



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**VULNERABILIDADE À INFECÇÃO PELO HIV EM MULHERES PROFISSIONAIS
DO SEXO: REVISÃO SISTEMÁTICA.**

JÉSSICA KARINE LOPES BOHRER

ORIENTADOR: PROF.DR. PEDRO SADI MONTEIRO

Brasília-DF
Julho, 2015

JÉSSICA KARINE LOPES BOHRER

**VULNERABILIDADE À INFECÇÃO PELO HIV EM MULHERES PROFISSIONAIS
DO SEXO: REVISÃO SISTEMÁTICA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Departamento de Enfermagem da UnB - Campus Darcy
Ribeiro, para o grau de Bacharel em enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro

Brasília-DF

Julho, 2015

JÉSSICA KARINE LOPES BOHRER

Aprovado em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro (Presidente)
Doutor em Ciências da Saúde-UnB

Prof.^a Dra. Dirce Guilhem (Membro Efetivo)
Doutora em Ciências da Saúde- UnB

Prof.^a Dra. Paula Diniz (Membro Efetivo)
Doutora em Enfermagem Fundamental- USP

CONCEITO FINAL: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida e pela força e coragem durante toda esta caminhada. Aos meus pais que investiram e acreditaram em mim, sempre me apoiando e passando segurança, as minhas irmãs e eternas companheiras pelo incentivo constante e a todos aqueles que de alguma forma estiveram próximos de mim e contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

AGRADECIMENTOS

Acima de tudo a Deus, autor da minha vida, que me deu o privilégio de exercer uma profissão tão magnífica e que sempre esteve ao meu lado me trazendo paz e segurança.

Aos meus pais, Marcos e Luciene, que me deram toda a estrutura para que me tornasse a pessoa que sou hoje. Pela confiança e pelo amor que me fortalece todos os dias.

Às minhas irmãs e eternas companheiras, por estarem sempre presentes e serem motivo dos meus melhores sorrisos.

À minha família que mora por todo o Brasil, obrigada pela força, pelas ligações, mensagens de carinho e por acreditarem em mim.

Às minhas amigas Alana, Alyne, Ana, Juliana, Karla e Pamela pelo companheirismo de todas as horas e por me passarem força e confiança.

Às minhas amigas da faculdade, que ao longo de 5 anos, me aturaram com dias de mau-humor e dias melhores, pelas alegrias, tristezas e dores compartilhadas.

À juventude da igreja que sempre esteve intercedendo por mim e me dando apoio espiritual e emocional.

A todos os meus professores, futuros colegas e acima de tudo por terem se tornado grandes amigos, fizeram com que eu continuasse e chegasse até onde cheguei.

À Universidade de Brasília que me tornou uma pessoa responsável, confiante e acima de tudo uma profissional capacitada.

RESUMO

Levando-se em consideração a problemática vivenciada no trabalho das mulheres profissionais do sexo, o presente trabalho apresenta esclarecimento a respeito da vulnerabilidade à infecção pelo HIV nestas mulheres, por meio de revisão de artigos indexados em bases de dados. **Objetivo:** identificar evidências que envolvem a temática da vulnerabilidade à infecção pelo HIV em mulheres profissionais do sexo. **Metodologia:** estudo exploratório, realizado por meio de revisão integrativa da literatura científica indexada em bases de dados eletrônicas. Os descritores escolhidos apenas em português foram colocados nas bases de dados LILACS, MEDLINE e SciELO e foram “HIV”, “Vulnerabilidade”, “Profissionais do sexo”, “Prostituição” e “Saúde da mulher”. Como critérios de inclusão, definiu-se que os artigos deveriam: ter sido publicados entre 2010 e 2015; serem originais; discorrer sobre a temática investigada, contemplando a vulnerabilidade à infecção pelo HIV em profissionais do sexo; apresentar textos na íntegra em português, inglês e espanhol, com limite de: humano, adulto e mulher. Foram excluídos artigos repetidos, que não estavam na íntegra e os que não discorriam sobre a temática do trabalho. **Resultados e discussão:** Os artigos incluídos permitiram abordagens de assuntos como: abuso sexual na infância, uso de álcool e outras drogas, fatores socioculturais e econômicos, desinformação sobre os sinais e sintomas de DST e HIV e práticas sexuais desprotegidas. Observou-se que os fatores socioculturais e econômicos são os principais fatores para a vulnerabilidade ao HIV em mulheres profissionais do sexo. Verificou-se certa desinformação por parte das mulheres profissionais do sexo em relação aos sinais/sintomas de DST\HIV. Comportamentos sexuais de risco podem ser associados à históricos de abusos sexuais na infância **Considerações finais:** a maioria dos artigos referem a disseminação do vírus da imunodeficiência humana à alta prevalência de doenças sexualmente transmissíveis entre mulheres profissionais do sexo. Alguns artigos descreveram que a infecção por DST e HIV está relacionada às relações extraconjugais por meio do sexo comercial. Verificou-se que as mulheres possuem o conhecimento mínimo no tocante a transmissão do HIV e sinais e sintomas das DST, evidenciando o elevado risco dessa população as doenças de transmissão sexual. A maioria das mulheres reconhece a necessidade e a importância do uso do preservativo durante a relação sexual, porém poucas usam frequentemente. Há grande relação entre o trabalho sexual feminino e o uso de drogas. Em alguns artigos foi descrito sobre a dificuldade de acesso à obtenção e continuidade do cuidado à saúde dessa população vulnerável. **Palavras-chave:** HIV, vulnerabilidade, profissionais do sexo, prostituição.

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO	1
1.1-Vírus da Imunodeficiência Humana.....	1
1.1.1-Características e transmissão do HIV.....	1
1.1.2-Diagnóstico	3
1.1.4- Tratamento	5
1.2- Mulheres profissionais do sexo e HIV	6
1.2.1- Vulnerabilidade ao HIV	6
2- OBJETIVO.....	8
3- METODOLOGIA	8
4- RESULTADOS E DISCUSSÃO	9
5- CONSIDERAÇÕES FINAIS	17
6- REFERÊNCIAS.....	19

1-INTRODUÇÃO

1.1-Vírus da Imunodeficiência Humana

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida é uma doença que se manifesta após a infecção do organismo humano pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, mais conhecido como HIV (Human Immunodeficiency Vírus). Segundo o Ministério da Saúde, síndrome é um grupo de sinais e sintomas que, uma vez considerados em conjunto, caracterizam uma doença; imunodeficiência é a inabilidade do sistema de defesa do organismo humano para se proteger contra microrganismos invasores, tais como vírus, bactérias, protozoários e etc.; e adquirida, vem do fato de não ser congênita, como no caso de outras imunodeficiências (BRASIL, 2006).

A síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS) foi descrita pela primeira vez no início da década de oitenta em Nova York nos EUA (RAMOS NETO, 2004). Grupos de pacientes jovens, homossexuais masculinos, exibiam um complexo de sintomas, incluindo pneumonia severa, sarcoma de Kaposi (forma rara de câncer), perda de peso súbita, linfadenopatia e supressão geral da função imune. Esse conjunto de sinais e sintomas associados à doença levou à conclusão de que se tratava de uma doença, ainda não classificada, de etiologia infecciosa e transmissível (STROHL et al., 2004).

