

Incentivos e barreiras ao teste de HIV entre mulheres profissionais do sexo no Ceará

Telma Alves Martins^I, Ligia Kerr^{II}, Raimunda Hermelinda Maia Macena^{III}, Rosa Salani Mota^{IV}, Inês Dourado^V, Ana Maria de Brito^{VI}, Laetitia Atlani_Dualt^{VII}, Laurent Vidal^{VIII}, Carl Kendall^{VIII}

^I Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde. Núcleo de Vigilância Epidemiológica. Fortaleza, CE, Brasil

^{II} Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina. Departamento de Saúde Comunitária. Fortaleza, CE, Brasil

^{III} Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina. Curso de Fisioterapia. Fortaleza, CE, Brasil

^{IV} Universidade Federal do Ceará. Departamento de Estatística e Matemática Aplicada. Fortaleza, CE, Brasil

^V Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Salvador, BA, Brasil

^{VI} Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Aggeu Magalhães. Recife. PE, Brasil

^{VII} Institut de Recherche pour le Développement. Marseille, França

^{VIII} Tulane School of Public Health and Tropical Medicine. Global Community Health and Behavioral Sciences. New Orleans, United States

RESUMO

OBJETIVO: Estimar a prevalência do HIV e descrever os incentivos e barreiras à realização do teste para o HIV entre mulheres profissionais do sexo.

MÉTODOS: Este estudo transversal recrutou 402 mulheres de 18 anos ou mais, residentes em Fortaleza, CE, que informaram ter tido relação sexual em troca de dinheiro nos últimos quatro meses. A amostra foi recrutada por meio da técnica *Respondent Driven Sampling*, entre agosto e novembro de 2010.

RESULTADOS: A adesão ao teste de HIV foi de 84,1% e a prevalência estimada da infecção pelo HIV foi de 3,8%. A amostra era jovem (25 a 39 anos), solteira (80,0%), com um a três filhos (83,6%), tinham oito anos ou mais de estudo (65,7%) e pertencia às classes sociais D/E (53,1%). A maioria exercia a profissão em locais fechados (bares, motéis, hotéis, sauna – 88,9%), e a prostituição era a única fonte de renda (54,1%). Cerca de 25% da amostra desconhecia onde o teste de HIV era realizado na rede pública e 51,8% nunca fez o teste ou se testou há um ano ou mais. As principais barreiras ao teste foram acreditar que não corre risco de se infectar (24,1%) e o medo da discriminação caso o teste fosse reagente (20,5%). Os incentivos foram relacionados à maior oferta de locais para o teste (57,0%) e de unidades de saúde com horários alternativos (44,2%).

CONCLUSÕES: A prevalência foi semelhante à encontrada em outras cidades brasileiras de diferentes regiões do país, apesar de superiores a de mulheres não profissionais do sexo. A disponibilidade do teste em locais não relacionados à saúde e a oferta nas unidades básicas em horário não comercial são fatores que incentivam a realização do teste. Não se considerar sob-risco, medo de ser discriminada e desconhecimento dos locais onde o teste é realizado podem ser uma barreira para a realização do exame.

DESCRIPTORIOS: Profissionais do Sexo. Soroprevalência de HIV. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Sexo sem Proteção, prevenção & controle. Fatores de Risco. Infecções por HIV, prevenção & controle.

Correspondência:

Ligia Kerr
Departamento de Saúde
Comunitária – UFC
R: Prof Costa Mendes, 1608
5º andar Rodolfo Teófilo
60430-140 Fortaleza, CE, Brasil
E-mail: ligiakerr@gmail.com

Recebido: 5 out 2016

Aprovado: 17 mai 2017

Como citar: Martins TA, Kerr L, Macena RHM, Mota RS, Dourado I, Brito AM, et al. Incentivos e barreiras ao teste de HIV entre mulheres profissionais do sexo no Ceará. Rev Saude Publica. 2018;52:64.

