

**JÚLIO CÉSAR VIDAL VERDI**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO  
DAS PROFISSIONAIS DO SEXO  
ATENDIDAS NO AMBULATÓRIO  
DE DST/AIDS DE FLORIANÓPOLIS-SC**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**FLORIANÓPOLIS – SC, 2001.**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA  
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO  
DAS PROFISSIONAIS DO SEXO  
ATENDIDAS NO AMBULATÓRIO  
DE DST/AIDS DE FLORIANÓPOLIS-SC**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Mestrando: JÚLIO CÉSAR VERDI  
Orientador: Prof. Dr. EMIL KUPEK  
Co-orientadora:  
Profª Drª MARIA HELENA B. WESTRUPP**

**Florianópolis, Junho de 2001.**



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

**" PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS PROFISSIONAIS DO SEXO ATENDIDAS  
NO AMBULATÓRIO DE DST/AIDS DE FLORIANÓPOLIS-SC "**

AUTOR: Júlio César Vidal Verdi

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO  
TÍTULO DE:

**MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: EPIDEMIOLOGIA

Prof. Dra. Vera Lúcia G. Blank  
COORDENADORA DO CURSO

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Emil Kupek  
(Presidente)

Prof. Dr. Mauro Romero Leal Passos  
(Membro)

Profa. Dra. Sandra Noemi Caponi  
(Membro)

Profa. Dra. Flavia Regina Souza Ramos  
(Membro)

Profa. Dra. Maria Helena B. Westrupp  
(Suplente)

## *AGRADECIMENTOS*

A elaboração dos agradecimentos é, com certeza, uma das etapas mais difíceis de toda a dissertação. Difícil porque muito se tem para agradecer e, muitas também, são as pessoas a quem se deve dizer obrigado. Inúmeras foram as pessoas que contribuíram de alguma forma para a realização deste trabalho, quer oferecendo opiniões, quer ajudando tecnicamente na elaboração do mesmo, ou ainda sugerindo alterações ou correções que contribuíram para sua concretização.

Gostaria de agradecer à minha família, aos amigos e aos colegas de trabalho, cujos nomes optei por não citar para não correr o risco de esquecer algum, pela contribuição para que hoje um projeto se tornasse realidade.

No entanto, duas exceções gostaria de registrar. Não poderia deixar de agradecer aos meus orientadores, Prof. Dr. Emil Kupek e Profa. Dra. Maria Helena Bittencourt Westrupp, que com seus conselhos e sugestões colaboraram para manter acesos o interesse e o prazer de levar esta tarefa até o final.

Quero, por fim, agradecer à Marta, companheira incansável de todas as horas, por sua preciosa colaboração e disponibilidade, sem as quais, certamente este trabalho não teria se concretizado. A ela, razão maior de todo o esforço na realização e conclusão deste curso, dedico este trabalho, e ofereço o meu muito obrigado.

## RESUMO

Esta dissertação tem por objetivo descrever o perfil sócio-epidemiológico das profissionais do sexo que freqüentam o Ambulatório de Referência Municipal para doenças sexualmente transmissíveis e Aids da Secretaria Municipal da Saúde de Florianópolis-SC. Trata-se de um estudo transversal descritivo, cuja amostra caracterizou-se por 80 mulheres profissionais do sexo que procuraram atendimento neste ambulatório no período de janeiro a dezembro de 2.000 e que concordaram em participar da pesquisa, submetendo-se aos exames laboratoriais necessários. As participantes do estudo foram avaliadas quanto a características sócio-demográficas como faixa etária, nível de instrução e renda; características relacionadas ao trabalho, como tempo de atividade, número de clientes por mês e local de trabalho; características relacionadas ao estado de saúde, como status sorológico para HIV, presença de outras doenças de transmissão sexual, uso do preservativo e realização prévia de teste anti-HIV; presença de outros fatores de risco associados, como uso de drogas endovenosas, realização de transfusão de sangue ou existência de companheiro usuário de drogas injetáveis. Os dados foram coletados através da aplicação de um questionário preenchido por um entrevistador quando do atendimento destas clientes, as quais realizaram também testes sorológicos para detecção de anti-corpos anti-HIV e anti-Treponema, além de exames bacteriológicos para detecção de doenças de transmissão sexual nas secreções vaginais e cervical. A partir dos resultados obtidos, foi possível elaborar um perfil das profissionais do sexo atendidas no ambulatório, que se constituiu por: faixa etária predominante de 20 a 24 anos, rendimento mensal entre seis e dez salários mínimos, nível de instrução primário, local de trabalho mais freqüente - boate, período de tempo de trabalho de um a cinco anos, número médio de clientes por mês entre 41 e 60, realização periódica do teste anti-HIV, o qual resultou negativo em 90% dos casos, uso de preservativo nos contatos sexuais profissionais, embora isto não seja observado com a mesma intensidade nos encontros não profissionais, presença de DSTs em 62,5% das entrevistadas. Observa-se também a existência de outros fatores de risco associados, sendo a história de relacionar-se com um companheiro usuário de drogas injetáveis, o mais freqüente. A prevalência de soropositividade para HIV na amostra estudada foi de 8,75%. A ocorrência de outras doenças de transmissão sexual distribuiu-se entre: vaginose bacteriana (48%), gonorréia (30%), chlamydia trachomatis (20%), sífilis (14%), papilomavírus humano (12%), tricomoníase (8%) e herpes genital (2%). O estudo permitiu observar que o grupo das profissionais do sexo pesquisado apresentou uma prevalência de infecção por HIV maior que a da população geral, porém mais baixa que de outros grupos considerados de alto risco, como usuários de drogas injetáveis e presidiários. Foi possível detectar também alta ocorrência de doenças de transmissão sexual, o que constitui-se em fator facilitador para a penetração do HIV no organismo. O baixo índice de utilização de preservativos nos relacionamentos considerados não profissionais parece desempenhar um papel fundamental na determinação da vulnerabilidade destas profissionais para a contaminação pelo HIV e outras DSTs, sugerindo que maior atenção deva ser dada a este aspecto em projetos de prevenção dirigidos a esta população.

## *ABSTRACT*

The objective of this work was to describe epidemiological and sociodemographic profile of the 80 female commercial sex workers (CSW) attended between January and December of the year 2000 in the municipal reference health center for sexually transmitted diseases and HIV in Florianópolis, the capital of the federal state of Santa Catarina, Brazil. Age, educational level, income, duration of the activity, number of clients per month, place of work, taking a test for human immunodeficiency virus (HIV), presence of other sexually transmissible disease (STD), condom use, intravenous drugs injection, receiving blood transfusion and having a sexual partner who injected drugs was evaluated through a questionnaire filled in by the study participants during their visit to the health center. In addition, the results of laboratory tests for antibodies to HIV and *Treponema Pallidum*, as well as of bacteriological exams for the detection of sexually transmitted diseases in vaginal and cervical secretions, were gathered. Majority of the CSW studied had between 20 and 24 years of age (42,5 %), monthly income between 500 and 800 US dollars (47,5% %) and only primary educational level (67,5%). Most frequent places of work were night clubs (38 %). Typical duration of activity as CSW was 1-5 years (62,5 %), with average number of 40-60 clients per month. Reported condom use was 92,5 % with clients (commercial sex) but only 30 % with non-commercial sexual partner such as boyfriend. The presence of at least one STD was diagnosed among 62.5% of the CSWs. Most frequent STDs were bacterial vaginosis (48%), gonorrhea (30%), *Chlamydia trachomatis* (20%), syphilis (14%), human papillomavirus (12%), trichomoniasis (8%) and genital herpes (2%). HIV seroprevalence among CSW was 8.75% - lower than in most Brazilian reports for other high risk groups such as injecting drug users and prison inmates. High prevalence of other STDs might have been a co-factor in HIV infection. The low level of condom use in non-commercial sexual activity seems to play a fundamental role in the contamination of CSWs with HIV and other STDs. Better health care for CSWs may greatly help efforts to improve not only sexual health of this specific group but also that of the general population.

# SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS E QUADROS .....	vii
1. INTRODUÇÃO .....	1
2. AIDS E PROSTITUIÇÃO: ASPECTOS HISTÓRICOS E EPIDEMIOLÓGICOS. 7	
2.1. A trajetória da Aids no Brasil e no mundo.....	8
2.2. Considerações sobre a prostituição .....	13
2.3. Profissionais do sexo e HIV: um panorama mundial .....	20
3. OBJETIVOS .....	44
3.1. Geral .....	45
3.2. Específicos .....	45
4. METODOLOGIA .....	46
5. PROFISSIONAIS DO SEXO: UM PERFIL EPIDEMIOLÓGICO .....	50
5.1. Características Sócio-demográficas .....	52
5.2. Características relativas ao trabalho .....	57
5.3. Características relacionadas ao estado de saúde .....	62
5.4. Outros fatores de risco .....	71
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	75
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	84
ANEXOS .....	91
Anexo 1 .....	92

## *LISTA DE FIGURAS E QUADROS*

Figura 1 – Distribuição das profissionais do sexo, segundo faixa etária, 2000.

Figura 2 – Distribuição das profissionais do sexo, de acordo com a renda mensal em SM, 2000.

Figura 3 - Distribuição das profissionais do sexo, segundo escolaridade, 2000.

Figura 4 - Distribuição das profissionais do sexo, segundo local de trabalho, 2000.

Figura 5 - Distribuição das profissionais do sexo, segundo o tempo de atividade, 2000.

Figura 6 - Distribuição das profissionais do sexo, segundo o número de encontros mensais, 2000.

Figura 7 - Distribuição das profissionais do sexo, segundo o resultado do Teste Anti-HIV, 2000.

Figura 8 - Distribuição das profissionais do sexo, segundo o uso do preservativo, 2000.

Figura 9 – Frequência da ocorrência de DSTs nas profissionais do sexo, 2000.

Figura 10 - Distribuição das profissionais do sexo, segundo exposição a outros fatores de risco, 2000.

Quadro 1 - Distribuição das profissionais do sexo, segundo as variáveis pesquisadas, 2000.



---

## 1. INTRODUÇÃO

Desde o seu surgimento até os dias de hoje, a epidemia de HIV/Aids no Brasil tem apresentado uma evolução que se caracteriza por quatro tendências principais, quais sejam, a interiorização, a feminização, a pauperização e a diminuição da faixa etária das pessoas atingidas (Ministério da Saúde, 2000).

Em relação à interiorização, nota-se que nos primeiros anos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) no Brasil, a quase totalidade dos casos era registrada em grandes centros urbanos como São Paulo e Rio de Janeiro. Hoje, casos da doença podem ser encontrados em quase todos os municípios das diversas regiões do país, demonstrando assim o caminho da epidemia em direção ao interior. Fato marcante é o de que entre os dez municípios com maior incidência de casos, de acordo com dados divulgados pelo Ministério da Saúde (2001), aparecem nove cidades do interior do país, sendo as duas primeiras em Santa Catarina, Itajaí e Balneário Camboriú. Criciúma, na região sul do Estado, surge na oitava posição. Somente uma capital de Estado, Porto Alegre, encontra-se entre as dez cidades com maior incidência de Aids. Também no Rio Grande do Sul, a cidade de São Leopoldo ocupa atualmente a nona posição, sendo os demais municípios, todos do interior do Estado de São Paulo. São eles, por ordem decrescente, Caçapava, São José do Rio Preto, Ribeirão Preto, Cubatão e Barretos. Florianópolis, que mesmo sendo a capital do Estado, não é a sua maior cidade, nem a mais populosa, ocupa atualmente a décima terceira posição. Itajaí e Balneário Camboriú, a primeira e a segunda cidades com maior incidência de Aids no Brasil, apresentam respectivamente 1143 e 326 casos notificados. Florianópolis apresenta, conforme o último Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde um total de 1548 casos registrados até 31 de dezembro de 2000 (Ministério da Saúde, 2001).

Em relação à proporção de homens e mulheres acometidos pela doença, também se verificou ao longo do tempo, grande modificação. Nos primeiros anos da epidemia, a maioria dos casos era registrada em homens,

com uma baixa percentagem em mulheres. De razões como 25:1 no início dos anos 80, passou-se a razão de 10:1 em 1987 (Ministério da Saúde, 2001). Esta tendência de diminuição da razão entre o número de casos em homens e mulheres continua presente na década seguinte. Em 1990, ela era de 6:1 e atingiu, em 1994, a razão de 3:1, números que são verificados até hoje. Porém, se forem considerados somente os anos de 1998, 1999 e 2000, observa-se que esta proporção caiu para 2:1 (Ministério da Saúde, 2001). Em algumas regiões, e em determinadas faixas etárias, a razão homem/mulher já atingiu a igualdade, ou seja, igual número de casos notificados em ambos os sexos.

O nível de escolaridade reflete a faixa de renda e poder aquisitivo destas pessoas, demonstrando que a epidemia avança em direção às classes sociais menos favorecidas do ponto de vista de instrução e renda, talvez pelo menor acesso que estas pessoas têm à informação e às medidas de prevenção. Se nos primeiros anos predominavam pessoas com instrução de nível superior e segundo grau, atualmente, o maior número de casos é registrado entre pessoas que cursaram somente o primeiro grau. Assim, há 10 anos atrás, 35% dos casos de Aids ocorriam entre pessoas que estudaram até o primeiro grau e 15% entre aqueles com escolaridade de nível superior. Atualmente, estes números são de 55,6% para aqueles com primeiro grau e de 6,4% entre os com nível superior (Ministério da Saúde, 2000).

Com relação à faixa etária das pessoas notificadas como portadoras de Aids, nota-se que houve, e continua havendo, modificação neste padrão. É cada vez maior o número de jovens atingidos, sendo que entre os adolescentes cresce cada vez mais o registro de doentes. Cabe ressaltar que no Brasil, as notificações são referentes aos casos de Aids e não aos de infecção pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Como a evolução do estágio de portador assintomático para o de doente é longa, podendo levar até mais de dez anos, é plausível que os registros apontem maior número de casos entre adultos jovens, dos 25 aos 34 anos. Estas pessoas foram contaminadas, provavelmente, cerca de dez anos antes, ou seja, entre os 15 e 24 anos de idade. De fato, os dados do Boletim Epidemiológico da Aids, do

Ministério da Saúde, mostram que mais da metade dos casos (59,7%) da doença incidem nas faixas etárias de 25 a 39 anos (Ministério da Saúde, 2000).

Pode-se acrescentar à epidemia, uma quinta característica marcante, que embora não apresente diferenças tão visíveis como as anteriores, não deixa de ser observada, quando são analisados os dados quanto ao tipo de exposição ao risco para aquisição do HIV. Paralelamente ao aumento do número de casos entre mulheres, observa-se um crescimento do número de pessoas que pertencem ao grupo de exposição sexual, sobretudo o heterossexual. Conforme os dados divulgados pela Coordenação Nacional de DST/Aids, do Ministério da Saúde, observa-se grande mudança nas categorias de exposição ao comparar-se os diferentes períodos de evolução da epidemia no Brasil. Assim, no período compreendido entre os anos de 1980 e 1986, o maior número de casos notificados, ocorreu em homossexuais, com 46,8% do total, enquanto os heterossexuais apareciam com um percentual de somente 5,2% dos casos. Já no período de 1996/97, a notificação em homossexuais foi de 16,4% dos casos, enquanto em heterossexuais houve 31,2% dos registros. Esta tendência continua a ser observada no último período estudado, ou seja, nos anos de 1998 e 1999, onde os homossexuais aparecem em 13,8% dos registros, enquanto 39,9% das ocorrências incidiram nos que se declararam heterossexuais (Ministério da Saúde, 2000).

Estes dados evidenciam também um padrão heterossexual de transmissão do HIV no Brasil, onde é crescente o número de mulheres contaminadas por seus parceiros. Vários fatores podem ser enumerados como responsáveis por esta característica da epidemia, mas, certamente, os mais importantes são aqueles relacionados ao grande número de usuários de drogas injetáveis (UDI) infectados que contaminam suas parceiras sexuais e a maior suscetibilidade feminina em adquirir sexualmente o HIV (Uribe et al, 1996; Downs & De Vincenzi, 1996; Sá et al, 1997).

Diversos estudos referentes à Aids têm demonstrado que a troca freqüente de parceiros sexuais, bem como a ocorrência de outras DST, particularmente, aquelas que provocam ulcerações genitais, são fatores

facilitadores à penetração do HIV no organismo humano (Chamberland et al, 1987; Friedland e Klein, 1987; Thomas et al, 1989; Organização Panamericana da Saúde, 1993; Conti et al, 1993; Nicolosi et al, 1994; Laga et al, 1994; Sá et al, 1997; Onorato et al, 1995; Weinstock et al, 1995; Uribe-Zuñiga et al, 1995; Pires e Miranda, 1998).

Os dados epidemiológicos revelam que o Estado de Santa Catarina ocupa uma posição de destaque no panorama nacional da epidemia, uma vez que possui três municípios entre os dez primeiros em incidência da doença (Ministério da Saúde, 2001), Florianópolis vem logo a seguir, na décima terceira posição. O número crescente de mulheres contaminadas, principalmente aquelas mais jovens, com menor grau de instrução e baixo poder aquisitivo, faz com que uma população específica esteja também cada vez mais exposta à contaminação, por fazer parte de um grupo que possui todas as características citadas anteriormente, e que pela peculiaridade de sua atividade, expõem-se ainda a um risco extra, a troca freqüente de parceiro sexual. Este grupo de pessoas, os "Profissionais do Sexo", é constituído geralmente por jovens de baixa renda e escolaridade, e que cada vez mais precocemente são impelidas a recorrer a esta atividade, como meio de subsistência.

Um número considerável destas profissionais recorre ao atendimento do ambulatório de referência municipal para tratamento de pessoas portadoras de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, onde também é realizada a testagem anti-HIV. Este ambulatório, além de ser o único serviço especializado neste tipo de atendimento na cidade, funciona também como referência para todos os municípios da região metropolitana de Florianópolis, atraindo desta maneira, um número crescente de pessoas ligadas ao sexo comercial.

A Aids esteve sempre associada aos grupos populacionais específicos, os chamados "grupos de risco", constituídos por UDI, Homossexuais, Hemofílicos e Hemotransfundidos e pelas Prostitutas, aqui denominadas Profissionais do Sexo.

Paralelamente ao avanço da epidemia, os conhecimentos a seu respeito foram se expandindo, ocasionando a evolução do conceito de “grupos de risco” para o de “comportamentos de risco”, e tornou-se evidente que basta, por exemplo, ter um contato sexual não protegido, para estar exposto a possibilidade de contaminação pelo HIV. Por este motivo, a denominação Grupo de Risco, deixou de ser utilizada nos meios científicos e acadêmicos, mas continuou presente, e muito marcado, na população em geral. Não é raro ouvir-se respostas de pessoas que dizem não ter necessidade de submeter-se a um teste anti-HIV porque não são usuários de drogas, não são homossexuais e nunca tiveram contato sexual com “mulher de rua”.

Diversos trabalhos já foram realizados a respeito de outros grupos populacionais específicos como os homossexuais ou os usuários de drogas injetáveis. Muitas são as informações disponíveis na literatura acerca destas populações (Parra et al, 1993; Nwanyanwu et al, 1993; Magura et al, 1993; Kline et al, 1993). No Brasil, estudos com estes grupos também foram realizados com o objetivo de conhecer o comportamento do HIV e outras infecções entre neste meio (Andrade et al, 1995; Carvalho et al, 1996; Telles et al, 1997). No entanto, muito pouco se sabe a respeito dos profissionais do sexo. Quem são, de onde vêm, quanto ganham, onde e como trabalham, o que fazem para se proteger do risco de contaminação pelo HIV e outras DST, são questões que continuam sem resposta, principalmente em Santa Catarina e, mais especificamente, em Florianópolis.

Sob esta ótica, este trabalho poderá contribuir para o aprofundamento do conhecimento acerca das profissionais do sexo que freqüentam o ambulatório de referência municipal de Florianópolis em DST/Aids, permitindo assim, melhor compreensão da dinâmica da epidemia do HIV/Aids em nosso meio, auxiliando no planejamento e adoção de medidas que visem minimizar o impacto das DSTs/Aids nesta ou em outras populações.

---

*2. AIDS E PROSTITUIÇÃO:  
ASPECTOS HISTÓRICOS E  
EPIDEMIOLÓGICOS*

## 2.1. A TRAJETÓRIA DA AIDS NO BRASIL E NO MUNDO:

Antes de abordar a questão da trajetória da epidemia de HIV/Aids no Brasil, é oportuno recordar a origem da mesma no mundo, bem como seu comportamento nos primeiros anos após seu surgimento.

No ano de 1981, o Centro para Controle de Doenças (CDC) de Atlanta, Estados Unidos, identificou o primeiro foco epidêmico de sarcoma de Kaposi e pneumonia por *Pneumocystis carinii* naquele país. Tratava-se, na verdade, da identificação dos primeiros casos de Aids, que como se sabe, é a fase terminal da evolução da infecção pelo HIV, e do início do reconhecimento da epidemia global, que no curso de sua evolução, expandiu-se para todos os países do mundo (Brignoli e Ventriglia, 1998).

