

Deteção da Infecção por Vírus da Imunodeficiência Humana e Outras Infecções Sexualmente Transmissíveis num Grupo de Trabalhadores/as do Sexo em Contexto Indoor na Área Metropolitana do Porto



Screening of Human Immunodeficiency Virus and Other Sexually Transmitted Infections in a Group of Sex Workers in Indoor Settings in the Porto Metropolitan Area

Nilza ALMEIDA✉¹, Mariana MELO¹, Isabel SOARES¹, Helena CARVALHO¹
 Acta Med Port 2020 Mar;33(3):166-173 • <https://doi.org/10.20344/amp.11687>

RESUMO

Introdução: O diagnóstico precoce é uma ferramenta incontornável na contenção do vírus da imunodeficiência humana e de outras infeções sexualmente transmissíveis, nomeadamente em populações-chave, das quais fazem parte os/as trabalhadores/as do sexo. Apesar da sua relevância são ainda escassos os estudos epidemiológicos e intervenções que visem a monitorização e diagnóstico das infeções sexualmente transmissíveis em Portugal. Os objetivos do presente estudo são: (i) contribuir para um conhecimento mais aprofundado da epidemiologia de infeções sexualmente transmissíveis e (ii) avaliar a adaptação de métodos de rastreio em meio clínico ao contexto de proximidade em populações ocultas como os/as trabalhadores/as do sexo.

Material e Métodos: O rastreio de infeções sexualmente transmissíveis (vírus da imunodeficiência humana 1/2, vírus da hepatite B, vírus da hepatite C, sífilis, clamídia e gonorreia) foi realizado a 100 trabalhadores/as do sexo no âmbito da intervenção de proximidade realizada pelo Porto G na zona Metropolitana do Porto, entre setembro de 2015 e setembro de 2016.

Resultados: Foram identificados seis casos reativos para vírus da imunodeficiência humana, cinco de sífilis, oito de clamídia e dois de gonorreia. Não foram detetados resultados positivos para vírus da hepatite B e vírus da hepatite C. Os resultados foram discutidos tendo em conta a gradação de risco e de vulnerabilidade de infeções sexualmente transmissíveis nos diferentes subgrupos de trabalhadores/as do sexo.

Discussão: Os resultados deste estudo corroboram a necessidade de promover respostas integradas junto de populações mais afetadas pelo vírus da imunodeficiência humana e outras infeções sexualmente transmissíveis, como são os/as trabalhadores/as do sexo. Também neste grupo, os homens que fazem sexo com homens e as mulheres trans apresentam uma prevalência de vírus da imunodeficiência humana superior à das mulheres cis. As estratégias de intervenção devem ser informadas por estudos epidemiológicos rigorosos.

Conclusão: A adaptação da metodologia de rastreio realizada em meio clínico ao contexto de proximidade demonstra ser uma resposta inovadora em território nacional, nomeadamente em populações sentinela.

Palavras-chave: Diagnóstico Precoce; Doenças Sexualmente Transmissíveis/diagnóstico; Doenças Sexualmente Transmissíveis/epidemiologia; Infecções por VIH; Portugal; Profissionais do Sexo

ABSTRACT

Introduction: Early diagnosis is a crucial tool for containing the human immunodeficiency virus and other sexually transmitted infections, particularly in key populations such as sex workers. Despite its relevance, there is a gap considering epidemiological studies and interventions aimed at the monitoring and diagnosis of sexually transmitted infections in Portugal. The objectives of this study are: (i) to contribute to a better understanding of the epidemiology of sexually transmitted infections; and (ii) to evaluate the transfer of screening methods from clinical settings to the outreach context in hidden populations such as sex workers.

Material and Methods: The screening of sexually transmitted infections (human immunodeficiency virus 1/2, hepatitis B virus, hepatitis C virus, syphilis, chlamydia and gonorrhoea) were carried out in a sample of 100 sex workers during the Porto G outreach intervention in the Metropolitan area of Porto, from September 2015 to September 2016.

Results: Six reactive cases for human immunodeficiency virus were identified, five of syphilis, eight of chlamydia and two of gonorrhoea. No positive results were detected for hepatitis B virus and hepatitis C virus. The results were discussed considering the risk gradient and sexually transmitted infections vulnerability in the different sex workers' subgroups.

Discussion: The results of this study corroborate the need to promote comprehensive responses to populations most affected by the human immunodeficiency virus and other sexually transmitted infections, such as sex workers. Also, in this group, men who have sex with men and trans women have a higher prevalence than cis women. Intervention strategies should be informed by rigorous epidemiological studies.

Conclusion: The adaptation of the screening methodology performed in a clinical setting to the proximity context has shown to be an innovative response in Portugal, especially in sentinel populations.