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



INTRODUÇÃO

Em muitos países, especialmente nos países de baixa e média renda, as mulheres profissionais do sexo (MPS) têm níveis mais elevados da infecção pelo HIV do que as mulheres em idade reprodutiva que não exercem o trabalho sexual (MNPS). Um estudo realizado em 10 capitais brasileiras mostrou que a prevalência de HIV entre as MPS pode chegar a ser até 15 vezes maior que nas mulheres em geral^{1,2}.

O risco de adquirir a infecção pelo HIV sofre influência de fatores comportamentais, biológicos e do contexto de trabalho da MPS. Comportamentos como, uso de drogas injetáveis, início sexual precoce, múltiplas parcerias sexuais e uso inconsistente de preservativos acarretam aumento do risco para adquirir HIV e outras doenças de transmissão sexual, como a sífilis e as hepatites virais^{1,3}. Fatores estruturais como a violação dos direitos e a violência (física e sexual) contribuem na ampliação do risco para HIV e da vulnerabilidade da MPS^{2,4}.

O cenário de estigma, discriminação e violência social favorece a negação do trabalho sexual e amplia as vulnerabilidades. A exclusão social contribui para afastar as MPS dos serviços de saúde. Isso aumenta os riscos aos quais estão sujeitas no exercício da profissão, como infecções sexualmente transmissíveis, interseção do uso de drogas injetáveis, sexo com mais parceiros HIV-positivos, uso baixo e inconsistente do preservativo, dentre outros^{1-3,5,6}. A junção de todos esses fatores aliada à limitação da acessibilidade financeira, analfabetismo, discriminação, exclusão social e segregação tornam um desafio a prevenção e o tratamento da infecção para o HIV e outras doenças de transmissão sexual entre MPS^{1,4}.

O diagnóstico e o tratamento precoce da infecção pelo HIV contribuem para a redução da progressão clínica da doença e da transmissão do vírus para parceiro(s)^{7,8}. Assim, a testagem para HIV é fortemente recomendada para populações sob-risco frequente de adquirir a infecção, incluindo MPS, e é recomendada a realização em intervalos de três a quatro meses⁵. Apesar de reconhecer as MPS como população-chave a ser priorizada para o controle da epidemia de AIDS, os incentivos e barreiras para a realização do teste para o HIV entre MPS são pouco estudados^{1,3}.

Este artigo teve como objetivo descrever os principais incentivos e barreiras para a realização do teste para o HIV entre MPS. Os achados fornecerão subsídios aos gestores de saúde que enfrentam desafios para redução das taxas de transmissão do HIV entre populações-chave no país.

MÉTODOS

Estudo de corte transversal realizado em Fortaleza, CE, entre agosto e novembro de 2010, com 402 mulheres com 18 anos ou mais que relataram relação sexual em troca de dinheiro nos últimos quatro meses. As MPS foram recrutadas por meio do método *Respondent Driven Sampling* (RDS). O RDS foi proposto no final da década de 1990 e é utilizado para acessar populações de difícil acesso, incluindo a MPS, por apresentarem comportamentos estigmatizados e até ilegais em alguns países^{9,10}.

A pesquisa formativa foi realizada com pesquisadores e liderança do movimento de MPS para apresentar a proposta do estudo, negociar adesão, firmar acordo e, principalmente, definir as estratégias para o desenvolvimento do campo, como a seleção das sementes (os primeiros recrutadores), natureza dos ressarcimentos, procedimentos e logística (locais, dias, horários), e critérios de inclusão.

A amostra foi calculada considerando uma estimativa de prevalência de HIV de 6,1% (3,7% de erro amostral, $\alpha = 5,0\%$ e poder de 70,0%), dado oficial no país¹¹. O tamanho mínimo da amostra foi de 204 mulheres. Contudo, foi considerado o efeito do desenho (*deff*) proposto por Salganik¹² para compensar eventuais perdas e para resguardar a precisão. Assim, a amostra final foi composta por 410 mulheres, incluindo as cinco sementes. Dessas 410 MPS, seis (1,5%) foram inegáveis e duas (0,5%) não tinham respondido ao questionário; assim, 402 foram incluídas na amostra final. Nenhuma mulher foi impedida de participar da pesquisa.

