



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

BRAULIO VIEIRA DE SOUSA BORGES

**ADESÃO AO SEGUIMENTO CLÍNICO DE  
MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO COM SÍFILIS**

TERESINA  
2017

BRAULIO VIEIRA DE SOUSA BORGES

**ADESÃO AO SEGUIMENTO CLÍNICO DE  
MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO COM SÍFILIS**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem no Contexto Social Brasileiro

Linha de pesquisa: Políticas e Práticas Socioeducativas em Enfermagem

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosilane de Lima Brito Magalhães

TERESINA  
2017

BRAULIO VIEIRA DE SOUSA BORGES

**ADESÃO AO SEGUIMENTO CLÍNICO DE  
MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO COM SÍFILIS**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Aprovado em:** 24/10/2017

BANCA EXAMINADORA

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosilane de Lima Magalhães – Presidente**

Universidade Federal do Piauí

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elucir Gir – 1<sup>a</sup> Examinadora**

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-EERP/USP

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Eliete Batista Moura – 2<sup>a</sup> Examinadora**

Universidade Federal do Piauí

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Inez Sampaio Nery – Suplente**

Universidade Federal do Piauí

## *DEDICATÓRIA*

*Ao meu Deus,  
que me fortalece a cada vitória e a cada dificuldade.*

*À minha mãe,  
María Francisca Vieira de Sousa Sá,  
pelo empenho com minha formação profissional e pessoal, pela  
dedicação e pelo amor incondicional.*

*À minha irmã,  
Dannielle Vieira de Sousa Borges,  
pela parceria, atenção e disponibilidade em poder contribuir e fazer  
parte da minha vida.*

*Aos demais Familiares,  
que são a base e a fortaleza da minha concretude existencial.*

## *AGRADECIMENTOS*

*Ao Todo Poderoso, Senhor Deus, pois “Só em Deus a minha alma repousa, porque dele vem a minha salvação. Só Ele é a minha rocha e a minha salvação, a minha fortaleza: jamais serei abalado!”*

*À minha mãe, **María Francisca Vieira**, pela dedicação e pelo esforço em poder dar o máximo e o melhor para minha vida, em que muitas vezes a insônia vez parte das suas noites, pensando sempre no melhor para a minha vida.*

*Ao meu pai, **Manoel Messias**, pelas palavras de apoio, pelos entusiasmos e pela confiança.*

*À minha irmã, **Dannielle Vieira**, pela disponibilidade, pelas palavras de carinho e pelo apoio para consolidação dos meus objetivos. Desejo felicidades e sabedoria na jornada da vida, minha irmã.*

*Aos meus familiares, em especial aos meus tios, **María de Jesus e Francisco Vieira**, que disponibilizaram seus lares para realização dos meus sonhos com toda receptividade e carinho. Ademais, àqueles que construíram e apoiam a minha caminhada.*

*À professora **Dr.<sup>a</sup> Rosilane de Lima Brito Magalhães**, por toda receptividade, pelo acolhimento, pela paciência, pela compreensão e pela humildade. Ainda, pelo exemplo de dedicação, de esforço, e de compromisso com o ensino, a pesquisa e a extensão de excelência, que, sem dúvidas, ampliou meu olhar mais crítico e contribuiu para meu*

*crescimento pessoal e profissional. Assim, agradeço pela confiança em mim depositada e por saber que eu aprendi muito.*

*À Universidade Federal do Piauí, em nome do **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**, que contribuí para a minha formação profissional e pelas trocas de experiências vivenciadas ao longo dessa jornada de ensino-aprendizagem. Aos docentes que fazem parte desse Programa, por todo o empenho e por toda a dedicação em formar profissionais mais críticos-reflexivos.*

*À professora **Dr.<sup>a</sup> Elucir Gir**, por aceitar participar da minha banca examinadora, bem como pelas contribuições e pelas sugestões valiosas para as melhores práticas baseadas em evidências científicas.*

*Às professoras **Dr.<sup>a</sup> Maria Eliete Batista Moura e Dr.<sup>a</sup> Inez Sampaio Nery**, pela disponibilidade e pelas valiosas contribuições a este estudo.*

*Aos discentes, **Turma 10**, pelo companheirismo, pela união e pelas colaborações nos momentos acadêmicos e sociais. Desejo que todos possam ter as melhores oportunidades, sucesso pessoal e profissional, sabendo do compromisso e do zelo profissional de todos.*

*Ao Grupo de Pesquisa, **Grupo de Estudo sobre Doenças e Infecções e outros Agravos (GEDI)**, pelo acolhimento, pelas trocas de experiências, pela parceria pessoal e profissional e pela confiança mútua em fazer pesquisa sempre buscando os melhores resultados com humildade, respeito e baseado nas melhores evidências científicas. Ainda, pela disponibilidade em poder ajudar na coleta de dados deste trabalho, que é fruto de Parceria e União.*

*Às Mulheres Profissionais do Sexo, que aceitaram participar deste estudo, mesmo diante das dificuldades pessoais e profissionais, sempre demonstraram interesse e disponibilidade.*

*Meus sinceros agradecimentos.*

*Nossas mulheres são mães,  
São tias, são avós,  
São mulheres!*

*São boas,  
São más  
São revolucionárias  
São prostitutas  
Mas mesmo assim são mulheres!*

*São inteligentes,  
São doutoras,  
São brasileiras,  
São argentinas,  
Fazem façanhas  
Assim ganham confiança!*

*São bonitas, são alegres,  
Trabalham demais  
Mesmo assim,  
Elas vivem em paz!*

*Mulheres que são pai e mãe  
Mulheres trabalhadoras  
Que lutam por seus direitos  
Para serem vencedoras!*

*Confiança...  
Esperança...  
Espírito de lutar...  
Para seus sonhos conquistar!*

*Mulheres que passam a noite acordadas  
Trabalhando, estudando, sendo mulheres...  
Mulheres que são tratadas como homens...  
Mulheres que são trabalhadoras,  
Que esforçam muito para serem vencedoras!*

*Mulheres que brincam demais  
Que vivem em paz  
Que trabalham muito*



*Para que não fiquem sozinhas neste mundo!  
Mulheres que são voluntárias  
Que ajudam o próximo,  
Diferentes religiões,  
Que tomam decisões!*

*Livros escritos por elas  
Imaginação forte,  
Lutando para vencer  
A discriminação enorme!*

*Mulheres que estão em 1000 lugares ao mesmo tempo  
Que vivem em paz  
Dando à luz a filhos e filhas  
Trabalhando para valer  
Para saber o que fazer!  
(Nossas Mulheres  
- Camila Barbosa Gomes de Araújo)*

BORGES, B. V. S. **ADESÃO AO SEGUIMENTO CLÍNICO DE MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO COM SÍFILIS**. 2017. 108f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2017.

## RESUMO

A sífilis é uma doença infecciosa, crônica e sistêmica; configura-se como um grave problema de saúde pública, com gravidade mais exponencial em populações vulneráveis, como Mulheres Profissionais do Sexo. O estudo teve como objetivo avaliar a adesão ao seguimento clínico de mulheres profissionais do sexo com sífilis. Pesquisa analítica, com abordagem quantitativa em que foi realizada uma coorte das mulheres com testagem reagente para sífilis, realizada no município de Teresina – PI, no período de janeiro de 2016 a junho de 2017, com 358 mulheres profissionais do sexo, recrutadas pelo método *Respondent Drive Sampling* e acompanhamento de 27 casos detectados. Foi utilizado um formulário com variáveis referentes a questões sociodemográficas, comportamento sexual, adesão ao tratamento e exposição ao *Treponema pallidum* (Testagem rápida e VDRL). As participantes foram entrevistadas e submetidas a teste rápido para detecção de sífilis. Para os casos reagentes, foram coletadas amostras de sangue periférico para realização de VDRL quantitativo. Os dados foram processados pelo programa SPSS, versão 21.0. Para verificação da associação entre as variáveis qualitativas, foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson com correção ao nível de significância 5% ( $<0,05$ ). Todos os preceitos éticos foram atendidos com parecer do CEP número 0425.0045.000-11. Das 358 mulheres investigadas, houve predomínio da faixa etária de 25 a 39 anos (62,3%), moradoras de Teresina (77,6%), sem companheiros (94,6%), brancas (46,0%), escolaridade  $<8$  anos de estudos (68,2%), católicas (80,1%), com atuação em bares (50,8%). A prevalência da sífilis foi considerada elevada, 7,5%, com significância estatística em relação à cor da pele (IC 40,84-51,16;  $p \leq 0,001$ ), número de filhos (IC 24,02-33,38;  $p \leq 0,049$ ) e tipo de sexo que pratica (IC 82,41-89,59;  $p \leq 0,009$ ). Das 27 mulheres profissionais do sexo com VDRL reagentes, a primeira titulação variou de 1/1 a 1/64 e todas foram encaminhadas para tratamento. O resultado obtido foi de 8 (29,6%) de comparecimento aos serviços de saúde e dessas, somente, 4(14,8%) obtiveram sucesso do tratamento dos casos detectados, bem como 10(37,0%) de perda do seguimento clínico, 9(33,3%) de não adesão ao seguimento clínico. Alta prevalência da sífilis, com associação significativa e relação a cor da pele, número de filhos e pratica sexual. Evidenciou-se baixa adesão ao seguimento clínico das mulheres profissionais do sexo com sífilis. Assim, como baixa adesão ao cumprimento das ações assistenciais, pelos profissionais de saúde, em conformidade com as recomendações do Ministério da Saúde às pessoas com sífilis. Recomenda-se investimento em capacitações de profissionais de saúde sobre a temática, ampliação do conhecimento dessa população sobre medidas de prevenção e importância da realização do tratamento. Ainda novos estudos de cunho epidemiológico para maior entendimento das condições de saúde dessa população, bem como ações de rastreamento, diagnóstico, tratamento e seguimento clínico dos casos de sífilis, a fim de reduzir a cadeia de transmissibilidade.

**Descritores:** Adesão à Medicação. Sífilis. Profissionais do sexo. Mulheres. Prevalência.

BORGES, B. V. S. ADESÃO AO SEGUIMENTO CLÍNICO DE MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO COM SÍFILIS. 2017. 108f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação da Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2017.

### ABSTRACT

Syphilis is an infectious, chronic and systemic disease; constitutes a serious problem in public health, with a more exponential gravity in vulnerable populations, such as women that are sex workers. The purpose of the study was to evaluate the adherence to the clinical pursuance of female sex workers with syphilis. This is an analytical research, with a quantitative approach in which was performed an cohort of the women with reagent testing for syphilis, conducted in the city of Teresina, from January 2016 to June 2017, with 358 female sex workers selected by using the *Respondent Drive Sampling* method and accompaniment of 27 detected cases. It was applied a form with variables involving sociodemographics aspects, sexual behavior, adherence to the treatment and exposure to *Treponema pallidum* (fast Testing and VDRL). The participants were interviewed and submitted to fast test for syphilis detection. In the reagent cases, there were collect samples of peripheral blood for realization of quantitative VDRL. The data were processed with the version 21.0 of SPSS software. To verify the association between qualitative variables, it was used chi-squared test of Pearson with a significance level of 5% ( $<0,05$ ). All of etic precepts were attented with CEP's authorization under number 0425.0045.000-11. Of 358 interviewed women, there was a predominance of 25–39 years old age range (62,3%), residents of Teresina (77,6%), singles (94,6%), caucasians (46,0%), educational level less than 8 years in school (68,2%), catholics (80,1%), acting in bars (50,8%). The prevalence of syphilis was considered elevated, 7.5%, with statistical significance in relation to the skin color (IC 40,84-51,16;  $p \leq 0,001$ ), number of children (IC 24.02-33.38;  $p \leq 0.049$ ) and type of sex that practiced (IC 82.41-89.59,  $p \leq 0.009$ ). Of the 27 female sex workers with VDRL reagents, a first titration ranged from 1/1 to 1/64 and all of them were directed for treatment. The obtained result was: 8 (29,6%) went to the health services and only 4 (14,8%) of those were well succeed on the treatment on detected cases, as well as 10 (37,0%) of losing of clinical pursuance, 9 (33,3) of non-adhesion to the treatment by the female sex workers. High prevalence of syphilis, with significant association and relation to skin color, number of children and sexual practice. There was a low adherence to the clinical follow-up of female sex workers with syphilis. Thus, with low adherence to compliance with healthcare actions, by health professionals, in accordance with the recommendations of the Ministry of Health to people with syphilis. It is recommended to invest in training of health professionals on the subject, increasing the knowledge of this population about preventive measures and importance of carrying out the treatment. Also new epidemiological studies for a better understanding of the health conditions of this population, as well as actions of tracing, diagnosis, treatment and clinical follow-up of syphilis cases, in order to reduce the chain of transmissibility.

**Descriptors:** Medication Adherecen. Syphilis. Sex workers. Women. Prevalence.

BORGES, B. V. S. **ADHESIÓN AL SEGUIMIENTO CLÍNICO DE LAS MUJERES TRABAJADORAS DEL SEXO CON SÍFILIS**. 2017. 108f. Tesis (Maestría en Enfermería) – Programa de Postgrado de la Universidad Federal del Piauí, Teresina, 2017.

## RESUMEN

La sífilis es una enfermedad infecciosa, crónica y sistémica; se configura como un grave problema de salud pública, con la gravedad más exponencial en poblaciones vulnerables, como Mujeres Profesionales del Sexo. El objetivo del estudio fue evaluar la adhesión al seguimiento clínico de las mujeres trabajadoras del sexo con sífilis. La investigación analítica, con un enfoque cuantitativo en el que se llevó a cabo una cohorte de mujeres con testagem reagente para sífilis, realizada en el municipio de Teresina - PI, en el período comprendido entre enero de 2016 a junio de 2017, con 358 mujeres profesionales del sexo, reclutadas por el método *Respondent Drive Sampling* y acompañamiento de 27 casos detectados. Se utilizó un formulario con variables relacionadas con cuestiones sociodemográficas, comportamiento sexual, adhesión al tratamiento y la exposición al *Treponema pallidum* (Verificación rápida y VDRL). Las participantes fueron entrevistadas y sometidas a prueba rápida para detección de sífilis. Para los casos de reactivos, se colectaron muestras de sangre periférica para realización de VDRL cuantitativo. Los datos fueron procesados mediante el programa SPSS, versión 21.0. Para verificación de la asociación entre las variables cualitativas, fue utilizado la prueba Chi-cuadrado de Pearson con corrección para un nivel de significancia del 5% ( $<0,05$ ). Todos los preceptos éticos fueron atendidos con parecer del CEP número 0425.0045.000-11. De las 358 mujeres investigadas, hubo predominio del grupo de edad de 25 a 39 años (62,3%), habitantes de Teresina (77,6%), sin compañeros (94,6%), blancas (46,0%), escolaridad  $<8$  años de estudios (68,2%), católicas (80,1%), con actuación en bares (50,8%). La prevalencia de la sífilis fue considerada elevada, 7,5%, con significancia estadística en relación al color de la piel (IC 40,84-51,16;  $p \leq 0,001$ ), número de hijos (IC 24,02-33,38;  $p \leq 0,049$ ) y tipo de sexo que practica (IC 82,41-89,59;  $p \leq 0,009$ ). De las 27 mujeres profesionales del sexo con VDRL reagentes, la primera variación cambió de 1/1 a 1/64 y todas fueron enviadas para tratamiento. El resultado obtenido fue de 8 (29,6%) de comparecimiento a los servicios de salud y de esas, solamente, 4(14,8%) obtuvieron éxito del tratamiento de los casos detectados, así como 10(37,0%) de pérdida del seguimiento clínico, 9(33,3%) de no adhesión al seguimiento clínico por parte de las profesionales del sexo. Alta prevalencia de la sífilis, con asociación significativa y relación al color de la piel, número de hijos y práctica sexual. Se evidenció baja adhesión al seguimiento clínico de las mujeres profesionales del sexo con sífilis. Así, con baja adhesión al cumplimiento de las acciones asistenciales, por los profesionales de salud, de conformidad con las recomendaciones del Ministerio de Salud a las personas con sífilis. Se recomienda la inversión en capacitaciones de profesionales de salud sobre la temática, ampliación del conocimiento de esa población sobre medidas de prevención e importancia de la realización del tratamiento. En la mayoría de los casos, se observó un aumento de la mortalidad por rotavirus en los últimos años, con el fin de reducir la cadena de transmisión.

**Descriptores:** Adhesión a la Medicación. La sífilis. Las profesionales del sexo. Las mujeres. La prevalencia.

## LISTA DE FIGURAS E QUADRO

Figura 1 – Distribuição mundial da incidência estimada das ISTs curáveis por região da OMS .....	21
Figura 2 – Exemplo de teste rápido reagente para sífilis.....	26
Figura 3 – Exemplo de teste rápido não reagente para sífilis .....	26
Figura 4 – Fluxograma para manejo da sífilis, utilizando teste rápido inicial com teste não treponêmico confirmatório .....	27
Figura 5 – Percentagem de participantes de ANC positivos para sífilis que são tratados adequadamente (dados mais recentes disponíveis desde 2008) .....	28
Figura 6 – Percentual de trabalhadoras do sexo com sífilis ativa (últimos dados disponíveis desde 2008).....	30
Figura 7 – Metas relativas à incidência da sífilis.....	31
Figura 8 – Tendências da sífilis entre profissionais do sexo em dez países asiáticos, 1990-2012 .....	33
Quadro 1 – Técnicas utilizadas nos testes para o diagnóstico da sífilis .....	24

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Prevalência da sífilis com distribuição total do número e percentual das mulheres profissionais do sexo segundo aspectos demográficos (n=358). Teresina, PI, 2015 a 2017....	50
Tabela 2 – Prevalência da sífilis segundo o comportamento de risco em mulheres profissionais do sexo (n=358). Teresina, PI, 2015 a 2017 .....	52
Tabela 3 – Seguimento de mulheres profissionais do sexo com VRDL reagentes encaminhadas para o serviço de saúde (n=27). Teresina, PI, 2016-2017.....	54
Tabela 4 – Comportamento sexual de mulheres profissionais do sexo, com VDRL reagentes encaminhadas ao serviço de Saúde (n=27). Teresina, PI, 2016-2017 .....	56
Tabela 5 – Assistência recebida pelas mulheres profissionais do sexo com VDRL reagentes encaminhadas ao serviço de Saúde (n=27). Teresina, PI, 2016-2017 .....	58

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AIDS</b>	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
<b>ANC</b>	<i>Antenatal Care</i>
<b>APROSPI</b>	Associação das Prostitutas do Piauí
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CTA</b>	Centro de Testagem e Aconselhamento
<b>CT</b>	<i>Chlamydia trachomatis</i>
<b>DST</b>	Doenças Sexualmente Transmissíveis
<b>DPP</b>	<i>Dual Path Platform</i>
<b>GARPR</b>	<i>Global AIDS Response Progress Reporting</i>
<b>HBV</b>	Vírus da Hepatite B
<b>HCV</b>	Vírus da Hepatite C
<b>HIV</b>	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
<b>HPV</b>	Papiloma Vírus Humano
<b>HSH</b>	Homens que fazem Sexo com Homens
<b>HSV-2</b>	Herpes Vírus Simples 2
<b>IM</b>	Intramuscular
<b>IST's</b>	Infecções Sexualmente Transmissíveis
<b>MSP</b>	Mulheres Profissionais do Sexo
<b>NG</b>	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>
<b>PIBIC</b>	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
<b>OS</b>	Profissionais do Sexo
<b>RDS</b>	<i>Respondent Drive Sampling</i>
<b>SPSS</b>	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>TV</b>	<i>Trichomonas vaginalis</i>
<b>UBS</b>	Unidades Básicas de Saúde
<b>UFPI</b>	Universidade Federal do Piauí
<b>UI</b>	Unidade Internacional
<b>VDRL</b>	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i>
<b>WHO</b>	<i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
1.1	Contextualização do problema .....	17
1.2	Questões norteadoras .....	19
1.3	Objetivos.....	19
1.3.1	Geral .....	19
1.3.2	Específicos.....	19
1.4	Justificativa.....	20
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEMÁTICO</b> .....	21
2.1	Aspectos históricos e conceituais da sífilis .....	21
2.2	Epidemiologia da sífilis no Brasil e no mundo.....	23
2.3	Atenção à saúde das mulheres profissionais do sexo .....	35
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	40
3.1	Delineamento.....	40
3.2	Local e período de realização do estudo.....	40
3.3	População/Amostra.....	40
3.3.1	Critérios de inclusão .....	41
3.3.2	Critérios de exclusão .....	41
3.4	Recrutamento das participantes .....	41
3.6	Capacitação da equipe, instrumento e coleta dos dados.....	44
3.6.1	Auxiliares da pesquisa.....	44
3.6.2	Instrumentos para coleta dos dados .....	44
3.6.3	Coleta dos Dados .....	45
3.7	Análise, interpretação e apresentação dos dados.....	47
3.8	Aspectos éticos .....	48
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	49
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	60
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	72
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	73
	<b>APÊNDICES</b>	
	<b>ANEXOS</b>	



# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Contextualização do problema

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) configuram-se em grave problema de saúde pública, por sua magnitude e também pela possibilidade de complicações locais e sistêmicas (BRASIL, 2016a). Em relação à sífilis, condição resultante da infecção causada pelo *Treponema pallidum*, trata-se de um problema secular no mundo, com prevalência elevada em populações que apresentam multiplicidade de parceiros sexuais. Estudos apontam prevalência que variam de 1,3% a 22,4% (ISAC *et al.*, 2015; PANDO *et al.*, 2011).

Estima-se que a cada ano são registrados aproximadamente 357 milhões de casos de ISTS curáveis no mundo, na faixa etária entre 15 e 49 anos de idade, tendo destaque para a sífilis, com seis milhões de casos. Isso revela impacto elevado na saúde pública, principalmente por acometer populações cada vez mais jovens e adultos jovens, em plena atividade produtiva e reprodutiva (WHO, 2016).

A sífilis é considerada uma doença infecciosa, crônica e sistêmica. Quando o agente etiológico alcança a corrente sanguínea, poderá infectar o organismo e, favorece o aumento do risco de coinfeção pelo *Vírus Human Immunodeficiency* (HIV) devido à presença das lesões sífilíticas. A transmissão é predominantemente via sexual desprotegida (sífilis adquirida), via vertical (sífilis congênita), no momento do parto e por transfusões sanguíneas (BRASIL, 2015a).

Pessoas com sífilis pouco reconhecem a infecção, devido à ausência ou até mesmo à escassez de manifestações clínicas, o que contribui para a manutenção da cadeia da propagação do agente etiológico, podendo evoluir para estágio de sífilis primária, secundária e latente influenciada pela fase da infecção. Assim, quando não realizado o tratamento adequado, poderá evoluir para formas graves e até mesmo fatais, com o comprometimento de sistemas alvos, a saber: o nervoso e o cardiovascular (BRASIL, 2016a).

Essa infecção tem sido mostrada no mundo, como no norte do México e em províncias da China, em diversos estudos com Mulheres Profissionais do Sexo (MPS), associado a fatores de risco como: idade maior que 30 anos; ter  $\geq 10$  parceiros não comerciais do sexo masculino; uso de metanfetaminas; ter a primeira relação sexual comercial com menos de 20 anos de idade; trabalhar em mais de dois estabelecimentos no último mês (BAZZI *et al.*, 2015; LUO *et al.*, 2015; LI *et al.*, 2014a). Na Mongólia, situada na Ásia central, foi considerada elevada a prevalência da sífilis em MPS, 27,8%, com associação para as faixas

etárias mais jovens (idade > 30 anos, OR= 0,96, IC 95%, 0,92 – 0,99) e ocorrência de úlceras genitais (OR= 2,24. IC95%, 1,17-4,28) (MUNKHBAATAR *et al.*, 2014).

Autores ao investigarem a prevalência de HIV/IST's em MPS em Nairóbi, Quênia, identificaram prevalência de HIV de 29,5%; seguido da clamídia, 3,1%; da gonorreia 1,1%; e da sífilis, 0,9% (MUSYOKI *et al.*, 2015).

Estudo realizado em clínicas de atendimento para IST, em 31 províncias da China, mostrou que essa infecção se encontra presente em outras populações na faixa entre 15 e 19 anos de idade como: profissionais do sexo, Homens que fazem Sexo com Homens (HSH), usuários de drogas, gestantes e população em geral. Ainda, a estimativa de prevalência de sífilis foi de 0,40% em todo o país (JIANG; GONG; YUE, 2014).

Para Carcamo *et al.* (2012), ao avaliarem, em uma cidade de médio porte do Peru, a prevalência de IST's e dos padrões sexuais de MPS e de mulheres da população em geral, revelaram que as MPS têm alta prevalência de sífilis 7% (p=0,016), de HIV 7% (p=0,010), e apresentam maior prevalência de IST, quando comparadas às mulheres em geral.

No Brasil, também tem sido investigada a prevalência da sífilis em várias Regiões do país, que apresentou prevalências variadas com diferenças Regionais para a população geral, sendo: 1,05% (Norte), 1,14% (Nordeste), 0,73% (Sudeste), 0,48% (Sul) e 1,20% (Centro-Oeste) (BRASIL, 2015b). Na região Sul do Brasil, estudo revelou prevalência de 6,2% de sífilis em 598 mulheres da população geral. Já em uma cidade de São Paulo, foi detectada uma prevalência de 4,0% para a sífilis em MPS (PINTO *et al.*, 2014). Estudo realizado no Brasil, no Estado de São Paulo, por Dal-Pogetto, Silva e Parada (2011) reforça que as MPS estão em maiores situações de risco para aquisição de ISTs em razão da multiplicidade de parceiros sexuais, uso de drogas e álcool e drogas associadas ao não uso de preservativo.

Assim, a epidemia da sífilis encontra-se elevada, principalmente em grandes centros urbanos, com uma prevalência exponencial em populações de maior vulnerabilidade às IST/HIV, como usuários de drogas (22,4%), HSH (9%) e MPS (4%) (BRASIL, 2012a; SANTOS, 2013; BRIGNOL *et al.*, 2015; DAL-POGETTO; SILVA; PARADA, 2011).

Entende-se por MPS pessoas que trocam serviços sexuais por dinheiro, com atuação em uma variedade de áreas públicas e privadas, com frequência diária, periódica ou ocasional (BARAL *et al.*, 2015; POTEAT *et al.*, 2015).

Mesmo diante de 100% de eficácia do tratamento através da administração de penicilina G benzatina por via intramuscular (IM), quando aplicadas em doses adequadas em conformidade com a titulação, a magnitude da sífilis é elevada em diversas populações. Corroborando esses achados, Wang *et al.* (2014), ao realizarem estudo com abordagem

consecutiva, mostraram que dos 112 casos com diagnóstico de sífilis, apenas cinco apresentaram evidências de ter recebido tratamento bem-sucedido, e 47 apresentaram sífilis persistente. Nessa perspectiva, trata-se de um grave problema de saúde pública de difícil controle, principalmente em populações de maior vulnerabilidade como MPS. Ressalta-se, também, como motivo de preocupação quanto à infecciosidade da sífilis, considerando também a sua capacidade de agir como cofator na transmissão do HIV (BRASIL, 2015a).

