



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COMUNITÁRIA**

**Fatores Associados a Fonte Usual de Cuidado entre Mulheres  
Trabalhadoras do Sexo no Brasil**

**TALITA CASTRO GARCIA MATTEONI**  
**Dissertação de mestrado**

**Salvador**

**2018**

**TALITA CASTRO GARCIA MATTEONI**

**Fatores Associados a Fonte Usual de Cuidado entre Mulheres  
Trabalhadoras do Sexo no Brasil**

Dissertação sob forma de artigo apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva/UFBA, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Inês Costa Dourado

Área de concentração: Epidemiologia

**Salvador**

**2018**

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA),  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Castro Garcia Matteoni, Talita  
Fatores Associados a Fonte Usual de Cuidado entre  
Mulheres Trabalhadoras do Sexo no Brasil / Talita  
Castro Garcia Matteoni. -- Salvador, 2018.  
130 f.

Orientadora: Maria Inês Costa Dourado.  
Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em  
Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva) --  
Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde  
Coletiva, 2018.

1. mulheres trabalhadoras do sexo. 2. fonte usual  
de cuidado. 3. HIV/Aids. 4. RDS. 5. Brasil. I. Costa  
Dourado, Maria Inês. II. Título.



Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

TALITA CASTRO GARCIA MATTEONI

**Fatores Associados a Fonte Usual de Cuidado entre Mulheres Trabalhadoras do Sexo no Brasil.**

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 23 de maio de 2018.

Banca Examinadora:

*Maria Inês C. Dourado*

Profª. Maria Inês Costa Dourado - Orientadora - ISC/UFBA

*Rosana Aquino Guimarães Pereira*

Profª. Rosana Aquino Guimarães Pereira - ISC/UFBA

*Carla Gianna Luppi*  
Profª. Carla Gianna Luppi - UNIFESP

Salvador  
2018

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por ser o maior Mestre da minha vida, o grande autor de tudo isso e por me fazer protagonista da história que Ele escolheu para mim.

Aos meus pais, Ana e Sinval, pela dedicação, amor, honestidade e todos os valores a mim ofertados.

Ao meu marido, André, pelo amor, crença, respeito, compreensão, paciência e parceria diária.

Aos meus familiares, irmãos, sobrinhas, cunhados e sogros, pelas palavras de ânimo e carinho constante.

À querida professora Inês Dourado, minha orientadora, pelo acolhimento, desde o primeiro sorriso, pela maestria na condução deste processo, por dividir o seu saber e por, sobretudo, inspirar.

Aos professores e funcionários do ISC, por conduzirem o processo de formação em Saúde Coletiva, com seriedade, excelência e compromisso.

Aos colegas do grupo NEPAD I, por construírem um espaço de aprendizado coletivo e relevante.

Aos colegas da turma 2016.1, pela união nas horas difíceis, pelas palavras e atitudes de apoio.

Aos amigos da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SESAB), pelo apoio, compreensão, incentivo, suporte, carinho e amizade.

Carinhosamente,  
Gratidão!

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1.</b>	Modelo conceitual de fonte usual de cuidado entre mulheres trabalhadoras do sexo.....	28
<b>Figura 2.</b>	Modelo preditivo.....	29
<b>Figura 3.</b>	Estados e as 12 cidades aonde o inquérito foi realizado com respectivos tamanhos de amostra. Brasil, 2016.....	65
<b>Figura 4.</b>	Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Manaus segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016.....	78
<b>Figura 5.</b>	Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Belém segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016.....	79
<b>Figura 6.</b>	Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Fortaleza segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016.....	80
<b>Figura 7.</b>	Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Recife segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016.....	81
<b>Figura 8.</b>	Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Salvador segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016.....	82
<b>Figura 9.</b>	Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Belo Horizonte segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016.....	83
<b>Figura 10.</b>	Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Rio de Janeiro segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016.....	84
<b>Figura 11.</b>	Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em São Paulo segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016.....	85
<b>Figura 12.</b>	Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Curitiba segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016.....	86
<b>Figura 13.</b>	Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Porto Alegre segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016.....	87
<b>Figura 14.</b>	Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Campo Grande segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016.....	88
<b>Figura 15.</b>	Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Brasília segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016.....	89