A descoberta do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), ocorreu no ano de 1983, tendo sido possível, através do estudo de casos ocorridos entre receptores de transfusão de sangue e usuários de drogas injetáveis (UDI). Quase simultaneamente, na França e nos Estados Unidos foram descritos vírus da família dos Retrovírus, os quais seriam responsáveis pela doença. Estes agentes foram denominados LAV e HTLV III respectivamente, tendo sido posteriormente alterada sua denominação para HIV, a qual permaneceu definitivamente (Montagnier, 1995).

Uma vez identificado o vírus, começaram a surgir teorias na tentativa de estabelecer sua origem. Assim, várias hipóteses foram formuladas, como a criação do vírus em experiências de laboratório, disseminação através de macacos para os homens, pois que na África, existem regiões onde este hábito alimentar é corriqueiro. Outra teoria aponta como responsável, uma vacina contra poliomielite fabricada com rins de chimpanzés que estariam infectados pelo SIV, vírus da imunodeficiência símia, bastante semelhante ao HIV (Montagnier, 1995). O certo é que até hoje muitas especulações são feitas a este respeito, e a real origem do HIV nunca foi definitivamente estabelecida, ou anunciada.



Com o isolamento do vírus e a fabricação de testes específicos que permitiram a identificação de pacientes infectados pelo mesmo, estudos retrospectivos foram realizados com o intuito de identificar casos antigos da doença. Através destes estudos foi possível determinar o caso mais antigo da doença, ocorrido em um homem nos Estados Unidos, no ano de 1952. Posteriormente, por meio da análise da descrição do quadro clínico e teste sorológico, a Aids foi também diagnosticada como causa de morte de um marinheiro de Manchester, em 1959. Outro caso foi confirmado nos Estados Unidos, em um adolescente do estado de Missouri, no ano de 1968 (Montagnier, 1995).

As primeiras observações em doentes provenientes da África ocorreram nos anos de 1981 e 1982 em Paris e Bruxelas, embora casos agressivos de Sarcoma de Kaposi acompanhados de meningite e pneumonias fatais tenham sido descritos naquele continente já em meados dos anos sessenta. Foi somente no final de 1982 que a epidemia africana foi evidenciada com clareza, após a morte de dezessete pessoas em Uganda (Montagnier, 1995).

Nos Estados Unidos, chegou a ser identificado o chamado "paciente zero", ou seja, o responsável pela disseminação da epidemia. Teria sido ele, um comissário de bordo da Air Canadá, que por viajar muito, ser bonito, e ter uma vida sexual muito ativa, cerca de 250 parceiros por ano, teria dado o impulso inicial para a eclosão da Aids naquele país (Parker, 1994).

Em menos de duas décadas o HIV se disseminou por todo o planeta, e hoje, os números da Aids são alarmantes. No final do ano 2000, estimava-se que 12 pessoas eram contaminadas por minuto no mundo, sendo que a metade delas situavam-se na faixa etária compreendida entre 15 e 24 anos (Revista Infecto Atual, 2000). Existem atualmente, cerca de 35 milhões de doentes de Aids e o número de portadores do vírus é calculado em cerca de 100 milhões. Nos países em desenvolvimento, a situação revela-se ainda mais alarmante. Na África, por exemplo, encontram-se dois terços dos casos de Aids do mundo, algo em torno de 25 milhões de pessoas. Nestes países, já

ocorreram 12 milhões de óbitos, dos quais 25% em crianças. Na África do Sul, cerca de 1500 casos novos são registrados por dia. No total, o país tem quatro milhões de infectados. Em países como Botsuana, Namíbia e Zimbábwe, a ONU considera a situação como de risco para a sobrevivência dos próprios países (Rutherford, 1997).

O órgão das Nações Unidas para combate e controle da Aids, a UNAIDS, calcula em torno de 20 mil dólares o gasto anual para manter um paciente com a doença. Este valor é inviável para a grande maioria dos países, o que dificulta ainda mais o combate e controle da epidemia. Este fato contribui, decisivamente, para o registro de seis mil mortes por dia, no mundo, por causa da doença (Revista Infecto Atual, 2000).

Estes números, embora alarmantes, não refletem a realidade, pois além do problema da subnotificação, existem ainda países onde sequer existem estatísticas sobre a epidemia.

Dados de países asiáticos informam que na China, em 2010, deverão existir 10 milhões de infectados. A indústria do sexo nestes países movimenta cifras que giram em torno de 40 milhões de dólares por ano, e o número de profissionais do sexo infectadas é alto. No Camboja, por exemplo, cerca de 42% destas profissionais estão infectadas (Rutherford, 1997).

Já nos países do Oriente Médio, onde a religião muçulmana exerce forte controle social sobre a população, a Aids ainda é tabu. A Arábia Saudita não divulga o número de pessoas infectadas e chega ao extremo de deportar estrangeiros soropositivos.

Uma das características da epidemia é a pauperização, ou seja, o avanço da doença de forma marcante sobre países e regiões mais pobres. As únicas regiões do mundo que começam a controlar o avanço da epidemia, são os Estados Unidos e a Europa Ocidental. No entanto, existem ainda países onde pessoas morrem de Aids sem que as autoridades sanitárias tomem conhecimento disto.

Embora o avanço da epidemia seja maior nos países mais pobres, alguns destes países têm se destacado por ter adotado medidas que

conseguiram, de certa forma, bloquear o avanço da doença. Foi o que ocorreu na Tailândia, que em 1998 registrava 800 mil infectados e conseguiu em um ano reduzir este número graças à realização de um programa de prevenção entre a população masculina, uma vez que o comércio sexual representava uma das maiores causas de contágio no país. Campanhas de esclarecimento e distribuição de preservativos fizeram com que a transmissão sexual fosse suplantada pela sanguínea no país, que hoje enfrenta o problema das drogas injetáveis (Revista Infecto Atual, 2000).

Entre os países africanos, destacou-se Uganda, onde há dois anos foi adotado um programa de prevenção que conseguiu reduzir a taxa de casos novos de 28% para 11% (Rutherford, 1997).

No Brasil, o primeiro caso de Aids foi notificado na cidade de São Paulo, no ano de 1980, através de uma análise retrospectiva. Os casos seguintes restringiam-se todos a São Paulo e Rio de Janeiro, maiores cidades do país, sendo as categorias de exposição mais freqüentes na época, as de homens que fazem sexo com homens, ou seja, homossexuais e bissexuais masculinos, os hemofílicos e demais receptores de sangue ou derivados (Szwarcwald et al, 2000).

Como os hemofílicos costumam receber componentes sanguíneos de um "pool" de doadores, os quais, na época eram, geralmente, pagos pela doação, este grupo de pessoas foi severa e rapidamente atingido no início da epidemia no país. O surgimento de testes para detecção do HIV em 1986, e medidas rigorosas de fiscalização adotadas em relação aos doadores e bancos de sangue, levaram a um marcante declínio nos casos de Aids entre hemofílicos e receptores de sangue e derivados (Carvalho et al, 1987).

Na metade da década de oitenta, outro grupo populacional passou a ocupar uma posição de destaque nos casos devidos à contaminação sanguínea, eram os usuários de drogas injetáveis (UDI), que perfazem hoje um total de 18,5% do total de casos acumulados desde o início da epidemia (Fonseca & Castilho, 1997).

No campo da transmissão sexual, o grupo de homens que fazem sexo com homens foi o mais gravemente afetado no início da epidemia, situação esta, que foi paulatinamente mudando, em função da mobilização ocorrida neste segmento, levando a mudanças de comportamento, com adoção de práticas sexuais seguras (Parker, 1994).

Nos últimos anos, o perfil da epidemia sofreu uma drástica transformação, com o predomínio da transmissão heterossexual e um número crescente de mulheres sendo contaminadas. Estas mulheres pertencem geralmente às classes sócio-econômicas menos favorecidas, possuindo baixo nível de instrução e de renda, além de situarem-se, cada vez mais em faixas etárias mais jovens. Desta maneira, as mulheres que desempenham atividade sexual profissional, por apresentarem todas estas características e ainda um grande número de contatos sexuais, surgem como terreno propício para a expansão do HIV.

Na última década, a Aids atingiu proporções a nível nacional, não se restringindo somente aos grandes centros urbanos, mas atingindo mais da metade dos municípios brasileiros, especialmente aqueles menores e com mais baixa renda percapita (Szwarcwald et al, 2000).

## 2.2. CONSIDERAÇÕES SOBRE A PROSTITUIÇÃO:

Existem diversas definições de prostituição, e seria extremamente difícil escolher somente uma como a mais completa ou a mais adequada, isto porque de uma maneira geral, estas definições baseiam-se somente em determinados aspectos do fenômeno, não considerando-o sob as muitas perspectivas a que está sujeito. Uma definição simples e abrangente foi a elaborada por De Zalduno et al (1992) em seu trabalho onde define prostituição como **“toda a atividade onde alguém troca serviços sexuais, obtendo como pagamento, dinheiro ou qualquer outro bem”**.

Uma outra visão sobre a prostituição, a define como **“uma forma de organização do comércio sexual extraconjugal, que a sociedade menospreza e tolera”**. (Gomezjara, Barrera, 1988).

O fenômeno da prostituição tem sido abordado sob diversas perspectivas, e quase sempre, cercado de preconceitos e tabus que dificultam o conhecimento mais amplo de suas raízes e significados nas diversas camadas sociais. As características e a evolução da prostituição no curso da história está intimamente relacionada com o papel histórico da mulher na sociedade.

A denominação do fenômeno também vem sofrendo modificações, sendo que a tendência atual é a de utilizar a expressão “profissionais do sexo”, embora vários outros termos sejam também empregados. Nos trabalhos que abordam o tema, encontra-se desde prostitutas até trabalhadoras sexuais ou trabalhadoras da indústria do sexo, ou ainda trabalhadoras do sexo comercial. No presente trabalho optamos por utilizar a expressão “profissionais do sexo”.

A prática da prostituição esteve presente no mundo desde tempos muito remotos, existindo registros que permitem considerar que a sua origem tenha ocorrido no tempo do paganismo primitivo. Até o século III depois de

Cristo, a sexualidade não se relacionava de maneira direta com o proibido e com o pecado, havendo, de maneira geral, uma maior tolerância. Com o decorrer do tempo, as normas sociais e morais obrigaram a prostituição a se ocultar, em função da grande desaprovação social da qual era alvo. Foi perseguida pelos padrões morais do Evangelho, e sob esta circunstância, surgiu a idéia de que a prostituição era um “mal necessário”, talvez menos grave que o adultério, o rapto ou a sedução (Gaspar, 1988).

Tolerada e regulamentada, a prostituição oferecia menos perigos para a sociedade do que quando oculta ou ilícita. Na França, existiram decretos reais, um dos quais data de 1254, que castigavam com o desterro, as mulheres de “má vida”. Em 1256, Luis XV restabeleceu em Paris, o exercício da prostituição, sob a proteção de normas policiais e a fiscalização de funcionários do reino, impedindo-se assim, a prática da prostituição clandestina. Nesta época, as autoridades municipais e a polícia de diversas cidades francesas organizavam e administravam casas públicas (Carrara, 1996).

No século XII, na Espanha, o código de Alfonso, o Sábio, rei de Castilha, apresenta disposições a respeito de mulheres que se dedicavam ao comércio sexual. No século XV, havia lugares específicos para exercer a prostituição, algumas vezes tão grandes, que eram verdadeiras mansões, totalmente cercadas por muros e com somente uma porta de acesso. Em Valencia, um destes locais contava, na época, com mais de 300 mulheres (Carrara, 1996).

Na idade moderna, as idéias filosóficas da Revolução Francesa, e os meios de comunicação permitiram transformar a abordagem a respeito da prostituição. Nos primeiros anos do século XIX, existia uma tolerância regulamentada a respeito da atividade. Havia pessoas encarregadas de fazer cumprir os regulamentos nos locais destinados á prostituição. A atitude dos governos era rígida, inclusive com a cobrança de tributos para o exercício desta atividade, que novamente era considerada como “um mal necessário” (Uribe et al, 1996).

O sistema de regulamentação funcionava com uma série de normas nos locais onde a prostituição era permitida, tais locais eram conhecidos como “zona de tolerância”. Esta regulamentação pretendia proteger a saúde da maior parte da sociedade com medidas higiênicas que deveriam ser observadas por todas as pessoas que se dedicassem a esta atividade, com a finalidade de evitar ou diminuir o número de casos de doenças de transmissão sexual, grave problema de saúde pública na época, principalmente no que se refere à sífilis.

Para ter-se uma idéia do rígido controle exercido pelas autoridades responsáveis pode-se citar algumas das medidas adotadas, como o registro obrigatório de todas as mulheres que trabalhavam em um determinado local. Além disso, todo ingresso de uma nova trabalhadora deveria ser imediatamente comunicado às autoridades responsáveis, que obrigavam também que todas as profissionais em atividade fossem submetidas a exames médicos periódicos para verificar a existência ou não de doenças de transmissão sexual. O exercício da prostituição era, expressamente, proibido fora dos locais pré-determinados para tal, sendo a escolha destes locais, competência das autoridades responsáveis pelo controle das prostitutas.

O auge do sistema regulamentarista chegou com o avanço científico da medicina. Imediatamente após o Primeiro Congresso Médico Internacional, realizado em Paris, no ano de 1867, a prostituição passou por um período de extremo controle e regulamentação, que não era somente um argumento para reforçar atitudes moralistas contra as prostitutas, mas também era revestido de um caráter científico, ao preconizar medidas de higiene para defender a sociedade como um todo, e não somente determinados setores (Carrara, 1996).

Com esta mesma perspectiva, surgiram nesta época as leis sobre enfermidades contagiosas. No Reino Unido, a Ata Sobre Doenças Contagiosas, promulgada em 1886, deu origem ao chamado “regime abolicionista”, que foi divulgado a nível mundial em 1875. O regime abolicionista originou-se da necessidade de reprimir a exploração realizada por

terceiros sobre aquelas pessoas que se dedicavam à prostituição. Não preconizava a proibição da prostituição, mas defendia a liberdade para exercê-la sob certas regras, com igualdade de direitos e deveres para ambos os sexos. Em 1877, foi fundada em Genebra, a Federação Britânica e Continental pela Abolição da Prostituição, com a finalidade de pressionar os governos europeus no sentido de revogar os regulamentos sobre a prostituição (Carrara, 1996).

A primeira Guerra Mundial trouxe novo impulso a postura regulamentarista, que vinha perdendo força em função da tendência abolicionista. Esta condição permaneceu até a época da segunda Grande Guerra, recebendo o nome de neoregulamentarismo, sendo amplamente aceita em quase todos os países latinos, especialmente na França, onde foi aplicada até o ano de 1946. A maioria dos países sul americanos seguia o modelo francês. Uruguai, Chile, Peru e Colômbia tiveram regulamentos sanitários para a prostituição até a década de 20. Em outros países como Argentina, México, Equador e Paraguai, esta situação perdurou ainda por mais dez anos, até a década de 30 (Uribe et al, 1996).

Também os Estados Unidos adotavam uma política de severa repressão contra a prostituição. Quando da sua entrada na Primeira Guerra Mundial, uma lei proposta pela comissão militar do senado proibia a prostituição e o Álcool nas proximidades dos campos de treinamento do exército. Esta lei deu o impulso para a mais severa investida contra a prostituição nos Estados Unidos, levando ao fechamento das casas de prostituição de quase todas as grandes cidades americanas. Dezenas de milhares de mulheres foram presas por suspeita de exercício da prostituição e cerca de dezoito mil foram internadas em instituições federais de "recuperação" (Gaspar, 1985).

A postura neoregulamentarista que vigorou no período entre as duas grandes Guerras Mundiais, foi lentamente caindo em desuso após o final da II Grande Guerra, com a universalização da tendência abolicionista. No ano



de 1949, a Assembléia Geral das Nações Unidas aprovou uma convenção para reprimir a exploração da prostituição (Carrara, 1996).

Com o decorrer do tempo, o manejo jurídico da prostituição evoluiu, embora se tenha observado que, independentemente do sistema que cada país estabeleça, regulamentarista, abolicionista ou proibitivo, a clandestinidade associada com a prostituição, depende de diversos fatores sócio-culturais e da moral sexual vigente em cada sociedade. Sem dúvida, a legislação vigente não é suficiente para que se tenha uma visão abrangente da prostituição, sendo necessário também compreender as políticas e os significados sócio-culturais que a influenciam.

No Brasil, no final do século XIX, a introdução de um regulamento sanitária para o controle da prostituição foi defendida como a forma mais eficiente de solucionar o “problema venéreo” no país, pois as prostitutas eram consideradas, na época, como as grandes responsáveis pela disseminação da sífilis. A regulamentação do meretrício através de um código de normas não era uma idéia original, baseava-se no chamado “sistema francês”, instituído de forma pioneira no mundo, em Paris, no início do século XIX (Gaspar, 1988).

No final do século XIX, a regulamentação da prostituição no Brasil já tinha uma certa tradição. Por diversas vezes, autoridades policiais da então capital do Império, o Rio de Janeiro, já haviam tentado instituí-la. Segundo pesquisadores do assunto, a iniciativa pioneira neste campo coube ao desembargador Alexandre de Siqueira, chefe de polícia da cidade, que no ano de 1852, resolveu registrar todas as prostitutas da corte (Carrara, 1996).

Como acontecia também na Europa, tais iniciativas partiam de autoridades policiais que se preocupavam mais com a moralidade do que com a saúde pública. Em meados do século, o assunto começou a despertar o interesse dos médicos brasileiros, dando origem assim, às primeiras teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, onde era defendida a regulamentação da prostituição. Por volta de 1869, a própria Academia Imperial de Medicina já se preocupava com a questão, tendo publicado alguns trabalhos a respeito, dentre os quais se sobressai um estudo chamado “Da prostituição

no Rio de Janeiro”, de autoria do médico Luiz C. de Azevedo, o qual propunha que a própria Academia solicitasse aos poderes do Estado, autorização para formular regulamentos com a finalidade de submeter a prostituição na cidade a severo controle policial, com o auxílio de uma equipe médica com a finalidade de diminuir a expansão da sífilis, considerada alarmante na época (Carrara, 1996).

Cada vez mais, a Academia Imperial de Medicina se interessava pelo assunto, propondo inúmeros debates e publicações sobre o tema e adotando uma postura claramente regulamentarista.

Enquanto na Europa travava-se uma batalha entre os **abolicionistas**, defensores da não regulamentação da prostituição e os **neoregulamentaristas** que insistiam em instituir normas e regulamentos para o controle da mesma, no Brasil, até 1890 a tendência da postura da maioria dos médicos era a de defender uma regulamentação rigorosa para o exercício do meretrício. A partir de então, o pensamento científico nacional passou a ser influenciado pelas idéias neoregulamentaristas, das quais o seu maior defensor foi o sifilógrafo francês Alfred Fournier (Carrara, 1996). Por mais que os médicos e autoridades policiais preconizassem o sistema da regulamentação, muito pouco foi feito neste sentido, pois o próprio Imperador Dom Pedro II manifestou-se contrário à iniciativa, proibindo que qualquer medida fosse adotada neste sentido.

Com a proclamação da República, o controle sanitário da prostituição e a profilaxia da sífilis voltaram a preocupar o governo central, os legisladores e também a polícia. Por proposta do chefe de polícia na época, foram incluídas no programa do governo provisório, medidas para repressão à prostituição e profilaxia pública da sífilis, inclusive com o envio de médicos a outros países para estudar as regulamentações adotadas.

A partir de 1900, as idéias abolicionistas começavam a ganhar força no meio médico brasileiro, a ponto de a própria Academia Nacional de Medicina, posicionar-se contrária à regulamentação da prostituição, já no ano de 1902.

Com o passar dos anos, cada vez mais vai perdendo força a teoria neoregulamentarista no Brasil, a ponto de nos anos 20 a regulamentação da prostituição ter sido praticamente abandonada no país (Carrara, 1996). No ano de 1940, realizou-se a Primeira Conferência Nacional de Defesa Contra a Sífilis, e naquela ocasião, praticamente mais ninguém defendia a idéia da regulamentação da prostituição no país, a qual recebeu o seu golpe de misericórdia com a publicação das conclusões finais da conferência que explicitamente condenava qualquer ação do Estado no sentido de realizar algum tipo de controle médico-policial sobre a prostituição.

### **2.3. PROFISSIONAIS DO SEXO E HIV: Um Panorama Mundial**

São poucas as investigações publicadas que podem contribuir para ampliar os conhecimentos sobre os diversos grupos que exercem a prostituição (Uribe, 1996), sendo também escassos os trabalhos com enfoque multidisciplinar que abordem o fenômeno sob a perspectiva epidemiológica, clínica, antropológica, sócio-cultural e cultural que atuam sobre ele. Com o recrudescimento das DSTs, que voltaram a constituir-se em relevante problema de saúde pública, questiona-se também o papel desempenhado pelos profissionais do sexo em sua disseminação. Seria correto pensar que pessoas com um maior número de parceiros sexuais e com atividade sexual mais intensa tivessem maiores possibilidades de contaminar-se. Porém, ao contrário da crença popular, freqüentemente são estas pessoas que em primeiro lugar se informam, e participam das campanhas de prevenção das DST, aí incluída a Aids, por estarem conscientes dos riscos a que estão expostas em função de seu trabalho e pela dificuldade, de uma maneira geral de acesso a serviços médicos especializados (Richardson, 1990).

