

# CONHECIMENTO SOBRE SOROLOGIA PARA SÍFILIS E HIV ENTRE PROFISSIONAIS DO SEXO DE PELOTAS, BRASIL

*KNOWLEDGE ABOUT HIV AND SYPHILIS SEROLOGIC STATUS AMONG SEX WORKERS FROM PELOTAS, BRAZIL*

*Mariângela F Silveira<sup>1</sup>, Ana Maria FB Teixeira<sup>2</sup>, Laura S Stephan<sup>3</sup>, Renata M Rosenthal<sup>3</sup>,  
Cíntia L Alves<sup>1</sup>, Vera Maria A Brum<sup>1</sup>, Dulce Stauffert<sup>5</sup>*

## RESUMO

**Introdução:** os profissionais do sexo apresentam maior vulnerabilidade à sífilis e ao HIV. O conhecimento do estado sorológico possibilita tratamento e práticas de prevenção. **Objetivo:** avaliar o conhecimento dos profissionais do sexo de Pelotas/RS sobre seu estado sorológico para sífilis e HIV. **Métodos:** estudo transversal de base populacional, descritivo, realizado em 2006, com 322 profissionais do sexo maiores de 18 anos. Aplicou-se questionário sobre conhecimento da sorologia para sífilis e HIV e foi feito teste rápido para sífilis. **Resultados:** a maioria dos entrevistados era mulher (76,1%), entre 22-39 anos (64,9%), branca (63,7%), com 5-8 anos de escolaridade (45,7%), e 57,5% nunca haviam realizado sorologia para sífilis. Entre os que realizaram, 19,6% foram reagentes, 65% utilizaram a rede pública, e o motivo mais referido foi pré-natal. O teste rápido foi reagente para 24 entrevistados. Oitenta e oito por cento já haviam realizado sorologia para HIV. Os motivos mais frequentes foram “achar que tinha risco”, “precaução” ou “controle” (27%) e pré-natal (24%). Dos entrevistados, 17 sabiam ter HIV e 13 destes estavam em tratamento. **Conclusão:** é baixo o percentual de testagem para sífilis entre os entrevistados. A testagem mais frequente para HIV pode estar relacionada ao maior conhecimento sobre a doença. A rede pública é o principal local de testagem e o pré-natal é motivo comum para os exames. Muitos dos profissionais fizeram os testes por reconhecer que têm risco para essas doenças. **Palavras-chave:** sífilis, sorodiagnóstico da sífilis, HIV, sorodiagnóstico da aids, profissional do sexo, DST

## ABSTRACT

**Introduction:** sex workers are more vulnerable to syphilis and HIV. Knowledge about serologic status allowed treatment and prevention behaviors. **Objective:** to evaluate the knowledge of sex workers from Pelotas/RS about their serologic status for syphilis and HIV. **Methods:** cross-sectional study population based, descriptive, done in 2006, with 322 sex workers aged 18 years old or more. A questionnaire about knowledge of syphilis and HIV serologic status was applied and we did rapid test for syphilis. **Results:** most of the interviewed were female (76.1%), between 22-39 years (64.9%), white skin (63.7%), schooling between 5-8 years (45.7%), 57.5% had never been tested for syphilis. Among those tested, 19.6% had a positive test, 65% went to public laboratories, and the most common reason was antenatal care. syphilis rapid test was positive for 24 people. 88% had already been tested for HIV. Most frequent reasons for this test were “I think I have risk”, “precaution”, “control” (27%) and antenatal care (24%). Seventeen sex workers already knew being HIV+ and 13 were under clinical care. **Conclusion:** percentage of syphilis testing among the interviewed was low. More frequent HIV testing may be related to the greater knowledge about this disease. Public laboratories are the main place for testing and antenatal care is a common reason for the exams. Many of the interviewed realized the test because recognized being at risk. **Keywords:** syphilis, syphilis serodiagnosis, HIV, aids serodiagnosis, sex worker, STD

## INTRODUÇÃO

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) e o vírus da imunodeficiência humana (HIV) são atualmente uma grande preocupação mundial. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que a cada ano cerca de 340 milhões de pessoas são infectadas por alguma DST curável, dentre as quais a sífilis tem grande representatividade. No Brasil, os números variam de 10 a 12 milhões de novos casos de DST por ano<sup>1</sup>. O Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde (PN-DST/Aids) estimou em 2003 uma prevalência de sífilis de 2,1% entre a população sexualmente ativa. Para este mesmo ano, a incidência de sífilis foi estimada em 1,1%, ou 937.000 novos casos, sendo 138.558 no Estado do Rio Grande do Sul<sup>2</sup>, mas existe a possibilidade de subnotificação.

Com relação ao HIV, as estimativas da OMS em 2007 apontavam para cerca de 33,2 milhões de pessoas vivendo com HIV/Aids, 2,5 milhões de novos casos e 2,1 milhões de mortes<sup>3</sup>. A epidemia da aids na América Latina permanece estável e a transmissão con-

tinua a ocorrer entre a população em maior risco de exposição, incluindo trabalhadores do sexo e homens que fazem sexo com homens, estimando-se o número de pessoas infectadas em 2007 na região em torno de 1,6 milhão<sup>3</sup>.