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b>	Distribuição percentual das mulheres trabalhadoras do sexo segundo cidade .....	31
<b>Tabela 2.</b>	Características sociodemográficas, de prevenção de HIV/IST e de serviços de saúde de mulheres trabalhadoras do sexo de 12 cidades brasileiras, 2016 .....	66
<b>Tabela 3.</b>	Fonte usual de cuidado e tipos de fonte usual de cuidado entre mulheres trabalhadoras do sexo de 12 cidades brasileiras, 2016....	68
<b>Tabela 4.</b>	Análise bivariada de fatores associados a fonte usual de cuidado entre mulheres trabalhadoras do sexo de 12 cidades brasileiras, 2016 .....	69
<b>Tabela 5.</b>	Análise bivariada de fatores associados aos tipos de fonte usual de cuidado entre mulheres trabalhadoras do sexo de 12 cidades brasileiras, 2016 .....	71
<b>Tabela 6.</b>	Análise multivariada de fatores associados a ter uma fonte usual de cuidado entre mulheres trabalhadoras do sexo de 12 cidades brasileiras, 2016 .....	74
<b>Tabela 7.</b>	Análise multivariada de fatores associados aos tipos de fonte usual de cuidado entre mulheres trabalhadoras do sexo de 12 cidades brasileiras, 2016 .....	76

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	-	Atenção Primária à Saúde
COA	-	Centro de Orientação e Aconselhamento
CTA	-	Centro de Testagem de Aids
DSS	-	Determinantes Sociais de Saúde
ESF	-	Estratégia de Saúde da Família
FUC	-	Fonte Usual de Cuidado
HSH	-	Homens que fazem Sexo com Homens
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	-	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MTS	-	Mulheres Trabalhadoras do Sexo
NEPADI	-	Núcleo de Estudo e Pesquisa em Aids e outras Doenças Infecciosas
PNAD	-	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNS	-	Pesquisa Nacional de Sa
RDS	-	Respondent Driven Sampling
SUS	-	Sistema Único de Saúde
STATA	-	Statistics Data Analysis
TS	-	Trabalhadora do Sexo
UDI	-	Usuários de Drogas Injetáveis
UNAIDS	-	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS



## SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES .....	6
LISTA DE TABELAS .....	7
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS .....	8
APRESENTAÇÃO .....	10
1 INTRODUÇÃO .....	12
2 REVISÃO DE LITERATURA .....	15
2.1 HIV/Aids: cenário mundial e local .....	15
2.2 Mulheres trabalhadoras do sexo .....	17
2.3 Fonte usual de cuidado de saúde .....	21
3 REFERENCIAL TEÓRICO .....	25
4 PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO .....	30
5 OBJEIVO GERAL .....	30
5.1 Objetivos específicos .....	30
6 METODOLOGIA .....	30
6.1 Desenho da pesquisa .....	30
6.1.1 Processo Amostral .....	32
6.2 Trabalho de campo e coleta de dados .....	33
6.2.1 Elegibilidade .....	34
6.2.2 Realização dos testes rápidos e coleta de amostra sanguínea...	35
6.2.3 Inquérito sociocomportamental .....	35
6.2.4 Aconselhamento .....	36
6.3 Variáveis do estudo.....	36
6.4 Plano de análise .....	38
6.5 Questões éticas .....	39
7 RESULTADOS.....	42
7.1 Artigo .....	42
REFERÊNCIAS .....	58
ANEXO A – Rede de mulheres trabalhadoras do sexo por cidade .....	78
ANEXO B – Questionário do Projeto Corrente da Saúde II .....	90
ANEXO C – Parecer Consubstanciado do CEP .....	125
ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	129