Passados cerca de 30 anos após a identificação do HIV e sua associação como agente etiológico da Aids, estima-se que 35 milhões de pessoas vivem com este agente viral em todo mundo (UNAIDS,2014). O Ministério da Saúde estima aproximadamente 734 mil pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil, correspondendo a uma prevalência de 0,4% e dentre estes 4,9% correspondem à infecção em profissionais do sexo (BRASIL,2014).

1.1.1-Características e transmissão do HIV

O HIV é um retrovírus classificado na família *Retroviridae*, gênero *Lentivirus* e possui dois tipos virais HIV-1 e HIV-2. Ambos possuem tropismo por células com receptores CD4, encontrados na superfície de linfócitos T, macrófagos e células dendríticas. Os dois tipos virais são patogênicos em humanos, porém, a grande maioria dos casos de Aids no mundo está associada ao HIV-1 (LEVY,2009).

O primeiro passo para o início da infecção é a ligação da partícula viral a receptores

específicos na superfície da célula alvo (PEÇANHA et al,2002). A primeira fase de replicação do HIV (inclui a entrada viral, a transcrição reversa e a integração do vírus no genoma do hospedeiro), é obtida por proteínas que são fornecidas pelo vírus. A segunda fase, que inclui a síntese e o processamento dos genomas virais do mRNA e das proteínas estruturais, utiliza a maquinaria celular do hospedeiro para a transcrição e para síntese proteica (STROHL et al., 2004).

A transcriptase reversa catalisa a produção de uma cópia de DNA a partir do RNA do vírus HIV. A cópia do DNA que contém dupla hélice é transportada ao núcleo celular onde uma outra enzima, integrase, incorpora o DNA viral ao material genético do hospedeiro. A expressão dos genes virais resulta a transcrição do RNA a partir do DNA do HIV e na tradução das proteínas virais. As proteínas virais recém-formadas são produzidas na forma de precursores de poliproteínas. As poliproteínas e o RNA viral movem-se para a superfície da célula onde ficam incorporados aos novos vírus que brotam na membrana celular, levando parte da mesma com eles para formar a camada externa viral. Os vírus recém-formados seriam, até então, não infectantes sem a ação de uma terceira e essencial enzima do HIV, a protease, que processa as poliproteínas virais em proteínas e enzimas estruturais funcionais (SOUZA & ALMEIDA, 2003).

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida possui três estágios: o primeiro caracteriza-se pela latência do vírus HIV, antes de sua replicação. Nessa fase, o portador se caracteriza como assintomático, pois não possui nenhum dos sintomas da soropositividade da AIDS. Por outro lado, mesmo sem apresentar sintomas, possui a capacidade de infectar, podendo transmitir o vírus para outra pessoa (VALENTIM, 2003).

No segundo estágio, o sistema imunológico ainda consegue combater algumas infecções, possuindo algum grau de defesa pelo organismo. Este já se encontra debilitado, mas ainda não está sujeito às doenças oportunistas e possui carga viral menor que a quantidade de células de defesa. Essa fase abrange condições que debilitam, mas não são fatais, o que distingue da AIDS (VALENTIM, 2003)

Na terceira fase, ocorre o estabelecimento e desenvolvimento do vírus no organismo humano, caracterizado pelas doenças oportunistas. Quando as infecções oportunistas ocorrem ou quando os níveis de linfócitos T CD4 + ficam abaixo de 200 células/mm³, pode-se afirmar que a pessoa está com a síndrome da imunodeficiência adquirida (BATISTA; GOMES, 2000, p. 23).

O período de incubação é compreendido entre a infecção pelo HIV e o aparecimento

de sinais e sintomas da fase aguda, podendo variar de 5 a 30 dias. O período de latência inicia-se após esta fase, prolongando-se até o desenvolvimento da imunodeficiência, podendo variar entre 5 a 10 anos, com média de 6 anos. No período de transmissibilidade, o indivíduo infectado pelo HIV pode transmiti-lo em todas as fases da infecção, com risco proporcional a magnitude da viremia (BRASIL, 2010).

A transmissão do vírus HIV se dá pelo sêmen e secreções vaginais, através de relações sexuais. O HIV é encontrado no sangue e pode ser transmitido através do compartilhamento de seringas entre os usuários de drogas ou por acidentes pérfuro-cortantes com sangue contaminado. Existe, também, a possibilidade da transmissão vertical, da mãe para o filho durante a gestação, no parto ou durante o aleitamento materno (RACHID,M; SCHECHTER,M, 2004). A transmissão por via sexual é bidirecional. Portanto, independente do sexo dos parceiros, ambos correm o risco de adquirir o vírus, seja em relações heterossexuais ou homossexuais (BATISTA, R.S; GOMES,A.P, 2000).

Alguns processos infecciosos e inflamatórios são apontados por favorecerem a transmissão do HIV. É o caso das doenças sexualmente transmissíveis (DST), como a sífilis, o herpes genital, o cancro mole, gonorreia, clamídia, tricomoníase, ou outras infecções do trato genital inferior, como por exemplo, a vaginose bacteriana e candidíase. No caso específico das cervicites, o processo inflamatório adjacente, com a presença de ectopias, resulta em uma continuidade entre o ambiente vaginal e a circulação sanguínea, favorecendo a aquisição ou transmissão do HIV. As verrugas causam a formação de microfissuras, potencializando a invasão pelo vírus ou a transmissão pelo mesmo (BRASIL, 2010).

1.1.2-Diagnóstico

Durante uma consulta com o profissional de saúde, a forma como é conduzida a investigação laboratorial, bem como reconhecer a diferença entre janela imunológica e a soroconversão, torna-se fator crucial na suspeita de risco de infecção pelo HIV, pois a doença pode ou não ter expressão clínica logo após a infecção. Enquanto a janela imunológica é o período de tempo entre a exposição ao vírus e a detecção por marcadores virais ou antivirais, a soroconversão é o período que indica o processo de desenvolvimento de anticorpos contra um patógeno específico. Anticorpos contra o vírus HIV aparecem principalmente no soro ou plasma de indivíduos infectados, em média, 3 a 12 semanas após a infecção. O período compreendido entre o início da infecção e a detecção dos anticorpos é denominado de janela

imunológica. O período médio considerado adequado para a janela imunológica é de 30 dias, e o período de identificação do contágio pelo vírus depende do tipo de exame (quanto à sensibilidade e especificidade) e da reação do organismo do indivíduo (BRASIL, 2010; NEUBERT, J et al,2010).