Nesse estudo foi considerado um caso de sífilis, a pessoa infectada pelo *Treponema pallidum*, com titulação igual ou superior a 1/1 sem tratamento prévio. Em relação a adesão ao seguimento clínico foi considerado: realização de testes não treponêmicos e declínio em torno de duas diluições em três meses e três diluições em seis meses (BRASIL, 2016a).

O estudo tem como objeto adesão ao seguimento clínico de mulheres profissionais do sexo com sífilis.

## 1.2 Questões norteadoras

Com base na temática em cena, emergiram as seguintes inquietações, a saber: quais as características sociodemográficas e comportamentais sexuais dessa população? Qual a prevalência da sífilis em mulheres profissionais do sexo? Qual a adesão das mulheres profissionais do sexo com resultados sorológicos reagentes para o *Treponema pallidum* ao seguimento clínico?

## 1.3 Objetivos

### 1.3.1 Geral

Avaliar a adesão ao seguimento clínico de mulheres profissionais do sexo com sífilis.

### 1.3.2 Específicos

Caracterizar a população pesquisada quanto aos aspectos sociodemográficos e de comportamento sexual;

Estimar a prevalência da sífilis em mulheres profissionais do sexo;

Identificar a adesão ao seguimento clínico de mulheres profissionais do sexo com sífilis.

#### 1.4 Justificativa

A infecção pelo *Treponema pallidum*, sífilis, tem sido considerada uma enfermidade secular, de magnitude elevada, apontada como um grave problema para a saúde pública e de difícil adesão a um tratamento de baixo custo. Outra questão são as sequelas advindas, quando não tratadas em tempo oportuno, visto que dependendo do estágio não há manifestações clínicas, o que dá a falsa aparência de cura por ter alta prevalência em grupos vulneráveis, como nas MPS.

Nas Mulheres Profissionais do Sexo, a situação é mais preocupante em razão de maior vulnerabilidade à sífilis, devido às práticas sexuais desprotegidas e à multiplicidade de parceiros. Estudo mostrou que MPS são consideradas populações de difícil acesso, e a procura pelo serviço de saúde não tem ocorrido por demanda espontânea, mesmo diante de prevalências elevadas para diversos agravos (MAGALHÃES *et al.*, 2017).

A pesquisa se justifica também, considerando a magnitude da sífilis no mundo em populações semelhantes, e que, na literatura, ainda há poucos estudos, em nível nacional e internacional, sobre estudos com adesão ao seguimento clínico da sífilis. No Piauí, não há registros sobre a prevalência da sífilis em MPS. E em Teresina, na Rede de Atenção Primária, o rastreamento de casos de sífilis tem sido realizado com maior enfoque durante o pré-natal.

Dessa forma, avaliar a adesão ao tratamento da sífilis em populações de difícil acesso, como as mulheres profissionais do sexo, torna-se relevante pela visibilidade da problemática em nível local, possibilidades de tratamento e redução da transmissibilidade.

Destaca-se a importância da realização do cuidado embasado nas melhores evidências científicas. Com isso, os estudos de cunho epidemiológico são ferramentas importantes para subsidiar planejamento de ações de políticas públicas com enfoque em ações de prevenção, de controle e tratamento de infecções diversas, especialmente da sífilis, que acomete cada vez mais públicos dispersos, heterogêneos e formados em rede, como as MPS.

## 2 REFERENCIAL TEMÁTICO

### 2.1 Aspectos históricos e conceituais da sífilis

A infecção causada pelo *Treponema pallidum*, conhecida como sífilis – enfermidade com evolução natural crônica, que acomete a humanidade há séculos. Trata-se de uma doença que afeta praticamente todos os órgãos e sistemas, e apesar de ter tratamento eficaz e de baixo custo, e de ser uma das epidemias de IST's curáveis no mundo, configura-se como um grave problema de saúde pública por sua magnitude, pela dificuldade de controle, elevado número de casos e suas consequências (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

No Brasil, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2016a) estima que a cada ano 500 milhões de pessoas adquirem uma das IST's curáveis, como a gonorreia, a clamídia, a sífilis e a tricomoníase. No mundo, as IST's apresentam taxas estimadas mais elevadas na África subsahariana; em termos estatísticos, a região das Américas e do Caribe apresentam, em média, 126 milhões de casos e está abaixo somente da Ásia, com registro de 128 milhões, conforme a Figura 1 demonstra. Dados da WHO (2013) revelam que na região do Pacífico Ocidental a prevalência relatada de sífilis entre profissionais do sexo foi superior a 20%.

Figura 1 – Distribuição mundial da incidência estimada das ISTs curáveis por região da OMS



Fonte: Brasil (2016a).

Um recorte histórico da sífilis, segundo Knell (2004), mostrou que essa infecção teve origem na Europa, na última década do século XV, em razão da mobilidade europeia ao longo desse século, ao desbravamento de diversas regiões supostamente contaminadas pela bactéria *Treponema pallidum*. Assim, esse contato com os nativos e colonizadores permitiu não só a troca de culturas, mas a transmissibilidade de doenças. Há também forte suposição de que a sua origem estaria ligada à América, após o retorno das embarcações colombianas espanholas, ao seu continente de origem. Nesse momento, teriam surgido os primeiros surtos da doença em terras europeias (UJVARI, 2008).

No Brasil, a origem não se faz diferente dos demais países europeus, visto que a colonização traria a disseminação de inúmeras doenças aos povos nativos, como a sífilis. Assim, a história da sífilis é marcada pelo mercantilismo colonial, o contato entre culturas diferenciadas, a miscigenação das raças, a exploração sexual (UJVARI, 2008).

O termo sífilis originou-se de um poema, com 1.300 versos, escrito em 1530 pelo médico e poeta Girolamo Fracastoro, no seu escrito intitulado de *Syphilis Sive Morbus Gallicus* (“A sífilis ou mal gálico”), no qual narra a história de um pastor que amaldiçoou o deus Apolo e foi punido com o que seria a doença sífilis. Em 1546, ele levantou a hipótese dessa infecção ser transmitida pela relação sexual, e chamou-a de pequenas sementes “*seminaria contagionum*”. Somente no final do século XIX, Louis Pasteur confirmou transmissão da sífilis por via sexual (BRASIL, 2010a).

A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica, crônica, causada pelo *Treponema pallidum*, uma bactéria Gram-negativa do grupo das espiroquetas e marcada por surtos de agudização e períodos de latência, bem como é considerada uma úlcera genital e que, quando não tratada, pode evoluir para formas mais graves e, assim, aumentar o risco de transmissão e de aquisição do HIV (BRASIL, 2005; BRASIL, 2016a).

No início da descoberta da sífilis, vários medicamentos foram utilizados na tentativa de tratar a infecção: mercúrio, arsênico, bismuto e iodetos. Em 1928, a grande descoberta de Fleming, o bactericida do fungo *Penicilium notatus* revolucionou a história do tratamento da sífilis e de outras enfermidades, por agir na síntese do peptidoglicano, componente da parede celular do *Treponema pallidum*, possibilitando a entrada de água no treponema, e, assim, destruindo-o (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Ressalta-se que o *Treponema pallidum* caracteriza-se por ser um microrganismo espiralado, fino, que gira em torno do seu maior comprimento e que faz movimentos característicos para frente e para trás que visam facilitar a sua penetração nos tecidos do organismo hospedeiro (GROSS; TYRING, 2011); não possui membrana celular e é protegido

por um envelope externo com três camadas ricas em moléculas de ácido N-acetil murâmico e N-acetil glucosamina. Possui flagelos que se iniciam na extremidade distal da bactéria e encontram-se junto à camada externa ao longo do eixo longitudinal. Move-se por rotação do corpo em volta desses filamentos (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Desse modo, a sífilis é considerada um problema de saúde pública ao longo dos primórdios dos tempos, que foi marcada pela sua história epidemiológica e pelo processo social contextual (GRIEBELER, 2009).

## 2.2 Epidemiologia da sífilis no Brasil e no mundo

A infecção por sífilis pode ser transmitida por via sexual e transversal, durante o período gestacional. Sendo predominantemente transmitida por via sexual e tem maior contágio nos estágios iniciais da infecção (cerca de 60%) (BRASIL, 2016a). Para Adegoke e Akanni (2011), a transmissão por transfusão sanguínea, ainda que possível, é incomum, visto que, desde 1994, a triagem das bolsas de sangue é mais rigorosa quanto à investigação de agentes infecciosos, como o *Treponema pallidum* e devido ao pouco tempo de sobrevivência da bactéria fora do organismo humano, especialmente em baixas temperaturas.

Quanto à sua classificação, há duas possibilidades para as formas clínicas adquiridas, a saber: pelo tempo de infecção; e por suas manifestações clínicas – a primeira, sífilis adquirida recente (menos de um ano de evolução) e sífilis adquirida tardia (mais de um ano de evolução), a segunda: sífilis primária, secundária, latente e terciária. No tocante à sífilis congênita, pode ser recente (diagnóstico até dois anos de vida), ou tardia (diagnóstico após dois anos de vida). As classificações são úteis para definição de tratamento e vigilância epidemiológica (DUARTE *et al.*, 2011; BRASIL, 2016a).

Desse modo, a sífilis primária apresenta um período de incubação de dez a 90 dias, o primeiro sintoma caracteriza-se por uma lesão única, cancro duro ou protossifiloma e indolor, de base endurecida, com secreções serosas e muitos treponemas. Com uma cura espontânea, em até duas semanas das lesões primárias. O diagnóstico, nessa fase, poderá ser realizado pela pesquisa direta do *Treponema pallidum* por microscopia de campo escuro, por meio dos métodos de coloração ou imunofluorescência direta (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2016a).

Caso não tenha realizado o tratamento na fase primária, a infecção evolui para a fase secundária, em que o agente etiológico já invadiu todo o organismo, incluído órgãos e líquidos corporais e aparecerão exantemas (erupções) cutâneas, na forma de máculas, pápulas ou ainda grandes placas eritematosas branco-acinzentadas chamadas de condiloma lata,

podendo aparecer em regiões úmidas do corpo. Posteriormente, caso não tenha instituído o tratamento nessa fase, a infecção entrará no período de latência, podendo ser recente, no primeiro ano, e tardio, após esse período (BRASIL, 2007). Durante essa fase, todos os testes para detecção anticorpos serão reagentes com titulação elevada nos testes quantitativos não treponêmicos (BRASIL, 2016b).

Em torno de dez, 20 ou mais anos, a sífilis passa a ser considerada terciária, com manifestações de inflamações e destruição de tecidos e ossos. Apresenta-se a formação de gomas sífilíticas, tumorações amolecidas vistas na pele e membranas mucosas, podem acometer qualquer parte do corpo, inclusive no esqueleto. As complicações mais graves desse período incluem a sífilis cardiovascular e a neurosífilis. Ainda, os testes para detecção de anticorpos comumente são reagentes, principalmente os testes treponêmicos; os títulos dos anticorpos nos testes não treponêmicos tendem a ser baixos e raramente podem ser negativos (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2016b).

Uma confirmação do diagnóstico para sífilis envolverá a associação entre a história clínica da pessoa infectada, os dados clínicos e a detecção de antígenos ou de anticorpos por meio de testes laboratoriais. Diante da impossibilidade de se estabelecer clinicamente a fase da sífilis, é recomendado fazer um teste treponêmico e outro não treponêmico, bem como conhecer a evolução da doença, as diferentes fases e os testes laboratoriais (BRASIL, 2010a). Nesse contexto, para o diagnóstico sorológico da sífilis, usa-se, a saber: testes não treponêmico e teste treponêmico (Quadro 1).

Quadro 1 – Técnicas utilizadas nos testes para o diagnóstico da sífilis

TESTES	TÉCNICA	TESTES
Treponêmicos	Imunofluorescência indireta	FTA-abs(Fluorescent treponemal antibody absorption)
	Hemaglutinação	MHA-TP (microhemaglutinação para <i>Treponema pallidum</i> )
	Aglutinação de partículas	TPPA ( <i>Treponema pallidum</i> particle agglutination assay)
	Imunoenzimáticos e suas variações	ELISA (Enzyme-linked immunosorbent assay), CMIA (Ensaio imunológico quimioluminescente magnético)
	Imunocromatografia e fluxo lateral	Testes rápidos
	Testes moleculares	PCR
Não treponêmicos	Floculação	VDRL (Venereal Disease Laboratory) RPR (Rapid Test Reagin) USR (Unheated Serum Reagin) TRUST (Toluidine Red Unheated Serum Test)



	Aglutinação	Testes Rápidos – TR
	Imunoenzimáticos (ELISA)	ELISA (Enzyme – linked immunossorbent assay)
	Imunocromatográficos	Testes Rápidos – TR

**Fonte:** Brasil (2010a).

Os testes não treponêmicos podem ser de dois tipos: qualitativos, que indicam a presença ou a ausência de anticorpo na amostra; e quantitativo, que permite determinar o título de anticorpos. O título é importante para o diagnóstico e o monitoramento da resposta ao tratamento. A queda da titulação indica sucesso no tratamento (BRASIL, 2010a).

Ressalta-se que os testes quantitativos devem ser realizados nas amostras que forem reagentes no teste qualitativo, por meio de diluições seriadas. O resultado da titulação será o da última diluição que apresentar reatividade no teste. Assim, as sequências de diluição são realizadas segundo um fator 2 de diluição. Ou seja, o título 1:1 significa a análise da amostra pura, ou seja, a amostra foi testada sem diluir; 1:2 significa que o volume da amostra foi diluído em uma parte igual de tampão; 1:4 significa que uma parte da amostra foi diluída em três partes de tampão, e assim por diante. Dessa forma, uma amostra com título 1:256 possui mais anticorpos do que uma amostra com título 1:1 (BRASIL, 2016b).

Os testes rápidos para detecção da sífilis são considerados como treponêmicos, bem como apresentam uma especificidade de 93% e sensibilidade 94,5%, e se caracterizam por execução, leitura e interpretação dos resultados em até 30 minutos de sua realização, não necessitando de um aporte laboratorial, o que facilita um diagnóstico mais rápido e contribui para diminuir a disseminação da sífilis. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a) recomenda realização de testes rápidos em localidades e serviços de saúde sem infraestrutura laboratorial ou regiões de difícil acesso; Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA); segmentos populacionais mais vulneráveis às IST's, de acordo com situação epidemiológica local; população indígena; gestantes e seus parceiros em Unidades Básicas de Saúde (UBS), particularmente no âmbito da Rede Cegonha.

A leitura do teste rápido para sífilis é realizada com base nas áreas C e T, da seguinte forma: a) observe se houve a formação de uma linha colorida na área C. A presença desta linha valida o teste e indica que não houve problema com a reação; b) em seguida, faça a leitura do resultado da amostra observando se houve ou não a formação de uma linha colorida na área T. Caso não haja formação de uma linha colorida na área C, o teste é considerado inválido, independentemente do resultado obtido na área T. Com necessidade de repetição do teste (BRASIL, 2012b). Como demonstram as Figuras 2 e 3.

Figura 2 – Exemplo de teste rápido reagente para sífilis



**Fonte:** Brasil (2010a).

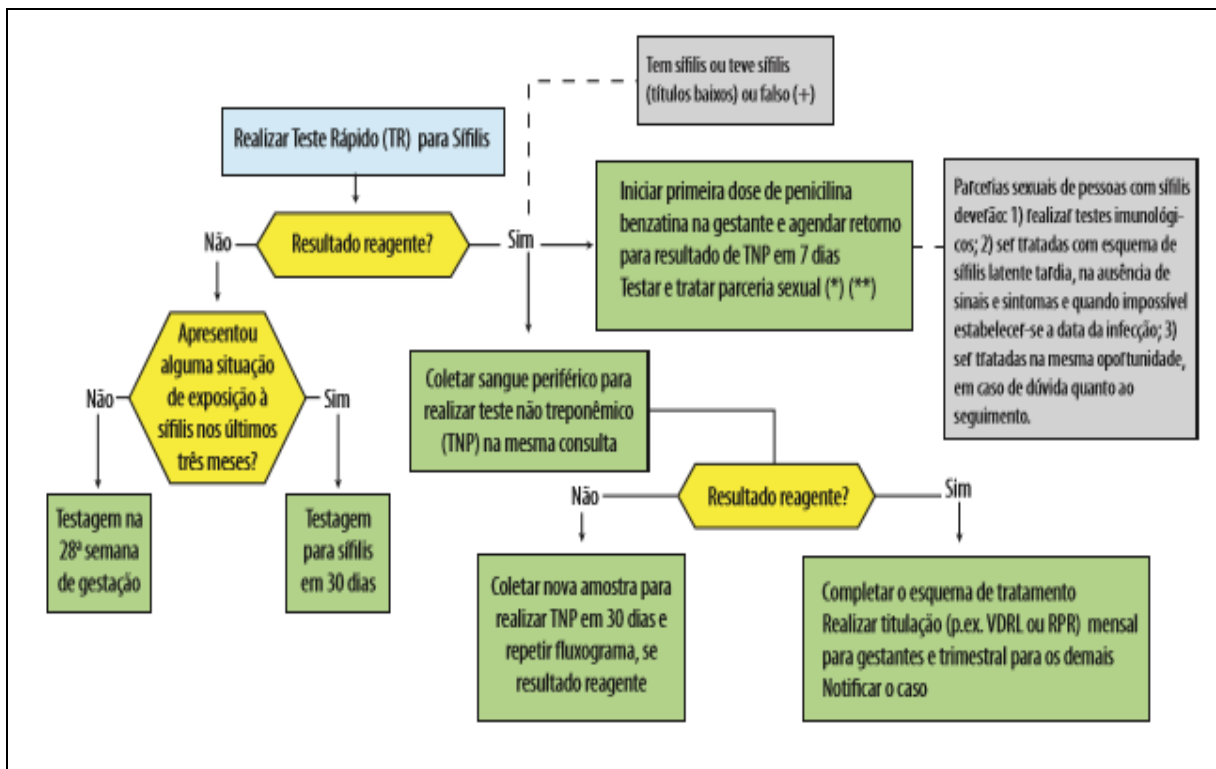
Figura 3 – Exemplo de teste rápido não reagente para sífilis



**Fonte:** Brasil (2010a).

Na prática, os testes imunológicos são os mais utilizados, podendo ser usados de diversas formas, a saber: teste rápido inicial com teste não treponêmico confirmatório; teste não treponêmico inicial com teste rápido confirmatório; e, apenas teste rápido (BRASIL, 2016a). Neste estudo, utilizou-se o manejo de teste rápido inicial com teste não treponêmico confirmatório, conforme a Figura 4, abaixo.

Figura 4 – Fluxograma para manejo da sífilis, utilizando teste rápido inicial com teste não treponêmico confirmatório



Fonte: Brasil (2016a).

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2016a), o tratamento da sífilis dá-se, preferencialmente, como método de escolha, a penicilina. Assim sendo, a quantidade de doses vai depender da evolução da infecção, como na sífilis primária, na sífilis secundária e latente recente (até um ano de duração), esquema I, administra-se penicilina G benzatina, 2,4 milhões Unidade Internacional (UI), IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo). Já nos casos de sífilis latente tardia (mais de um ano de duração) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária, esquema II, o volume total a ser administrado é três vezes a dose para os casos anteriores com 2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo), semanal, por três semanas, perfazendo uma dose total de 7,2 milhões UI de penicilina G benzatina. Dessa maneira, o agente antibiótico de escolha para o tratamento da sífilis ainda é a penicilina. Não existem cepas de *Treponema pallidum* resistentes à penicilina. Como alternativas em caso de resposta alérgica ao tratamento convencional, têm-se a ceftriaxona e a doxiciclina (NENOFF *et al.*, 2017).

No ano de 2012, 43 países relataram dados sobre a proporção de mulheres positivas para sífilis que receberam tratamento adequado, com uma média global de 94,2% tratadas

para o ano de 2012. Sendo assim, 21 países atingiram o objetivo de validação do tratamento a 95%, conforme demonstrado na Figura 5 (WHO, 2013).

Figura 5 – Percentagem de participantes de ANC positivos para sífilis que são tratados adequadamente (dados mais recentes disponíveis desde 2008)



Fonte: WHO (2013).

Ressalta-se que o acompanhamento das pessoas infectadas pelo *Treponema pallidum* deve ser realizado a cada 90 dias, e, para as gestantes, mensalmente, a serem avaliados por testes não treponêmicos, considerando a detecção de possível indicação de retratamento (quando houver elevação de títulos dos testes não treponêmicos em duas diluições (ex.: de 1:16 para 1:64, em relação ao último exame realizado), devido à possibilidade de falha terapêutica (BRASIL, 2016a). Ainda, deve-se oferecer sorologias para HIV, hepatites B e C e sífilis no caso novo e com três meses, vacinação para hepatite B e intensificar orientação quanto às medidas de prevenção.

De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil, embora o tratamento com penicilina seja muito eficaz nas fases iniciais da doença, outros métodos de prevenção devem ser praticados, uma vez que adquirir sífilis expõe as pessoas a um risco aumentado para outras IST's, inclusive a *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS)(BRASIL, 2011).

Entre as ações de prevenção do HIV e de outras IST's na Atenção Básica à Saúde destaca-se identificar os grupos populacionais mais vulneráveis para o HIV e outras IST's de sua comunidade, como os usuários de drogas, profissionais do sexo e HSH, considerando-os prioritários para as ações de prevenção e controle desses agravos e promover ações que tanto

facilitem o acesso desses grupos aos serviços de saúde, quanto possibilitem aos profissionais de saúde a superação de preconceitos e discriminação; promover, nas UBS, ações educativas e acesso aos insumos de prevenção (preservativos masculino e/ou feminino, gel lubrificante e *kit* de redução de danos) e possibilitar o envolvimento da comunidade e de lideranças locais na discussão e na execução das ações de promoção, prevenção, diagnóstico e assistência referentes às IST's/HIV/Aids e temas correlacionados (BRASIL, 2006).

Como medida de investigação, bem como de controle, foi instituída, no Brasil, a notificação compulsória para casos de sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita a partir da publicação da Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011 (BRASIL, 2011; BRASIL, 2016b). Ainda assim, observa-se um elevado índice de subnotificação da sífilis (SOEIRO *et al.*, 2014).

Dessa forma, a notificação dos casos de sífilis se justifica pelo fato de ser um instrumento de medida da dimensão desse agravo, que serve para orientar as ações de políticas públicas de controle e eliminação da doença e os serviços de vigilância epidemiológica para o planejamento de ações preventivas e de assistência (XIMENES *et al.*, 2008).

Cabe destacar a importância de esforços específicos de controle de IST's nas redes de trabalho sexual para reduzir a transmissão global. As intervenções, incluindo a divulgação entre pares, a programação de preservativos e os serviços de IST's têm sido demonstrados como viáveis e eficazes entre países e regiões. Destaca-se, ainda, que o uso de preservativos reduz a exposição, enquanto o tratamento de IST's reduz a duração da infecciosidade, e que políticas públicas que estimulem o uso de 100% de preservativos e a mobilização comunitária, alteram as condições de trabalho sexual, reduzindo, assim, a vulnerabilidade, eliminando barreiras e facilitando a adesão de intervenções diretas e eficazes (WHO, 2013).

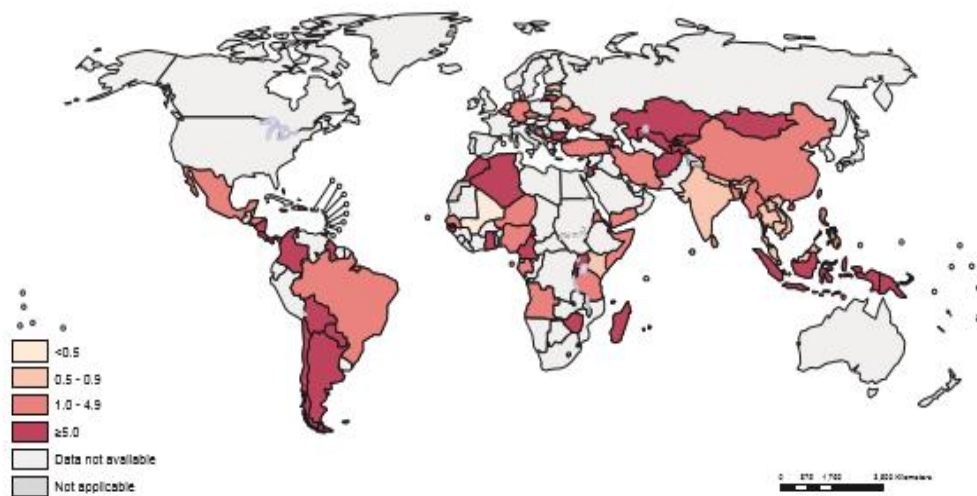
Estudo reforça que o uso constante e regular de preservativos entre MPS com suas parcerias sexuais diminuem as prevalências de infecção pelo HIV e alto índice de sífilis e que se faz necessário a intensificação dos esforços de prevenção para novas MPS, bem como aumentar o uso do preservativo no contexto de parcerias regulares (ISAC *et al.*, 2015).

As IST's são consideradas riscos ocupacionais para as MPS, e podem ser prevenidas com o uso do preservativo durante a atividade sexual. Várias são as IST's que acometem essa população, fazendo com que haja risco aumentando para outras IST's, como o HIV (WANG *et al.*, 2014).

Dados da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2013) revelam que a prevalência de sífilis é um marcador sensível de transmissão no trabalho sexual. As tendências da sífilis entre

peças que têm atuação como profissionais do sexo (PS) são frequentemente relatadas por vários países que utilizam dados de relatórios de rotina ou inquéritos especiais. No mundo, a prevalência de sífilis ativa (definida como positiva tanto num teste treponémico como não treponémico) permanece elevada – acima de 5% em pelo menos um dos últimos cinco anos, em todas as regiões, como mostra a Figura 6.