No Brasil estima-se que aproximadamente 593.000 pessoas vivam com HIV. Segundo parâmetros da OMS, a epidemia brasileira é concentrada, e a prevalência de infecção pelo HIV é de 0,61% entre a população de 15 a 49 anos (0,42% em mulheres e 0,80% em homens)<sup>4</sup>. A notificação da doença é obrigatória desde 1986<sup>5</sup>. No início da epidemia, os grupos mais atingidos eram os profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis, homossexuais masculinos e, nos primeiros anos da década de 1980, indivíduos transfundidos com sangue ou hemoderivados. Mais recentemente, há uma tendência de crescimento entre as mulheres e os idosos, tendo sido observado um declínio em menores de 5 anos e no sexo masculino<sup>6</sup>.

A sífilis é uma doença infecciosa crônica, causada pela bactéria *Treponema pallidum*. O contato sexual é o modo usual de contágio e a transmissão vertical ocorre com frequência, resultando na sífilis congênita<sup>7</sup>. A sífilis é mais comum em grandes cidades e entre indivíduos jovens e sexualmente ativos. Nos Estados Unidos é mais prevalente entre a população negra, com menor escolaridade e baixa renda, e em pessoas com múltiplos parceiros sexuais<sup>8</sup>.

Os profissionais do sexo apresentam grande vulnerabilidade às DST e ao HIV, pelas características próprias da profissão e do grau de marginalidade social em que se encontram. Historicamente, a

<sup>1</sup>Departamento Materno-Infantil da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

<sup>2</sup>Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da UFPel.

<sup>3</sup>Acadêmica do curso de Medicina da UFPel.

<sup>4</sup>Acadêmica do curso de Nutrição da UFPel.

<sup>5</sup>Farmacêutica e Bioquímica do Laboratório da Faculdade de Medicina da UFPel.

profissão foi responsabilizada pela disseminação de doenças adquiridas pelo ato sexual<sup>9</sup>.

No passado, o surgimento das doenças venéreas, principalmente a sífilis, para a qual não havia medicação curativa eficaz, trouxe a necessidade da implementação de uma intervenção profilática (“higienista”) em que foi focalizada, nesse sentido, a prostituição<sup>10</sup>. Tais temores e práticas discriminatórias em relação aos profissionais do sexo retornaram com o surgimento e a epidemia da aids<sup>11</sup>.

A resposta brasileira à crise gerada por esta epidemia considerou a prevenção entre as populações especialmente vulneráveis, e o PN-DST/Aids, incluiu aí os profissionais do sexo. Com esse entendimento, o PN-DST/Aids direcionou seu trabalho à ampliação de conhecimentos, ao desenvolvimento de habilidades para negociação do sexo mais seguro, à disponibilização de preservativos e ao apoio às Organizações não Governamentais (ONG) que agem junto ao comércio sexual e às associações de prostitutas<sup>9</sup>.

Não há leis específicas regulamentando a prostituição como profissão no Brasil, apesar de alguns projetos neste sentido tramitarem no legislativo. Contudo, estes profissionais foram incluídos na Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego, a qual cita, nas “Condições Gerais de Exercício da Profissão”, o risco de contágio de DST. No item “Formação e Experiência”, requer-se que os trabalhadores participem de oficinas sobre sexo seguro, oferecidas pelas associações da categoria. Nas “Áreas de Atividade”, em item denominado “Minimizar as Vulnerabilidades”, é preconizado que o profissional deve usar preservativos, participar de oficinas de sexo seguro, reconhecer doenças sexualmente transmissíveis e fazer acompanhamento de saúde integral<sup>12</sup>.

A cidade de Pelotas, no Rio Grande do Sul, é considerada polo regional da Região Sul do Estado e recebe pessoas de toda a Região para fins de educação, saúde, comércio e serviços.

Em matéria publicada em jornal local, em 2004, a ONG Vale a Vida, que desenvolvia projeto com profissionais do sexo em Pelotas, referiu a existência de aproximadamente 2,5 mil profissionais do sexo na cidade (três mulheres para um homem), num total de 48 locais de prostituição. O projeto visava a reduzir a incidência de DST e HIV entre os profissionais do sexo através de oficinas e atendimento individual. O estudo realizado pela ONG constatou grande desinformação em relação ao uso do preservativo, às DST e ao HIV. A necessidade econômica é o principal fator que leva a maioria dos profissionais do sexo a optar por esse trabalho e arriscar-se, às vezes, conscientemente.

O conhecimento do estado sorológico para sífilis e HIV é de extrema importância em populações vulneráveis a estas infecções e com acesso dificultado ao sistema de saúde, como os profissionais do sexo. Possibilita a oferta de tratamento imediato a estas pessoas e seus parceiros, bem como a orientação de práticas de prevenção que podem impedir a progressão das doenças, quebrando a cadeia de transmissão.