O diagnóstico na fase aguda é pouco realizado, devido ao baixo índice de suspeição, caracterizando-se por viremia elevada, resposta imune intensa e rápida queda na contagem de linfócitos CD4+ de caráter transitório. Existem diversas formas de manifestações clínicas e os pacientes podem apresentar sintomas, como: como febre, adenopatia, faringite, mialgia, artralgia, ulcerações muco-cutâneas, envolvendo mucosa oral, esôfago e genitália; hiporexia, cefaleia, fotofobia, hepatoesplenomegalia, perda de peso, náuseas e vômitos. Algumas pessoas, ainda, podem apresentar Candidíase oral, neuropatia periférica e meningoencefalite asséptica. Tais sintomas podem durar, em média, 14 dias, podendo o quadro clínico ser autolimitado (BRASIL,2010).

Na fase assintomática, são poucas ou inexistentes as alterações no estado geral. Na fase sintomática inicial, podem surgir sinais e sintomas inespecíficos, de intensidade variável e processos oportunistas de pouca importância, principalmente em pele e mucosas. Na fase mais precoce da infecção, o sistema imunológico ainda apresenta capacidade de resposta imune satisfatória tanto por meio de resposta humoral (anticorpos anti-HIV) como celular (respostas das células T citotóxicas). Porém, nesta fase a contagem dos linfócitos TCD4+ já podem ser encontrados abaixo de 500 cel/mm^3 , pois há uma elevação da carga viral(BRASIL,2010).

1.1.3- Testes de triagem

Amostras de soro ou plasma devem ser submetidas inicialmente a um imunoenensaio (ELISA), na etapa de triagem sorológica. As amostras com resultados reagentes ou inconclusivos nesta primeira etapa deverão ser submetidas a uma etapa de confirmação sorológica, composta de um segundo imunoenensaio (diferente do primeiro na sua constituição antigênica ou princípio metodológico) e testes confirmatórios, tais como a Imunofluorescência indireta, Imunoblot ou Western blot. O diagnóstico será confirmado por meio da realização de um teste de triagem para a detecção de anti-HIV-1 e anti-HIV-2 e pelo menos um teste confirmatório. Em caso de resultado positivo, uma nova amostra deverá ser coletada para confirmar a positividade da primeira amostra. (BRASIL, 2010).

Em outubro de 2009, o Ministério da Saúde, publicou a portaria n.151/SVS que ampliou a oferta do Teste Rápido para HIV, juntamente com o aconselhamento obrigatório pré e pós-teste, estendendo o acesso para a população em geral. Essa iniciativa teve relevância considerando as vantagens do TRD HIV para a saúde e o usuário, relacionadas ao diagnóstico precoce do HIV retardando o adoecimento da população e diminuindo as taxas de transmissão; essa nova forma de saber o diagnóstico é um importante dispositivo de prevenção; maior resolubilidade de resposta à demanda do usuário diminuindo a angústia pela espera do resultado, levando a um menor custo para o usuário (BELUCCO, A.R, 2011).

Com metodologia simples e a facilidade de usar sangue coletado por punção digital ou venosa, os testes rápidos podem ser usados em ambientes laboratoriais ou não-laboratoriais, proporcionando o aumento do acesso a populações específicas que, de outra forma, teriam dificuldade ou mesmo, impossibilidade de realizar testes para o diagnóstico da infecção pelo HIV. Estes testes tem reação evidenciada em cerca de trinta (30) minutos. Geralmente, são usados antígenos virais ligados a um suporte sólido, como membranas de celulose ou nylon, látex, micropartículas ou cartelas plásticas. A interpretação dos resultados é subjetiva e sua execução poder ser realizada por profissionais sem formação prática prévia e/ou treinamento laboratorial específico (BARROSO, 2010).

1.1.4- Tratamento

Os avanços no diagnóstico e tratamento do HIV tem gerado um impacto considerável na vida dos portadores dessa doença, diminuindo o temor sobre a iminência de morte e possibilitando a permanência de relações afetivas, sociais, de trabalho e de lazer (CARVALHO et al, 2007).

Scheffer et al (2010), aponta que, “os medicamentos antirretrovirais (ARV) têm o poder de inibir a replicação viral, recuperar o sistema imunológico e reduzir a ocorrência de infecções oportunistas e outras morbidades, o que apresenta impacto expressivo na redução da mortalidade e na melhora da qualidade de vida de pessoas infectadas pelo HIV. A prescrição, entretanto, merece especial atenção devido à complexidade da administração dos medicamentos, à dinamicidade do conhecimento associados às drogas, ao impacto na saúde do paciente, incluindo preocupações com a adesão e aos custos para o sistema de saúde”

Para combater o HIV é necessário utilizar pelo menos três antirretrovirais combinados, sendo dois medicamentos de classes diferentes, que poderão ser combinados em um só comprimido. O tratamento é complexo, necessita de acompanhamento médico para avaliar as

adaptações do organismo ao tratamento, seus efeitos colaterais e as possíveis dificuldades para aderir ao mesmo frente as recomendações médicas. Dessa forma, é fundamental manter um bom diálogo com os profissionais de saúde e compreender todo o esquema do tratamento. (BRASIL,2010).

Principais antirretrovirais, apontados pelo Ministério da Saúde (2010):

-Inibidores Nucleosídios da Transcriptase Reversa: atuam na enzima transcriptase reversa, incorporando-se à cadeia de DNA que o vírus cria. Tornam essa cadeia defeituosa, impedindo que o vírus se reproduza. São eles: Abacavir, Didanosina, Estavudina, Lamivudina, Tenofovir, Zidovudina e a combinação Lamivudina/Zidovudina.

-Inibidores Não Nucleosídios da Transcriptase Reversa: bloqueiam diretamente a ação da enzima e a multiplicação do vírus. São eles: Efavirenz, Nevirapina e Etravirina.

-Inibidores de protease: atuam na enzima protease, bloqueando sua ação e impedindo a produção de novas cópias de células infectadas com o HIV: Atazanavir, Darunavir, Fosamprenavir, Indinavir, Ritonavir, Saquinavir e Tipranavir.

-Inibidores de fusão: impedem a entrada do vírus na célula, e por isso, ele não pode se reproduzir. É conhecida como Enfuvirtida.

-Inibidores da Integrase: bloqueiam a atividade da enzima integrase, responsável pela inserção do DNA do HIV ao DNA humano. Assim, inibe a replicação do vírus e sua capacidade de infectar novas células. É o Raltegravir.

A Vigilância Epidemiológica é responsável por acompanhar a tendência temporal e espacial da doença, de infecções e comportamentos de risco, visando orientar as ações de prevenção e controle do HIV/Aids e, de tal modo, reduzir a morbimortalidade associada à Aids. Notifica-se o caso confirmado de Aids, por meio do preenchimento da ficha de notificação/investigação disponível no SINAN, pelo profissional de saúde (BRASIL, 2010).