Keywords: Early Diagnosis; HIV Infections; Portugal; Sex Workers; Sexually Transmitted Diseases/diagnosis; Sexually Transmitted Diseases/epidemiology

1. Agência Piaget para o Desenvolvimento. Porto. Portugal.

✉ Autor correspondente: Nilza Almeida. nilza.almeida@gmail.com

Recebido: 14 de dezembro de 2018 - Aceite: 18 de setembro de 2019 | Copyright © Ordem dos Médicos 2020



INTRODUÇÃO

A morbidade resultante de agentes patogénicos sexualmente transmissíveis compromete a qualidade de vida e a saúde sexual e reprodutiva dos indivíduos.¹ Estima-se que por ano existam 357 milhões de novos casos de infeções sexualmente transmissíveis (IST) em idades compreendidas entre os 14 e os 49 anos de idade em todo o Mundo, sendo a *Trichomonas vaginalis* e *Chlamydia trachomatis* as mais reportadas (142 e 131 milhões respetivamente), seguidas da *Neisseria gonorrhoeae* (78 milhões) e do *Treponema pallidum* (seis milhões).¹

Dado que a maioria das IST são assintomáticas, a sua contenção depende em grande parte da cobertura de rastreio e de tratamento de populações mais vulneráveis,² incluindo as que apresentam um maior número de parceiros/as sexuais (tais como as pessoas que exercem trabalho sexual e os/as seus/suas clientes).¹ Outras populações chave assinaladas incluem homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas transgénero e indivíduos que já estão diagnosticados com uma IST, nomeadamente a infeção por vírus da imunodeficiência humana (VIH).¹ São ainda determinantes sociais e de vulnerabilização ser mulher, pessoa sem-abrigo, recluso/a, utilizador/a de drogas e/ou vítima de conflitos armados.¹

No que se refere especificamente ao trabalho sexual, acresce, que apesar do repetido reconhecimento da importância de intervir junto desta população e da escassez de dados epidemiológicos da mesma,³⁻⁵ surgem fatores que colocam desafios acrescidos ao diagnóstico, intervenção e controlo das IST, como o facto do trabalho sexual ser exercido maioritariamente por mulheres em situação de mobilidade. Adicionalmente, a investigação no trabalho sexual em contexto de apartamento é escassa^{6,7} verificando-se um acrescido desconhecimento do estatuto serológico de IST e das respetivas necessidades de intervenção em contextos *indoor*.

Em Portugal, à exceção do estudo realizado no âmbito da Rede de Rastreio Comunitária (RRC)⁸ os estudos das IST são parcelares dado centrarem-se no VIH ou numa amostra pouco expressiva de trabalhadores/as do sexo (TS).^{3,8-10} Os dados publicados no âmbito da RRC em 2016 resultam da colaboração de 16 organizações de base comunitária nacionais que, para além de realizarem o rastreio de IST [VIH, VHB, VHC e sífilis (SF)] em populações-chave entre agosto de 2015 e abril de 2016, administraram um questionário que permitiu extrair informação de relevo. Esta escassez de estudos é particularmente preocupante sabendo que as populações em maior risco de aquisição de IST se sobrepõem às de VIH,¹ sendo Portugal dos países da Europa com taxas mais elevadas de prevalência desse vírus.^{3,11} Os resultados do estudo de Simões *et al*⁸ apontam para uma proporção de 2,8% de testes reativos de VIH numa amostra total de 615 utentes, de 3,1% de testes reativos para anticorpos anti VHC em 456 utentes, de 1,5% de testes reativos para AgHBs em 399 utentes, e 5,8% de testes reativos anticorpos anti *Treponema pallidum* (SF) em 396 utentes.⁸ Neste estudo, no qual o Porto G também co-

laborou, a proporção de percentagem mais expressiva de testes reativos verificou-se precisamente com a amostra do Porto G (14,3% de infeções por VIH em 54 pessoas rastreadas). O Porto G é uma equipa de redução de riscos no domínio do trabalho sexual que opera na área metropolitana do Porto desde 2008. Trata-se de um projeto cofinanciado pela Direção-Geral da Saúde e promovido pela Agência Piaget para o Desenvolvimento (APDES).

À escassez de dados epidemiológicos que permitem caracterizar as necessidades da população soma-se o estigma relacionado com o trabalho sexual. A estigmatização do trabalho sexual contribui para o afastamento desta população das estruturas de saúde convencionais,¹² justificando-se a necessidade de implementar serviços de base comunitária que, por um lado, se revelem especializados em intervenções integradas com populações ocultas e, por outro, integrem as vantagens e o grau de sensibilidade das metodologias de rastreio em meio clínico.¹³

De forma a colmatar as necessidades supra identificadas, o Porto G, no âmbito do Programa Gilead GÉNESE, implementou o projeto “Detecção VIH/SIDA, outras Infeções Sexualmente Transmissíveis (IST) e Hepatites Víricas nos/as Trabalhadores/as do Sexo (TS)”. Este projeto teve a duração de um ano (setembro de 2015 a setembro de 2016) e consistiu no rastreio de VIH (VIH-1 e VIH-2), hepatites B (AgHBs e anti HBs) e C (Anti VHC), SF (TPHA e VDRL), clamídia (CL) e gonorreia (GN), através da colheita de produtos biológicos. Os objetivos do projeto foram contribuir para a otimização da prevenção da infeção por VIH e outras IST (VHB, VHC, SF, CL e GN) junto de TS na área metropolitana do Porto.

O presente estudo debruçar-se-á sobre os dados epidemiológicos do projeto supramencionado e das metodologias de intervenção utilizadas, nomeadamente no que se refere à adaptação das técnicas de rastreio em meio clínico ao contexto de proximidade.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo epidemiológico, integra resultados de rastreio de VIH 1/2 (anticorpo-Atc- e antigénio-Ag), hepatites B (AgHBs e anti HBs) e C (anti VHC), SF (TPHA e VDRL), CL e GN através da colheita de sangue, urina e exsudados, e dados sobre comportamentos de risco, histórico de rastreio e informações sociodemográficas. O instrumento de autorrelato utilizado para a recolha de dados foi desenhado no âmbito do projeto Rede de Rastreio Comunitária (RRC), tendo sido incluídas questões adaptadas à população-alvo do Porto G. Os dados obtidos foram inseridos e analisados com recurso ao *software* IBM SPSS® *Statistics* 24.