## OBJETIVO

Avaliar o conhecimento sobre o estado sorológico para sífilis e HIV entre profissionais do sexo que participaram de um estudo sobre utilização do teste rápido para diagnóstico da sífilis. Além disso, pretende descrever o perfil socioeconômico, os conhecimentos, as atitudes e as práticas preventivas e de risco para DST nesta população,

assim como obter subsídios para a definição de estratégias de ações preventivas e assistenciais voltadas aos profissionais do sexo.

## MÉTODOS

O estudo foi realizado em 2006, em Pelotas, cidade de porte médio com cerca de 320.000 habitantes, localizada no extremo sul do Rio Grande do Sul. Foi utilizado um delineamento transversal, de base populacional, com profissionais do sexo da zona urbana da cidade, em locais previamente mapeados como pontos de prostituição, tais como ruas, hotéis, boates e bares, casas de massagem etc. Eram elegíveis para o estudo profissionais do sexo, homens e mulheres, com 18 anos de idade ou mais.

O cálculo do tamanho da amostra foi baseado em uma estimativa inicial da existência de 2.500 profissionais do sexo (1.875 mulheres e 625 homens). Com um erro alfa de 5%, poder de 80%, prevalência de 10%<sup>4,5</sup> e um erro aceitável de dois pontos percentuais; seria necessário testar 232 homens e 309 mulheres. Acrescentando 10% para perdas e recusas, este número passaria para 255 homens e 340 mulheres, num total de 595 indivíduos.

Para a realização deste estudo foi feita parceria com a ONG Vale a Vida e, através dessa, estabelecido contato e parceria com dois hotéis que eram locais de trabalho dos profissionais. Os entrevistadores, que eram todos voluntários, realizaram o recrutamento dos profissionais do sexo, em diferentes espaços, conforme os locais de trabalho dos mesmos. Inicialmente era realizada uma entrevista com a aplicação de um questionário e posteriormente a coleta de sangue, respeitando a privacidade e a confidencialidade dos participantes. Os entrevistadores foram treinados para explicar detalhadamente os objetivos da pesquisa, os riscos e benefícios da participação e os direitos do participante, antes da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O sangue (5 mL) era coletado por técnicos de laboratório treinados na aplicação do teste e observando normas de biossegurança. O teste rápido para sífilis (*Visitect Syphilis Rapid Test for Syphilis – WB – Omega Diagnosis*) era realizado no local do estudo e o restante do material era acondicionado e levado para um laboratório para a realização do FTA-Abs.

O questionário investigava características sociodemográficas (idade, escolaridade, estado civil, etnia/raça e tipo de atividade); conhecimento sobre ocorrência prévia de DST e sorologia para sífilis e HIV; motivos para a realização de testes para sífilis e HIV, locais de testagem e tratamentos prévios realizados, além de avaliação do conhecimento sobre mecanismos de infecção e de prevenção da sífilis, através de perguntas em que o entrevistado respondia verdadeiro, falso ou que não sabia a resposta.

No momento da coleta de sangue foi realizado aconselhamento pré-teste individual e centrado no usuário, baseado no “Manual de Treinamento e Aconselhamento em DST, HIV e Aids”<sup>13</sup> do Ministério da Saúde, incluindo a cobertura de todos os possíveis componentes do aconselhamento e testagem para DST, como práticas sexuais seguras, diagnóstico e atenção às DST e notificação do parceiro. A obtenção dos resultados dos testes rápidos levava aproximadamente 20 minutos, sendo o entrevistado direcionado para uma sala ou espaço privado onde realizava o aconselhamento pós-teste e recebia o resultado do teste rápido para sífilis.

O profissional do sexo com resultado positivo era encaminhado para o Ambulatório de DST da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) para o tratamento, que não era realizado no local para evitar constrangimentos ou possível identificação da situação de positividade. O atendimento em horário pré-estabelecido, conforme maior comodidade para a maioria dos participantes, ocorreu em sistema de livre demanda. Na ocasião da consulta era oferecido tratamento adequado e realizada a sorologia para sífilis (VDRL – *Venereal Disease Research Laboratory* e FTA-Abs), hepatites B e C, e HIV. Era fornecido auxílio-transporte para facilitar o acesso ao ambulatório. Os profissionais recebiam orientação para a comunicação de parceiros sexuais, aos quais também era disponibilizado o atendimento.

Aqueles com sorologia positiva para sífilis que não compareciam ao tratamento foram novamente contatados pelos voluntários, em uma tentativa de motivá-los à realização do mesmo. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPel.

## RESULTADOS

Foram entrevistados 322 profissionais do sexo. A maioria era de mulheres (76,1%), com idade entre 22 e 29 anos (34,1%) e 30 e 39 anos (30,8%). A cor da pele declarada pelos entrevistados foi branca para 63,7% e negra para 17,1%. Quanto à escolaridade, a maior parte (45,7%) estudou de 5 a 8 anos. Sobre o estado civil, 61,8% disseram estar solteiras(os) ou viúvas(os). A maioria dos profissionais era de prostitutas (240), seguidas por michês (45), e travestis (30). As características socioeconômicas e demográficas dos entrevistados estão descritas na **Tabela 1**.