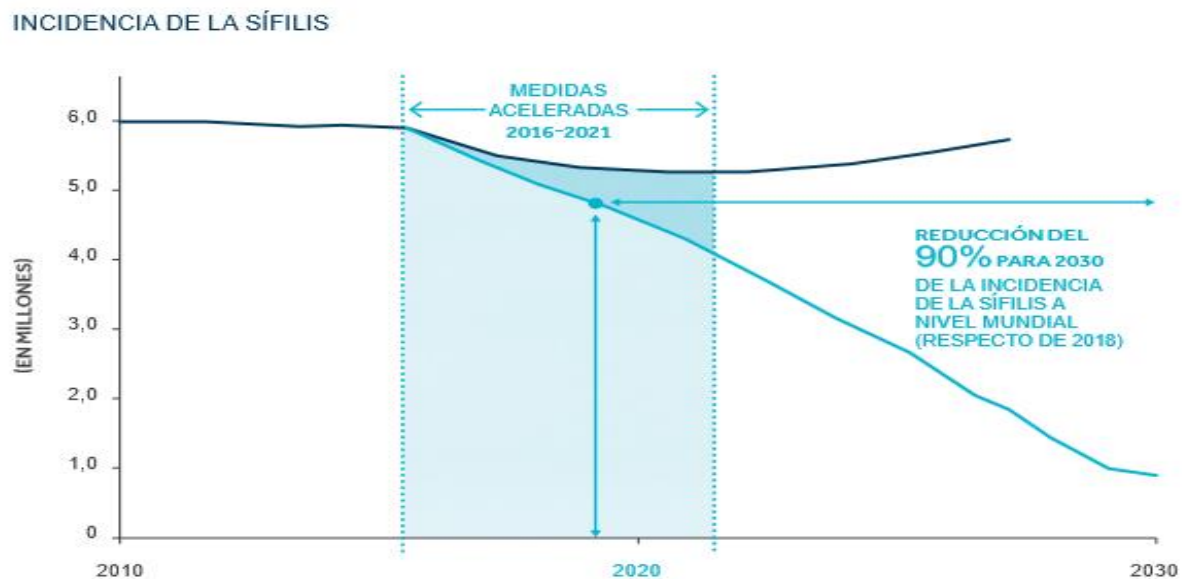
Figura 6 – Percentual de trabalhadoras do sexo com sífilis ativa (últimos dados disponíveis desde 2008)



**Fonte:** WHO (2013).

Dentre as metas programadas pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2016) como estratégia mundial no setor da saúde contra as IST's, para o ano de 2030, está a redução da incidência do *Treponema pallidum* em 90%, conforme a Figura 7, com destaque para as metas intermediárias para o ano de 2020, em que 70% das populações-chave devem ter acesso a uma gama completa de serviços relacionados a IST's/HIV, incluído, nessas ações, o acesso aos preservativos.

Figura 7 – Metas relativas à incidência da sífilis



Fonte: WHO (2016).

A prevalência de sífilis em MPS varia de 0% a 33,6% no mundo com diferenças regionais, a saber: na América: 1,4%, 4,01%, 10% e 24,6% no México, e 22,4% na Argentina; Europa: 0,1% na Inglaterra, 0% na Dinamarca; África: 9% na Tanzânia, 8,9% no Sudão; Ásia: 2,8%, 2,9%, 3,0% e 35,4% na Índia, 6,8%, 33,6% na China, 6,6% no Cazaquistão (MC GRATH-LONE *et al.*, 2014; PANDO *et al.*, 2011; REMIS *et al.*, 2015; FRANCIS *et al.*, 2014; O'HALLORAN *et al.*, 2014; ELHADI *et al.*, 2013; SARNA *et al.*, 2013; STRATHDEE *et al.*, 2013; ARORA *et al.*, 2013; BAZZI *et al.*, 2015; ZHUSSUPOV *et al.*, 2015; LIU *et al.*, 2016; GOLDENBERG *et al.*, 2012; GHOSH *et al.*, 2012).

No Brasil, a sífilis também apresenta níveis elevados variando de 4% a 19,7% com diferenças regionais, sendo 4,0% no Estado de São Paulo. Assim, trata-se de um problema mundial que requer medidas de detecção, controle e tratamento de todos os casos em diferentes contextos (DAL-POGETTO; SILVA; PARADA, 2011; SILVEIRA *et al.*, 2009; SCHUELTER *et al.*, 2013).

Pesquisas, ao estimarem a prevalência de IST's/HIV em MPS na Índia, obtiveram os seguintes resultados: Herpes Vírus Simples 2 (HSV-2) foi a ISTS detectada em 60,7%, seguido por HIV, 5,3%, sífilis 2,8%, *Chlamydia trachomatis* (CT) 2,2%, *Neisseria gonorrhoeae* (NG) 0,7%, e *Trichomonas vaginalis* (TV) 15,5%. Já as infecções vaginais mais comuns foram a vaginose bacteriana, 27,8%, e a candidíase, 18,9%. Os autores mostraram ainda que as MPS expostas a programas educacionais eram mais propensas a ter realizado

testes para HIV, ter usado preservativo na última relação sexual com clientes ocasionais, clientes de repetição e parceiros regulares, quando comparadas àquelas que não foram expostas a programas de base comunitária (SARNA *et al.*, 2013; BEATTIE *et al.*, 2014).

Estudos realizados na região da África revelaram altas prevalências de IST's/HIV em MPS, sendo que, para sífilis, variou de 3,7 a 14,5% em Botswana, e de 29,5% a 50% para o HIV, tendo como fatores de risco para aquisição de infecções: o tipo de cliente, o local de trabalho, ter parceiro não pagante, vivendo com parentes ou amigos, ter sentido medo de andar em público, venda de sexo em vários locais, e a presença de sintomas depressivos recentes foram associados positivamente com IST's/HIV (MERRIGAN *et al.*, 2015; MUSYOKI *et al.*, 2015; VUYLSTEKE *et al.*, 2012; GEZIE; TAYE; AYELE, 2015; PEITZMEIER *et al.*, 2014).

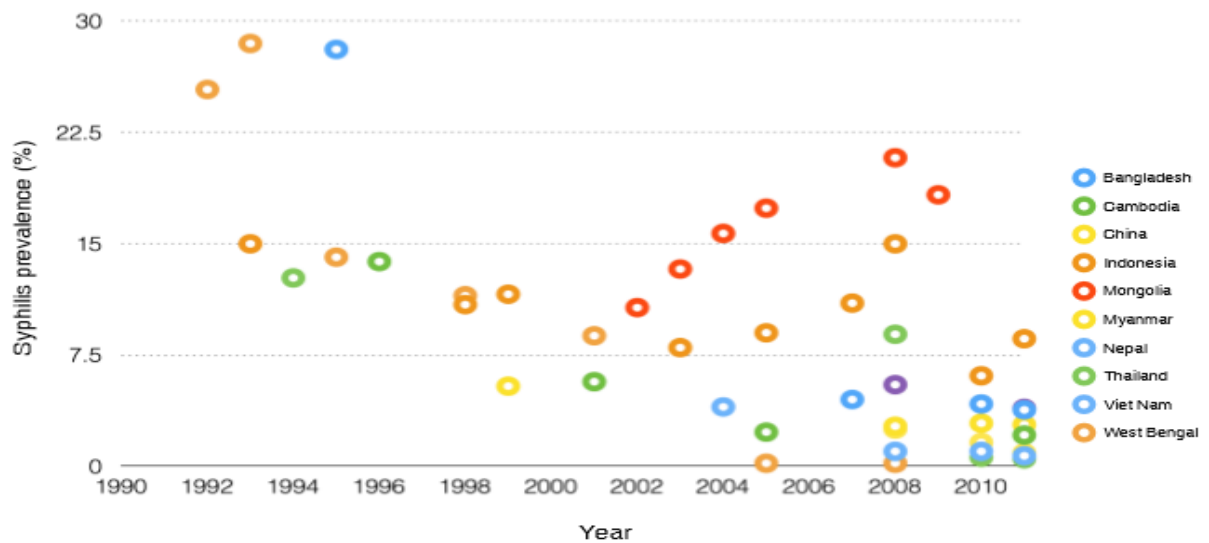
Pesquisas realizadas na China, com MPS, revelaram prevalências de HIV, sífilis e Vírus da Hepatite C (HCV), respectivamente 0,3% a 0,6%, 3,2% a 12,0% e 0,8% (WANG *et al.*, 2014; CHEN *et al.*, 2013; LI *et al.*, 2014a; LI *et al.*, 2014b; TANG *et al.*, 2014). Além do mais, o HIV, a sífilis e proporções de prevalência de HCV apresentam taxas mais elevadas em MPS de baixos níveis (WANG *et al.*, 2014).

Na região asiática, estudos realizados com MPS revelaram que elas apresentam histórico de IST's prévias e que utilizaram o serviço não governamental para buscar assistência à saúde, bem como a prevalência de sífilis de 27,8%, e de HIV de 4,7% (MUNKHBAATAR *et al.*, 2014; GHIMIRE; SMITH; TEIJLINGEN, 2011; KAZEROONI *et al.*, 2014). Diante de tais achados, percebe-se que as MPS encontram dificuldades de acesso aos serviços de saúde, configurando-se um problema grave frente a maior vulnerabilidade desse público a essas infecções, associado à elevada prevalência de IST's.

Dados da WHO (2013), ao realizar uma revisão em dez países asiáticos, demonstraram que a prevalência de sífilis entre PS, relatada por meio da *Global AIDS Response Progress Reporting* (GARPR), está bem abaixo de 10% em oito países, em comparação com 10-30% relatados na literatura para 1990-2000. Sendo que a diminuição da prevalência de sífilis estaria correlacionada com a baixa ou com o declínio da prevalência entre mulheres grávidas em vários países onde os dados estão disponíveis, como no caso do Camboja, da Tailândia e de Mianmar, conforme Figura 8.



Figura 8 – Tendências da sífilis entre profissionais do sexo em dez países asiáticos, 1990-2012



Fonte: WHO (2013).

Nos Estados Unidos, ao investigarem 44 PS, sendo 24 MPS e 20 homens, foi encontrado que 38% dos PS testaram positivamente para pelo menos uma IST's, sendo que 12,5% das MPS apresentaram mais de uma IST's e que ainda foram encontradas várias infecções concomitantes, como, também, os participantes não tinham conhecimento do risco potencial para o ISTS (ROTH *et al.*, 2013).

Dados de pesquisas realizadas na América Central demonstram que a prevalência de IST's/HIV em MPS para o HIV foi de 0,4% a 5,8% e sífilis de 3,8%, sendo que as MPS que realizam trabalho sexual com clientes regulares eram menos propensas a testar positivo para o HIV/IST's do que aqueles sem clientes regulares (MIRANDA *et al.*, 2014; HAKRE *et al.* 2013; ROBERTSON *et al.*, 2014).

Estudo que teve como objetivo avaliar a prevalência da infecção pelo HIV e pelo *Treponema pallidum* em MPS na América do Sul, de um total de 1.255 mulheres obteve-se uma prevalência de HIV de 2% (25/1 255, IC95%: 1,2 – 2,8), e para o *Treponema pallidum*, de 22,4% (CI 95 245/1 094% 19,9-24,9) (PANDO *et al.*, 2011).

No Brasil, também há vários estudos de cunho epidemiológico sobre as IST's/HIV em MPS apresentando grandes magnitudes nesse grupo populacional. As prevalências de IST's são 71,6%, com prevalências isoladas para Papiloma Vírus Humano (HPV), 67,7%; CT, 20,5%; sífilis, 4,0% a 19,7%; TV, 3,0%; Vírus da Hepatite B (HBV), 23,1%; HCV, 8,8%; e HIV, 8,8% (DAL-POGETTO; SILVA; PARADA, 2011; SCHUELTER *et al.*, 2013). Autores

ressaltam a necessidade de políticas de saúde pública voltadas para o controle e para a prevenção de IST's nessa população (MATOS *et al.*, 2013).

Autores ao avaliar o conhecimento dos PS de Pelotas/RS sobre o seu estado sorológico para sífilis e HIV, revelaram que a maioria dos entrevistados eram mulheres, 76,1%; entre 22 e 39 anos, 64,9%; brancas, 63,7%; com 5 a 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 e 88% por cento já havia realizado sorologia para HIV (SILVEIRA *et al.*, 2009).

Segundo Silva *et al.* (2016), ao avaliarem resultados de campanha de busca ativa de casos de sífilis em um município da região Norte do Brasil, foi evidenciado positividade da sorologia para sífilis em 40 (6%) casos com prevalência mais elevada em mulheres na faixa etária de 21 a 40 anos.

Estudo regional realizado com 73 MPS cadastradas na Associação das Profissionais do Sexo do Município de Picos – PI, que teve como objetivo identificar os fatores de risco para IST's em MPS, bem como verificar a associação entre uso do preservativo masculino pelo parceiro e pelo cliente e as características dessas mulheres, encontrou que a maioria das variáveis sociodemográficas e da história de prostituição não apresentou associação significativa com o uso de preservativo masculino pelo parceiro ou cliente. Contudo, o tempo de prostituição mostrou associação significativa ( $p=0,029$ ). Além do mais, as PS com mais tempo de prostituição adotam o preservativo para proteção contra as IST's (PENHA *et al.*, 2015).

Conforme Moura *et al.* (2010), ao verificar o comportamento de prostitutas quanto à prevenção de IST's e da Aids, bem como investigar como estão se prevenindo contra essas doenças, concluíram que as prostitutas não fazem uso de preservativo em todas as relações sexuais, portanto, as doenças transmitidas pelo sexo representam uma realidade. Ainda, um problema maior é a desinformação sobre as doenças, o consumo de drogas lícitas e ilícitas tornando-as mais vulneráveis ao HIV/Aids.

Nessa linha de raciocínio, é imprescindível investigar a presença de IST's em homens que procuram MPS, visto que eles também são um importante elemento dentro da cadeia de transmissão e manutenção das IST's, como demonstram Haseen *et al.* (2012) ao investigar infecções e comportamento sexual, uso de preservativo e determinantes do uso do preservativo na última relação sexual, conhecimento sobre o HIV e prevalência de IST's entre os clientes jovens de MPS em hotel em Dhaka, Bangladesh, revelando que cerca de metade

deles relatou que visitam MPS, pelo menos uma vez por mês, e 25% visitaram MPS pelo menos uma vez por semana. Apenas 12% dos participantes relataram o uso regular do preservativo. A prevalência de NG, CT, TV, sífilis e HSV-2 foi de 2,2%, 3,9%, 7,2%, 2,6% e 12,9%, respectivamente. Além do mais, apenas 15,3% procurou atendimento a ISTS no ano passado.

Para Lu *et al.* (2014), ao caracterizarem o comportamento sexual de risco e os fatores de risco de infecção pelo HIV entre clientes antigos do sexo masculino que fazem sexo com MPS, em Guangxi, obteve-se que 47 pacientes eram HIV positivos, com a prevalência de 2,29%. Ainda, ter idade  $\geq 60$  anos, divorciado/viúvo/separado, com frequências (nos últimos 30 dias) de ter sexo comercial mais de cinco vezes, nunca ou ocasionalmente usando um preservativo ao fazer sexo comercial, estava associado ao alto risco para o HIV.

Nesse contexto, outro fator de risco para aquisição de IST's/HIV/Aids e, consequentemente, para práticas sexuais desprotegidas, é o consumo de bebidas alcoólicas antes e durante as relações sexuais. Cardoso, Malbergier e Figueiredo (2008) apontam, em seu estudo, que homens, sejam eles heterossexuais e/ou homossexuais, adolescentes, imigrantes e profissionais do sexo são os que associam, com maior frequência, o uso de álcool com prática de sexo sem preservativos, ocasionando, dessa forma, maiores riscos para a transmissão e a aquisição de IST's/HIV/Aids.

Diante dos resultados em cena, que evidenciam inúmeras e altas prevalências de IST's em MPS, bem como nos seus parceiros sexuais, fazem-se necessárias medidas de programa de prevenção com vistas à diminuição e à redução da cadeia de transmissão dessas infecções.

Dessa forma, estudos corroboram com a importância de programas de prevenção e redução de IST's/HIV em MPS, com destaque especial para diminuição da prevalência de sífilis após implementação de medidas intervencionistas de educação em saúde voltadas para esse público, sugerindo que o aumento da cobertura de programas educacionais está associado à redução de casos de sífilis e de HIV entre MPS (RAJARAM *et al.*, 2014; ALARY *et al.*, 2014; CAMPOS *et al.*, 2013).

### 2.3 Atenção à saúde das mulheres profissionais do sexo

Como estratégias de atenção integral às pessoas com IST's, torna-se essencialmente prioritário reconhecer que as infecções assintomáticas afetam determinados grupos, como jovens, HSH e profissionais do sexo, populações essas com dificuldades de acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2016a). Dessa maneira, é preciso reconhecer que determinadas

populações-chave, como MPS, podem adquirir diversas infecções, mesmo na ausência de sinais e sintomas, e podem contribuir para a manutenção da cadeia de transmissão.

Leitão *et al.* (2012), ao realizarem um estudo com o objetivo de descrever as práticas de saúde utilizadas no cotidiano de 15 MPS, em Maceió – AL, concluíram que a procura pelos serviços de saúde por essas mulheres se caracteriza por difícil acesso e só ocorre em situações nas quais medidas substitutivas, como a automedicação, não atendem às suas necessidades, perfazendo a urgência do desenvolvimento de ações informativas e educativas para a mudança de comportamentos, associadas à garantia do acesso aos serviços públicos de saúde. Assim, considerando a dificuldade de acesso ao serviço de saúde, não contemplam a contento os seus direitos de universalidade, integralidade e equidade à saúde preconizado.

Dentre as inúmeras estratégias utilizadas para prevenção e proteção das IST's/HIV/Aids, tendo como base a recomendação das políticas públicas em saúde com vistas à redução das IST's/HIV/Aids, destaca-se a prevenção combinada das ISTs que englobam três linhas de ações, a saber: prevenção individual e coletiva (que engloba informação/educação em saúde; preservativo masculino e feminino; gel lubrificante; busca adequada e acesso a serviços de saúde; prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites virais; vacinação para HBV e HPV; profilaxia pós-exposição ao HIV, quando indicada; profilaxia pós-exposição às ISTs em violência sexual; redução de danos); oferta de diagnóstico e tratamento para ISTs assintomáticas (com laboratório); e manejo de IST's sintomáticas com uso de fluxogramas (com e sem laboratório) (BRASIL, 2016a).

Como medida de prevenção das IST's/HIV/Aids, o uso de preservativos é o método mais elencado como medida preventiva pela literatura, independentemente do local de atuação e prática sexual das MPS. Egger *et al.* (2000) destacam que, na América Latina, os motéis são ambientes de trabalhos para a promoção do uso de preservativos, em que disponibilizá-los nos quartos é a estratégia mais eficaz para aumentar o seu uso. Quando comparado ao uso de material de educação para a saúde, mostrou-se ineficaz, possibilitando efeitos diretos nas políticas de prevenção de IST's/HIV/Aids.

Chow *et al.* (2015), ao realizarem um estudo de revisão sistemática para avaliar os impactos das intervenções comportamentais sobre o uso do preservativo e a realização do teste do HIV entre as MPS na China, averiguaram que a abordagem por intervenções comportamentais é eficaz na melhoria do uso do preservativo e na absorção do teste do HIV entre as MPS chinesas.

Nessa linha de raciocínio, reforça-se a necessidade de se ter profissional de saúde que atenda pessoas com IST's, mesmo que ainda assintomática, da importância da adesão ao

tratamento, da responsabilização junto ao paciente na comunicação, no diagnóstico e no tratamento, das parcerias sexuais, ainda que assintomáticas, e a responsabilidade de notificação das IST's (BRASIL, 2016b).

Moura, Pinheiro e Barroso (2009) enfatizam que novas estratégias de prevenção contra as IST's/Aids devem ser priorizadas, levando em consideração as particularidades de cada grupo feminino e no contexto no qual estão inseridas. Assim como defendem o quão é importante o papel do enfermeiro como educadores e orientadores no desempenho dessas atividades e que nenhuma ação de promoção da saúde que envolva MPS terá resultados práticos sem a participação do componente educativo que atinja a população das mulheres e de suas organizações sociais.

A Rede de Atenção Primária em Saúde, dentro da lógica de noção de territorialidade, como porta de entrada do Sistema Único em Saúde (SUS), e com o alto grau de capilaridade de suas ações no âmbito do SUS, deverá realizar ações como atividades educativas para promoção à saúde e à prevenção; aconselhamento para os testes diagnósticos e para adesão à terapia instituída e às recomendações da assistência; diagnóstico precoce das IST's, infecção pelo HIV e hepatites; tratamento adequado da maioria das IST's; encaminhamento dos casos que não competem a esse nível de atenção, realizando acompanhamento conjunto; prevenção da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV; e manejo adequado dos indivíduos em uso indevido de drogas (BRASIL, 2006).

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (BRASIL, 2016a), as atividades desenvolvidas no manejo operacional das IST's na Atenção Básica envolvem: garantir o acolhimento e realizar atividades de informação/educação em saúde; realizar consulta imediata no caso de úlceras genitais; realizar coleta de material cérvico-vaginal para exames laboratoriais; realizar testagem rápida para sífilis, HIV e hepatites B e C, nos casos de IST's; realizar tratamento das pessoas com IST's e suas parcerias sexuais; seguir o protocolo do MS para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais; notificar as IST's; comunicar às parcerias sexuais do caso-índice para tratamento; referir os casos suspeitos de IST's com manifestações cutâneas extragenitais para unidades especiais; referir os casos de IST's complicadas e/ou não resolvidas para unidades com recursos para essa finalidade; e referir os casos de dor pélvica com sangramento vaginal para unidades com ginecologista e/ou que disponham de atendimento cirúrgico, quando assim se fizer necessário.

Rodrigues *et al.* (2011) reportam que há inúmeras possibilidades de se trabalhar na abordagem das IST's dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF), dentre elas, destaca-se a

possibilidade da abertura de espaços para atender não só a demanda organizada, mas a espontânea, tendo em vista o atendimento aos usuários que necessitam de urgência na assistência, como no caso das pessoas com IST's, assim como deve haver educação constante para a comunidade, de modo que haja compreensão de que prevenir é a principal maneira de controlar esses agravos e minimizar sua incidência.

Nesse sentido, é importante que a ESF estabeleça ações que fomentem o conhecimento acerca do cuidado em saúde e do funcionamento dos serviços de saúde, assim como apresente a essas mulheres os seus direitos e deveres em saúde e cidadania, oferecendo serviço de saúde com qualidade e resolutividade a essa categoria profissional (PAIVA *et al.*, 2013).

Cooper *et al.* (2014), ao realizarem uma revisão sistemática para explorar os serviços de saúde sexual e reprodutiva oportunistas para a comunicação de saúde sexual no nível de atenção primária à saúde, evidenciaram que as IST's/HIV foram menos frequentemente relatadas no grupo de intervenção em comparação com o grupo de controle; já o uso de preservativos foi maior, na maioria dos estudos, no grupo de intervenção, e o número de parceiros sexuais e de relações sexuais desprotegidas foi menor nos grupos de intervenção. Dessa forma, há evidências de que intervenções breves de aconselhamento têm algum efeito na redução e na prevenção de IST's/HIV.

Algumas iniciativas para a promoção da saúde entre Profissionais do Sexo (PS) já se apresentavam como pautas de discussão no início do século XX, como demonstra o Seminário Nacional de Aids e Prostituição, realizado em 2002, que orienta para a prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e Aids, pautados nos princípios e nas estratégias listadas a seguir: considerar que o grupo profissionais do sexo não é homogêneo, mas inclui segmentos com características, culturas, necessidades e linguagens diferentes; contemplar, nas ações de prevenção, os insumos necessários, como preservativos, lubrificantes, entre outros; incluir, obrigatoriamente, ações educativas na disponibilização de insumos; fomentar a intervenção preventiva, desenvolvendo e valorizando o autocuidado e o estímulo à busca de tratamento; incluir, nas ações de prevenção, o alcance das diversas parcerias; e incentivar a articulação entre organizações governamentais e não governamentais, procurando desenvolver ações de prevenção e assistência (BRASIL, 2002).

Nesse sentido, Figueiredo e Peixoto (2010) fazem propostas de atenção em saúde para PS e fazem referência à importância de conquistas no campo do Direito em geral, como alternativas consideráveis para a redução dessas vulnerabilidades, além de revelarem a importância da organização em redes desses grupos e a atenção às suas reivindicações.

A atenção integral à saúde das pessoas que tem atuação na prostituição deve ser pautada na contribuição dos gestores e dos profissionais de saúde para a superação do estigma e da discriminação que há na sociedade, assim como nas instituições em geral, com relação às pessoas que atuam na área de prostituição. Dessa forma, a Atenção Básica é a porta preferencial do SUS, com isso, é de suma importância o papel que essa assume de acolher e de dar atenção integral e de qualidade às pessoas que exercem a prostituição (BRASIL, 2010b).

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 Delineamento

Trata-se de uma pesquisa analítica, com abordagem quantitativa em que foi realizada uma coorte das mulheres com resultado reagente para sífilis.

#### 3.2 Local e período de realização do estudo

A pesquisa foi realizada no município de Teresina – PI, capital do Estado do Piauí, localizada na Região Nordeste do Brasil. Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017) essa cidade possui uma população estimada de 850.198 habitantes. O serviço de saúde de Teresina, possui uma Fundação Municipal de Saúde, que é um órgão central, sob uma presidência. E tem como objetivos planejar e implementar as ações nos diversos níveis de atenção à saúde no município de Teresina. No que se refere a Atenção Básica à Saúde, esta possui uma diretoria que coordena 262 Equipes da ESF com o apoio de 5 (cinco) gerências. Cada equipe da ESF conta com apoio de uma das 90 Unidades Básicas de Saúde (UBS) para realizar assistência. A pesquisa ocorreu no período compreendido entre janeiro de 2016 a junho de 2017.

Este estudo foi realizado em áreas de prostituição feminina de Teresina, tendo como referência a pesquisa de Magalhães (2013) para a definição do tamanho amostral e informantes-chave, participantes desta investigação.

#### 3.3 População/Amostra

Participaram do estudo Mulheres Profissionais do Sexo, com atuação no município de Teresina – PI. Apesar de a Associação das Prostitutas do Piauí (APROSPI) ser uma organização formal, não possui registro sobre o número exato de MPS com atuação no município de Teresina. Assim, o estudo de Magalhães *et al.* (2017) encontrou 402 MPS com atuação no referido município.

Para realização do cálculo amostral, foi considerada a prevalência de 4% de sífilis encontrada em estudos de Bazzi *et al.* (2015), nível de confiança de 95%, erro tolerável de 2%. A presente amostra foi de 358 participantes, conforme a fórmula a seguir:  $n = Z^2 \cdot (p,q)$ .



$N/e^2 (N-1) + Z^2 \cdot (p,q)$ , n= tamanho da amostra, Z= nível de confiança, prevalência presumida  $e = p-1$ , e= erro tolerável e N é população total (MEDRONHO, 2009).

### 3.3.1 Critérios de inclusão

- Atuar como mulher profissional do sexo no município de Teresina há pelo menos quatro meses;
- Apresentar um cupom válido para participar do estudo, disponibilizado por meio do método *Respondent Drive Sampling* (RDS);
- Ter idade igual ou superior a 18 anos.

### 3.3.2 Critérios de exclusão

- Ser transgênero;
- Estar gestante;
- Estar sob a influência de drogas, incluindo álcool, no momento da entrevista.

### 3.4 Recrutamento das participantes

Para compor o quadro amostral, utilizou-se como método de recrutamento o *Respondent Drive Sampling* (RDS) que, em português, quer dizer “amostragem dirigida pelo entrevistado”, que inclui vários requisitos-chave para criar a amostra representativa. O motivo da escolha desse método justifica-se pelo fato da população ser organizada em rede, dificultando, em razão disso, o acesso a ela.