O projeto foi implementado na Área Metropolitana do Porto e contou com a participação de 100 TS que aceitaram voluntariamente realizar a colheita de produtos biológicos nos contextos onde vivem e/ou trabalham.

A atividade de rastreio implicou a (i) fase de pré-implementação, (ii) fase de colheita de produtos biológicos e

(iii) fase de análise clínica de produtos biológicos.

Pré-implementação

O projeto foi previamente submetido e avaliado pela Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de S. João (Faculdade de Medicina da Universidade do Porto) com parecer positivo. O protocolo com o Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge (INSA) permitiu assegurar um rastreio completo com elevado número de análises laboratoriais, bem como a supervisão laboratorial, o controlo de qualidade dos procedimentos e o cumprimento dos requisitos para a colheita de produtos biológicos em contexto não clínico. Houve igualmente preocupação em constituir uma rede sólida de referência composta pelos centros hospitalares do Porto (CHP) e de S. João. O Despacho 13447-C/2015, de 20 de novembro, dispõe que “o rastreio laboratorial deve estar associado a um processo célere de referência hospitalar das pessoas com teste reativo” e determina como tempo máximo para efetivação de consulta de referência sete dias, desde o registo do pedido. De forma a agilizar o processo de marcação de consulta de infeciologia foi definido um médico infeciologista como ponto focal em cada estrutura de saúde envolvida neste projeto. A técnica de análises clínicas e saúde pública do Porto G foi a pessoa responsável pela realização da flebotomia e pela colheita de urina e exsudados, bem como pelo armazenamento e entrega dos produtos biológicos.

Colheita de produtos biológicos

Para a realização das análises contempladas foi colhido sangue para pesquisa de VIH-1 e VIH-2, VHB, VHC e SF. Para a CL e GN, tendo em conta que o local anatómico em que ocorre a infeção pode depender do tipo de prática sexual (oral, vaginal e/ou anal), foi realizada uma colheita de amostra localizada. Assim, foram colhidos, urina para pesquisa destas infeções na zona genital e exsudados para pesquisa de CL e GN orofaríngea e retal. A colheita dos produtos biológicos em contexto de proximidade cumpriu os requisitos de qualidade e de biossegurança definidos pelas *guidelines* de boas práticas para flebotomia da Organização Mundial de Saúde.¹⁴ Em todos os locais de colheita foram tomadas medidas padronizadas, e de acordo com as boas práticas, que permitem garantir um campo de assepsia para a realização da colheita de sangue, urina e exsudados.

A colheita dos exsudados da zona anal e orofaríngea foi realizada com recurso a zaragatoa estéril. No caso da zona anal, à exceção de uma pessoa, a recolha foi realizada por auto-colheita. Na zona orofaríngea as colheitas foram todas realizadas pela técnica.

Análise clínica de produtos biológicos

O diagnóstico de VIH, VHB e VHC foi realizado através de métodos de quimioluminescência de quarta geração, que apresentam elevada sensibilidade e especificidade. Esta metodologia pesquisa simultaneamente anticorpos e antígenos encurtando o período de janela para até quatro

semanas. O diagnóstico de SF foi obtido através de dois testes: um treponémico, o *Treponema Pallidum Hemagglutination Assay* (TPHA) e um não treponémico, o *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL). São considerados diagnósticos positivos os que apresentam reatividade simultânea para os dois testes. Desta forma foi possível identificar indivíduos com SF, excluindo os que tiveram SF no passado, cujo TPHA surge sempre como positivo. O diagnóstico de *Chlamydia trachomatis* e de *Neisseria gonorrhoeae* foi efetuado por um método comercial de *Polymerase Chain Reaction* (PCR) em tempo real com sonda específica.

Implementação do projeto

A atividade de rastreio foi divulgada nos locais visitados pela equipa e, também, por via telefónica. Foram definidos como critérios de inclusão, a idade – maiores de 18 anos – e a ocupação – TS que trabalham em contexto *indoor* (apartamentos, casas de massagens, bares de alterne, etc.). A atividade de rastreio foi precedida pela leitura e assinatura de um consentimento livre e informado onde constava a confidencialidade e voluntariedade de todos os procedimentos. As visitas domiciliárias de rastreio tiveram, em média, a duração de 1 hora e 30 minutos, tempo em que foram realizados o aconselhamento pré-colheita, o preenchimento das folhas de consentimento informado, a colheita de sangue, urina e exsudados, o preenchimento do questionário associado à atividade de rastreio, a rotulagem e o armazenamento dos produtos biológicos.

O instrumento utilizado para recolha de dados foi desenhado e validado pelo Grupo de Ativistas em Tratamento (GAT), parceiro da Agência Piaget para o Desenvolvimento (APDES) no projeto da RRC, e o Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP).

A equipa convencionou que a divulgação dos resultados aos/às utentes seria sempre presencial, de forma a possibilitar o apoio psicossocial e o pós-aconselhamento. O facto de a equipa lidar com uma população que se desloca para trabalhar noutros locais do país ou mesmo noutros países da Europa, dificultou e em alguns casos impossibilitou a divulgação dos resultados (n = 12). No entanto, nenhuma destas pessoas que ficaram por notificar tinham resultado reativo para as infeções rastreadas. A divulgação dos resultados foi sempre realizada em local idóneo em que a confidencialidade e anonimato estavam assegurados.