A Aids é uma doença de surgimento relativamente recente e que fez ressurgir o interesse de vários pesquisadores pelo grupo populacional de pessoas que exercem o sexo como forma de trabalho. Desde o seu surgimento até os dias de hoje, alguns trabalhos vem sendo realizados com o intuito de tentar relacionar a prostituição com a Aids, avaliando o papel desempenhado por estas profissionais na propagação da infecção, ou simplesmente tentando conhecer o impacto da mesma entre as trabalhadoras na indústria do sexo.

O binômio prostituição e Aids começou a ser abordado por estudos epidemiológicos a partir do ano de 1985, sendo que a maioria dos trabalhos na época, tratava as prostitutas como grupo de risco para contrair e transmitir o HIV, com ênfase maior, geralmente, no aspecto transmissão.

A grande maioria destes trabalhos foi realizada na África, que apresentava, já naquela época, características peculiares quando ao

comportamento e evolução da epidemia, a qual já mostrava uma proporção de casos homem/mulher de 1:1 (Friedland e Klein, 1987).

O grande número de profissionais do sexo contaminados pelo HIV no continente africano pode estar relacionado, além das características particulares da epidemia naqueles países, ao baixo índice de utilização do preservativo por parte destas profissionais, conforme verificado por Kreiss et al (1986), Mann et al (1987) e Friedland e Klein (1987).

O primeiro estudo avaliou a prevalência da infecção entre profissionais do sexo de Nairobi, relacionando-a com a classe social das mesmas. Os resultados demonstraram que a infecção era duas vezes mais prevalente entre profissionais de baixa classe social em comparação com as de classe social alta. Em pesquisa realizada no Zaire, Mann relacionou a prevalência do HIV com a frequência do uso de preservativos, tendo encontrado, como esperado, uma ocorrência bem maior de casos de contaminação entre as profissionais que não utilizavam o preservativo, ou o faziam com pouca frequência. O resultado apontou 33% de contaminação no primeiro grupo, enquanto no segundo, nenhuma profissional resultou infectada. Finalmente, Friedland e Klein demonstraram em sua pesquisa, que o hábito de fazer sexo com profissionais do sexo, estava intimamente associado ao número de casos de Aids entre homens heterossexuais na África.

Embasado nestes estudos, o Programa Global de Aids da Organização Mundial da Saúde emitiu uma declaração onde afirmava que a prostituição era um fator de risco para a transmissão do HIV.

Com o advento dos testes sorológicos para detecção do vírus, diversas pesquisas foram realizadas entre prostitutas, com a finalidade de investigá-las enquanto grupo de risco para transmissão do HIV. No entanto, nenhum destes trabalhos conseguiu mostrar conclusivamente que a prostituição por si só, estivesse associada à infecção pelo HIV (Peterson, 1994).

A partir da IV Conferência Internacional de Aids, realizada em Estocolmo, no ano de 1988, inúmeras pesquisas apresentaram dados

suficientes para contestar a conceituação da prostituição como grupo de risco para o HIV. Talvez o mais importante destes trabalhos tenha sido o de Wofsy (1990), realizado em sete cidades americanas, o qual sugere que o risco para infecção por HIV entre prostitutas está associado com as atividades sexuais com parceiros não pagantes. Estes estudos introduziram também o conceito de atividade ou comportamento de risco, que pouco a pouco foi substituindo o conceito anterior de grupo de risco (Peterson, 1994).

Em 1989, a própria Organização Mundial da Saúde, através do grupo de trabalho sobre "comportamentos de alto risco, indústria do sexo e HIV", declarou que "o trabalho sexual, por si só, não significa um fator de alto risco para a transmissão da infecção por HIV, dependendo, este risco, dos tipos de comportamento sexual e do uso de drogas, que são praticados por aqueles que compram e vendem serviços sexuais e por seus contatos não pagantes" (Peterson, 1994).

No entanto, esta declaração não foi suficiente para apagar o pensamento anterior, e as duas correntes passaram a existir simultaneamente, tanto no meio científico, quanto no imaginário popular (Peterson, 1994).

A prevalência da infecção por HIV nestes grupos varia, consideravelmente, segundo a região geográfica e fatores socioeconômicos e culturais. Em algumas regiões da África, desde a década de oitenta, existem evidências da transmissão do HIV de profissionais do sexo a seus clientes e vice-versa. Um estudo realizado naquele continente verificou que a prevalência de infecção por HIV entre clientes masculinos de profissionais do sexo com alta prevalência de infecção por este vírus foi de 1,4%, enquanto a probabilidade de infecção cliente-profissional foi de 6,7% (Uribe et al, 1996). Este dado revela uma realidade pouco conhecida, ou pouco explorada. Até que ponto são as profissionais do sexo realmente responsáveis pela disseminação do vírus e até que ponto, são elas, também, vítimas e alvo da evolução da epidemia em direção ao sexo feminino?

O nível socioeconômico das profissionais do sexo desempenha papel importante na contaminação ou não pelo HIV. Estudos demonstram que

quanto mais baixo este nível, maior a prevalência da infecção (Kreiss et al, 1986; Cortes et al, 1989; Ungchusak et al, 1996). Na África, as trabalhadoras da indústria do sexo contaminam-se preferentemente via sexual e não pelo uso de drogas como ocorre, por exemplo, nos Estados Unidos (Wofsy, 1990; Onorato et al, 1995; Uribe et al, 1996). Atualmente, existem regiões onde mais de 80% das profissionais do sexo estão contaminadas. Fato semelhante está se repetindo na Ásia, principalmente em países como Tailândia, Índia e Cambodja, que apresentam altas prevalências para HIV entre profissionais do sexo, muito embora na Tailândia, este número venha apresentando uma forte tendência de declínio nos últimos anos (Ungchusak et al, 1996; Oshige et al, 1999).

Na Europa e Estados Unidos, em cidades onde o uso de drogas injetáveis está intimamente associado à prática do sexo comercial, são observadas prevalências de 31 a 58% de contaminação pelo HIV entre estas profissionais. Em cidades onde esta associação não existe, ou é irrelevante, as prevalências são inferiores a 5% (Uribe et al, 1996).

Em 1987, o CDC de Atlanta, Estados Unidos, realizou um estudo multicêntrico em sete cidades do país, onde foram avaliadas 835 profissionais do sexo. Destas, 7,4% estavam contaminadas pelo HIV. Destas 62 mulheres infectadas, 76% tinha antecedentes de uso de drogas injetáveis, evidenciando uma estreita correlação entre uso de droga endovenosa e HIV. Outro importante fator associado com a infecção foi o uso limitado de preservativos. Somente 16% das entrevistadas informaram usá-lo com seus maridos ou parceiros fixos, enquanto 78% das mulheres utilizavam o mesmo com seus clientes. Das profissionais que informaram utilizar sempre o preservativo, nenhuma apresentou contaminação (Wofsy, 1990).

A tendência atual é de encarar as profissionais do sexo como um grupo altamente exposto à contaminação pelo HIV e utilizar estes grupos nos estudos de vigilância sentinela, com o intuito de monitorar o comportamento da epidemia de HIV (Ballesteros et al, 1999).

Neste sentido, diversos trabalhos têm sido desenvolvidos no mundo todo com a finalidade de conhecer a prevalência do HIV entre estas profissionais, bem como para determinar a existência de outros fatores de risco que possam determinar o status sorológico das trabalhadoras sexuais.

Inúmeras características ou comportamentos adotados pelas profissionais podem estar relacionados a um risco maior ou menor para a infecção pelo HIV. Dentre as situações diretamente relacionadas ao seu trabalho, têm sido cogitadas como mais importantes, a idade, a escolaridade, a renda, o local e o tempo de atividade na profissão, o número de clientes, a presença de outras doenças de transmissão sexual, e como fator principal, a utilização ou não de preservativos. Outros fatores, também de importância fundamental, porém não ligados diretamente ao trabalho, são a utilização de drogas endovenosas, as transfusões de sangue e os companheiros usuários de drogas injetáveis.

#### **PREVALÊNCIA DO HIV:**

A soroprevalência do HIV entre as profissionais do sexo varia grandemente de acordo com o continente avaliado, e mesmo de acordo com o país ou cidade. Esta grande variação é determinada pela existência ou não dos co-fatores de risco, que serão descritos posteriormente. Independentemente da presença destes co-fatores, com a finalidade de possibilitar uma visão panorâmica da situação atual destas trabalhadoras em relação ao HIV, serão apresentados a seguir, dados de diversos continentes e países.

Na Europa, existem dados disponíveis em relação à Espanha, onde um estudo multicêntrico foi realizado entre 1989 e 1991, com a participação de 1433 profissionais, tendo sido encontrada uma soroprevalência de 12,6% para o HIV (Estebanez et al, 1998). Em outro estudo europeu, realizado na Itália, foram avaliadas profissionais do sexo não italianas, as quais foram atendidas em um centro especializado em doenças sexualmente



transmitidas na cidade de Bolonha. Os resultados mostram que das 331 mulheres avaliadas pela pesquisa, 1,8% resultaram positivas no teste anti-HIV (D'Antuono, 1999).

Na Austrália a questão vem despertando a atenção dos pesquisadores e conforme os resultados de um estudo realizado na cidade de Sydney entre janeiro de 1991 e março de 1998, foi encontrada uma prevalência de 0,4% de profissionais contaminadas pelo HIV. Esta pesquisa avaliou 1671 profissionais do sexo, verificando também a existência de outros fatores de risco associados e comparando os resultados com um grupo de homens profissionais do sexo, que apresentaram uma prevalência bem mais elevada, de 6,5% (Estcourt et al, 2000).

Atualmente, diversos países asiáticos têm se preocupado com a questão e inúmeros trabalhos vêm sendo realizados para conhecer a situação das profissionais do sexo destes países em relação ao HIV. No Cambodja, em pesquisa realizada por Oshige et al (1999), 296 trabalhadoras da indústria do sexo foram avaliadas, tendo sido relatada uma soroprevalência de 43,9% para o HIV. Estas profissionais foram também avaliadas quanto à existência de outras doenças de transmissão sexual. Em um estudo longitudinal, realizado na Tailândia por Ungchusak no ano de 1996, foram acompanhadas 271 profissionais, com prevalência de 12,5% para o HIV entre elas. Outros fatores de risco foram também encontrados neste estudo. Resultado bastante semelhante foi encontrado na Índia, onde na cidade de Manipur, 100 profissionais foram testadas para determinar seu status sorológico em relação ao HIV. 12% das pessoas testadas resultaram infectadas pelo vírus. Foram avaliados ainda o uso de drogas, a presença de outras DSTs e o número de clientes (Agarwal et al, 1999). Finalmente, um grande estudo acompanhou 1218 profissionais do sexo da cidade de Fukuoka, no Japão, de 1990 a 1995, com a finalidade de determinar a prevalência de HIV e DSTs nesta população. Os resultados mostraram que a prevalência do HIV foi igual a zero nas profissionais testadas (Tanaka et al, 1998).

Na África, continente onde foram realizados os primeiros estudos relacionando a prostituição com a Aids, as prevalências do HIV entre profissionais do sexo permanecem elevadas. Pesquisas recentes dão conta que cerca de 50% das profissionais da África do Sul (Ramjee et al, 1998) e 76,6% daquelas de Gana (Deceuninck et al.,2000), apresentam sorologia positiva para o teste anti-HIV.

Um dos mais importantes estudos envolvendo a associação entre prostituição e HIV foi realizado pelo Center of Diseases Control (CDC), de Atlanta, Estados Unidos. Trata-se de um estudo multicêntrico, envolvendo sete cidades daquele país. Além de outros dados muito importantes acerca do binômio prostituição-Aids, foi encontrada uma prevalência geral de 7,4% (Wofsy, 1990). Outro estudo americano, realizado em Miami, no ano de 1995, por Onorato et al. encontrou positividade de 22% para o teste anti-HIV. Outros fatores de risco associado foram também detectados e serão abordados adiante.

Pesquisadores mexicanos têm se preocupado bastante com a questão HIV/Aids e prostituição. Alguns trabalhos foram realizados neste campo, com a finalidade de conhecer a prevalência do HIV entre as profissionais do sexo daquele país. Os resultados mostraram prevalências extremamente baixas, que variaram de 2,6% para o ano de 1989 a 0,2% em 1994. Presença de outros fatores de risco além da atividade profissional foram também avaliados (Uribe et al,1996).

Pesquisas realizadas na América Central e do Sul mostram também resultados bastante divergentes quanto a soroprevalência do HIV. Assim, no Peru, em trabalho realizado no ano de 1996, 156 profissionais foram avaliadas quanto as suas práticas sexuais, infecção por HIV, HTLV I e II e sífilis. Nenhuma das profissionais participantes do estudo resultou positiva no teste anti-HIV (Trujillo et al. 1999). Já na Bolívia, estudo semelhante encontrou soroprevalência bastante baixa, de 0,1% (Levine et al. 1998). Zapiola et al. (1996) realizaram um estudo em Buenos Aires, Argentina, com a finalidade de detectar a prevalência de infecção por HIV, HTLV I e II entre profissionais do

sexo daquela cidade. Os resultados mostraram que 6,3% das profissionais avaliadas estavam infectadas por HIV. Na Jamaica a situação do HIV/Aids entre profissionais do sexo foi avaliada em estudo realizado em 1998, o qual detectou prevalência de 21% para o vírus da imunodeficiência humana entre as trabalhadoras sexuais de Kingston e Montego Bay (Figueroa et al., 1998).

No Brasil o tema tem sido pouco explorado. Maior número de trabalhos são encontrados a respeito de usuários de drogas, presidiários e homossexuais. Cortes et al.(1989), detectaram soroprevalência de 9% entre prostitutas de classe sócio-econômica baixa. Adair (1994), em estudo realizado na cidade de Santos encontrou 35% de positividade para o HIV. Em Vitória, no ano de 1998, 140 profissionais do sexo atendidas no centro de referência para DST foram testadas para o HIV, resultando em 8,6% de positividade no teste. Estas profissionais foram também avaliadas quanto à presença de outras DSTs, uso de drogas injetáveis e escolaridade (Pires e Miranda, 1998).

#### **FAIXA ETÁRIA:**

A idade não parece ser um fator determinante de um maior risco para a aquisição do HIV por parte das profissionais do sexo, embora alguns estudos tenham demonstrado associação entre estas variáveis. Estudo realizado nos Estados Unidos, por Onorato et al.,(1995) encontraram associação positiva entre idade e risco de soroconversão para HIV. Neste estudo, a idade média das profissionais soropositivas foi significativamente menor que aquela das soronegativas. Resultado semelhante foi relatado por Ungchusak et al (1996), avaliando profissionais do sexo do nordeste da Tailândia.

O acompanhamento de um grupo de profissionais do sexo na cidade de Bolonha, Itália, encontrou uma amplitude de 19 a 22 anos de idade entre as profissionais avaliadas sendo a média de 25 anos (D'Antuono, 1999).

Extenso trabalho envolvendo profissionais do sexo foi realizado no México, com a finalidade de estabelecer características sócio-demográficas e prevalência do HIV entre estas profissionais. Participaram deste estudo 914 profissionais que apresentaram a seguinte distribuição por faixa etária: 46,4% estavam entre 16 e 24 anos; 40,5% tinham entre 25 e 34 anos; 9,1% estavam entre 35 e 44 anos e 2% delas tinham mais de 44 anos de idade (Uribe et al., 1996).

Entre 1994 e 1996 foram acompanhadas 311 trabalhadoras sexuais residentes em Porto Rico, com a finalidade de identificar as características sócio-demográficas desta população, pesquisando também outros comportamentos de risco para contaminação pelo HIV. Em relação à idade destas profissionais foi observado que 52% delas tinham menos de 30 anos, a média de idade foi de 28 anos e amplitude encontrada foi de 18 a 34 anos (Figueroa et al., 1999).

#### **RENDA:**

Pouca importância tem sido dada a renda destas profissionais nos últimos anos. Nos primeiros estudos realizados com prostitutas africanas, Kreiss et al. (1986), encontraram associação importante entre classe sócio-econômica e status sorológico para HIV. Os resultados de sua pesquisa, realizada em Nairobi, apontam para 31% de prevalência entre profissionais consideradas de classe alta, enquanto nas de classe baixa, a mesma foi de 66%. Na Tailândia, no ano de 1996, Ungchusak et al. avaliaram 489 profissionais do sexo quanto ao status sorológico para HIV e fatores relacionados. A renda média mensal destas profissionais foi de quatrocentos e oitenta dólares, mas não houve associação significativa entre o nível de rendimentos e a prevalência para HIV.

Cortes et al., em pesquisa realizada em 1989 no Estado de Minas Gerais, encontraram 9% de soroprevalência para HIV entre profissionais do

sexo de baixa renda. Foram consideradas de baixa renda, as profissionais que trabalhavam na rua.

Peterson, em estudo realizado no Rio de Janeiro no ano de 1994, avaliou 125 profissionais do sexo acerca do risco a que estavam expostas para aquisição do HIV. Encontrou uma renda média mensal de seiscentos e trinta e um dólares, tendo observado como rendimento máximo, o valor de três mil e novecentos dólares.

### **INSTRUÇÃO:**

O acometimento cada vez maior de pessoas com pouco tempo de estudo tem apontado para uma possível associação entre baixa instrução e infecção pelo HIV. Neste sentido, o nível de instrução das profissionais do sexo poderia desempenhar um papel importante na determinação do status sorológico destas profissionais em relação ao HIV. Existem indícios de que um baixo nível educacional contribuiria para a não adoção de medidas preventivas para a realização de sexo seguro.

Pires e Miranda (1998), realizaram uma pesquisa em Vitória, no Espírito Santo, onde foram acompanhadas 140 profissionais do sexo com a finalidade de conhecer a soroprevalência para HIV e detectar fatores correlatos. Os resultados indicam que a maioria delas, 63,3%, tinha apenas escolaridade primária. Foi, ainda, observado 3,3% de analfabetas, 20,6% com o segundo grau e 3,9% estavam freqüentando algum curso universitário. Não é descrita pelos autores, qualquer relação entre escolaridade e infecção por HIV.

Em trabalho realizado na Cidade do México, por Uribe e Hernández (1995), foi avaliada a escolaridade das profissionais do sexo participantes da pesquisa. Neste caso também a grande maioria, 54%, possuía somente instrução primária. 8% delas eram analfabetas, 15% tinham o segundo grau, enquanto 6,6% haviam freqüentado curso técnico. Os autores não estabeleceram nenhum tipo de relação entre o nível de escolaridade e a prevalência do HIV.

As características das profissionais do sexo tailandesas foram estudadas em pesquisa realizada nos anos de 1990 e 1991. Quanto ao nível de instrução destas profissionais, foi observado que 13% delas relataram não ter estudado, 77,7% possuíam nível primário e 9,2% nível secundário. Os autores pesquisaram associação entre o nível de instrução e status sorológico das participantes da pesquisa, tendo encontrado forte associação entre ausência de estudo e risco de infecção por HIV. Neste trabalho foi detectado um risco relativo de 3,72 para as profissionais sem estudo, em comparação com as que tinham qualquer nível de escolaridade(Ungchusak et al. 1996).

#### **LOCAL DE TRABALHO:**

Nos últimos anos, têm-se procurado verificar a existência de correlação entre o local de trabalho das profissionais do sexo e sua condição de portadoras ou não do vírus da imunodeficiência humana.

Entre os anos de 1993 e 1996, foi realizado na cidade de Taipei, em Taiwan, um grande estudo para avaliar a prevalência de infecção por HIV, HTLV I, e outras DSTs. Participaram deste "survey" 2245 profissionais do sexo assim agrupadas: 32,3% trabalhavam em casas de massagem; 46,1% desenvolviam suas atividades em bares de karaokê e 21,6% declaram exercer a profissão em bordéis. A existência de outras DSTs e o uso de preservativos foram também avaliados no estudo. Foi encontrada a existência de infecção por HIV em somente duas profissionais, as quais trabalhavam em bares de karaokê, mas este dado não foi estatisticamente significativo (Chen et al. 1998).

Estudo conduzido por Uribe et al. (1996), na Cidade do México relataram que 47,6% das profissionais entrevistadas trabalhavam na rua, 40,2% em bares e "nightclubs", 6% em hotéis, 0,7% em bordéis e 1% eram "call-girls", ou seja, atendiam seus clientes mediante contato telefônico prévio, sistema semelhante aos das chamadas "agências" existentes no Brasil.

O fato de a maioria das profissionais do sexo estudadas, normalmente, exercer suas atividades na rua e em bordéis ocorre pela maior dificuldade de acesso apresentado pelas demais, que muitas vezes trabalham disfarçadas em outras atividades, ou em locais secretos ou pouco conhecidos.(Uribe et al., 1996).

