</sup>.

Sendo assim, a importância em verificar o conhecimento dessas mulheres sobre o HIV/Aids reflete-se em possibilidades de contribuição para a tomada de decisão, através de políticas públicas de saúde referentes às ações de prevenção e assistência, direcionadas as profissionais do sexo, no sentido de fomentar a construção de processos de qualidade de vida do grupo e sua sustentabilidade.

Diante do exposto, o presente estudo se propôs a responder aos seguintes questionamentos: Qual o conhecimento de mulheres profissionais do sexo sobre HIV/Aids? Como esse conhecimento se apresenta, considerando as variáveis de idade, escolaridade, renda mensal, tempo de exercício profissional e participação em atividades educativas sobre HIV/Aids? Qual a correlação entre o conhecimento de mulheres profissionais do sexo sobre o HIV/Aids e as práticas sexuais?

Sendo assim, o estudo possui como objetivo analisar o conhecimento de mulheres profissionais do sexo sobre HIV/Aids, considerando as variáveis sociodemográficas e a relação desse conhecimento com as práticas sexuais.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 Mulheres profissionais do sexo e o HIV/Aids**

A prostituição é uma das profissões mais conhecidas desde a antiguidade. Nela, as pessoas buscam a sobrevivência através da negociação do sexo, sendo sua prática mais intensificada após o surgimento e a difusão dos métodos contraceptivos, o que propiciou uma visão da prática sexual desvinculada da reprodução<sup>(16)</sup>.

Considerada uma atividade em que uma pessoa faz intercâmbio dos serviços sexuais por dinheiro ou qualquer outro bem, a prostituição ocorre em todas as classes socioeconômicas, entre mulheres, homens e menores de idade<sup>(17)</sup>.

Sendo assim, as mulheres profissionais do sexo integram um grupo que necessita de educação sexual elucidativa com o desígnio de abordar a prevenção para uma prática sexual segura. Essa abordagem envolve conhecer sobre a importância do uso do preservativo para a segurança em saúde, por ser concebido como um dos métodos mais eficazes na prevenção das DST's/Aids, desde que seja usado de maneira adequada e em todas as relações sexuais<sup>(12,18)</sup>.

Embora as mulheres profissionais do sexo utilizem preservativo nas relações sexuais com o cliente, aquelas com parceiro fixo, acreditam na

fidelidade e na estabilidade, confiam na possibilidade do sexo seguro e, muitas vezes, cogitam o não uso do preservativo com o parceiro estável<sup>(19)</sup>.

O uso do preservativo consiste em uma atitude eficaz na prevenção do contágio pelo HIV, sendo importante destacar que as ações destinadas às mulheres profissionais do sexo devem assegurar uma continuidade da assistência à saúde e ilimitar os recursos direcionados à prevenção de doenças.

Nesse aspecto, o poder público assume a responsabilidade com a promoção da saúde e a prevenção das DST's e da aids junto a essas mulheres, devido a uma maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV/Aids ao considerar o elevado quantitativo da prática sexual realizada durante o exercício profissional, atrelada a maior propensão de contágio de doenças<sup>(20)</sup>.

Dentre as medidas adotadas para redução da taxa de contágio pelo HIV, o governo do Brasil no período de 2010-2011, em parceria com programas de prevenção de DST/Aids, Centrais Sindicais, Organização Internacional do Trabalho, Ministério do Trabalho e Emprego, ministrou cursos para profissionais do sexo, com a finalidade de formar agentes de prevenção em DST/HIV/Aids para atuarem em seus locais de trabalho<sup>(21)</sup>.

Relatório de Progresso da Resposta Brasileira ao HIV/Aids (2012) avaliou subindicadores relacionados ao HIV/Aids em profissionais do sexo e apontou que 56,7% dessas mulheres conhecem o serviço de saúde que devem procurar para realizar o teste anti-HIV; 77% afirmaram ter recebido camisinha nos últimos 12 meses; 90% asseguraram ter usado preservativo com seu cliente mais recente e 17,5% fizeram teste anti- HIV nos últimos 12 meses com o conhecimento do seu resultado<sup>(21)</sup>.

Estudo realizado em Goiânia/GO (2013) com 395 mulheres profissionais do sexo destacou que 19% dessas mulheres negou a importância do seu uso como método de prevenção ao HIV. Tal fato pode estar relacionado ao difícil acesso aos serviços de saúde e estigmas sociais<sup>(22)</sup>.

Nesse aspecto, as mulheres profissionais do sexo estão inseridas em um contexto social complexo, vulneráveis à aquisição de doenças, destacando-se a Aids, visto que a atividade sexual constitui sua ocupação remunerada. O eventual abandono da profissão, após o diagnóstico do HIV é uma perda

adicional no leque de prejuízos que a infecção pode acarretar, ainda podendo representar uma ruptura na saúde mental, levando-as às práticas mais inseguras de sexo por não encontrarem-se em perfeito estado de bem estar.

## 2.2 Práticas sexuais no contexto da aids

A partir da epidemia da aids, iniciou-se uma preocupação mais específica quanto ao sexo seguro, utilizando-se métodos preventivos como inquéritos populacionais seriados sobre comportamentos e práticas sexuais<sup>(23)</sup>. No Brasil, a promoção do sexo seguro são componentes estruturantes das políticas de prevenção ao contágio pelo HIV<sup>(24)</sup>.

Nos diversos tipos de práticas sexuais a exemplo da anal, oral e vaginal, independente da escolha do tipo a ser praticado, torna-se necessário que ocorra a minimização dos riscos de contágio pelo HIV/Aids através do sexo.

Os hábitos sexuais classificam-se em seguros e inseguros, sendo o primeiro aqueles com a função reduzir o risco de infecção por DST/HIV/Aids, sendo o uso de preservativo, masculino ou feminino, o único método eficaz no combate a esses agravos. Quanto aos hábitos inseguros, consideram-se aqueles a não utilização de preservativo, os múltiplos parceiros e realização de sexo em período menstrual<sup>(25)</sup>.

O uso do preservativo em todas as relações sexuais ainda é considerado o principal recurso na prevenção das DST'S, entretanto, é preciso quebrar as barreiras que mistificam o uso relacionado à confiança no parceiro e culminar para a transformação efetiva de comportamento<sup>(26, 27)</sup>. Embora o sexo com parceiro único não seja sinônimo de segurança, pois a maioria das mulheres que convivem com HIV adquiriram-no por meio de relações estáveis com parceiros fixos, esta prática também é considerada como redutora de disseminação de DST's<sup>(28)</sup>.

Ademais, não é a atividade sexual de *per si* que torna as pessoas vulneráveis às DST e ao HIV/Aids, mas as relações sexuais realizadas de forma desprotegida, sendo esse um pressuposto válido para todas as faixas etárias<sup>(29)</sup>.

O uso de métodos preventivos está entrelaçado com a implementação de estratégias de prevenção para o HIV/Aids e a iniciativa de mulheres profissionais do sexo de Ribeirão Preto (2002) em divulgar informações através de folhetos, principalmente para aquelas que só trabalham nas ruas<sup>(20)</sup>, torna-se uma estratégia paradigmática, vislumbrando-se mudanças de comportamento que podem modificar o perfil da epidemia.

### 2.3 O conhecimento e sua relação com a prática

A influência do conhecimento na mudança de comportamento depende das alternativas e perspectivas que se apresentam para o indivíduo. Estudo realizado em São Paulo (2006) com estudantes universitários afirma que o conhecimento adquirido sobre o vírus e o modo de transmissão ainda não permitiram aos jovens uma mudança de comportamento para o uso do preservativo<sup>(30)</sup>.

Aumentar o nível de informação sobre o contágio ao HIV/Aids e o uso de preservativo não garantem mudanças comportamentais, indicando a necessidade de se contemplarem nos programas preventivos o aspecto psicossocial do indivíduo e as diferenças de gênero<sup>(31)</sup>.

Estudo realizado com 753 adolescentes no Rio de Janeiro (2009) constatou que entre níveis distintos de informação sobre a transmissão e a prevenção de DST/Aids, os que relataram conhecimento sobre o preservativo nem sempre se protegem do risco de contrair uma infecção<sup>(32)</sup>.

Nesse sentido, há uma necessidade de refletir se a prevenção está relacionada ao conhecimento e ao acesso aos métodos preventivos, pois apesar do conhecimento, na prática, pessoas permanecem expostas a riscos que podem acarretar consequências importantes. Sabe-se que, além de fornecer informação, é necessário se aproximar e conhecer o universo dos adolescentes para descobrir as causas da divergência existente entre teoria e prática<sup>(32)</sup>.

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

#### 3.1 Tipo e local do estudo

Trata-se de um estudo de natureza exploratória e abordagem quantitativa, realizado na Associação das Prostitutas da Paraíba (APROS/PB), localizado no município de João Pessoa/Paraíba.

A opção por esse cenário se deve ao fato de ser um local de realização de ações de prevenção e promoção da saúde, além de ser um espaço que **busca** garantir o respeito ao direito social desses profissionais desde o ano 2001.

A APROS/PB se configura como entidade privada e sem fins lucrativos, regida por normas estabelecidas e horários de funcionamento pré-determinados, bem como representantes da categoria profissional eleitos em assembleia constituída por associados.

#### 3.2 População do estudo

A APROS/PB registrava 160 mulheres profissionais do sexo associadas no ano de 2013, das mais diversas faixas etárias e procedências do Estado.

Considerando a base populacional de 92 mulheres profissionais do sexo cadastradas no período, o presente estudo foi realizado com 90 dessas mulheres que atenderam aos critérios de inclusão de: exercer atividade profissional no município de João Pessoa-PB e se encontrar na faixa etária entre 18 a 30 anos.

A definição dessa faixa etária para o estudo ocorreu em função da epidemia do HIV no país atualmente apresentar um aumento no registro de casos na população jovem <sup>(33)</sup>.

#### 3.3 Instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados consistiu na utilização de dois instrumentos, sendo o primeiro instrumento elaborado com 11 questionamentos sociodemográficos

(idade, escolaridade, estado civil, religião, outra atividade remunerada, renda mensal e participação financeira no domicílio, tempo de exercício profissional, participação em atividades educativas sobre HIV/Aids, teste sorológico anti-HIV e resultado) (APÊNDICE A).

O segundo instrumento consistiu no Teste de Conhecimento Científico ao HIV/Aids de Natividade e Camargo (2012)<sup>(34)</sup> validado no Brasil, composto por 85 questões objetivas e distribuídas em seis dimensões. Para o estudo foi acrescida ao Teste uma dimensão (D7) referente às práticas sexuais, composta por 16 itens (Quadro 1) (ANEXO A).

Dimensões	Quantidade de itens	Característica do conhecimento	Respostas
D1	07	Descrição da aids	Verdadeiro (V) Falso (F) Não Sei
D2	07	História da doença	
D3	32	Formas de contágio e prevenção, atributos fisiológicos e comportamentais da aids	
D4	26	Sintomatologia que o HIV provoca no ser humano	
D5	8	Tratamento da aids	
D6	05	Epidemiologia HIV/Aids	
D7	17	Práticas sexuais das mulheres profissionais do sexo	Sim Não Não sei

**Quadro 1:** Características das dimensões do instrumento do estudo.

Das dimensões do referido teste, no estudo foram utilizadas as dimensões três (D3), quatro (D4) e cinco (D5). A dimensão elaborada (D7) e acrescida ao instrumento obteve apreciação de pesquisadores *experts* na temática e submetido a um teste piloto com profissionais do sexo associadas à entidade e excluídas da base populacional.

#### 3.4 Procedimentos para coleta de dados e ética na pesquisa

A operacionalização da coleta de dados foi realizada no período de maio a setembro de 2014, sendo iniciado por um levantamento nos registros da entidade de nomes e contatos das associadas que atendiam aos critérios de inclusão. Em seguida, em concordância com a diretoria, a pesquisadora apresentou-se às associadas, por ocasião do comparecimento voluntário delas

às atividades socioculturais promovidas pela entidade. Nesse momento, foram expostas as etapas metodológicas desse estudo, respeito ético, além da solicitação de colaboração por meio das respostas aos instrumentos.

Definidas as profissionais que atenderam a solicitação em participar do estudo, a data da coleta de dados se estabeleceu de acordo com a conveniência de cada uma e o local de exercício laboral foi a opção sugerida pela sua maioria.

Ainda que o Teste de Conhecimento Científico ao HIV/Aids de Natividade e Camargo (2012)<sup>(34)</sup>, seja estabelecido pelos autores como autoaplicável, neste estudo optou-se pela sua aplicação realizada pela pesquisadora e duas colaboradoras previamente qualificadas para tal. Na ocasião da aplicação dos instrumentos, foi entregue duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) no que tange à atenção aos aspectos éticos estabelecidos na Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que diz respeito às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos<sup>(35)</sup>.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde/CCS/UFPB conforme parecer 646.790, CAAE 30177914.9.0000.5188 (ANEXO B). O Teste de Conhecimento Científico ao HIV/Aids foi autorizado pelos autores para realização do estudo (ANEXO C).

### 3.5 Análise dos dados

Os dados coletados foram transcritos para o programa Microsoft Office Excel **versão 2013**, e, posteriormente, exportados e processados pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) - versão 19.0.

Os dados do primeiro instrumento referentes aos aspectos sociodemográficos das participantes foram submetidos à estatística descritiva com frequência absoluta e relativa, média, desvio padrão da média, máximo e mínimo.

Os dados do segundo instrumento, quanto ao Teste de Conhecimento sobre HIV/Aids, seguiu o gabarito proposto por Natividade e Camargo (2012)<sup>(34)</sup>, que estabelece escores de acertos gerais de um (1) para cada

resposta correta e zero para resposta errada e não sei. As respostas das D3, D4 e D5 foram submetidas à estatística descritiva (média, desvio padrão, mínimo e máximo) para escores de acertos e comparação entre os escores pelo teste de Friedman, considerando significativo quando  $p < 0,05$ .

Os valores Escore que representam o número de itens de cada dimensão com acerto não foram comparáveis, uma vez que cada dimensão possui um número de itens específico. Para converter os escores em porcentagem acerto multiplicou-se 100 vezes o Escore e dividiu-se o resultado pelo número de itens, calculando-se assim os percentuais de acerto para cada dimensão. Para calcular o escore de todas as dimensões, dividiu-se Escore D3D4D5 pelo número  $32 + 26 + 8 = 66$  que corresponde ao número total de itens do instrumento.

Para cada item das dimensões do teste de conhecimento foi calculada a frequência absoluta da soma de todos os acertos e a frequência relativa, sendo representados os itens com maior acerto aqueles mais próximos a 100% e menor acerto com percentual mais próximo de zero. O maior escore de acerto por item totaliza 90 pontos, que se refere à soma dos acertos da população estudada.

Para avaliar a influência da escolaridade sobre as dimensões D3, D4 e D5 utilizou-se o modelo estatístico Análise de Variância Multivariada (MANOVA) com medidas repetidas considerando a escolaridade como variável independente e as dimensões (D3, D4 e D5) sendo as variáveis dependentes, através da estatística Lambda ( $\Lambda$ ) de Wilks ( $p < 0,05$ ), obtida pelo método da máxima verossimilhança, sendo a mais usual para decidir sobre as hipóteses de que há diferença entre as médias por escolaridade e entre as dimensões.

Um ponto de corte foi estabelecido para avaliar e classificar o conhecimento como baixo ou alto sobre a aids, realizado através do escore T (Lindeman, 1974)<sup>(36)</sup> que determinou o escore abaixo de 60 pontos, como Baixo conhecimento do grupo, e, de 60 pontos acima, o de Alto conhecimento. Probabilidades associadas a cada escore T ainda foram calculadas e convertidas em porcentagem, demonstrados por percentuais esperados e observados.