A todas as pessoas com resultado reativo foi proposta a referência hospitalar e garantida a marcação da primeira consulta de infeciologia e acompanhamento por um/a técnico/a.

Participantes

Das 100 pessoas rastreadas, 74 identificaram-se como mulheres, 14 como trans e 12 como homens. A idade média dos/das participantes foi de 36,15 anos (DP = 9,13), e a amplitude entre os 19 e os 63 anos. Os dados revelaram que 61 das pessoas rastreadas são migrantes. Destas, 85% (n = 52) eram provenientes do Brasil, 4,9% (n = 3) de Cabo

Verde, 3,3% (n = 2) da Colômbia e 1,6% (n = 1) da Ucrânia. As restantes 39 pessoas eram Portuguesas.

Relativamente ao uso de substâncias psicoativas, das pessoas que responderam a esta questão no questionário (n = 88), 26,1% (n = 23) referiram ter tido consumos por via inalada (vulgo 'snifada'), destas, 2,3% (n = 2) referiram que o consumo ocorreu nos últimos três a seis meses, 14,8% (n = 13) pessoas, nos últimos sete a 12 meses e 9,1% (n = 8) pessoas há mais de 12 meses. Dos/as inquiridos/as, 6,8% (n = 6) pessoas referiram consumos por via fumada, e destas, 1,1% (n = 1) reportou ter consumido nos últimos três a seis meses, 4,5% (n = 4) nos últimos sete a 12 meses e 1,1% (n = 1) há mais de 12 meses. Nenhum dos indivíduos inquiridos reportou consumos por via injetada.

RESULTADOS

No que se refere à epidemiologia de VIH foram identificados no total, seis (6%) resultados reativos, 3% (n = 3) referentes a homens que já conheciam o seu estatuto serológico e 3% (n = 3) referentes a novos casos de infeção em mulheres trans. No que se refere ao historial de rastreios detalhados na Fig. 1, 88,7% (n = 86) dos/as participantes que responderam ao questionário da RRC (n = 97) afirmou ter realizado o teste de VIH anteriormente. Destes, 48,5% (n = 47) reportaram ter realizado o teste para VIH nos últimos 12 meses.

Na Tabela 1 encontra-se sistematizado o resultado do rastreio para as diferentes IST rastreadas.

Relativamente ao rastreio de VHC, 53,6% (n = 52) das pessoas afirmaram ter realizado o teste no passado; destas, 22,7% (n = 22) realizaram o teste nos últimos 12 meses. 28,9% (n = 28) das pessoas referiram não saber se tinham realizado o teste alguma vez na vida. Não foram detetados resultados positivos para VHC.

No que se refere ao diagnóstico de VHB, foi detetado um caso reativo numa mulher que revelou ser um falso positivo em meio hospitalar. A análise dos 97 questionários permitiu-nos aferir que, das pessoas que realizaram os testes de VHB, 56,7% (n = 55) reportaram ter realizado o teste anteriormente, destas 26,8% (n = 26) fez o teste nos últimos 12 meses, 27,8% (n = 27) desconhecem ter realiza-

do o teste anteriormente.

Das pessoas que realizaram o teste para diagnóstico de SF, 18% (n = 18) obtiveram TPHA positivo referente a SF não ativa, 5% (n = 5) revelaram TPHA e VDRL positivos, ou seja, SF ativa. Relativamente ao historial de teste, das pessoas que responderam ao questionário, 41,2% (n = 40) afirmaram ter realizado o teste no passado, sendo que destas, 18,6% (n = 18) realizaram o teste nos últimos 12 meses. Do total, 42,3% (n = 41) referiram nunca ter realizado o teste e 10,3% (n = 10) referiram não saber se tinham realizado o teste no passado.

Os 2% (n = 2) de casos de GN reativos ocorreram apenas em mulheres, 1% (n = 1) correspondeu a GN oral e outro 1% (n = 1) a vaginal. No que se refere ao historial de rastreio da GN 22,7% (n = 22) pessoas reportaram ter realizado o teste anteriormente e 60,8% (n = 59) referiram nunca ter feito o teste, sendo que 10,3% (n = 10) afirmaram não saber se tinham realizado este teste no passado.

Os casos positivos para CL [8% (n = 8)] também ocorreram em mulheres. Destes diagnósticos positivos, 2% (n = 2) corresponderam a CL orofaríngea, 5% (n = 5) a anal e 3% (n = 3) a vaginal. Entre os casos positivos em mulheres, 2% (n = 2) das utentes apresentaram concomitantemente CL nas zonas oral/vaginal, anal/vaginal. Das pessoas que realizaram o teste para pesquisa de CL, 18,6% (n = 18) afirmaram ter realizado o teste anteriormente, 63,9% (n = 62) das pessoas referiram nunca ter feito o teste e 12,4% (n = 12) referiram não saber se tinha realizado este teste no passado.

No que concerne ao tempo de atividade como TS, este variou entre um mês e 20 anos (M = 4,64 anos, DP = 3,72).

Do total de pessoas rastreadas (n = 100), 97 responderam ao questionário sobre historial de rastreios, trabalho sexual e práticas de risco. Os dados que apresentaremos de seguida dizem respeito a análise destes 97 questionários.