#### **TEMPO DE ATIVIDADE:**

O tempo de atividade como profissional do sexo tem despertado a atenção dos pesquisadores que se preocupam com a questão prostituição/HIV-Aids. Espera-se que quanto maior for o tempo de exercício da atividade, maior chance de contaminação existirá para a profissional. Assim, profissionais que atuam há mais tempo deveriam ter prevalências maiores de contaminação pelo HIV.

Neste sentido, trabalhos têm sido desenvolvidos com a finalidade de avaliar esta relação. Ungchusak et al. em estudo realizado na região nordeste da Tailândia, no ano de 1996, encontraram forte associação entre menor tempo de experiência profissional e contaminação pelo HIV. Os resultados mostraram que as profissionais com menos de três meses de envolvimento com o sexo comercial estavam mais expostas ao risco de contaminação do que as demais, tendo apresentado um risco relativo de 7,18. Segundo os autores, a falta de habilidade em negociar o uso do preservativo com os clientes, a insegurança em rejeitar um contato desprotegido, e a preferência dada pelos clientes às profissionais recém chegadas seriam alguns dos motivos para este resultado.

Resultado semelhante foi encontrado em outro estudo realizado também na Tailândia, porém na cidade de Bangkok, onde nos anos de 1997 e 1998, 500 profissionais do sexo foram avaliadas com a finalidade de detectar se houve ou não queda no risco de contaminação por HIV após a implantação de programa de educação e distribuição de preservativos para estas

profissionais. Os achados da pesquisa demonstraram que as profissionais com menor tempo de atividade apresentavam soroprevalência mais elevada. Assim, a prevalência encontrada foi de 5,5% entre 91 profissionais que tinham iniciado suas atividades antes de 1989. Esta prevalência sobe para 8% entre as 87 mulheres que começaram a trabalhar entre 1990 e 1993, e finalmente, nas 322 entrevistadas que relataram ter iniciado suas atividades a partir de 1994, a soroprevalência atinge os 12,5%. Os autores atribuem este resultado, também a falta de habilidade das profissionais mais recentes em exigir o uso de preservativo por parte de seus clientes e também, a alta prevalência de infecção por HIV entre os homens que procuram serviços sexuais pagos (Kilmarx et al. 1999).

Os dados obtidos na literatura não sustentam a hipótese de que maior tempo de exercício do sexo comercial determinaria, por si só, maior prevalência de infecção por HIV nesta população.

#### **NÚMERO DE CLIENTES:**

Assim como o tempo de atividade profissional, o número de clientes poderia também desempenhar papel importante no risco de contaminação pelo HIV das profissionais do sexo. Teoricamente, quanto maior o número de parceiros, maior a chance de uma exposição ao vírus e maior o risco de contaminação.

No México, em estudo conduzido por Uribe et al.(1996), as profissionais do sexo foram avaliadas segundo diversas situações de risco para contaminação pelo HIV. Em relação ao número de clientes, os resultados apontam que 58,8% das mulheres tinham até 30 clientes mensais; 10,4% das profissionais relataram ter de 30 a 60 clientes por mês; 16,8% tinham de 60 a 80 contatos; 6,3% relataram número de clientes entre 80 e 100; 3,8% das avaliadas informaram atender entre 100 e 140 clientes mensalmente; 1,8% apresentavam número de clientes entre 140 e 180 e 1,8% relatou ter mais de 200 clientes mensais. O número de clientes estava associado à adoção de



medidas preventivas e ao nível sócio econômico, mas não houve associação significativa com a prevalência de infecção por HIV.

A associação entre número de clientes e contaminação por HIV foi também estudada por Kilmarx et al.(1999), na Tailândia. O resultado da pesquisa evidenciou que 57,9% das profissionais entrevistadas informaram ter apenas um cliente por dia; 31,5% delas tinham de 2 a 4 clientes ao dia enquanto 10,6% destas profissionais tinham entre 5 e 15 clientes diariamente. Não foi encontrada associação significativa entre o número de clientes e o status sorológico para HIV entre as profissionais avaliadas.

Relato de associação entre número de clientes e aumento de prevalência de infecção por HIV vem de trabalho realizado em Manipur, na Índia, onde no ano de 1999 foram avaliadas 100 profissionais do sexo, tendo sido apresentado como resultado que a prevalência de infecção por HIV nestas profissionais aumenta à medida que aumenta o número de clientes (Agarwal et al., 1999).

#### **USO DE PRESERVATIVO:**

Provavelmente, o uso de preservativo por parte das profissionais do sexo seja um dos fatores preponderantes na determinação da prevalência de infecção por HIV entre elas. Isto explica o fato de um grande número de trabalhos avaliando o seu uso ou não pelas trabalhadoras da indústria do sexo estar disponível na literatura mundial.

Da mesma forma que a prevalência do HIV, o maior ou menor uso do preservativo varia de acordo com a região estudada, a classe sócio-econômica e fatores culturais das profissionais participantes do estudo. De que forma sua maior ou menor utilização influencia o status sorológico das profissionais do sexo tem sido alvo de inúmeros pesquisadores no mundo todo.

De uma maneira geral, nos locais onde são altos os índices de utilização do preservativo, são baixas as prevalências de infecção por HIV e

nos locais onde o preservativo é pouco empregado cresce a soroprevalência. Outro dado importante é a baixa freqüência de uso do preservativo pelas profissionais, em seus contatos não comerciais, característica relatada em diversos trabalhos.

Um dos mais importantes trabalhos realizados sobre o assunto e que propiciou o início de uma nova abordagem em relação à associação Aids-prostituição, talvez tenha sido o realizado nos Estados Unidos por Wofsy (1990), que realizaram uma pesquisa multicêntrica envolvendo sete cidades americanas, com a finalidade de estabelecer a soroprevalência do HIV nas profissionais do sexo, bem como avaliar outros fatores de risco para a aquisição do vírus. Um dos fatores associados a soropositividade para o HIV, além do uso de drogas injetáveis, foi o baixo emprego de preservativos. No sexo comercial, 78% das entrevistadas informou utiliza-lo, enquanto somente 16% delas relataram usar preservativo com maridos ou namorados.

Uribe et al.(1996), relataram situação semelhante no México, onde o relato do emprego de preservativo foi de 66% com os clientes, caindo para 4,4% nos contatos não comerciais.

Contato sexual com profissionais do sexo foi apontado como tendo associação significativa com infecção por HIV em estudo realizado na Costa do Marfim, África. Em sua pesquisa, Sassan-Morokro et al.(1996), avaliaram pacientes com tuberculose daquele país, comparando um grupo portador do HIV com outro não portador. A história de contato sexual prévio com profissionais do sexo resultou fortemente associada com a soroprevalência para HIV, proporcionalmente ao número de contatos. Assim, pacientes que informaram mais de dez contatos com profissionais do sexo apresentaram risco relativo de 4,0, inferior somente à presença de úlceras genitais, com risco relativo de 7,6. Importante notar que 76% dos homens entrevistados informaram nunca fazer uso de preservativos.

Em Taiwan também foi detectado um baixo índice de utilização de preservativos entre as profissionais avaliadas quando em contatos não comerciais, ou seja, com namorados e maridos. Somente 42% das

entrevistadas que trabalhavam em casas de massagem informaram utilizar sempre o preservativo nesta situação, enquanto 35% das trabalhadoras em bordéis têm este hábito. Em relação ao sexo comercial o índice sobe para 94% entre as trabalhadoras em salas de massagem, ao passo que nos bordéis, sua utilização é relatada por somente 45% das profissionais. Segundo os autores o uso reduzido de preservativo nos contatos não comerciais expõe as profissionais a um alto risco de contaminação pelo HIV (Chen et al, 1998).

Na Tailândia a situação também é semelhante. Kilmarx et al.(1999), avaliaram 500 profissionais do sexo, tendo relatado que 61% delas informaram usar sempre preservativo nos contatos comerciais, 27% o empregavam em mais da metade destes contatos, enquanto 12% usavam o preservativo em menos da metade de seus contatos sexuais comerciais.

Diversos fatores influenciam a prática do uso de preservativos por parte das trabalhadoras da indústria do sexo. Alguns trabalhos vêm sendo realizados com a finalidade de elucidar a importância destes fatores na adoção ou não do preservativo. Na Indonésia, em pesquisa patrocinada pelo CDC de Atlanta, foram avaliadas profissionais de diversos estabelecimentos de sexo comercial. Os resultados indicam que conforme o local onde estas profissionais exercem suas atividades há uma grande variação na utilização do preservativo. Somente 14% das trabalhadoras em bordéis informaram utilizá-lo; 20% das trabalhadoras de rua adotam a medida e 25% das profissionais de "nightclubs" o fazem. Ainda segundo os autores, profissionais que trabalham em casas de massagem ou como "call-girls", relatam utilização de preservativo 3 a 5 vezes maior que as demais (Joesoef et al, 2000).

O padrão de utilização de preservativos é reproduzido por praticamente todas as profissionais do sexo avaliadas, independentemente da região a qual pertençam. Em estudo realizado em Lima, Peru, 158 trabalhadoras de bordéis da cidade foram avaliadas, tendo informado utilização do preservativo por 75% de seus clientes enquanto somente 3% de seus parceiros fixos costumam utilizá-los. Os autores concluem que as baixas

prevalências de infecção por HIV e outras DSTs nestas profissionais, deve-se ao alto índice de utilização do preservativo por seus clientes (Trujillo et al., 1999).

O CDC de Atlanta tem demonstrado bastante interesse em monitorar as populações de trabalhadoras de sexo ao redor do mundo. Neste sentido, foi realizado um trabalho em La Paz, na Bolívia, envolvendo 508 profissionais, para avaliar o impacto de um projeto de prevenção entre esta população. Os resultados mostraram um incremento na taxa de utilização do preservativo de 36% em 1992 para 72,5% em 1995, mostrando também efeito protetor do mesmo em relação as DSTs (Levine et al. 1998).

No Brasil, o assunto parece não ter despertado o interesse dos pesquisadores. Os escassos dados disponíveis, entretanto, confirmam o mesmo perfil de utilização de preservativos apresentado por trabalhadoras do sexo de outros países. Peterson (1994), relata que 57% das profissionais avaliadas informam utilizar sempre o preservativo em seus contatos comerciais, ao passo que somente 12% delas mantêm esta prática em seus contatos sexuais não comerciais. Ainda segundo o autor, as profissionais avaliadas poderiam estar se arriscando mais em suas relações não comerciais do que quando em atividade com seus clientes.

Outro trabalho realizado no Brasil, por Pires e Miranda (1998), relata que a taxa de utilização de preservativos pelas profissionais do sexo de Vitória no Espírito Santo apresenta a seguinte distribuição: 31% relataram utiliza-lo sempre; 52% informaram utilização eventual e 17% nunca faziam uso desta medida preventiva.

A avaliação dos motivos que levam estas pessoas a não utilizar preservativos em seus relacionamentos não comerciais aponta a confiança nos parceiros como o principal fator determinante desta atitude (Peterson, 1994; Uribe et al., 1996).

## OUTRAS DSTs:

O estudo de outros fatores de risco associados à atividade com o sexo comercial apontam a existência de outras DSTs como fortemente associadas à prevalência de infecção por HIV. Esta característica tem sido demonstrada em inúmeras pesquisas realizadas nos mais diversos locais do mundo, razão pela qual a presença de doenças de transmissão sexual tem sido pesquisada em praticamente todas as observações realizadas em grupos de trabalhadoras no comércio do sexo.

Na África, onde é antiga a associação da prática do sexo comercial com a infecção por HIV, Sassan-Morokro et al.(1996) encontraram forte associação de doenças sexualmente transmissíveis com infecção por HIV. O risco relativo para prevalência de HIV para pacientes com úlcera genital foi de 7,6. A presença de uretrite também esteve fortemente associada à condição de portador do vírus, apresentando um risco relativo de 3,7. 83% dos pacientes avaliados informaram contato com profissionais do sexo no passado.

Na África do Sul, Ramjee et al.(1998) avaliaram 145 profissionais do sexo tendo encontrado a seguinte prevalência de DSTs: vaginose bacteriana 71%; sífilis 42%; tricomoníase 41,3%; candidíase 40,6%; *chlamydia* 16,4%; gonorréia 14,3%. Os autores concluem que medidas urgentes devem ser tomadas com a finalidade de reduzir o risco de infecção por DSTs e HIV nestas profissionais.

Recentemente foi realizado um trabalho em Gana para avaliar especificidade e sensibilidade de métodos laboratoriais para diagnóstico de DSTs entre profissionais do sexo encontrou 33,7% de casos de gonorréia; 31,4% de tricomoníase; 24,4% de infecções por cândida; 10% de casos de infecção por *chlamydia*; sífilis sorológica em 4,6% das avaliadas; 2,3% de vaginose bacteriana. Úlceras genitais presentes no momento do exame clínico ocorreram em 10,6% dos casos (Deceuninck et al., 2000).

Na Ásia, a ocorrência de doenças de transmissão sexual vem sendo estudada por pesquisadores interessados no assunto, e seu papel na determinação do status sorológico das profissionais do sexo tem sido evidenciado em alguns estudos.

Alta prevalência de infecção por *chlamydia* foi detectada entre trabalhadoras do sexo comercial em Taipei, Taiwan. Os resultados da pesquisa mostraram 70% de profissionais contaminadas nos bordéis, 41% de ocorrências em profissionais que trabalham em bares de karaokê e 56% entre as trabalhadoras de casas de massagem. Em relação à sífilis os dados obtidos foram de 35% entre as mulheres que trabalhavam em bordéis, 4% nas trabalhadoras de casas de massagem e 3,4% para aquelas que desempenham suas atividades em bares de karaokê. A presença de soropositividade para herpes vírus tipo II também foi pesquisada tendo sido encontrada em 7,5% das profissionais em bares de karaokê, 3% entre as trabalhadoras de bordéis e 2,5% nas que exercem a profissão em casas de massagem (Chen et.al, 1998).

No Japão, tem sido observada uma queda nas prevalências de infecção por *chlamydia* e gonorréia entre profissionais do sexo atendidas em uma clínica especializada em tratamento de doenças de transmissão sexual na cidade de Fukuoka. Tanaka et al.(1998) acompanharam 1218 pacientes desta clínica entre 1990 e 1995. Os resultados mostraram uma queda dos casos de infecção por *chlamydia* de 58% para 46% no período, enquanto os casos de gonorréia declinaram de 13% para 3,5% também no mesmo período. Os autores concluem que esta tendência pode ser explicada pelo incremento no uso do preservativo por parte destas profissionais durante o período de estudo.

Forte associação entre infecção por *chlamydia* e soropositividade para HIV foi detectada entre profissionais do sexo no Cambodja. Em estudo realizado nos anos de 1997 e 1998, 296 profissionais foram testadas para HIV e *chlamydia trachomatis*, tendo sido relatada uma soropositividade para esta última infecção em 73% das profissionais. A análise de regressão logística dos resultados mostrou associação significativa entre a positividade para *chlamydia* e infecção por HIV, com risco relativo de 5,33. Os autores relatam ainda que a

e 1995, 508 mulheres foram acompanhadas, tendo sido verificada uma diminuição nos casos de gonorréia, de 26 para 10%; de sífilis, de 15 para 8,7% e de úlcera genital de 5,7 para 1,3%. Não houve, no mesmo período, alteração significativa nas prevalências de infecções por *chlamydia* e tricomonas. Na análise multivariada, o uso do preservativo teve associação inversa com gonorréia, sífilis e tricomoníase, ou seja, caracterizou-se como um fator de proteção (Levine et al., 1998).

Em recente estudo realizado no Brasil, Pires e Miranda (1998) avaliaram 180 profissionais de sexo da cidade de Vitória, tendo sido encontrada história de DST prévia em 49,4% delas, sendo que no momento da entrevista, 25,6% apresentavam alguma doença de transmissão sexual. Embora os autores não tenham especificado quais DSTs foram encontradas, foi relatada uma associação significativa entre sífilis e prevalência de infecção por HIV.

#### **OUTROS FATORES DE RISCO:**

Atualmente, grande importância vem sendo dada a fatores de risco associados à atividade como profissional do sexo, como determinantes da prevalência de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana nesta população. História de transfusão sanguínea no passado, uso de drogas endovenosas e a não utilização de preservativo em seus relacionamentos não comerciais podem estar intimamente associados ao status sorológico destas profissionais.

Pela observação dos dados disponíveis na literatura mundial, ficou evidenciado que, embora relatando o emprego do preservativo no desempenho de suas atividades profissionais, a grande maioria das trabalhadoras do sexo têm uma prática bastante diversa em seus relacionamentos não comerciais. A proporção de mulheres que informam utilizar esta medida preventiva é bastante reduzida quando se relacionam com parceiros estáveis, como maridos e namorados. Esta pode ser uma das

ocorrência de outras doenças sexualmente transmissíveis pode aumentar a suscetibilidade da transmissão homem-mulher do HIV (Oshige et al., 1999).

Na cidade de Miami, Estados Unidos, um grupo de 607 profissionais do sexo foram avaliadas quanto ao status sorológico frente ao HIV e riscos para esta contaminação, por Onorato et al.(1995). Os dados obtidos mostraram haver uma associação significativa entre gonorréia e sífilis e infecção pelo HIV, tendo sido encontrado um risco relativo de 2,0 para a sífilis e 7,5 para a gonorréia.

Na Europa, a situação das profissionais do sexo em relação a prevalências de doenças de transmissão sexual também foi avaliada. Entre Janeiro de 1995 e dezembro de 1998, 331 mulheres que freqüentaram a clínica para tratamento de doenças sexualmente transmissíveis da cidade de Bolonha, na Itália, foram testadas para HIV e examinadas para detecção de outras DSTs (D'Antuono et al., 1998). Os resultados indicaram que 72,5% das profissionais apresentavam cervicites ou vaginites e vaginoses bacterianas; 11,5% com sífilis latente; 6,3% apresentavam verrugas genitais (HPV); 5% eram portadoras de infecção por *chlamydia*; houve 2,7% de profissionais com infecção por herpes; tricomoníase esteve presente em 2% das mulheres avaliadas; cervicite gonocócica foi diagnosticada em 1% dos casos e 0,6% de profissionais apresentaram sífilis secundária em atividade. Na Espanha, 740 profissionais do sexo foram avaliadas quanto a soroprevalência para Hiv e outros fatores de risco, tendo sido encontrada uma percentagem de 30,5% de positividade para sífilis (Estebanez et al., 1998).

A prevalência de doenças de transmissão sexual entre trabalhadoras do sexo comercial no México, também foi avaliada. Uribe et al.(1995), detectaram entre as profissionais entrevistadas, 70% de prevalência para o herpes tipo II, 24% para a *chlamydia*, 10% de profissionais com sífilis e 2% de casos de gonorréia. Neste estudo, os autores não estabeleceram relação entre outras DSTs e risco para infecção por HIV.

Entre as profissionais do sexo de La Paz, na Bolívia, foi observada diminuição na prevalência de algumas DSTs. Entre os anos de 1992



explicações para a elevada prevalência de doenças de transmissão sexual nas populações avaliadas. Segundo Peterson (1994), estas profissionais estariam correndo um risco bem maior ao se relacionar com parceiros fixos do que quando no desempenho de sua atividade profissional.

Embora a pouca utilização do preservativo com parceiros estáveis desempenhe um papel importante na dinâmica da relação HIV-profissionais do sexo, sem dúvida, a questão da utilização de drogas via endovenosa é o cofator preponderante na determinação do status sorológico de muitas das profissionais avaliadas. Os dados disponíveis na literatura mundial confirmam esta afirmação.

Talvez um dos primeiros trabalhos que tenha evidenciado esta relação entre prostituição-uso de drogas-infecção por HIV, tenha sido o estudo de Wofsy (1990), que avaliando profissionais do sexo de 7 cidades americanas testou 835 pessoas, tendo encontrado uma prevalência para o HIV de 7,4%. No entanto, 76% destas mulheres possuíam antecedentes de uso de drogas injetáveis e somente 16% usavam preservativos com seus parceiros estáveis.

Ainda nos Estados Unidos, dados apontam para um risco de 3 a 4 vezes maior para infecção por HIV entre profissionais do sexo que usam droga injetável em relação aquelas que não têm esta prática. Neste estudo realizado em Miami, a prevalência de HIV encontrada entre profissionais do sexo, foi de 34% para UDI e de 7% para as não usuárias de drogas (Onorato et al., 1995).

Esta tendência foi também observada na Austrália, onde um estudo comparou grupos de trabalhadores sexuais masculinos e femininos. A prática do uso de preservativos foi semelhante para ambos os grupos que informaram utilizá-los em praticamente todos os contatos sexuais. No entanto, a prática do uso de drogas endovenosas, foi significativamente mais elevada entre os homens do que entre as mulheres e o resultado final, ou seja, a soroprevalência para HIV, foi também significativamente mais elevada entre os profissionais do sexo masculinos, 6,5%, do que entre as mulheres, 0,4% (Estcourt et al., 2000).