1.2- Mulheres profissionais do sexo e HIV

1.2.1- Vulnerabilidade ao HIV

Segundo Souza et al (2014), o surgimento da imunodeficiência adquirida em escala mundial desafiou o campo científico e logo se transformou em uma pandemia complexa, com especificidades tanto biológicas quanto sociais. A epidemia da AIDS ainda hoje representa um grande desafio por sua dinâmica peculiar, tornando-se um fenômeno perceptível nas

diversas regiões do mundo, sofrendo influências das práticas sociais dos seres humanos. No Brasil, a primeira década da epidemia ficou marcada aos homossexuais masculinos, aos hemofílicos, aos que recebiam transfusão sanguínea e aos usuários de drogas injetáveis. No entanto, novos fenômenos têm transformado a epidemia no país: a heterossexualização, interiorização, pauperização e envelhecimento. Tais aspectos conferem à AIDS características próprias, dinâmicas e complexas, que exigem abordagens multidisciplinares, constituindo um desafio para os novos estudos referentes ao HIV e à AIDS. Neste contexto, alguns grupos sociais merecem maior atenção das ações de saúde com o objetivo de observar problemas que se tornam necessários para o planejamento e a implementação de políticas e programas voltados para os grupos que vivenciam contextos de maior vulnerabilidade.

Para Borba & Clapis (2006) a vulnerabilidade é descrita como “a possibilidade de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos e contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos.”

As mulheres são especialmente vulneráveis às DSTs por características biológicas: a superfície vaginal exposta ao sêmen é relativamente extensa, e o sêmen apresenta maior concentração de HIV do que o líquido vaginal. As doenças sexualmente transmissíveis são mais assintomáticas; e a mucosa vaginal é frágil. O papel social, ou de gênero, da mulher, também aumenta seu risco. As relações desiguais de poder e a dependência econômica das mulheres, especialmente em países em desenvolvimento, limitam o acesso a informações adequadas. Quando isto ocorre, torna-se difícil a modificação de comportamentos e a manutenção dessas mudanças nas interações cotidianas (SILVEIRA et al, 2002).

A prostituição feminina no contexto HIV/Aids, exige a compreensão dessa atividade profissional como um fenômeno inserido em um contexto social, econômico, político e cultural. As maiores causas de vulnerabilidade envolvem: a iniciação sexual precoce, seja por manifestação espontânea, pressão social ou por violência física e o abandono do uso do preservativo com seus parceiros sexuais; uso de drogas e bebidas alcoólicas; desestrutura familiar e falta de laços afetivos; a miséria e baixa escolaridade e as relações de gênero relacionadas ao elevado número de parceiros (BORBA, CLAPIS, 2006).

As mulheres profissionais do sexo têm sido consideradas um grupo de risco elevado para as DSTs. Muitas fazem uso de drogas lícitas e ilícitas e praticam sexo sem

proteção. Além disso, apresentam vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas, como baixa escolaridade, grande variabilidade geográfica, dificuldades no acesso aos serviços de saúde e impedimentos referente a gênero e estigmas sociais (MATOS et al, 2013).

Para Borba & Clapis (2006), as MPS sabem da necessidade de manter relações sexuais protegidas, mas se deixam levar pelo desejo de seus parceiros sexuais e pela falta de poder de negociação para utilização do preservativo. Outros motivos, como a melhor remuneração, o envolvimento emocional, a confiança no parceiro e o efeito causado pelo uso de álcool ou drogas, também podem ser apontados para a não adesão ao uso do preservativo (SIMON et al, 2002; AMORIN et al, 2008).

É relevante que os serviços de saúde conscientizem que quanto maior o tempo em que as MPS permanecem infectadas, sem o tratamento adequado, maior será o número de clientes infectados, favorecendo assim, a cadeia de transmissão das DST e do HIV. Neste contexto, é comum a prática da automedicação, colocando-as em risco, tanto em função de possíveis lesões nos órgãos genitais provocadas pelo uso contínuo de produtos não indicados quanto pela permanência de crenças adquiridas (AQUINO et al, 2008).

A atual política de saúde voltada para atenção à mulher, bem como suas campanhas de prevenção, muitas vezes, não conseguem englobar as diversidades da população feminina. Assim, as MPS sempre estiveram inseridas em campanhas de saúde pública vinculadas a ações discriminatórias, o que as distanciam dos serviços de saúde (AQUINO et al., 2010).

2- OBJETIVOS

O objetivo da presente revisão foi identificar evidências sobre vulnerabilidade das mulheres profissionais do sexo ao HIV, em publicações científicas de periódicos indexados. Para alcançar o objetivo proposto foi elaborada a seguinte questão norteadora “Existem informações suficientes sobre vulnerabilidade à infecção pelo HIV em mulheres profissionais do sexo”?

3- METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, realizado por meio de revisão integrativa da literatura científica indexada em bases de dados eletrônicas. Revisões integrativas constituem o método de revisão bibliográfica mais amplo, permitindo a inclusão simultânea de diversas

metodologias (por exemplo, pesquisas experimentais e não experimentais), de modo a permitir o entendimento mais completo de um fenômeno de interesse. Para o desenvolvimento desta revisão integrativa foram utilizadas cinco etapas: identificação do problema, busca na literatura, avaliação dos dados, análise dos dados e apresentação da síntese do conhecimento (WHITTEMORE, 2005).

A questão norteadora da pesquisa foi “Existem informações sobre vulnerabilidade à infecção pelo HIV em mulheres profissionais do sexo? Foram realizadas pesquisas na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que abrange outras bases de dados: LILACS, MedLINE e Scientific Electronic Libray Online (SciELO). A fase de coleta de dados ocorreu no período de maio a junho de 2015. Empregaram-se as seguintes palavras-chaves, incluídas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) “HIV”, “Vulnerabilidade”, “Profissionais do sexo”, “Prostituição” e “Saúde da mulher”. Para o cruzamento dos descritores foi utilizado o booleano “and”.

Como critérios de inclusão, definiu-se que os artigos deveriam: ter sido publicados entre 2010 e 2015; serem originais; discorrer sobre a temática investigada, contemplando a vulnerabilidade à infecção pelo HIV em profissionais do sexo; apresentar textos na íntegra em português, inglês e espanhol, com limite de: humano, adulto e ser do sexo feminino.

A partir de então, foi realizada a pesquisa, resultando em: vinte e dois artigos após utilizar os descritores HIV *and* profissionais do sexo *and* vulnerabilidade e cento e três artigos após utilizar os descritores saúde da mulher *and* prostituição *and* HIV, totalizando cento e vinte e cinco trabalhos (artigo, tese e monografia). Após análise mais criteriosa, foi necessário excluir quatro artigos da pesquisa, pois se tratavam de assuntos que não atendiam ao tema a ser explorado, restando 15 artigos para o presente trabalho.

4- RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para análise dos artigos selecionados, foi possível construir um quadro considerando os seguintes aspectos: ano de publicação em ordem decrescente, primeiro autor, periódico no qual o artigo foi publicado, Qualis-Capes, abordagem metodológica, o país de origem da coleta de dados e os assuntos mais relevantes sobre a vulnerabilidade ao HIV para cada autor. Posteriormente, cada artigo foi analisado observando-se: objetivos, metodologia, resultados e discussão.