O modelo de regressão logística foi utilizado através do teste de Wald ( $p < 0,05$ ) para avaliar o efeito das variáveis independentes (idade, renda mensal, tempo de exercício profissional, participação em atividades educativas, estado civil, escolaridade) sobre o conhecimento da aids nos grupos com Alto e Baixo conhecimento.

Os dados referentes às informações sociodemográficas e ao conhecimento sobre HIV/Aids (D3, D4 e D5) foram utilizados para construção do primeiro artigo descrito adiante.

Para a análise estatística da dimensão sete (D7) seguiu-se um gabarito estabelecido pelos autores, atribuindo zero ponto para cada prática sexual considerada de risco para o contágio pelo HIV e um ponto para prática sexual sem risco (APÊNDICE C).

A D7, referente às práticas sexuais elaboradas para o estudo e adaptadas ao Teste de Conhecimento Científico sobre o HIV/Aids de Natividade e Camargo (2012) foi correlacionada com a variável dependente nível de conhecimento Baixo e Alto das D3, D4 e D5, utilizando o teste estatístico a regressão logística pelo Teste de Wald (valor superior a 1,96 e  $p < 0,05$ ). Verificou-se também a medida de associação *odds ratio* (valor superior a 3,84). Avaliou-se ainda no Teste de Wald pelo coeficiente B negativo indicando influência inversamente proporcional das variáveis conhecimento e práticas sexuais inseguras. Esses dados compuseram o segundo artigo científico apresentado a seguir e discutido com base no referencial teórico sobre HIV/Aids.

## 4 ARTIGOS PRODUZIDOS

4.1 Artigo 01: enviado para publicação na Revista de Saúde Pública da USP

### CONHECIMENTO DE MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO SOBRE HIV/Aids

#### SEX PROFESSIONAL WOMEN OF KNOWLEDGE ON HIV / AIDS

Anna Cláudia Freire de Araújo Patrício<sup>1</sup>, Valéria Peixoto Bezerra<sup>2</sup>, Brígido Vizeu Camargo<sup>3</sup>, Jordana de Almeida Nogueira<sup>4</sup>, Maria Adelaide Silva Paredes Moreira<sup>5</sup>, Karoline de Lima Alves<sup>6</sup>.

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa/PB, Brasil. claudia.freirearaujo@gmail.com

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora. Professora da Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB, Brasil. E-mail: valeriapbez@gmail.com.

<sup>3</sup>Psicólogo. Doutor. Professor da Universidade Federal da Santa Catarina, Brasil. E-mail: brigido.camargo@yahoo.com.br

<sup>4</sup>Enfermeira. Doutora. Professora da Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB, Brasil. E-mail: jalnogueira31@gmail.com

<sup>5</sup>Fisioterapeuta. Doutora. Professora da Graduação em Fonoaudiologia e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB, Brasil. E-mail: jpadelaide@hotmail.com.

<sup>6</sup>Enfermeira. Mestranda pelo PPGENF, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa/PB, Brasil. E-mail: krol\_lima\_17@hotmail.com.

Artigo baseado em defesa dissertação. Programa de Pós Graduação em Enfermagem/PPGENF. Universidade Federal da Paraíba/UFPB, 2015.

#### RESUMO

**Objetivo:** Analisar o conhecimento de mulheres profissionais do sexo sobre HIV/Aids, considerando as variáveis idade, escolaridade, renda mensal, tempo de exercício profissional e participação em atividades educativas. **Métodos:** Estudo exploratório e quantitativo, realizado com 90 mulheres profissionais do sexo, no período de maio a setembro 2014, através de questionário composto por informações sociodemográficas e um Teste de conhecimento sobre HIV/Aids com 66 itens quanto as formas de contágio e prevenção, atributos fisiológicos e comportamentais da aids (D3); sintomatologia que o HIV provoca no ser humano (D4); tratamento da aids (D5). Realizou-se teste de Friedman,  $\Lambda$  de Wilk e Wald ( $p < 0,05$ ), além do ponto de corte e percentuais observados e esperados através do escore T, sendo considerado baixo conhecimento com escore de acerto inferior a 60 pontos. **Resultados:** As mulheres possuíam média de idade 23,7 anos; 84,4% (76) solteiras e 62,2% (56) totalizam o nível de escolaridade acima do ensino médio. O conhecimento nas D3, D4 e D5 apresenta percentual de acerto significativamente diferentes ( $p < 0,001$ ). A D3 apresentou menor porcentagem de acerto (53,8%) e D5 com maior percentual (70,8%). O escore T revelou discrepância entre o percentual de conhecimento das mulheres quanto ao observado e o esperado. Não houve influência da escolaridade em relação ao conhecimento sobre o HIV ( $p = 0,476$ ) e ao tempo

de exercício profissional, idade, estado civil, renda e participação em atividades educativas ( $p > 0,05$ ). O conhecimento apresentou diferença significativa no percentual médio de acerto por D3, D4 e D5 ( $p < 0,001$ ). **Conclusões:** O baixo conhecimento das mulheres pode indicar vulnerabilidade ao contágio pelo HIV, o que reforça a necessidade de implementação de novas estratégias para prevenção do vírus nesse grupo social que apresenta condições ímpares de risco ao HIV.

**Descritores:** Profissional do sexo; HIV, conhecimento.

## INTRODUÇÃO

A epidemia da infecção pelo HIV permanece como um problema de saúde pública, sendo considerada instável, dinâmica, atingindo indivíduos em todas as fases do ciclo de vida. Essa infecção apresenta uma maior prevalência nos grupos populacionais que executam comportamentos de risco, como homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas e profissionais do sexo do gênero feminino.<sup>1</sup>

Desde o início da epidemia do HIV em 1980 até junho 2014, o Brasil registrou 757.042 casos acumulados de aids, sendo 265.251 (35%) casos em mulheres, com 168.897 infectadas pela via sexual e 12.162 casos em uso de drogas injetáveis. No ano 2013, foram notificados um total de 39.501 casos de aids, e no período de janeiro a junho de 2014 registrados 15.768 casos no país, com uma taxa de detecção nacional (2013) de 20,4 casos para cada 100.000 habitantes, sendo a região Nordeste com um índice de 16,0 casos e o Estado da Paraíba com 10,6 casos.<sup>2</sup>

Nesse contexto epidemiológico que a aids se apresenta, as mulheres profissionais do sexo tendem a fazer parte dessa realidade por ser um grupo social que executa atividade sexual como forma de subsistência, utilizando drogas lícitas e ilícitas, muitas vezes com ausência de preservativo no ato sexual e apresentando vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas, como baixa escolaridade, acesso restrito aos serviços de saúde e vivenciando estigmas sociais.<sup>3,4,1</sup>

Estudo realizado em 2014 com 2.523 profissionais do sexo em 10 cidades brasileiras (Manaus, Recife, Salvador, Campo Grande, Brasília, Belo Horizonte, Santos, Rio de Janeiro, Curitiba e Itajaí) para investigar as diferenças nas práticas de risco ao contágio pelo HIV e os efeitos da homofilia

na estimação da prevalência do HIV, aponta como determinantes das práticas o maior tempo de prostituição, baixo custo cobrado no programa, outras infecções sexualmente transmissíveis e a exigência dos clientes em não utilizar o preservativo.<sup>5</sup>

Estratégias de prevenção à infecção pelo HIV em mulheres profissionais do sexo tem se baseado tradicionalmente na mudança de comportamento individual, envolvendo educação em pares, promoção e orientações quanto ao uso do preservativo e prestação de saúde sexual. Há um reconhecimento de que a epidemia do HIV sofre influência cultural, social, psicológica e comunitária, conduzindo à adoção de comportamentos sexuais seguros.<sup>6</sup>

Estudo realizado no Sul da Índia (2014) com mulheres profissionais do sexo organizou movimentos comunitários através de reuniões para orientações sobre sexo seguro, resultou de forma positiva quanto ao empoderamento dessas mulheres pelo conhecimento adquirido sobre a temática, acarretando a redução de HIV/Aids e Doenças Sexualmente Transmissíveis nesse grupo.<sup>7</sup>

Sendo assim, considerando a importância do conhecimento sobre o HIV/Aids para a adoção de práticas de sexo seguras, como também a prevalência do HIV/Aids em indivíduos que executam comportamento de risco, estando inclusas as mulheres profissionais do sexo, há uma necessidade em demandar atenção de políticas públicas para essas mulheres, pelas especificidades do seu exercício profissional que potencialmente favorece a transmissão da doença.

Desta forma, o presente estudo poderá subsidiar a identificação e adoção de estratégias de prevenção ao contágio pelo HIV direcionadas a essas mulheres, colaborando para melhores indicadores de saúde e desconstruindo o passado histórico de serem responsabilizadas enquanto disseminadoras de doenças.

Nesse sentido, esta pesquisa possui o objetivo de analisar o conhecimento de mulheres profissionais do sexo sobre HIV/Aids, considerando as variáveis idade, escolaridade, renda mensal, tempo de exercício profissional e participação em atividades educativas.

## MÉTODOS

Estudo de natureza exploratória de abordagem quantitativa, realizado com a base populacional de 90 mulheres profissionais do sexo de um total de 92 cadastradas no ano de 2013, na Associação das Prostitutas da Paraíba (APROS/PB), localizada no município de João Pessoa/Paraíba. Essas mulheres seguiram os critérios de inclusão de: exercerem atividade profissional no município de João Pessoa/PB e de se encontrarem com idade entre 18 e 30 anos. A definição por essa faixa etária se justifica pelo seu elevado número de prevalência de casos de infecção pelo HIV no país.<sup>2</sup>

Para a coleta de dados, foram utilizados dois instrumentos aplicados no período de maio a setembro de 2014. O primeiro refere-se a um questionário elaborado com 11 perguntas de alternativas fechadas quanto aos dados sociodemográficos das participantes (idade, naturalidade, escolaridade, estado civil, religião, renda mensal e participação da renda no domicílio, tempo de exercício profissional, participação em atividades educativas sobre HIV/Aids, testagem sorológica anti-HIV e seu resultado). O segundo instrumento trata-se do Teste de Conhecimento Científico ao HIV/Aids<sup>8</sup>, construído e validado no Brasil, composto por 85 frases afirmativas e distribuídas em seis dimensões que contemplam temas teóricos sobre o HIV e aids. O presente estudo utilizou as dimensões três (D3), quatro (D4) e cinco (D5) do teste. A D3 composta por 32 itens referentes às formas de contágio e prevenção, atributos fisiológicos e comportamentais da aids. Na D4, constam 26 itens sobre a sintomatologia que o HIV provoca no ser humano, e a D5 com 08 itens, que abrangem o tratamento da aids, perfazendo um total de 66 questões no instrumento utilizado.

A operacionalização da coleta de dados foi iniciada após um levantamento nos registros da entidade (APROS/PB) de nomes e contatos das associadas que atendiam aos critérios de inclusão. Em seguida, em concordância com a diretoria, a pesquisadora apresentou-se às associadas, por ocasião do comparecimento voluntário delas às atividades socioculturais promovidas pela entidade. Nesse momento, as etapas metodológicas e o respeito ético foram expostos às mulheres presentes, além da solicitação em

colaborar respondendo aos instrumentos propostos. Definidas as profissionais que atenderam a solicitação em participar do estudo, a data da coleta de dados se estabeleceu de acordo com a conveniência de cada uma, sendo o local de exercício laboral a opção sugerida pela sua maioria.

Os dados coletados foram processados no pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Os dados do primeiro instrumento referente às variáveis sociodemográficas das participantes foram submetidos à estatística descritiva com frequência absoluta e relativa, média, desvio padrão da média, máximo e mínimo.

O segundo instrumento referente ao Teste de Conhecimento sobre HIV/Aids seguiu o gabarito proposto por seus autores<sup>8</sup>, que estabelece escores de acertos gerais que vão de um (1) ponto para cada resposta “correta” ao zero (0) para as respostas “errada” e “não sei”. Os dados das dimensões D3, D4 e D5 foram submetidos a estatística descritiva (média, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo) para escores de acertos e comparação entre os escores pelo Teste de Friedman ( $p < 0,05$ ).

Os valores Escore que representam o número de itens de cada dimensão com acerto não foram comparáveis, uma vez que cada dimensão possui um número específico de itens. Para converter os escores em porcentagem de acerto multiplicou-se 100 vezes o Escore e dividiu-se o resultado pelo número de itens de cada dimensão. Para as dimensões dividiu-se Escore D3, D4, D5 pelo número  $32 + 26 + 8 = 66$  que é número total de itens do instrumento utilizado.

Ainda, seguindo o processamento dos dados, para cada item das dimensões do questionário de conhecimento calcularam-se a frequência absoluta da soma de todos os acertos e a correspondente frequência relativa. A maior soma de escore médio de acerto por item são 90 pontos. Considerou-se como maior acerto aqueles itens com pontuações mais próximas de 90 e com menor acerto aqueles itens com pontos próximos a zero.

Para avaliar a influência da escolaridade sobre as dimensões D3, D4 e D5 utilizou-se o modelo estatístico Análise de Variância Multivariada (MANOVA) com medidas repetidas, em que a escolaridade foi considerada

como variável independente e as dimensões (D3, D4 e D5) sendo as variáveis dependentes.

A MANOVA foi realizada através da estatística  $\Lambda$  de Wilks ( $p < 0,05$ ), obtida pelo método da máxima verossimilhança por ser considerada a mais usual para decidir sobre as hipóteses de que há diferença entre as médias por escolaridade e entre as dimensões.

Para estabelecer o ponto de corte em classificar como “Alto” ou “Baixo” conhecimento das mulheres, utilizou-se o escore T com valores inferiores a 60 pontos de acerto, considerados como “baixo conhecimento”, e, aqueles iguais ou acima de 60 pontos, como de “alto conhecimento”, conforme Lindeman<sup>9</sup> (1974).

Ainda verificando o conhecimento das mulheres como “satisfatório”, calculou-se as probabilidades associadas a cada escore T, sendo convertidas em porcentagens e denominados como Esperados e Observados.

Utilizou-se também o modelo de regressão logística através do Teste de Wald, com significância o valor superior a 1,96 e  $p < 0,05$ , para verificar o efeito das variáveis independentes (idade, renda mensal, tempo de exercício profissional, participação em atividades educativas, estado civil, escolaridade) sobre o conhecimento da aids (Alto e Baixo). Observou-se também a medida de associação pelo *odds ratio* com valor superior a 3,84.

O estudo atendeu aos requisitos éticos estabelecidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre Pesquisas Envolvendo Seres Humanos<sup>10</sup>, conforme parecer favorável pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde/CCS/UFPB sob o nº 646.790 e CAAE 30177914.9.0000.5188.

## RESULTADOS

Das 90 mulheres profissionais do sexo do estudo, 84,4% (76) se definiram com o estado civil de solteiras; 8,9% (8) como casadas; 5,6% (5) divorciadas e apenas 1,1% (1) sendo viúva.

Em relação à escolaridade, 50% (45) concluíram o ensino médio, 20% (18) com ensino fundamental completo, 17,8% (16) analfabetas, 6,7% (6)

ensino superior completo e 5,6% (5) ensino superior incompleto, ou seja, 62,2% (56) totalizam o nível de escolaridade acima do ensino médio.

Ainda se destaca o número significativo de mulheres (70%) que frequentaram atividades educativas para prevenção de DST e HIV/Aids e afirmaram ter realizado teste anti- HIV, informando o resultado sorológico como não reagente (87,8%).

A idade das mulheres situa-se de 18 a 30 anos, sendo média de 23,79 anos e desvio padrão 3,84. A renda mensal das profissionais varia até quatro salários mínimos (salário vigente de R\$724,00 reais). Observa-se que há uma variabilidade no tempo de exercício profissional dessas mulheres, sendo o menor tempo de um mês e o maior com 15 anos.

O conhecimento das profissionais do sexo em relação ao HIV nas dimensões D3, D4 e D5 apresentou percentual de acerto significativamente diferentes ( $p < 0,001$ ) (Tabela 1).