## **APRESENTAÇÃO**

Chegar até o Mestrado em Saúde Comunitária do Instituto de Saúde Coletiva representa mais uma etapa de um caminho construído a partir de outras experiências relacionadas a este campo da saúde. Destaco o interesse inicial durante a graduação de enfermagem, pela Universidade Federal da Bahia, de me aproximar das principais teorias e práticas da saúde coletiva. Foram durante os anos de graduação que pude inquietar-me com os problemas de saúde que acometem as coletividades, principalmente, em relação a lógica organizativa do sistema de saúde, dentre outros aspectos relacionados aos distintos processos de saúde-doença. Em seguida, optei por continuar buscando respostas a estas indagações quando escolhi dedicar mais dois anos de formação cursando Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Durante estes anos, tive oportunidade de agregar mais aprendizados teóricos e práticos relacionados a gestão e a assistência da atenção primária, os quais foram fundamentais para a prática profissional que passei a desenvolver nestas duas grandes áreas da saúde coletiva. Inserida no mundo do trabalho, porém, ainda inquieta quanto as grandes questões da saúde, decidi aprofundar-me na área acadêmica buscando na epidemiologia algumas respostas e possíveis caminhos para o enfrentamento dos problemas de saúde em distintas populações.

Estudar o tema HIV/Aids em populações específicas apresentou-se como uma oportunidade para aprofundar o interesse na formação em pesquisa epidemiológica. Junto à professora Inês Dourado surgiu a chance de conhecer mais a respeito da saúde de grupos específicos, como homens que fazem sexo com homens, transexuais e mulheres trabalhadoras do sexo. A escolha pela população de mulheres trabalhadoras do sexo, nasce do desejo de continuar a compreender as situações de vulnerabilidade das mulheres e seus problemas de saúde, uma vez que na graduação estudei mulheres em situações de violência doméstica. Sob uma ótica distinta, tive a oportunidade de debruçar o olhar sobre os problemas de saúde deste subgrupo das mulheres brasileiras. Então, em 2016, tive a oportunidade de participar da coleta de dados do presente estudo, vivenciar o contato com as mulheres trabalhadoras do sexo residentes de Salvador e enriquecer a minha percepção a respeito das subjetividades deste

grupo, qualificando, por conseguinte, a interpretação e o olhar sobre os resultados da pesquisa, a posteriori, encontrados.

Assim, esta dissertação apresentada sob forma de artigo original, representa o produto final do curso de Mestrado em Saúde Comunitária da área de concentração em Epidemiologia, iniciado no primeiro semestre de 2016. Este é um estudo do tipo transversal, desenvolvido a partir de dados da pesquisa nacional “Corrente da Saúde II” realizada com Mulheres Trabalhadoras do Sexo (MTS) de 12 capitais brasileiras. O objetivo foi investigar fatores associados a ter uma fonte usual de cuidado de saúde, e aos tipos de fonte usual de cuidado, entre mulheres trabalhadoras do sexo de 12 cidades brasileiras.

Espera-se que os resultados deste estudo tragam subsídios para identificação e enfrentamento de questões referentes à população de MTS no Brasil, uma vez que pouco se sabe a respeito das fontes de cuidado de saúde utilizadas por estas mulheres que vivem, em sua grande maioria, em situação de risco para contaminação por doenças relacionados ao sexo, por exemplo. Pretende-se que estes resultados repercutam para a qualificação de políticas públicas de saúde voltadas para as Mulheres Trabalhadoras do Sexo.

## 1 INTRODUÇÃO

As mulheres no Brasil, conforme último senso do IBGE, são a maioria da população brasileira, 97.348.809 mulheres (IBGE, 2011). Além da relevância das mulheres, em termos de volume da população, estas apresentam, sob o aspecto das políticas de saúde, especificidades e necessidades peculiares. Neste sentido, publicada em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher busca promover a consolidação de avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate a violência doméstica e sexual. A política inclui, também, a prevenção e o tratamento para mulheres vivendo com HIV/Aids, portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico (BRASIL, 2004).