ANO	AUTOR	PERIÓDICO	QUALIS-CAPES	ABORDAGEM	PAÍS DE ORIGEM	VULNERABILIDADE AO HIV (PRINCIPAIS FATORES DE RISCO)
2013	Guimarães MDC	Revista Médica de Minas Gerais	B3 Enfermagem	Qualitativa	Brasil	Baixo conhecimento e percepção de risco, estigma, discriminação, violência sofrida, práticas sexuais desprotegidas, além da alta prevalência de uso de drogas lícitas ou ilícitas.
2013	Choudhury SM	Journal of the association of nurses in Aids Care	A1 Enfermagem	Qualitativa	México	As MPS tornam-se reféns do trabalho, sofrendo violências de diversos tipos dos seus parceiros sexuais, cedendo aos desejos dos mesmos.
2013	Semple SJ	Aids Care	A2 Enfermagem	Qualiquantitativa	Índia	Características pessoais, sociais e comportamentais de mulheres que trabalham em bordéis.
2013	Smolak A	Social Work Public Health	Qualis não encontrado	Qualitativa	Estados Unidos	Relata que o contexto social está associado com a criação e manutenção de um estado de impotência entre as MPS que possam aumentar seus comportamentos de risco ao HIV, como não usar preservativo.
2011	Ghose T	Qualitative Health Research	A1 Enfermagem	Qualitativa	Índia	Características pessoais, sociais e comportamentais de mulheres que trabalham em bordéis. Papel desses estabelecimentos para prevenção de DST e HIV.
2011	Wamoyi J	Archives of Sexual Behavior	A2 Medicina I	Qualitativa	Tanzânia	Fatores socioculturais e econômicos como os principais fatores para a vulnerabilidade ao HIV em

						mulheres profissionais do sexo.
2011	Silitonga N	Sexual Health	B2 Medicina I	Quantitativa	Indonésia	A prevalência de doenças sexualmente transmissíveis, como gonorreia e sífilis aumentaram e contribuíram para o crescimento do número de casos de HIV.
2011	Mawu FO	Sexual Health	B2 Medicina I	Quantitativa	Indonésia	Desinformação em relação aos sinais/sintomas de DST/HIV ainda é muito grande. A vulnerabilidade à infecção pelo HIV está relacionada ao sexo feminino, ao trabalho sexual desprotegido e a alta prevalência de DST entre as MPS.
2011	Wong WC	Journal of travel medicine	B1 Medicina II	Quantitativa	China	MPS tem sido consideradas reservatórios e vetores para transmissão de DST, principalmente sífilis, gonorreia e clamídia, contribuindo como porta de entrada para infecção pelo HIV.
2011	Ghimire L	BMC Health Services Research	B1 Enfermagem	Qualiquantitativa	Nepal	As MPS sofrem barreiras pessoais, estruturais e sócio-culturais para utilizarem os serviços de saúde
2011	Damacena GN	Cadernos de Saúde Pública	A2 Enfermagem	Quantitativa	Brasil	Recrutamento de MPS, permitindo a seleção de uma amostra probabilística e o recolhimento de informações sobre este grupo no Brasil, por meio da aplicação de uma técnica de amostragem chamada Respondent-Driven (RDS). Foram identificados

						os fatores de risco e a vulnerabilidade social para infecção pelo HIV.
2010	Mosack KE	Journal of Child Sexual	B2 Medicina II	Qualitativa	Estados Unidos	Mecanismos de risco para a infecção pelo HIV relacionados ao abuso sexual na infância e histórico sexual.
2010	Loza O	Addiction	A1 Medicina I	Quantitativa	México	Comportamento de risco, como uso de drogas, está diretamente relacionado à transmissão de DST (como sífilis) e ao HIV.
2010	Choudhury SM	Culture, Health & Sexuality	B4 Medicina II	Qualitativa	México	As mulheres estão cientes dos riscos e do impacto do trabalho no seu próprio corpo, porém sentem a necessidade de serem vistas de forma holística, e não apenas como prevenção do HIV e demais DSTs.
2010	Weeks MR	Aids Education and Prevention	Qualis não encontrado	Qualitativa	China	Capacitação para promover a prevenção do HIV usando novas tecnologias e intervenções comportamentais em estabelecimentos de trabalho sexual.

*Os Qualis-Capes foram escolhidos em ordem crescente, primeiramente pelos periódicos que tratavam-se da enfermagem, caso não existissem, a próxima opção de escolha foram periódicos da Medicina I e II.

Observa-se, nos quadros acima, que as fontes de publicações são diversificadas, entretanto preponderam periódicos especializados na área da saúde e direcionados para a área de saúde sexual e HIV/Aids.

No quadro, foram apresentados 15 artigos, identificados por ordem decrescente da data, a começar pelos artigos publicados em 2013 até 2010. Também foram colocados no quadro os principais fatores de risco que causam a vulnerabilidade ao HIV para cada autor, de forma a ilustrar e resumir o trabalho. Desta forma, foi possível observar que o método qualitativo foi o mais utilizado nas pesquisas. Esse método é o que se aplica ao estudo das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões. Esse tipo de método que tem fundamento teórico, além de permitir desvelar processos sociais ainda poucos conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO, M.C.S, 2006).

Os estudos são bastante diversificados e foram publicados em diversos países, sendo (dois) do Brasil, (dois) da China, (dois) dos Estados Unidos, (dois) da Indonésia, (três) do México, (dois) da Índia, (um) do Nepal e (um) da Tanzânia.

A prostituição é uma prática exercida desde as mais antigas civilizações e persiste até os dias atuais (MOREIRA & MONTEIRO, 2009). Diante do contexto social e político no qual as MPS estão inseridas, percebe-se que existem inúmeros trabalhos publicados referentes ao assunto, porém após escolha dos descritores citados incluindo os critérios de inclusão e exclusão, foram encontrados apenas 15 artigos dentro dos últimos 5 anos e dentre esses, apenas 2 brasileiros.

Por meio deste trabalho foi possível perceber que existem muitas pesquisas envolvendo o HIV e os principais atores envolvidos no seu ciclo de infecção. As pesquisas que englobam as mulheres profissionais do sexo confirmam o risco aumentado para a infecção pelo HIV nesse subgrupo populacional. Também mostram que a falta de acesso aos serviços de saúde, o uso de drogas ilícitas, a história pregressa de infecções sexualmente transmissíveis, históricos familiares e fatores socioculturais são fatores associados à prevalência do HIV. Os estudos publicados também mostram que apesar das MPS estarem ganhando seu espaço de forma gradual na sociedade, percebe-se que as mesmas ainda fazem parte da margem da sociedade na maior parte do mundo, principalmente na África e na Ásia, tanto pela população que carrega seus estigmas e preconceitos, quanto pela pouca quantidade de estudos e de programas de prevenção, de promoção da saúde e de estratégias efetivas

suficientes, que visem identificar o conhecimento das formas de transmissão e ações educativas.

Após análise dos artigos, não foi possível agrupá-los em categorias, pois a maioria apresentou temas variados. Porém, foi possível identificar algumas vulnerabilidades mais prevalentes relacionadas à prostituição, como: abuso sexual na infância, uso de álcool e outras drogas, fatores socioculturais e econômicos, desinformação sobre os sinais e sintomas de DST e HIV e práticas sexuais desprotegidas, contribuindo para o maior risco de exposição e infecção pelo HIV na população estudada.