As sementes foram recrutadas por conveniência, considerando a diversidade de rendimento financeiro, escolaridade e locais do trabalho sexual (centro da cidade e na área litorânea). Duas ONG (Organização Não Governamental) direcionadas ao público-alvo contribuíram para a seleção das sementes. Cada semente recebeu três convites numerados e não falsificáveis para convidar MPS de sua rede social. O procedimento foi repetido até alcançar o tamanho da amostra.

Cada entrevistada recebeu incentivo primário (R\$15,00) para ressarcimento das despesas (transporte e alimentação) e incentivo secundário (R\$10,00) para cada recrutada que comparecesse ao estudo), para ressarcimento das despesas com contatos telefônicos e deslocamento.

A coleta foi realizada em duas unidades da rede pública de saúde (A: horário diurno e B: horário vespertino e noturno). As entrevistas foram pré-agendadas por telefone ou por demanda espontânea na unidade de saúde, mediante apresentação do convite numerado.

Os dados foram coletados por questionário digitado em Pocket PC®, aconselhamento e realização de teste rápido (TR) para HIV. O questionário incluía rede social, perfil sociodemográfico, histórico de testagem para HIV, comportamento sexual, conhecimento sobre HIV/Aids, assistência de saúde e DST; discriminação e violência. As variáveis não contempladas neste artigo serão objetos de futuras análises.

O aconselhamento e a realização de TR para HIV eram oferecidos a todas MPS após a aplicação do questionário. Caso o resultado fosse reagente, a mulher era encaminhada para um dos Serviços Ambulatoriais Especializados (SAE) que compunham a rede de atenção as PVHA de Fortaleza.

As variáveis foram examinadas para os valores *missing* e extremos, bem como para a consistência lógica. A seguir, foi realizada análise descritiva e foram estimadas as prevalências brutas e ajustadas das variáveis de maior interesse, escolhidas para permitir comparabilidade com estudos nacionais. Foram estabelecidos os intervalos de 95% de confiança. Nessa fase da análise, foi utilizado o *software Respondent Driven Sampling Analysis Tool* (RDSat®), versão 6.0. Foram considerados os parâmetros de 15.000 reamostragens e intervalos de confiança com coeficiente de confiança igual a 95% ($\alpha = 0,025$), e as demais opções iguais ao padrão do *software*.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (Protocolo 263/09). Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Quase metade das entrevistadas era jovem (entre 25 e 39 anos; média = 33,0 anos; DP = 10,8 anos; amplitude = 18–67 anos). A maioria se identificou como sendo de cor preta/morena/mulato/marrom ou parda (81,9%), tinha oito anos ou mais de estudo (65,7%), era solteira (80%), tinha de um a três filhos (83,6%) e pertencia às classes sociais D/E (53,1%). A maioria exercia a profissão em locais fechados como bares, motéis, hotéis, termas e saunas (88,9%) e informou exclusivamente a prostituição como trabalho (54,1%) (Tabela 1).

Quase todas as MPS informaram ter conhecimento sobre a finalidade e as vantagens de fazer o teste de HIV (> 90%), todavia percentuais elevados das MPS não reconheceram a importância dessa medida de saúde para iniciar precocemente o tratamento uma vez infectada pelo HIV (59,2%), para cuidar melhor do corpo ou da saúde (67,0%) ou para aumentar a sobrevivência ou melhorar a qualidade de vida (74,1%). Não acreditaram que o teste de HIV servisse para proteger os parceiros sexuais (79,1%) e achavam que não deveria ser feito como rotina para todos (77,0%) (Tabela 2).

Tabela 1. Características sociodemográficas de mulheres profissionais do sexo. Fortaleza, CE, 2010.