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) as mulheres são as principais usuárias dos serviços de saúde (IBGE, 2015). Além das questões de saúde relacionadas ao pré-natal e parto, as mulheres buscam mais serviços para realização de exames de rotina e prevenção quando comparadas com os homens (40,30% mulheres e 28,40% homens) (PINHEIRO et al., 2002).

Dados globais sobre a saúde das mulheres no Brasil podem não retratar as especificidades de alguns grupos mais vulneráveis, a exemplo das Mulheres Trabalhadoras do Sexo (MTS). Neste sentido, MTS têm sido objeto de pesquisas e estudos no Brasil e no mundo, principalmente no que se refere a prevalência de HIV/Aids. Szwarcwald et al., (2011) estimaram a prevalência de 4,8% (IC95%: 3,4%, - 6,1%), aproximadamente 12 vezes maior entre as MTS do que na população brasileira feminina. As condições de saúde de MTS revelam as vulnerabilidades e riscos que estão expostas diante da prática de trabalho que possuem, tal como a multiplicidade de parceiros sexuais, situações de estigma e discriminação, dentre outros fatores que levam a maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2002).

A respeito do acesso, utilização de serviços de saúde e acessibilidade, impende destacar algumas compreensões. Acesso pode ser entendido a partir da dimensão de entrada nos serviços de saúde. Já a utilização dos serviços de saúde é determinada por uma combinação de fatores individuais, contextuais e

relativos à qualidade do cuidado. Acesso e utilização dos serviços dependem da oferta e da demanda. Assim, a oferta é a existência física dos serviços de saúde, que está condicionada à lógica organizativa do sistema de saúde local e a demanda, por sua vez, reflete o estado/necessidade de saúde percebida pelos usuários (TRAVASSO, MARTINS, 2004). Por fim, acessibilidade, pode ser definida como um conjunto de características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam o uso dos serviços pelos usuários existentes ou potenciais. Desta forma, a acessibilidade passa ser um importante elemento da oferta de serviços, fundamental para explicar o uso dos serviços de saúde por grupos populacionais distintos (DONABEDIAN apud TRAVASSOS, MARTINS, 2004). Diante destes conceitos entende-se que os lugares têm diferentes graus de acessibilidade, mas as pessoas têm diferentes graus de acesso (STARFIELD, 2008).

A longitudinalidade e continuidade do cuidado são conceitos que permeiam as discussões sobre acesso e utilização dos serviços de saúde. Starfield (2002), define a longitudinalidade como um dos atributos exclusivos da Atenção Primária à Saúde (APS), pois trata-se do acompanhamento do paciente ao longo do tempo por médico generalista ou equipe da APS, para os múltiplos episódios de doença e cuidados preventivos. Já a continuidade do cuidado seria o acompanhamento de um problema de saúde por médico ou equipe de saúde, até que a situação seja solucionada ou assistida de maneira contínua, no entanto, este problema não precisa, necessariamente, ser acompanhado por uma mesma equipe de saúde ou médico para garantir a continuidade do cuidado (CUNHA, GIOVANELLA, 2011).

Diante da importância da continuidade e longitudinalidade do cuidado, muitos estudos têm sido realizados para destacar a utilização dos serviços de saúde, sobretudo, os que compõem a APS. O uso frequente de um mesmo serviço ou profissional de saúde frente a um problema/necessidade de saúde, é compreendido como Fonte Usual de Cuidado (FUC) (STARFIELD, 1994). Estudos apontam que possuir uma FUC, reflete sugestiva vinculação e resolutividade dos serviços ofertados a população (MAINOUS et al., 2001; ZHICHENG et al., 2015).