No que se refere a práticas sexuais desprotegidas, 70 afirmaram ter tido relações sexuais penetrativas sem preservativo nos últimos 12 meses. Das pessoas inquiridas, 62,9% (n = 61) reportaram ter tido relações desprotegidas com parceiro regular, 7,2% (n = 7) com parceiro ocasional e 9,3% (n = 9) com parceiro comercial.

No que concerne ao *linkage to care*, dos novos casos reativos para VIH, todos [3% (n = 3)] foram encaminhados e acompanhados à consulta de infeciologia do Centro Hospitalar do Porto (CHP) para confirmação de resultado em meio hospitalar e início de tratamento quando indicado. O tempo médio entre o pedido de consulta e a efetivação de consulta hospitalar foi de 3 - 5 dias. Dos casos reativos para SF, um foi encaminhado e acompanhado à consulta, e os restantes [4% (n = 4)] foram referenciados para centros hospitalares de outras zonas do país, nomeadamente o Centro Hospitalar do Baixo Vouga e o Centro Hospitalar do Algarve. Dos casos reativos para CL, grande parte [6% (n = 6)] optou por realizar o tratamento no respectivo médico de família. Duas pessoas [2% (n = 2)] foram encaminhadas e acompanhadas pela equipa ao CHP e ao Centro Materno

Tabela 1 – Prevalência IST

	Mulher (n = 74)	Trans (n = 14)	Homem (n = 12)	Total
Prevalência de IST				
VIH	0**	3	3	6
Sífilis ativa	1	3	1	5
TPHA	6	8	4	18
VDRL	1	3	1	5
VHC	0	0	0	0
VHB	0	0	0	0**
Clamídia	2	0	0	2
Gonorreia	8	0	0	8
Vacina para VHB	40	7	5	53

**1 falso positivo em meio hospitalar

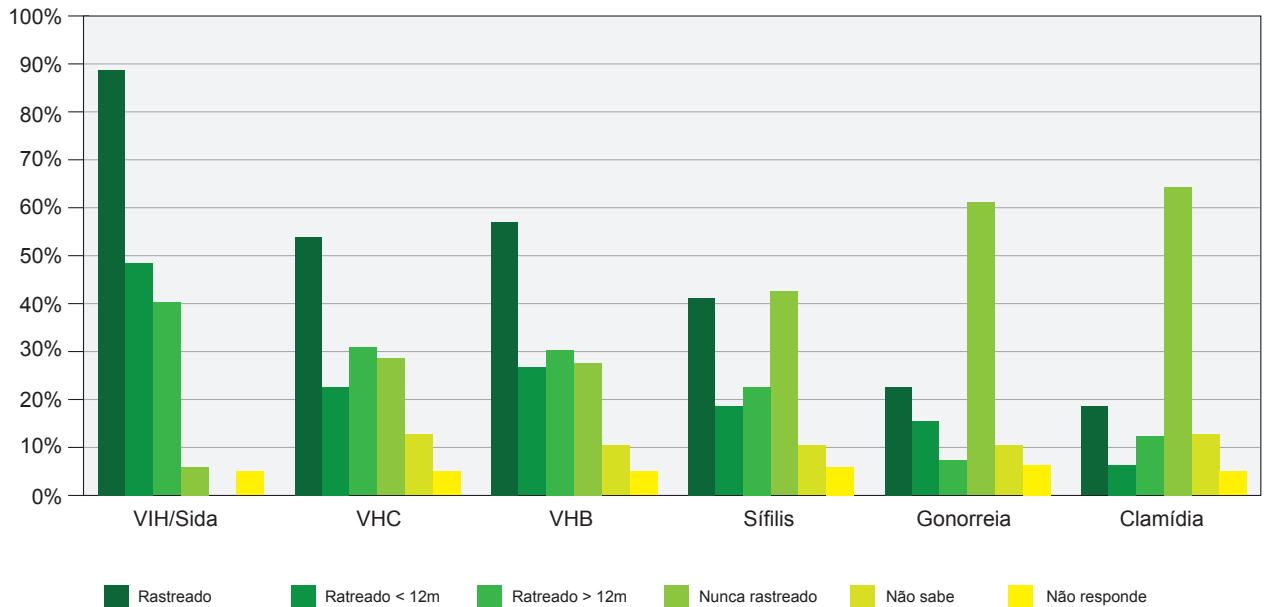


Figura 1 – Historial de rastreios

Infantil do Norte, também do CHP. As duas pessoas [2% (n = 2)] com diagnóstico positivo para GN elegeram o médico de família para procederem ao tratamento.

DISCUSSÃO

O presente estudo pretende contribuir para um conhecimento mais aprofundado da epidemiologia de IST em trabalhadores/as do sexo na área metropolitana do Porto. O carácter inovador do estudo prende-se com a adaptação da metodologia de rastreio realizada em meio clínico ao contexto de proximidade com populações mais afastadas dos sistemas convencionais.

No âmbito deste estudo surgiram cinco resultados que importa problematizar, no sentido de informar práticas ajustadas às necessidades da população e que se revelem, a montante, instrumentos potenciais de equidade no acesso à saúde.