Mesmo com toda a divulgação existente, verifica-se conhecimento superficial por parte das MPS. Sua desinformação em relação aos sinais/sintomas de DST/HIV ainda é muito grande. A vulnerabilidade à infecção pelo HIV está relacionada ao sexo feminino, ao trabalho sexual desprotegido e a alta prevalência de DST entre as MPS (MAWU, F.O et al, 2011).

De acordo com Smolak (2013) “O HIV se move em direção a pandemia na sua quarta década, apesar de alguma estabilização, o número de pessoas que vivem com o HIV a nível mundial está crescendo. Mesmo em regiões sem uma epidemia generalizada, muitas vezes há uma epidemia concentrada entre os três grupos de alto risco: usuários de drogas injetáveis, homossexuais e profissionais do sexo. O contexto social, redução de danos e fatores estruturais são entrelaçadas em intervenções destinadas a reduzir o comportamento de risco.”

Para Wamoyi et al (2011), as intervenções destinadas a combater o sexo no interesse do empoderamento das mulheres e como estratégia para a prevenção do HIV, precisam levar em conta as crenças culturais associadas à prática que faz o trabalho prosperar apesar dos riscos conhecidos. O artigo trata do trabalho sexual feminino amplamente aceito por genitores de mulheres jovens com idade entre 14 e 24 anos e relata que eram feitas trocas sexuais por carne em um açougueiro. Para os homens, essa era a maneira mais fácil de expressar sua masculinidade e de satisfazer seus desejos sexuais. Já para as mulheres, ter nascido mulher era sinônimo de sorte porque seus pais poderiam explorar sua sexualidade para o ganho material. Em relação à vulnerabilidade às DST e HIV, as mulheres estavam cientes do risco, mas atribuíram isso a “má sorte”.

De igual modo, observou-se que esses contextos são vividos em outros países, a exemplo das trabalhadoras do sexo em Timika, na Indonésia, que por muitas vezes tem relações sexuais desprotegidas com os trabalhadores das minas de ouro do local. Durante 5 anos, de 1997 a 2002, algumas MPS foram recrutadas para investigação da transmissão de DST e HIV e foram levados em consideração os fatores sociodemográficos e de

comportamento sexual. Ao fim, conclui-se que o número de doenças sexualmente transmissíveis, como gonorreia e sífilis, aumentou durante esse período e a infecção pelo HIV cresceu significativamente, passando de 0,0% para 1,4%. Isso mostra que há maior necessidade de intervenções com esse subgrupo populacional, levando em consideração o tratamento preventivo periódico. (SILITONGA, N et al, 2011)

Algumas mulheres tornam-se reféns do trabalho, sofrendo violências de diversos tipos dos seus parceiros sexuais. Este impacto negativo torna-se comum entre as MPS, pois elas levam em consideração que seus parceiros deram-lhes condições para melhorarem a qualidade de vida. (CHOUDHRY, S.M,2013).

Assim, observou-se que os fatores socioculturais e econômicos são os principais fatores para a vulnerabilidade ao HIV em mulheres profissionais do sexo. É necessário levar em consideração seus estigmas, crenças internas, cultura, baixa escolaridade e falta de oportunidades, pressão social, uso frequente de bebidas alcólicas e drogas, desestrutura familiar e as relações de gênero relacionadas ao grande número de parceiros e a falta do empoderamento que a mulher perde sobre seu próprio corpo cedendo aos desejos sexuais de seus parceiros.

Por outro lado, estudos também comprovam que comportamentos sexuais de risco podem ser associados à históricos de abusos sexuais na infância, incluindo posteriores parceiros sexuais, negligência com o uso de preservativos e a vitimização sexual, ocorrendo na adolescência e na fase adulta. As sequelas em longo prazo ocasionadas pelo abuso sexual incluem problemas com ajuste emocional, o envolvimento com as drogas e sexo desprotegido e conseqüentemente a vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e ao HIV (MOSACK, K.E et al, 2010).

Para Zierler & Krieger (1997), as mulheres que sofreram abuso na infância tornam-se mais vulneráveis tanto à toxicodependência e conseqüentemente a falta do empoderamento na sexualidade, em que as mulheres não podem estar cientes do seu direito e capacidade para reclamar, quando, como e com quem elas querem a relação sexual. De igual modo, é comum as mulheres permanecerem no trabalho sexual para manterem a dependência de drogas e se engajarem em comportamentos sexuais de risco, tornando-se mais vulneráveis ao HIV (MOSACK, K.E et al, 2010; LOZA O et al,2010).

É possível perceber que fatores psicológicos, como baixa autoestima, diminuição do bem-estar psicossocial, saúde sexual com pouca qualidade, com eficácia negativa, adesão tradicional aos papéis de gênero e as respostas negativas antecipadas aos parceiros sexuais,

estão relacionados ao abuso sexual na infância. Esses fatores refletem certa falta de poder nas relações sexuais (MOSACK, K.E et al, 2010)

Choudhury (2010) também relata que o trabalho sexual e a transmissão de DST se tornam pontes entre as populações de alto e baixo risco. O artigo trata de um questionário aplicado para 20 mulheres em Tijuana, México e relata que o resultado final da amostra revelou que as mulheres estão cientes dos riscos e do impacto do trabalho no seu próprio corpo, porém sentiam a necessidade de serem vistas de forma holística, levando em consideração os aspectos biopsicofisiológicos, e não apenas a prevenção do HIV e demais doenças sexualmente transmissíveis. Dessa forma, conclui-se que para as intervenções de saúde pública terem um impacto mais positivo na vida das MPS, é necessário ouvi-las, incluindo a forma como elas definem sua saúde. (WONG, W.C et al, 2011)

As intervenções direcionadas para os trabalhadores do sexo estavam ativamente implementadas durante a Era Progressista (1890-1920). O objetivo dessas intervenções era de parar o trabalho sexual. Hoje, a maioria das intervenções com trabalhadoras do sexo não são destinadas a parar o trabalho sexual, mas a diminuir a propagação do HIV através do trabalho sexual. Este contexto social também está associado com a criação e manutenção de um estado de impotência com as profissionais do sexo que possam aumentar os seus comportamentos de risco de HIV, tais como não usar preservativo (SMOLAK A, 2013).

Por outro lado, os artigos que tratam sobre mulheres que trabalham em bordéis relatam que o monitoramento constante dos gestores desses estabelecimentos encoraja a participação das MPS em programas de prevenção de DST e HIV e trazem resultados positivos para os comportamentos sexuais. Mostram taxas elevadas de empoderamento sobre o próprio corpo diante os parceiros sexuais, o esclarecimento sobre a importância do uso de preservativos e conhecimento relacionado à transmissão de doenças sexualmente transmissíveis e HIV (SEMPLE, S.J et al, 2013; GHOSE T, 2011, WEEKS, M.R et al, 2010).