**Tabela 1:** Distribuição de medidas descritivas quanto os acertos das respostas das dimensões D3, D4, D5. João Pessoa/PB, 2014 (N=90).

Dimensão		Média	DP	Mínimo	Máximo	Friedman	
D3	Escore	17,23	2,60	12,00	30,00	< 0,001*	
	% acerto	53,85	8,13	37,50	93,75		
D4	Escore	17,99	1,90	14,00	22,00		
	% acerto	69,19	7,30	53,85	84,62		
D5	Escore	5,67	1,08	3,00	8,00		
	% acerto	70,83	13,51	37,50	100,00		
D3D4D5		Escore	40,76	3,16	33,00	49,00	
D3D4D5		% acerto	61,75	4,79	50,00	74,24	-

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

\* $p < 0,05$  significativo. DP=desvio padrão.

Os acertos das respostas das profissionais do sexo quanto ao conhecimento sobre o HIV, distribuídos nos itens das dimensões (D3, D4 e D5), destaca-se 100% (90) de acerto para os itens que afirmam o uso do preservativo como forma de prevenção; a transmissão do HIV pela relação sexual com penetração vaginal, oral e anal; a presença do HIV no sangue e sêmen do portador do vírus; atribuição de magreza a pessoa com HIV e o prolongamento das pessoas com a doença pelo uso de medicamentos (Tabela 2).

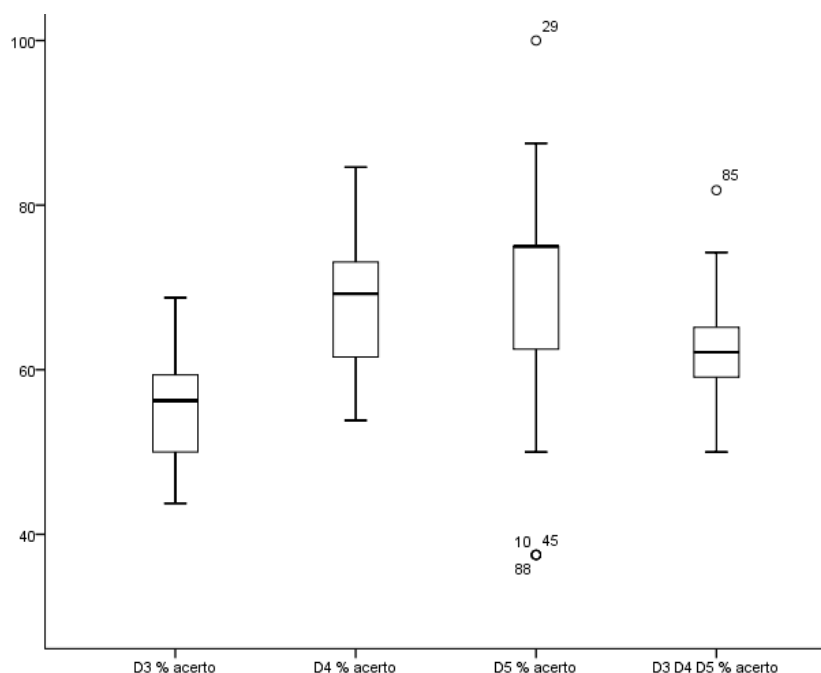
**Tabela 2:** Distribuição das respostas das dimensões do teste de conhecimento sobre HIV/Aids das mulheres profissionais do sexo quanto aos itens com maior e menor acerto. João Pessoa/PB, 2014. N=90.

Dimensões	Soma de acertos	
	n	%
<b>D3: formas de contágio e prevenção, atributos fisiológicos e comportamentais da aids</b>		
<b>Itens com maior acerto</b>		
-O uso do preservativo (camisinha masculina ou feminina) é uma forma de se prevenir do contágio pelo vírus da aids.	90	100,0
-O HIV pode ser transmitido através de abraços.	90	100,0
-O vírus da aids pode ser transmitido através de relação sexual com penetração, seja vaginal, oral ou anal.	90	100,0
<b>Itens com menor acerto</b>		
-Se uma pessoa portadora do HIV tiver relação sexual com penetração (seja oral, vaginal, anal) com alguém que não tenha o vírus, certamente transmitirá o vírus para essa pessoa.	15	16,6
-No momento que uma pessoa com HIV morre, o vírus no seu sangue torna-se inativo (incapaz de ser transmitido).	17	18,8
-Desinfetantes como álcool, água oxigenada e hipoclorito de sódio (água sanitária) são capazes de destruir o vírus da aids presente em objetos.	10	11,1
-Se um bebê nasceu com HIV, certamente seu pai também tem o vírus.	7	7,7
-Uma pessoa que já tenha o vírus da aids não pode ser contaminada novamente.	3	3,3
-Uma pessoa só transmite o HIV se ela estiver doente de aids.	29	32,2
-Se duas pessoas virgens fizerem sexo com penetração (seja vaginal, anal ou oral), não existe a possibilidade de haver contaminação por HIV entre elas.	19	21,1
<b>D4: sintomatologia que o HIV provoca no ser humano</b>		
<b>Itens com maior acerto</b>		
-Pode existir HIV no sêmen de um homem portador do vírus da aids.	90	100,0
-Pode existir HIV no sangue de uma pessoa portadora do vírus da aids.	90	100,0
-Se uma pessoa tem o HIV, certamente ela será muito magra.	90	100,0
<b>Itens com menor acerto</b>		
-Já foi encontrado HIV na urina de pessoas com aids.	6	6,6
-Geralmente os sintomas iniciais da aids são: febre, calafrios, dor de cabeça, dor de garganta, dores musculares, manchas na pele, aparecimento de ínguas.	27	30,0
-Se uma pessoa se contaminasse com o vírus da aids hoje, somente daqui há três meses ela seria capaz de transmiti-lo a outra pessoa.	32	35,5
<b>D5: Tratamento da aids.</b>		
<b>Item com maior acerto</b>		
-De maneira geral, os medicamentos usados no tratamento da aids aumentam o tempo de vida das pessoas com a doença.	90	100,0
<b>Item com menor acerto</b>		
-Assim que uma pessoa descobrir que é portadora do HIV, deve começar a tomar os medicamentos para aids.	13	14,4

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

A D3, que contempla as formas de contágio e prevenção, atributos fisiológicos e comportamentais da aids apresentou uma menor porcentagem de

acerto de respostas (53,8%) em relação as demais dimensões (D4 e D5). A D5, que verifica o conhecimento sobre o tratamento da aids se destaca entre as demais (D3 e D4) pelo maior percentual de acerto de respostas (70,8%) (Gráfico 1).



**Gráfico 1:** Diagrama quanto aos percentuais de acerto das dimensões D3, D4, D5 e D3D4D5. João Pessoa/PB, 2014. N=90.

O conhecimento sobre HIV pelas mulheres quanto a variável percentual de acerto nas D3, D4, D5 apresentou um valor mínimo de 50,0% e máximo de 74,2% de acerto (Gráfico 1), significando afirmar que, numa escala de 0 a 100, a profissional que tem mais conhecimento dentre as demais mulheres possui um *déficit* de 25,0% do conhecimento total do instrumento, sendo considerado como “insatisfatório”.

Observa-se ainda na D5 que entre as 90 mulheres do estudo, três profissionais do sexo, contribuíram para um baixo conhecimento sobre HIV/Aids (escore inferior a cinco pontos), dentre as quais, duas mulheres apresentam escolaridade de nível médio/superior e tempo de profissão de cinco e de três anos, respectivamente.

Na D3, D4, D5, pode-se observar o registro de uma mulher que apresenta um nível de conhecimento considerado “alto”, embora com ponto

inferior ao de corte (60 pontos), em relação aos demais (escore de 40 pontos de acerto), com escolaridade de ensino superior e 14 anos de exercício profissional (Gráfico 1).

A influência da escolaridade no conhecimento sobre o HIV e as dimensões D3, D4, D5 não apresenta diferença significativa nas médias dos percentuais de acerto por escolaridade ( $p=0,476$ ), porém, há diferença significativa no percentual médio de acerto por dimensões D3, D4 e D5 ( $p<0,001$ ) (Tabela 3).

**Tabela 3:** Distribuição da escolaridade, média dos percentuais de acerto em relação a D3, D4, D5 e correlação de variáveis sociodemográficas com o conhecimento das dimensões através da estimativa dos parâmetros do modelo de regressão logística com variável dependente nível de conhecimento Baixo e Alto. João Pessoa/PB, 2014 (N=90).

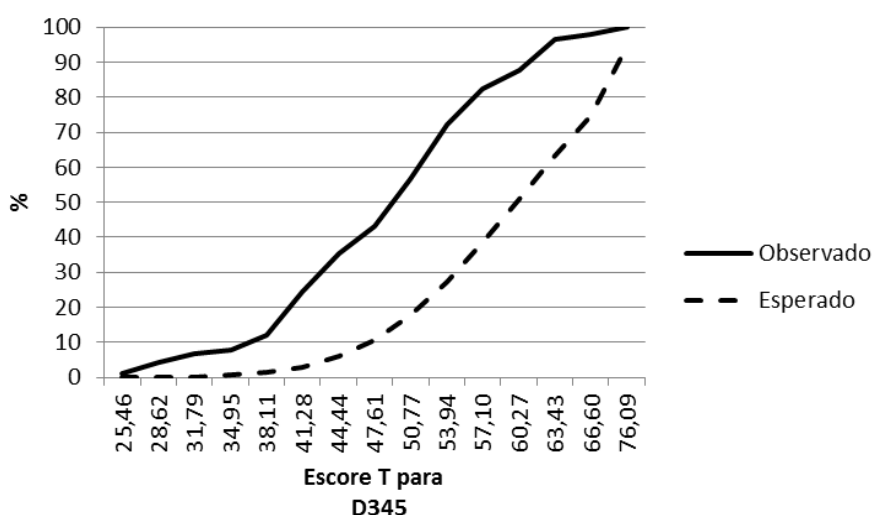
<b>Escolaridade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>% (D3)</b>	<b>% (D4)</b>	<b>% (D5)</b>	<b>% (D3D4D5)</b>	<b><math>\Lambda</math> de Wilk (p)</b>	
Analfabeto	16	17,8	53,32	68,27	71,09	61,36		
Ensino Fund. Completo	18	20,0	53,99	69,23	76,39	62,71		
Ensino médio completo	45	50,0	53,96	69,23	70,28	61,95	0,476	
Ensino Superior incompleto	5	5,6	48,13	73,08	65,00	60,00		
Ensino Superior Completo	6	6,7	58,85	67,95	62,50	59,85		
Total	90	100,0	53,85	69,19	70,83	61,75		
<b><math>\Lambda</math> de Wilk (p)</b>			<b>&lt; 0,001*</b>					
<b>Variáveis independentes</b>		<b>B</b>	<b>EP</b>	<b>Wald</b>	<b>gl</b>	<b>Sig (p)</b>	<b>Odds</b>	<b>IC Odds 95%</b>
Idade		0,17	0,24	0,50	1	0,48	1,19	0,74 1,89
Renda mensal		0,22	0,84	0,07	1	0,80	1,24	0,24 6,44
Tempo de exercício profissional		-0,28	0,31	0,80	1	0,37	0,76	0,42 1,39
Participação em atividades educativas		1,99	1,56	1,62	1	0,20	7,31	0,34 156,70
Estado civil		-2,74	1,85	2,19	1	0,14	0,07	0,00 2,43
Escolaridade		-1,07	0,86	1,55	1	0,21	0,34	0,06 1,85
D3		1,11	0,44	6,32	1	0,01*	3,03	1,28 7,17
D4		2,04	0,67	9,32	1	0,00*	7,71	2,08 28,61
D5		3,45	1,42	5,91	1	0,02*	31,50	1,95 508,37
Constante		-80,42	26,49	9,21	1	0,00*	0,00	

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.  $P<0,05$ . EP= Erro padrão.gl= grau de liberdade. Sig= Significância. Odds= Odds Ratio. IC Odds 95%= intervalo com 95% de confiança. \* $p<0,05$  estatisticamente significativo

O modelo de regressão logística utilizado para avaliar o efeito das variáveis independentes sobre o conhecimento da aids nos grupos Alto e Baixo conhecimento (acima ou abaixo de 60 pontos) representados na Tabela 3, revela efeito significativo em D3, D4 e D5 e mostra, de uma forma indireta, a qualificação do instrumento na avaliação do conhecimento do HIV de forma mais efetiva que as demais variáveis independentes.

Verifica-se que a D5 é a que contribui com maior peso estatístico no conhecimento ( $p=0,02$ ), além do valor *odds* demonstrar a probabilidade do indivíduo que respondeu corretamente a D5 possuir 31,5 mais chances de possuir o conhecimento das demais dimensões, destacando ainda, a significância estatística do intervalo de confiança entre 1,95 e 508,37.

O conhecimento das profissionais sobre o HIV se apresenta com um nível considerado como “abaixo do Esperado”, exemplificado ao realizar um ponto de corte de 80,0%, o escore T das entrevistadas se encontra entre 53 e 57 itens respondidos corretamente, enquanto que o padrão esperado seria entre 66 e 76 (Gráfico 2). Pode-se perceber uma discrepância entre os valores percentuais “Esperado” e o “Observado”.



**Gráfico 2:** Percentuais acumulados entre valores observados para os respondentes e os valores percentuais esperados obtidos pela distribuição do escore T para D3D4D5. João Pessoa/PB, 2014. N=90.

## DISCUSSÃO

A predominância do estado civil de solteira das mulheres profissionais do sexo (84,4%) também é uma realidade em estudo realizado com mulheres (76%) em Fortaleza/CE (2009).<sup>11</sup>

A baixa renda financeira mensal das profissionais também comunga com 100 mulheres profissionais do sexo na China<sup>12</sup> (2015). Nesse estudo citado, verificou-se um valor inferior a 360 dólares, sendo considerado como baixa renda. Ainda ressalta-se que em relação ao tempo de exercício profissional, o mínimo foi até seis meses, com 38% e máximo, com 9%, há mais de três anos. Todavia, as mulheres do presente estudo exercem atividade laboral no tempo máximo de 15 anos como profissionais do sexo.<sup>12</sup>

O menor percentual de acerto no conhecimento da D3 (53,8%) torna-se preocupante pela importância do tema no exercício profissional dessas mulheres, uma vez que aborda questões que contemplam as formas de contágio e prevenção, atributos fisiológicos e comportamentais da aids. Tal fato, pode se caracterizar como uma fragilidade da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), por refletir que as ações de prevenção não têm atendido as profissionais do sexo nas suas especificidades, levando cada vez mais ao distanciamento desta categoria profissional dos serviços de saúde.<sup>13</sup>

Ainda quanto ao aspecto do contágio, prevenção e atributos fisiológicos da aids (D3), cabe versar o baixo percentual de acertos (3,3%) sobre a afirmativa da possível recontaminação do HIV por uma pessoa que convive com o vírus da aids. Este achado deve ser valorizado pelas ações preventivas, uma vez que há uma tendência das pessoas quanto à possibilidade afirmativa de que soropositivos podem relacionar-se, dispensando o uso de preservativo. Trata-se de uma prática insegura devido a troca de diferentes HIV, causando resistência aos medicamentos antirretrovirais.<sup>14</sup>

O conhecimento das mulheres profissionais do sexo sobre a sintomatologia que o HIV provoca no ser humano, demonstrou baixo nível de conhecimento nos itens relacionados aos sintomas como febre, calafrios, dor de cabeça, dor de garganta, dores musculares, manchas na pele,

aparecimento de ínguas (30,0%) e presença do HIV na urina de pessoas com aids (6,6%). O baixo conhecimento sobre a presença desses sintomas pode favorecer as mulheres a sua não associação a uma possível infecção pelo HIV e retardar a procura por uma assistência à saúde.