O primeiro refere-se aos dados epidemiológicos propriamente ditos. A prevalência de infeção de VIH encontrada nesta população, apesar de inferior à prevalência em termos mundiais (12%)¹⁵ parece ser superior à encontrada em estudos nacionais anteriores, nomeadamente no que se refere ao estudo da RRC⁸ com uma proporção de 2,8% testes reativos de VIH numa amostra total de 615 utentes. Note-se, que no âmbito da RRC o Porto G teve a prevalência de VIH mais elevada da população rastreada.⁸ Tal pode dever-se ao facto de que em ambas as amostras (amostra do Porto G na RRC e amostra do presente estudo) a representatividade de mulheres trans, e consequentemente de mulheres trans com resultados reativos a VIH ser mais elevada do que as restantes amostras. Este resultado parece reforçar estudos anteriores que destacam por um lado a sub-representatividade das mulheres trans em estudos epidemiológicos, nomeadamente no domínio da investigação de VIH/SIDA¹⁶ e, por outro, a vulnerabilidade à infeção

nesta população.^{15,17} Note-se que, apesar de neste estudo, a percentagem de homens com VIH ser maior (3 em 12 - 25%), são as mulheres trans infetadas (três em 14 - 21,4%) que reportam desconhecer o seu estatuto serológico. O desconhecimento da infeção constitui-se como fator de risco acrescido para o adiamento da procura de cuidados médicos. Num estudo realizado por Potea *et al*,¹⁶ o desconhecimento face à infeção parece ser particularmente notório nesta população dado verificar-se uma discrepância entre prevalência de infeções em testes laboratoriais e auto-relatos. Pese embora tratar-se de uma amostra relativamente residual da população que exerce trabalho sexual em contexto *indoor* na área metropolitana do Porto, os resultados supracitados, bem como a inexistência de resultados reativos em mulheres TS, poderão sugerir a existência de diferentes graus de risco e, consequentemente, a necessidade de intervenções mais integradas e específicas. Apesar dos dados não nos permitirem uma análise da representatividade da amostra, no ano do estudo o Porto G entrou em contacto com 712 pessoas, 84% mulheres, 8% homens e 8% trans. Dados da UNAIDS¹⁸ indicam que a prevalência de VIH é nove vezes maior em mulheres trans trabalhadoras do sexo do que em mulheres cis trabalhadoras do sexo. Outros estudos reportam uma maior vulnerabilidade de TS migrantes.¹⁹ A confluência de fatores de vulnerabilização poderão inspirar a operacionalização de um contínuo de risco/vulnerabilidade face à transmissão de IST, em grupos que por si só são definidos como grupos chave da intervenção.¹

Uma visão 'sindémica' é particularmente relevante para a monitorização do risco, dado introduzir na sua definição a importância da comorbilidade, como é o caso das IST, e os fatores subjacentes à vulnerabilização. A prevenção sindémica implica não somente a prevenção e controlo de doenças mas também das dinâmicas transversais às

doenças.²⁰ Nesse sentido, a intervenção na prevenção da infecção das IST ou no controlo da doença não se limita à intervenção no domínio da saúde, mas integra a necessidade de abranger campos mais alargados de intervenção como sendo as reais condições em que as pessoas vivem e a disponibilidade dos serviços.

Nesse sentido, a inclusão intencional de diferentes grupos de TS, nomeadamente de pessoas trans, em estudos epidemiológicos revela-se crucial para uma monitorização das necessidades de intervenção, e do impacto da intervenção ajustada às especificidades da população.²¹ O segundo resultado prende-se com a inexistência de resultados reativos para as hepatites víricas. Em relação à ausência de casos reativos para infecção por VHC, estes podem ter origem no facto desta infecção ter como via preferencial a transmissão via material injetável, prática não verificada na população em estudo. Já no caso da infecção por VHB, a ausência de resultados reativos poderá estar associada com a profilaxia para o VHB implementada pelo Porto G há quase uma década junto desta população. Este poderá ser um indicador de eficácia da profilaxia pré-exposição realizada em contextos de proximidade.²²

Um terceiro resultado prende-se com a prevalência de SF encontrada no presente estudo, sendo esta três vezes superior à encontrada pela RRC⁸ com a mesma população. Dado que a amostra integrou um número elevado de mulheres trans e HSH, e sendo estas subpopulações mais vulneráveis a estas infeções, decorre da análise dos dados uma prevalência superior. O quarto resultado remete-nos para o historial de rastreios das infeções nesta população, verificando-se através da análise de prevalência de rastreios anteriores, nomeadamente nos últimos 12 meses, que as IST que mais positivaram, SF, GN e CL são menos rastreadas e ocorrem há mais tempo que as referentes a VIH. Se o aumento da cobertura do rastreio à infecção por VIH em grupos chave se revela fundamental para atingir as metas de redução de novos casos de infecção,²³ a relativa ausência de investimento no rastreio de outras IST pode comprometer a saúde sexual dos/as TS e o investimento realizado na prevenção de VIH. Note-se que o risco de transmissão de VIH na presença de outras IST pode triplicar em algumas populações,¹ sendo necessário, numa lógica de orientação sindémica, desenhar intervenções integradas que procurem reduzir fatores de morbidade associados às IST e consequentes determinantes sociais associados, como o estigma e a desigualdade no acesso à saúde.^{23,24}

O último resultado prende-se com características das práticas sexuais desprotegidas. Note-se que cerca de oito em cada 10 relações penetrativas sem preservativo foi realizada com o parceiro regular. Por um lado, este dado poderá estar associado a uma perceção de risco mais reduzida no âmbito de relações não comerciais do que em relações comerciais, e por outro, este indicador sugere a necessidade de alargar o campo de intervenção no domínio da prevenção e controlo de IST aos/as parceiros/as sexuais dos/as TS. Neste domínio, se os clientes representam uma das

populações chave de intervenção,¹ os parceiros constituem igualmente uma população chave²⁵ e devem de igual forma beneficiar de intervenções de proximidade, no sentido de promover a contenção das IST.