Na Espanha a situação é semelhante. Estebanez et al. (1998) encontraram uma prevalência de infecção por HIV de 57,4% entre profissionais do sexo usuárias de drogas injetáveis, ao passo que entre as não usuárias de drogas, esta prevalência cai para 3,7%. Em relação ao uso de preservativos 72% das entrevistadas relataram utilizá-lo em seus contatos sexuais comerciais ao passo que somente 13% faziam uso do mesmo em contatos com parceiros estáveis. A existência de parceiro esteve significativamente associada ao risco de infecção pelo HIV.

Na Ásia, também existem relatos informando que o uso de drogas endovenosas constitui um importante fator de risco para aquisição do HIV entre os profissionais do sexo. Em estudo realizado na Índia, Agarwal et al.(1999) encontraram uma prevalência de infecção por HIV entre profissionais do sexo, 9,4 vezes maior para as usuárias de drogas injetáveis quando comparadas com as não usuárias de drogas.

Nos locais onde o uso de preservativo é alto e a utilização de drogas injetáveis é baixa por parte das profissionais do sexo, geralmente, as prevalências de infecção por HIV mantêm-se baixas. No México, Uribe et al.(1995), detectaram baixíssima soroprevalência entre estas profissionais, com cifras que variaram de 0,4% no ano de 1991 a 0,2% em 1994. Paralelamente, somente 0,3% das profissionais avaliadas possuía história de uso de droga endovenosa e 88% relataram utilizar sempre o preservativo em seus contatos sexuais comerciais.

No Brasil, um dos poucos estudos recentes, realizado por Pires e Miranda(1998), em Vitória, encontrou associação significativa entre prevalência de infecção por HIV e história de uso de drogas injetáveis. Dentre as 180 profissionais avaliadas, 5% tinha este precedente.

Os dados da literatura ilustram de maneira inequívoca a importância de co-fatores como uso de droga injetável e não utilização de preservativos com parceiros estáveis, como determinantes do status sorológico frente ao vírus da imunodeficiência humana nas profissionais do sexo avaliadas. Mas em Florianópolis, qual será a realidade das pessoas envolvidas

no comércio do sexo? Apresentam elas, também, os mesmos comportamentos e características das demais profissionais investigadas no Brasil e no mundo?

---

### 3. *OBJETIVOS*

### **3.1. OBJETIVO GERAL:**

Descrever o perfil epidemiológico das profissionais do sexo que utilizam os serviços do Ambulatório de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids da Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Social de Florianópolis.

### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- caracterizar as profissionais do sexo em relação à idade, renda, nível de instrução, tempo de exercício na atividade, local de trabalho, realização prévia do teste anti-HIV, acometimento atual ou anterior por DST;
- verificar a prevalência de infecção por HIV e DST, nesta população;
- levantar a existência de outros fatores de risco, além da profissão, para contaminação por HIV, como uso de drogas injetáveis, transfusão de sangue, parceiros usuários de drogas ou outros;
- averiguar a utilização ou não de preservativos como forma de evitar a contaminação pelo HIV e demais DST;
- comparar os dados obtidos em relação à contaminação por HIV nesta população com a população geral e outros grupos específicos, tais como usuários de drogas, homossexuais.

---

## *4. METODOLOGIA*

A pesquisa caracteriza-se por um desenho transversal, descritivo, sendo a amostra constituída por mulheres, profissionais do sexo, que freqüentaram o Ambulatório de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids da Secretaria de Saúde de Florianópolis. Optou-se por trabalhar somente com mulheres em função de ser esta uma das principais características de evolução da epidemia de HIV/Aids, ou seja, estar acometendo um número crescente de mulheres nos últimos anos. Foram caracterizadas como Profissionais do Sexo, as pessoas que dependem financeiramente, total ou parcialmente, desta atividade, para sua subsistência.

Participaram do estudo, todas as profissionais do sexo que procuraram o ambulatório municipal de DST/Aids entre janeiro e dezembro de 2000 com a finalidade de realizar teste anti-HIV e que concordaram, expressamente, em participar do mesmo. Esperava-se que ao final do período tivessem ingressado na pesquisa cerca de 100 profissionais, estimando-se uma soroprevalência para HIV entre 5 e 10%. No entanto, o número de participantes restringiu-se a 80 profissionais, tendo havido uma recusa em responder ao questionário de 13%. Este número representou 4% do total de testes anti-HIV realizados no ambulatório no ano de 2000.

As participantes foram investigadas quanto à reatividade ou não para o teste Anti-HIV, idade, grau de instrução, rendimentos mensais, local de trabalho, tempo de exercício da atividade, número de contatos sexuais mensais, uso ou não de preservativo em seus contatos sexuais profissionais e não profissionais. Foi levantada ainda, a existência ou não de outras DST, bem como a realização anterior de outro teste anti-HIV.

A existência de outros fatores de risco para a infecção por HIV foi levada em consideração, como uso de drogas endovenosas, transfusões sanguíneas, companheiros usuários de drogas injetáveis.

O teste anti-HIV foi realizado pelo Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN – da Secretaria de Estado da Saúde. Foram consideradas reagentes, as amostras que apresentaram resultados positivos segundo os

critérios do Ministério da Saúde para diagnóstico de infecção pelo vírus da Imunodeficiência Humana.

Para firmar o diagnóstico de outras doenças de transmissão sexual as profissionais avaliadas foram submetidas a exame bacterioscópico de secreção vaginal pelos métodos a fresco e de *Gram*. Além disso, foi realizada a cultura de secreção endocervical em meio de *Thayer Martin* para o diagnóstico de gonococcia e imunofluorescência indireta para *chlamydia trachomatis*. Para diagnóstico de sífilis foi empregado o teste sorológico de VDRL, com eventual confirmação pelo FTA/Abs quando necessário. Foram considerados positivos para sífilis as diluições do VDRL, iguais ou superiores a 1:8.

Os demais dados foram obtidos mediante a aplicação de um questionário preenchido por entrevistador quando da coleta de sangue para a realização do anti-HIV e VDRL. Este questionário é composto por questões que permitem avaliar as participantes do estudo quanto as variáveis citadas anteriormente (Anexo 1).

Os resultados obtidos no estudo foram analisados tendo como instrumental da informática o Programa Epiinfo e serão apresentados através de gráficos e quadro no capítulo 5. As variáveis cruzadas para verificar associação com a prevalência de contaminação por HIV foram: tempo de atividade profissional, nível de instrução, presença de outras DST, renda, idade, uso de preservativo.

Em relação às questões éticas, vários pontos foram observados no decorrer do estudo. No que se refere á participação na pesquisa, esta somente ocorreu após consentimento da profissional, que foi esclarecida a respeito da mesma, seus métodos e objetivos. Foi garantido o anonimato das participantes, bem como sigilo absoluto em relação aos resultados dos exames realizados.

As participantes da pesquisa que apresentaram resultado reagente no teste anti-HIV foram encaminhadas para acompanhamento no ambulatório especializado da Secretaria de Saúde, a fim de que fossem



devidamente orientadas e acompanhadas no que diz respeito a sua condição de portadora do HIV, para contribuir com o controle da disseminação da infecção, além de propiciar à própria profissional um adequado acompanhamento.

As participantes que apresentaram resultado negativo foram orientadas a respeito dos métodos preventivos a serem utilizados com a finalidade de evitar infecções sexualmente transmissíveis e contaminação pelo HIV. Aquelas que estavam em período de “janela imunológica”<sup>1</sup> foram orientadas a repetir seus testes depois de superado este período. Conforme preconizado pela Coordenação Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde, este período é de no mínimo 12 semanas.

As participantes do estudo que apresentaram doenças de transmissão sexual foram tratadas imediatamente conforme as normas do Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde e acompanhadas laboratorial e clinicamente com o intuito de verificar a cura das eventuais infecções.

A revisão de literatura foi realizada através da Bireme, utilizando-se para tal fim a sua biblioteca virtual, acessada através da internet. Foram pesquisados os termos “HIV”, “prevalência” e “profissionais do sexo”, tendo sido revisados os trabalhos dos últimos dez anos dos bancos de dados Medline e Lilacs.

---

<sup>1</sup> Entende-se por janela imunológica o período de tempo transcorrido entre a contaminação pelo HIV e a produção de anticorpos em quantidades passíveis de detecção através dos métodos laboratoriais utilizados rotineiramente.

---

*5. PROFISSIONAIS DO SEXO:  
UM PERFIL EPIDEMIOLÓGICO*

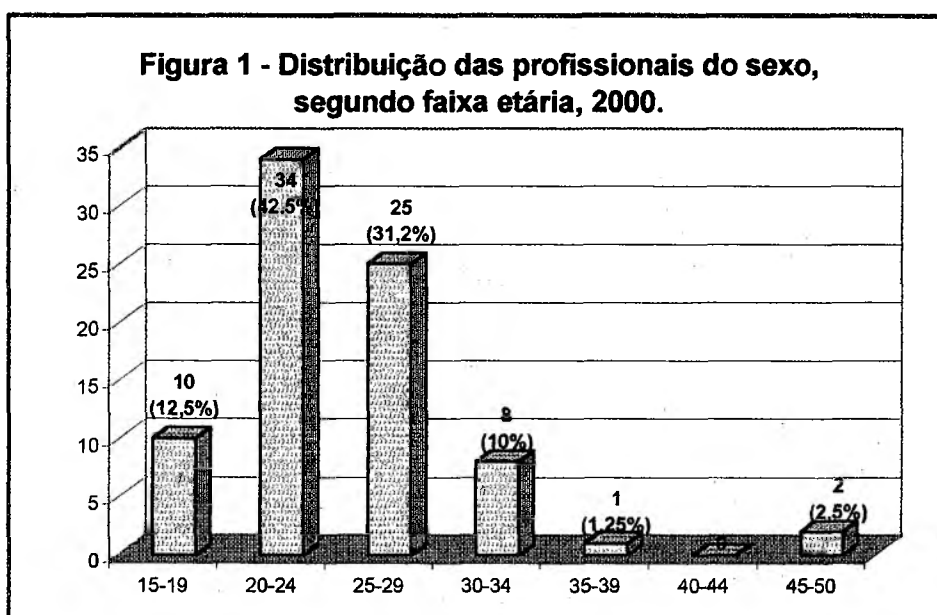
Para apresentação dos resultados e posterior discussão dos mesmos, os dados obtidos a partir das entrevistas e dos exames laboratoriais realizados com as profissionais do sexo, foram agrupados em quatro categorias. A primeira categoria engloba as características sócio-demográficas e compõe-se das variáveis: faixa etária, instrução e renda mensal. Na segunda categoria, encontram-se as características relacionadas ao trabalho das profissionais do sexo e estão aí incluídos o local onde exercem sua atividade, o tempo de exercício da profissão e o número mensal de clientes. A terceira categoria apresenta as características relacionadas ao estado de saúde e compreende o resultado do teste anti-HIV, a presença de outras DSTs, o uso do preservativo e a realização prévia de teste anti-HIV. Finalmente, a quarta categoria reúne outros fatores de risco para a contaminação pelo HIV, a saber, uso de drogas endovenosas, realização de transfusões sanguíneas e existência de companheiros usuários de drogas injetáveis.

Juntamente com os resultados obtidos, serão apresentados os dados encontrados na revisão de literatura, bem como será realizada uma discussão acerca dos pontos mais importantes, cotejando-os com os da literatura.

## 5.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

### - FAIXA ETÁRIA

A figura 1 apresenta a distribuição das profissionais do sexo participantes da pesquisa, em relação à sua faixa etária. Observa-se que o maior número de profissionais, 34 (42,5%), pertenciam à faixa dos 20 aos 24 anos, aparecendo em segundo lugar a faixa dos 25 aos 29 anos, com 25 ocorrências (31,2%).



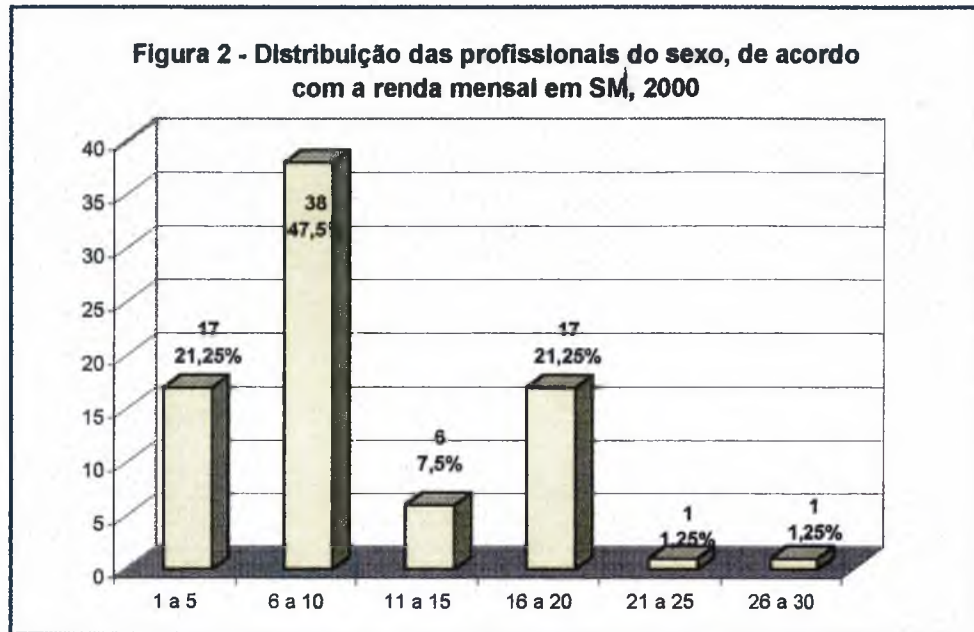
Conforme evidenciado pelo gráfico, houve uma grande amplitude de distribuição das participantes, com idades que variaram de 15 a 50 anos. A faixa com maior ocorrência de profissionais foi a de vinte a vinte e quatro anos, que reuniu 42,5% das participantes da pesquisa. Em segundo lugar, aparece a faixa de vinte e cinco a vinte e nove anos com 31,2% das entrevistadas. Nota-

se, assim, que mais de 73% das profissionais avaliadas tem idade compreendida entre os vinte e os vinte e nove anos. É oportuno ressaltar que cerca de 12% das entrevistadas possuíam idades entre os quinze e os dezenove anos, demonstrando que muitas destas profissionais iniciam bastante cedo suas atividades no comércio do sexo. Este é um dado relevante, uma vez que estudos (Onorato et al., 1995; Ungchusak et al., 1996) encontraram forte associação entre baixa idade e soroconversão para HIV.

Analisando separadamente os grupos com resultado anti-HIV reagente e não reagente, percebe-se que não existe diferença significativa entre ambos, com a maior incidência de profissionais, em ambos os grupos, entre os 20 e 29 anos de idade (quadro 1).

#### **- RENDA MENSAL**

A figura 2 apresenta a distribuição das profissionais entrevistadas segundo seus rendimentos. Para avaliar estes rendimentos, as profissionais foram distribuídas em seis faixas salariais com amplitude de cinco salários mínimos nacionais, assim, a primeira faixa englobou as profissionais com rendimentos de até cinco salários mínimos, a segunda faixa reuniu aquelas com renda entre seis e dez salários, na terceira faixa situaram-se as profissionais que ganhavam entre onze e quinze salários mínimos, na quarta faixa aparecem as profissionais com faturamento mensal entre dezesseis e vinte salários, a penúltima faixa reúne profissionais com renda entre vinte e um e vinte e cinco salários e, finalmente, a última faixa salarial engloba aquelas com rendimentos entre vinte e seis e trinta salários mínimos.



O gráfico acima permite observar que houve uma grande variação de respostas, com o mínimo de três e o máximo de 30 salários. A faixa de renda que reuniu o maior número de profissionais, com 47,5% das respostas, foi a de seis a dez salários mínimos, o que representaria nos dias de hoje, uma renda entre mil e mil e oitocentos reais. É interessante lembrar que um número considerável de profissionais, 21%, informou receber entre 16 a 20 salários e que houve profissionais que relataram receber mais de vinte salários mensais, ou seja, mais de três mil e seiscentos reais, em valores atuais. O valor máximo declarado foi de trinta salários mínimos, por somente uma profissional.

Comparando os resultados obtidos com os dados disponíveis em outros trabalhos semelhantes, nota-se que os valores são similares. Em pesquisa realizada no Rio de Janeiro, no ano de 1994, com profissionais do sexo para avaliar o risco de contaminação por HIV neste grupo, Peterson informa que a renda média mensal obtida foi de seiscentos e trinta e um dólares, o que significaria em valores atuais, cerca de um mil e trezentos reais. Como verificado, quase 50% das profissionais entrevistadas declararam receber entre mil e mil e oitocentos reais. O rendimento máximo encontrado por

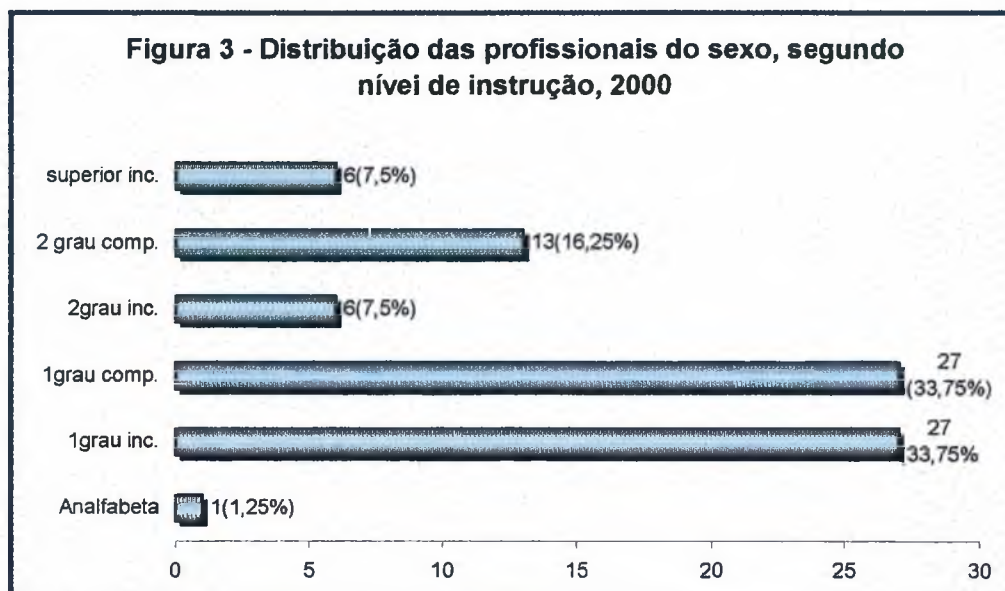
Peterson foi de três mil e novecentos dólares, ou cerca de oito mil reais, enquanto nas profissionais avaliadas em Florianópolis, o máximo rendimento atingiu a casa dos cinco mil e quatrocentos reais.

Já em estudo realizado na Tailândia, em 1996 por Ungchusak et al., a média mensal de rendimentos declarados pelas profissionais avaliadas foi menor, cerca de quatrocentos dólares, ou oitocentos reais. Este estudo encontrou uma associação significativa entre baixos rendimentos e infecção por HIV.

Uma observação relevante é a de que no grupo de profissionais portadoras do HIV, a renda máxima declarada foi de dez salários mínimos, enquanto no outro grupo, cerca de 33% das participantes recebiam mais de onze salários mínimos mensais.

#### - NÍVEL DE INSTRUÇÃO

No tocante ao nível de instrução, a figura 3 ilustra os resultados obtidos. As profissionais participantes do estudo relataram nível de instrução desde o primeiro grau até nível superior incompleto. Houve apenas uma entrevistada que informou ser analfabeta, enquanto a maioria delas situou-se no nível primário de instrução.



Ao analisar-se a variável instrução, nota-se que mais de 67% das participantes estudaram somente até o primeiro grau, sendo que a metade delas não chegou a concluí-lo. Todas as profissionais infectadas pelo HIV pertenciam a este grupo, enquanto no grupo das profissionais soronegativas, encontram-se 34% delas com escolaridade de segundo grau ou superior (quadro 1). Este é um dado relevante que pode apontar para o fato de que quanto mais precária for a instrução da profissional, maior exposição ao risco de contaminação pelo HIV, talvez por desconhecimento do risco a que estão expostas ou mesmo por desconhecimento das medidas preventivas a serem adotadas.

Pesquisa realizada na Cidade do México, em 1995, por Uribe e Hemández, onde são descritas as características sócio-demográficas de 3100 trabalhadoras sexuais daquela cidade, mostra que 62% das profissionais avaliadas possuíam somente o primeiro grau como nível de escolaridade, valor semelhante ao revelado pelas profissionais em Florianópolis. Estudo realizado na Tailândia, no ano de 1996, por Ungchusak, mostra que mais de 70% das profissionais avaliadas tem nível de escolaridade primário, enquanto 13% delas



não têm nenhum tipo de instrução, tendo sido, este fator, fortemente associado à condição de soropositividade das participantes.

Comparando os resultados encontrados em Florianópolis com dados obtidos em outra pesquisa realizada no Brasil, mais precisamente na cidade de Vitória, por Pires e Miranda, em 1998, onde foram avaliadas cento e oitenta profissionais do sexo que procuraram atendimento num centro de referência em DST naquela cidade, observa-se muita semelhança entre o nível de escolaridade destas profissionais. Naquele estudo, 63,3% das entrevistadas tinham escolaridade de primeiro grau, 20,6% tinham o segundo grau e 3,9% estavam na universidade.