Segundo Damacena, Szwarcwald e Barbosa Júnior (2011), esse método é indicado para estudos com populações complexas, considerando que o acesso a essas populações é mais fácil por um membro do grupo. Nessa linha de raciocínio, devido à dificuldade de obtenção de amostra representativa da população de mulheres profissionais do sexo, Magnani *et al.* (2005) cita que o método RDS foi concebido para amostragem probabilística de indivíduos em situação de marginalidade e de invisibilidade social, satisfazendo, assim, as dificuldades em abordar esses sujeitos e por possibilitar a estimação estatística dos parâmetros de interesse dos pesquisadores.

Mulheres profissionais do sexo são consideradas populações de “difícil acesso”, esse método permite que os participantes sejam recrutados pelos seus pares, representantes, ou seja, esses são os melhores recrutadores, possibilitando, inclusive, acesso daqueles de difícil acesso aos locais públicos. Assim, consiste em um modelo matemático que compensa o fato de a amostra não ser iniciada de forma aleatória, reforçando o papel central dos indivíduos recrutados para maior abertura de campo (HECKATHORN, 2002).

Tendo como base o método RDS, foram selecionadas 7 (sete) sementes, com características diferentes em relação aos aspectos individuais e ao local de atuação e, dessa forma, possibilitar a composição de uma amostra mais representativa e, assim, evitar resultados falseáveis ou tendenciosos. Em relação a características individuais, optou-se por: semente 1: mulheres com atuação em praças; semente 2: mulheres com atuação em bares; semente 3: mulher jovem; semente 4: mulheres com atuação em boates; semente 5: mulher negra; semente 6: mulher adulta; e semente 7: mulher com atuação na rua. A partir da seleção das sementes, cada uma recebeu três cupons e foi orientada para convidar mais três participantes. Assim, cada semente e cada pessoa recrutada por aquela, a partir do recebimento do cupom, foi considerada elegível para participar do estudo, e os novos recrutados deveriam recrutar mais três conhecidos com base no mesmo procedimento de entrega dos cupons, prosseguindo, assim, até que seja alcançado o tamanho amostral desejado e significativo.

Para Kendall (2006), levando-se em conta a grande heterogeneidade sociodemográfica dessa população, estudiosos têm reforçado a necessidade de uma seleção razoável de sementes, permitindo reunir características que espelhem a diversidade da população do estudo.

Por meio desse método, pressupõe-se que o recrutamento seja feito pelos próprios participantes e não pelos pesquisadores. Os cupons foram únicos, não falsificáveis, contendo informações sobre o horário e local da coleta de dados (APÊNDICE A). As participantes que chegaram ao local do estudo com um cupom válido e que atenderam aos critérios de inclusão constituíram a primeira “onda” do estudo. Ainda, após participarem da coleta de dados, elas receberam novos cupons para convidar outras mulheres conhecidas. Assim, a coleta de dados envolveu sucessivos ciclos de recrutamento.

Para Salganik e Heckathorn (2004), como a escolha não aleatória das participantes iniciais, é necessário atingir um número de ondas de recrutamento amplo (4 a 6), para que possa demonstrar as características da amostra de forma estável e espelhem as proporções

populacionais da qual foi extraída, alcançando o equilíbrio independentemente das sementes selecionadas.

É importante ressaltar que o presente estudo teve, pelo menos, cinco ondas na maioria das sementes, uma vez que se espera que as características sociodemográficas das participantes tenham atingido o equilíbrio e se tornem independentes das características das sementes. As participantes da última onda não receberam cupons. Vale lembrar que o número de cupons dados às participantes, caso fosse necessário, poderiam ser reduzidos para desacelerar o processo de recrutamento (uma vez que este segue progressão geométrica).

Segundo Salganik e Heckathorn (2004), para classificar o método RDS do tipo probabilístico, a amostra é inversamente ponderada de acordo com a probabilidade de seleção de cada participante, fazendo-se necessário o cumprimento de alguns requisitos para sua validação, como: 1) recrutador e recrutado serem conhecidos; 2) o controle do número de recrutados por cada indivíduo; 3) o rastreamento da cadeia de recrutamento – quem recrutou quem e, por fim; 4) o conhecimento do tamanho da rede social de cada participante.

Cabe destacar que o fluxograma do acompanhamento das MPS com diagnóstico para sífilis em mulheres profissionais do sexo está descrito nos Apêndices B e C.

### 3.5 Conceitos e Definições

- a) **Sífilis adquirida:** compreende a transmissão predominantemente pelo contato sexual, sendo classificada pelo tempo de infecção: sífilis adquirida recente (menos de um ano de evolução), sífilis adquirida tardia (mais de um ano de evolução); e segundo as manifestações clínicas da sífilis: primária, secundária, latente recente, latente tardia e terciária (BRASIL, 2016a).
- b) **Adesão ao seguimento clínico:** considerou-se adesão ao seguimento clínico a realização de testes não treponêmicos e declínio em torno de duas diluições em três meses e três diluições em seis meses (BRASIL, 2016a).
- c) **Não adesão ao seguimento clínico:** estabeleceu-se como não adesão ao seguimento clínico a ausência do comparecimento das mulheres profissionais do sexo aos serviços de saúde.
- d) **Sucesso de tratamento:** foi considerado a ocorrência da diminuição dos títulos em torno de duas diluições em três meses, de acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2016a).

- e) **Cicatriz ou memória imunológica:** persistência de títulos baixos que podem durar anos ou a vida toda (BRASIL, 2016a).
- f) **Esquema I:** conceituou-se esquema I a administração de penicilina G benzatina, 2,4 milhões Unidade Internacional (UI), IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo).
- g) **Esquema II:** estabeleceu-se o volume total a ser administrado é três vezes a dose do esquema I com 2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo), semanal, por três semanas, perfazendo uma dose total de 7,2 milhões UI de penicilina G benzatina.
- h) **Caso de sífilis:** nesse estudo foi considerado um caso de sífilis, resultados reagentes para sífilis com titulação igual ou superior a 1/1 sem tratamento prévio.

### 3.6 Capacitação da equipe, instrumento e coleta de dados

#### 3.6.1 Auxiliares da pesquisa

A coleta de dados contou com o auxílio de cinco alunos da graduação que têm projetos de pesquisa por meio do *Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC)* ou *Iniciação Científica Voluntária (ICV)* e tiveram atuação na aplicabilidade do instrumento e também na realização do teste rápido, sob a supervisão da pesquisadora responsável. Para a seleção dos alunos, foi considerado o seu perfil acadêmico e a afinidade com o tema. Após a seleção dos participantes foi realizada uma capacitação sobre técnicas de abordagem a populações de maior vulnerabilidade com utilização do laboratório de simulação da Universidade Federal do Piauí (UFPI); todos os alunos receberam capacitação para realização do teste rápido conduzido pela orientadora e mestrando com carga horária de 30 horas. Durante a coleta de dados foi realizado reuniões quinzenais ou conforme a necessidade e discussões por meio do grupo de estudo.

#### 3.6.2 Instrumentos para coleta dos dados

Foi aplicado um instrumento utilizado por Magalhães *et al.* (2013) e adaptado para este estudo (APÊNDICE D). Para realização do seguimento clínico das mulheres com resultado reagente para sífilis, foi aplicado um novo instrumento, seguimento ambulatorial da sífilis, que também foi submetido à validação quanto à forma e ao conteúdo por três

especialistas na temática, com as sugestões discutidas e acatadas.

As variáveis de interesse foram agrupadas nas seguintes categorias: variáveis independentes: sociodemográficas (idade, procedência, tem companheiro, cor autorreferida, religião, escolaridade, renda mensal individual, filho e local de trabalho); comportamentais sexuais (orientação sexual, parceria fixa remunerada, número de parceiros sexuais na semana anterior à coleta, relação sexual no período menstrual, tipos de práticas sexuais, usa anticoncepcional, conhece preservativo feminino, usa preservativo masculino com parceria fixa, usa preservativo masculino com parceria casual); adesão ao seguimento clínico (situação de saúde, parcerias sexuais, condutas dos serviços de saúde, situação do caso); e variável dependente: exposição a sífilis (positividade na testagem rápida e VDRL).

### 3.6.3 Coleta dos Dados

A coleta de dados ocorreu em três momentos distintos, no período de janeiro de 2016 a junho de 2017 a saber:

#### **Primeira etapa:** Triagem das participantes

Nesse momento, foi aplicado um formulário de forma individual, em locais de prostituição, para todas as mulheres elegíveis ao estudo que se apresentaram no local da coleta. Após a aplicação do formulário, foi realizado teste rápido para coleta de material biológico das mulheres para detecção da sífilis. Para a coleta do material biológico, seguiram-se as seguintes etapas:

**Teste rápido:** antes da coleta de sangue (capilar) para testagem rápida para sífilis, treponêmico, as participantes receberam aconselhamento pré-teste. Em seguida, coletou-se uma pequena amostra de sangue capilar em dedo médio, e se colocou na fita teste, e aguardou-se de 20 a 30 minutos para os resultados (BRASIL, 2016b). Para os resultados não reagentes, reforçou-se as práticas sexuais seguras, para minimizar o risco às IST. Faz-se necessário reforçar que toda a técnica de coleta utilizou materiais descartáveis e todas as medidas de biossegurança foram atendidas, seguindo as recomendações dos protocolos do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais. Para os resultados não reagentes, receberam orientações de prevenção e de cuidados com a saúde, encerrando-se a sua participação no estudo. Os resultados foram entregues para todas as participantes, mediante a entrega de laudos reagentes (ANEXO A) e não reagentes (ANEXO B).

**Coleta de sangue periférica:** Para aquelas que obtiveram resultados reagentes na testagem rápida, foram coletados 10ml de sangue periférico no próprio local de atuação das mulheres profissionais do sexo por punção venosa.

O material coletado foi acondicionado em tubos estéreis Vacutainer (Beckton Dickinson, Rutherford, NJ, USA), contendo anticoagulante (heparina), todos identificados pela numeração dos formulários e pelas iniciais das participantes. Em seguida, foram armazenados em caixas de isopor para manter conservadas as amostras de sangue, e foram encaminhados pelos pesquisadores para o laboratório Dr. Raul Bacelar, conveniado para realização de teste rápido *Dual Path Platform* (DPP) sífilis e VDRL, no máximo três horas após a coleta.

Ainda, nesse momento, ficou agendado um novo retorno com as participantes com data, horário e local previamente marcados, com intervalo de sete dias, para entrega dos resultados dos testes laboratoriais e para o encaminhamento dos casos necessários para tratamento em unidades de saúde.

### **Segunda etapa:** Seguimento clínico dos casos reagentes

As participantes com resultado reagente para VDRL foram encaminhadas para a UBS municipal Cidade Verde, do município de Teresina, em que os profissionais de saúde já estavam cientes do encaminhamento para a realização do tratamento da sífilis. Para a realização dessa etapa, a equipe participou de reunião com a gestão municipal em saúde e a gerencia de atenção básica para definição de melhor estratégia de encaminhamento e seguimento clínico. Ficou acordado que as participantes poderiam ser encaminhadas para uma determinada unidade básica de saúde, mas poderiam escolher outra unidade de saúde de sua preferência. O encaminhamento foi realizado de maneira formal (APÊNDICE E). Após encaminhamento a participante foi orientada a retornar ao mesmo local da coleta, com intervalo de 30 dias, para aplicação de um novo instrumento sobre o seguimento clínico. Para as mulheres que buscaram o tratamento, foi agendada nova coleta de sangue para realização de VDRL, após 60 dias, a fim de avaliar a titulação. As mulheres que não buscaram o tratamento no período de 30 dias, receberam novo encaminhamento, as que aceitaram e, em seguida, agendado novo encontro para 30 dias. Cabe ressaltar, que foram realizadas cinco tentativas de contato, e para as participantes que não compareceram ao serviço de saúde, após essas tentativas, deu-se o caso por encerrado.

### **Terceira etapa:** Encerramento dos casos

As participantes que obtiverem resultados com diminuição da titulação, encerrou-se o caso. Diante da possibilidade de resultados reagentes com titulação ascendente a equipe deveria realizar um novo encaminhamento e agendar uma terceira coleta de sangue periférico, com 90 dias.

Os resultados do VDRL foram classificados de acordo com as titulações, como baixos títulos (1/1, 1/2, 1/4) e altos títulos (igual ou superior a 1/8), conforme Campos *et al.* (2008). Títulos com valores 1/1 com tratamento prévio e titulação não ascendente foi considerado cicatriz sorológica. Destaca-se que a indicação do sucesso do tratamento foi mediante a diminuição dos títulos em torno de duas diluições (por exemplo, de 1:64 cai para 1:16) em três meses, bem como a elevação de duas diluições ou mais foi considerado a possibilidade de reinfeção ou reativação da infecção (BRASIL, 2016b). Toda a etapa da coleta de dados encontra-se descrita no Quadro 1 (APÊNDICE E).

### 3.7 Análise, interpretação e apresentação dos dados

Todas as variáveis do instrumento da coleta de dados foram organizadas e codificadas em um dicionário denominado de *codebook*. Os dados das entrevistas e os resultados do teste sorológico após o controle de qualidade de coleta de campo e a dupla digitação, foram exportados para o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0 para tratamento e geração dos resultados.

Foram realizadas análises exploratórias dos dados coletados, incorporando a complexidade do desenho amostral, com vistas a caracterizar a população do estudo e responder aos objetivos propostos, por meio de distribuição de frequência (uni e bivariada) e medidas descritivas (médias, desvio padrão e/ou medianas). As diferenças entre as proporções foram verificadas mediante aplicações dos testes Qui-quadrado de Pearson com correção ao nível de significância 5% ( $<0,05$ ). Vale ressaltar que os dados foram expostos em formas de tabelas.

### 3.8 Aspectos éticos

O presente estudo faz parte de um projeto maior intitulado “Seguimento ambulatorial do HIV e Sífilis em mulheres profissionais do sexo”, o qual teve parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)/UFPI sob o número 0425.0.045.000-11 (ANEXO C).

Assim, após o consentimento do CEP/UFPI, iniciou-se a coleta com todas as mulheres profissionais do sexo presentes nos locais de prostituição, onde foram informadas sobre os objetivos do estudo e convidadas para participar, e, após consentimento, assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE G) em duas vias, para atender às exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que trata de pesquisa envolvendo seres humanos. Nesse sentido, assegurou o sigilo, a privacidade e o respeito de cada mulher, bem como a autonomia, a não maleficência, a beneficência, a justiça e a equidade (BRASIL, 2012c).

Naquele momento, foi realizado também aconselhamento individual para a realização do teste rápido para sífilis e aquelas que concordaram em fazer o exame assinaram outro Termo de Consentimento Específico para Sífilis (APÊNDICE H). O projeto foi aprovado, pela a APROSPI, que o autorizou (ANEXO D), bem como para a Fundação Municipal de Saúde de Teresina – PI (ANEXO E).

A pesquisa acarretou risco mínimo, com pequeno desconforto transitório resultante da dor no local da picada da agulha durante a coleta de sangue, bem como certo constrangimento por responder perguntas de cunho íntimo. Todos foram contornados ou minimizados com a equipe de pesquisa devidamente capacitada e qualificada para saber respeitar e interromper os procedimentos quando houvesse necessidade. O principal benefício deste estudo envolveu a oportunidade de detecção dos casos reagentes para sífilis e encaminhamento para tratamento, bem como orientações sobre as medidas de prevenção relacionada às IST's/HIV/Aids.



## 4 RESULTADOS

Do total de participantes (n=358), foi detectada uma prevalência de 7,5% de sífilis em mulheres profissionais do sexo de Teresina – PI. A idade das participantes variou de 18 a 59 anos, sendo que essa prevalência foi mais elevada nas mulheres com idade entre 25 e 39 anos, 14 (3,9%), com IC95% (56,99-67,01), e procedente de Teresina, 23 (6,4%), com IC95% (73,07-81,73), tabela 1.

Em relação à situação conjugal, 339 (94%) delas não referiram não ter companheiro fixo fora do contexto da prostituição e se declararam como solteiras, viúvas ou divorciadas, com prevalência maior nas mulheres sem companheiro 26 (7,2%), com IC95% (92,26-96,94) e que se autodeclararam brancas 9 (2,5%), com IC95% (40,84-51,16), valor de  $p \leq 0,001$ . No que se refere à religião, 51 (14,2%) não tinham religião, com prevalências mais elevadas entre aquelas que afirmaram que professam alguma religião 22 (6,1%), com IC95% (79,1-92,4).

Do total de participantes, 241 (52,3%) afirmaram ter menos de oito anos de estudo e 20 (5,5%) se declararam analfabetas, sendo que há prevalência mais elevada em mulheres que relataram menos anos de estudo 19 (5,3%), com IC95% (63,38-73,02).

A renda mensal individual variou de sem rendimento a 10 salários mínimos, com maior frequência de um a dois salários mínimos, 147 (41,1%). A sífilis foi mais elevada em mulheres que relataram ter renda menor do que um salário mínimo 14 (3,9%), com IC95% (39,85-50,15). Em relação ao número de filhos, a maioria, 301 (84,1%) tinham de 1 a 2 filhos, com IC95% (24,02-33,38), valor de  $p \leq 0,049$ . Essas mulheres têm atuação em bares 182 (50,2%) e em praças 122 (34,4%). Elevadas prevalências em mulheres com atuação em bares 14 (3,9%), com IC95% (45,63-55,97) e em praças 12 (3,3%), com IC95% (29,1-38,9), conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Prevalência da sífilis com distribuição total do número e percentual das mulheres profissionais do sexo segundo aspectos demográficos (n=358). Teresina, PI, 2015 a 2017

Características	N	(%)	Prevalência da sífilis (n=27)		IC95%*
			n(%)	P	
<b>Faixa etária (anos)</b>					
18 a 24	93	26,0	10(2,8)		(21,47-30,52)
25 a 39	222	62,0	14(3,9)	0,390	(56,98-67,02)
40 a 59	43	12,0	3(0,8)		(8,64-15,35)
<b>Procedência</b>					
Teresina	277	77,4	23(6,4)		(73,07-81,73)
Outro Local	81	22,6	4(1,1)	0,313	(18,27-26,93)
<b>Ter companheiro fixo fora da prostituição</b>					
Sim	19	5,4	1(0,3)		(3,06-7,74)
Não	339	94,6	26(7,2)	0,57	(92,26-96,94)
<b>Cor autorreferida</b>					
Preta	118	33,0	8(2,2)		(28,13-37,87)
Parda	72	20,2	8(2,2)		(16,05-24,35)
Branca	165	46,0	9(2,5)	<b>0,001</b>	(40,84-51,16)
Amarela	3	0,8	2(0,6)		(0,12-1,72)
<b>Professa Religião</b>					
Sim	307	85,8	22(6,1)	0,215	(79,1-92,4)
Não	51	14,2	5(1,4)		(10,5-17,8)
<b>Anos de estudo</b>					
Analfabeta	20	5,6	1(0,2)		(3,22-7,98)
1 a 8	244	68,2	19(5,3)	0,901	(63,38-73,02)
≥ 8	94	26,2	7(2,0)		(21,65-30,75)
<b>Renda individual mensal (salário mínimo)</b>					
< 1	161	45,0	14(4,0)	0,755	(39,85-50,15)
1 a 2	168	47,0	11(3,0)		(41,83-52,17)
≥3	29	8,0	2(0,5)		(5,19-10,81)
<b>Número de filhos</b>					
Não tem	200	56,0	9(2,5)		(50,86-61,14)
1 a 2	103	28,7	12(3,4)	<b>0,049</b>	(24,02-33,38)
≥ 3	55	15,3	6(1,6)		(11,58-19,02)
<b>Local de trabalho</b>					
Praça	122	34,0	12(3,3)		(29,1-38,9)
Rua	14	4,0	1(0,3)	0,241	(1,98-6,02)
Bares	182	50,8	14(3,9)		(45,63-55,97)
Boate	40	11,2	0(0,0)		(7,94-14,46)

Fonte: Pesquisa direta.

Legenda: \*Intervalos de confiança de 95%.

Quanto ao comportamento sexual, 340 (94,9%) referiram ser heterossexual e apresentaram uma prevalência para sífilis de 25 (6,9%) IC95% (92,62-97,17). Ainda, 152 (42,5%) mulheres informaram ter parceiros fixos com remuneração na prostituição e 206 (57,5%) relataram ter parceiros fixos sem remuneração.

O número de parceiros casuais na semana anterior à coleta variou de 1 a 15 clientes. Sendo que 106 (29,6%), de 1 a 5 clientes; 173 (48,4%) de 6 a 10 clientes; 52 (14,5%) de 11 a 15 clientes, e 27 (7,5%) com mais de 15 clientes.

A prática sexual vaginal foi relatada por 308 (86,0%) mulheres com maior prevalência da sífilis 19 (5,3%), com IC95% (82,41-89,59), valor de  $p \leq 0,009$ ; seguido por mais de um tipo de prática, 40 (11,2%) e anal 10 (2,8%).

Em relação à prática sexual durante o período menstrual, 9 (2,7%) mulheres informaram ter prática sexual sem o preservativo, 61 (17%) praticavam com preservativo e 288 (80,5%) afirmaram não ter a prática sexual durante esse período, com prevalência de 20 (5,5%), com IC95% (76,4-84,6).

Com relação ao uso de anticoncepcionais, 107 (29,8%) relataram usar anticoncepcional e 251 (70,2%) não fazem uso de anticoncepcional, com prevalência maior em quem não usa o anticoncepcional de 17 (4,7%), com IC95% (65,47-74,93).

Em relação ao conhecimento do preservativo feminino, obteve-se que a grande maioria não o conhecia, 324 (90,5%). Já em relação ao uso de preservativo masculino com o parceiro fixo na prostituição, 91 (25,5%) declararam que nunca usavam, com prevalência de 10 (2,8%), com IC95% (20,99-30,01). No que se refere ao uso com o parceiro casual, 285 (79,6%) afirmaram que usa, conforme demonstra a Tabela 2.

Tabela 2 – Prevalência da sífilis segundo o comportamento de risco em mulheres profissionais do sexo (n=358). Teresina, PI, 2015 a 2017

Características	N	(%)	Prevalência da sífilis (n=27)		IC95%*
			n(%)	P	
<b>Orientação sexual</b>					
Heterossexual	340	94,9	25(6,9)		(92,62-97,17)
Homossexual	15	4,1	1(0,3)	0,39	(2,05-6,15)
Bissexual	3	1	1(0,3)		(0-2)
<b>Parceria fixa remunerada na prostituição</b>					
Sim	152	42,5	13(3,6)		(37,38-47,62)
Não	206	57,5	14(4,0)	0,534	(52,37-62,62)
<b>Número de parceiros casuais na semana anterior a coleta (clientes)</b>					
1 a 5	106	29,6	8(2,2)		(24,88-34,32)
6 a 10	173	48,4	12(3,3)	0,688	(43,23-53,57)
11 a 15	52	14,5	4(1,1)		(10,86-18,14)
≥ 15	27	7,5	3(0,9)		(4,78-10,22)
<b>Tipo de sexo que pratica</b>					
Vaginal	308	86,0	19(5,3)	<b>0,009</b>	(82,41-89,59)
Anal	10	2,8	3(0,8)		(1,1-4,5)
Mais de um tipo	40	11,2	5(1,4)		(7,94-14,46)
<b>Tem relação sexual no período menstrual</b>					
Sim, sem preservativo	9	2,5	1(0,3)		(0,89-4,11)
Sim, com preservativo	61	17,0	6(1,7)	0,680	(13,11-20,89)
Nunca tenho relações	288	80,5	20(5,5)		(76,4-84,6)
<b>Usa anticoncepcional</b>					
Sim	107	29,8	10(2,8)		(25,07-34,53)
Não	251	70,2	17(4,7)	0,405	(65,47-74,93)
<b>Conhece o preservativo feminino</b>					
Sim	34	9,5	26(7,2)		(6,47-12,53)
Não	324	90,5	1(0,3)	0,281	(87,47-93,53)
<b>Usa o preservativo masculino com o parceiro fixo na prostituição (n=112)</b>					
Nunca usa	91	25,5	10(2,8)		(20,99-30,01)
Usa menos da metade das vezes	21	5,8	2(0,5)	0,300	(3,38-8,22)
<b>Usa o preservativo masculino com o parceiro casual</b>					
Sim	285	79,6	25(7,0)		(75,43-83,77)
Não	69	19,2	2(0,5)	0,215	(15,12-23,28)
Às vezes	4	1,2	0(0,0)		(0,1-2,3)

Fonte: Pesquisa direta.

Legenda: \*Intervalos de confiança de 95%.

Das 27 MPS com VDRL reagentes, a primeira titulação variou de 1/1 a 1/64 e todas foram encaminhadas para tratamento. Desse total, 8 (29,6%) compareceram aos serviços de saúde público e 9(33,3%) não foram localizadas para aplicação do instrumento. Das mulheres que buscaram o serviço de saúde, foi detectado redução da titulação com variação de não-reagente a 1/16. Das mulheres encaminhadas, 4 (14,8%), buscaram o atendimento com menos de uma semana da data do encaminhamento e 6 (22,2%) foram atendidas pelo profissional médico.

Em relação ao tratamento recebido, 7 (25,9%) iniciaram após o primeiro atendimento, sendo que uma das mulheres, (3,7%), não recebeu gratuitamente a medicação prescrita. O tipo de tratamento predominante foi para sífilis esquema I. E em duas (7,4%) mulheres, a medicação foi administrada na região deltoide. 1 (3,7%) retornou ao serviço após o tratamento, 2 (7,4%) das mulheres receberam novo encaminhamento (Tabela 3). O não comparecimento foi justificado por dificuldade de acesso, 1 (3,7%).

Tabela 3 – Distribuição de Mulheres Profissionais do Sexo com VDRL reagentes para sífilis que realizaram o seguimento clínico (n=8). Teresina, PI, 2016-2017

Variáveis	Seguimento clínico 8(29,6)	
	N	%
<b>Titulação do primeiro VDRL/Titulação do segundo VDRL (n=08)</b>		
1/1	2	7,4
1/32	4	14,8
1/64	2	7,4
<b>Profissional que prestou atendimento</b>		
Médico	6	22,2
Enfermeiro	2	7,4
<b>Informou ser profissional do sexo</b>		
Sim	2	7,4
Não	6	22,2
<b>Foi vítima de algum preconceito durante o atendimento</b>		
Não	8	29,6
<b>Tipo de serviço de saúde</b>		
Público	8	29,6
<b>Tipo de estabelecimento</b>		
Unidade Básica de Saúde	6	22,2
Hospital	2	7,4
<b>Tempo para procurar o serviço de saúde</b>		
Menos de uma semana	4	14,8
Uma a duas semanas	3	11,1
3 a 4 semanas	1	3,7
<b>Foi atendida no mesmo dia, ao procurar o serviço de saúde</b>		
Sim	6	22,2
Não	2	7,4
<b>Iniciou o tratamento após o primeiro atendimento</b>		
Sim	7	25,9
Não	1	3,7
<b>Recebeu grátis a medicação</b>		
Sim	7	25,9
Não	1	3,7
<b>Número de doses de injeção recebida</b>		
Uma	1	3,7
Duas	2	7,4
Três	5	18,5
<b>Esquema de aplicação das doses</b>		
Esquema I	3	11,1
Esquema II	5	18,5
<b>Local de administração da injeção</b>		
Glúteo	6	22,2
Deltoide	2	7,4
<b>Após tratamento retornou ao serviço de saúde</b>		
Sim	1	3,7
Não	7	25,9
<b>Por que não procurou o serviço de saúde</b>		
Dificuldade de acesso	1	3,7
<b>Novo encaminhamento</b>		

Sim	2	7,4
Não se aplica	7	25,9

**Fonte:** Pesquisa direta.

Das mulheres que realizaram tratamento, 6 (22,2%) relataram ter parceria fixa na prostituição e fora da prostituição. Sendo que 5 (18,5%) fora da prostituição. Em relação à comunicação do seu diagnóstico ao parceiro, metade 4 (14,8%) informou ao fixo fora da prostituição e 7 (25,9%) não informaram para os parceiros casuais. Dos clientes informados fora da prostituição, 1 (3,7%) realizou o tratamento. Entre os motivos para não informar o diagnóstico, 4 (14,8%) mulheres não informaram por vergonha e 1 (3,7%) o parceiro não sabia da sua condição de atuação na prostituição.