A principal limitação do estudo prende-se com a amostra em análise, nomeadamente no que se refere ao número de pessoas envolvidas no estudo, quer aos subgrupos de trabalho sexual em análise (HSH, trans e mulheres). No sentido de proceder a análises mais robustas em termos estatísticos, revela-se necessário abranger um número mais expressivo de pessoas, em estudos futuros. No mesmo sentido, e sabendo que os fatores de vulnerabilidade poderão estar presentes de forma diferencial em trabalhadores/as do sexo em contexto *indoor* e contexto de rua,^{15,25} seria importante, na problematização do contínuo de risco no trabalho sexual, proceder a análises comparativas nestes dois grupos. Por último, o desenho de investigações de carácter longitudinal poderia contribuir para uma análise mais aprofundada das trajetórias de vida e dos determinantes que contribuem para explicar a distância que as pessoas se encontram de percursos de maior vulnerabilidade. Uma segunda limitação prende-se com a estrita utilização de dados quantitativos. A articulação de metodologias quantitativas e qualitativas poderiam revelar-se particularmente úteis para uma abordagem mais compreensiva da causalidade e das especificidades inerentes ao risco. Narrativas que também poderiam contribuir para informar práticas mais próximas das pessoas e das suas vivências.

CONCLUSÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde, “*When properly enforced, laws and policies that protect and promote public health and human rights, including sexual and reproductive health and rights, can reduce vulnerability to and risk of sexually transmitted infection; expand access to sexually transmitted infection care and other health services; and enhance their reach, quality and effectiveness*”.¹

A deteção precoce de infeções sexualmente transmissíveis, incluindo de infeções assintomáticas, constitui-se como instrumento central para o tratamento eficaz e para a prevenção da transmissão de IST, nomeadamente em populações chave como sendo os/as trabalhadores/as do sexo.¹ Adicionalmente, é fundamental uma monitorização que permita aferir, em tempo real, as necessidades de intervenção, no sentido de introduzir alterações ajustadas e concertadas, tendo em vista a erradicação da infecção por VIH, bem como de outras IST em populações chave. Subsequentemente, a avaliação da qualidade dos serviços poderá contribuir para a definição de prioridades, introdução de melhorias, transparência e avaliação de custos.²⁷

Se, por um lado, o presente estudo procurou contribuir para um melhor conhecimento sobre a prevalência de IST em TS com atividade na área metropolitana do Porto, por outro, procurou informar sobre indicadores de risco diferenciais e consequente necessidade de identificar práticas, promotoras da melhoria na qualidade de vida de populações em situação de maior vulnerabilidade. Este

conceito de vulnerabilidade não se limita estritamente às IST, e está intimamente relacionado com determinantes sociais e económicos de exclusão, como sendo o estigma. Neste sentido, a par do desenvolvimento de respostas em contextos de proximidade ajustadas a necessidades específicas da população, urge o desenvolvimento de ações efetivas para combater a discriminação em estruturas convencionais de saúde e nas comunidades.¹⁵

Simultaneamente, emerge a necessidade de intervir na equidade no acesso à saúde nesta população, enquanto instrumento central de prevenção das IST, e revela-se fundamental investir em estudos epidemiológicos que visem uma avaliação rigorosa das necessidades de intervenção e uma monitorização da eficácia das intervenções.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao GAT - Grupo de Ativistas em Tratamentos, ao Instituto Nacional Ricardo Jorge (INSA), ao Centro Hospitalar do Porto, à Gilead GÉNESE e à RECI - Research on Education and Community Intervention, por todo o apoio prestado no âmbito do projeto.

OBSERVAÇÕES

Parte do estudo foi anteriormente apresentado no 8º Encontro Nacional da Clínica de Ambulatório VIH / Hospitais de Dia - organizado pela Associação de Infeciologistas do Norte-12 a 13 de Julho de 2018 no Porto, sendo o trabalho

reconhecido com o prémio de melhor comunicação.

PROTECÇÃO DE PESSOAS E ANIMAIS

As autoras declaram que o estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de S. João (Faculdade de Medicina da Universidade do Porto) com parecer positivo.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

As autoras declaram ter seguido as normas de protecção de dados em vigor.

CONFLITOS DE INTERESSE

As autoras declaram não haver quaisquer conflitos de interesse a reportar.

FONTES DE FINANCIAMENTO

O projeto de intervenção “Detecção VIH/SIDA, outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e Hepatites Víricas nos/as Trabalhadores/as do Sexo (TS)” foi financiado pelo Programa Gilead GÉNESE e promovido pela Agência Piaget para o Desenvolvimento, no âmbito do Porto G.