O não reconhecimento por parte das profissionais do sexo sobre os sinais e sintomas da infecção pelo HIV torna-se relevante, pois reforça a necessidade de facilitar o acesso dessas mulheres ao sistema de saúde.<sup>15</sup>

Ainda ressalta-se que os serviços de saúde precisam demandar estratégias em conscientizar essas mulheres das implicações da condição de que quanto maior o tempo em que permanecem infectadas, sem tratamento adequado, há uma possibilidade maior de clientes infectados, favorecendo a cadeia de transmissão.<sup>11</sup>

Vale ressaltar uma mudança na aparência das pessoas com aids quando 100% de acerto das respostas das mulheres negam que o portador do HIV certamente será muito magro.

O conhecimento quanto ao tratamento da aids exibiu um déficit referente ao momento de início do tratamento, correspondendo a 14,4%. Entretanto, atualmente o Ministério da Saúde preconiza que o tratamento deve ser iniciado o mais rápido possível após descoberta da soropositividade, pois se aumentam as possibilidades de elevação dos níveis de linfócitos CD4.<sup>16</sup>

As mulheres se destacam quanto à escolaridade por terem cursado ensino médio completo (62,2%), enquanto em outros grupos de mulheres predomina o ensino fundamental completo ou em curso.<sup>11,17,18</sup>

No entanto, a escolaridade das mulheres profissionais do sexo não influenciou ( $p=0,476$ ) no conhecimento sobre HIV/Aids, mas houve uma diferença significativa no percentual médio de acerto por dimensões ( $p<0,001$ ). Tais achados, sugerem uma vulnerabilidade individual das mulheres profissionais do sexo ao HIV, remetendo a lacunas referentes aos programas DST e aids; perfil sócio, político e cultural; grau de consciência e conhecimento sobre HIV/Aids.<sup>4</sup>

Importante destacar que embora as mulheres estudadas apresentem conhecimento sobre HIV/Aids em determinados itens do instrumento, não houve uma pontuação considerada satisfatória determinada pelo escore T.

Ainda ressalta-se que, a escolaridade das mulheres não apresentou significância estatística ( $p>0,05$ ) sobre o conhecimento das dimensões com o tempo de exercício profissional, estado civil, renda e participação em atividades educativas.

Neste aspecto, pode-se compreender a necessidade da adoção de estratégias para que informações sobre o HIV sejam apreendidas e praticadas pelas mulheres profissionais do sexo, seguindo o exemplo de experiências positivas realizadas com essa categoria em outros contextos no Brasil, Quênia, Tailândia e Ucrânia (2014), a exemplo de intervenções em forma de capacitação no intuito de diminuir a infecção pelo HIV nesse grupo populacional.<sup>19</sup>

## **CONCLUSÃO**

O estudo verificou que as variáveis sociodemográficas (idade, renda mensal, tempo de exercício profissional, estado civil, escolaridade e participação em atividades educativas) não mostraram-se significativas para explicar o baixo ou alto conhecimento sobre o HIV das mulheres profissionais do sexo.

As mulheres com baixa escolaridade e maior tempo de exercício profissional apresentaram maior conhecimento sobre o HIV em relação as demais, o que nos remete a reflexões quanto a necessidade de outros estudos que possam contribuir para uma melhor compreensão das relações que emergem e se reproduzem nos contextos vividos por essas mulheres. Apesar disso, as dimensões estabelecidas no instrumento por si só apresentaram significantes para avaliar o conhecimento e revelou escores de acertos diferenciados para cada dimensão, sendo a D5 quanto ao conhecimento sobre o tratamento da aids, com a menor percentagem de erros.

Ainda foi possível observar que apesar do conhecimento sobre HIV apresentar-se satisfatório em itens do teste, este não atinge os valores ideais preconizados por escores T em nenhuma das dimensões, o que implica na necessidade de repensar as estratégias adotadas nas ações educativas promovidas para essa população feminina.

O baixo conhecimento das mulheres profissionais do sexo sobre a temática do contágio pelo HIV/Aids merece atenção ao considerar que o sexo é a principal matéria prima do seu trabalho e a principal forma de disseminação do vírus. Entretanto, deve-se ressaltar o alto conhecimento das mulheres quanto ao uso do preservativo como uma forma principal de se prevenir do contágio pelo vírus da aids, ainda que esse conhecimento não garanta o uso do método, principalmente pelos contextos sociais vividos por essas mulheres .

Neste sentido, estratégias que retroalimentem o conhecimento sobre a possibilidade de infecção pelo HIV/Aids, minimizando a sua transmissão e potencializando a prática sexual segura, tornam-se essenciais no processo de luta contra a epidemia do HIV.

Com os resultados apresentados nesse estudo, espera-se contribuir para um melhor entendimento acerca das manifestações/contribuições de um grupo social, notadamente marginalizado, em vista da discussão/prevenção de uma doença cada vez mais atualizada. Ademais, este é um achado que serve para outras investigações ou debates sobre a temática, que não tem se esgotado na dimensão complexa que a aids tem se apresentado ao mundo.

## REFERÊNCIAS

- 1.Barbosa AJ, Szwarcwald CL, Pascom ARP, Souza Júnior PB. Tendências da epidemia de AIDS entre subgrupos sob maior risco no Brasil, 1980–2004. *Cad Saude Publica*. 2009;25:727–737.DOI: 10.1590/S0102-311X2009000400003
- 2.Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV/Aids. Brasília, junho 2014.
- 3.Figueiredo R, Peixoto M. Profissionais do sexo e vulnerabilidade. *BIS, Bol Inst Saúde*. 2010; 12(2): 1518-812
- 4.Ayres JRJM, Calazans GJ, Saletti HCF, França Junior I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. Tratado de Saúde Coletiva. 2ª Ed. São Paulo:Hucitec/Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 375-417.
- 5.Damacena GN, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB. Práticas de risco ao HIV de mulheres profissionais do sexo. *Rev.Saúde Pública* [online]. 2014;48(3): 428-37. DOI:10.1590/S0034-8910.2014048004992
- 6.Auerbach JD, Parkhurst JO, Caceres CF. Addressing social drivers of HIV/AIDS for the long-term response: conceptual and methodological considerations. *Glob Public Health*. 2011;6(suppl 3):S293–309. DOI: 10.1080/17441692.2011.594451
- 7.Beattie TS, Mohan HL, Bhattacharjee P, Chandrashekar S, Isac S, Wheeler T, Prakash R, Ramesh BM, Blanchard JF, Heise L, Vickerman P, Moses

- S, Watts C. Mobilização comunitária e empoderamento de mulheres sexo trabalhadores no estado de Karnataka, sul da Índia: associações com HIV e o risco de infecção sexualmente transmissível. *Am J Public Health*. 2014; 104(8): 1516–25. DOI: 10.2105/AJPH.2014.301911.
- 8.Natividade JC, Camargo BV. Elaboração e Evidências de Validade de um Teste de Conhecimento Científico sobre HIV/aids. *Revista Psicologia e Saúde*. 2012;4(1): 39-52.
- 9.Lindeman HR. Analysis of variance in complex experimental designs. S. Francisco. ed. Whfreeman & C.O; 1974.p.324.
- 10.Brasil. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre Pesquisas com Seres Humanos. Diário Oficial da União. Brasília, 2012.
- 11.Moura ADA, Oliveira RMS,Lima GG,Farias LM, Feitoza AR. O comportamento de prostitutas em tempos de aids e outras doenças sexualmente transmissíveis: como estão se prevenindo?.*Texto contexto - enferm*. [online]. 2010;19(3): 545-553. DOI: 10.1590/S0104-07072010000300017
- 12.Zeng H, Zhao Y, Meng S, Tang X, Guo H, Wang Y,Zhang L. Exploring HIV Prevention Strategies among Street-Based Female Sex Workers in Chongqing, China. *nt J Environ Res Public Health*. 2015 Jan; 12(1): 855–870.
- 13.Aquino PS, Ximenes LB, Pinheiro AKB. Políticas públicas de saúde voltadas à atenção à prostituta: breve resgate histórico. *Enfermagem em Foco*. 2010; 1(1):18-22.
- 14.Silva AM, Camargo Junior, KR. A invisibilidade da sorodiscordância na atenção às pessoas com HIV/AIDS. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2011;16(12): 4865-74. DOI: 10.1590/S1413-81232011001300035
- 15.Damacena GN, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB, Dourado I. Risk Factors Associated With HIV Prevalence Among Female Sex Workers in 10 Brazilian Cities. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2011;57(3). DOI: 10.1097/QAI.0b013e31821e9bf6
- 16.Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento DST, Aids e Hepatites Virais. 2014.
- 17.Silveira MF, Teixeira AMFB,Stephan LS,Rosenthal RM, Alves CL,Brum VM, et al. Conhecimento sobre sorologia para sífilis e HIV entre profissionais do sexo de Pelotas, Brasil. *DST - J bras Doenças Sex Transm*. 2009;21(1): 27-33.
- 18.Todd CS, Nasir A, Stanekizai MR, Bautista CT, Botros BA, Scott PT, et al. HIV, hepatitis B, and hepatitis C prevalence and associated risk behaviors among female sex workers in the afghan cities. *AIDS*. 2010;24(2):69-75. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2010.10.006>
- 19.Wirtz AL, Pretorius C, Beyer C, Baral S, Decker MR, Sherman SG, et al. Epidemic Impacts of a Community Empowerment Intervention for HIV Prevention among Female Sex Workers in Generalized and Concentrated Epidemics. *PLoS One*. 2014; 9(2): e88047. DOI: 10.1371/journal.pone.0088047

4.2 Artigo 02: submetido à defesa pública e a ser enviado a publicação na Revista Eletrônica de Enfermagem

**Conhecimento de mulheres profissionais do sexo sobre HIV/Aids e sua influência nas práticas sexuais**

Anna Cláudia Freire de Araújo Patrício<sup>1</sup>, Valéria Peixoto Bezerra<sup>2</sup>, Jordana de Almeida Nogueira<sup>3</sup>, Antonia Oliveira Silva Paredes Moreira<sup>4</sup>, Brígido Vizeu Camargo<sup>5</sup>, Jiovana de Souza Santos<sup>6</sup>, Maria de Lourdes de Farias Pontes<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa/PB, Brasil. claudia.freirearaujo@gmail.com

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora. Professora da Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB, Brasil. E-mail: valeriapbez@gmail.com.

<sup>3</sup>Enfermeira. Doutora. Professora da Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB, Brasil. E-mail: jalnogueira31@gmail.com

<sup>4</sup> Enfermeira. PhD. Professora da Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB, Brasil. E-mail: alfaleda@hotmail.com

<sup>5</sup>Psicólogo. Doutor. Professor da Universidade Federal da Santa Catarina, Brasil. E-mail: brigido.camargo@yahoo.com.br

<sup>6</sup> Graduanda de Enfermagem. Centro Universitário de João Pessoa/PB. João Pessoa/PB, Brasil. E-mail: jiovana\_santos@hotmail.com.

<sup>7</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela EERP-USP; Professora do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria. Paraíba, Brasil. E-mail: pontesshalom@gmail.com

**RESUMO**

Objetivou-se analisar o conhecimento de mulheres profissionais do sexo sobre HIV/Aids e sua influência nas práticas sexuais. Participaram do estudo 90 mulheres, entre maio e setembro de 2014. Utilizaram-se questionário sociodemográfico e Teste de Conhecimento Científico sobre o HIV/Aids e práticas sexuais. Aplicou-se o teste Wald para verificar a relação entre o conhecimento e as práticas sexuais com  $p < 0,05$  estatisticamente significativo. Destacam-se: escore 70,8% de conhecimento sobre o tratamento da aids; 72,2% praticam sexo sem preservativo em troca de quantia financeira maior; 74,4% praticam sexo oral; 53,3% praticam sexo em período menstrual; 62,2% possuem relação sexual com usuário de drogas; 75,6% com cliente apresentando feridas no pênis ou ânus e 90% referiram medo de contrair aids. O coeficiente B(-0,19) revelou que quanto maior o conhecimento sobre o HIV/Aids menor a adoção de práticas sexuais de risco. O HIV permanece desafiador, na medida em que há um *déficit* no conhecimento e a presença de práticas sexuais inseguras.

**Descritores:** HIV, profissional do sexo, conhecimento, comportamento sexual.

## INTRODUÇÃO

A infecção pelo HIV no Brasil permanece apresentando alta prevalência com aumento no número de casos nos últimos 10 anos, sendo o crescimento caracterizado por múltiplas dimensões e diferenças no perfil epidemiológico entre as regiões do país, havendo registros de aumento de casos nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Sul e a região Sudeste com tendência significativa no declínio do número de casos nos últimos dez anos (2004-2014)<sup>(1)</sup>.

No Brasil, houve notificação de aproximadamente 757 mil casos de aids (1980-2014), sendo a região Nordeste responsável pelo registro de 108.599 casos da infecção e 265.251 (35%) casos em pessoas do gênero feminino. No ano de 2014, houve o registro de 163 casos de infecção pelo HIV em mulheres entre 15 e 19 anos e 1150 casos em mulheres compreendidas entre 20 e 29 anos<sup>(1)</sup>.

Estudo realizado pelo Departamento de DST, aids e Hepatites Virais em dez cidades brasileiras, no ano de 2009, com 2523 mulheres profissionais do sexo (MPS), registrou 4,9% (124) casos de aids nesse grupo<sup>(2)</sup>. Essas mulheres são consideradas vulneráveis às DSTs, devido aos comportamentos de risco, como o uso de drogas lícitas e ilícitas, prática de sexo sem preservativos, baixa escolaridade, grande mobilidade geográfica, difícil acesso aos serviços de saúde e barreiras relacionadas a gênero e estigmas sociais<sup>(3)</sup>.

O monitoramento das práticas e atitudes das populações sob maior risco à infecção pelo HIV torna-se imprescindível para elaboração de intervenções eficazes nesses subgrupos populacionais, gerando alterações significativas no padrão de disseminação da epidemia de HIV/Aids na população geral<sup>(4)</sup>.

O conhecimento sobre as vias de transmissão pelo HIV foi observado em estudo com 395 mulheres profissionais do sexo, em Goiânia (2010), quando a maioria das entrevistadas considerou que uma pessoa com aspecto saudável pode estar infectada pelo HIV (91,7%) e que o compartilhamento de seringas e agulhas durante o uso de drogas injetáveis pode transmitir o agente viral (99,0%); porém, ainda existem informações errôneas quanto a uma transmissão através de mosquito e o desconhecimento do contágio pela amamentação<sup>(5)</sup>.

Estudo (2011) realizado na Índia com objetivo de detectar a eficácia dos programas de prevenção ao HIV em mulheres profissionais do sexo revelou benefícios na execução de atividades educativas para minimização da

vulnerabilidade à infecção pelo vírus, demonstrando a valorização do conhecimento na adoção de práticas preventivas<sup>(6)</sup>.

Nesse sentido, as mulheres profissionais do sexo possuem conhecimento sobre a importância de manter relações sexuais protegidas, mas se deixam influenciar pelo desejo de seus parceiros sexuais e pela falta de poder de negociação para utilização do preservativo. Outros fatores podem contribuir para a não adoção da prática sexual protegida por essas mulheres, relacionados a uma melhor remuneração, ao envolvimento emocional, a confiança no parceiro e ao efeito causado pelo uso de álcool ou drogas<sup>(7-9)</sup>.

Os profissionais do sexo e seus clientes comumente praticam sexo anal, mas uma proporção relativamente elevada de clientes insiste em não usar preservativos, levando a um maior risco de se contrair o HIV e sua transmissão posterior para outros parceiros sexuais masculinos e femininos, sendo importante considerar a necessidade do sexo anal seguro, devendo-se incorporar este tema nos programas de prevenção<sup>(10)</sup>.

Investigação multicêntrica realizada no Brasil evidenciou que a frequência do uso de preservativo com clientes é diretamente proporcional ao nível de conhecimento das MPS sobre os meios de transmissão das DST/HIV<sup>(11)</sup>.