Em relação ao uso do preservativo após o diagnóstico, 4 (14,8%) relataram que sempre usam, 4 (14,8%) usam às vezes, e 1 (3,7%) não informou. No tocante ao tipo de parceria, 6 (22,2%) afirmaram usar, às vezes, com o parceiro fixo fora da prostituição; 3 (11,1%) usam com o parceiro fixo na prostituição, e 3 (11,1%) confirmaram nunca usar o preservativo com o parceiro casual.

Entre os motivos para a não realização do tratamento pelo parceiro, 1 (3,7%) acredita que não tem a infecção, e 1 (3,7%) recusou a fazer o tratamento (Tabela 4).

Tabela 4 – Comportamento sexual de mulheres profissionais do sexo, com VDRL reagentes que realizaram o seguimento clínico (n=08). Teresina, PI, 2016-2017

Variáveis	Seguimento clínico 8(29,6)	
	N	%
<b>Tem parceria sexual</b>		
Sim	6	22,2
Não	2	7,4
<b>Essa parceria fixa</b>		
É fora da prostituição	5	18,5
É na prostituição	1	3,7
Ambos	1	3,7
<b>Comunicou o (a) parceiro fixo (a) fora da prostituição</b>		
Sim	4	14,8
Não	3	11,1
Não se aplica	1	3,7
<b>Comunicou o (a) parceiro fixo (a) na prostituição</b>		
Sim	1	3,7
Não	5	18,5
Não se aplica	2	7,4
<b>Comunicou o (a) parceiro casual</b>		
Sim	1	3,7
Não	7	25,9
<b>Parceiro (a) fez tratamento</b>		
Sim	2	7,4
Não	5	18,5
Não comunicou	1	3,7
<b>Tipo de parceria que fez tratamento</b>		
Fixo fora da prostituição	1	3,7
Não sei informar	1	3,7
Não se aplica	4	14,8
<b>Motivos que levaram não informar o parceiro (a)</b>		
Vergonha	4	14,8
Ele não sabe da minha condição de trabalho	1	3,7
Não se aplica	5	18,5
<b>Relação sexual sem o uso de preservativo após o diagnóstico</b>		
Sim	4	14,8
Não		
Algumas vezes	4	14,8
Não sei ou não quero responder	1	3,1
<b>Relação sexual com o uso de preservativo com seu parceiro (a) fixo (a) fora da prostituição, após o diagnóstico</b>		
Sempre	2	7,4
Às vezes	6	22,2
<b>Relação sexual com o uso de preservativo com seu parceiro (a) fixo (a) na prostituição, após o diagnóstico</b>		
Sempre	3	11,1
Às vezes		
Nunca		
Não sei ou não quero responder	5	18,5
<b>Relação sexual com o uso de preservativo com seu parceiro (a) casual, após o diagnóstico</b>		



Sempre	4	14,8
Às vezes	1	3,7
Nunca	3	11,1
Não sei ou não quero responder	1	3,7
<b>Por que seu parceiro (a) não fez o tratamento</b>		
Acredita não estar infectado	1	3,7
Recusa-se a fazer o tratamento	1	3,7
Outros	1	3,7
Não se aplica	4	14,8

**Fonte:** Pesquisa direta.

Em relação às condutas adotadas pelos profissionais de saúde, 8 (29,6%) das MPS revelaram que não receberam solicitação para repetir o VDRL, e não foram testadas para HIV e Hepatites virais. E não receberam vacina contra hepatite B.

No que se refere à orientação recebida durante o tratamento da sífilis, 6 (22,2%) receberam orientação sobre a importância de fazer o uso correto da medicação, 3 (11,1%) sobre a importância de manter abstenção sexual durante o tratamento, 5 (18,5%) manter relação sexual somente com o uso de preservativos, e 3 (11,1%) afirmaram não terem recebido informações sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis. Verificou-se que 4 (14,8%) relataram não ter recebido informes sobre a importância da adesão ao tratamento.

No que tange à convocação das parcerias para fazer exames, somente 2 (7,4%) foram convocados, desses, 1 (3,7%) procurou o serviço de forma espontaneamente. Quando questionadas sobre a avaliação do serviço de saúde prestado durante o tratamento, a maioria, 6 (22,2%), afirmou ter sido boa a assistência prestada.

Tabela 5 – Assistência recebida pelas mulheres profissionais do sexo com VDRL reagentes que realizaram o seguimento clínico (n=08). Teresina, PI, 2016-2017

Variáveis	Seguimento clínico 8(29,6)	
	N	%
<b>Repetir o VDRL</b>		
Sim		
Não	8	29,6
<b>Usar corretamente a medicação</b>		
Sim	6	22,2
Não	2	7,4
<b>Atividade sexual normal</b>		
Sim	4	14,8
Não	4	14,8
<b>Não ter relação sexual durante o tratamento</b>		
Sim	3	11,1
Não	5	18,5
<b>Ter relação sexual durante o tratamento com uso de preservativo</b>		
Sim	5	18,5
Não	3	11,1
<b>Informou sobre IST's</b>		
Sim	5	18,5
Não	3	11,1
<b>Vacinação contra hepatite B</b>		
Sim		
Não	8	29,6
<b>Retorno após 90 dias</b>		
Sim	2	7,4
Não	6	22,2
<b>Informar parceiro e trazer para tratamento</b>		
Sim	3	11,1
Não	5	18,5
<b>Ofertas de preservativo e gel lubrificante</b>		
Sim	2	7,4
Não	6	22,2
<b>Importância da adesão ao tratamento</b>		
Sim	4	14,8
Não	4	14,8
<b>Testagem rápida para HIV/Hepatite B e C</b>		
Sim		
Não	8	29,6
<b>Convocação do parceiro (a) para fazer exames</b>		
Sim	2	7,4
Não	4	14,8
Não se aplica	2	7,4
<b>Não houve necessidade, foi espontaneamente</b>		
Sim	1	3,7
Não		
<b>Avaliação do serviço de saúde</b>		
Péssimo	1	3,7
Bom	6	22,2
Ótimo	1	3,7

Fonte: Pesquisa direta.

Das 27 MPS com resultados reagentes, não foi possível localizar 10 (dez) (37,0%) em razão da mudança da localidade de atuação e/ou fechamento do local de prostituição. Assim, 17(62,9%) foram localizadas e encaminhadas para serviço de saúde para realização do seguimento clínico. Desse total, nove (33,3%) não buscaram o serviço de saúde, mesmo após cinco tentativas de encaminhamento, que informaram dificuldade de acesso ao serviço e falta de disponibilidade de tempo. Das oito (29,6%) mulheres que buscaram o serviço, apenas quatro (14,8%) obtiveram adesão clínica, e sucesso no tratamento.

## 5 DISCUSSÃO

Mulheres Profissionais do Sexo apresentam alta prevalência de sífilis, considerada seis vezes mais elevada quando comparada com a prevalência da sífilis em gestantes do Piauí (BRASIL, 2015b). Resultados semelhantes foram evidenciados na literatura internacional com variação de prevalências que variou de 6,6% a 9% em MPS (ZHUSSUPOV *et al.*, 2015; LIU *et al.*, 2016; YJ *et al.*, 2016; FRANCIS *et al.*, 2014). Prevalências mais elevadas foram encontradas na Argentina e na Índia, que variou entre 22,4% e 35,4% (PANDO *et al.*, 2011; O'HALLORAN *et al.*, 2014). Isso demonstra que a sífilis é um problema grave em diferentes regiões do mundo.

No cenário nacional, estudos realizados nas regiões Sudeste e Sul encontraram prevalências de 4% e 6,1% (DAL-POGETTO; SILVA; PARADA, 2011; SILVEIRA *et al.* 2009). Dessa forma, urge a necessidade de implementação de políticas públicas para rastreamento de casos de sífilis em populações de maior vulnerabilidade para prevenir, diagnosticar e tratar os casos detectados, com vistas à diminuição da cadeia de transmissão.

Nesta pesquisa a prevalência de sífilis foi mais elevada em mulheres adultas jovens. Esses dados são preocupantes considerando que essas mulheres estão em idade reprodutiva, podendo aumentar o risco de transmissão vertical. Essa problemática tem sido relatada por pesquisadores em todo o mundo (REMIS *et al.*, 2015; ELHADI *et al.*, 2013; FRANCIS *et al.*, 2014; FRICKMANN, *et al.*, 2013). Outro estudo, realizado na China, com 1026 MPS, demonstrou que a idade avançada foi fator de risco associado à infecção por sífilis (YJ *et al.*, 2016).

Para Benzaken *et al.* (2002), as MPS mais jovens têm maior vulnerabilidade de adquirir ISTS quando comparadas às mulheres com idade mais avançada. Sugere-se que essas características podem estar associadas ao maior número de parcerias sexuais, ao baixo poder de negociação do uso de preservativos, assim como ao baixo nível de conhecimento e de adesão às medidas preventivas. Essa situação corrobora com outro estudo, ao revelar que ter idade mais jovem (idade > 30 anos, OR = 0,96, IC 95% 0,92 a 0,99) está associado à sífilis em MPS na Mongólia, onde se encontrou alta prevalência de sífilis 27,8% (MUNKHBAATAR *et al.*, 2014).

Estudo realizado na China, com grupos populacionais diferentes, entre eles, MPS, concluiu que as percentagens de conhecimento sobre a sífilis encontradas não alcançam o ponto de referência estabelecido por um plano nacional de 10 anos, sendo necessário

intervenções personalizadas para diferentes subgrupos, a fim de aumentar a consciência acerca da sífilis (WU *et al.*, 2016).

Neste estudo, a prevalência de sífilis foi mais elevada em relação aos menores índices de escolaridade, à renda mensal e ao maior número de parcerias sexuais casuais. Ao investigar a prevalência de sífilis e os fatores associados em MPS de meia idade na China, autores encontraram que ter idade avançada, menor escolaridade, residência urbana, sexo comercial em casas de aluguel, ter mais clientes na semana anterior à pesquisa, sexo desprotegido, uso de drogas ilícitas e risco de autopercepção para IST's foram associados à infecção pelo *Treponema pallidum* (LIU *et al.*, 2016). Pesquisa realizada na região nordeste do Brasil, com 81 MPS, também apresentou renda baixa, que variou entre menos de um salário mínimo até três salários mínimos (NICOLAU *et al.*, 2008).

Por outro lado, chama atenção nesta investigação que os fatores que tiveram associação significativa com a prevalência da sífilis foram em relação à pele de cor branca com valor de  $p \leq 0,001$  e IC (40,84-51,16), número de filhos de um a dois com valor de  $p \leq 0,049$  e (24,02-33,38) e prática sexual vaginal com valor de  $p \leq 0,009$  e (82,41-89,59). Merece destacar que o fato de a pessoa ter infecção por sífilis também constitui um fator de risco para aquisição de outras IST's em razão de ter como porta de entrada uma lesão ulcerada (FRANCIS *et al.*, 2014; ZHANG *et al.*, 2014). Apesar de a cor da pele apresentar associação com a infecção pelo *Treponema pallidum* neste estudo, ressalta-se que não se deve generalizar que condições raciais sejam fatores exclusivamente preponderantes para determinadas condições infectocontagiosas e patológicas.

As taxas de prevalências apresentam-se diferentes em relação aos locais de atuação nessa população. Prevalência de IST's/HIV apresentam-se maiores entre MPS que trabalham em lugares públicos ou em quartos alugados, quando comparadas com aquelas que atuam no domicílio (BAZZI *et al.*, 2015). No presente estudo, a sífilis apresentou maior prevalência em lugares fechados, como bares. Estudo mostrou que MPS com atuação em ambientes fechados têm maior números de parcerias sexuais, maior consumo de bebidas alcólicas e de drogas ilícitas (DAMACENA; SZWARCOWALD; BARBOSA JÚNIOR, 2014). Nesse sentido, para a realização de ações de prevenção e de abordagem desse público, devem ser considerados os aspectos sociodemográficos e locais de atuação. Em relação à sífilis, sugere-se que em ambientes fechados há maior probabilidade de transmissibilidade.

As IST's estão muito relacionadas às condições de pobreza, ao baixo nível de escolaridade, ao uso de drogas, ao elevado número de parceiros sexuais, ao baixo uso de

preservativo e ao início da atividade sexual precoce (HAWKEN *et al.*, 2002; YADAV *et al.*, 2005).

Em relação à sífilis, entre os principais fatores para as elevadas prevalências, pode-se destacar: multiplicidade de parcerias sexuais, estado civil solteira ou separada, baixa escolaridade, capacidade reduzida para negociar práticas sexuais seguras, ser trabalhadora sexual migrante, o uso de drogas estimulantes (cocaína, crack, metanfetamina) e de álcool, o compartilhamento de drogas injetáveis, vítimas de violência física (O'HALLORAN *et al.*, 2014; ZHUSSUPOV *et al.*, 2015).

As MPS possuem parcerias fixas e casuais, podendo ocorrer na prostituição ou não. Em relação ao uso do preservativo, este estudo mostrou maior frequência com parceiro casual, 79,6%. Esse tipo de comportamento em MPS é uma realidade demonstrada em outros estudos em diferentes regiões. Na Etiópia, MPS relataram que o uso do preservativo ocorre em menos da metade da vezes, independentemente do tipo de cliente, bem como renúncia ao uso de preservativos como fator associado ao risco de infecção para sífilis em MPS na China (TAMENE; TESSEME; BEYERE, 2015; YJ *et al.*, 2016). Na Índia, o uso de preservativos com clientes ocasionais aumentou de 73% para 91%. No entanto, com as parcerias regulares permaneceu baixo (ISAC *et al.*, 2015). Achado similar foi encontrado neste estudo, em que as MPS nunca usam preservativos com parcerias fixas.

Mesmo diante da maior frequência do uso do preservativo com parceiro casual foi encontrado prevalências mais elevada de sífilis com esse tipo de parceria. Esse cenário, do uso do preservativo com a parceria casual é uma realidade em outras regiões como mostra estudo de Andrews *et al.* (2015). Ressalta-se que mulheres que relataram maior número de clientes não apresentaram prevalências mais elevadas da sífilis. Isto sugere que MPS devem usar o preservativo, independentemente do tipo de parceria, como principal fator de proteção.

Ressalta-se que, conforme o número e o tipo de parcerias sexuais, as MPS podem ampliar a vulnerabilidade às IST's. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), ter mais de um parceiro sexual em três meses é fator de risco para aquisição de IST.

Estudiosos corroboram que, entre os principais motivos para o não uso do preservativo, por parte das MPS, com parceiros íntimos ou regulares estão a baixa autoeficácia, bem como a resistência dos clientes, a confiança entre os parceiros, a diminuição da sensibilidade e a falta de capacidade de negociação (GHIMIRE; SMITH; TEIJLINGEN, 2011; PANDO *et al.*, 2011). Dessa forma, programas de educação em saúde sexual devem ser pautados nas crenças e nos conceitos pré-estabelecidos, a fim de aumentar a adesão de práticas sexuais mais seguras entre as MPS e suas parcerias.

Em relação ao conhecimento do preservativo feminino, um número expressivo de 90,5% afirmou não conhecê-lo, ainda que a prevalência da sífilis tenha sido maior nas MPS que afirmaram conhecer o preservativo, o que não garante que somente o conhecimento implicará em práticas e em atitudes seguras. Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), um estudo realizado em três regiões brasileiras (Sul, Sudeste e Nordeste) corrobora com esses achados ao apontar que o uso do preservativo feminino revelou taxa de adesão baixas em todas as regiões. Oliveira e Wiezorkiewicz (2010) acrescentam que a falta de conhecimento sobre a utilização do preservativo feminino, o acesso ao método precário e, principalmente, o medo de desagradar o parceiro sugerindo um novo meio de prevenção estão entre as principais barreiras para o seu uso, embora as mulheres tenham interesse em experimentar o preservativo.

Estudo realizado com 713 usuárias de sete serviços especializados de atenção às IST's/Aids da Grande São Paulo, Brasil, mostrou que a preferência dos parceiros foi decisiva para o não uso ou a manutenção do uso do preservativo feminino, apontando que o casal e a intersubjetividade no contexto das relações de gênero, e não somente as informações da mulher sobre o uso, deve ser o foco da promoção do preservativo. Assim, urge a avaliação do contexto e as relações de gênero que predominam na sociedade, inclusive nas práticas de saúde que envolvam temáticas voltadas para a prevenção e a promoção da saúde das IST, em grupos mais vulneráveis como as MPS (KALCKMANN, 2013).

Esta pesquisa mostrou, ainda, que as MPS têm baixa adesão aos métodos contraceptivos. Resultados diferentes foram encontrados em outros estudos realizados na China e na Argentina. E, também, que o método mais relatado foi o preservativo masculino (44,9%) (ZENG *et al.*, 2015). O método anticoncepcional mais popular entre MPS é o preservativo (50,3%), seguido por comprimidos (15,8%) e injeções (11,8%) (PANDO *et al.*, 2011). Para Da Silva *et al.*, (2008), ao analisarem saberes e práticas de prostitutas com os métodos anticoncepcionais em Fortaleza, Ceará, constataram que 100% conhecia o preservativo masculino e 97,1% o anticoncepcional oral hormonal, e, ainda, entre os mais usados estava o preservativo masculino, e que 52,2% gostaria de associá-lo a outro método, como: o anticoncepcional hormonal injetável, o dispositivo intrauterino e o anticoncepcional oral. Neste estudo, as MPS não relataram o preservativo como um método contraceptivo.

Quanto às práticas sexuais, este estudo evidenciou o predomínio do sexo vaginal com maiores prevalências de sífilis a esse tipo de prática e com menor frequência o anal. Achados que vão ao encontro de estudo de Remis *et al.* (2015). A prática sexual anal entre MPS é mais rentável que a vaginal, e o uso de preservativo é baixo devido às percepções de que é

inadequado para o sexo anal, mas também a percepção que o sexo anal ser mais seguro do que o sexo vaginal (WAMOYI *et al.*, 2015). Torna-se imprescindível reconhecer que, independentemente do tipo de prática sexual, a falta de prevenção constituir-se-á um fator de risco para aquisição de HIV/IST's principalmente em grupo mais vulneráveis, como as MPS.

Nesse contexto, conhecer o tamanho populacional e o perfil epidemiológico de MPS em diferentes regiões pode ser estratégia importante para implementação do planejamento de programas de prevenção de HIV/IST's, tendo como foco as medidas de prevenção e de promoção de saúde em populações de maior vulnerabilidade (ODEK *et al.*, 2014).

Em relação à adesão ao seguimento clínico das mulheres profissionais do sexo, esta pesquisa apresentou níveis elevados de titulação pela técnica de VDRL, que variou de 1/1 a 1/64. As MPS apresentaram altas titulações. O VDRL, devidamente usado na rotina como teste único na maioria dos ambulatórios nacionais, apresenta alta concordância com os testes confirmatórios, considerando-se não somente os altos títulos 1/8, assim como, também, os baixos títulos 1/1, enfatiza-se que o VDRL, unicamente utilizado, representa um bom preditor da infecção sífilítica (CAMPOS *et al.*, 2008). Destaca-se a necessidade de investimento na rede laboratorial de saúde pública para aumentar a cobertura da realização desses testes, uma vez que toda a conduta terapêutica dependerá inicialmente de um diagnóstico laboratorial, levando em consideração as situações locais e populacionais específicas.

Para Birnbaum, Goldschmidt e Buffet (1999), o uso de testes não treponêmicos, como no caso o VDRL, é bastante útil para monitorar a resposta do paciente ao tratamento, uma vez que os títulos refletem a evolução da doença. Ressalta-se que quando esses testes são utilizados para este fim, é importante utilizar o mesmo teste (VDRL ou RPR) para medições em série, porque os dois podem diferir significativamente nos seus títulos, bem como recomenda-se também a utilização do mesmo laboratório, sempre que possível. Jung, Becker e Renner (2014) concluíram, em seus estudos, que os resultados pelo método de VDRL devem ser avaliados individualmente, com a possibilidade de confirmação por um teste treponêmico. Assim, recomenda-se que estratégias de monitoramento e de detecção precoce dos casos de sífilis em MPS sejam planejados e implementados, a fim de possibilitar um diagnóstico precoce e melhores prognósticos em tempo oportuno.

Na presente investigação, ao avaliar adesão ao seguimento clínico, identificou-se queda na diminuição dos níveis da titulação das MPS, bem como a completa negatificação em metade dos casos. O sucesso no tratamento é indicado quando há diminuição dos títulos em torno de duas diluições em três meses, e três diluições em seis meses após a conclusão do tratamento (BRASIL, 2016a). Em relação à completa negatificação dos testes não



treponêmicos, essa é diretamente proporcional à precocidade da instauração do tratamento. Assim, pessoas que tiveram o diagnóstico de sífilis efetuado após a fase secundária permanecem com resultados reagentes nesses testes, com títulos baixos e estáveis, por um período longo de tempo (BRASIL, 2016a). Após o tratamento, os títulos diminuem quatro vezes após três meses e oito vezes aos seis meses. Dessa forma, permitirá identificar as falhas de tratamento ou reinfecções o mais cedo possível durante o seu seguimento, possibilitando, assim, um novo tratamento (BROWN *et al.*, 1985). Para Nadal e Framil (2007), o VDRL é indispensável no seguimento pós-tratamento da sífilis.

Nos casos em que ocorre o tratamento bem sucedido da sífilis tardia latente e terciária, são, geralmente, seguidos por alterações nos títulos de teste não treponemicos. E os títulos séricos de VDRL devem ser revistos em intervalos de seis e 12 meses em cada caso. Mas não se sabe ao certo até que ponto esses títulos deveriam cair. Caso ocorra aumento do título ou não diminuição, o tratamento deve ser considerado uma falha, da mesma forma, caso o VDRL e o RPR reverterem para negativo após o tratamento dependerá do estágio da doença (BROWN *et al.*, 1985). Nos casos acompanhados, não houve aumento da titulação. Aliado a isso, a negatificação poderá ocorrer entre nove e 12 meses, podendo, no entanto, permanecer com títulos baixos por longos períodos de tempo, ou até por toda a vida, chamando-se de “memória” ou “cicatriz” sorológica. Portanto, títulos baixos podem representar doença muito recente ou muito antiga, tratada ou não (BRASIL, 2012b). Dessa forma, reforça-se que o tratamento correto e oportuno é o grande passo para a cura dessa enfermidade, e pode ser verificado com a queda dos títulos após algumas semanas de tratamento.

Ainda, no presente estudo, as MPS buscaram, a princípio, os serviços de saúde em tempo oportuno e com atendimento em menos de uma semana. No entanto, o retorno ao serviço de saúde foi baixo entre quase a totalidade das mulheres. Pesquisa ressalta que as MPS só procuram a assistência à saúde quando se faz extremamente necessário, pois preferem usar outros meios, como a automedicação, para aliviar seus problemas, antes de buscar as Unidades de Saúde (LEITÃO *et al.*, 2012). Paiva *et al.* (2013) corroboram que a frequência de visitas aos serviços de saúde é para a realização de exames e consultas médicas ou quando estão grávidas. Mediante os achados, é importante ampliar o acesso aos serviços de saúde com atendimento resolutivo e oportuno, a fim de evitar a perda de seguimento dos casos clínicos.

Estudo apontou sobre a necessidade de o meio científico e de os profissionais de saúde devem ter visão mais ampliada da realidade vivenciada e dos direitos das mulheres em situação de prostituição, de modo que possam assisti-las de forma igualitária, como todo

cidadão. Assim, torna-se urgente a capacitação e a qualificação dos profissionais da saúde, principalmente dos enfermeiros, desde a sua formação acadêmica, a fim de se sensibilizarem e de serem capazes de prestar cuidado que atenda às demandas de saúde dessas mulheres (VILLA; CÂNDIDO; SISTE, 2016).

Neste estudo, prevaleceu a busca pelos serviços de saúde pública, do mesmo modo como mais da metade das MPS procuram as UBS para tratar a infecção. Rodrigues *et al.* (2011) apontam que, dentro do cenário da atenção básica, os profissionais como o médico e o enfermeiro abordam as ISTS com mais frequência. Desse modo, percebe-se que a Rede de Atenção Básica, dentro da lógica de territorialidade, ainda constitui a principal porta de entrada dos grupos populacionais, como as MPS, uma vez que enfrentam certas dificuldades de acesso aos serviços de saúde para resolução das suas principais queixas.

Do total de mulheres encaminhadas nessa investigação, nove mulheres não procuraram o serviço de saúde por dificuldades de acesso, mesmo depois de novas tentativas. Estudiosos concluem sobre a importância que as ações de saúde desempenham na vida das profissionais do sexo, visto que tais ações levaram-nas a buscar cada vez mais os serviços de saúde, principalmente para a prevenção e não só quando já estavam com problemas de saúde instalados (GODINHO *et al.*, 2013). Autores reforçam que o estigma e a discriminação entre as MPS estão entre as principais barreiras ao acesso dos serviços de saúde (FOLCH *et al.*, 2013). Nesse sentido, faz-se necessário estimular a busca pelo serviço de saúde e melhor investimento em medidas de prevenção sobre os agravos.

Em relação ao tratamento realizado para sífilis, o estudo mostrou facilidade de aquisição da medicação para tratar a doença. A penicilina G benzatina é indicada no tratamento de infecções leves a moderadas do trato respiratório superior, causadas por estreptococos suscetíveis e por infecções por treponemas, como a sífilis (GALVÃO *et al.*, 2013). Autores destacam que a penicilina é um medicamento de baixo custo e eficaz no tratamento de certas situações clínicas previamente apresentadas e a substituição por outras drogas pode resultar em prejuízo terapêutico (GRUMACH *et al.*, 2007).