## **5.2. CARACTERÍSTICAS RELATIVAS AO TRABALHO**

### **- LOCAL DE TRABALHO**

Em relação ao local de trabalho, foram citados sete ambientes diferentes como sendo o local onde estas profissionais desempenhavam sua atividade. O mais freqüente deles foi a boate, mencionado por 31 profissionais, perfazendo 38% do total. Em segundo lugar, situaram-se as agências, citadas em 12 oportunidades, o que representa 15% das respostas. São denominadas agências, os locais como salas ou apartamentos que congregam um número variado de profissionais, e dotados de telefone para atender a clientela, prestando informações sobre o serviço oferecido e agenciando os encontros. Os bares aparecem com a mesma freqüência, ou seja, 15% do total das respostas. Onze profissionais, representando 14% do total, informaram que trabalham na rua, enquanto seis (8%) relataram trabalhar nas suas próprias casas. As saunas foram citadas em cinco oportunidades, com 6% das respostas, enquanto as salas de massagem apareceram com a menor freqüência em somente três (4%) oportunidades, conforme apresentado na figura 4.



A avaliação do local de trabalho das profissionais envolvidas na pesquisa mostrou que a maior parcela delas exerce suas atividades em boates, fato que foi declarado por 38% das entrevistadas. Em segundo lugar aparecem os bares e agências, com 15% das ocorrências para cada estabelecimento. Seguem-se as profissionais que trabalham na rua, com 14%. A observação dos grupos de profissionais portadoras e de não portadoras do HIV, não mostrou diferenças significativas entre ambos (quadro 1).

Estudos realizados em outros países, mostram diferenças relevantes entre as profissionais do sexo, de acordo com o local em que exercem sua atividade profissional. Isto foi demonstrado por Chen et al. (1990) na cidade de Taipei, em Taiwan. Nesta pesquisa, foram avaliadas 725 profissionais do sexo, de acordo com seu local de trabalho, em relação à prevalência de infecção por HIV, outras DSTs e uso de preservativos. Os locais selecionados foram bordéis, salas de massagem e bares de karaokê. Os resultados mostram que as profissionais que trabalhavam em bordéis tiveram uma prevalência de sífilis significativamente maior que as demais; a prevalência de herpes simples foi significativamente maior nas profissionais

dos bares de karaokê; e que as trabalhadoras em bordéis tiveram mais infecção por *chlamydia* que as demais participantes do estudo. Em relação ao uso de preservativos, esta prática foi consistentemente maior nas trabalhadoras que exercem suas atividades em salas de massagens em relação às demais.

#### - TEMPO DE EXERCÍCIO DA ATIVIDADE

A figura 5 apresenta a distribuição das profissionais quanto ao tempo de exercício da atividade. Para tanto, foram estipulados quatro grupos. O primeiro reuniu as participantes com menos de um ano de atividade, o segundo grupo aquelas com um a cinco anos de profissão, o terceiro as com seis a dez anos e, finalmente, o último grupo reuniu as profissionais com mais de dez anos de atividade. O grupo que apresentou maior número de profissionais foi o de um a cinco anos, reunindo 50 entrevistadas, o que equivale a 62,5% do total. O grupo com menos de um ano de atividade somou 17 participantes, ou 21,25% da amostra, enquanto dez (12,5%) entrevistadas relataram que trabalhavam nesta atividade por um período de seis a dez anos. Finalmente, no grupo com mais de dez anos de trabalho no comércio do sexo situaram-se duas entrevistadas, ou 2,5% do total. Uma das participantes do estudo não informou seu local de trabalho.

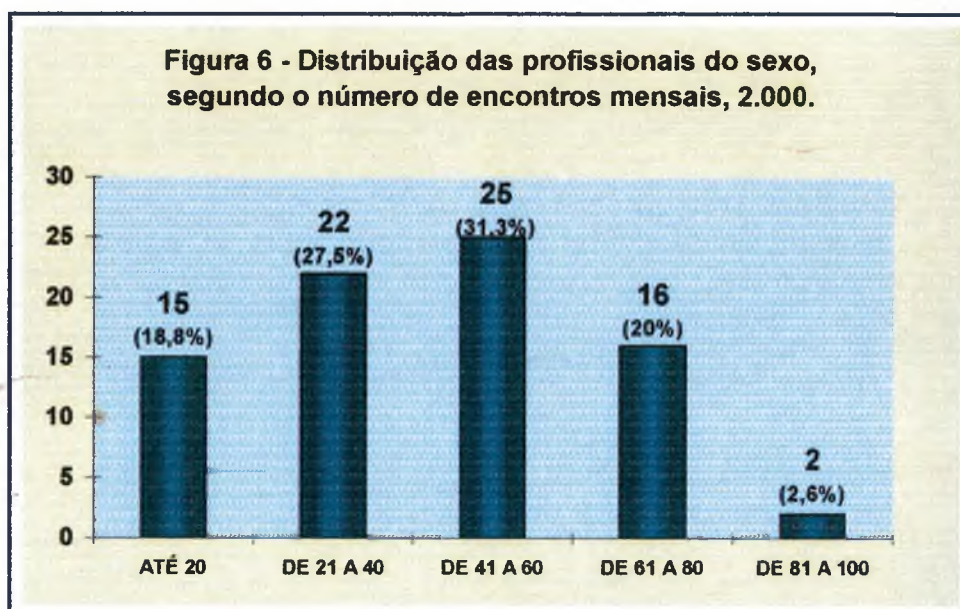


Embora o tempo de atividade na profissão pudesse representar um risco maior para aquisição do HIV, não houve diferenças entre os grupos, com a grande maioria das entrevistadas declarando trabalhar com o sexo comercial, por um período de tempo de um a cinco anos. É interessante o fato de que no grupo de profissionais com menos de um ano de atividade, nenhuma resultou soropositiva.

Trabalhos realizados na Tailândia, por Kilmarx et al. (1999) e por Ungchusak et al. (1996) encontraram associação entre menor tempo de atividade no comércio do sexo e maior prevalência de infecção por HIV nas profissionais do sexo naquele país. Ambos os estudos atribuem este resultado, em parte, à falta de experiência destas profissionais em negociar o uso do preservativo com seus clientes.

### - NÚMERO MENSAL DE CLIENTES

Para analisar-se a variável número mensal de clientes, as profissionais entrevistadas foram alocadas em cinco grupos, de acordo com o número total de clientes por mês: até 20, de 21 a 40, de 41 a 60, de 61 a 80 e finalmente de 81 a 100 clientes mensais. A figura 6 ilustra esta distribuição.



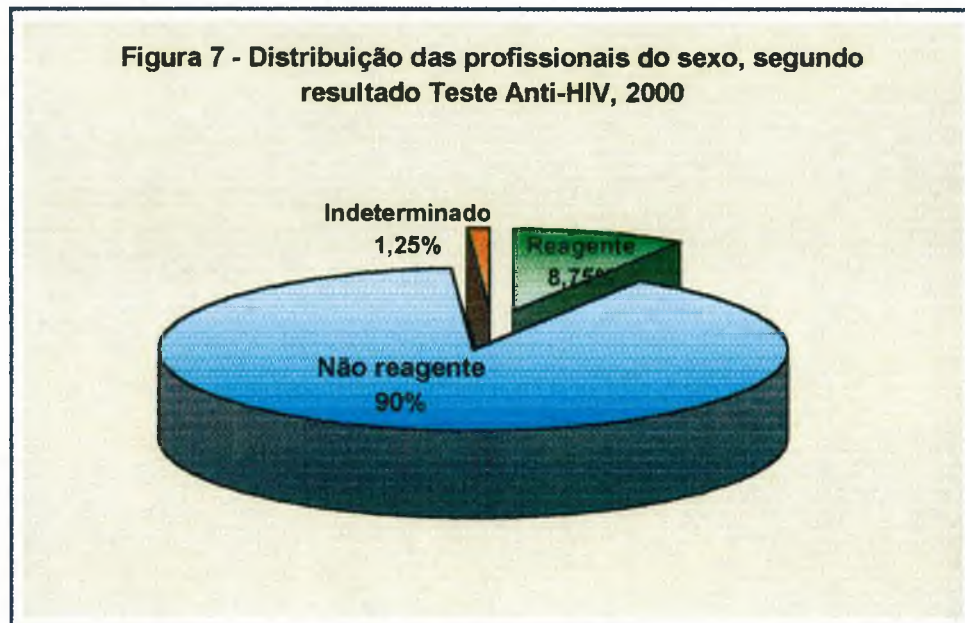
O grupo com maior ocorrência de entrevistadas, foi aquele composto por profissionais que declararam ter em média de 41 a 60 clientes por mês, com 31,3% do total. Em segundo lugar aparece o grupo com 21 a 40 encontros mensais, que reuniu 27,5% das entrevistadas, em terceiro situa-se o grupo que relata de 61 a 80 encontros com 20,0% das profissionais, seguido pelas profissionais com até 20 clientes mensais, que representaram 18,8% das entrevistadas. O grupo com menor número de ocorrências reúne as profissionais que informaram ter de 81 a 100 clientes ao mês, com somente 2,6% do total.

O número de contatos sexuais comerciais por mês, poderia ser também um fator de risco para a contaminação pelo HIV. Seria plausível esperar que quanto maior o número de contatos, maior a chance de contrair o vírus, em função da maior exposição ao contágio. Isto, no entanto, não foi observado. Cerca de 30% das entrevistadas informaram ter de 41 a 60 contatos por mês. Não houve diferença entre os grupos reagente e não reagente para HIV, tendo sido inclusive observado no grupo das soronegativas profissionais que relataram mais de 80 encontros mensais, fato este não verificado no outro grupo (quadro 1). Nenhum dos trabalhos analisados encontrou associação significativa entre o número de encontros mensais e o risco de infecção por HIV.

### **5.3. CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS AO ESTADO DE SAÚDE**

#### **- RESULTADO DO TESTE ANTI-HIV**

Em relação ao resultado do teste anti-Hiv, foi encontrada uma prevalência de 8,75% de soropositividade, com um total de 07 exames reagentes. Um dos testes resultou indeterminado, enquanto a grande maioria das participantes do estudo, apresentou resultado não reagente, o que ocorreu em 72 profissionais, perfazendo assim, 90% do total da amostra, conforme demonstrado na figura 7.



Conforme relatado anteriormente, 90% das profissionais participantes da pesquisa tiveram resultado não reagente, ao passo que 8,75% delas resultaram portadoras do HIV. A única participante que teve o resultado de seu teste como indeterminado não retornou para prosseguir a investigação. Este dado é consistente com resultado de outra pesquisa realizada no Brasil, mais precisamente em Vitória, onde um grupo de profissionais do sexo foi avaliado em relação a soroprevalência para HIV e outras DSTs, com o achado de 8,6% de positividade para o vírus da imunodeficiência humana (Pires & Miranda, 1998).

Os dados obtidos na literatura internacional são extremamente variáveis, com prevalências nulas em pesquisas realizadas no Japão (Tanaka et al., 1998), Bolívia (Levine et al., 1998), e Peru (Trujillo et al., 1999); menor do que 1% no México (Uribe et al., 1996), 7,4% nos Estados Unidos (Wofsy, 1990), 12% na Espanha (Estebanez et al., 1998), 12,5% na Tailândia (Ungchusak et al., 1996), até 50% na África do Sul (Ramjee et al., 1998) e 76,6% em Gana (Deceuninck et al., 2000). Exceto na África, em todos os demais locais onde foram avaliados co-fatores de risco para a contaminação

pelo HIV, o uso de drogas endovenosas apareceu como um importante determinante para a contaminação destas profissionais.

O Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de DST/Aids, preocupado com a evolução da epidemia no país, organizou estudos com a finalidade de avaliar a prevalência de infecção por HIV em diversas populações específicas, consideradas de baixo e alto risco para infecção por HIV. Estes trabalhos foram denominados "estudos sentinela", e foram iniciados no ano de 1992, tendo sido escolhidos três grupos populacionais para participar dos mesmos.

Como grupos de baixo risco foram selecionados os pacientes atendidos em pronto socorro e as parturientes. Pacientes atendidos em clínicas especializadas para tratamento de DSTs, foram incluídos nos estudos, como sendo uma população de alto risco para aquisição do HIV.

Duas vezes por ano, o sangue dos pacientes atendidos nestas situações, durante 60 dias, é coletado de forma anônima, com a finalidade de estabelecer as respectivas prevalências de soropositividade para o vírus da imunodeficiência humana. Dados fornecidos pelo Ministério da Saúde (2001), acerca do último corte dos estudos de vigilância sentinela para a região sul dão conta que resultaram positivos no teste anti-HIV, 8,7% dos pacientes de clínicas de DST; 1,5% das parturientes avaliadas e 1,2% dos pacientes atendidos em pronto socorro. A partir dos resultados destes estudos, o Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde estimou que na região Sul do Brasil existem entre noventa e cento e oito mil pessoas infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana.

O ambulatório de DST/Aids da Secretaria de Saúde de Florianópolis, local onde foi desenvolvida esta pesquisa, participou deste estudo sentinela, tendo, no último corte, realizado no segundo semestre de 1999, apresentado uma soroprevalência para o HIV de 11,7%.

Comparando o resultado da pesquisa, de 8,75% de prevalência de infecção por HIV entre as profissionais do sexo avaliadas, pode-se observar que ela é semelhante a dos pacientes da região sul do Brasil, atendidos em



clínicas de DST, e menor que aquela apresentada pelos pacientes atendidos no mesmo serviço, por apresentarem uma doença sexualmente transmissível. Como era de se esperar ela foi levemente superior ao apresentado pelos pacientes de pronto socorro e parturientes, considerados como de baixo risco.

Estudos selecionados pelo Ministério da Saúde com a finalidade de acompanhar a situação de usuários de drogas injetáveis no país, informam que a soroprevalência para HIV nesta população, era de 62% em Santos-SP (Carvalho et al., 1996); 58% em Salvador, na Bahia (Andrade et al., 1995); 35% em Campinas – SP (Azevedo et al., 1996); 28,7% no Rio de Janeiro (Telles et al., 1997). Em Santa Catarina dois estudos foram realizados, tendo sido encontrada soroprevalência de infecção por HIV entre usuários de drogas de 71% em Itajaí (Mesquita, 1997) e de 44,7% em Florianópolis (Faversani et al., 1999).

Estas prevalências são bem superiores as apresentadas pelas profissionais do sexo de Florianópolis, e reforçam a noção de que, no Brasil, a prática do uso de drogas endovenosas continua desempenhando papel fundamental na disseminação do HIV, inclusive para as trabalhadoras do sexo.

Dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde no site do Programa Nacional de DST/Aids ([www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)) relatam os resultados de trabalhos realizados com presos de diversos estabelecimentos penitenciários do país, com a finalidade de avaliar a situação da população carcerária quanto à infecção pelo HIV. Os resultados apresentados mostram uma variação de 13,7% na casa de Detenção de São Paulo, em 1993, a 25% no presídio feminino de São Paulo para o mesmo ano, atingindo, no Rio de Janeiro, 16% (Ministério da Saúde, 2001). Comparando estes resultados com os obtidos entre as profissionais do sexo em Florianópolis, pode-se observar que, de modo geral, a população carcerária apresenta também uma prevalência para o HIV mais elevada. Certamente duas questões importantes devem ser consideradas, quais sejam, o uso de drogas endovenosas e a prática de sexo desprotegido entre os presidiários.

#### - **TESTE HIV ANTERIOR**

Outra variável considerada na pesquisa foi a realização ou não de teste anti-HIV anteriormente ao atual. Foi observado que 55 (69%) entrevistadas já haviam sido submetidas ao exame anteriormente enquanto 25 (31%) o estavam realizando pela primeira vez.

Quando são analisados separadamente os grupos de profissionais portadoras do HIV e não portadoras, observa-se uma distribuição semelhante, não havendo diferenças significativas entre eles (quadro 1).

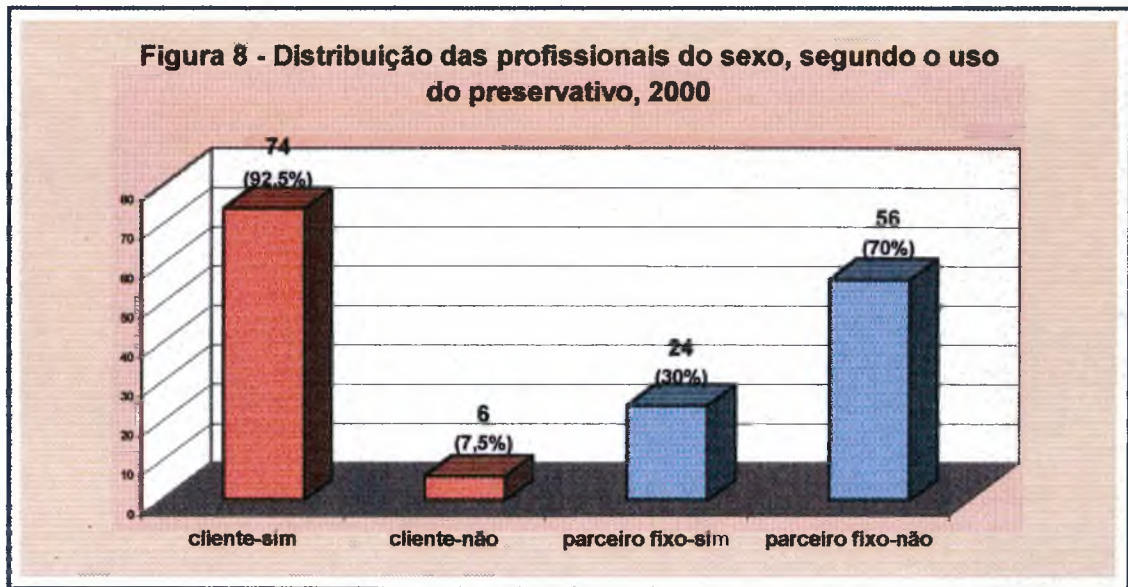
O fato de praticamente dois terços das profissionais participantes da pesquisa relatarem já ter realizado teste anti-Hiv anteriormente demonstra que já existe a consciência entre elas do risco a que estão expostas, existindo também a preocupação em conhecer a sua situação frente a esta realidade.

#### - **USO DO PRESERVATIVO**

Uma das variáveis consideradas como das mais importantes no estudo foi a que verificava o hábito do uso do preservativo nos contatos profissionais e nos contatos com parceiros considerados fixos naquele momento, ou seja, nos relacionamentos não comerciais. Os resultados mostraram que a quase totalidade das profissionais, 92,5% das entrevistadas, informou fazer uso rotineiro do preservativo em todos os seus contatos profissionais, relatando muitas vezes, que preferiam perder o cliente a se expor ao risco de uma possível contaminação. Somente 7,5% das entrevistadas revelaram-se não tão rigorosas, informando que em algumas situações, abriam mão da proteção em troca de um ganho maior, ou então por confiança no cliente. Nenhuma das entrevistadas relatou não fazer uso nunca de preservativo nos contatos comerciais.

Os resultados mudam drasticamente quando a questão do uso do preservativo é levantada em relação aos contatos não-comerciais, ou seja, com

namorados, maridos, companheiros. Neste aspecto, foi registrado que 70% das entrevistadas não costumam usar o preservativo nestas situações, enquanto 30% relataram usá-lo sempre ou freqüentemente, mesmo nos contatos com parceiros fixos. A figura 8 apresenta a distribuição das profissionais quanto ao uso ou não do preservativo.



O uso do preservativo nos contatos sexuais comerciais conforme demonstra o gráfico, foi bastante elevado, tendo 92,5% das profissionais informado utilizar sempre esta medida preventiva. Nenhuma das entrevistadas informou não ter o hábito do uso do preservativo em seus contatos comerciais. No entanto, a utilização do preservativo é bem menor quando o contato sexual se dá com parceiro fixo, e não com clientes. Cai para somente 30% o número de entrevistadas que o utilizam sempre, ao passo que 70% delas informaram nunca utilizá-lo nesta situação.

Esta informação assume grande importância, pois pode ser uma das explicações para o fato de o número de clientes e o tempo de atividade

não interferirem na soroprevalência para o HIV, pois nestes contatos, as profissionais estariam protegidas pelo preservativo, enquanto a contaminação, na realidade, estaria sendo carregada pelos parceiros não comerciais ou por outra forma de exposição que não a sexual. Como observado nos resultados (quadro 1), 100% das profissionais soropositivas relataram nunca utilizar preservativos com seus parceiros fixos, e 42,8% delas informaram também ter tido ou estar tendo relacionamento com UDI. Além disso, cerca de 30% informaram ser elas próprias UDI, enquanto outros 30% receberam transfusão sanguínea.