Nos últimos 12 meses, 7,5% referiram ter tido alguma DST. Destes, 25% não trataram. Quanto à sorologia para sífilis, 57,5% relataram nunca haver realizado. Dos que referiram já ter realizado o teste, 55% o fizeram nos últimos 12 meses e, desses, 27 (19,6%) tiveram resultado reagente, porém cinco não trataram. No teste rápido realizado no momento da entrevista, 24 profissionais do sexo (7,5%) tiveram resultado reagente. Destes, 15 eram mulheres e nove eram homens. A prevalência em mulheres foi 6,1% e em homens, 11,6%.

O local mais citado para a realização do teste foi a rede pública de saúde, com 65,2%. Os hospitais e laboratórios particulares também foram bastante utilizados. O motivo mais frequentemente referido para a realização do teste foi o pré-natal (36%), tanto da própria profissional do sexo como da parceira, 14,7% fizeram o teste para sífilis junto com o teste anti-HIV, 12,5% fizeram o exame por achar que tinham algum risco de ter adquirido a doença e 9,6% relataram ter feito por “curiosidade”. Outros motivos citados e os dados referidos estão descritos na **Tabela 2**.

Em relação à sorologia para HIV, 88% já fizeram o teste. Destes, 37,6% foram nos últimos 6 meses e 45,5% fizeram na rede pública. Outros 26,4% fizeram em hospitais ou laboratórios particulares. Os motivos mais frequentes foram achar que tinham risco, precaução ou controle (26,8%), pré-natal (24%), curiosidade (17,6%) e solicitação médica (13,5%). Entre todos os entrevistados, 17 sabiam que eram portadores de HIV, 250 relataram não o serem e 55 não sabiam a sua situação sorológica. Dos positivos, 13 realizavam tra-

tamento e os outros quatro não se tratavam, segundo relataram, por recomendação médica. A **Tabela 3** descreve os dados referentes às questões sobre HIV.

Na avaliação sobre o conhecimento dos profissionais do sexo em relação às formas de transmissão da sífilis, o nível de conhecimento foi superior a 70% para a maioria das perguntas. Somente foi inferior a este percentual na questão sobre parcerias sexuais seguras, onde 65,5% dos entrevistados responderam que o risco de transmissão da sífilis pode ser reduzido se uma pessoa tiver relações sexuais somente com parceiro único e não infectado, porém 20,2% achavam que o risco não era reduzido com esta conduta e 14,3% não souberam responder. Em relação à afirmação de que uma pessoa com aparência saudável pode estar com sífilis, 88,2% acharam que era verdadeira e 5,6% não sabiam. Dos entrevistados, 6,5% disseram que a sífilis pode ser adquirida compartilhando talheres, copos ou refeições e 11,5% ignoravam a resposta correta. Na questão “usar preservativo é a melhor maneira de evitar que a sífilis seja transmitida durante a relação sexual?”, 94,4% responderam como verdadeira. Ao serem questionados se uma pessoa pode ser infectada com sífilis ao ser picada por um mosquito, 9% disseram que sim e 17,4% não souberam responder. Os dados desta avaliação encontram-se na **Tabela 4**.

**Tabela 1** – Características socioeconômicas e demográficas dos profissionais do sexo entrevistados em Pelotas, RS, 2006 (n = 322).

Variáveis	N	%
<i>Idade em anos completos</i>		
18-21	64	19,9
22-29	110	34,1
30-39	99	30,8
40-49	37	11,5
50 ou mais	12	3,7
<i>Sexo</i>		
Masculino	77	23,9
Feminino	245	76,1
<i>Cor da pele declarada</i>		
Branca	205	63,7
Parda/morena/amarela/indígena	62	19,2
Negra	55	17,1
<i>Escolaridade em anos completos</i>		
0-4	70	21,7
5-8	147	45,7
9 ou mais	105	32,6
<i>Estado civil</i>		
Casado(a)/com companheiro(a)	87	27,0
Solteiro(a)/viúvo(a)	199	61,8
Separado(a)/divorciado(a)	36	11,2
<i>Tipo de profissional</i>		
Prostituta	240	74,5
Michê	45	14,0
Travesti	30	9,3
Proprietário(a) de casa de massagem/prostituição	5	1,6
Transexual	2	0,6

**Tabela 2** – Prevalência e tratamento prévio de DST e conhecimento sobre sorologia para sífilis entre profissionais do sexo entrevistados em Pelotas, RS, 2006 (n = 322).