Neste estudo, a maioria das MPS apresentou níveis elevados de titulação e foi considerado tratamento tardio para a sífilis. Assim, a uma pessoa com sífilis primária, secundária ou latente precoce, recomenda-se uma dose de injeção intramuscular única de benzatina penicilina G, numa dosagem de 2,4 milhões UI. Por sua vez, àquelas com sífilis latente tardia ou sífilis terciária, que não é considerada neurosífilis, o tratamento recomendado é a benzatina penicilina G intramuscular, numa dosagem de 2,4 milhões UI uma vez por semana, durante três semanas (BIRNBAUM; GOLDSCHMIDT; BUFFET, 1999;

BRASIL, 2010a). Assim sendo, fica evidente que as MPS apresentaram diagnóstico tardio da enfermidade. Mesmo assim, a medicação de escolha para tratar os casos de sífilis, seja qual for o estágio da doença, é a penicilina G.

No tocante ao comportamento sexual, mulheres profissionais do sexo apresentam vários tipos de parcerias sexuais, dentro e fora da prostituição. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos no âmbito mundial (REMIS *et al.*, 2015; FRANCIS *et al.*, 2014). Pesquisa realizada no cenário nacional com 153 MPS em Teresina, Piauí, evidenciou grande multiplicidade de parcerias sexuais variando de 1 a 17, com maiores proporções 61,8% de 13 a 17 parceiros por semana (MAGALHÃES *et al.*, 2016).

Nesta investigação, a comunicação da condição de saúde das MPS para as parcerias sexuais ainda se configura um estigma social. Estudo mostrou que os principais fatores relacionados à não comunicação pela paciente-índice às parcerias sexuais foram: o medo e a insegurança ao revelar ao parceiro o diagnóstico, a cumplicidade e a preocupação com a saúde do parceiro, além da revelação do diagnóstico como forma de preservação do relacionamento, bem como o ressentimento do paciente pela transmissão (CAVALCANTE *et al.*, 2016).

É importante analisar que, em se tratando de uma relação que envolve algum tipo de compromisso e de responsabilidade para com o próximo, seria eticamente correto que o paciente atentasse para a saúde de seus companheiros e, revelando-lhe seu próprio diagnóstico, possibilitar a prevenção ou o tratamento das parcerias. Ainda assim, deve-se ressaltar que mesmo as iniciativas em cuidados de saúde devem resguardar a liberdade de escolha dos indivíduos (CARVALHO *et al.*, 2005).

Destaca-se, nesta investigação, baixa procura pelo atendimento em saúde para realização do tratamento pelas parcerias sexuais. É importante que as parcerias sexuais sejam também tratadas adequadamente, bem como na necessidade de promover ações que envolvam controle dos casos, notificação das doenças, busca ativa e o acompanhamento sorológico para a comprovação da cura dos casos (GRUMACH *et al.*, 2007; OLIVEIRA; FIQUEIREDO, 2011). Figueiredo *et al.* (2015) destacam que a Enfermagem reconhece a importância da adesão ao tratamento, no entanto, faz-se necessário melhorar o embasamento científico e prático, a fim de realizar ações de maneira mais eficaz diante o manejo dos parceiros sexuais com sífilis.

Mulheres profissionais do sexo infectadas por sífilis apresentam baixa adesão ao uso do preservativo nos diferentes tipos de parcerias sexuais, independentemente da situação de saúde. Moura, Pinheiro e Barroso (2009) corroboram com os achados deste estudo ao relatarem que as MPS não fazem o uso do preservativo com o parceiro fixo (namorado ou

companheiro), assim como várias MPS relataram histórias vivenciadas de IST. Dessa forma, o uso do preservativo é negligenciado em diversas situações, o que potencializa o risco de contrair IST/Aids (SILVA; COSTA; NASCIMENTO, 2010). Paiva *et al.* (2013) reitera que, ao analisarem a prática sexual, a vulnerabilidade e as necessidades em saúde das MPS constaram que nove (90%) afirmaram fazer o uso de preservativos nas relações sexuais, enquanto 10% não fazem com os parceiros fixos.

Várias pesquisas em âmbito internacional apontam baixa adesão e baixa frequência de uso de preservativos nos diferentes tipos de relações sexuais entre mulheres profissionais do sexo (LIU *et al.*, 2016; ISAC *et al.*, 2015). No cenário nacional, os achados também não diferem do cenário mundial, de acordo com pesquisa realizada com 81 MPS em Fortaleza, Ceará, (AQUINO *et al.*, 2008).

Neste estudo, as profissionais do sexo em seguimento clínico usam mais o preservativo com as parcerias casuais, quando comparados com as parcerias fixas, o que sugere maior confiança com estas. Estudo realizado com 258 MPS na província de Savannakhet, sudeste asiático, reforça tais achados ao concluir que o uso consistente do preservativo foi muito elevado com parceiros não regulares, mas menos frequente com parceiros regulares. Entre as principais razões para o uso inconsistente do preservativo foi que o parceiro não queria usá-lo (ANDREWS *et al.*, 2015).

O principal fator de risco identificado para o não uso de preservativos com parceiros íntimos e clientes regulares é a baixa autoeficácia. Além do mais, a não utilização de preservativos com marido e namorado colocou-os em risco de IST, incluindo o HIV. Entre as barreiras identificadas pelos autores para o não uso do preservativo pela MPS, estão: a intimidação e a violência da polícia, dos clientes e dos parceiros íntimos; a resistência dos clientes; e a falta de capacidade de negociação (GHIMIRE *et al.*, 2011).

Autores reforçam a necessidade de intervenções preventivas entre MPS, que devem ser implementadas amplamente após a adaptação de materiais educativos sobre a negociação de preservativos com diferentes tipos de parceiros, bem como o uso de intervenções simples e baseadas na comunidade de MPS melhora o uso global do preservativo, o conhecimento sobre HIV e ISTS e as atitudes em relação ao HIV/Aids (LIU *et al.*, 2016). Para Leite, Murray e Lenz (2015), faz-se necessário o incentivo para o desenvolvimento de mais pesquisas qualitativas e projetos pilotos, com o intuito de desenvolver campanhas e estratégias de gestão de risco específicas para a prevenção entre casais, principalmente a prevenção entre parceiros fixos, visto que ainda é uma dificuldade para todos, não somente para as mulheres profissionais do sexo, uma vez que é uma área que não tem recebido vigilância merecida.

Torna-se de suma importância refletir e discutir sobre o uso do preservativo no âmbito das novas tecnologias de prevenção, pois, além de enfatizar sobre a importância desse, deve-se também considerar o papel do prazer e do sexo nas intervenções combinadas, bem como do potencial de redução do risco de infecção por HIV (DOURADO *et al.*, 2015).

A abordagem às IST's/HIV/Aids e às Hepatites Virais entre mulheres profissionais do sexo encontra-se muito incipiente e aquém da necessidade dessa população. Jafari *et al.* (2013) concluíram que o uso de testes rápidos são úteis em contextos de recursos limitados com acesso deficiente a laboratórios ou rastreio para sífilis, refletindo no melhor acesso ao rastreio e tratamento dos casos de sífilis. Silva, Tavares e Paz (2011) deixam evidente que a realização de testes rápidos para HIV serão realizados exclusivamente por profissionais de saúde capacitados. Pinto *et al.* (2014) enfatizam que as ações para o controle da sífilis devem ser pautas das políticas públicas de saúde, com ênfase nas estratégias de rastreamento, diagnóstico e tratamento precoces, afim de diminuir a morbidade e de elevar a melhoria da saúde sexual e reprodutiva da população geral e, em especial, das mais vulneráveis.

A introdução dos testes rápidos para sífilis e hepatites B e C estão acontecendo de forma gradual na Rede de Atenção Básica, devido à necessidade de capacitação de profissionais nas metodologias, bem como na preparação do serviço de saúde para implantação dos insumos necessários, a fim de proporcionar um atendimento adequado ao paciente quanto ao acolhimento, ao aconselhamento, à testagem, ao encaminhamento e ao acompanhamento (BRASIL, 2012a). Vale destacar que o profissional enfermeiro devidamente capacitado e sensível tornará o aconselhamento em processo de escuta ativa, ao ponto de gerar confiança mútua, entre si e a mulher (SILVA; TAVARES; PAZ, 2011).

Pesquisa realizada em Portugal com o objetivo de avaliar a adesão dos cidadãos à realização do teste rápido para HIV, apontou que se obteve facilidade de acesso aos cidadãos ao conhecimento praticamente imediato do seu estado sorológico, melhorando o seguimento desses por parte dos técnicos de saúde, contribuindo com a luta contra a infecção pelo HIV/Aids (RIBEIRO; SACRAMENTO, 2014).

Observou-se falta de orientação para o uso correto da medicação e da importância quanto à adesão ao tratamento por parte dos profissionais que atenderam as mulheres. Vasconcelos *et al.* (2016) afirmam que o conhecimento é essencial à prevenção e à adesão ao tratamento da doença e a falta de conhecimento agrava ainda mais a problemática da sífilis, o que dificultará o processo de cura e prevenção da enfermidade. Entende-se que para manter uma boa adesão ao tratamento e fazer o uso correto da medicação é essencial, primariamente, ter o conhecimento acerca da patologia e do processo saúde-doença, cabendo ao profissional

repassar aos seus pacientes o conhecimento mínimo acerca da temática para ter resultados eficazes no tratamento.

Nesta investigação, a oferta da vacinação contra hepatite B em mulheres profissionais do sexo não ocorreu em conformidade com o recomendado pelo Ministério da Saúde. Estudo aponta que as profissionais do sexo estão expostas a várias situações de risco ao vírus da hepatite B, seja devido à falta de esquema vacinal, precocidade sexual, múltiplos parceiros sexuais sem uso de preservativo, compartilhamento de objetos cortantes, fazendo-se necessário reforçar ações de promoção à saúde com ênfase na realização da vacina, adoção de medidas protetivas e melhoria do acesso às unidades de saúde (MAGALHÃES *et al.*, 2016). Recomenda-se que, entre as ações a serem realizadas pelos profissionais de saúde que atendem pessoas com IST's/HIV, estão: oferta de preservativos e gel lubrificante, vacinação contra hepatite B e contra o papiloma vírus humano, ênfase na adesão ao tratamento, informação e educação em saúde, entre outras (BRASIL, 2016a).

No presente estudo, foi baixo o nível de informação e de convocação das parcerias sexuais, pelo profissional de saúde, para fazer o tratamento. Autores abordam que a notificação das parcerias sexuais é uma intervenção primordial para a saúde pública para manter o controle das IST's, devido auxiliar na interrupção de infecções e de reinfecções, além do mais em poder prevenir as complicações (WARD; BELL, 2014). O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (BRASIL, 2016a) enfatiza a necessidade da comunicação, do diagnóstico e do tratamento das parcerias sexuais, mesmo sendo assintomáticos.

Estudo aponta que as principais dificuldades para realização da comunicação das parcerias sexuais são: a diversidade nos tipos de relacionamentos sexuais, a resistência do paciente-índice, a ênfase na transmissão da informação, a ineficácia da comunicação verbal, o tempo insuficiente para notificação de parceiros e a ausência de monitoramento da notificação de parceiros (CAVALCANTE *et al.*, 2017). Dessa maneira, é importante estimular a importância de tratar as parcerias sexuais.

O presente estudo trata-se do primeiro sobre prevalência de sífilis e fatores associados, bem como da adesão ao seguimento clínico da sífilis em MPS, no município de Teresina, Piauí. Essa informação é importante, em virtude de se relacionar a uma população de difícil acesso e com grande variedade na sua rede de prostituição, revelando um problema grave e de grande magnitude para a saúde pública em virtude das graves consequências e da manutenção da cadeia de transmissibilidade quando não diagnosticado e realizado o tratamento de forma oportuna. Ademais, permite fazer comparações a nível local com as demais partes do mundo e

abordar o quão essa população tem grande rotatividade, por ser tratar de um trabalho ainda visto pela sociedade com certos estigmas sociais, o que dificulta a abordagem e a resolução dos problemas relacionados ao processo saúde-doença dessas mulheres.

## 6 CONCLUSÃO

Dentre as 358 mulheres profissionais do sexo investigadas por este estudo foi detectada a prevalência de 7,5% de sífilis. As mulheres são adultas jovens; têm baixa escolaridade; baixa renda individual; atuam em lugares públicos; a maioria professa uma religião; em relação à orientação sexual, a grande maioria é heterossexual; houve predomínio do não uso do preservativo com parceiros fixos na prostituição e prática sexual vaginal; maior adesão ao uso do preservativo com parcerias casuais, e associação significativa com a pele de cor branca.

Obteve-se baixa adesão ao seguimento clínico das mulheres profissionais do sexo, uma vez que poucas procuram os serviços de saúde, e das que procuraram somente metade obteve sucesso no tratamento. Ressalta-se, ainda, que as mulheres profissionais do sexo deste estudo apresentam altas titulações, facilidade de aquisição da medicação, tratamento tardio para a sífilis, baixo retorno aos serviços de saúde, baixa comunicação do estado de saúde às parcerias sexuais e baixa adesão ao uso do preservativo nas relações sexuais, dificuldade de tratar os diferentes tipos de parceria, e as ações assistências realizadas pelos profissionais de saúde não acontece em conformidade com o recomendado pelo Ministério da saúde.

Mediante os achados, recomenda-se mais atenção às pessoas em maior situação de vulnerabilidade às IST's, como as mulheres profissionais do sexo, no sentido de implementação da assistência à saúde, tendo como base as características sociodemográficas, comportamentais e a situação epidemiológica local, bem como a instituição de ações de educação em saúde para essa população, tendo como objetivo ampliar o conhecimento em relação às medidas de prevenção da sífilis e à importância ao tratamento adequado. Aliado a isso, propõem-se ações de educação permanente entre os profissionais da saúde, a fim de ampliar o conhecimento em relação a temática sífilis, para que possam atuar com práticas cotidianas junto às mulheres profissionais do sexo baseadas nas melhores evidências científicas, para assim garantir maior adesão ao seguimento clínico da sífilis e um cuidado integral e humanizado.

Ainda, sugere-se a realização de ações de rastreamento, diagnóstico, tratamento e seguimento clínico dos casos detectados, a fim de reduzir a cadeia de transmissibilidade das IST's, especialmente da sífilis entre as profissionais do sexo e suas parcerias.



## REFERÊNCIAS

- ADEGOKE, A. O.; AKANNI, O. E. Survival of *Treponema pallidum* in banked blood for prevention of Syphilis transmission. **N Am J Med Sci.**, Ontario, v.3, n.7, p.329-332, jul. 2011.
- ALARY, M. *et al.* Increased HIV prevention program coverage and decline in HIV prevalence among female sex workers in south India. **Sex Transm Dis.**, Philadelphia, v. 41, n. 6, p. 380-7, jun. 2014.
- ANDREWS, C. H. Determinants of consistent condom use among female sex workers in Savannakhet, Lao PDR. **BMC Womens Health.**, London, v. 19, n. 15, p. 63-71, ago. 2015.
- AQUINO, P. de S. *et al.* Perfil sociodemográfico e comportamento sexual de prostitutas de Fortaleza - CE. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 427-434, set. 2008.
- ARORA, P. *et al.* Female sex work interventions and changes in HIV and syphilis infection risks from 2003 to 2008 in India: a repeated cross-sectional study. **BMJ Open**, London, v. 3, n. 6, p. 1-11, abr. 2013.
- AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **An Bras Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, p. 111-26, mar./abr. 2006.
- BARAL, S. D. *et al.* Male sex workers: practices, contexts, and vulnerabilities for HIV acquisition and transmission. **Lancet.**, London, v. 385, n. 9964, p. 260-73, jul. 2015.
- BAZZI, A. R. *et al.* Incidence and Predictors of HIV and Sexually Transmitted Infections Among Female Sex Workers and Their Intimate Male Partners in Northern Mexico: A Longitudinal, Multilevel Study. **Am J Epidemiol.**, Baltimore, v. 181, n. 9, p. 723-31, mai. 2015.
- BEATTIE, T. S. *et al.* Community mobilization and empowerment of female sex workers in Karnataka State, South India: associations with HIV and sexually transmitted infection risk. **Am J Public Health.**, Washington, v. 104, n. 8, p. 1516-25, ago. 2014.
- BENZAKEN, A. S. *et al.* Baixa prevalência de DST em profissionais do sexo no município de Manacapuru - interior do estado do Amazonas, Brasil. **DST j. bras. doenças sex. transm.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 9-12, fev. 2002.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Normas envolvendo pesquisas com seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis 2015.** Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Manual de Teste Rápido para Sífilis**. Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 18, p. 37-38, seção 1, 26 jan. Brasília: Diário Oficial da União, 2011.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Relatório de Conclusões e Recomendações do Seminário Nacional AIDS e Prostituição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/final/novidades/prof\\_sexo.relatorio.htm](http://www.aids.gov.br/final/novidades/prof_sexo.relatorio.htm)>. Acesso em: 15 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria-Executiva. Programa Nacional de DST e Aids. **Avaliação da efetividade das ações de prevenção dirigidas às profissionais do sexo, em três regiões brasileiras**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Realização do Teste Rápido para HIV e Sífilis na Atenção Básica e Aconselhamento em DST/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. **Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Programa Nacional de DST e Aids. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil**. Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BIRNBAUM, N. R.; GOLDSCHMIDT, R. H.; BUFFETT, W. O. Resolving the common clinical dilemmas of syphilis. **Am Fam Physician.**, Kansas City, v. 59, n. 40, p. 2245-6, abr. 1999.

- BRIGNOL, S. *et al.* Vulnerabilidade no contexto da infecção por HIV e sífilis numa população de homens que fazem sexo com homens (HSH) no Município de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.5, p.1-14, mai. 2015.
- BROWN, S. T. *et al.* Serological response to syphilis treatment. A new analysis of old data. **JAMA.**, Chicago, v. 253, n. 9, p.1296-9, mar. 1985.
- CAMPOS, J. E. B. *et al.* Significado laboratorial dos baixos títulos de VDRL para o diagnóstico da sífilis em gestantes, à luz das provas treponêmicas. **DST j. bras. doenças sex. transm.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 12-17, jan./mar. 2008.
- CAMPOS, P. E. *et al.* Reaching the Unreachable: Providing STI Control Services to Female Sex Workers via Mobile Team Outreach. **PLoS One.**, San Francisco, v. 8, n. 11, p. 1-9, nov. 2013.
- CARCAMO, C. P. *et al.* Prevalences of sexually transmitted infections in young adults and female sex workers in Peru: a national population-based survey. **Lancet infect. dis.**, New York, v. 12, n. 10, p. 765–773, out. 2012.
- CARDOSO, L. R. D.; MALBERGIER, A.; FIGUEIREDO, T. F. B. O consumo de álcool como fator de risco para a transmissão das DSTs/HIV/AIDS. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 35, supl. 1, p. 70-75, fev. 2008.
- CAVALCANTE, E. G. F. *et al.* Dificuldades e facilidades para notificação de parceiros sexuais com infecções sexualmente transmissíveis. **Rev. RENE.**, Fortaleza, v. 18, n. 2, p. 250-6, mar./abr. 2017.
- \_\_\_\_\_. Notificação de parceiros sexuais com infecção sexualmente transmissível e percepções dos notificados. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 450-457, abr. 2016.
- CARVALHO, F. T. *et al.* Revelação do diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis a parceiros (as) sexuais: um dilema bioético? **DST J bras doenças sex transm.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 219-224, jun. 2005.
- CHEN, X. S. *et al.* The prevalences of *Neisseria gonorrhoeae* and *Chlamydia trachomatis* infections among female sex workers in China. **BMC Public Health.**, London, v. 8, n. 13, p. 121, fev. 2013.
- CHOW, E. P. *et al.* Behavioral Interventions Improve Condom Use and HIV Testing Uptake Among Female Sex Workers in China: A Systematic Review and Meta-Analysis. **AIDS Patient Care STDS.**, Larchmont, v. 29, n. 8, p. 454-60, ago. 2015.
- COOPER, B. *et al.* Brief sexuality communication--a behavioural intervention to advance sexually transmitted infection/HIV prevention: a systematic review. **BJOG.**, Oxford, v. 121, suppl. 5, p. 92-103, out. 2014.
- DAL-POGETTO, M. R. B.; SILVA, M. G.; PARADA, C. M. G. Prevalência de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres profissionais do sexo, em um município do interior

paulista, Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 1-7, mai./jun. 2011.

DAMACENA, G. N.; SZWARCOWALD, C. L.; BARBOSA JÚNIOR, A. Implementation of respondent-driven sampling among female sex workers in Brazil. **Cad Saude Publica.**, Rio de Janeiro, v. 27, suppl.1, p. 45-55, jan./mar. 2011.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; SOUZA JÚNIOR, P. R. B. S. Práticas de risco ao HIV de mulheres profissionais do sexo. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 428-437, jun. 2014.

DOURADO, I. *et al.* Revisitando o uso do preservativo no Brasil. **Rev Bras Epidemiol.**, São Paulo, v. 18, suppl. 1, p. 63-88, set. 2015.

DUARTE, G. *et al.* **Manual para o manejo das doenças sexualmente transmissíveis em pessoas vivendo com HIV.** São Paulo: Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS, 2011.

EGGER, M. *et al.* Promotion of condom use in a high-risk setting in Nicaragua: a randomised controlled trial. **Lancet.**, London, v. 355, n. 9221, p. 2101-5, jun. 2000.

ELHADI, M. *et al.* Integrated bio-behavioural HIV surveillance surveys among female sex workers in Sudan, 2011-2012. **Sex Transm Infect.**, London, v. 89, suppl. 3, p. 17-22, nov. 2013.

FIGUEIREDO, M. S. N. *et al.* Percepção de enfermeiros sobre a adesão ao tratamento dos parceiros de gestantes com sífilis. **Rev. RENE.**, Fortaleza, v. 16, n. 3, p. 345-54, mai./jun. 2015.

FIGUEIREDO, R.; PEIXOTO, M. Profissionais do sexo e vulnerabilidade. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 196-201, ago. 2010.

FOLCH, C. *et al.* Female sex workers and access to social and health services in Catalonia: Influence of region of origin and place of work. **AIDS Care.**, Oxfordshire v. 25, n. 8, p. 1033-1038, ago. 2013.

FMS. FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE. **Unidade de Saúde:** Diretorias Regionais, 2016. Teresina: FMS, 2016. Disponível em: <<http://fms.teresina.pi.gov.br/diretorias-regionais>>. Acesso em: 17 mai. 2017.

FRANCIS, S. C. *et al.* Epidemiology of curable sexually transmitted infections among women at increased risk for HIV in northwestern Tanzania: inadequacy of syndromic management. **PLoS One.**, San Francisco, v. 9, n. 7, p. 1-15, jul. 2014.

FRICKMANN, H. *et al.* Serological survey of HIV and syphilis in pregnant women in Madagascar. **Trop Med Int Health**, Oxford, v. 18, n. 1, p. 35-39, jan. 2013.

GALVAO, T. F. *et al.* Safety of Benzathine Penicillin for Preventing Congenital Syphilis: A Systematic Review. **PLoS One.**, San Francisco, v. 8, issue 2, p. 1-9, fev. 2013.

GEZIE, L. D.; TAYE, B. W.; AYELE, T. A. Time to unsafe sexual practice among cross-border female sex workers in Metemma Yohannes, North West Ethiopia. **BMC Public Health.**, London, v. 28, n. 15, p. 710, jul. 2015.

GHIMIRE, L.; SMITH W. C. S.; TEIJLINGEN E. R. V. Utilisation of sexual health services by female sex workers in Nepal. **BMC Health Serv Res.**, London, v. 11, n. 79, p. q1-8, 2011.

\_\_\_\_\_. *et al.* Reasons for non- use of condoms and self- efficacy among female sex workers: a qualitative study in Nepal. **BMC womens health.**, London, v. 11, n. 26, p. 1-8, mar./set. 2011.

GHOSH, I. *et al.* Prevalence of human papillomavirus and co-existent sexually transmitted infections among female sex workers, men having sex with men and injectable drug abusers from eastern India. **Asian Pac J Cancer Prev.**, Bangkok, v. 13, n. 3, p. 799-802, jan./mar. 2012.

GODINHO, A. dos S. *et al.* Educação em saúde para profissionais do sexo: impacto na mudança de comportamento. **Ciênc Equatorial**, Macapá, v. 3, n. 2, p. 1-9, jul. 2013.

GOLDENBERG, S. M. *et al.* Exploring the impact of underage sex work among female sex workers in two Mexico-US border cities. **AIDS behav.**, New York, v. 16, n. 4, p. 969-81, mai. 2012.

GRIEBELER, A. P. D. **A concepção social da sífilis no Brasil: uma releitura sobre o surgimento e a atualidade.** 2009. 71f. Monografia (Especialização em São Pública) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

GRUMACH, A. S. *et al.* A (des)informação relativa à aplicação da penicilina na rede do sistema de saúde do Brasil: o caso da sífilis. **DST J bras doenças sex transm.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3-4, p. 120-127, dez. 2007.

HAKRE, S. *et al.* Prevalence of HIV and other sexually transmitted infections and factors associated with syphilis among female sex workers in Panama. **Sex. transm. infect.**, London, v. 89, n. 2, p. 156-64, set. 2013.

HASEEN, F. *et al.* Sexually transmitted infections and sexual behaviour among youth clients of hotel-based female sex workers in Dhaka, Bangladesh. **Int J STD AIDS**, London, v. 23, n. 8, p. 553-559, ago. 2012.

HAWKEN, M. P. *et al.* Part time female sex workers in a suburban community in Kenya: a vulnerable hidden population. **Sex Transm Infect.**, London, v. 78, n. 4, p. 271-3, ago. 2002.

HECKATHORN, D. D. Respondent-driven sampling II: deriving valid population estimates from chain-referral samples of hidden populations. **Social Problems**, Oxford, v. 9, n. 1, p. 11-34, fev. 2002.

GROSS, G.; TYRING, S. K. Biology and Natural History of Syphilis. **Sexually Transmitted Infections and Sexually Transmitted Diseases**, Bethesda, v. 1, n. 1, p.129-141, fev. 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**. Brasília: IBGE, 2017. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=221100&search=piaui|teresina>>. Acesso em: 27 mai 2017.

ISAC, S. *et al.* Changes in HIV and syphilis prevalence among female sex workers from three serial cross-sectional surveys in Karnataka state, South India. **BMJ Open**, London, v. 27, n. 5, p. 1-9, mar. 2015.

JAFARI, Y. *et al.* Are treponema pallidum specific rapid and point-of-care test for syphilis accurate enough for screening in resourcer limited settings? Evidence form a meta-analysis. **Plos One.**, San Francisco, v.8, n. 2, p. 1-8, fev. 2013.

JIANG, N.; GONG, X., YUE, X. Estimation of syphilis epidemic through application of workbook method among populations aged from 15 to 49 years old in China in 2011. **Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi.**, Beijing, v. 48, n. 8, p. 693-8, ago. 2014.

JUNG, D. L.; BECKER, D.; RENNER, J. D. P. Efeito prozona no diagnóstico de sífilis pelo método VDRL: experiência de um serviço de referência no sul do Brasil. **Rev. epidemiol. controle infecç.**, Santa Cruz do Sul, v. 4, n. 1, p. 2-6, jan. 2014.

KALCKMANN, S. Preservativo feminino e dupla proteção: desafios para os serviços especializados de atenção às DSTs e Aids. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 1145-1157, dez. 2013.