Ao estudar 24.138 pessoas entre 18 e 64 anos, pesquisadores americanos concluíram que ter uma FUC e um profissional de referência está associado a melhores resultados de saúde. Nesta pesquisa, homens que possuíam uma FUC tiveram 4,6 vezes mais chance de terem realizado exame de rotina, como o PSA (Antígeno Prostático Específico), quando comparados aos que não tinham uma FUC. Resultado semelhante foi encontrado para as mulheres. As que possuíam FUC apresentaram 2,5 vezes mais chance de realizar mamografia anual, quando comparadas as mulheres que não possuíam FUC. Conforme disposto, pessoas que possuem uma FUC frequente tendem a ter menos problemas de saúde emergenciais e a cuidar da saúde preventivamente (BLEWETT et al., 2008). Embora muitas pesquisas tenham avaliado a condição de saúde de MTS, principalmente sobre HIV/Aids e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), poucos estudos têm abordado questões referentes a fonte usual de cuidado de saúde destas mulheres. O objetivo deste estudo foi investigar fatores associados a ter uma fonte usual de cuidado de saúde, e aos tipos de fonte usual de cuidado, entre mulheres trabalhadoras do sexo de 12 cidades brasileiras.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 HIV/Aids: cenário mundial e local**

As questões de saúde relacionadas ao HIV/Aids configuram-se como problemas de saúde pública e destacam-se por sua magnitude e impacto na sociedade (RIBEIRO, 2014). Ao final de 2013 foi estimado pela UNAIDS que mais de 35 milhões de pessoas no mundo viviam com HIV. No entanto, o risco de contrair HIV não se distribui de maneira uniforme entre os diferentes grupos populacionais de um mesmo país (UNAIDS, 2013).

A UNAIDS publicou em 2016 um documento, fruto da Assembleia Geral das Nações Unidas, que divulgou resultados importantes a respeito do panorama global da Aids. O número de pessoas que vivem com o HIV em tratamento antirretroviral é de 17 milhões, 2 milhões a mais do que os 15 milhões até 2015. Em relação a oferta de tratamento sabe-se que o mesmo aumenta a expectativa de vida dentre os doentes, sendo constatado que desde de 2003 as mortes relacionadas a Aids, no mundo, diminuíram em 43%. A redução das mortes a partir de 2010 foi maior entre as mulheres adultas (33% de diminuição) em comparação com homens adultos (15%), devido ao maior acesso ao tratamento das mulheres em relação aos homens, 52% e 41%, respectivamente. Esta diferença retrata a tendência dos homens a retardar a busca por tratamentos de saúde, tornando-se mais vulneráveis as complicações e, conseqüentemente, os homens morrem mais que as mulheres, 58% e 42%, respectivamente, do total das mortes mundiais por Aids. No entanto, em áreas geográficas com maior prevalência do HIV, o desequilíbrio de gênero é mais evidente e pode inverter a vulnerabilidade entre homens e mulheres, a exemplo da região subsaariana da África, onde as mulheres (adolescentes, jovens e adultas), representam 56% das novas infecções pelo HIV (UNAIDS, 2016).

No Brasil os primeiros casos da Aids foram identificados em São Paulo, no início dos anos 1980. Nestes anos a transmissão da doença ocorreu, predominantemente, entre HSH (Homens que fazem Sexo com Homens), UDI (Usuários de Drogas Injetáveis) e pessoas submetidas a transfusão sanguínea ou hemoderivados. A partir da década de 1990 a epidemia da Aids aumentou

entre os heterossexuais, conseqüentemente, expandido o número de casos entre mulheres. Inicialmente, os casos concentravam-se nos grandes centros urbanos, entretanto a distribuição da doença ocorreu para todos os municípios do país entre os anos de 1990 e 2000. Neste cenário, camadas sociais desfavorecidas passaram a se infectar pelo HIV/Aids (RIBEIRO, 2014).