Sabendo que, o ato sexual desprotegido favorece a disseminação do HIV e que mulheres profissionais do sexo utilizam o sexo como fonte de subsistência, torna-se primordial investigar o conhecimento dessas mulheres sobre o HIV/Aids, bem como identificar a influência deste conhecimento na adoção de práticas sexuais, almejando emergir ações de minimização do contágio do HIV nesse grupo.

Nesta perspectiva, pretende-se responder aos seguintes questionamentos: qual o conhecimento sobre HIV/Aids das mulheres profissionais do sexo? Como esse conhecimento influencia as práticas sexuais dessas mulheres?

Para atender esses questionamentos, o estudo possui como objetivo: analisar o conhecimento sobre HIV/Aids de mulheres profissionais do sexo e sua influência nas práticas sexuais.

## **MÉTODO**

Pesquisa exploratória e quantitativa realizada com 90 mulheres profissionais do sexo da Associação das Prostitutas da Paraíba (APROS/PB), localizada em João Pessoa-PB.

Essa associação registra 160 mulheres, das mais diversas faixas etárias e procedências do Estado da Paraíba. Para realização do estudo considerou-se a base populacional de 92 mulheres profissionais do sexo cadastradas na APROS/PB, no ano de 2013, que obedeceram aos critérios de inclusão: exercer atividade profissional no município de João Pessoa-PB e se encontrar na faixa etária entre 18 a 30 anos. Vale registrar a recusa de duas profissionais do sexo em participar no estudo. A escolha por essa faixa etária se deve por considerar um grupo populacional com uma alta prevalência da infecção pelo HIV<sup>(1)</sup>.

Os dados foram coletados no período de maio a setembro de 2014, com a utilização de dois instrumentos, sendo o primeiro referente aos dados sociodemográficos (idade, naturalidade, escolaridade, estado civil, religião, renda mensal e participação no domicílio, tempo de exercício profissional, participação em atividades educativas sobre HIV/Aids e teste sorológico anti-HIV com respectivo resultado). O segundo instrumento contemplou 66 questões de um total de 85 questões objetivas distribuídas em seis dimensões (D1,D2,D3,D4,D5 e D6) do Teste de Conhecimento sobre HIV/Aids de Natividade e Camargo (2012). Para o estudo optou-se pela utilização das Dimensões D3 (32 itens), D4 (26 itens) e D5 (08 itens).

Uma dimensão (D7) foi elaborada pelos autores e acrescida ao referido teste abordando questões referentes às práticas sexuais, contemplando 16 itens com possibilidades de respostas fechadas (sim, não ou não sei).

Os dados coletados através dos dois instrumentos foram digitados em uma planilha EXCEL e em seguida repassados para um arquivo no pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 19.0.

Os dados do primeiro instrumento foram submetidos à estatística descritiva com frequência absoluta e relativa, média, desvio padrão da média, máximo e mínimo.

Os dados do segundo instrumento referentes às dimensões D3, D4 e D5 seguiram o gabarito proposto pelos autores do teste de conhecimento, que estabelece escores de acertos gerais de um (1) ponto para a resposta correta e zero (0) para as respostas erradas e não sei. O valor Escore que representa o número de itens com acerto de cada dimensão não é comparável, uma vez que cada dimensão possui quantidade de itens diferenciados. Para converter os escores em porcentagem de acerto, multiplicou-se 100 vezes o Escore e dividiu-se o resultado pelo número de itens. Desta forma se calculou os percentuais de acerto para cada dimensão, dividindo-se Escores D3, D4 e D5 pelos números de itens de

cada dimensão e para D3, D4, D5 dividiu-se por 66, número correspondente ao total de itens do instrumento completo utilizado.

Um ponto de corte foi estabelecido para classificar o conhecimento como baixo ou alto sobre a aids através do escore  $T^{(12)}$ , sendo determinado o escore abaixo de 60 pontos, como indivíduos do grupo de Baixo conhecimento, e, de 60 acima, o grupo de Alto conhecimento.

Para os dados da D7 foi elaborado um gabarito pelos autores sendo atribuído zero ponto para as respostas dadas quanto à prática sexual considerada de risco ou insegura ao contágio pelo HIV e um (1) ponto para aquelas com ausência de risco ou segura.

Em seguida os dados da D7 foram correlacionados com as D3, D4 e D5 através dos testes estatísticos de regressão logística para verificar a relação entre as variáveis independentes (dimensões) com variável dependente (nível de conhecimento Baixo e Alto), através da medida de associação *odds ratio* (valor superior a 3,84 e  $p < 0,05$ ) e o Teste de Wald (valor de significância superior a 1,96). Avaliou-se ainda pelo Teste de Wald o coeficiente B negativo indicando a influência inversamente proporcional do conhecimento das dimensões (D3, D4 e D5) e as práticas sexuais consideradas de risco (D7). Considerou-se ainda para análise o Erro padrão (EP), Grau de liberdade (gl), Significância (Sig.), Odds Ratio e intervalo de 95% de confiança. Dando continuidade, os dados processados foram discutidos com base no referencial teórico sobre a epidemia do HIV/Aids.

O estudo atendeu aos princípios éticos estabelecidos na Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde<sup>(13)</sup> e recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba sob o parecer 646.790 e CAAE 30177914.9.0000.5188.

## RESULTADOS

As 90 mulheres profissionais do sexo possuem idade média de  $23,7 \pm 3,8$  anos, com 84,4% (76) solteiras, 8,9% (8) casadas e 6,7% (6) divorciadas e viúva.

Quanto à escolaridade, 17,8% (16) são analfabetas e 62,2% (56) possuem escolaridade igual ou superior ao ensino médio. Essas mulheres exercem a profissão por um período de tempo máximo de 15 anos e mínimo de um mês ( $\pm 4,0$  anos), 87,8% (79) das profissionais realizaram o teste sorológico para o HIV com resultado negativo.

Quanto ao conhecimento sobre o HIV, as profissionais do sexo apresentaram um total de 61,7% de acertos de respostas nas três dimensões (D3, D4 e D5) que

compõem o teste, com destaque para a D5 que aborda sobre o tratamento da aids (70,8%)(Tabela 1).

**Tabela 1:** Conhecimento sobre HIV/aids de mulheres profissionais do sexo referente as dimensões (D3,D4 e D5) - João Pessoa/PB, 2014.( N=90).

<b>Dimensões/ conhecimento</b>	<b>Escore médio, desvio padrão, pontuação máxima e mínima</b>	<b>Escore</b>	<b>% acerto</b>
- D3: formas de contágio e prevenção, atributos fisiológicos e comportamentais da aids.	M= 17,2 DP= 2,6 Máx= 30 Min= 12	17,2	53,8%
- D4: sintomatologia que o HIV provoca no ser humano.	M= 17,9 DP= 1,9 Máx= 22 Min= 14	17,9	69,1%
- D5: Tratamento da aids.	M= 5,6 DP= 1,0 Máx= 8 Min=3	5,6	70,8%
- D3, D4 e D5	M = 40,7 DP=3,1 Máx= 49 Mín= 33	40,7	61,7%

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Quanto às práticas sexuais (D7) utilizadas pelas mulheres profissionais do sexo destacam-se a prática sem preservativo em troca de uma quantia financeira maior paga pelo cliente (72,2%); sexo com penetração vaginal sem preservativo por uma quantia financeira satisfatória paga pelo cliente, desde que ele concorde em ejacular fora da vagina (71,1%); não uso do preservativo com o cliente que está iniciando a sua atividade sexual (54,4%) e sexo com preservativo quando o cliente tem feridas no pênis ou ânus (75,6%) e não utilização de preservativo feminino (73,3) (Tabela 2).

**Tabela 2:** Práticas sexuais realizadas pelas mulheres profissionais do sexo. João Pessoa/PB, 2014. (N=90).

<b>ITENS</b>	<b>SIM</b>		<b>NÃO</b>		<b>NR</b>		<b>TOTAL</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1. Uso preservativo na relação sexual porque tenho mais possibilidade de contrair doenças de que o cliente.	68	75,6	22	24,4	-	-	90	100,0
2. Pratico sexo com penetração vaginal sem preservativo por uma quantia financeira satisfatória paga pelo cliente.	65	72,2	25	27,8	-	-	90	100,0
3. Pratico sexo com penetração vaginal sem preservativo por uma quantia financeira	64	71,1	26	28,9	-	-	90	100,0

satisfatória paga pelo cliente desde que ele concorde em ejacular fora da vagina.										
4.Pratico sexo oral sem preservativo.	67	74,4	23	25,6	-	-	90	100,0		
5.Pratico sexo oral sem preservativo desde que o cliente concorde em ejacular fora da boca.	65	72,2	25	27,8	-	-	90	100,0		
6.Permito que o cliente faça sexo oral em mim.	40	44,4	50	55,6	-	-	90	100,0		
7.Pratico sexo anal sem preservativo.	38	42,2	52	57,8	-	-	90	100,0		
8.Pratico sexo anal sem preservativo desde que o cliente concorde em ejacular fora.	13	14,4	77	85,6	-	-	90	100,0		
9.Uso preservativo com o cliente que está iniciando a sua atividade sexual.	41	45,6	49	54,4	-	-	90	100,0		
10.Pratico sexo com penetração sabendo que o cliente tem HIV.	59	65,6	30	33,3	1	1,1	90	100,0		
11.Pratico sexo no período menstrual.	48	53,3	42	46,7	-	-	90	100,0		
12.Compartilho aparelho de barbear com outras pessoas.	43	47,8	47	52,2	-	-	90	100,0		
13.Pratico sexo com cliente que usa droga injetável.	56	62,2	34	37,8	-	-	90	100,0		
14.Pratico sexo com preservativo feminino.	24	26,7	66	73,3	-	-	90	100,0		
15.Tenho preservativos disponíveis para usar com o cliente.	64	71,1	26	28,9	-	-	90	100,0		
16.Pratico sexo com preservativo quando o cliente tem feridas no pênis ou ânus.	68	75,6	22	24,4	-	-	90	100,0		
17.Não deve existir medo de contrair a aids na profissão.	09	10	81	90,0	-	-	90	100,0		

Fonte: Dados da pesquisa, 2014. NR= não respondeu.

Ainda analisando os dados, verifica-se que o conhecimento sobre HIV das profissionais não apresenta contribuição estatística significativa ( $p > 0,05$ ) nas suas práticas sexuais, embora apresente um coeficiente B negativo (-0,19) (Tabela 3).

**Tabela 3:** Conhecimento sobre HIV/Aids e sua influência nas práticas sexuais de mulheres profissionais do sexo através do modelo de regressão logística com variável dependente nível de conhecimento Baixo e Alto. João Pessoa/PB,2014. (N=90).

Variáveis Independentes	B	EP	*Wald	gl	Sig	*Odds	IC Odds (95%)
-------------------------	---	----	-------	----	-----	-------	---------------

<b>(dimensões)</b>									
-D3: Formas de contágio e prevenção, atributos fisiológicos e comportamentais da aids.	0,89	0,33	7,28	1	0,007**	2,43	1,27	4,65	
-D4: sintomatologia que o HIV provoca no ser humano.	1,83	0,55	10,92	1	0,001**	6,27	2,11	18,65	
-D5: Tratamento da aids .	3,10	1,14	7,29	1	0,007**	22,23	2,34	211,06	
-D7: Práticas sexuais das mulheres profissionais do sexo	-0,19	0,20	0,88	1	0,346	0,82	0,54	1,23	
- Constante	-72,39	22,07	10,75	1	0,001**	0,000			

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

\*Wald significativo > 1,96. Odds ratio significativo > 3,84 e  $p < 0,05$ . EP = erro padrão. IC = intervalo de confiança.

## DISCUSSÃO

As mulheres profissionais do sexo apresentam conhecimento sobre o HIV (61,7%) contemplando as dimensões (D3, D4, D5), porém, o destaque para um maior conhecimento (70,8%) sobre o tratamento da aids (D5) que pode ser justificado pelos avanços científicos nas respostas ao uso da Terapia Antirretroviral no contexto da epidemia do HIV/Aids que tem favorecido a atribuir como uma doença crônica<sup>(14)</sup>.

O menor percentual de acerto de respostas (53,8%) das profissionais do sexo para a dimensão que contempla as formas de contágio e prevenção, atributos fisiológicos e comportamentais da aids (D3) se define como um alerta por considerar que 70,0% (63) das participantes receberam informações sobre a prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis e HIV/Aids por meio de atividades educativas realizadas pela associação.

As práticas sexuais evidenciadas pelas profissionais do sexo sem preservativo por quantia financeira maior (72,2%), sexo em período menstrual (53,3%), não uso de preservativo com o cliente que está iniciando a sua atividade sexual (54,4%), implicam na invisibilidade de adoção de comportamentos sexuais

seguros, sendo importante para as campanhas de prevenção do HIV/Aids no intuito de buscar estratégias para assegurar o conhecimento de medidas preventivas eficazes <sup>(15)</sup>.

O não uso do preservativo em troca de quantia financeira maior paga pelo cliente também é uma realidade das mulheres profissionais do sexo da Namíbia/África (2011) que revelam o uso inconsistente de preservativo, favorecido pela falta de poder em tomar decisões, de negociação de práticas sexuais seguras, sendo muitas vezes considerado o seu uso como ameaça a masculinidade, antinatural e desagradável<sup>(16)</sup>.

O programa de baixo custo e a possibilidade de deixar de usar o preservativo por exigência dos clientes está entre as principais variáveis associadas à prevalência do HIV em mulheres profissionais do sexo<sup>(17)</sup>.

O conhecimento das mulheres para a negociação de sexo seguro com os parceiros é considerado uma das intervenções mais relevantes para reduzir a transmissão do HIV entre as mulheres que negociam sexo<sup>(18)</sup>.

Estudo realizado com adolescentes no Rio de Janeiro (2009) afirma que apesar da ampla divulgação sobre as formas de prevenção das DST/Aids desenvolvida no Brasil, muitos jovens ainda não adotam tais práticas, o que aponta dissociação entre o acesso à informação e a transformação desse saber em práticas no cotidiano. Ainda, os autores enfatizam que para redução desse fator faz-se necessário o acesso à informação efetiva para que seja possível a aquisição de comportamentos favoráveis à promoção de saúde<sup>(19)</sup>.

Entretanto, estudo realizado com 300 jovens universitários em São Paulo (2007) considera que nem sempre uma informação adquirida garante adoção de medidas de prevenção <sup>(20)</sup>.

Sabe-se que os comportamentos relacionados à maior probabilidade de infecção pelo HIV entre as mulheres profissionais do sexo estão os fatores socioeconômicos e contextos de vida<sup>(21)</sup>. No entanto, apesar de 62,2% (56) das mulheres estudadas apresentarem escolaridade igual ou superior ao ensino médio e 70,0% (63) das participantes já terem frequentado espaços de socialização de conhecimentos sobre prevenção de DSTs e HIV/Aids realizadas pela APROS/PB, os dados evidenciam que o conhecimento sobre HIV e o nível de escolaridade se contrapõem à utilização de práticas sexuais consideradas inseguras por essas mulheres, a exemplo de afirmarem que praticam sexo com penetração vaginal sem preservativo por uma quantia financeira satisfatória paga pelo cliente (72,2%).

O fato de mulheres profissionais do sexo realizarem atividade sexual desprotegida está relacionado às necessidades financeiras ou episódios de violência

contra a mulher, e, ainda ao uso de drogas por elas ou pelos clientes, contribuindo para uma maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV<sup>(22)</sup>.

A prática sexual das mulheres profissionais do sexo com clientes que apresentam feridas em ânus e pênis (75,6%) merece atenção, pois representa risco de contágio para o HIV e outras DST, por considerar que uma lesão em órgão genital externo pode ser indicativo dessas doenças transmitidas pelo contato direto, não necessitando de penetração vaginal, oral ou anal<sup>(23)</sup>.