Pesquisa realizada em Taiwan, por Chen et al, em 1998, relata o mesmo comportamento das profissionais do sexo, com alto índice de utilização do preservativo nos contatos sexuais comerciais, que chega a atingir 94% das entrevistadas, porém com índice bem menor nos contatos não comerciais, cerca de 42% somente, o que, segundo os autores estaria relacionado com a alta taxa de DSTs nestas profissionais, expondo-as desta maneira a um maior risco de contaminação também pelo HIV. Trujillo et al. (1999) avaliaram 158 profissionais do sexo em Lima, no Peru, encontrando 75% de respostas positivas para o uso de preservativo nos contatos comerciais. Já nos contatos considerados não comerciais, este índice cai para somente 3%.

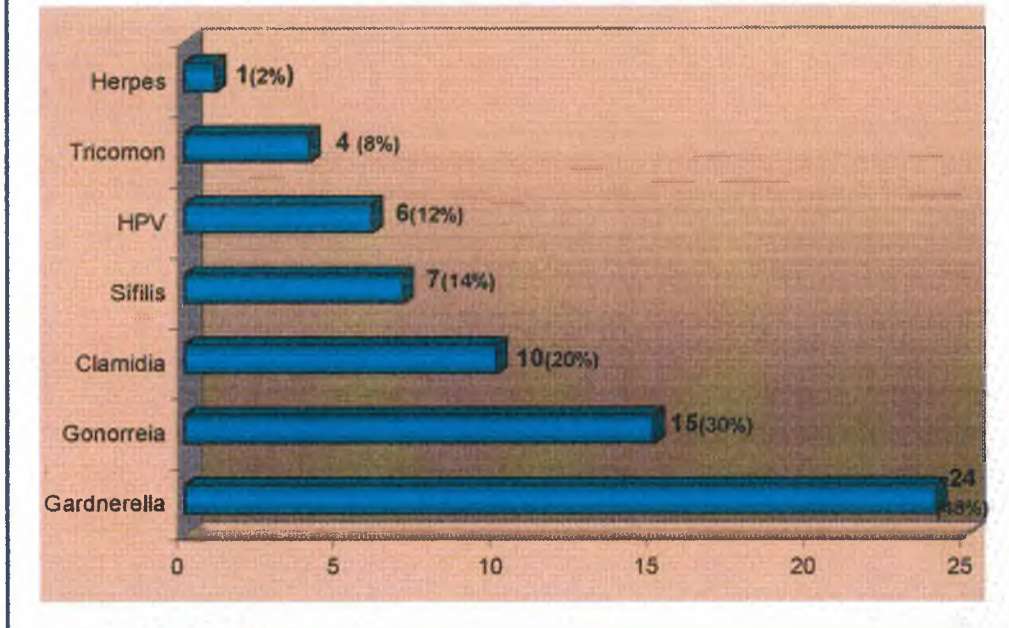
Uribe e Hernandez (1995), em seu trabalho sobre prostituição e Aids na Cidade do México, relatam cifras muito baixas de soroprevalência para HIV nesta população. No ano de 1989 foi registrada a maior prevalência de infecção por HIV, 2,6%, a qual vem apresentando constante decréscimo desde então, atingindo em 1994, o valor de 0,2%. O índice de uso de preservativo é alto, 89%, enquanto somente 0,3% das entrevistadas possuía antecedentes de uso de drogas injetáveis. Ainda no mesmo trabalho, relatam os autores que em locais onde a prostituição está associada à utilização de drogas via endovenosa são altas as prevalências de soropositividade para HIV, fato que não se repete em locais onde esta associação não é verificada. Esta característica, no entanto, não se repete na África e no Caribe, onde em alguns locais, cerca de 80% das profissionais do sexo estão contaminadas pelo HIV, a maioria delas por relações sexuais. Outra informação importante encontrada

neste estudo é de que a probabilidade de infecção profissional-cliente, na África, é de 1,4%, enquanto a contaminação no sentido inverso, ou seja, cliente-profissional sobe para 6,7%.

#### - OUTRAS DSTs

Já está bem demonstrado hoje, o papel facilitador das DSTs na aquisição do HIV. Neste sentido, foram também avaliadas as profissionais do sexo de Florianópolis quanto à existência atual ou prévia de outras doenças de transmissão sexual. Somente 37,5% das entrevistadas não apresentavam, nem tinham apresentado no passado, outras infecções genitais, enquanto 62,5% apresentavam, no momento da pesquisa ou no passado, outras DSTs. Estas doenças apareceram isoladamente ou em associação, de duas ou mais infecções concomitantes, caracterizando quadros conhecidos como multietiologia. Em um dos casos, foi encontrada a associação de quatro patologias concomitantes. Das cinquenta profissionais que apresentavam infecção genital, 36 (72%) possuíam somente um diagnóstico, enquanto as 14 (28%) restantes apresentavam quadros de multietiologia. Foram diagnosticados casos de vaginose bacteriana, cervicite por *chlamydia* e gonococo, tricomoníase, herpes genital, condiloma acuminado (HPV) e sífilis. A figura 9 ilustra a distribuição das patologias encontradas.

**Figura 9 - Frequência da ocorrência de DSTs nas profissionais do sexo, 2000**



Os resultados referentes à presença de outras doenças sexualmente transmissíveis são preocupantes, pois revelam que 62,5% das profissionais avaliadas apresentavam no momento da consulta ou já haviam apresentado anteriormente diagnóstico de pelo menos uma DST. Analisando separadamente os grupos de portadoras e não portadoras do HIV, vemos que no primeiro caso, 85,7% das profissionais avaliadas tinham ou tiveram diagnóstico de DST enquanto no segundo, ou seja, no grupo das soronegativas, 60% possuíam diagnóstico de infecção genital. O diagnóstico mais freqüente foi o da vaginose bacteriana por *gardnerella vaginalis*, que acometeu 48% das entrevistadas; em segundo lugar apareceu a gonorréia em 30% dos casos e em terceiro as cervicites/uretrites por *chlamydia* com 20% dos diagnósticos. A sífilis esteve presente em 14% das entrevistadas. Em 22% dos casos houve associação entre duas ou mais DSTs, sendo mais freqüente a associação do gonococo com a *chlamydia*, que ocorreu em três oportunidades. Não foram observadas diferenças significativas entre os dois grupos (quadro 1).

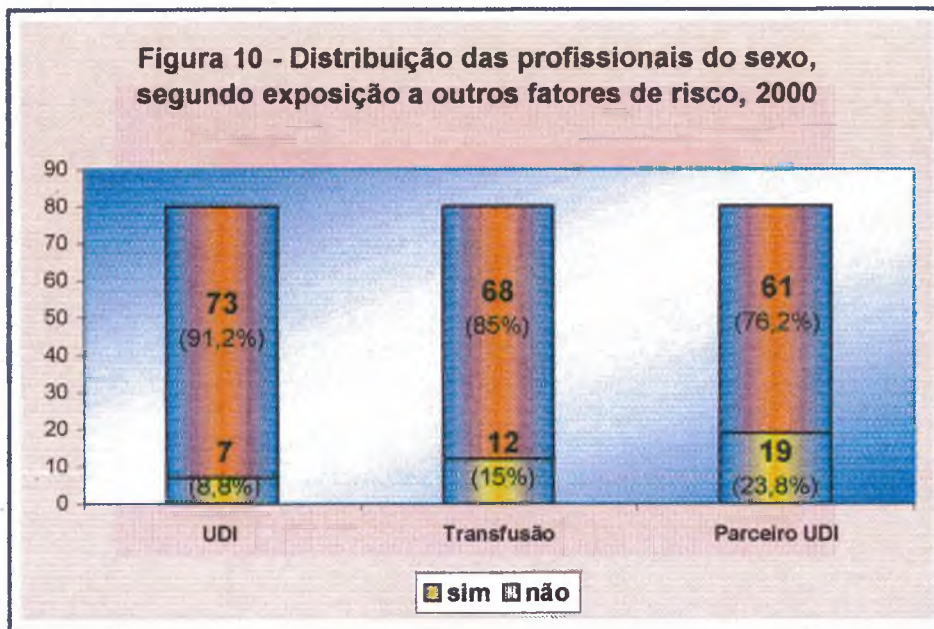
Esta alta ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis é preocupante por dois motivos principais. O primeiro é representado pelo risco maior de contaminação pelo HIV que estas doenças condicionam, e o segundo é o fato de que as profissionais participantes do estudo continuam se expondo a risco de contaminação pelo HIV, pois, para que haja o diagnóstico de uma DST, presumivelmente houve um contato sexual desprotegido.

Comparando estes dados com os resultados de outros trabalhos, observa-se semelhança com o relatado por Pires e Miranda (1998) que em sua pesquisa em Vitória, relatou que 8,3% das profissionais avaliadas tinham sorologia positiva para sífilis e 25,6% delas apresentavam alguma DST no momento da consulta. Uribe et al (1996), em estudo realizado na cidade do México, encontraram 10,1% de profissionais com sífilis, 2,1% com Gonorréia, 23,7% com *chlamydia*. Kilmarx et al, em pesquisa realizada em Bangkok no ano de 1999, detectaram prevalência de 10,4% para sífilis no grupo de profissionais avaliadas. Em trabalho realizado em Miami, no ano de 1995, Onorato et al, relatam um maior risco de soroconversão para profissionais do sexo que apresentaram gonorréia ou sífilis. Ohshige et al. (1999) avaliaram 296 profissionais do sexo da região nordeste do Cambodja, tendo detectado uma prevalência para HIV de 44%, além de uma forte associação desta condição com a existência de infecção por *chlamydia*.

#### 5.4. OUTROS FATORES DE RISCO

A existência de outro fator de risco associado ao sexual para contaminação pelo HIV, também foi considerada. Assim, as profissionais entrevistadas foram avaliadas quanto ao hábito de uso de drogas injetáveis, realização de transfusões sanguíneas e existência de companheiro usuário de drogas endovenosas.

Os resultados apontaram para a existência de outro fator de risco associado em 47,5% das entrevistadas, assim distribuídos. Sete (8,75%) profissionais informaram usar ou ter feito uso de drogas endovenosas; doze (15%) entrevistadas relataram ter realizado transfusão sanguínea no passado; dezenove (23,75%) pessoas tinham ou tiveram no passado, companheiros usuários de drogas injetáveis, conforme ilustrado na figura 10.



Conforme observado através dos resultados da pesquisa, quase a metade (47,5%) das profissionais do sexo entrevistadas declararam possuir outro fator de risco além da profissão, para contaminação pelo HIV.

Comparando os grupos, encontrou-se que entre as profissionais soropositivas, todas (100%) possuíam algum outro fator de risco para aquisição do HIV, além de sua atividade profissional. Para 28,6% destas profissionais, este outro fator foi o uso de drogas endovenosas; a mesma percentagem de entrevistadas informou ter realizado transfusão de sangue antes da realização do teste anti-HIV e 42,8% delas tinham, ou tiveram, relacionamento com



**Quadro 1 – Distribuição das profissionais do sexo, segundo as variáveis pesquisadas, 2.000.**

VARIÁVEL	CATEGORIA	HIV NÃO REAG		HIV REAGENTE		TOTAL
		n	%	N	%	
FAIXA ETÁRIA	15 a 19 anos	10	13,7	-	-	10
	20 a 24 anos	33	45,2	01	14,3	34
	25 a 29 anos	21	28,7	04	57,1	25
	30 a 34 anos	06	8,3	02	28,6	08
	35 a 39 anos	01	1,4	-	-	01
	40 a 50 anos	02	2,7	-	-	02
RENDA MENSAL	1 a 5 sm	12	16,4	05	71,4	17
	6 a 10 sm	36	49,3	02	28,6	38
	11 a 15 sm	06	8,2	-	-	06
	16 a 20 sm	17	23,3	-	-	17
	21 a 25 sm	01	1,4	-	-	01
	26 a 30 sm	01	1,4	-	-	01
INSTRUÇÃO	Analfabeta	01	1,4	-	-	01
	1 grau inc	22	30,2	05	71,4	27
	1 grau comp	25	34,2	02	28,6	27
	2 grau inc	06	8,2	-	-	06
	2 grau comp	13	17,8	-	-	13
	superior inc	06	8,2	-	-	06
LOCAL DE TRABALHO	Boate	29	39,7	02	28,6	31
	Agência	12	16,4	-	-	12
	Bar	09	12,4	03	42,8	12
	Rua	09	12,4	02	28,6	11
	Em casa	06	8,2	-	-	06
	Sauna	05	6,8	-	-	05
	Massagem	03	4,1	-	-	03
TEMPO DE ATIVIDADE	< de 1 ano	17	23,6	-	-	17
	1 a 5 anos	45	62,5	05	71,4	50
	6 a 10 anos	08	11,1	02	28,6	10
	> de 10 anos	02	2,8	-	-	02
NÚMERO DE PARCEIROS	Até 20	12	16,4	03	42,8	15
	De 21 a 40	22	30,2	-	-	22
	De 41 a 60	22	30,2	03	42,8	25
	De 61 a 80	15	20,5	01	14,4	16
	De 81 a 100	02	2,7	-	-	02
USO DO PRESERVATIVO	Cliente-sim	69	94,5	05	71,4	74
	Cliente-não	04	5,5	02	28,6	06
	Parceiro-sim	24	32,9	-	-	24
	Parceiro-não	49	67,1	07	100	56
HIV PRÉVIO	Sim	51	69,8	04	57,1	55
	Não	22	30,2	03	42,9	24
DST	Sim	44	60,3	06	85,7	50
	Não	29	39,7	01	14,3	30
OUTROS FATORES DE RISCO	UDI	05	6,8	02	28,6	07
	Transfusão	10	13,7	02	28,6	12
	Parceiro UDI	16	21,9	03	42,8	17

usuários de drogas injetáveis. No grupo das soronegativas, a presença de outro fator de risco foi encontrado em 43% das entrevistadas (quadro 1).

Estes resultados são coincidentes com os dados de literatura, especialmente no que se refere ao aumento da prevalência de infecção por HIV em zonas onde existe uma forte associação da prostituição com o hábito do uso de drogas endovenosas, conforme citado por Wofsy (1990), Uribe e Hernandez (1995), Onorato et al. (1995), Kirk et al. (1999), Estebanez et al. (1998) e por Agarwal et al. (1999), que encontrou uma soroprevalência para Hiv 9,4 vezes maior para profissionais do sexo que usavam drogas endovenosas do que naquelas que negavam esta prática. Em pesquisa realizada na Espanha por Estebanez et al. (1998), foram acompanhadas 1433 profissionais do sexo, as quais foram avaliadas para infecção por HIV, outras DSTs e outros fatores de risco associados para aquisição do vírus. Uma das variáveis que demonstrou forte associação com o status sorológico da profissional do sexo foi a existência de companheiro UDI. Além disso, os resultados mostraram prevalência de infecção por HIV de 54,7% entre as usuárias de drogas e de 3,7% entre as não usuárias. Também na Espanha, Ballesteros et al. (1998) avaliando um grupo de 2260 profissionais de sexo em Madrid, encontraram prevalência total de HIV de 5,3%, com uma oscilação de 1,3% entre UDIs e 49,8% entre profissionais do sexo não UDIs, reforçando assim a importância da questão do uso de drogas endovenosas entre profissionais do sexo como determinante na sua condição de portadora ou não do HIV.

A síntese dos resultados da pesquisa está representada no quadro 1, que será apresentado a seguir:

---

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma vez conhecidas as características das profissionais do sexo participantes da pesquisa, foi possível elaborar o perfil da profissional que frequenta o ambulatório de DST/Aids da Secretaria de Saúde de Florianópolis. Ela situa-se na faixa etária dos vinte aos vinte e quatro anos, tem rendimento mensal de seis a dez salários mínimos, estudou somente até o primeiro grau, trabalha em boate, por um período de tempo de um a cinco anos. Tem o hábito de realizar periodicamente o teste anti-Hiv, o qual apresenta resultado não reagente. Costuma usar preservativo nos seus contatos sexuais comerciais, mas não o faz com a mesma frequência em seus contatos não comerciais. Já foi acometida por uma ou mais DSTs e apresenta outros fatores de risco associados para contaminação pelo HIV, sendo a existência de companheiro usuário de droga injetável o mais frequente.

Quando são analisados separadamente os grupos com resultado reagente e não reagente para o teste anti-HIV, algumas diferenças relevantes podem ser percebidas entre eles, para algumas das variáveis. Em relação à faixa etária, não houve diferenças importantes entre os dois grupos. No tocante à renda mensal, surge o primeiro ponto divergente a ser considerado. Enquanto no grupo das profissionais com resultado não reagente encontramos pessoas em todas as faixas de renda, no grupo onde o resultado do teste foi reagente, encontramos profissionais somente nas faixas mais baixas de rendimento, com no máximo dez salários mínimos de ganho mensal.

Em relação à instrução das profissionais avaliadas existe outro ponto interessante a ressaltar. Enquanto no grupo com resultado anti-HIV não reagente temos profissionais até com grau superior incompleto, entre aquelas portadoras do vírus, o nível máximo de escolaridade foi o primeiro grau, e a maioria delas (71,4%), não havia concluído este ciclo.

Avaliando em conjunto estas duas informações, relacionadas a renda e nível de instrução que indicam uma certa predominância de infecção por HIV entre profissionais com menores rendimentos e menor nível de

instrução, nota-se que também nesta população, a disseminação do HIV reproduz o seu comportamento na população geral, onde se tem caracterizado, nos últimos anos, por um acometimento mais acentuado de mulheres, de baixa renda e com menor nível de instrução. Mais uma vez a tendência de “pauperização” da epidemia HIV/Aids se faz presente.

Quanto às variáveis local de trabalho, tempo de atividade e número de parceiros, não houve diferenças marcantes entre os grupos de profissionais com resultados positivo e negativo para o teste anti-HIV, fato que não se repete quando é analisada a questão do uso do preservativo, tanto com os clientes quanto com os companheiros considerados fixos. Quando questionadas sobre o uso do preservativo com seus clientes, 94,5% das profissionais soronegativas responderam que o utilizavam sempre, ao passo que no grupo das portadoras do vírus, este número cai para 71,4%. Ao avaliar-se o uso do preservativo durante os contatos não comerciais, surge outra diferença importante entre os grupos. No primeiro, 67,1% das profissionais informaram não fazer uso do mesmo, enquanto 100% das profissionais portadoras do HIV relataram que não costumam utilizar preservativos quando se relacionam com parceiros fixos.

Estes resultados são de grande importância para a compreensão da dinâmica de disseminação do HIV nesta população, pois evidenciam a existência de um risco real para estas profissionais em seus relacionamentos não comerciais. Este padrão de comportamento quanto à utilização de preservativo tem sido reproduzido em praticamente todos os grupos de profissionais do sexo estudados, nas mais diversas regiões do mundo.

A presença de outras DSTs foi encontrada em 60% das profissionais com teste não reagente para HIV e em 85,7% daquelas com anti-HIV reagente. Esta leve predominância de DSTs no grupo das profissionais soropositivas confirma as observações da literatura que associam a presença de DSTs com maior risco para aquisição do HIV. E, novamente aqui surge uma questão fundamental. Se a maioria (92,5%) das profissionais entrevistadas

relatou utilizar preservativo sempre em seus contatos comerciais, qual seria a fonte destas infecções?

Duas hipóteses podem ser cogitadas na tentativa de explicar o fato. Ou as informações prestadas não são verdadeiras, ou a fonte das DSTs encontra-se nos contatos não profissionais, onde conforme observado anteriormente, a prática do uso de preservativos é bem menor.

Finalmente, a existência de outro fator de risco associado foi verificada em 100% das portadoras do HIV enquanto nas não portadoras, esteve presente em 44,4% das mesmas, sendo que em ambos os grupos o fator mais freqüente foi a existência de companheiro UDI, com 43 % de ocorrências no primeiro e 22% no segundo grupo.

Também estes dados são de grande importância para a compreensão da questão da infecção por HIV entre profissionais do sexo. Menos da metade das não portadoras do vírus da imunodeficiência humana informou que, além de sua atividade profissional, não possuía nenhum outro fator de risco para a contaminação, enquanto entre as portadoras do HIV, todas (100%) relataram ter-se exposto a algum outro comportamento de risco. Este comportamento, para as profissionais soropositivas, foi a existência de um parceiro UDI em quase metade (43%) dos casos. É importante lembrar que a utilização do preservativo com parceiros fixos foi bastante baixa, tendo 70% das profissionais entrevistadas informado não ter este hábito, enquanto 100% das portadoras do HIV relataram nunca fazer uso de preservativo em seus contatos sexuais não profissionais. Associando a existência de companheiro UDI com a não utilização do preservativo nos contatos sexuais com esta pessoa, vê-se surgir uma provável explicação para a origem do HIV nestas profissionais. Vale lembrar que em Santa Catarina é bastante alta a prevalência de HIV entre UDIs, sendo que este grupo de exposição apresenta uma das maiores percentagens de casos de Aids no Estado, segundo dados da Coordenação Estadual de DST/Aids da Secretaria Estadual de Saúde ([www.saude.sc.gov.br](http://www.saude.sc.gov.br)).