No Brasil, entre os anos de 2007 até junho 2016 foram notificados 136.945 casos de infecção por HIV/Aids em todo território nacional distribuídos por região da seguinte forma: sudeste (52,1%), sul (21,1%), nordeste (13,8%), centro-oeste (6,7%) e norte (6,3%). Do total de casos de Aids registrados de 1980 a junho de 2016 a maior concentração está entre os indivíduos com idade entre 25 e 39 anos para ambos os sexos, sendo os homens responsáveis por 53% dos casos e as mulheres a 47%, nesta faixa etária (BRASIL, 2016).

De uma maneira geral a quantidade dos casos entre homens e mulheres é semelhante, não havendo grande distanciamento entre os grupos. Contudo, os casos de HIV/Aids não são homogêneos entre as populações-chave.

Populações-chave são definidas considerando os comportamentos de risco e vulnerabilidades de populações específicas e suas redes, determinando a dinâmica da epidemia do HIV. Existem cinco grupos populacionais, que em quase todos os contextos, são desproporcionalmente afetados pelo HIV: HSH, pessoas privadas de liberdade, UDI, profissionais do sexo e pessoas transexuais. Os riscos desproporcionais destas populações, refletem tanto o comportamento comum entre os membros, quanto as barreiras legais e sociais específicas que aumentam ainda mais a vulnerabilidade (WHO, 2016).

Estima-se que a prevalência de HIV foi 49 vezes maior entre travestis e mulheres transexuais, 28 vezes maior entre pessoas UDI, 19 vezes maior entre gays e outros HSH e 12 vezes maior entre trabalhadores do sexo, quando comparados à população geral. Usuários de drogas injetáveis, no ano de 2014, representaram 51% e 13% das novas infecções por HIV na Europa Oriental e na Ásia Central, respectivamente. Homens gays e outros HSH representaram 30% de novas infecções pelo HIV na América Latina, 49% na Europa e América do Norte e 18% na Ásia e no Pacífico (UNAIDS 2014). Conforme constatado os casos de HIV/Aids estão concentrados em populações - chave.



Ademais, cada país possui grupos vulneráveis à infecção pelo HIV, por exemplo, trabalhadores migrantes, refugiados, caminhoneiros de longa distância, militares e mineiros. Sem abordar as necessidades das populações-chave e grupos vulneráveis, uma resposta sustentável ao HIV não é alcançada (WHO, 2016), pois tais grupos influenciam a dinâmica da epidemia e desempenham um papel fundamental na determinação da natureza e eficácia da resposta ao HIV.

Assim, estudos e pesquisas têm sido direcionados a estas populações, visando compreender comportamentos, atitudes e práticas de risco para o enfrentamento, combate e controle da disseminação dos casos de HIV/Aids.

## **2.2 Mulheres trabalhadoras do sexo**

Para melhor compreender o trabalho sexual no contexto brasileiro é importante distinguir os sistemas legais de prostituição, que são classificados em abolicionista, proibicionista e regulamentar.

Nos países proibicionistas a ilegalidade é atribuída a todos os envolvidos com trabalho sexual, ou seja, mulheres trabalhadoras do sexo, clientes e donos de casa de prostituição, podem ser punidos. Noutra senda, no sistema regulamentar o trabalho sexual é legalizado (regulamentado por lei), estando explícito os direitos e deveres das prostitutas e donos de casa de prostituição. Neste sistema o estado pode controlar e fiscalizar o exercício profissional das MTS e dos espaços destinados a prostituição (SILVA, 2017).

O Brasil, por sua vez, adota o sistema abolicionista, no qual a prostituta é uma “vítima” e exerce a atividade sexual por intermédio do agenciador que recebe parte dos lucros do trabalho da mulher. A legislação abolicionista pune o dono ou gerente de casa de prostituição, conforme o arcabouço jurídico pátrio, mais especificamente no Capítulo V do Código Penal Brasileiro (BRASIL, 2009).