Características sociodemográficas	% (IC95%)*
Faixa etária (anos) (n = 402)	
≤ 24	30,3 (23,9–36,0)
25 a 39	45,5 (40,6–52,1)
≥ 40	24,2 (18,9–29,1)
Raça/Cor (n = 401)	
Não Preto/Moreno/Mulato/Pardo/Marrom	18,1 (13,3–22,6)
Preto/Moreno/Mulato/Pardo/Marrom	81,9 (77,4–86,7)
Escolaridade (anos) (n = 397)	
1 a 3	9,9 (6,7–14,0)
4 a 7	24,4 (20,1–29,4)
≥ 8	65,7 (59,7–70,5)
Religião (n = 402)	
Sem religião/Outra religião	29,2 (23,3–34,7)
Católica	64,8 (59,1–70,8)
Evangélica	6,0 (3,6–8,8)
Estado civil (n = 402)	
Nunca foi casada (Solteira)	80,0 (75,3–84,3)
Casada ou vive com companheiro(a)	7,7 (4,7–10,9)
Separada ou Divorciada/Viúva	12,3 (9,0–16,2)
Número de filhos (n = 333)	
1 a 3	83,6 (79,0–88,8)
4 ou mais	16,4 (11,2–21,0)
Renda mensal em salário mínimo - SM (n = 400)	
< 1	49,4 (43,4–56,3)
1 a 4	42,2 (35,9–48,3)
≥ 4	8,3 (4,7–12,1)
Classe social (n = 401)	
B/C	46,9 (40,5–53,9)
D/E	53,1 (46,1–59,5)
Refere que já trabalhou como MPS em outra cidade (n = 401)	
	38,5 (32,6–44,4)
Lugar onde costuma fazer programas (n = 396)	
Ruas e praças	31,3 (25,6–37,6)
Motel/Hotel/Termas e saunas	44,1 (37,3–51,6)
Boates/Bares	44,8 (38,7–51,2)
Outros locais	7,5 (4,8–11,6)
Quanto cobra por programa (R\$) (n = 402)	
1,00 a 29,00	49,5 (39,7–57,3)
30,00 a 49,00	16,4 (12,3–21,6)
50,00 a 99,00	20,5 (15,6–26,6)
100,00 ou mais	13,6 (9,0–19,5)
Possui outro trabalho além da prostituição (n = 400)	
	45,9 (39,0–51,4)

MPS: mulheres profissionais do sexo

* Estimativas ajustadas pelo RDSat.

Tabela 2. Conhecimento sobre os benefícios do teste de HIV de mulheres profissionais do sexo. Fortaleza, CE, 2010.

Conhecimento dos benefícios do teste de HIV	% (IC95%)*
Há vantagem fazer o teste de HIV	93,8 (90,5–96,4)
O teste detecta o vírus/anticorpo da Aids	91,2 (87,5–94,7)
O teste dever ser obrigatório para todas as pessoas	43,1 (37,9–48,4)
O teste serve para iniciar logo o tratamento se infectado	40,8 (34,7–47,5)
O teste serve para cuidar melhor do corpo e da saúde	33,0 (27,7–39,0)
O teste evita doenças e/ou aumenta a sobrevivência	25,1 (19,9–30,2)
O teste deve ser feito de rotina para todos	23,0 (19,1–27,9)
O teste protege parceiros(as)	20,9 (17,3–25,1)
O teste serve para transar sem medo e/ou sem camisinha	18,5 (14,8–22,9)

n = 402 para todas as variáveis.

* Estimativas ajustadas pelo RDSat.

Cerca de 25% da amostra não sabia onde o teste de HIV poderia ser realizado gratuitamente na rede pública, 28,2% nunca fez o teste para HIV, e 23,6% se testou há mais de um ano ou não sabe quando se testou. Dentre as que se testaram, o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) foi o local mais acessado (52,1%) e o teste rápido foi o método de escolha (54,6%). A adesão ao teste de HIV na pesquisa foi alta (84,1%) e a prevalência estimada da infecção pelo HIV foi de 3,8% (Tabela 3).

Acreditar que não corre risco de se infectar ou não pertencer a grupos de risco (24,1%) e o medo de ser discriminada caso o teste fosse reagente para HIV (20,5%) foram os principais motivos alegados pelas entrevistadas para não se submeterem ao teste. Os principais fatores motivadores ou de incentivo à testagem para HIV foram: a disponibilidade do teste em locais não relacionados à saúde (57,0%) e a oferta na maioria das unidades básicas e/ou em horário não comercial (44,2%) (Tabela 4).