Ainda nesse sentido, verifica-se que 62,2% (56) das profissionais já realizaram sexo com usuários de drogas injetáveis e sabe-se que este comportamento expõe o indivíduo a maior risco de infecção, pois está associado ao uso inconsistente de preservativo<sup>(24)</sup>.

Apesar de executarem práticas sexuais inseguras, o medo de contágio pelo HIV/Aids foi evidenciado pela maioria das mulheres profissionais do sexo (90,0%), podendo refletir a suscetibilidade percebida, ou seja, a probabilidade de experimentar pessoalmente a ameaça de infecção pelo HIV, no entanto, o medo pode motivar a mudança de comportamento<sup>(25)</sup>.

Os dados ainda evidenciam que apesar do conhecimento sobre HIV não apresentar contribuição estatística significativa nas práticas sexuais das mulheres profissionais do sexo ( $p > 0,05$ ), se destaca um coeficiente B negativo (-0,19) apontando que quanto menos práticas sexuais inseguras, maior o conhecimento sobre HIV/Aids apresentado por essas mulheres, ou seja, a adoção de práticas sexuais de risco são influenciadas pelo conhecimento prévio das mulheres sobre o HIV.

Estudo realizado na China (2014) com mulheres profissionais do sexo também destaca que o conhecimento influencia a prática de sexo seguro e que a estratégia eficaz para prevenção da infecção seria a educação em pares, bem como o acesso a informações pela internet com matérias relevantes através das experiências vividas por outras profissionais do sexo<sup>(26)</sup>.

Sendo assim, o conhecimento assimilado torna-se insuficiente para concretização de adoção de práticas sexuais seguras, pois as mulheres profissionais do sexo vivenciam barreiras contextuais que contribuem para o sexo inseguro no trabalho, a exemplo dessa realidade evidenciada em estudo com 174 mulheres profissionais do sexo de Nova Guiné<sup>(27)</sup>. A ausência da capacidade das mulheres em avaliar o risco exposto, aplicando o conhecimento durante o exercício profissional, diante da incapacidade em negociar o uso do preservativo ao aceitar dinheiro adicional para o sexo inseguro com clientes que recusam o seu uso, em

consequência do receio de privação econômica, influencia a exposição ao HIV dessas mulheres.

## **CONCLUSÃO**

A influência do conhecimento sobre HIV/Aids nas práticas sexuais de mulheres profissionais do sexo não se apresentou estatisticamente significativa, porém observou-se que a influência do conhecimento destas mulheres na adoção de práticas sexuais de risco são inversamente proporcionais.

As mulheres apresentam um maior conhecimento sobre o tratamento da aids em relação as formas de contágio e prevenção ao HIV/Aids, nos alertando para questões mais amplas e complexas que envolvem os contextos vividos no exercício profissional. A participação dessas mulheres em ações educativas sobre o HIV promovidas pela associação não se apresenta suficiente em garantir a adesão a práticas de sexo seguras quando envolvem aspectos financeiros na relação com o cliente, que não impedem uma pactuação para a relação sexual, exemplificativamente, quando ele se nega ao uso do preservativo ou se apresenta com ferimentos genitais.

Desta forma, mesmo que o sexo seja uma fonte de trabalho para as mulheres, o reconhecimento dos riscos e benefícios de uma prática sexual sem proteção deve ser mais bem avaliado pela profissional do sexo.

A necessidade da realização de estudos mais amplos torna-se relevante, uma vez que a adoção ou não de práticas sexuais seguras pelas profissionais do sexo não somente envolvem o conhecimento construído sobre a temática, mas também devem ser considerados fatores de ordem cultural, ambiental, social e financeira, envolvidos no contexto em que se encontram inseridas.

## **REFERENCIAS**

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV/Aids. Brasília, 2014. Acessado em 12 de janeiro de 2015. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim\\_2014\\_1\\_pdf\\_60254.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim_2014_1_pdf_60254.pdf)
2. Szwarcwald CL. Taxas de prevalência de HIV e sífilis e conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis nos grupos das mulheres profissionais do sexo, no Brasil. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2009.
3. Nurlan SN, Davies SCSC, Kaldor JJ, Wignall SS, Okoseray MM. Prevalence over time and risk factors for sexually transmissible infections among newly-arrived female sex workers in Timika, Indonesia. *Sex Health*. 2011;8(1):61-4.

4. Boily MC, Lowdes C, Alary M. The impact of HIV epidemic phases on the effectiveness of core group interventions: insights from mathematical models. *Sex Transm Infect.* 2002;78(Suppl 1):78-90.
5. Matos MA, Caetano KAA, França DDS, Pinheiro RS, Moraes LC, Teles SA. Vulnerabilidade às Doenças Sexualmente Transmissíveis em mulheres que comercializam sexo em rota de prostituição e turismo sexual na Região Central do Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2013;21(4):[07 telas]
6. Gurnani V, Beattie TS, Bhattacharjee P. et al. An integrated structural intervention to reduce vulnerability to HIV and sexually transmitted infections among female sex workers in Karnataka state, south India. *BMC Public Health.* 2011;11:755
7. Simon CP, Silva RC, Paiva V. Female juvenile prostitution and AIDS prevention programs in Brazil. *Rev Saude Publica.* 2002;36(4):82-87.
8. Amorim KMB, Oliveira J, Azevedo AF. Conhecimento e práticas de mulheres profissionais do sexo em relação à prevenção das infecções sexualmente transmissíveis, no Distrito Federal. *Rev Eletrônica de Enf do UNIEURO.* Brasília. 2008;1(2):2-17.
9. Borba KP, Clapis MJ. Mulheres profissionais do sexo e a vulnerabilidade ao HIV/AIDS /DST – J bras Doenças Sex Transm. 2006; 18(4): 254-258.
10. Ramanathan S, Nagarajan K, Ramakrishnan L, Mainkar MK, Goswami P, Yadav D, et al. Inconsistent condom use by male clients during anal intercourse with occasional and regular female sex workers (FSWs): survey findings from southern states of India. *BMJ Open.* 2014;4(11).
11. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Série Estudos Pesquisas e Avaliação. Avaliação da efetividade das ações de prevenção dirigidas às profissionais do sexo, em três regiões brasileiras. Brasília; 2004(7).
12. Lindeman HR. Analysis of variance in complex experimental designs. S. Francisco. ed. Whfreeman & C.O. 1974.324p
13. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre Pesquisas com Seres Humanos. Diário Oficial da União. Brasília, 2012.
14. Antiretroviral Therapy Cohort C. Causes of death in HIV-1-infected patients treated with antiretroviral therapy, 1996–2006: collaborative analysis of 13 HIV cohort studies. *Clin Infect Dis* 2010(50): 1387–1396. Disponível em: <http://cid.oxfordjournals.org/content/50/10/1387.full.pdf+html>
15. Yang X, Xia G. Correlates of Consistent Condom Use among Female Entertainment Workers in Shanghai, China: A Repeated Measures Analysis. *Int J STD AIDS.* 2013; 24(7): 555–9.
16. Fitzgerald AH, Martiniuk ALC, Hinchcliff R, Aochamus CE, Lee RBI do what I have to do to survive": An investigation into the perceptions, experiences and economic considerations of women engaged in sex work in Northern Namibia. *BMC Womens Health.* 2011.
17. Damacena GN, Szwarcwald CL, Souza-Jr PRB, Dourado I. Risk factors associated with HIV prevalence among female sex workers in 10 Brazilian cities. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2011;57(Suppl 3):144-52.
18. Chersich MF, Luchters S, Ntaganira I, Gerbase A, Lo YR, Scorgie F, et al. Priority interventions to reduce HIV transmission in sex work settings in sub-Saharan Africa and delivery of these services. *J Int AIDS Soc.* 2013; 16(1):17980.
19. Oliveira DC, Pontes APM, Gomes AMT, Ribeiro MCM. Conhecimentos e práticas de adolescentes acerca das DST/HIV/Aids em duas escolas públicas municipais do Rio de Janeiro. *Esc. Anna Nery Enferm* 2009; 13(4):833-41.
20. Cano MAT, Zaia JE, Neves FRA, Neves LAS. O conhecimento de jovens universitários sobre AIDS e sua prevenção. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2007;9(3):748-58 Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a14.htm>

21. Hagan JE, Dulmaa N. Risk factors and prevalence of HIV and sexually transmitted infections among low-income female commercial sex workers in Mongolia. *Sex Transm Dis.* 2007; 34: 83–87.
22. Moura ADA et al. O comportamento de prostitutas em tempos de aids e outras doenças sexualmente transmissíveis: como estão se prevenindo?. *Texto contexto - enferm.*[online]. 2010;19(3): 545-53.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.
24. Bukenya J, Vandepitte J, Kwikiriza M, Weiss HA, Hayes R, Grosskurth H. Condom use among female sex workers in Uganda. *AIDS Care.* 2013;25(6):767–774. doi: 10.1080/09540121.2012.748863. Disponível em:[http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/09540121.2012.748863#.VOZGA\\_nF\\_z8](http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/09540121.2012.748863#.VOZGA_nF_z8)
25. Witte K, Meyer G, Martell D. *Effective Health Risk Messages: A step-by-step guide.* Newbury Park, CA: Sage. 2001.
26. Zhang Youchun, Jane D. Brown, Kathryn E. Muessig, Feng Xianxiang, and He Wenzhen. Sexual Health Knowledge and Health Practices of Female Sex Workers in Liuzhou, China, Differ by Size of Venue. *AIDS Behav.* 2014 Feb; 18(0 2): 162–170. doi: 10.1007/s10461-013-0474-4. Disponível em:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3883793/>
27. Eunice B, Ludwina B, Mathias S, John MK, Christopher KF, Louise AK. HIV knowledge, risk perception, and safer sex practices among female sex workers in Port Moresby, Papua New Guinea. *International Journal of Women's Health.* 2011;3 53–6. Disponível:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3061849/pdf/ijwh-3-053.pdf>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo objetivou analisar o conhecimento de mulheres profissionais do sexo sobre HIV/aids considerando variáveis sociodemográficas e a relação desse conhecimento com as práticas sexuais.

As mulheres profissionais do sexo apresentam um maior conhecimento sobre o tratamento da aids em relação as formas de contágio e prevenção, atributos fisiológicos e comportamentais da aids em relação a sintomatologia que o HIV provoca no ser humano . Esse conhecimento reflete a divulgação pelos segmentos científicos dos avanços do tratamento da aids em favorecer o aumento da expectativa de vida das pessoas que vivem com o HIV, o que pode contribuir para a negligência de práticas preventivas por grupos populacionais. Porém, não devem ser desvalorizadas estratégias educativas para outros aspectos que a epidemia impõe, como submissão a medicamentos que apresentam efeitos colaterais severos, o afastamento de indivíduos das atividades laborais e restrições da qualidade de vida dos infectados.

Evidenciou-se pelo score T, que os escores obtidos pelas mulheres profissionais do sexo aparecem inferiores aos esperados. Embora o conhecimento seja inferior ao preconizado estatisticamente, houve registro de acertos quanto as informações sobre HIV/Aids, como: utilização de preservativos para prevenção; possibilidade de transmissão pelas vias vaginal, anal e oral; tratamento da aids e o reconhecimento de que a magreza não representa o indivíduo portados da aids.

As variáveis sociodemográficas (escolaridade, renda, tempo de atividade profissional e participação em atividades educativas) não apresentaram influência estatística no conhecimento sobre HIV/Aids, entretanto, houve diferença estatística entre os escores de acertos ( $p < 0,01$ ) por dimensão, revelando a discrepância de acertos entre elas.

Assim como mencionado, fica reforçado que o maior escore de conhecimento foi referente ao tratamento da aids, remetendo ao modelo biomédico hegemônico em que as pessoas buscam a cura de doenças, esquecendo dos principais métodos de não contrair a aids: prevenção e promoção da saúde.

As mulheres profissionais do sexo exercem práticas sexuais consideradas de risco, a exemplo do sexo sem preservativo por quantia financeira maior, sexo em período menstrual e não uso de preservativo com o cliente que está iniciando atividade sexual. Destaca-se que não houve influência do conhecimento sobre HIV/Aids na adoção de práticas sexuais.

Os resultados deste estudo podem possibilitar estratégias de políticas públicas em saúde capazes de atender as demandas singulares que permeiam o universo profissional dessas mulheres, assegurando assim, o respeito pleno aos direitos humanos constitucionais.

Por fim, recomenda-se a realização de novas pesquisas da temática, incluindo o grupo estudado, para que seja conhecida a realidade em diversos âmbitos e não apenas pela comunidade científica, mas pela população em geral, pois a epidemia permanece alarmante, silenciosa e de difícil controle.

## REFERÊNCIAS

- 1.Oliveira DC, Costa TL, Gomes AMT, Acioli S, Formozo GA, Heringer A, Giami A. Análise da produção de conhecimento sobre o HIV/AIDS em resumos de artigos em periódicos brasileiros de enfermagem, no período de 1980 a 2005. *Texto & Contexto - enfermagem*. [online]. 2006; 15(4): 654-62.
- 2.Pinel AC, Inglesi E. O que é Aids. São Paulo: brasiliense, v.300,1996. (Primeiros passos,300).
3. Friedman SR, Curtis R, Jose B, Neaigus A, Zenilman J, Culpepper-morgan J, BORG, L.; Kreek MJ, Paone D, Jarlais DCD. Sex, drugs and infections among youth: Parenterally and Sexually Transmitted Diseases in a High-Risk Neighborhood. *Sexually transmitted diseases*. 1997; 24(6):322-6.
- 4.Nascimento AMG, Barbosa CS, Medrado B.Mulheres de Camaragibe: representação social sobre a vulnerabilidade feminina em tempos de Aids.Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 2005;5(77):86.
- 5.Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS. Brasília, 2013. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/\\_p\\_boletim\\_2013\\_internet\\_pdf\\_p\\_\\_51315.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/_p_boletim_2013_internet_pdf_p__51315.pdf)
- 6.Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV/Aids. Brasília, 2014. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim\\_2014\\_1\\_pdf\\_60254.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim_2014_1_pdf_60254.pdf)
- 7.Sousa ACA. Modelo de decisão sobre os municípios prioritários para o controle da AIDS no Estado da Paraíba usando Lógica Fuzzy. Dissertação mestrado. Universidade Federal da Paraíba. Programa de Pós Graduação em Modelos de Decisão e Saúde. João Pessoa/PB, 2012.
- 8.Guimarães K, Merchán-hamann E. Comercializando fantasias: a representação social da prostituição, dilemas da profissão e a construção da cidadania. *Rev Estud Fem*. 2005;13(3):525-44.
- 9.Corrêa S, Pimenta C, Maksud I, Deminicis S, Olivar JM. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. Sexualidade e desenvolvimento: A política brasileira de resposta ao HIV/AIDS entre profissionais do sexo, Rio de Janeiro, 2011.
10. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego.Brasília. Classificação Brasileira de Ocupações. 5198: Profissionais do sexo,2005.
11. Brasil. Projeto de Lei nº 4211 de 2012. Regulamenta a atividade dos profissionais do sexo,2012.
- 12.Moura ADS, Oliveira RMS, Lima GG, Farias LM, Feitoza AR. O comportamento de prostitutas em tempos de AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis: como estão se prevenindo? *Texto & Contexto - enfermagem*. 2010; 19(3): 345-33.