De acordo com Guimarães (2013) no Brasil, a epidemia do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) é predominantemente de transmissão sexual e é concentrada em populações sob alto risco de exposição ao HIV, incluindo usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo e principalmente homossexuais. Entre os fatores que potencialmente explicam a acentuada vulnerabilidade dessas populações ao HIV estão: baixo conhecimento e percepção de risco, estigma, discriminação, violência sofrida, práticas sexuais desprotegidas, além da alta prevalência de uso de drogas lícitas ou ilícitas. Ressalta-se, ainda, que são altas as proporções da não realização de teste anti-HIV e de não adesão à terapia

antirretroviral entre pessoas vivendo com HIV/Aids, caracterizando dificuldade de acesso à obtenção e continuidade do cuidado à saúde dessas pessoas. O início tardio do tratamento impacta na mortalidade, na incidência de infecções oportunistas e principalmente, na transmissão do HIV para parceiros (as).

Ghimire et al(2011), relatou por meio de 15 entrevistas realizadas com trabalhadoras do sexo do vale de Kathmandu no Nepal, que há barreiras pessoais e socioculturais para o atendimento nos serviços públicos de saúde, tais como: horário de funcionamento inadequado da clínica, preconceito, julgamento por parte dos prestadores de serviços, medo de exposição e falta de confidencialidade, concluindo que as MPS tem acesso limitado aos serviços de saúde e que é necessário mudanças individuais de comportamento entre esse subgrupo da população, além da grande necessidade de capacitação dos profissionais de saúde para atenderem a esse público alvo.

A redução de danos tem se tornado abordagem de saúde pública mais utilizada. As abordagens mais utilizadas com as trabalhadoras do sexo incluem: educação pelos pares, habilidades de negociação do preservativo, dicas de segurança, preservativos masculinos e femininos, cuidados de prevenção, saúde ocupacional e orientações de segurança para casas de prostituição e organizações de autoajuda. As evidências atuais indicam que a combinação da redução do risco sexual, a promoção do uso do preservativo e um melhor acesso ao tratamento das doenças sexualmente transmissíveis reduzem a infecção por HIV e DST em profissionais do sexo (SMOLAK A, 2013).

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se que a maioria dos artigos referem a disseminação do vírus da imunodeficiência humana à alta prevalência de doenças sexualmente transmissíveis entre mulheres profissionais do sexo. Verificou-se que outros artigos descrevem que a infecção por DST e HIV esta relacionada às relações extraconjugais por meio do sexo comercial, aliadas a que as mulheres não possuem ou possuem apenas conhecimento mínimo em relação às DST/HIV, no tocante a transmissão do HIV e sinais e sintomas das DST, evidenciando assim, o elevado risco dessa população as doenças de transmissão sexual.

Os artigos apontaram que a maioria das mulheres reconhecem a necessidade e a importância do uso do preservativo durante a relação sexual, porém poucas usam frequentemente, cedendo aos desejos dos seus parceiros sexuais. Além do mais, há estreita relação entre o trabalho sexual feminino e o uso de álcool e outras drogas ilícitas como forma

de manutenção do vício. Ademais, outros artigos descreveram sobre a dificuldade de acesso à obtenção e continuidade do cuidado à saúde dessa população vulnerável.

Por outro lado, exige-se maior consciência e responsabilidade por parte dos profissionais de saúde para saberem lidar com as trabalhadoras do sexo, porque elas precisam ser ouvidas, sendo necessário levar em consideração os aspectos holísticos dessas mulheres, e não apenas a tratarem de forma prevenir patologias.

Por fim, é possível concluir que existe a necessidade de maior investimento em pesquisas sobre os assuntos referentes às mulheres profissionais do sexo de forma que estas, disponham de informações sobre o cuidado com o seu corpo com ênfase na promoção e prevenção da saúde, de forma a reduzir os riscos de transmissão do HIV e demais doenças sexualmente transmissíveis. Por outro lado, os profissionais da área da saúde, poderão ter disponibilidade de informações científicas como forma de aprimoramento na prestação de assistência, especialmente ao público alvo da pesquisa.

6-REFERÊNCIAS

1. AMORIN, K. M. B.; OLIVEIRA, J.; AZEVEDO, A.F. Conhecimento e práticas de mulheres profissionais do sexo em relação à prevenção das infecções sexualmente transmissíveis, no Distrito Federal. Rev Eletrônica de Enf do UNIEURO. Brasília, v.1, n.2, p. 2-17, 2008.
2. AQUINO, P.S; XIMENES, L.B.; PINHEIRO, A.K.B. Políticas públicas de saúde voltadas à atenção à prostituta: breve resgate histórico. Enf. em Foco. v.1, n.1, p.10-22, 2010.
3. AQUINO, P.S; NICOLAU, A.I.O; MOURA, E.R.F; PINHEIRO, A.K.B. Perfil sociodemográfico e comportamento sexual de prostitutas de Fortaleza-CE. Texto Comt. Enf, Florianópolis, v.17, n.3, p.427-434, 2008.
4. BARROSO, C.B. Avaliação do desempenho da metodologia de imunofluorescência indireta para HIV-1(IFI) frente a outros métodos de diagnóstico da infecção pelo HIV/AIDS. Fiocruz. Rio de Janeiro, 2010.
5. BATISTA, R.S; GOMES, A.P. AIDS: conhecer é transformar. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.
6. BORBA, K.P; CLAPIS, M.J. Mulheres profissionais do sexo e a vulnerabilidade ao HIV/Aids. J bras Doenças Sex Transm. V.18, n.3,p.254-8, 2006.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. AIDS: etiologia, diagnóstico e tratamento. Brasília, 2006.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças Infecciosas e Parasitárias – Guia de bolso. 8ª edição. Brasília-DF,2010.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde; Boletim epidemiológico Hiv-Aids. Ano III – Nº 1. Brasília (Brasil);2014.
10. CARVALHO, F.T; MORAIS, N.A; KOLLER, S.H; PICCININI, C.A. Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV\Aids. Cad. Saúde Pública, Rio de janeiro, v.23, n.9, p.2023-2033, 2007.
11. CHOUDHURY, S.M; ANGLADE.D; PARK.K. From violence to sex work: agency, escaping violence, and HIV risk among establishment-based female sex workers in Tijuana, Mexico. Journal of the association of nurses in Aids care. V.24, n.4, p.368-382.Tijuana, México, 2013.
12. CHOUDHURY, S.M. ‘As prostitutes, we control our bodies’: perceptions of health and body in the lives of establishment-based female sex workers in Tijuana, Mexico. Cult Health Sex, v.12, n.6, p. 677-89. Tijuana, Mexico, 2010.
13. DAMACENA, G.N; SZWARCOWALD, C.L; BARBOSA JÚNIOR A. Implementação do método de amostragem respondent-driven sampling entre mulheres profissionais