Tabela 3. Conhecimento das profissionais do sexo em relação à testagem de HIV. Fortaleza, CE, 2010.

Teste de HIV	% (IC95%)*
Sabe onde o teste de HIV é feito gratuitamente (n = 402)	75,8 (91,2–81,3)
Já fez um teste de HIV na vida (n = 402)	70,0 (65,1–75,0)
Período de realização do último teste de HIV (n = 402)	
Há menos de 3 meses	12,5 (8,4–18,4)
Entre 3 meses ou há menos de 6 meses	24,5 (19,2–30,7)
Entre 6 meses e 12 meses	11,2 (7,8–15,7)
Há mais de 1 ano ou não sabe	23,6 (18,6–29,5)
Nunca fez o teste	28,2 (23,2–33,8)
Local do último teste para HIV (n = 268)	
Centro de Aconselhamento e Testagem (CTA)	52,1 (44,1–61,9)
Centros de Saúde	21,1 (13,6–27,7)
Hospitais públicos	23,1 (16,4–29,9)
Hospitais/Laboratórios particulares	1,9 (0,5–3,5)
Outros	1,8 (0,2–3,8)
Informa já ter feito teste rápido para HIV (n = 268)	54,6 (46,4–63,3)
Realizou o teste de HIV na pesquisa (n = 402)	84,1 (79,3–88,3)
Resultado do teste de HIV na pesquisa (n = 338)	
Positivo	3,8 (1,2–6,9)
Negativo	96,2 (93,1–98,8)

* Estimativas ajustadas pelo RDSat.

Tabela 4. Incentivos e barreiras à testagem pelo HIV entre mulheres profissionais do sexo. Fortaleza, CE, 2010.

Teste de HIV	% (IC95%)*
Motivo de não ter feito o teste para o HIV (n = 128)	
Acredita que não corre risco e/ou não pertence ao grupo de risco/ acredita que não tinha risco	24,1 (8,6–46,7)
Medo de sofrer discriminação se resultado positivo	20,5 (8,4–26,6)
Não sabe onde é realizado o teste	15,4 (3,4–31,0)
Acredita na fidelidade do parceiro	15,1 (4,8–25,2)
Medo da quebra de sigilo pelos profissionais	1,9 (– –)
Não dispõe de horário para ir à unidade	1,6 (1,3–9,4)
Estímulos para fazer o teste fora da pesquisa (n = 402)	
Disponível em outros locais que não UBS	57,0 (50,8–62,8)
Disponível na maioria das UBS e/ou em horários extracomerciais	44,2 (38,7–50,6)
Saber que o diagnóstico melhora a qualidade de vida/ aumenta sobrevida	24,6 (20,1–29,8)
Saber que terá acesso à medicação para Aids e/ou apoio dos Serviços de Saúde	21,1 (16,7–25,8)
Se fosse o teste rápido ou o teste feito pela saliva	21,8 (17,0–27,0)

UBS: unidade básica de saúde

* Estimativas ajustadas pelo RDSat.

DISCUSSÃO

A prevalência estimada da infecção pelo HIV neste estudo (3,8%, IC95% 1,2–6,9) é semelhante a estudos realizados em diferentes regiões do país nos últimos 17 anos^{1,2,13}. Alguns fatores precisam ser considerados na mensuração das prevalências do HIV entre MPS ao longo dos anos: (i) a maioria dos estudos, incluindo este, foi realizado em áreas urbanas e mais industrializadas^{1,2,14}; (ii) há heterogeneidade metodológica entre os estudos^{2,13,14}; (iii) ocorreram modificações políticas e sociais no período e local de recrutamento^{2,4,8,15,16}.