13. Baral S, Beyrer C, Muessig K, Poteat T, Wirtz AL, Decker MR, et al. Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infectious diseases*. 2012; 12: 538–49.
14. Ayres JRCM. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.117-39.
15. Andrea LWCP, Chris B, Stefan B, Michele RD, Susan GS, Michael S, Tonia P, Jennifer B, Robert O, Iris SDK. Epidemic Impacts of a Community Empowerment Intervention for HIV Prevention among Female Sex Workers in Generalized and Concentrated Epidemics. *Impacts of Sex Worker Empowerment Interventions*. 2014;9(2):e88047.
16. Vianna A, Lacerda P. *Direitos e políticas sexuais no Brasil: o panorama atual*. 1ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Centro latino-americano em Sexualidade e Direitos Humanos/ Instituto de Medicina Social; Coleção Documentos, 2004.
17. Botelho SMN. *Prostituição de adolescentes: uma imagem construída na adversidade da sociedade*. São Paulo, 2003.
18. Moura ADA, Pinheiro AKB, Barroso MGT. Realidade vivenciada e atividades educativas com prostitutas: subsídios para a prática de enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2009;13(3):602-8.
19. Aquino OS, Nicolau AZO, Moura ERF, Pinheiro, AKB. Perfil sociodemográfico e comportamento sexual de prostitutas de Fortaleza – CE. *Texto & Contexto - enfermagem*. 2008;17(3): 427-34.
20. Simon CP, Silva RC, Paiva, V. Prostituição juvenil feminina e a prevenção da Aids em Ribeirão Preto, SP. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(4):82-7.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Relatório de Progresso da Resposta Brasileira ao HIV/AIDS (2010-2011)*, 2012. Disponível em: <http://www.unaids.org.br/biblioteca/coletanea2012/links/ONU/ONU%2011.pdf>
22. Matos AM, Karlla AAC, Divânia DSF, Raquel SP, Luciene CM, Sheila AT. Vulnerabilidade às Doenças Sexualmente Transmissíveis em mulheres que comercializam sexo em rota de prostituição e turismo sexual na Região Central do Brasil. *Rev latino-americana de enfermagem*. 2013; 21(4): 07 telas.
23. Pequegnat W, Fishbein M, Celentano D, Ehrhardt A, Garnett G, Holtgrave D, et al. NIMH/APPC workgroup on behavioral and biological outcomes in HIV/STD prevention studies: a position statement. *Sexually transmitted diseases*. 2000;27(3):127-32.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *PCAP-2008 – Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 64 anos*, 2008. Brasília: MS; 2011.

- 25.Lôbo MB, Silva SRFF, Santos DS. Segredos de liquidificador: conhecimento e práticas de sexo seguro por Pessoas Vivendo com HIV/AIDS. Rev. eletrônica de enfermagem. 2012;14(2):395-403.
- 26.Reis RK, Gir E. Convivendo com a diferença: o impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual de portadores do HIV/AIDS. Rev da escola de enfermagem da USP.2010;44(3):759-65.
- 27.Gonçalves TR, Carvalho FT, Faria ER, Goldim JR, Piccinini CA. Vida reprodutiva de pessoas vivendo com HIV/AIDS: revisando a literatura. *Psicol. Soc.* 2009;21(2):223-32.
- 28.Paiva V, Venturi G, França-Junior I, Lopes F. Uso de preservativos: pesquisa nacional MS/IBOPE, Brasil 2003.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
- 30.Cano MAT, Zaia JE, Neves FRA, Neves LAS. O conhecimento de jovens universitários sobre AIDS e sua prevenção. Rev. eletrônica de enfermagem. 2007;9(3):748-58.
31. Antunes MC, Peres CA, Paiva V, Stall R, Hearst N. Diferenças na prevenção da Aids entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo. Rev. Saúde Pública.2002;36(4):88-95.
32. Oliveira DC, Pontes APM, Gomes AMT, Ribeiro MCM. Conhecimentos e práticas de adolescentes acerca das DST/HIV/AIDS em duas escolas públicas municipais do Rio de Janeiro. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.*2009;13(4):833-41.
- 33.Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV/Aids. Brasília, 2014. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim\\_2014\\_1\\_pdf\\_60254.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim_2014_1_pdf_60254.pdf).
34. Natividade JC, Camargo BV. Elaboração e Evidências de Validade de um Teste de Conhecimento Científico sobre HIV/aids. Revista Psicologia e Saúde.2012;4(1): 39-52.
35. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre Pesquisas com Seres Humanos. Diário Oficial da União. Brasília, 2012.
36. Lindeman HR. Analysis of variance in complex experimental designs. S. Francisco. ed. Whfreeman & C.O; 1974.

**APÊNDICE A**  
**1º INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

<b>1ª PARTE- DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS</b>	
Iniciais do nome:	1. Idade: _____
2. Estado civil: (1 ) Solteira (2) Casada (3) Divorciada (4) Viúva	3. Escolaridade: (1) Analfabeto (2) Ensino Fundamental Completo (3) Ensino médio completo (4) Ensino Superior Incompleto (5) Ensino Superior Completo
4. Religião: (1) Católica (2) Evangélica (3) Espírita (4) Outro (0) NÃO TEM Qual? _____	5. Renda mensal: (1 ) 1 salário mínimo (R\$724,00) (2 ) 2 salários mínimos (R\$1.448) (3 ) 3 salários mínimos (R\$2.172) (4 ) 4 ou mais salários mínimos
6. Qual sua participação na renda deste domicílio? (1) Principal (2) Complementar (3) Outro	7. Além de profissional do sexo, exerce outra atividade remunerada? (1) Sim (2) Não Qual? _____
8. Há quanto tempo trabalha como profissional do sexo? _____.	9. Participou de atividades educativas sobre o HIV/Aids? (1) Sim (2) Não
10. Você já realizou exame Anti-HIV? (1) Sim (2) Não	11. Qual resultado do teste Anti-HIV? (1) Positivo (2) Negativo

## ANEXO A

## 2º INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

<b>2ª PARTE – Teste de Conhecimento Científico sobre HIV/Aids</b>					
<b>D3 - 32 ITENS - FORMAS DE CONTÁGIO E PREVENÇÃO, ATRIBUTOS FISIOLÓGICOS E COMPORTAMENTAIS DA aids</b>					
<b>Nº</b>	<b>DIMENSÃO</b>	<b>FRASES</b>	<b>VERDADEIRA</b>	<b>FALSA</b>	<b>NÃO SEI</b>
1	3	Uma mulher com HIV não pode transmitir o vírus para um homem, através de uma relação sexual com penetração (vagina-pênis)	V	F	Não sei
2	3	Lavar as regiões genitais após uma relação sexual evita a contaminação pelo vírus da aids.	V	F	Não sei
3	3	Se uma gota de sangue contaminado com HIV cair sobre mucosas como as dos olhos, boca, pênis ou vagina de uma pessoa, essa pessoa pode ser infectada pelo vírus da aids.	V	F	Não sei
4	3	Se um inseto picar uma pessoa que tenha HIV e depois picar alguém que não tenha, poderá infectar essa pessoa.	V	F	Não sei
5	3	Em uma relação sexual entre homem e mulher (pênis-vagina), caso algum deles tenha o HIV, é mais fácil a mulher ser contaminada do que o homem	V	F	Não sei
6	3	Existem pessoas que têm contato sanguíneo ou sexual com HIV, mas não se contaminam.	V	F	Não sei
7	3	Se um objeto que entrou em contato com o sangue de uma pessoa com aids for esterilizado, ele não será capaz de transmitir o HIV.	V	F	Não sei
8	3	Homens circuncidados (aqueles que retiraram parte da pele que cobre a glândula do pênis) têm menos chance de se contaminarem por HIV através do sexo.	V	F	Não sei

9	3	O vírus da aids pode ser transmitido através do leite materno.	V	F	Não sei
10	3	O uso de agulhas e seringas descartáveis é uma forma de evitar o contágio por HIV	V	F	Não sei
11	3	Há registros de casos de contaminação do HIV pela saliva, através de um beijo.	V	F	Não sei
12	3	Se um homem que tenha o HIV fizer sexo com penetração sem preservativo com alguém, mas ejacular fora da vagina, anus ou boca não há possibilidade dele transmitir o vírus.	V	F	Não sei
13	3	O uso do preservativo (camisinha masculina ou feminina) é uma forma de se prevenir do contágio pelo vírus da aids.	V	F	Não sei
14	3	Se sangue com HIV cair sobre a pele intacta (sem cortes, feridas, aberturas) de uma pessoa, isso poderá contaminá-la.	V	F	Não sei
15	3	Uma mulher grávida e portadora do HIV pode transmitir o vírus para seu bebê.	V	F	Não sei
16	3	Se uma pessoa portadora do HIV tiver relação sexual com penetração (seja oral, vaginal, anal) com alguém que não tenha o vírus, certamente transmitirá o vírus para essa pessoa.	V	F	Não sei
17	3	O HIV pode ser transmitido através de abraços.	V	F	Não sei
18	3	O vírus da aids pode ser transmitido da mulher grávida para seu bebê, durante a gestação.	V	F	Não sei
19	3	Se uma pessoa teve contato sanguíneo com o HIV, nada pode ser feito para evitar que ela se torne portadora do vírus.	V	F	Não sei
20	3	O vírus da aids pode ser transmitido através de relação sexual com penetração, seja vaginal,	V	F	Não sei

		oral ou anal.			
21	3	O HIV pode ser transmitido pelo suor.	V	F	Não sei
22	3	Pode-se contrair o vírus da aids através de uma relação sexual oral (pênis/vagina/anus - boca/lingua).	V	F	Não sei
23	3	No momento que uma pessoa com HIV morre, o vírus no seu sangue torna-se inativo (incapaz de ser transmitido).	V	F	Não sei
24	3	Houve casos de contaminação pelo vírus da aids através da doação de sangue, em serviços de doação.	V	F	Não sei
25	3	Se alguém com HIV se cortar com um aparelho de barbear e no minuto seguinte uma pessoa usar o mesmo aparelho e também se cortar com ele, existe possibilidade dessa pessoa ser infectada pelo vírus da aids.	V	F	Não sei
26	3	Se uma mulher que tem o vírus da aids engravidar, certamente seu bebê nascerá com o vírus	V	F	Não sei
27	3	Uma transfusão de sangue pode transmitir o vírus da aids.	V	F	Não sei
28	3	Desinfetantes como álcool, água oxigenada e hipoclorito de sódio (água sanitária) são capazes de destruir o vírus da aids presente em objetos.	V	F	Não sei
29	3	Se um bebê nasceu com HIV, certamente seu pai também tem o vírus.	V	F	Não sei
30	3	Uma pessoa só transmite o HIV se ela estiver doente de aids.	V	F	Não sei
31	3	Se duas pessoas virgens fizerem sexo com penetração (seja vaginal, anal ou oral), não existe a possibilidade de haver contaminação por HIV entre elas.	V	F	Não sei
32	3	Uma pessoa que já tenha o vírus da aids não pode ser contaminada	V	F	Não sei

		novamente.			
<b>D4 – 26 ITENS - SINTOMATOLOGIA QUE O HIV PROVOCA NO SER HUMANO</b>					
33	4	É possível dizer se uma pessoa é portadora do vírus da aids ao olhar para ela.	V	F	Não sei
34	4	Já foi encontrado HIV na urina de pessoas com aids.	V	F	Não sei
35	4	A aids é uma doença com vários sintomas	V	F	Não sei
36	4	Pode existir HIV no sêmen de um homem portador do vírus da aids.	V	F	Não sei
37	4	Geralmente os sintomas iniciais da aids são: febre, calafrios, dor de cabeça, dor de garganta, dores musculares, manchas na pele, aparecimento de ínguas.	V	F	Não sei
38	4	Pode existir HIV nas secreções vaginais de uma mulher portadora do vírus da aids.	V	F	Não sei
39	4	Se uma pessoa se contaminar com o vírus da aids hoje, pode levar até três meses para produzir antígenos suficientes para acusar a contaminação nos exames mais comuns de laboratório.	V	F	Não sei
40	4	Se uma pessoa tem o vírus da aids, certamente ela tem manchas vermelhas na pele.	V	F	Não sei
41	4	Pode existir HIV no sangue de uma pessoa portadora do vírus da aids.	V	F	Não sei
42	4	É possível o HIV permanecer ativo (com capacidade de contaminar) por até 15 dias, fora do corpo humano.	V	F	Não sei
43	4	Uma pessoa com aids pode apresentar emagrecimento rápido.	V	F	Não sei
44	4	Nosso organismo consegue produzir anticorpos (defesas) contra o vírus da aids.	V	F	Não sei

45	4	Se uma pessoa se contaminasse com o vírus da aids hoje, somente daqui há três meses ela seria capaz de transmiti-lo a outra pessoa.	V	F	Não sei
46	4	Não há possibilidade de existir HIV no leite materno de uma mulher portadora do vírus da aids.	V	F	Não sei
47	4	Uma pessoa com aids certamente está mais vulnerável a outras doenças.	V	F	Não sei
48	4	Uma pessoa pode se infectar com o vírus da aids e ficar por até 10 anos sem manifestar sintomas relacionados à doença.	V	F	Não sei
49	4	No período entre 5 a 90 dias após a infecção pelo vírus da aids, a maioria das pessoas apresenta sintomas parecidos com o de uma gripe.	V	F	Não sei
50	4	A aids pode levar a morte.	V	F	Não sei
51	4	Não há possibilidade de existir HIV na saliva de uma pessoa com aids.	V	F	Não sei
52	4	Se uma pessoa tem o HIV, certamente ela será muito magra.	V	F	Não sei
53	4	O vírus da aids precisa das células humanas para se multiplicar.	V	F	Não sei
54	4	As principais células que o HIV infecta são as que constituem o sistema imunológico (sistema de defesa do organismo).	V	F	Não sei
55	4	Se uma pessoa tem o vírus da aids, certamente ela terá corrimento ou feridas na região genital (pênis, vagina ou anus).	V	F	Não sei
56	4	Com o passar do tempo o vírus da aids causa a destruição do sistema imunológico, na maioria das pessoas	V	F	Não sei
57	4	Uma pessoa só pode ter aids se for portadora do HIV.	V	F	Não sei
58	4	As células humanas mais	V	F	Não sei

		atingidas pelo HIV são os linfócitos T.			
<b>D5 - OITO ITENS- TRATAMENTO DA AIDS</b>					
59	5	O tratamento para a aids contribui para a recuperação do sistema imunológico da pessoa doente.	V	F	Não sei
60	5	Os medicamentos para tratamento da aids destroem o vírus HIV.	V	F	Não sei
61	5	Os remédios para aids inibem a multiplicação do HIV no organismo.	V	F	Não sei
62	5	A aids tem tratamento.	V	F	Não sei
63	5	A aids não tem cura.	V	F	Não sei
64	5	De maneira geral, os medicamentos usados no tratamento da aids aumentam o tempo de vida das pessoas com a doença.	V	F	Não sei
65	5	Hoje em dia, há vacinas disponíveis nos serviços de saúde para as pessoas que desejam se proteger do vírus da aids.	V	F	Não sei
66	5	Assim que uma pessoa descobrir que é portadora do HIV, deve começar a tomar os medicamentos para aids.	V	F	Não sei
<b>D7 - 16 ITENS - PRÁTICAS SEXUAIS</b>					
67	6	Uso preservativo na relação sexual porque tenho mais possibilidade de contrair doenças de que o cliente	SIM	NÃO	Não sei
68	6	Pratico sexo com penetração vaginal sem preservativo por uma quantia financeira satisfatória paga pelo cliente	SIM	NÃO	Não sei
69	6	Pratico sexo com penetração vaginal sem preservativo por uma quantia financeira	SIM	NÃO	Não sei

		satisfatória paga pelo cliente desde que ele concorde em ejacular fora da vagina.			
70	6	Pratico sexo oral sem preservativo.	SIM	NÃO	Não sei
71	6	Pratico sexo oral sem preservativo desde que o cliente concorde em ejacular fora da boca.	SIM	NÃO	Não sei
72	6	Permito que o cliente faça sexo oral em mim.	SIM	NÃO	Não sei
73	6	Pratico sexo anal sem preservativo.	SIM	NÃO	Não sei
74	6	Pratico sexo anal sem preservativo desde que o cliente concorde em ejacular fora.	SIM	NÃO	Não sei
75	6	Uso preservativo com o cliente que está iniciando a sua atividade sexual.	SIM	NÃO	Não sei
76	6	Pratico sexo no período menstrual.	SIM	NÃO	Não sei
77	6	Compartilho aparelho de barbear com outras pessoas.	SIM	NÃO	Não sei
78	6	Pratico sexo com cliente que usa droga injetável.	SIM	NÃO	Não sei
79	6	Pratico sexo com preservativo feminino	SIM	NÃO	Não sei
80	6	Tenho preservativos disponíveis para usar com o cliente.	SIM	NÃO	Não sei
81	6	Pratico sexo com preservativo quando o cliente tem feridas no pênis ou ânus.	SIM	NÃO	Não sei
82	6	Não deve existir medo de contrair a aids na profissão	SIM	NÃO	Não sei

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Profissional:

Solicitamos sua colaboração em participar desta pesquisa intitulada **Conhecimento de mulheres profissionais do sexo sobre HIV/Aids e sua influência nas práticas sexuais**, desenvolvida por Anna Cláudia Freire de Araújo Patrício, mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Valéria Peixoto Bezerra. O presente estudo possui como objetivos: verificar o conhecimento de mulheres profissionais do sexo sobre HIV/Aids e analisar a influência desse conhecimento nas práticas sexuais.