KAZEROONI, P. A. *et al.* The prevalence of human immunodeficiency virus and sexually transmitted infections among female sex workers in Shiraz, South of Iran: by respondent-driven sampling. **Int J STD AIDS**, London, v. 25, n. 2, p. 155-61, jul. 2014.

KENDALL, C. **Respondent-driven sampling**. Rio de Janeiro, 2006. Sessão científica do Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais. Escola Nacional de Saúde 106 Pública. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2006. Disponível em: <<http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=2469&tipo=B>>. Acesso em: 02 jul. 2016.

KNELL, R. J. Syphilis in renaissance europe: rapid evolution of an introduced sexually transmitted disease. **Proc Biol Sci.**, London, v. 271, suppl. 4, p. 174-176, mai. 2004.

LEITÃO, E. F. *et al.* A prática cotidiana de saúde das profissionais do sexo. **Rev. bras. promoç. saúde (Impr.)**, Fortaleza, v. 25, n. 3, p. 295-304, abr. 2012.

LEITE, G. S.; MURRAY, L.; LENZ, F. O par e o ímpar: o potencial de gestão de risco para a prevenção de DST/HIV/AIDS em contextos de prostituição. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v.18, suppl. 1, p. 7-25, set. 2015.

LI, D. *et al.* HIV and syphilis infections among street-based female sex workers in China, 2010-2012. **Chin Med J (Engl.)**, Peking, v. 127, n. 4, p. 707-11, jan. 2014a.

LI, Z. *et al.* Study on the prevalence and associated risk factors related to HIV, syphilis, herpes simplex virus-2 among female sex workers in Jiaozhou, Shandong province. **Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi.**, Beijing, v. 35, n. 10, p. 1099-104, out. 2014b.

LIU, H. *et al.* Syphilis among middle-aged female sex workers in China: a three-site cross-sectional study. **BMJ Open**, London, v. 6, n. 5, p. 1-9, mai. 2016.

LU, H. *et al.* Sildenafil use and relevant risk factors among middle-aged or elderly male clients of female commercial sex workers in the central areas of Guangxi, China. **Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi.**, Beijing, v. 35, n. 11, p. 1218-22, nov. 2014.

LUO, Y. *et al.* Risk factors for HIV and syphilis infection among male sex workers who have sex with men: a cross-sectional study in Hangzhou, China, 2011. **BMJ Open**, London, v. 28, n. 4, p. 1-8, abr. 2015.

MAGALHÃES, R. L. B. **Infecção pelo vírus da hepatite B, HIV e cobertura vacinal em mulheres profissionais do sexo de Teresina-PI.** 2013. 114f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-EERP-USP. Ribeirão Preto-SP, 2013.

\_\_\_\_\_. *et al.* Práticas de risco e imunização contra hepatite B em mulheres profissionais do sexo. **Rev. RENE.**, Fortaleza, v. 17, n. 5, p. 636-42, set./out. 2016.

\_\_\_\_\_. *et al.* Baixa completude da vacina contra hepatite B em mulheres profissionais do sexo. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 70, n. 3, p. 1-10, mai./jun. 2017.

MAGNANI, R. *et al.* Review of sampling hard-to-reach and hidden populations for HIV surveillance. **AIDS**, London, v. 19, supl. 2, p. 67-72, mai. 2005.

MATOS, M. A. *et al.* Vulnerability to Sexually Transmitted Infections in women who sell sex on the route of prostitution and sex tourism in Central Brazil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 4, p. 906-12, jul./ago. 2013.

MC GRATH-LONE, L. *et al.* The sexual health of female sex workers compared with other women in England: analysis of cross-sectional data from genitourinary medicine clinics. **Sex Transm Infect.**, London, v. 90, n. 4, p. 344-50, jun. 2014.

MEDRONHO, R. A *et al.* **Epidemiologia.** 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

MERRIGAN, M. B. *et al.* HIV Prevalence and Risk Behaviors Among Female Sex Workers in Botswana: Results from the 2012 HIV/STI Bio-Behavioral Study. **AIDS Behav.**, New York, v. 19, n. 5, p. 899-908, mai. 2015.

MIRANDA, S. M. *et al.* Scale-Up, Retention and HIV/STI Prevalence Trends among Female Sex Workers Attending VICITS Clinics in Guatemala. **PLoS One.**, San Francisco, v. 9, n. 8, p. 103455, mai. 2014.

MOURA, A. D. A. *et al.* O comportamento de prostitutas em tempos de aids e outras doenças sexualmente transmissíveis: como estão se prevenindo? **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 545-553, set. 2010.

\_\_\_\_\_; PINHEIRO, A. K. B.; BARROSO, M. G. T. Realidade vivenciada e atividades educativas com prostitutas: subsídios para a prática de enfermagem. **Anna Nery Rev Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 602-08, jul./set. 2009.

MUNKHBAATAR, S. *et al.* HIV and sexually transmitted infection-related risks among female sex workers in Mongolia: second-generation surveillance survey, 2011-2012. **Sex Transm Infect.**, London, v. 90, v. 6, p. 463-8, set. 2014.

MUSYOKI, H. *et al.* Prevalence of HIV, sexually transmitted infections, and risk behaviours among female sex workers in Nairobi, Kenya: results of a respondent driven sampling study. **AIDS Behav.**, New York, v. 19, suppl. 1, p. 46-58, fev. 2015.

NADAL, S. R.; FRAMIL, V. M. S. Interpretação das Reações Sorológicas para Diagnóstico e Seguimento Pós-Terapêutico da Sífilis. **Rev bras. colo-proctol.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 479-482, dez. 2007.

NENOFF, P. *et al.* Infecções não virais de transmissão sexual - epidemiologia, manifestações clínicas, diagnóstico, terapia: Parte 3: Treponemas, Gardnerella e tricomonadas. v. 68, n. 2, p. 136-148, 2017.

NICOLAU, A. I. O. *et al.* Perfil gineco – obstétrico e realização do exame de prevenção por prostitutas de Fortaleza. **Rev. RENE.**, Fortaleza, v. 9, n. 1, p. 103-110, jan./mar. 2008.

O'HALLORAN, A. B. Z. *et al.* HIV risks vary according to type of sex work in a cross-sectional survey from Nagaland, India. **BMC Womens Health**, London, v. 14, n. 133, p. 1-10, set. 2014.

ODEK, W. O. *et al.* Estimating the size of the female sex worker population in Kenya to inform HIV prevention programming. **PLoS One.**, San Francisco, v. 9, n. 3, p. 1-14, mar. 2014.

OLIVEIRA, D. R.; FIGUEIREDO, M. S. N. Abordagem conceitual sobre a sífilis na gestação e o tratamento de parceiros sexuais. **Enferm. Foco**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 108-111, fev. 2011.

OLIVEIRA, J. C. P.; WIEZORKIEWICZ, A. M. O conhecimento das mulheres sobre o uso do preservativo feminino. **Ágora: R. Divulg. Cient.**, Mafra, v. 17, n. 1, p. 79-84, jul. 2010.

PAIVA, L. L. *et al.* A vivência das profissionais do sexo. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 467-476, set. 2013.

PANDO, M. P. *et al.* Prevalencia del VIH y de T. pallidum en mujeres trabajadoras sexuales de Argentina. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 30, n. 4, p. 303-8, set. 2011.

PEITZMEIER, S. *et al.* A cross-sectional evaluation of the prevalence and associations of HIV among female sex workers in the Gambia. **Int J STD AIDS**, London, v. 25, n. 4, p. 244-52, ago. 2014.



- PENHA, J. D. da *et al.* Fatores de risco para doenças sexualmente transmissíveis em profissionais do sexo do interior piauiense. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 63-9, jun. 2015.
- PINTO, V. M. *et al.* Prevalência de sífilis e fatores associados a população em situação de rua de São Paulo, Brasil, com utilização de teste rápido. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 341-54, jun. 2014.
- POTEAT, T. *et al.* HIV risk and preventive interventions in transgender women sex workers. **Lancet.**, London, v. 385, n. 9964, p.274-86, jan. 2015.
- RAJARAM, S. P. *et al.* Two cross-sectional studies in south India assessing the effect of an HIV prevention programme for female sex workers on reducing syphilis among their clientes. **Sex Transm Infect.**, London, v. 90, n. 7, p. 556-62, nov. 2014.
- REMIS, R. S. *et al.* Prevalence and correlates of HIV infection and sexually transmitted infections in female sex workers (FSWs) in Shanghai, China. **Epidemiol Infect.**, Cambridge, v. 143, n. 2, p. 258-66, jan. 2015.
- RIBEIRO, F. B.; SACRAMENTO, O. A despistagem do VIH/sida: saúde pública e motivações dos utentes do teste rápido no Nordeste de Portugal. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.23, n. 2, p. 510-522, jun. 2014.
- ROBERTSON, A. M. *et al.* Prevalence and Correlates of HIV and Sexually Transmitted Infections among Female Sex Workers and Their Non-commercial Male Partners in Two Mexico-USA Border Cities. **J Urban Health.**, Oxford, v. 91, n. 4, p. 752–767, ago. 2014.
- RODRIGUES, L. M. C. *et al.* Abordagem às doenças sexualmente transmissíveis em unidades básicas de saúde da família. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 16, n. 1, p. 63-9, fev. 2011.
- ROTH, A. M. *et al.* Expanding sexually transmitted infection screening among women and men engaging in transactional sex: the feasibility of field-based self-collection. **Int J STD AIDS**, London, v. 24, n. 4, p. 323–28, abr. 2013.
- SALGANIK, M. J.; HECKATHORN, D. D. Sampling and estimation in hidden populations using respondent-driven sampling. **Sociological Methodology**, New York, v. 4, n. 1, p. 193-240, nov. 2004.
- SANTOS, N. T. V. **Vulnerabilidade e prevalência de hiv e sífilis em usuários de drogas no recife**: resultados de um estudo respondent-driven sampling. 2013. 183f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2013.
- SARNA, A. *et al.* Sexually transmitted infections and reproductive health morbidity in a cohort of female sex workers screened for a microbicide feasibility study in Nellore, India. **Glob J Health Sci.**, Canadá, v. 5, n. 3, p.139-49, fev. 2013.
- SCHUELTER, T. F. *et al.* HIV, hepatitis B and C, and syphilis prevalence and coinfection among sex workers in Southern Brazil. **Rev Soc Bras Med Trop.**, Rio De Janeiro, v. 46, n. 4, p. 493-7, jul./ago. 2013.

SILVA, E. C. *et al.* Resultados de sorologia para casos de sífilis em campanha de município no norte do Brasil. **Rev Pan-Amaz Saude**, Ananindeua, v. 7, n. 1, p. 39-43, mar. 2016.

SILVA, E. F. da; COSTA, D. B.; NASCIMENTO, J. U. do. O trabalho das profissionais do sexo em diferentes lócus de prostituição da cidade. **Psicol teor prat.**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 109-122, mar. 2010.

SILVA, O.; TAVARES, L. H. L.; PAZ, L. C. As atuações do enfermeiro relacionadas ao teste rápido anti-HIV diagnóstico: uma reflexão de interesse da enfermagem e da saúde pública. **Enferm. Foco**, Brasília, v. 2, supl. 1, p.58-62, ago. 2011.

SILVA, R. M. da. Saberes e práticas de prostitutas acerca dos métodos contraceptivos. **Rev. baiana saúde pública**, Salvador, v. 32, n. 2, p. 177-189, mai./ago. 2008.

SILVEIRA, M. F. *et al.* Conhecimento sobre sorologia para sífilis e hiv entre profissionais do sexo de Pelotas, Brasil. **DST j. bras. doenças sex. transm.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 27-33, jun. 2009.

SOEIRO, C. M. O. *et al.* Syphilis in pregnancy and congenital syphilis in Amazonas State, Brazil: an evaluation using database linkage. **Cad Saude Publica.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 715-723, abr. 2014.

STRATHDEE, S. A. *et al.* Reductions in HIV/STI incidence and sharing of injection equipment among female sex workers who inject drugs: results from a randomized controlled trial. **PLoS One.**, San Francisco, v. 8, n. 6, p. 1-11, jun. 2013.

TAMENE, M. M.; TESSEMA, G. A.; BEYERA, G. K. Condom utilization and sexual behavior of female sex workers in Northwest Ethiopia: A cross-sectional study. **Pan Afr Med J.**, Kampala, v. 21, n. 50, p. 1-10, mai. 2015.

TANG, W. *et al.* Correlates of chlamydia and gonorrhea infection among female sex workers: the untold story of Jiangu, China. **PLoS One.**, San Francisco, v. 9, n. 1, p. 1-9, jan. 2014.

UJVARI, S. C. **A história da humanidade contata pelo vírus.** São Paulo: Contexto, 2008.

VASCONCELOS, M. I. O. *et al.* Estratégias e Desafios dos Enfermeiros da Atenção Básica para o Tratamento Simultâneo da Sífilis. **Atas CIAIQ**, Portugal, v. 2, n. 1, p. 1584-1592, fev. 2016.

VILLA, E. A.; CÂNDIDO, M. C. R. M.; SISTE, L. F. A assistência à saúde das profissionais do sexo no Brasil: uma revisão integrativa. **J Nurs Health.**, Pelotas, v. 1, n. 1, p. 92-102, abr. 2016.

VUYLSTEKE, B. *et al.* High prevalence of HIV and sexually transmitted infections among male sex workers in Abidjan, Côte d'Ivoire: need for services tailored to their needs. **Sex Transm Infect.**, London, v. 88, n. 4, p. 288-293, jun. 2012.

WAMOYI, J. *et al.* Qualitative study of discourses on heterosexual anal sexual practice among key, and general populations in Tanzania: implications for HIV prevention. **BMC Public Health.**, London, v. 24, n.15, p. 417, abr. 2015.

WANG, L. *et al.* The HIV, syphilis, and HCV epidemics among female sex workers in china: results from a serial cross-sectional study between 2008 and 2012. **Clin Infect Dis.**, Chicago, v. 59, n. 1, p. 1-9, abr. 2014.

WARD, H.; BELL, G. Partner notification. **Medicine**, Abingdon, v. 42, n. 6, p. 314-137, jun. 2014.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Proyectos de estrategias mundiales del sector de la salud. Infecciones de transmisión sexual, 2016-2021.** World Health Organization, 2016.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Report on global sexually transmitted infection surveillance 2013.** World Health Organization, 2013.

WU, X. *et al.* Poor awareness of syphilis prevention and treatment knowledge among six different populations in south China. **BMC Public Health**, London, v. 16, n. 1, p. 287-294, mar. 2016.

XIMENES, I. P. E. *et al.* Incidência e controle da sífilis congênita no Ceará. **Rev. RENE.**, Fortaleza, v. 9, n. 3, p. 74-80, jul./set. 2008.

YADAV, G. *et al.* Associations of sexual risk taking among Kenyan female sex workers after enrollment in an HIV-1 prevention trial. **J Acquir Immune Defic Syndr.**, Hagerstown, v. 38, n. 3, p. 329-34, mar. 2005.

YJ, Y. u. *et al.* Demographic and Behavioral Correlates of HIV/STI Among Vietnamese Female Sex Workers in Southwest China. **AIDS Care**, Abingdon, v. 28, n. 11, p. 1455-1460, nov. 2016.

ZHANG, T. *et al.* Kaposi`s sarcoma associated herpesvirus infection among female sex workers and general population women in Shanghai, China: a cross-sectional study. **BMC Infect Dis.**, London, v. 5, n. 14, p. 1-9, fev. 2014.

ZENG, J. *et al.* Contraceptive practices and induced abortions status among internal migrant women in Guangzhou, China: a cross-sectional study. **BMC Public Health.**, London, v. 15, n. 552, p. 1-10, jun. 2015.

ZHUSSUPOV, B. *et al.* Migrant Workers in Kazakhstan: Gender Differences in HIV Knowledge and Sexual Risk Behaviors. **AIDS Behav.**, New York v. 19, n. 7, p. 1298-304, jul. 2015.

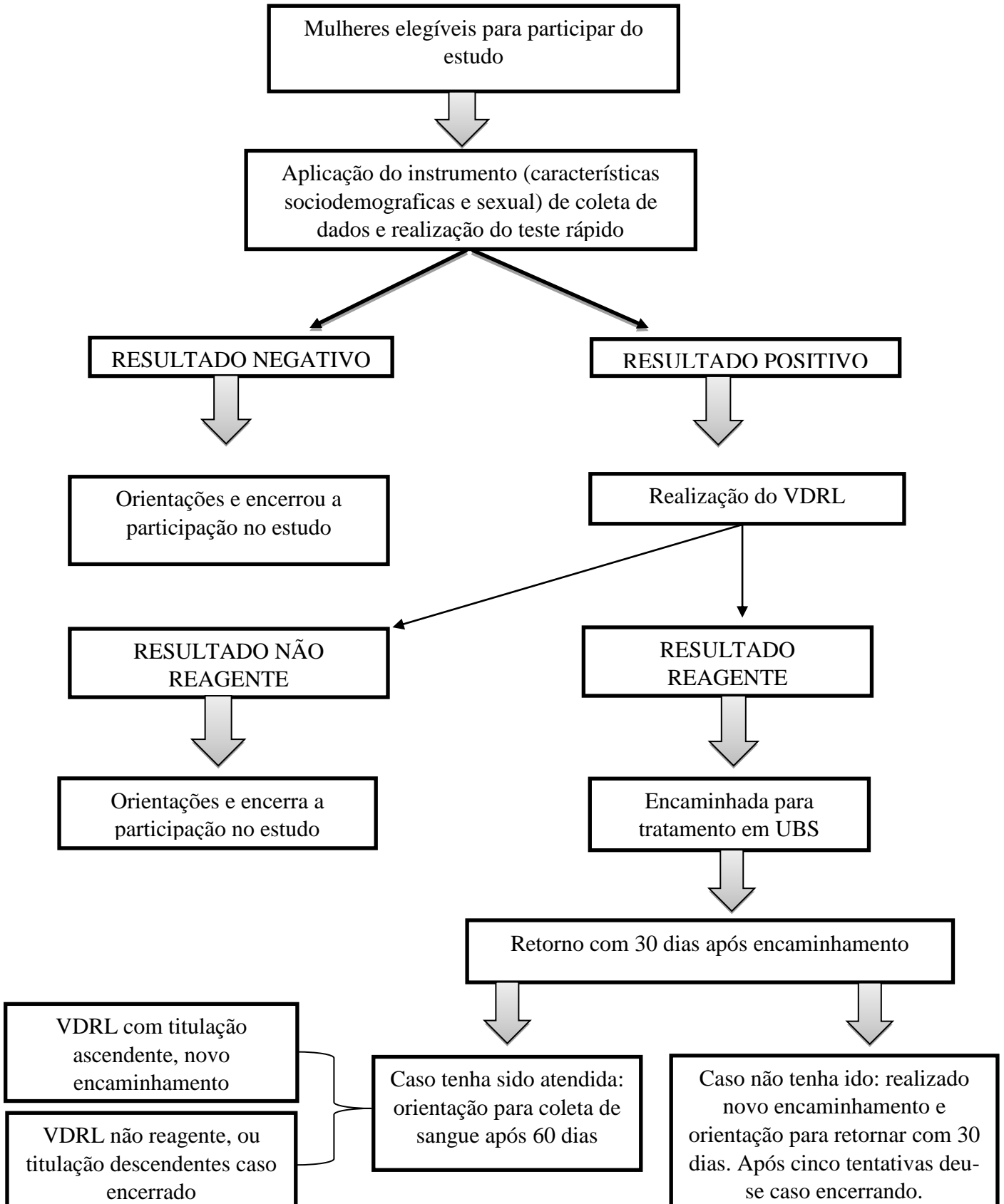
## APÊNDICES

## APÊNDICE A – CONVITES - CUPONS

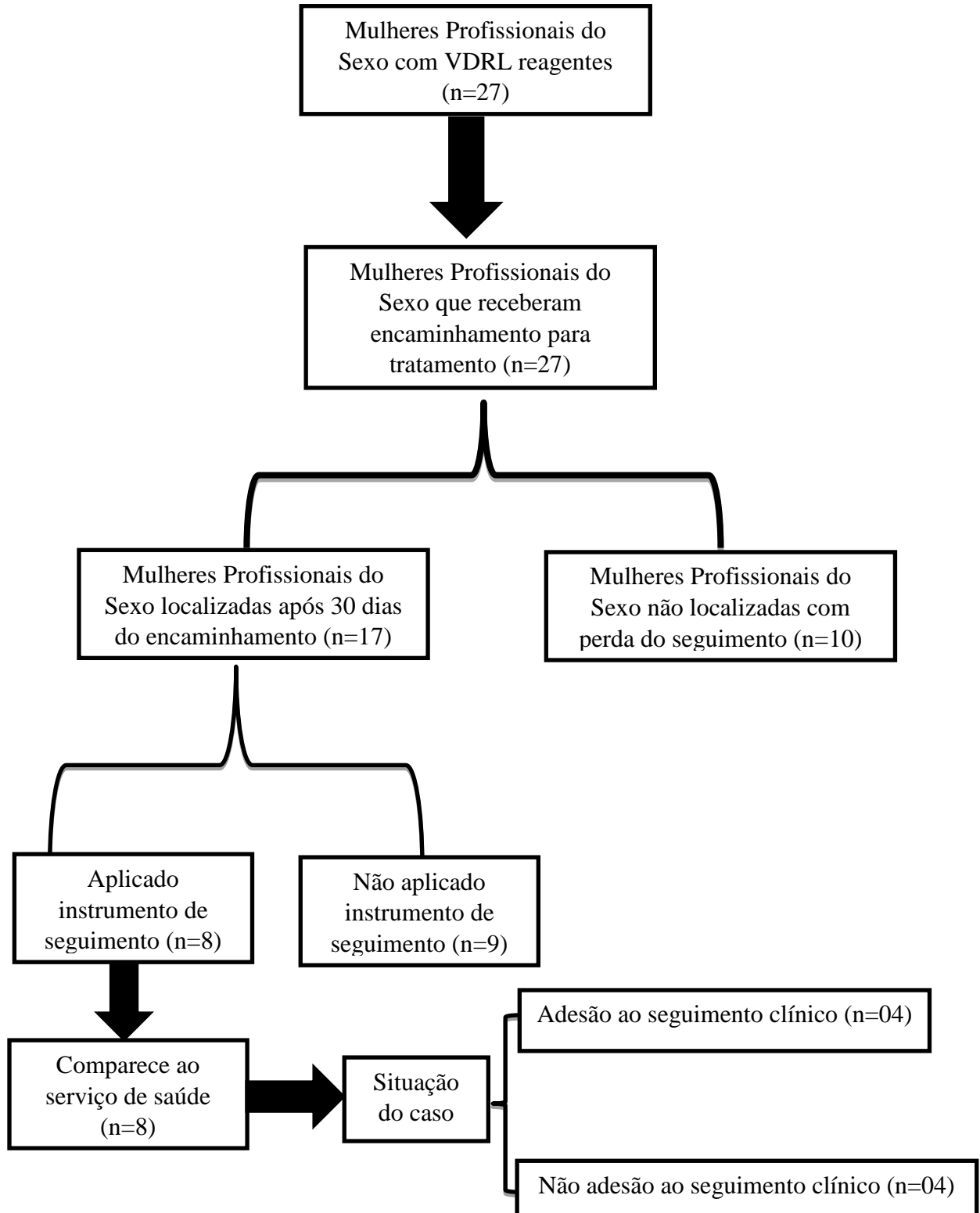
Projeto: SEGUIMENTO AMBULATORIAL DA SÍFILIS EM MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO	Projeto: SEGUIMENTO AMBULATORIAL DA SÍFILIS EM MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO	Projeto: SEGUIMENTO AMBULATORIAL DA SÍFILIS EM MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO
<p style="text-align: center;"><b>UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ</b></p> <p><b>ID: FSW</b> _ _ _ _ _ </p> <p><b>DATA DA ENTREVISTA</b> __/__/__</p> <p><b>Cupom N°</b> _____</p>	<p style="text-align: center;"><b>UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ</b></p> <p style="text-align: center;"><b>A mulher poderá participar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não ter participado desse estudo;</li> <li>• For elegível para o estudo.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Você foi convida para participar de uma pesquisa</b></p> <p>Se você for elegível para o estudo e apresentar este cupom:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Responderá um questionário;</li> <li>• Fará gratuitamente exame para Sífilis;</li> <li>• Será acompanhada para o tratamento da Sífilis.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Assinatura do entrevistador</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Guarde bem este cupom.</b></p>	<p>Para agendar sua entrevista você pode:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ligar ou enviar mensagem para 086 99986-0630 (Braulio)</li> <li>• Ligue de preferência de 8:00 às 12:00</li> </ul>

<p><b>Projeto: SEGUIMENTO AMBULATORIAL DA SÍFILIS EM MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO</b></p>	<p><b>Projeto: SEGUIMENTO AMBULATORIAL DA SÍFILIS EM MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO</b></p>	<p><b>Projeto: SEGUIMENTO AMBULATORIAL DA SÍFILIS EM MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Este cupom não será aceito se:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estiver rasgado, rabiscado, adulterado ou ilegível;</li> <li>• Não constar a assinatura e carimbo do entrevistador.</li> </ul> <p><b>ID: FSW _ _ _ _ </b></p> <p><b>DATA DA ENTREVISTA ___/___/___</b></p> <p><b>Cupom N° _____</b></p> <hr/> <p><b>Assinatura do entrevistador</b></p>		

**APÊNDICE B – FLUXOGRAMA DO SEGUIMENTO CLÍNICO DA SÍFILIS EM MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO PARTE I**



**APÊNDICE C – FLUXOGRAMA DO SEGUIMENTO CLÍNICO DA SÍFILIS EM MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO PARTE II**





**APÊNDICE D – FORMULÁRIO**

	<b>ID: n°</b>	<b>N° Cupom-recrutador</b>  
<b>N°</b>	<b>DADOS SOCIODEMOGRAFICOS</b>	<b>Código</b>
<b>1</b>	<b>Idade:</b> _____	1ID
<b>2</b>	<b>Procedência:</b> 1-Teresina; 2- Outros; Caso se o item 2, especificar? _____	2PROC
<b>3</b>	<b>Renda mensal:</b> 1-Sem rendimento; 2 - Até 1 salário mínimo (R\$ 880); 3- 1 a 2 salários mínimos (R\$ 880 a R\$ 1760); 4- 2 a 3 salários mínimos (De R\$ 1760 a R\$ 2640); 5- (R\$ 2640 a R\$ 3520); 6- 5 a 10 (R\$ 3520 a R\$ 4400); 7- 10 a 20 (R\$ 4400 a R\$ 17600); 8- Acima 20 salários mínimos (R\$ 17.600 ou mais)	3RM
<b>4</b>	<b>Qual é o seu estado civil?</b> 1-Solteira; 2- Casada; 3- Separada; 4- Desquitada ou divorciada; 5- Viúva	4EC
<b>5</b>	<b>Qual é a sua religião ou crença religiosa?</b> 1- Nenhuma/Agnóstica; 2- Católica; 3-Evangélica; 4-Espírita; 5- Outra (s). Qual _____	5REL
<b>6</b>	<b>Qual sua escolaridade?</b> 1-Analfabeta; 2-Ensino fundamental incompleto; 3-Ensino fundamental completo; 4-Ensino médio incompleto; 5-Ensino médio completo; 6-Graduação 7-Pós-Graduação	6NIVESC
<b>7</b>	<b>Você tem filhos?</b> 1-Sim; 2- Não *Se Sim, número de filhos: _____	7FILH
<b>8</b>	<b>Local de trabalho</b> 1-Bares; 2- Praças; 3-Rua; 4-Boates	8LOC_TRAB
<b>9</b>	<b>Cor de pele ou raça</b> 1- Preta; 2- Parda; 3- Branca; 4- Amarela; 5- Indígena.	9COR
<b>COMPORTAMENTO SEXUAL</b>		
<b>10</b>	<b>Em relação a orientação sexual você se considera:</b> 1- Heterossexual; 2-Homossexual; 3- Bissexual.	10ORI_SEX
<b>11</b>	<b>Com quantos anos de idade você teve a sua primeira relação sexual?</b>	11COIT