Apesar da recomendação para a realização mais frequente do teste para HIV entre as chamadas populações-chave^{4,15}, foi baixa a proporção das MPS que haviam feito o teste nos três meses anteriores à pesquisa. Mulheres de um modo geral, trabalhadoras do sexo ou não, associam o teste de HIV como um dos elementos da assistência decorrente do pré-natal, e não por sua exposição ao risco^{5,17}. Apesar disso, a proporção das entrevistadas que já tinha feito o teste na vida neste estudo é mais elevada que na população em geral do Brasil^{2,17}.

As MPS mostraram elevado nível de conhecimento sobre a finalidade e as vantagens do teste, porém poucas reconheceram a necessidade da realização rotineira do teste, os benefícios para a saúde e dos parceiros sexuais. Estudos relatam aumento da testagem entre MPS quando se autopercebe com riscos aliados ao trabalho sexual, como recusa do preservativo por parte dos clientes, sexo forçado devido à ausência de preservativo, rompimento do preservativo, uso de substâncias psicoativas, dentre outros^{1,3,6,18–20}.

O estilo de vida, os fatores socioeconômicos e o acesso a serviços de saúde e conhecimento podem influenciar na percepção do risco individual e na adoção de práticas sexuais seguras seja com clientes ou não clientes^{2,5,21}. Neste estudo, a negação do risco de se infectar pelo HIV foi a principal barreira relacionada à realização do teste. Contudo, como em outros países, as relações sexuais desprotegidas com parceiros fixos foram mais frequentes do que com parceiros comerciais^{5,22}.

Os principais incentivos para realização da testagem do HIV foram relacionados à disponibilidade do teste em outros locais que não UBS (Unidade Básica de Saúde), estar disponível na maioria das UBS ou em horários extracomerciais e oferta de teste rápido. Os fatores apontados como incentivadores sinalizam contrapontos como redução do tempo dispensado com o procedimento de testagem^{14,23,24}; acesso a testes rápidos que reduzem o tempo de espera do resultado^{15,16} e o temor de ser reconhecido acessando serviço de atendimento ao HIV.

Uma proporção importante das MPS desconhecia os locais onde o teste era realizado gratuitamente na rede pública de saúde, e esse fator foi apontado como barreira para a realização do exame^{1,2,23}. A elevada adesão ao teste oferecido durante a execução deste estudo permite especular que a facilidade ao acesso é um dos fatores que pode ampliar a adesão à testagem para HIV^{2,14,24}. Entretanto, o acesso facilitado não garante a adesão ao teste, posto que esta pode ser influenciada pela dificuldade percebida para o enfrentamento do potencial diagnóstico da infecção^{14,24}.

O medo de ser discriminada caso o teste seja reagente para o HIV também é uma barreira importante para a adesão ao teste^{1,2,5,16}. Situações de estigma e exclusão social decorrente da condição socioeconômica, profissão, raça, entre outros, parecem contribuir para distanciar as MPS do sistema de saúde, reduzindo a chance de acesso ao diagnóstico precoce para HIV^{2,5,6,24}.

Este estudo teve dificuldades para acessar MPS em redes sociais com maior rendimento financeiro ou com escolaridade mais elevada. A limitação pode estar associada a diversos fatos: (1) MPS com maior poder aquisitivo têm mais alto nível de independência na organização do trabalho sexual e possuem redes sociais de baixa densidade; (2) agenciamento e o favorecimento da prostituição bem como rufianismo são considerados crimes no país. Assim, a proibição velada de proprietárias de casas de prostituição de alto nível para a participação no estudo; (3) o trabalho sexual na cidade ocorre em diferentes

espaços da cidade, o que não permite o cruzamento das redes sociais. O possível impacto neste estudo da menor participação deste seguimento das MPS poderia ser uma redução da prevalência, considerando que elas cobram mais caro, podem selecionar melhor os clientes e não negociam o sexo sem camisinha.

A prevalência de HIV entre MPS no Ceará é semelhante à de outras cidades brasileiras de diferentes regiões do país, apesar de superiores à de mulheres não profissionais do sexo. Condições estruturais de acesso ao teste para HIV (disponibilidade do teste em locais não relacionados à saúde e a oferta em horário extracomercial) são elementos importantes no incentivo à realização da testagem entre MPS. Por outro lado, fatores pessoais (negação do risco, receio de ser discriminada) e de acesso aos serviços de saúde (desconhecimento dos locais de realização do teste) podem ser barreiras ao teste para o HIV nessa população.