- do sexo no Brasil, 2009- Cad. Saúde Pública, v.27, n.1, p.45-55. Rio de Janeiro, Brasil, 2011.
14. GHOSE T; SWENDEMAN, D.T; GEORGE, S.M. The role of brothels in reducing HIV risk in Sonagachi, India. *Qual Health Res*; v.21, n.5, p.587-600. Índia, 2011.
 15. GUIMARÃES, M.D.C. Vulnerabilidade e HIV. *Revista médica de Minas Gerais*; v. 23, n.4. Belo Horizonte, Brasil,2013.
 16. GUMIRE, L; SMITH, W.C.S; TEJLINGEN, E.V.R. Utilization of sexual health services by female sex workers in Nepal. *BMC Health Services Research*, v.11, n.79. Nepal, 2011.
 17. LEVY, J.A. HIV pathogenesis: 25 years of progress and persistent challenges. *AIDS*. V.23, n.2, p. 147-60, 2009.
 18. LOZA O, PATTERSON, T.L; RUSCH M; MARTÍNEZ , G.A; LOZADA R, OROZCO ,H.S; RODRÍGUEZ, C.M; STRATHDEE, A.S. Drug-Related Behaviors Independently Associated with Syphilis Infection among Female Sex Workers in two Mexico-U.S. Border Cities. *Addiction*, v.105, n.8, p. 1448-56. México, 2010.
 19. MATOS, M. A; CAETANO, K. A. A; FRANÇA, D. D. S; PINHEIRO, R. S; MORAES, L. C; TELES, S. A. Vulnerabilidade às Doenças Sexualmente Transmissíveis em mulheres que comercializam sexo em rota de prostituição e turismo sexual na Região Central do Brasil. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, vol.21, n,4, Ribeirão Preto,2013.
 20. MAWU, F.O. et al. Sexually transmissible infections among female sex workers in Manado, Indonesia, using a multiplex polymerase chain reaction-based reverse line blot assay. *Sexual Health*; **8**(1): 52–60. Indonesia, 2011.
 21. MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 9º ed. Revista e aprimorada – São Paulo: Hucitec, 2006.
 22. MOREIRA, I.C.C.C; MONTEIRO, C.F.S. Vivência da entrevista fenomenológica com prostitutas: relato de experiência. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v.62, n.5, p.789-792, 2009.
 23. MOSACK, K.E; RANDOLPH, M.E; GOMEZ, J.D; ABBOTT, M. SMITH, E; WEEKS, M. Sexual risk-taking among high-risk urban women with and without histories of childhood sexual abuse: mediating effects of contextual factors. *Journal of Child Sexual Abuse*, v.19, n.1, p.43-61. Estados Unidos, 2010.
 24. PEÇANHA, E.P; ANTUNES, O. A. C.; TANURI, A. Estratégias Farmacológicas para a Terapia Anti-AIDS. *Quim. Nova*, Rio de Janeiro, v.25, n.6b, p.1108-1116,2002.
 25. RACHID, M.; SCHECHTER, M. Manual de HIV/AIDS. 8. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

26. RAMOS NETO, S.S. HIV E AIDS: Histórico, Patologia, Diagnóstico, Tratamento e Perspectivas sobre o mal do século. 2004.
27. RODRIGUES, N.O; NERI, A.L. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. Campinas-SP, 2012.
28. SCHEFFER, M. C; ESCUDER, M. M; GRANGEIRO, A; CASTILHO, E. A. Formação e experiência profissional dos médicos prescritores de antirretrovirais no Estado de São Paulo. Rev. Assoc. Med. Bras. vol.56 no.6 São Paulo, 2010.
29. SEMPLÉ, S.J; ATRATHDEE, S.A; SRIKRISHNAN, A.K; SOLOMON, S; PATTERSON, T.L. Social and behavioral characteristics of gharwalis who operate brothels in the Ganga-Jamuna area of Nagpur, India. Aids Care, v.25, n.4, p.438-442. Nagpur, Índia, 2013.
30. SILITONGA N; DAVIES, S.C; KALDOR, J; WIGNALL, S; OKOSERAY, M. Prevalence over time and risk factors for sexually transmissible infections among newly-arrived female sex workers in Timika, Indonesia. Sexual Health, v.8, n.1, p. 61–64 .Indonésia, 2011.
31. SILVEIRA, M.F; BÉRIA, J.U; HORTA, B.L; TOMASI E. Autopercepção às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres. V.36, n.6, p.670-7, Pelotas- RS, 2002.
32. SIMON, C.P., SILVA, R.C., PAIVA, V. Female juvenile prostitution and AIDS prevention programs in Brazil. Rev Saúde Pública; v.36, n.4, p.82-87, 2002.
33. SMOLAK A. White slavery, whorehouse riots, venereal disease, and saving women: historical context of prostitution interventions and harm reduction in New York City during the Progressive Era. Soc Work Public Health; v.28, n.5, p.496-508, Estados Unidos, 2013.
34. SOUSA, L. M. S; SILVA, L. S; PALMEIRA, A. T. Representações sociais de caminhoneiros de rota curta sobre HIV/AIDS. Psicol. Soc. vol.26 no.2 Belo Horizonte May/Aug. 2014.
35. SOUZA, M.V.N; ALMEIDA, M.V. Drogas Anti-VHI: Passado, Presente e perspectivas futuras. Quim. Nova, Rio de Janeiro, v.26, n.3, p.366-372,2003.
36. STROHL, W. A.; ROUSE, H; FISHER, B. D. Microbiologia ilustrada. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.374-376.
37. STROHL, W. A.; ROUSE, H; FISHER, B. D. Microbiologia ilustrada. Porto Alegre: Artmed, 2004.
38. UNAIDS; Joint United Nations Programme on HIV/Aids. Global Report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2014: World Health Organization (WHO); 2014.
39. VALENTIM, J.H. AIDS e relações de trabalho: o efetivo direito ao trabalho. Rio de Janeiro: Impetus, 2003.

40. WAMOYI, J; FENWICK, A; URASSA, M; ZABA, B; STONES, W. Women's Bodies are Shops": Beliefs About Transactional Sex and Implications for Understanding Gender Power and HIV Prevention in Tanzania. *Archives of sexual Behaviour*; v.40, n.1, p.5-15. Tanzânia, 2011.
41. WEEKS, M.R et al. Challenges, Strategies and Lessons Learned from a Participatory Community Intervention Study to Promote Female Condoms among Rural Sex Workers in Southern China. *Aids Educ Prev*; v.22,n.3, p.252-71. China, 2010.
42. WHITTEMORE R, KNAFL K. The Integrative Review: updates methodology. *J Adv Nurs*; v.52, n.5, p.546-53, 2005.
43. WONG, W.C; YIM, Y.L; LYNN, H. Sexually Transmitted Infections Among Female Sex Workers in Hong Kong: The Role of Migration Status. *Journal of travel medicine*; v.18, n.1, p.1-7. Hong Kong, China, 2011.
44. ZIERLER S; KRIEGER N. Reformulando o risco das mulheres: As desigualdades sociais e infecção pelo HIV. *Annual Review of Public Health*; v.18, p.401-436, 1997.
45. BELUCCO, A.R. A introdução do teste rápido diagnóstico para HIV e implicações para o processo de trabalho em um Centro de Testagem e Aconselhamento do município de São Paulo, 2011.
46. NEUBERT, J; LAWS, H.J; ADAMS, O et al. HIV-1 seroreversion following antirretroviral therapy in an HIV-infected child initially presenting with acquired immunodeficiency syndrome. *AIDS*. v.24, n.2, p.327-8, 2010.