Variáveis	N	%
<i>Apresentou alguma DST nos últimos 12 meses</i>		
Sim	24	7,5
Não	298	92,5
<i>Tratou para DST nos últimos 12 meses (n = 24)</i>		
Sim	18	75,0
Não	6	25,0
<i>Fez teste para sífilis alguma vez na vida</i>		
Sim	137	42,5
Não	185	57,5
<i>Fez teste para sífilis nos últimos 12 meses (n = 137)</i>		
Sim	74	54,8
Não	61	45,2
<i>Conhecimento do resultado do teste para sífilis (n = 137)</i>		
Positivo	27	19,6
Negativo	110	80,4
<i>Fez tratamento quando teve sífilis (n = 27)</i>		
Sim	22	81,5
Não	4	14,8
Não lembra	1	3,7
<i>Local da realização do último teste para sífilis (n = 137)</i>		
Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)	13	9,6
Rede pública de saúde/posto/hospital/pronto-socorro	88	65,2
Banco de sangue	8	5,9
Hospitais/laboratórios particulares	24	17,8
Casa de massagem	2	1,5
<i>Motivo da realização do último teste para sífilis (n = 137)</i>		
Solicitação do empregador	11	8,1
Pré-natal/pré-natal da parceira/maternidade	49	36,0
Doação de sangue	12	8,8
Por achar que tinha algum risco	17	12,5
Curiosidade	13	9,6
Junto com o teste do HIV	20	14,7
Solicitação médica	7	5,1
Outros (revisão, prevenção, história prévia de sífilis)	7	5,1

## DISCUSSÃO

Diversos estudos brasileiros avaliaram a prevalência de HIV por variados métodos e em variadas amostras de profissionais do sexo. Em 1992 e 1993, Lorenzi *et al.* encontraram uma prevalência de 11,2% em amostra de 143 prostitutas no Rio de Janeiro<sup>14</sup>. Também em 1993, Andrade Neto reportou prevalência de 4,5% em 132 prostitutas de Paranaguá (estado do Paraná)<sup>15</sup>. Em 1995, Lurie *et al.* analisaram 600 profissionais do sexo em três cidades do estado de

São Paulo (SP), dos quais 11% se mostraram portadores de HIV<sup>16</sup>. Abrangente estudo realizado de 1995 a 1998 com 1.047 trabalhadoras do sexo em Santos, SP, por Silva *et al.*, mostrou 7% de prevalência<sup>17</sup>. Pires *et al.* estudaram 140 prostitutas atendidas no ano de 1998 em Centro de Referência de DST/Aids em Vitória (estado do Espírito Santo) e reportaram 8,6% de HIV-positivo<sup>18</sup>. Em 2003 e 2004, Schuelter-Trevisol *et al.* encontraram uma prevalência de 6,7% em 90 prostitutas de Santa Catarina<sup>19</sup>. E em 2007, Benzaken *et al.* analisaram 510 trabalhadores do sexo em Manaus (estado da Amazônia), descrevendo 2,5% de positividade para HIV<sup>20</sup>.

Estudo do Ministério da Saúde com 2.712 mulheres profissionais do sexo, em nove estados brasileiros, no ano de 2000, encontrou prevalência geral de 6,9% de HIV. O Rio Grande do Sul (RS) foi o estado com maior prevalência, atingindo o alarmante índice de 18,7%<sup>21</sup>.

**Tabela 3** – Conhecimento sobre sorologia para HIV entre profissionais do sexo entrevistados em Pelotas, RS, 2006, (n = 322).

Variáveis	N	%
<i>Fez teste para HIV alguma vez na vida</i>		
Sim	283	87,9
Não	39	12,1
<i>Fez teste para HIV nos últimos 6 meses (n = 283)</i>		
Sim	121	37,6
Não	199	61,8
Não sabe	2	0,6
<i>Local da realização do último teste para HIV (n = 283)</i>		
Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)	61	21,7
Rede pública de saúde/hospital/pronto-socorro	129	45,5
Banco de sangue	11	3,9
Hospitais/laboratórios particulares	75	26,4
Outros (boate, presídio)	3	1,1
Não lembra	4	1,4
<i>Motivo da realização do último teste para HIV (n = 283)</i>		
Solicitação do empregador	28	9,9
Pré-natal/pré-natal da parceira	68	24,0
Doação de sangue	15	5,3
Por achar que tinha algum risco/controle/precaução	76	26,8
Curiosidade	50	17,6
Parceiro pediu/parceiro com sífilis/parceiro com HIV	6	2,2
Solicitação médica	38	13,5
Outros (não especificados)	2	0,7
<i>Portador do vírus HIV</i>		
Sim	17	5,3
Não	250	77,6
Não sabe	55	17,1
<i>Faz tratamento para HIV/aids (n = 17)</i>		
Sim	13	76,5
Não, médico disse que não preciso	4	23,5



O presente estudo não avaliou com testes sorológicos a prevalência de HIV entre os entrevistados, porém 5,3% declararam ser HIV-positivo. Este dado é condizente com a maioria dos estudos citados, porém pode estar subestimado, considerando o alto percentual de profissionais do sexo portadores de HIV encontrados no estado do RS e o considerável número de entrevistados que não soube relatar seu estado sorológico e que nunca havia realizado teste para HIV.