	_____	
<b>12</b>	<b>Número de parceiros casuais anterior a coleta?</b>	12NPARC
<b>13</b>	<b>Você tem parceria fixa fora da prostituição?</b> 1-Não; 2-Sim.	13PARFIX
<b>14</b>	<b>Com essa parceria fixa, você usa a camisinha?</b> 1-Nunca; 2-Menos da metade das vezes; 3-Usa sempre	14CAMIFIX
<b>15</b>	<b>Que tipo de sexo você pratica: (pode marcar mais de uma)</b> 1-Anal; 2-Vaginal; 3-Oral	15SEXPRAT
<b>16</b>	<b>No período menstrual;</b>  1-Tem relação sexual sem uso de preservativo; 2- Tem relação sexual com uso de preservativo; 3- Nunca tem relação sexual.	16PERMES
<b>17</b>	<b>Usa anticoncepcional:</b>  1-Sim; 2-Não.	17USANT
<b>18</b>	<b>Conhece o preservativo feminino, mesmo que só de ouvir falar?</b>  1-Não; 2-Sim; 3-Não sei ou não quero responder.	18CONPRESF
<b>19</b>	<b>Usa preservativo com parceria fixa?</b>  <b>1-Nunca uso; 2- Uso menos da metade das vezes; 3-Não tenho parceria fixa.</b>	19PRESPARF
<b>20</b>	<b>Usa preservativo com parceria casual?</b>  1-Sim; 2- Não; 3-Às vezes.	20PRESPARCC
<b>ADESÃO AO SEGUIMENTO CLÍNICO DE MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO COM SÍFILIS</b>		
<b>Nº</b>	<b>DADOS PESSOAIS</b>	<b>Código</b>
<b>1</b>	Nome:	1Nom
<b>2</b>	Nome Social:	2NSoc
<b>3</b>	Celular:	3Cel
<b>4</b>	Tel. fixo:	4Tel
<b>5</b>	Tel para Recado:	5Trec
<b>SITUAÇÃO DE SAÚDE</b>		
<b>7</b>	Apresenta coinfeção para o HIV? ( ) 1. Sim; ( ) 2-Não	7Coinf
<b>Doença atual (Sífilis): VDRL e Seguimento</b>		
<b>8</b>	Data 1ª. Titulação: ___/ ___/ _____	8Dat1

9	Proporção da 1ª.: _____	9Prop1
10	Data 2ª. Titulação: ___/___/_____	10Dat2
11	Proporção da 2ª.: _____	11Prop2
18	<b>Data do seguimento (1): 60 dias: ___/___/_____ SEG 1</b>	18DS60
19	Compareceu ao serviço de saúde, após o encaminhamento: ( )1.Sim; ( )2.Não <b>*Caso não, pule para o item 49 e 50</b>	19Com60
20	Se atendida: Qual Profissional? ( ) 1.médico; ( )2. Enfermeiro; ( )3.Assistente social; ( )4.Psicólogo; ( ) 5.Consultorio na rua. ( )6.Outro: _____	20Prof60
21	Informou/comentou ser Profissional do sexo? ( )1.Sim; ( ) 2.Não.	21InP60
22	Percebeu algum preconceito para o atendimento? ( )1.Sim; ( ) 2.Não.	22Pre60
23	Se sim, me diga como isso aconteceu.	
24	<b>Data do seguimento (2): 90 dias: ___/___/_____ SEG 2</b>	24DS90
25	Compareceu ao serviço de saúde, após o encaminhamento: ( )1.Sim; ( )2.Não <b>*Caso não, pule para o item 49 e 50</b>	25Com90
26	Se atendida: Qual Profissional? ( ) 1.médico; ( )2. Enfermeiro; ( )3-Assistente social; ( )4-Psicólogo; ( ) 5.Consultorio na rua. ( )6. Outro: _____	26Prof00
27	Informou/comentou ser Profissional do sexo? ( )1.Sim; ( ) 2.Não	27InP90
28	Percebeu algum preconceito para o atendimento? ( )1.Sim; ( ) 2.Não	28Pre90
29	Se sim, diga-me como isso aconteceu.	

<b>30</b>	<b>Data do seguimento (3): &gt; 90 dias: ___/___/_____ SEG 3</b>	30DS>90
<b>31</b>	Compareceu ao serviço de saúde, após o encaminhamento: ( )1.Sim; ( )2.Não <b>*Caso não, pule para o item 49 e 50</b>	31ComS
<b>32</b>	Se atendida: Qual Profissional? ( ) 1.médico; ( )2. Enfermeiro; ( )3.Assistente social; ( )4.Psicólogo; ( ) 5.Consultorio na rua. ( )6.Outro: _____	32ProfS
<b>33</b>	Informou/comentou ser Profissional do sexo? ( )1.Sim; ( ) 2-Não	33InPS
<b>34</b>	Percebeu algum preconceito para o atendimento? ( )1.Sim; ( ) 2-Não	34PreS
<b>35</b>	Se sim, me diga como isso aconteceu.	
<b>36</b>	<b>Tipo de serviço</b> ( )1. Serviço de saúde público; ( )2. Serviço de saúde privado; 3.( ) Outro	36TipoSer
<b>37</b>	<b>Tipo de estabelecimento</b> ( )1-Unidades Básicas; ( )2-Hospital; ( )3-Consultório particulares; ( )4-Outros __	37TE
<b>38</b>	<b>Tempo para procurar o serviço de saúde? (em dias)</b>	38TPSS
<b>39</b>	<b>Ao chegar ao serviço de saúde, você conseguiu ser atendida no mesmo dia?</b> ( )1.Sim; ( )2.Não.	39Atend.dia
<b>40</b>	<b>Durante o atendimento foi preenchido a ficha de notificação compulsória para sífilis?</b> ( )1.Sim; ( )2.Não; ( )3.Não sei informar.	40FichNCS

41	<p><b>Você iniciou o tratamento, logo após o primeiro atendimento?</b></p> <p>( )1.Sim; ( )2.Não *Caso seja não, vá para questão 51</p>	41IniTrat1atm
42	<p><b>Você recebeu (grátis) a medicação após a consulta?</b></p> <p>( )1.Sim; ( )2.Não; ( )3.O profissional não prescreveu medicação.</p>	42Rec.Med
43	<p><b>Quantas doses de injeções você recebeu?</b></p> <p>( )1.Uma; ( )2.Duas; ( )3.Três.</p>	43QuantDose
44	<p><b>Em relação a administração dessas injeções, foram aplicadas da seguinte forma:</b></p> <p>( )1.Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo).</p> <p>( )2.Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo), semanal, por três semanas. Dose total de 7,2 milhões UI.</p> <p>( )3.Outros. Qual?</p>	44DoseAdm
45	<p><b>Em relação ao local de administração da injeção.</b></p> <p>( )1.Glúteo; ( )2.Braço; ( )3.Vasto lateral da coxa.</p>	45LocAdm
46	<p><b>Caso tenha feito uso de medicação sem prescrição, você adquiriu:</b></p> <p>( )1.Em farmácia; ( )2.Com uma amiga; ( )3.No posto de saúde;</p> <p>( )4.Issso não aconteceu.</p>	46MedSemP
47	<p><b>Por que não fez o tratamento logo após o primeiro atendimento?</b></p> <p>( )1.Não achei necessário; ( )2.Por falta de profissional de saúde;</p> <p>( )3.Por falta de profissional para aplicar; ( )4.Por falta de insumos;</p> <p>( )5.Outros; ( )6.Não se aplica.</p>	47Ntratam.
48	<p><b>Após o tratamento você retornou ao serviço de saúde?</b></p> <p>( )1.Sim; ( )2.Não.</p>	48Ret.SS.Trat
49	<p><b>Por que não procurou o serviço de saúde? Poderá responder mais de uma opção.</b></p>	49PqÑSS

	( )1.Não considera necessário; ( )2.Dificuldades de acesso; ( )3.Ausência de tempo; ( )3.Horário de funcionamento dos serviços de saúde;  ( )4.Vergonha de expor sua condição de saúde; ( )5.Ausência de vínculo com o serviço de saúde; ( )6.Automedicação; ( )7.Não se aplica.	
<b>50</b>	<b>Caso a resposta seja não, aceita receber um outro encaminhamento</b>  Compareceu ao serviço de saúde: ( )1.Sim; ( )2.Não; ( )3. Não se aplica.	50OutEnc
<b>EM RELAÇÃO AO SEU PARCEIRO(A)</b>		
<b>51</b>	<b>Você tem parceria fixa?</b>  ( )1.Sim; ( )2.Não. *Caso sua resposta seja não, pule pra o item 56.	51Parc.Fix
<b>52</b>	<b>Em relação a essa parceria fixa:</b>  ( )1.É fora da prostituição; ( )2.É na prostituição; ( )3.Ambos.	52Amb.Parc.Fix
<b>53</b>	<b>Quando recebeu o seu diagnóstico de sífilis: você comunicou o(a) parceiro fixo (a) fora da prostituição?</b>  ( )1.Sim; ( )2.Não; *Caso seja não, pule para o item 58 ( )3. Não se aplica.	53Com.Parc.Fix F
<b>54</b>	<b>Quando recebeu o seu diagnóstico de sífilis: você comunicou o(a) parceiro fixo (a) na prostituição?</b>  ( )1.Sim; ( )2.Não; ( )3. Não se aplica.	54Com.Parc.Fix. P
<b>55</b>	<b>Quando recebeu o seu diagnóstico de sífilis: você comunicou o(a) parceiro casual?</b>  ( )1.Sim; ( )2.Não; ( )3. Não se aplica.	55Com.Parc.Cas
<b>56</b>	<b>O seu parceiro, ele(a) fez tratamento?</b>  ( )1.Sim; ( )2.Não; ( )3.Não comuniquei; ( )4.Não se aplica.*Caso seja não, pule para o item 63.	56Parc.Trat.
<b>57</b>	<b>Que tipo de parceria fez o tratamento?</b>  ( )1.Fixo fora da prostituição; ( )2.Fixo na prostituição; ( )3.Casual; ( )4.Não sei informar; ( )5. Todos; ( )6. Não se aplica.	57Tip.Parc.Trat.
<b>58</b>	<b>Quais os motivos que levaram não informar o parceiro(a)?</b>  ( )1.Medo de perder o parceiro (a); ( )2.Vergonha; ( )3.Não	58Mot.ñ.Inf.Parc ,

	<p>achou importante;</p> <p>( )4.Ele(a) não tem sintomas; ( )5.Ele não sabe da minha condição de trabalho; ( ) 6.Ele não é infectado; ( )7.Outro: _____ ( )8.Não se aplica.</p>	
<b>59</b>	<p><b>Você já teve relação sexual sem o uso do preservativo após o diagnóstico?</b></p> <p>( )1.Sim; ( )2.Não; ( )3.Algumas vezes; ( )4.Não sei ou não quero responder.</p>	59Relsex.sem.pr es
<b>60</b>	<p><b>Após o diagnóstico você manteve relação sexual com o uso de preservativo com seu parceiro fixo (a) fora da prostituição?</b></p> <p>( )1.Sempre; ( )2.Às vezes; ( )3.Nunca; ( )4.Não quero informar.</p>	60Relsex.Parc.Fi xF
<b>61</b>	<p><b>Após o diagnóstico você manteve relação sexual com o uso de preservativo com seu parceiro fixo (a) na prostituição?</b></p> <p>( )1.Sempre; ( )2.Às vezes; ( )3.Nunca; ( )4.Não quero informar.</p>	61Relsex.Parc.Fi xP
<b>62</b>	<p><b>Após o diagnóstico você manteve relação sexual com o uso de preservativo com seu parceiro casual?</b></p> <p>( )1.Sempre; ( )2.Às vezes; ( )3.Nunca; ( )4.Não quero informar.</p>	62Relsex.Parc.C as.
<b>63</b>	<p><b>Por que o seu parceiro(a) não fez o tratamento?</b> ( )1.Não acha isso importante; ( )2.Acredita não estar infectado;( )3.Recusa-se a fazer o tratamento; ( )4.Teve dificuldades de acesso ao serviço de saúde;</p> <p>( )5.Outros; ( )6.Não se aplica.</p>	63Parc.fez.trat
<b>EM RELAÇÃO AO SERVIÇO DE SAÚDE</b>		
<b>64</b>	<p><b>Ao ser atendida no serviço de saúde, o profissional que lhe atendeu fez as seguintes orientações/conduas?</b></p>	
<b>64.1</b>	<p><b>Solicitação para repetir o exame para detectar sífilis?</b></p> <p>( )1.Sim; ( )2.Não.</p>	64.1Rep.ex.sif.
<b>64.2</b>	<p><b>Fazer uso correto da medicação?</b></p> <p>( )1.Sim; ( )2.Não.</p>	64.2Uso.cor.med .
<b>64.3</b>	<p><b>Continuar uma vida normal em relação a atividade sexual?</b></p> <p>( )1.Sim; ( )2.Não.</p>	64.3Vid.nor.rels ex.

<b>64.4</b>	<b>Não ter relação sexual durante o tratamento?</b> ( )1.Sim; ( )2.Não.	64.4Ñ.relsex.trat
<b>64.5</b>	<b>Ter relação sexual durante o tratamento com o uso do preservativo?</b> ( )1.Sim; ( )2.Não.	64.5Relsex.trat.pres.
<b>64.6</b>	<b>Recebeu informações sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis?</b> ( )1.Sim; ( )2.Não.	64.6Infor.IST
<b>64.7</b>	<b>Realizar vacina contra hepatite B, caso necessário?</b> ( )1.Sim; ( )2.Não.	64.7Vac.hep.B
<b>64.8</b>	<b>Realizar titulação (p.ex. VDRL ou RPR) mensal para gestantes?</b> ( )1.Sim; ( )2.Não; ( )3.Não se aplica.	64.8Tit.gest
<b>64.10</b>	<b>Retornar após o término após 90 dias?</b> ( )1.Sim; ( )2.Não.	64.10Ret.90
<b>64.11</b>	<b>Informar o parceiro e trazer para realizar o tratamento?</b> ( )1.Sim; ( )2.Não.	64.11Inf.parc.trat
<b>64.12</b>	<b>Ofertas de preservativos e gel lubrificante?</b> ( )1.Sim; ( )2.Não.	64.12Pres.gel
<b>64.13</b>	<b>A importância da adesão ao tratamento?</b> ( )1.Sim; ( )2.Não.	64.13Ades.Trat.
<b>64.14</b>	<b>Foi oferecido testagem rápida para HIV?</b> ( )1.Sim; ( )2.Não.	64.14Test.HIV
<b>64.15</b>	<b>Foi oferecido testagem rápida para Hepatite B?</b> ( )1.Sim; ( )2.Não.	64.15Test.HB
<b>64.16</b>	<b>Foi oferecido testagem rápida para Hepatite C?</b> ( )1.Sim; ( )2.Não.	64.16Test.HC
<b>64.17</b>	<b>Profissional que lhe atendeu convocou seu parceiro(a) para fazer exames?</b> ( )1.Sim; ( )2.Não; ( )3.Não se aplica.	64.17Conv.Parc.Ex.
<b>64.18</b>	<b>Essa convocação, ocorreu por comunicação por cartão?</b>	64.18Conv.Cart.



	( )1.Sim; ( )2.Não; ( )3.Não se aplica.	
<b>64.19</b>	<b>Essa convocação, ocorreu por comunicação por correspondência?</b> ( )1.Sim; ( )2.Não; ( )3.Não se aplica.	64.19Conv.Corr es
<b>64.20</b>	<b>Essa convocação, ocorreu por comunicação por busca ativa?</b> ( )1.Sim; ( )2.Não; ( )3.Não se aplica.	64.20Conv.BA
<b>64.21</b>	<b>Não houve necessidade, ele foi espontaneamente.</b> ( )1.Sim; ( )2.Não; ( )3.Não se aplica.	64.21Ñ.neces.
<b>65</b>	<b>Como você avaliaria o serviço de saúde prestado durante o seu tratamento?</b> ( )1.Péssimo; ( )2.Ruim; ( )3.Regular; ( )4.Bom; ( )5.Ótimo.	65Aval.SS.Trat
<b>SITUAÇÃO DO CASO</b>		
<b>66.1</b>	( )1. Adesão ao seguimento clínico;	66.1AdSeC
<b>66.2</b>	( )2. Não adesão ao seguimento clínico;	66.2ÑAdSeC
<b>66.3</b>	( )3. Sucesso ao tratamento clínico;	66.3SeTTTC
<b>66.4</b>	( )4. Não localizado.	66.4Nloc

**APÊNDICE E – CARTA DE ENCAMINHAMENTO**

DATA DO ENCAMINHAMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data da realização do exame: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DA CLIENTE:**

Nome: \_\_\_\_\_ data do nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Tipo de exame realizados**Testa rápido para sífilis:  Sim  NãoVDRL:  Sim  Não**Exames com resultados reagentes**Testa rápido para sífilis:  Sim  NãoVDRL:  Sim  Não/ Titulação: \_\_\_\_\_

Encaminho a Sr(a). \_\_\_\_\_ para  
a \_\_\_\_\_ para que seja  
realizado o seguimento clínico. Informo que os exames originais foram entregues para a  
paciente acima e que a mesmo foi informado sobre os resultados e a importância de  
acompanhamento clínico.

Desde já sou grata.

Atenciosamente,

Rosilane de Lima Brito Magalhães  
Docente/UFPI

### APÊNDICE F – ETAPAS DA COLETA DE DADOS

ETAPAS	DESCRIÇÃO	TEMPO
1º Etapa	<p>Contato com Fundação Municipal de Saúde de Teresina;            Contato com a APROSPI;            Treinamento e capacitação da equipe.</p>	5 meses
2º Etapa	<p>Coleta de dados I, a saber: aplicação do formulário (características sociodemográficas e sexual) e coleta de sangue (capilar) para testagem rápida de sífilis.            Para os testes rápido reagentes realizará coleta I periférica (venosa);            Agendamento do retorno com prazo de sete dias após coleta I, para entrega dos exames;            Os casos não reagentes receberão orientações e deu-se como encerrado a participação.</p>	5 meses
3º Etapa	<p>Entrega dos resultados previamente marcados na etapa anterior;            Encaminhamento dos casos reagentes para os serviços de referência;            Agendamento de uma nova entrevista com trinta dias, após a entrega dos resultados;            Coleta de dados II, a saber: aplicação do formulário II (adesão ao seguimento clínico), após encaminhamento ao serviço de saúde;            Agendamento de coleta de sangue periférico (venoso) II para nova testagem, com 60 dias posterior, a coleta de dado II;            Agendamento com sete dias, para entrega dos resultados dos exames;            Entrega dos resultados: resultados não reagentes ou com titulação descendentes encerra o caso e os reagentes ou com titulação ascendentes, encaminhamento para serviço de referência para realizar nova consulta;</p>	9 meses

## APÊNDICE G – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título do projeto:** Seguimento ambulatorial da sífilis em mulheres profissionais do sexo em Teresina, Piauí.

**Pesquisador responsável:** Profa. Dra. Rosilane de Lima Brito Magalhães

**Orientando:** Braulio Vieira de Sousa Borges

**Instituição:** UFPI

**Telefone para contato (inclusive a cobrar):** (89) 99986-0630

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

### **Descrição da pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa sobre adesão ao seguimento clínico da sífilis com base nos exames laboratoriais e nos relatos de mulheres profissionais do sexo.

Para o alcance de todos os objetivos serem explicados, a senhora deverá responder um formulário, e após essa etapa será realizado o teste rápido para a sífilis. Com base no resultado reagente será realizado a coleta de sangue, por meio de uma punção venosa periférica utilizando material descartável, para realização do exame sorológico específico para sífilis. Os resultados alterados serão encaminhados para uma instituição de referência do município de Teresina-Piauí, para confirmar o diagnóstico e receber tratamento adequado. Você será convidada para relatar o que aconteceu após o diagnóstico de sífilis e a sua busca pelo serviço de saúde para a realização do tratamento. Para isso a entrevista será gravada, com o seu consentimento.

A pesquisa acarretará risco mínimo, com pequeno desconforto transitório resultante da dor no local da picada da agulha durante a coleta de sangue, bem como certo constrangimento por responder perguntas de cunho íntimo. Todos serão contornados ou minimizados com a equipe de pesquisa devidamente capacitada e qualificada para saber respeitar e interromper os procedimentos quando assim fizer necessário.

Trata-se de um estudo sobre o seguimento ambulatorial da sífilis com base nos exames laboratoriais e nos relatos de mulheres profissionais do sexo. O estudo será realizado sob a orientação da Dra. Rosilane de Lima Brito Magalhães que é professora do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Piauí-UFPI. O estudo é de grande importância e se faz necessário, pois pretende contribuir para analisar o seguimento ambulatorial da sífilis em mulheres profissionais do sexo e assim avaliar a rede de assistência prestada a esse público, bem como contribuir para diminuir novos agravos e os casos necessários serão encaminhados para tratamento no serviço de referência do município de Teresina-Piauí.

**Garantia do acesso:** Gostaria de informar que você terá a garantia do acesso em qualquer etapa do estudo por meio do contato com a pesquisadora, Rosilane de Lima Brito Magalhães pelo contato (86) 99804 1991, para esclarecimento de eventuais dúvidas. Ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa-UFPI, Campus Universitário Ministro Petrônio Portella-Bairro Ininga. Pró Reitoria de Pesquisa/PROPEAQ.CEP: 64.049-550 - Teresina – PI, telefone 86 3237-2332, e-mail: [cep.ufpi@ufpi.edu.br](mailto:cep.ufpi@ufpi.edu.br)

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

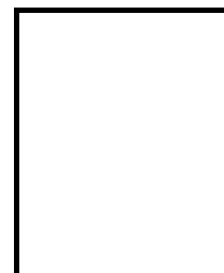
**Período de participação:** ao sujeito fica assegurado o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo sem qualquer prejuízo da continuidade do acompanhamento.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura da orientanda

Nome do sujeito: \_\_\_\_\_ Impressão digital

Assinatura do sujeito \_\_\_\_\_



Teresina, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**APÊNDICE H – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA  
REALIZAÇÃO DO TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS E ABORDAGEM  
CONSENTIDA**

**NOME SOCIAL:**

Eu, \_\_\_\_\_,  
portadora do documento de Identidade \_\_\_\_\_, fui informado (a) a respeito do objetivo da realização do teste rápido para Sífilis, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e que os testes serão realizado de forma gratuita e sigilosa.

**Declaro que autorizo a realização dos testes rápido para Sífilis.**

**Eu autorizo ser contactado** pela equipe do projeto, desde que respeitados os meus direitos de privacidade e sigilo das informações, caso não receba o resultado dos meu teste para Sífilis hoje ou se eu não comparecer à consulta com profissional de saúde referenciado dentro de 30 dias. Sei que esse contato será realizado única e exclusivamente comigo.

Permito contato pelo telefone: \_\_\_\_\_

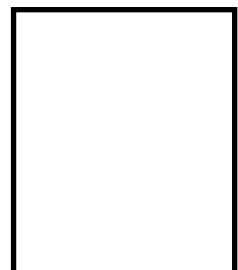
Permito contato pelo e-mail: \_\_\_\_\_

**Eu não autorizo ser contado** pela equipe do projeto.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Impressão digital

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante



**ANEXOS**

## ANEXO A – LAUDO REAGENTE

 GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Programa Estadual de DST/AIDS e Hepatites Virais		
<b>Laudo do Diagnóstico</b>		
Cidade: _____		
Nome do paciente: _____		
Sexo: ( ) M ( ) F	Data de nascimento: ____/____/____	
<b>TESTES RÁPIDOS PARA DETECÇÃO DA SÍFILIS</b>		
AMOSTRA: Sangue total		
Data da coleta de amostra: ____/____/____		
TESTE:		
Nome do produto: _____		
Método: Imunocromatografia		
Resultado do teste: Amostra REAGENTE para a SÍFILIS		
OBSERVAÇÃO		
1) O teste rápido utilizado é um teste triagem para SÍFILIS 2) Amostra com resultado REAGENTE no teste rápido para triagem de SÍFILIS: o paciente deverá ser encaminhado para realização de testes complementares para conclusão do diagnóstico.		
Responsável Técnico: (Assinatura e rubrica)		



## ANEXO B – LAUDO NÃO REAGENTE

 GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
Programa Estadual de DST/AIDS e Hepatites Virais



**Laudo do Diagnóstico**

Cidade: \_\_\_\_\_  
Nome do paciente: \_\_\_\_\_  
Sexo: (  ) M (  ) F Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**TESTES RÁPIDOS PARA DETECÇÃO DE SÍFILIS**

AMOSTRA: Sangue total  
Data da coleta da amostra: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



TESTE:  
Nome do produto: \_\_\_\_\_  
Método: Imunocromatografia  
Resultado do teste: Amostra **NÃO REAGENTE** para a SÍFILIS

OBSERVAÇÃO

- 1) O teste rápido utilizado é um teste triagem para Sífilis.
- 2) Amostra com resultado **NÃO REAGENTE** no teste rápido para triagem de Sífilis.

Responsável Técnico:  
(carimbo e assinatura)

## ANEXO C – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DO CEP

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

### CARTA DE APROVAÇÃO

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

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

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

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

**Dezenbro/2013**

**Relatório final**

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

**DATA DA APROVAÇÃO:** 20/03/2012

Teresina, 21 de Março de 2012.



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

**ANEXO D – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA APROSPI****ASSOCIAÇÃO DE PROSTITUTAS DO ESTADO DO PIAUÍ**


Ima. Sra.

Profa. MS. Rosilene de Lima Brito Magalhães

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

Teresina, 09 de outubro de 2011

Atenciosamente

  
Aricolina da Silva Gomes  
Presidente da APROSPI

**ANEXO E – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE**

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

MEMO CAA/Nº 29/2012

Teresina, 26 de janeiro de 2012.

Da: Coordenação de Ações Assistenciais.  
Para: CRS SUL

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

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

Atenciosamente,

  
Amariles de Souza Borba  
COORDENADORA DE AÇÕES ASSISTENCIAIS