Esta pesquisa poderá contribuir para novos olhares que subsidiem os modelos de decisão em saúde, contribuindo para prevenção de doenças e promoção da saúde dessa categoria profissional.

Para atender aos objetivos propostos, solicitamos a sua colaboração para responder o presente questionário e autorização para apresentar os resultados do estudo em eventos da área de saúde e publicar em revistas científicas, sendo garantido o seu anonimato. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos previsíveis para a sua saúde e integridade moral.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na associação (APROS/PB).

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

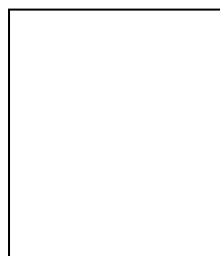
#### TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que após leitura e compreensão das informações descritas neste documento, concordo em participar do estudo e autorizo a publicação dos resultados nos meios de divulgação técnico-científicas, desde que seja mantido o sigilo sobre minha identidade. Informo que recebi uma cópia deste termo.

João Pessoa, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora responsável



Endereço: Anna Cláudia Freire de Araújo Patrício (contato (83) 8728-2790). Rua Joana Morais Lordão, 76. CEP:58071-650. Cristo, João Pessoa/PB, Brasil.

Dr<sup>a</sup> Valéria Peixoto Bezerra. Endereço: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde/UFPB. CEP 58059-900. João Pessoa – PB. Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde. Endereço. Universidade Federal da Paraíba, CCS, 1º andar, Campus I, Cidade Universitária. CEP:58051-900.(83) 3216-7791.

**ANEXO B**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

**CERTIDÃO**

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 4ª Reunião realizada no dia 24/04/2014, o Projeto de pesquisa intitulado: **“CONHECIMENTO DE MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO SOBRE HIV/AIDS E SUA INFLUÊNCIA NAS PRÁTICAS SEXUAIS”** da pesquisadora Anna Cláudia Freire de Araújo Patrício. Protocolo 0143/13. CAAE: 30177914.9.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.

  
Dr. Simone Mendes D. Sousa  
Coordenadora CEPICCS/UFPB  
Mat. STAPE: 0332618

## ANEXO C

## AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

## SOLICITAÇÃO

João Pessoa/PB, 12 de março de 2014.

Ilmo Drº Brígido Vizeu Camargo,

Sou aluna do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, nível mestrado, da Universidade Federal da Paraíba e orientanda da Profª Drª Valéria Peixoto Bezerra e membro do Grupo Internacional de Estudos e Pesquisa sobre Envelhecimento e Representações Sociais (GIEPERS) vinculado ao Laboratório de Saúde, Envelhecimento e Sociedade da UFPB. Atualmente estou em fase de elaboração do projeto de dissertação intitulado **CONHECIMENTO DE MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO SOBRE HIV/AIDS : uma questão de vulnerabilidade individual, com o objetivo de analisar o conhecimento de mulheres profissionais do sexo sobre o HIV/AIDS, em João pessoa-PB e sua influência na vulnerabilidade individual.**

A proposta do estudo contempla a participação de mulheres profissionais do sexo, cadastradas na Associação de Prostitutas da Paraíba, localizada no município de João Pessoa-PB.

Sendo assim, torna-se do nosso interesse utilizar o Teste de Conhecimento Científico sobre HIV/AIDS, de vossa autoria publicado na Revista Psicologia e Saúde v.4, n.1, jan.-Jun.2012, pp. 39-52 Campo Grande/MS, por considerar a possibilidade de atender aos objetivos propostos no estudo.

Considerando o exposto, solicitamos a sua autorização para utilizar o referido instrumento como ferramenta para coleta de dados.

Cientes do atendimento ao pleito, antecipadamente agradecemos a sua colaboração.

Atenciosamente,




---

 Anna Cláudia Freire de Araújo Patrício (CPF:068.137.314-18)

Visto:




---

 Profª Drª Valéria Peixoto Bezerra

## TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que após leitura da solicitação descrita, autorizo a utilização do Teste de Conhecimento Científico Sobre HIV/AIDS, de minha autoria.




---

 Drº Brígido Vizeu Camargo

 Prof. Dr. Brígido V. Camargo  
 LACCOSICFH/UFSB

## ANEXO D

### NORMAS DA REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA DA USP

#### Preparo dos manuscritos

- Idiomas
- Dados de identificação
- Resumos
- Descritores
- Agradecimentos
- Referências
- Tabelas
- Figuras

Os manuscritos devem ser preparados de acordo com as "Instruções aos Autores". Devem ser digitados em extensão .doc, .txt ou .rtf, com letras arial, corpo 12, página em tamanho A-4, incluindo resumos, agradecimentos, referências e tabelas. Todas as páginas devem ser numeradas.

Deve-se evitar no texto o uso indiscriminado de siglas, excetuando as já conhecidas.

Os **critérios éticos da pesquisa** devem ser respeitados. Para tanto os autores devem explicitar em Métodos que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovada pela comissão de ética da instituição onde a pesquisa foi realizada.

#### Idioma

Aceitam-se manuscritos nos idiomas português, espanhol e inglês. Para aqueles submetidos em português oferece-se a opção de tradução do texto completo para o inglês e a publicação adicional da versão em inglês em meio eletrônico. Independentemente do idioma empregado, todos manuscritos devem apresentar dois resumos, sendo um em português e outro em inglês. Quando o manuscrito for escrito em espanhol, deve ser acrescentado um terceiro resumo nesse idioma.

#### Dados de identificação

**a)** Título do artigo - deve ser conciso e completo, limitando-se a 93 caracteres, incluindo espaços. Deve ser apresentada a versão do título em **inglês**.

**b)** Título resumido - com até 45 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas.

**c)** Nome e sobrenome de cada autor, seguindo formato pelo qual é indexado.

**d)** Instituição a que cada autor está afiliado, acompanhado do respectivo endereço (uma instituição por autor).

**e)** Nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência

**f)** Se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

**g)** Se foi baseado em tese, indicar o nome do autor, título, ano e instituição onde foi apresentada.

**h)** Se foi apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e data da realização.

**Descritores** - Devem ser indicados entre 3 e 10, extraídos do vocabulário "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS), quando acompanharem os resumos em português, e do Medical

Subject Headings (MeSH), para os resumos em inglês. Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

**Agradecimentos** - Devem ser mencionados nomes de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, desde que não preencham os requisitos para participar da autoria. Deve haver permissão expressa dos nomeados (ver documento Responsabilidade pelos Agradecimentos). Também podem constar desta parte agradecimentos a instituições quanto ao apoio financeiro ou logístico.

**Referências** -As referências devem ser ordenadas alfabeticamente, numeradas e normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Index Medicus, e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até 6 autores, citam-se todos; acima de 6, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina "et al".

**Exemplos:**

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al . Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. Rev Saude Publica. 2008; 42(1):34-40.

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Medical Publication" (<http://www.icmje.org>).

Comunicação pessoal, não é considerada referência bibliográfica. Quando essencial, pode ser citada no texto, explicitando em rodapé os dados necessários. Devem ser evitadas citações de documentos não indexados na literatura científica mundial e de difícil acesso aos leitores, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento; quando relevantes, devem figurar no rodapé das páginas que as citam. Da mesma forma, informações citadas no texto, extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, não devem fazer parte da lista de referências, mas podem ser citadas no rodapé das páginas que as citam.

**Citação no texto:** Deve ser indicado em **expoente** o número correspondente à referência listada. Deve ser colocado após a pontuação, nos casos em que se aplique. Não devem ser utilizados parênteses, colchetes e similares. O número da citação pode ser acompanhado ou não do(s) nome(s) do(s) autor(es) e ano de publicação. Se forem citados dois autores, ambos são ligados pela conjunção "e"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor seguido da expressão "et al".

**Exemplos:**

Segundo Lima et al<sup>9</sup> (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Parece evidente o fracasso do movimento de saúde comunitária, artificial e distanciado do sistema de saúde predominante.<sup>12,15</sup>

**A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do manuscrito.**

**Tabelas** - Devem ser apresentadas separadas do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um

título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização da revista que a publicou, por escrito, para sua reprodução. Esta autorização deve acompanhar o manuscrito submetido à publicação. Quadros são identificados como Tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

**Figuras** - As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.), devem ser citadas como figuras. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto; devem ser identificadas fora do texto, por número e título abreviado do trabalho; as legendas devem ser apresentadas ao final da figura; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução, com resolução mínima de 300 dpi.. Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Figuras coloridas são publicadas excepcionalmente.. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução. Estas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

### Submissão

online

A entrada no sistema é feita pela página inicial do site da RSP ([www.fsp.usp.br/rsp](http://www.fsp.usp.br/rsp)), no menu do lado esquerdo, selecionando-se a opção “submissão de artigo”. Para submeter o manuscrito, o autor responsável pela comunicação com a Revista deverá cadastrar-se. Após efetuar o cadastro, o autor deve selecionar a opção “submissão de artigos” e preencher os campos com os dados do manuscrito. O processo de avaliação pode ser acompanhado pelo status do manuscrito na opção “consulta/ alteração dos artigos submetidos”. Ao todo são oito situações possíveis:

- **Aguardando documentação:** Caso seja detectada qualquer falha ou pendência, inclusive se os documentos foram anexados e assinados, a secretaria entra em contato com o autor. Enquanto o manuscrito não estiver de acordo com as Instruções da RSP, o processo de avaliação não será iniciado.
- **Em avaliação na pré-análise:** A partir deste status, o autor não pode mais alterar o manuscrito submetido. Nesta fase, o editor pode recusar o manuscrito ou encaminhá-lo para a avaliação de relatores externos.
- **Em avaliação com relatores:** O manuscrito está em processo de avaliação pelos relatores externos, que emitem os pareceres e os enviam ao editor.
- **Em avaliação com Editoria:** O editor analisa os pareceres e encaminha o resultado da avaliação ao autor.
- **Manuscrito com o autor:** O autor recebe a comunicação da RSP para reformular o manuscrito e encaminhar uma nova versão.
- **Reformulação:** O editor faz a apreciação da nova versão, podendo solicitar novos esclarecimentos ao autor.
- **Aprovado**

- **Reprovado**

Além de acompanhar o processo de avaliação na página de “consulta/ alteração dos artigos submetidos”, o autor tem acesso às seguintes funções: “**Ver**”: Acessar o manuscrito submetido, mas sem alterá-lo.

**Alterar**”: Corrigir alguma informação que se esqueceu ou que a secretaria da Revista solicitou. Esta opção funcionará somente enquanto o status do manuscrito estiver em “aguardando documentação”.

**“Avaliações/comentários”**: Acessar a decisão da Revista sobre o manuscrito.

**“Reformulação”**: Enviar o manuscrito corrigido com um documento explicando cada correção efetuada e solicitado na opção anterior.

**Verificação dos itens exigidos** na submissão:

1. Nomes e instituição de afiliação dos autores, incluindo e-mail e telefone.
2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 93 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.
3. Título resumido com 45 caracteres, para fins de legenda em todas as páginas impressas.
4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc,txt,rtf).
5. Nomes da agência financiadora e números dos processos.
6. No caso de artigo baseado em tese/dissertação, indicar o nome da instituição e o ano de defesa.
7. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa, português e inglês, e em espanhol, no caso de manuscritos nesse idioma.
8. Resumos narrativos originais para manuscritos que não são de pesquisa nos idiomas português e inglês, ou em espanhol nos casos em que se aplique.
9. Declaração, com assinatura de cada autor, sobre a "responsabilidade de autoria"
10. Declaração assinada pelo primeiro autor do manuscrito sobre o consentimento das pessoas nomeadas em Agradecimentos.
11. Documento atestando a aprovação da pesquisa por comissão de ética, nos casos em que se aplica. Tabelas numeradas seqüencialmente, com título e notas, e no máximo com 12 colunas.
12. Figura no formato: pdf, ou tif, ou jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi; em se tratando de gráficos, devem estar em tons de cinza, sem linhas de grade e sem volume.
13. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.
14. Permissão de editores para reprodução de figuras ou tabelas já publicadas.
15. Referências normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas alfabeticamente pelo primeiro autor e numeradas, e se todas estão citadas no texto.

## ANEXO E

## COMPROVANTE DE ENVIO REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA DA USP

Entrada (1.278) - claudia.f... x RSP - Revista de Saúde P... x

www.rsp.usp.br/trab/pub/consulta\_trabalho\_enviado.tpl.php

Universidade de São Paulo  
Faculdade de Saúde Pública

**RSP** Revista de Saúde Pública

Informações Gerais  
Edição Atual  
Busca  
Instruções aos Autores  
Corpo Editorial  
Assinatura  
Sites Correlatos  
Fale Conosco  
Submissão de Artigos  
Sair

### Consulta Artigos Enviados

Utilize esta tela para consultar os artigos enviados.

Em Avaliação:	Status
6376 - CONHECIMENTO DE MULHERES PROFISSIONAIS DO S...	Em avaliação com relatores

Ver Reformulação Alterar Avaliações/Comentários

[Logout](#) [voltar](#)

© Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo  
Powered by - Periódico Online - MZO Interativa Designed by CABOVERDE

Windows taskbar: Links, Área de Trabalho, 11:47 PM, 6/14/2015

## APÊNDICE C

### Gabarito

Item	Risco para contágio pelo HIV (zero ponto)	Ausência de risco para contágio pelo HIV (um ponto)
1. Uso preservativo na relação sexual porque tenho mais possibilidade de contrair doenças de que o cliente	SIM	NÃO
2. Pratico sexo com penetração vaginal sem preservativo por uma quantia financeira satisfatória paga pelo cliente	SIM	NÃO
3. Pratico sexo com penetração vaginal sem preservativo por uma quantia financeira satisfatória paga pelo cliente desde que ele concorde em ejacular fora da vagina.	SIM	NÃO
4. Pratico sexo oral.	SIM	NÃO
5. Pratico sexo oral desde que o cliente concorde em ejacular fora da boca.	SIM	NÃO
6. Permito que o cliente faça sexo oral em mim.	SIM	NÃO
7. Pratico sexo anal.	SIM	NÃO
8. Pratico sexo anal desde que o cliente concorde em ejacular fora	SIM	NÃO
9. Uso preservativo com o cliente que está iniciando a sua atividade sexual.	NÃO	SIM
10. Pratico sexo no período menstrual.	SIM	NÃO
11. Compartilho aparelho de barbear com outras pessoas.	SIM	NÃO
12. Pratico sexo com cliente que usa droga injetável.	SIM	NÃO
13. Pratico sexo com preservativo feminino	NÃO	SIM
14. Tenho preservativos disponíveis para usar com o cliente.	NÃO	SIM
15. Pratico sexo com preservativo quando o cliente tem feridas no pênis ou ânus.	NÃO	SIM
16. Não deve existir medo de contrair a aids na profissão	SIM	NÃO