Faz-se imperioso a continuidade do monitoramento da infecção pelo HIV por meio da vigilância comportamental, do desenvolvimento de pesquisas (incluindo as áreas rurais) e do desenho de novas estratégias de ampliação do acesso ao teste para HIV. Além disso, são fundamentais ações de prevenção que envolvam a sociedade civil que atua junto a esse público.

REFERÊNCIAS

1. Malta M, Magnanini MM, Mello MB, Pascom AR, Linhares Y, Bastos FI. HIV prevalence among female sex workers, drug users and men who have sex with men in Brazil: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2010;10:317. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-317>
2. Damacena GN, Szwarcwald CL, Souza Júnior PR, Dourado I. Risk factors associated with HIV prevalence among female sex workers in 10 Brazilian cities. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2011;57 Suppl 3:S144-52. <https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e31821e9bf6>
3. Baral S, Beyrer C, Muessig K, Poteat T, Wirtz AL, Decker MR, et al. Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2012;12(7):538-49. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(12\)70066-X](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(12)70066-X)
4. Beyrer C, Crago AL, Bekker LG, Butler J, Shannon K, Kerrigan D, et al. An action agenda for HIV and sex workers. *Lancet*. 2015;385(9964):287-301. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60933-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60933-8)
5. Kakchapati S, Singh DR, Rawal BB, Lim A. Sexual risk behaviors, HIV, and syphilis among female sex workers in Nepal. *HIV AIDS (Auckl)*. 2017;9:9-18. <https://doi.org/10.2147/HIV.S123928>
6. Wahed T, Alam A, Sultana S, Alam N, Somrongthong R. Sexual and reproductive health behaviors of female sex workers in Dhaka, Bangladesh. *PLoS One*. 2017;12(4):e0174540. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174540>
7. Marks G, Crepaz N, Senterfitt JW, Janssen RS. Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States: implications for HIV prevention programs. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2005;39(4):446-53. <https://doi.org/10.1097/01.qai.0000151079.33935.79>
8. Mahoney MR, Fogler J, Weber S, Goldschmidt RH. Applying HIV testing guidelines in clinical practice. *Am Fam Physician*. 2009 [citado 19 nov 2017];80(12):1441-4. Disponível em: <http://www.aafp.org/afp/2009/1215/p1441.pdf>
9. Kendall C, Kerr LR, Gondim RC, Werneck GL, Macena RH, Pontes MK, et al. An empirical comparison of respondent-driven sampling, time location sampling, and snowball sampling for behavioral surveillance in men who have sex with men, Fortaleza, Brazil. *AIDS Behav*. 2008;12(4 Suppl):S97-104. <https://doi.org/10.1007/s10461-008-9390-4>
10. Johnston LG, Malekinejad M, Kendall C, Iuppa IM, Rutherford GW. Implementation challenges to using respondent-driven sampling methodology for HIV biological and behavioral surveillance: field experiences in international settings. *AIDS Behav*. 2008;12(4 Suppl):S131-41. <https://doi.org/10.1007/s10461-008-9413-1>
11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Avaliação da efetividade das ações de prevenção dirigidas às profissionais do sexo, em três regiões brasileiras. Brasília (DF); 2004 [citado 19 nov 2017]. (Estudos Pesquisas e Avaliação, 7). Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_efetividade_acoes_prevencao_profissional_sexo.pdf