A maior parte dos estudos que avaliaram a prevalência de HIV em profissionais do sexo também avaliou a prevalência de sífilis, a maioria utilizando o VDRL. Lorenzi *et al.* encontraram 11,2%<sup>14</sup>, Lurie *et al.* relataram o altíssimo percentual de 45%<sup>16</sup>, Silva *et al.* descreveram 13%<sup>17</sup>, Pires *et al.*, 8,3%<sup>18</sup>, e Benzaken *et al.*, 11%<sup>20</sup>. O estudo do Ministério da Saúde relatou prevalência geral de 4,3%, a mesma encontrada no Rio Grande do Sul<sup>21</sup>.

O atual estudo, através do teste rápido para sífilis, detectou 7,5% de reagentes, sendo mais baixo (6,1%) nas mulheres, provavelmente devido ao acompanhamento pré-natal, como será discutido adiante.

A prevalência de DST nos últimos 12 meses encontrada no estudo foi baixa, se comparada àquela encontrada por Silva *et al.*<sup>17</sup>

**Tabela 4** – Avaliação breve do conhecimento sobre formas de infecção da sífilis entre profissionais do sexo entrevistados em Pelotas, RS, 2006 (n = 322).

Variáveis	N	%
<i>O risco de transmissão da sífilis pode ser reduzido se uma pessoa tiver relações sexuais somente com parceiro único não infectado?</i>		
Verdadeiro	211	65,5
Falso	65	20,2
Não sabe	46	14,3
<i>Uma pessoa com aparência saudável pode estar com sífilis?</i>		
Verdadeiro	284	88,2
Falso	20	6,2
Não sabe	18	5,6
<i>Uma pessoa pode adquirir sífilis compartilhando talheres, copos ou refeições?</i>		
Verdadeiro	21	6,5
Falso	264	82,0
Não sabe	37	11,5
<i>Usar preservativo é a melhor maneira de evitar que a sífilis seja transmitida durante a relação sexual?</i>		
Verdadeiro	304	94,4
Falso	11	3,4
Não sabe	7	2,2
<i>Uma pessoa pode ser infectada com sífilis ao ser picada por um mosquito?</i>		
Verdadeiro	29	9,0
Falso	237	73,6
Não sabe	56	17,4

(7,5% versus 25%). Também Pires *et al.* encontraram números maiores, com 49,4% das mulheres relatando história prévia de DST e 25,6% apresentando alguma DST na ocasião da consulta<sup>18</sup>.

Conhecer o estado sorológico em relação ao HIV é importante, uma vez que o diagnóstico da doença em sua fase inicial propicia melhores cuidados, melhor resposta ao tratamento e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida. Segundo estimativas do Ministério da Saúde, cerca de 250 mil pessoas no Brasil são portadoras do HIV, mas nunca fizeram o teste e desconhecem sua condição sorológica<sup>22</sup>.

No estudo de Silva *et al.*, 60% dos profissionais do sexo referiram já ter realizado o teste<sup>17</sup>. No estudo de Benzaken *et al.*, este dado foi avaliado em dois tempos diferentes, 1999 e 2001, sendo que entre as duas avaliações houve uma intervenção que consistiu em medidas educativas, atenção especializada para diagnóstico, tratamento gratuito das DST e distribuição de preservativos. Antes da intervenção, 19,6% das entrevistadas haviam realizado teste para HIV. Após os 2 anos, este número passou para 46%<sup>20</sup>. Ferraz *et al.* entrevistaram 100 travestis profissionais do sexo em Uberlândia (estado de Minas Gerais) em 2004 e 2005. Destes, 76% declararam ter feito o anti-HIV nos últimos 12 meses, sendo que 58% o fizeram nos últimos 6 meses e mais da metade já realizou o teste três vezes ou mais<sup>23</sup>.

No presente estudo, em comparação aos citados, foi alto o índice de testagem prévia para HIV entre os entrevistados, com 88% já tendo realizado o teste alguma vez na vida e 37,6% tendo realizado nos últimos 6 meses. A testagem mais frequente para HIV pode estar relacionada ao maior conhecimento sobre a doença, devido à sua frequente exposição na mídia. Porém, é razoável o número de profissionais que nunca realizou este exame.

A rede pública de saúde foi o principal local de testagem, assim como para Ferraz *et al.*<sup>23</sup>. Todavia, são muitas as dificuldades dos serviços de saúde para abordar os profissionais do sexo, tanto na estruturação quanto na adequação às necessidades desta população, passando pela insegurança inerente à condição de trabalhador do sexo e às dificuldades em permanecer no atendimento, seja por medo de ser rotulado como doente, por medo de ser preso ou pela discriminação social.