Em linhas gerais, os resultados encontrados através desta pesquisa, realizada entre profissionais do sexo atendidas no ambulatório de referência municipal para DST/Aids da Secretaria Municipal da Saúde de Florianópolis foram semelhantes ao relatado nos diversos trabalhos realizados com profissionais do sexo em vários países. É importante salientar que não é possível estabelecer uma comparação fidedigna com os demais trabalhos em função da grande disparidade de critérios de seleção e inclusão destas profissionais nos grupos pesquisados. Além disso, existem grandes diferenças nos contextos sócio-culturais aos quais estão expostos os diversos grupos de profissionais avaliados. Certamente, existe grande diferença no exercício do sexo comercial entre uma profissional dos Estados Unidos ou da Europa com outra da África ou da Ásia. Ainda assim, foi possível observar que alguns padrões de comportamento foram reproduzidos por praticamente todas as mulheres avaliadas. Pode-se citar como exemplo a faixa etária, o local de trabalho ou ainda o nível de instrução.

Houve, porém, algumas características que, além de terem se repetido entre os diversos grupos pesquisados, mostraram-se também intimamente relacionados à maior prevalência de infecção por HIV. Dentre estas características despontam como de fundamental importância o envolvimento com as drogas, particularmente as injetáveis, e a ausência quase total do uso de preservativo nos relacionamentos considerados estáveis, destas profissionais.

Em praticamente todos os estudos onde houve a preocupação em pesquisar a importância destes co-fatores na determinação do status sorológico das profissionais avaliadas, houve associação positiva entre as duas situações, ou seja, a prevalência de infecção por HIV foi significativamente mais elevada entre profissionais do sexo usuárias de drogas, entre aquelas que não utilizam preservativos nos seus relacionamentos não profissionais e entre aquelas que tiveram relacionamento estável com parceiro UDI.

Este padrão repetiu-se também na pesquisa realizada em Florianópolis, onde se observou que todas as profissionais portadoras do HIV

relataram não utilizar preservativos com parceiros estáveis, quase 30% delas informaram não utilizar sempre o preservativo também nos encontros com clientes, 43% tinham ou tiveram relacionamentos com drogados, sendo elas mesmas UDI em 29% dos casos.

O número limitado de participantes da pesquisa não permitiu que se pudesse demonstrar estatisticamente a existência de associação entre estas características e o risco de contrair o HIV, mas as informações obtidas foram suficientes para individualizar um padrão de comportamento e uma série de peculiaridades acerca destas profissionais, a partir das quais será possível elaborar estudos mais aprofundados que possibilitem o cálculo de risco ou de associação entre algumas das variáveis estudadas bem como propor medidas de intervenção em futuros trabalhos dirigidos a esta população.

O papel desempenhado pelo companheiro da profissional do sexo, marido ou namorado, parece ser de fundamental importância na determinação da condição de portadora ou não do HIV destas profissionais. Há fortes indícios de que são eles, pelo menos em certa parcela de casos, os responsáveis pela transmissão não só do HIV, como também de outras DSTs a estas mulheres, fato este que indica a necessidade de maior atenção neste sentido, por parte dos profissionais e instituições envolvidas em ações de prevenção e educação, voltadas à estas populações.

A observação das características sócio-demográficas das profissionais estudadas permitiu identificar que elas fazem parte de um grupo mais amplo, em direção ao qual a epidemia de HIV/Aids vem se expandindo nos últimos anos no Brasil, ou seja, mulheres, com baixo nível de instrução, pertencentes a faixas etárias baixas, contaminadas sexualmente por seus companheiros. A única característica presente no grupo da população geral e que não se reproduziu de forma tão marcante entre as profissionais do sexo avaliadas foi a baixa renda, pois como visto, algumas delas possuem rendimentos bastante elevados.

Como já foi citado anteriormente, o trabalho não permite elaborar conclusões definitivas acerca das profissionais participantes do estudo, e nem



era este o seu objetivo, porém, foi possível, além de elaborar um perfil destas profissionais, descrevendo suas principais características, supor, que a sua contaminação se dá, principalmente pelo contexto sócio-cultural a que estão sujeitas, do que diretamente pela atividade profissional que desenvolvem.

A partir dos resultados obtidos com este trabalho existirão dados disponíveis para elaboração de projetos que visem reduzir o risco de contaminação pelo HIV nesta ou em outras populações específicas. Informações concretas acerca das características epidemiológicas do grupo de profissionais do sexo que são atendidas no ambulatório de DST/Aids da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, permitirão a esta instituição um conhecimento mais aprofundado a respeito de uma parcela de usuários de seus serviços.

O monitoramento da evolução da epidemia de HIV/Aids, também será possível, através da realização de estudos semelhantes sucessivos, através dos quais se possa avaliar alterações na prevalência de infecção por HIV neste grupo.

Os dados obtidos não podem ser extrapolados para todas as profissionais do sexo do município, pois a amostra certamente não é representativa deste grupo como um todo, quer pelo seu tamanho reduzido, quer pelo método de seleção, que se restringiu à demanda espontânea, ou seja, participaram da pesquisa somente as profissionais que voluntariamente procuraram o ambulatório para realizar o teste anti-HIV.

Este critério de seleção envolve dois riscos principais em relação às participantes. O primeiro, é o de que tenham participado da avaliação somente profissionais mais conscientes e preocupadas com seu estado de saúde, e que mesmo adotando medidas preventivas, como o uso do preservativo, fazem questão de certificar-se do seu estado de não portadoras do HIV. O segundo, é o de que tenham participado do estudo um maior número de profissionais que se expuseram ao risco de contaminação, e por esta razão decidiram fazer o exame.

Na primeira situação, teríamos um resultado que apontaria uma prevalência menor que a real para as profissionais do sexo de Florianópolis, e no segundo caso o resultado poderia ser inverso, ou seja, a prevalência encontrada seria na realidade, maior do que a real para o grupo.

O objetivo do estudo era, no entanto, elaborar um perfil epidemiológico da profissional que frequenta o ambulatório e neste aspecto, acredito que tenha sido plenamente atingida esta meta. Muitos dos resultados obtidos foram semelhantes aos de outros estudos realizados no Brasil e mesmo em outros países, o que permite pensar que os resultados encontrados retratem a realidade, apesar do reduzido tamanho da amostra.

A ampliação do presente estudo, ou mesmo a realização de outros semelhantes, em que se procure atingir um maior número de profissionais do sexo do município, tornando esta amostra representativa, poderá ampliar os conhecimentos já obtidos, permitindo inclusive que se estabeleça significância estatística para outros fatores de risco envolvidos na determinação do status sorológico para o HIV destas profissionais.

Para finalizar, acredito que maior atenção deva ser dirigida, em futuras pesquisas, ao papel que desempenha o companheiro estável da profissional do sexo, pois como demonstrado em outros estudos nacionais e mesmo de outros países, parece ser fundamental na determinação da soroprevalência para HIV destas profissionais o seu relacionamento não profissional. Poderia ser esta a origem de sua contaminação, não só pelo HIV como também por outras DSTs, fato este realçado pela baixo índice de utilização de preservativo nestes relacionamentos, ao contrário do que acontece nos relacionamentos profissionais, e ainda ao grande número de relacionamentos estáveis com usuários de drogas injetáveis relatados pelas profissionais. Há dados suficientes para que se possa supor que, nos dias de hoje, nos países desenvolvidos ou em desenvolvimento, o risco real para a aquisição do HIV por parte das profissionais do sexo seja representado mais por seus relacionamentos não profissionais do que pelos relacionamentos comerciais, situações estas, onde a trabalhadora do sexo comercial estaria

mais vulnerável à sua condição feminina e situada exatamente na direção para onde a epidemia de HIV/Aids tem se dirigido nos últimos anos, reforçando as principais características de evolução da epidemia, ou seja: a feminização, a pauperização, a diminuição da faixa etária e a heterossexualização.

---

*7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

ADAIR, E. A epidemiologia da infecção pelo HIV em Santos. In: PARKER, R. et al. (org.) **A AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS, UERJ, 1994. (História Social da AIDS; n°2)

AGARWAL, A. et al. The prevalence of HIV in female sex workers in Manipur, India. **J Commun Dis**, v. 31, n. 1, p. 23-28, 1999.

ANDRADE, T. et al. Infecção pelo HIV em viciados em drogas na cidade Salvador, Bahia. I **Simpósio Brasileiro de Pesquisa Básica em HIV/Aids**. Livro de Resumos, p. 53, Angra dos Reis, 1995.

BALLESTEROS, J. et al. Niveles bajos de incidencia y descenso en la prevalencia de VIH en mujeres que ejercen la prostitucion en Madrid, 1986-1998. **VI Conferencia Pan-americana de AIDS**, Livro de Resumos, p. 109, Salvador. 1999.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids. **Boletim Epidemiológico AIDS**. Ano XIII, n. 1, dez/999-jun/2000.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids. **Boletim Epidemiológico AIDS**. Ano XIII, n. 3, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids. **A situação da AIDS no Brasil, 2000**. Endereço eletrônico: <http://www.saúde.gov.Br> acessado em 21 de maio de 2001.

BRIGNOLI, O. & VENTRIGLIA, G. **HIV-Aids in Medicina Generale**. Firenze: SEMG, 1998.

BUENO, S. & MAMEDE, M. Comportamento das profissionais do sexo relacionado a DST e Aids. **J Bras Doenças Sex Transm**, v. 9. n. 3, p. 4-9, 1997.

CARRARA, S. **Tributo a Vênus: A luta contra a Sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

CARVALHO, H. et al. HIV and infections of similar transmission patterns in a drug injectors community of Santos, Brazil. **JAIDS**, v. 12, n. 1, p. 84-92, 1996.

CHAMBERLAND, M. et al. Heterosexually acquired infection with human immunodeficiency virus (HIV). **Annals of Internal Medicine**. v.107, n.5, p.763-766, nov.1987.

CHEN, Y. et al. Surveys of HIV-1, HTLV-1 and other sexually transmitted diseases in female sex workers in Taipei City, Taiwan, from 1993 to 1996. **J Acquir Immun Defic Syndr Hum Retrovirol**. V. 18, n. 3, jul 1998.

CONTI, L et al. Aids epidemic among Florida women. **J.Fla.Med.Assoc.** v.80 n.4 p.246-249, abril/1993.

CORTES, E. et al. HIV 1, HIV 2 and HTLV I infection in high-risk groups in Brazil. **N Engl J Med**, n. 320, p. 953-958, 1989.

D'ANTUONO, A. Prevalence of STDs and HIV infection among immigrant sex workers attending an STD center in Bologna, Italy. **Sexually Transmitted Infections**. v. 75, n.4, 1999.

DAY, S. et al. Prostitute women and public health. **BMJ**, v.297, n.1585, dez.1988.

DE ZALDUONO, B. et al. Intervention research needs for Aids prevention among commercial sex workers and their patients. **Aids and Women's Reproductive Health**, Plenum, 1992.

DECEUNINCK, G. et al. Improvement of clinical algorithms for the diagnosis of Neisseria gonorrhoea and Chlamydia trachomatis by the use of Gram-stained smears among female sex workers in Accra, Ghana. **Sex Transm Dis**, v. 27, n. 7, p. 401-410, 2000.

DOWNS, A. & DE VICENZI, I. Probability of heterosexual Transmission of HIV: relationship to the number of unprotected sexual contacts. **J Acquir Immun Defic Syndr Hum Retrovirol**, v. 11, n.4, 1996.

ESTCOURT, C. et al. HIV, sexually transmitted infections, and risk behaviours in male commercial sex workers in Sydney. **Sex Transm Infect**, v. 76, n. 4, p. 294-298, 2000.

ESTEBANEZ, P. et al. A demographic and health survey of Spanish female sex workers: HIV prevalence and associated risk factors. **J Biosoc Sci**, v. 30, n. 3, p. 365-379, 1998.

FAVERSANI, M. C. ET AL. Perfil dos usuários do teste HIV no centro de testagem e aconselhamento em Florianópolis. **VI Conferência Pan-americana de AIDS**, Livro de Resumos, p. 109, Salvador, 1999.

FIGUEROA, J. et al. Is HIV/STD control in Jamaica making a difference? **AIDS**, n. 12, suppl. 2, p. 89-98, 1998.

FONSECA, M. & CASTILHO, E. Os casos de Aids entre usuários de drogas injetáveis no Brasil, 1980-1997. **Boletim Epidemiológico – Aids**, X, 6-14, 1997.

FRIEDLAND, G. e KLEIN, R. Transmission of the human immunodeficiency virus. **N Eng J Med**, v.317, n.18, p.1125-1135, out.1987.

GASPAR, M. **Garotas de Programa**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988.

GÓMEZJARA, F. & BARRERA, E. **Sociologia de la Prostitucion**. Cidade do México: Rompanfilas, 1988.

GREEN, S. et al. Intercourse during menstruation among prostitutes. **JAMA**, v.264, n.3, p.333, jul.1990.

JOESOEUF, M. et al. Determinants of condom use in female sex workers in Surabaya, Indonesia. **J STD AIDS**, v. 11, n. 4, p. 262-265, 2000.

KILMARX, P. H. et al. Seroprevalence of HIV among female sex workers in Bangkok: evidence of ongoing infection risk after the "100% condom program" was implemented. **JAIDS**, v. 21, n. 4, p. 313 – 316, 1999.

KIRK, E. et al. HIV seroprevalence and risk factors among clients of female and male prostitutes. **J Acquir Immun Defic Syndr Hum Retrovirol**, v. 20, n. 2, fev. 1999.

KLINE, A e STRICKLER, J. Perception of risk for Aids among women in drug treatment. **Health Psychol**. v.12, n. 4, p.313-323, jul/1993.

KOIFMAN, R. et al. AIDS em mulheres adultas no município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v.7, n.2, p.232-235, abr/jun.1991.

KREISS, J. et al. AIDS virus infection in Nairobi prostitutes – spread of the epidemic to East Africa. **N Eng J Med**, v. 314, n.7, p. 414-418, 1986.

LAGA, M. et al. Condom promotion, sexually transmitted diseases treatment and declining incidence of HIV-1 incidence in female Zairian sex workers. **Lancet**, v.344 n.8917 p.246-248, julho/1994.

LEVINE, W et al. Decline in sexually transmitted diseases prevalence in female Bolivian sex workers: impact of an HIV prevention project. **AIDS**, v. 12, n. 14, p. 1899-1906, 1998.

MAGURA, S. et al. HIV risk among women injecting drug users who are in jail. **Addiction**, v.88 n.10 p.1351-1360, outubro 1993.

MANN, J. et el. Condon use and HIV infection among prostitutes in Zaire. **N Eng J Med**, v.316, n.6, p.345,1987.

MESQUITA, F. Uso Indevido de drogas e Aids. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids. **Boletim Epidemiológico AIDS**. Ano IX, n.06, jun/2000.

MONTAGNIER, L. **Vírus e Homens: Aids - Seus Mecanismos e Tratamentos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1995.

NICOLOSI, A. et al. The efficiency of male-to-female and female-to-male sexual transmission of HIV: a study of 730 stable couples. **Epidemiology**, v.5 n.6 p. 570-575, novembro/1994.

NWANYANWU, O. C. et al. Aids in the United States associated with injecting drug use. **Am J Drug Alcohol Abuse**, v.19 n.4 p.399-408, 1993.

ONORATO, I. M. et al. Prevalence, incidence and risks for HIV-1 infection in female sex workers in Miami, Florida. **J Acquir Immun Syndr Hum Retrovirol** v.9, n.4, p.395-400, 1995.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Reunión Consultiva sobre la mujer y el SIDA. **Bol. Of. Sanit. Panam.**, v.115, n.2, p.165-168, 1993.

OHSHIGE, K. et al. Epidemiological study on HIV/Aids in Cambodia seroprevalence of HIV/STD among commercial sex workers. **Nippon Koshu Eisei Zasshi**, v. 46, n. 1, p. 61-70, 1999.

PARKER, R. Reflexões sobre a sexualidade na sociedade Latino-Americana: implicações para intervenções em face do HIV/Aids. **PHYSIS: Rev Saúde Coletiva**, v. 7, n. 1, p. 99-108, 1997.

PARKER, R. et al. **A Aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS, UERJ, 1994.

PARRA, E. A. et al. Aids related risk behavior, knowledge and beliefs among women and their Mexican-american sexual partners who used intravenous drugs. **Arch.Farm.Méd**, v.2 n.6 p.603-610, junho/1993.

PETERSON, C. R. **Risco sob risco: prostituição e Aids**. Rio de Janeiro: Fiocruz – Escola Nacional de Saúde Pública, 1994. Dissertação de mestrado em Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, 1994.

PIRES, I.C.P. e MIRANDA, A.E.B. Prevalência e fatores correlatos de infecção pelo HIV e sífilis em prostitutas atendidas em centro de referência DST/Aids. **RBGO**, v. 20, n. 3, p. 151-154, 1998.

RAMJEE, G. et al. Sexually transmitted infections among sex workers in KwaZulu-Natal, South Africa. **Sex Transm Dis**, v. 25, n.7, p. 346-349, 1998.



REVISTA INFECTO ATUAL. **AIDS – Duas Décadas de Batalhas e Vitórias**, v. 1, n. 5, p.10 – 14, 2000.

RICHARDSON, D. **La Mujer y el Sida**. México: Manual Moderno, 1990, p. 34-38.

RODRIGUEZ, J. et al. Perfil sociodemografico de un grupo de Trabajadoras Sexuales de Puerto Rico. **P R Health Sci J**, v. 18, n.1, p. 53-57, 1999.

RUTHERFORD, G. A epidemiologia da Aids no mundo. **J Bras Doenças Sex Transm**, v. 9, n. 6, p. 6 – 11, 1997.

SÁ, C.A.M. et al. Heterosexual Transmission and Human Sexuality in Brazil. **J. Bras. Doenças Sex. Transm.** v.9, n. 4, p. 15-20, jul/ago 1997.

SASSAN-MOROKRO, M. et al. High rates of sexual contact with female sex workers, sexually transmitted diseases, and condom neglect among HIV-infected and uninfected men with tuberculosis in Abidjan, Côte d'Ivoire. **J Acquir Immun Syndr Hum Retrovirol.** v.11, n.2, p. 183-187, 1996.

SZWARCWALD, C. et al. A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987 a 1996: uma análise espacial. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, sup. 1, p. 7-19, 2000

TANAKA, M. et al. Reduced chlamydial infection and gonorrhea among commercial sex workers in Fukuoka City, Japan. **Int J Urol**, v. 5, n.5, p. 471-475, 1998.

TELLES, P. et al. Risk behaviors and HIV seroprevalence among IDUs in Rio de Janeiro, Brazil. **AIDS**, supp. 1, 1997.

TRUJILLO, L. et al. Sexual practice and prevalence of HIV, HTLV I/II and *Treponema pallidum* among clandestine female sex workers in Lima, Peru. **Sex Transm Dis**, v. 26, n.2, p. 115-118, 1999.

THOMAS, R. et al. Risks of AIDS among workers in the "sex industry": some initial results from a Scottish study. **BMJ**, v.299, p. 148-149, jul.1989.

UNGCHUSAK, K. et al. Determinants of HIV infection among female commercial sex workers in Northeastern Thailand: results from a longitudinal study. **J Acquir Immun Syndr Hum Retrovirol.** v.12, n. 5, p.500-507, 1996.

URIBE, P. et al. Prostitucion en México in: LANGER, A. & TOLBERT, K. **Sexualidad y Salud Reproductiva en México**. México, D.F: EdaMex, p. 179 – 206, 1996.

URIBE-ZUÑIGA, M.C. et al. Prostitución y sida en la ciudad de México. **Salud Publica de México**, v.37, n. 6, nov/diez. 1995.

WEINSTOCK, H. S. et al. Trends in HIV seroprevalence among persons attending sexually transmitted disease clinics in the United States. **J.Acquir.Immun.Defic.Syindr.Hum.Retrovirol.** v.9 n.5 p.514-522, Ago/1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **High risk behaviour, the sex industry and HIV.** WHO Technical Working Group Meeting – Global Programme on Aids, Edinburgh, 1989.

WOFSY, C. Aids and HIV infection in prostitutes. **Epidemiology.** The Aids knowledge base, Massachusetts: The medical publishing group, 1990.

ZAPIOLA, I. et al. HIV 1, HIV 2, HTLV I/II and STD among female prostitutes in Buenos Aires, Argentina. **Eur J Epidemiol,** v. 12, p. 27-31, 1996.

---

*ANEXOS*

**ANEXO 1****QUESTIONÁRIO**

Número:

Data:

Resultado HIV:

Idade:

Renda mensal:

Grau de Instrução:

Local de trabalho:

Há quanto tempo trabalha nesta atividade?

Já fez teste anti-HIV antes?  Sim  Não Resultado:

Costuma usar preservativos ao ter contato sexual com clientes ?

 Sempre Eventualmente Frequentemente Nunca

Em caso negativo, por que?

Costuma usar preservativo ao ter contato sexual com parceiro fixo?

 Sim Não

Em caso negativo, por que?

Qual o número aproximado de parceiros(clientes) por mes?

Já foi acometida por alguma DST?  Sim  Não  Não sabe

Qual? \_\_\_\_\_

Fez ou faz uso de droga injetável?

 Sim Não

Já realizou alguma transfusão sanguínea?

 Sim Não Não sabe

Tem ou teve algum parceiro UDI?

 Sim Não Não sabe