12. Salganik MJ. Variance estimation, design effects, and sample size calculations for respondent-driven sampling. *J Urban Health*. 2006;83(6 Suppl):i98-112. <https://doi.org/10.1007/s11524-006-9106-x>
13. Broutet N, Queiroz-Sousa A, Basilio FP, Sá HL, Simon F, Dabis F. Prevalence of HIV-1, HIV-2 and HTLV antibody, in Fortaleza, Ceara, Brazil, 1993-1994. *Int J STD AIDS*. 1996;7(5):365-9.
14. Macena, RHM. Profissionais do sexo feminino em três áreas do Ceará: fatores que ampliam a vulnerabilidade para DST/AIDS [tese]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2009 [citado 19 nov 2017]. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/864/1/2009_tese_rhmmacena.pdf
15. Gökengin D, Geretti AM, Begovac J, Palfreeman A, Stevanovic M, Tarasenko O, et al. 2014 European guideline on HIV testing. *Int J STD AIDS*. 2014;25(10):695-704. <https://doi.org/10.1177/0956462414531244>
16. Sousa RMRB. “Não sei direito como é, eu só sei que é AIDS”: incentivos e barreiras ao teste de HIV/AIDS entre profissionais do sexo [tese]. Fortaleza: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará; 2013 [citado 19 nov 2017]. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/16317>
17. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST Aids e Hepatites Virais. Pesquisa de Conhecimento Atitudes e Práticas na População Brasileira - PCAP. Brasília (DF); 2011 [citado 19 nov 2017]. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_conhecimentos_atitudes_praticas_populacao_brasileira.pdf
18. Silveira MF, Teixeira AMFB, Stephan LS, Rosenthal RM, Alves CL, Brum VMA, et al. Conhecimento sobre sorologia para sífilis e HIV entre profissionais do sexo de Pelotas, Brasil. *DST J Bras Doenças Sex Transm*. 2009 [citado 19 nov 2017];21(1):27-33. Disponível em: [http://www.dst.uff.br/revista21-1-2009/6-Conhecimento%20sobre%20sorologia-JBDST%2021\(1\)%202009.pdf](http://www.dst.uff.br/revista21-1-2009/6-Conhecimento%20sobre%20sorologia-JBDST%2021(1)%202009.pdf)
19. Aho J, Nguyen VK, Diakité S, Sow A, Koushik A, Rashed S. High acceptability of HIV voluntary counselling and testing among female sex workers: impact of individual and social factors. *HIV Med*. 2012;13(3):156-65. <https://doi.org/10.1111/j.1468-1293.2011.00951.x>
20. Arora P, Nagelkerke NJ, Moineddin R, Bhattacharya M, Jha P. 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*. 2013;3(6). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002724>
21. Musheke M, Ntalasha H, Gari S, Mckenzie O, Bond V, Martin-Hilber A, et al. A systematic review of qualitative findings on factors enabling and deterring uptake of HIV testing in Sub-Saharan Africa. *BMC Public Health*. 2013;13(1):220. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-220>
22. Ahoyo AB, Alary M, Ndour M, Labbé AC, Ahoussinou C. VIH et infections sexuellement transmissibles chez les travailleuses du sexe au Bénin. *Med Trop (Mars)*. 2009;69(5):457-62.
23. Beattie TS, Bhattacharjee P, Suresh M, Isac S, Ramesh B, Moses S. Personal, interpersonal and structural challenges to accessing HIV testing, treatment and care services among female sex workers, men who have sex with men and transgenders in Karnataka state, South India. *J Epidemio Community Health*. 2012;66 Suppl 2:ii42-48. <https://doi.org/10.1136/jech-2011-200475>
24. Surratt HL, O'Grady CL, Kurtz SP, Buttram ME, Levi-Minzi MA. HIV testing and engagement in care among highly vulnerable female sex workers: implications for treatment as prevention models. *J Health Care Poor Underserved*. 2014;25(3):1360-78. <https://doi.org/10.1353/hpu.2014.0113>

Financiamento: Departamento de DST/Aids e hepatites virais do Ministério da Saúde, pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Processo 476315-2009-3) e *Agence Nationale de la Recherche Scientifique* (ANRS-France).

Contribuição dos Autores: Concepção e planejamento do estudo: LK, CK, LAD, LV. Coleta de dados: TAM, LK, RHMM. Análise dos dados: RSM, TAM, LK, RHMM. Elaborar e revisar o manuscrito: TM, LK, CK, ID, AMB.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.