Como motivo para a realização do exame, grande parte dos entrevistados apontou a consulta pré-natal, demonstrando ser esta uma oportunidade a ser aproveitada pela rede pública. Também um importante número relatou fazer os testes por achar que tem risco, por precaução ou por controle. A autopercepção de risco para a infecção pelo HIV associa-se à identificação da própria situação de vulnerabilidade e ao reconhecimento de comportamentos que interferem nas chances de ser infectado. Ayres *et al.* (1997) resumem a conceituação de vulnerabilidade ao HIV/aids, definindo-a como: “o esforço de produção e difusão de conhecimento, debate e ação sobre os diferentes graus e naturezas da suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, ao adoecimento ou morte por HIV/aids, segundo a particularidade de sua situação quanto ao conjunto integrado dos aspectos sociais (ou contextuais), pragmáticos (ou institucionais) e individuais (ou comportamentais) que os põem em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento”<sup>23</sup>. A autopercepção de risco também foi relatada

por Benzaken *et al.*, onde 62,8% disseram achar que tinham muita chance de se contagiar com aids, antes da intervenção mencionada. Após o projeto, esse número diminuiu para 41,7%, provavelmente devido ao aumento do uso do preservativo<sup>20</sup>. Também no estudo de Ferraz *et al.* se percebe esta preocupação, uma vez que 33% das entrevistadas se consideraram em grande risco de contrair a infecção e 22% afirmaram ter risco médio<sup>23</sup>.

O conhecimento do estado sorológico para sífilis é igualmente importante, uma vez que se trata de uma patologia com tratamento fácil, acessível e barato. Contudo, no atual estudo, menos de metade dos entrevistados relatou já ter realizado o teste para sífilis. Destes, 19,6% eram reagentes. Novamente a rede pública apareceu como o local mais citado para a testagem, bem como o pré-natal e a percepção de risco apareceram como os principais motivos. Também um razoável número de entrevistados relatou ter realizado o teste para sífilis juntamente com o anti-HIV. Uma vez que a quantidade de profissionais do sexo que faz o anti-HIV é maior do que a que faz o teste para sífilis, uma estratégia possível seria incentivar a realização do VDRL para aqueles que procuram o serviço para realizar o anti-HIV.

Em relação ao conhecimento prévio sobre a sífilis, observa-se um bom nível de informação, provavelmente por se tratar de um grupo que, apesar da mobilidade, vinha recebendo informações sistêmicas sobre DST.

## CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo mostraram um baixo percentual de testagem para sífilis entre os profissionais do sexo entrevistados, bem como uma razoável porcentagem de profissionais com teste rápido para sífilis reagente, sugerindo que esta doença deveria receber maior atenção das políticas de informação e de saúde pública. A testagem para o HIV foi mais frequente, provavelmente pela maior exposição da doença na mídia, porém razoável número de profissionais nunca realizou esse exame.

A rede pública é o principal local de testagem, reforçando a necessidade da adoção de medidas visando à retirada de eventuais barreiras que impeçam uma maior cobertura dessa população. O pré-natal aparece como motivo comum para os exames, demonstrando ser uma oportunidade para estimular e manter vínculos, possibilitando a continuidade do acompanhamento após a gestação. A autopercepção do risco aparece como ponto-chave para a testagem nessa população, podendo ser explorada pelas políticas de informação para incentivar a realização dos exames.

O nível de informação sobre sífilis foi bom entre os entrevistados, contudo ainda existem alguns “mitos” que podem ser trabalhados pela mídia, como a questão das parcerias sexuais seguras, da aparência saudável ser indicativa de que a pessoa não está infectada, da contaminação por talheres, copos ou refeições e da contaminação pela picada de mosquito.