Este trabalho foi financiado por fundos nacionais através da FCT, no âmbito da unidade de Investigação RECI (Research in Education and Community Intervention) UID/ Multi/04587/2013.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization. Global Health sector strategy on sexually transmitted infections 2016–2021. [accessed 2018 Oct 3]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246296/WHO-RHR-16.09-eng.pdf;jsessionid=0EDAECA6177514511BBBDF39AE37B0A0?sequence=1>.
- Mabey D. Epidemiology of sexually transmitted infections: worldwide. *Medicine*. 2014;42:287-90.
- Dias S, Gama A, Fuertes R, Mendao L, Barros H. Risk-taking behaviours and HIV infection among sex workers in Portugal: results from a cross-sectional survey. *Sex Transm Infect*. 2015;91:346-52.
- World Health Organization. Transgender people and HIV. Policy Brief. [Internet]. 2015. [accessed 2018 Sep 3]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179517/WHO_HIV_2015.17_eng.pdf?sequence=1.
- World Health Organization. Serving the needs of key populations: Case examples of innovation and good practice on HIV prevention, diagnosis, treatment and care. 2017. [accessed 2018 Sep 3]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255610/9789241512534-eng.pdf?sequence=1>.
- Minichiello V, Scott J, Callander D. New pleasures and old dangers: reinventing male sex work. *J Sex Res*. 2013;50:263-75.
- Oliveira A. Da prostituição de apartamento na cidade de Lisboa: características e significados. GAT - Grupo Português de Ativistas sobre tratamentos de VIH/SIDA. 2013. [accessed 2018 Sep 10]. Available from https://www.academia.edu/27160478/Da_prostituição_de_apartamento_na_cidade_de_Lisboa_caracter%C3%ADsticas_e_significados.
- Simões D, Freitas R, Mendão L, Rocha M, Meireles P, Aguiar A, et al. A rede de rastreio comunitária: resultados. Porto: Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto; 2016.
- Almeida A, Brasileiro A, Costa J, Eusebio M, Fernandes R. Prevalence of and factors mediating HIV infection among sex workers in Lisbon, Portugal: the 5-year experience of a community organisation. *Sex Transm Infect*. 2014;90:497.
- Exposto F, Carnal V, Castro R, Albuquerque R, Gonçalves L, Duarte A. Prevalência de doenças sexualmente transmitidas no estabelecimento prisional de Tires em Lisboa. *Saúde em números*. 1999;14.
- Martins H, Aldir I. Infecção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2017. Lisboa, Portugal. 2018. [accessed 2018 Sep 1]. Available from: http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/5666/5/INSA_Relatorio_VIH_e_SIDA_2017.pdf.
- Benoit C, Jansson SM, Smith M, Flagg J. Prostitution stigma and its effect on the working conditions, personal lives, and health of sex workers. *J Sex Res*. 2018;55:457-71.
- Direção Geral da Saúde. Programa Nacional para a Infecção VIH, Sida e Tuberculose. 2017. [accessed 2018 Sep 1]. Available from: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-845551-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>.
- World Health Organization. WHO Guidelines on Drawing Blood: Best Practices in phlebotomy. 2010. [accessed 2018 Sep 7]. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/268790/WHO-guidelines-on-drawing-blood-best-practices-in-phlebotomy-Eng.pdf?ua=1.
- World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations Geneva. 2016. [accessed 2018 Sep 21] Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246200/9789241511124-annexes-eng.pdf;sequence=5>.
- Poteat T, Wirtz AL, Radix A, Borquez A, Silva-Santisteban A, Deutsch M, et al. HIV risk and preventive interventions in transgender women sex workers. *Lancet*. 2015;385:274-86.
- Operario D, Soma T, Underhill K. Sex work and HIV status among transgender women: systematic review and meta-analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2008;48:97-103.
- UNAIDS. The GAP Report 2014. 2014. [accessed 2018 Oct 11]. Available from: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Gap_report_en.pdf.
- Mc Grath-Lone L, Marsh K, Hughes G, Ward H. The sexual health of male sex workers in England: analysis of cross-sectional data from genitourinary medicine clinics. *Sex Transm Infect*. 2014;90:38-40.
- Singer M, Clair S. Syndemics and public health: reconceptualizing

- disease in bio-social context. *M Anthropol Q.* 2003;17:423-41.
21. Bauer GR, Travers R, Scanlon K, Coleman TA. High heterogeneity of HIV-related sexual risk among transgender people in Ontario, Canada: a province-wide respondent-driven sampling survey. *BMC Public Health.* 2012;12:292.
 22. Mak R, Traen A, Claeysens M, Van Renterghem L, Leroux-Roels G, Van Damme P. Hepatitis B vaccination for sex workers: do outreach programmes perform better? *Sex Transm Infect.* 2003;79:157-9.
 23. World Health Organization. Global Health sector strategy on sexually transmitted infections 2016–2021. 2016. [accessed 2018 Oct 3]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246296/WHO-RHR-16.09-eng.pdf;jsessionid=0EDAECA6177514511BBBDF39AE37B0A0?sequence=1>.
 24. UNAIDS. Joint Action for Results UNAIDS Outcome Framework: Business Case 2009–2011. 2010. [accessed 2018 Nov 12]. Available from: http://data.unaids.org/pub/basedocument/2010/jc1713_joint_action_en.pdf.
 25. World Health Organization. Sex workers. [accessed 2018 Nov 13]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hiv-aids/policy/policy-guidance-for-key-populations-most-at-risk2/sex-workers>.
 26. Spice W. Management of sex workers and other high-risk groups. *Occup Med-C.* 2007;57:322-8.
 27. Catumbela EC, Santos C, Freitas A, Costa C, Sarmiento A, Costa Pereira A. HIV/AIDS indicators for clinical care quality assessment: relevance and utility assessed by health professionals. *Acta Med Port.* 2016;29:389-400.