Em resumo, o estudo sugere que a informação voltada a essa população, aliada a uma boa cobertura da rede pública, são as armas necessárias para a prevenção às DST e à aids nessa população.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil, Ministério da Saúde. [homepage na Internet]. Brasília: Programa Nacional de DST/AIDS; 2008. Epidemiologia em DST [aproximadamente 3 telas] Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISB-CD47A0DPTBRIE.htm>. [Acessado em: 11/04/2009, às 19:39 h].
2. Brasil, Ministério da Saúde. [homepage na Internet]. Brasília: Programa Nacional de DST/AIDS; 2003. Sífilis no Brasil [aproximadamente 3 telas]. Disponível em: [http://www.eliminasifilis.kit.net/sifilis\\_brasil.htm](http://www.eliminasifilis.kit.net/sifilis_brasil.htm). [Acessado em: 01/02/2009, às 14:34 h].
3. World Health Organization. UNAIDS (United Nations Joint Programme on Aids). AIDS epidemic update: March 2008. Latin America: AIDS epidemic update: regional summary. Geneva; 2008.
4. Brasil, Ministério da Saúde. [homepage na Internet]. Brasília: Programa Nacional de DST/AIDS; 2008. Aids no Brasil [aproximadamente 2 telas]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS-13F4BF21PTBRIE.htm>. [Acessado em: 20/01/2009, às 08:11 h].
5. Brasil, Ministério da Saúde. [homepage na Internet]. Brasília: Programa Nacional de DST/AIDS; 2008. Boletim epidemiológico [aproximadamente 1 tela]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS-9A49113DPTBRIE.htm>. [Acessado em: 20/01/2009, às 08:35 h].
6. Brasil, Ministério da Saúde. [homepage na Internet]. Brasília: Programa Nacional de DST/AIDS; 2008. AIDS Vinte Anos – Esboço histórico para entender o Programa Brasileiro [aproximadamente 5 telas]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISBD1B398DPTBRIE.htm>. [Acessado em: 20/01/2009, às 09:10 h].
7. Cotran RS, Kumar V, Robbins SL. Robbins Pathologic Basis Of Disease. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: WB Saunders; 2004. pp. 389-391.
8. Hook, EW. Syphilis. In: Goldman L, Bennett JC, eds. Cecil textbook of Medicine. 22<sup>a</sup> Ed. Philadelphia: WB Saunders; 2004.
9. Guimarães K, Merchán-Hamann E. Comercializando fantasias: a representação social da prostituição, dilemas da profissão e a construção da cidadania. *Estud Fem* 2005; 13(3):525-544.
10. Fee E. Sin Versus Vice: Venereal Disease in Twentieth Century Baltimore. In: Fee E, Fox DM, eds. AIDS: The Burdens of History. Berkeley: University of California Press; 1988, pp. 121-146.
11. Kreiss JK, Koech D, Plummer FA, Holmes KK, Lightfoote M, Piot P et al. AIDS Virus Infection in Nairobi Prostitutes: Spread of the Epidemic to East Africa. *N Engl J Med* 1986; 314(7):414-418.
12. Brasil, Ministério do Trabalho e Emprego. [homepage na Internet] Brasília: Classificação Brasileira de Ocupações. 5198: Profissionais do sexo. [aproximadamente 1 tela] Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/busca/descricao.asp?codigo=5198>. [Acessado em: 15/07/2008, às 20:22 h].
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Manual de treinamento de aconselhamento em DST, HIV e AIDS. 3<sup>a</sup> Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
14. De Lorenzi A, Nogueira SA, Lessa VM. Prevalence of HIV-1 among female Sex workers in Rio de Janeiro. In: International Conference on AIDS, 10, Yokohama, 1994. Poster 8/7-12, P.C.0357.
15. Andrade Neto JL. Epidemiologia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida em prostitutas [Dissertação de Mestrado] Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 1993.
16. Lurie P, Fernandes MEL, Hughes V, Arevalo EI, Hudes ES, Reingold A et al. Socioeconomic status and risk of HIV-1, syphilis and hepatitis B infection among sex workers in São Paulo State, Brazil. *AIDS* 1995; 9 (suppl. 1):S317.
17. Silva NG, Morell MGG, Areco KN, Peres CA. Fatores Associados à Infecção pelo HIV em Trabalhadoras do Sexo (TS) em Santos-SP. *Saúde Coletiva* 2007; 04(18):168-172.
18. Pires ICP, Miranda AEB. Prevalência e fatores correlatos de infecção pelo HIV e sífilis em prostitutas atendidas em Centro de Referência DST/AIDS. *Rev Brasil Ginecol e Obstet* 1998; 20(3):151-154.
19. Schuelter-Trevisol F, Silva MV, Oliveira CM, Rodrigues R. HIV genotyping among female sex workers in the State of Santa Catarina. *Rev Soc Bras Med Trop* 2007; 40(3):259-263.

20. Benzaken AS, Sabidó M, Galban EG, Pedroza V, Vasquez F, Araújo A et al. Field evaluation of the performance and testing costs of a rapid point-of-care test for syphilis in a red-light district of Manaus, Brazil. *Sex Transm Infect* 2008; 84:297-302.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Programa Nacional de DST e Aids. Avaliação da efetividade das ações de prevenção dirigidas às profissionais do sexo, em três regiões brasileiras / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
22. Brasil, Ministério da Saúde. [homepage na Internet] Brasília: Programa Nacional de DST/AIDS; 2008. Notícias do Programa Nacional [aproximadamente 2 telas]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISE-77B47C8ITEMIDAE5FDEBC58D24E919E6B740F9546130APTBRIE.htm>. [Acessado em: 06/02/2009, às 18:37 h].
23. Ferraz EA, Souza CT, Souza LM. Travestis profissionais do sexo e HIV/Aids: Conhecimento, opiniões e atitudes. In: XII Seminário sobre a Economia Mineira. Diamantina, 2006.
24. Ayres JRCM. Vulnerabilidade e AIDS: Para uma resposta social à epidemia. *Boletim Epidemiológico*. Setor de Vigilância Epidemiológica do Centro de Referência e Treinamento de DST/AIDS – Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, 1997; 15(3):2-4.

Endereço para correspondência:

**MARIÂNGELA FREITAS DA SILVEIRA**

Professora Adjunta da Faculdade de Medicina – Universidade Federal de Pelotas

R. Mal. Deodoro 1160 – 3ª piso

96020-220 – Pelotas, RS, Brasil.

Fone: 53-32211666/Fax: 53-32841300

E-mail: maris.sul@terra.com.br

Recebido em: 24.04.2009

Aprovado em: 02.06.2009