Assim, no Brasil, a prostituição não é crime, tanto é que em 2002 o Ministério do Trabalho acrescentou a CBO (Classificação Brasileira de Ocupações), sob o número 5198-05, estabelecendo a (o) profissional do sexo como uma ocupação, definindo funções e competências inerentes ao exercício

da profissão (BRASIL, 2017). Todavia, apesar de pertencer a CBO a profissão não está regulamentada no país.

As discussões da regulamentação da profissão ganharam destaque a partir da atuação da Gabriela Leite, uma das principais ativistas e militantes do movimento das prostitutas no Brasil, a qual defendeu a regulamentação da profissão, desmistificando a escolha da prostituição apenas por mulheres que não tiveram opção de inserção social e no mundo trabalho (LEITE, 2009). Tão forte foi a defesa da Gabriela que em 2012 foi criado um projeto de lei (PL) que regulamenta a atividade das (os) profissionais do sexo no país. O objetivo principal do PL 4211/2012:

*...não é só desmarginalizar a profissão e, com isso, permitir, aos profissionais do sexo, o acesso à saúde, ao Direito do Trabalho, à segurança pública e, principalmente, à dignidade humana. Mais que isso, a regularização da profissão do sexo constitui instrumento eficaz ao combate à exploração sexual, pois possibilitará a fiscalização em casas de prostituição e o controle do Estado sobre o serviço. (BRASIL, 2012a)*

Ademais, um dos argumentos de defesa da Lei descreve que ao se retirar as (os) profissionais do sexo do submundo é possível garantir a dignidade, combater a exploração sexual e permitir o acesso desta população vulnerável aos serviços de saúde e ações de prevenção contra o HIV/Aids (BRASIL, 2012a).

Vale destacar o interessante resultado de um estudo realizado por Shannon et al. (2015), o qual analisou os potenciais efeitos dos fatores macroestruturais, como leis e políticas, no curso da epidemia do HIV entre MTS. A pesquisa, através de um modelo determinista de transmissão, simulou as potenciais infecções evitadas a partir de transformações nestas macroestruturas. A descriminalização do trabalho sexual foi o principal fator macroestrutural, o qual poderia evitar de 33% a 46% das infecções por HIV entre MTS e seus clientes durante a década de 2014 a 2024, na Índia, Canadá e Quênia.

No Brasil estima-se que a população de MTS é de 1% da população feminina geral entre 15-49 anos, representando mais de meio milhão de mulheres (BRASIL, 2011). A população de MTS tem sido alvo de estudos internacionais devido a altas prevalências e maior vulnerabilidade de infecção por HIV/Aids e outras IST, como sífilis e hepatites B e C. Sabe-se que com o

avanço da epidemia da infecção pelo HIV, estudos de combate à transmissão das IST assumem um importante papel, uma vez que estes grupos são populações-chave para a propagação do HIV (SHAKARISHVILI et al., 2005).

Um dos estudos da pesquisa realizada por Pascom (2010), a partir de dados do RDS em 10 municípios brasileiros entre 2008 e 2009, descreveu o conhecimento e as práticas relacionadas à infecção pelo HIV, investigou a ocorrência de sinais de IST entre MTS e encontrou resultados que revelam a vulnerabilidade deste grupo. Destaca-se a não adoção de medidas preventivas de infecção do HIV, baixo conhecimento sobre formas de transmissão do HIV, quando comparadas à população geral, e irregularidades nas práticas de sexo seguro. Neste sentido, comportamentos e atitudes influenciam no risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis e pode determinar maior vulnerabilidade aos indivíduos mais expostos.

Damacena et al. (2014), investigou as diferenças nas práticas de risco de infecção pelo HIV segundo local de trabalho (“ponto de rua” e “locais fechados”) de MTS. O grupo de TS (Trabalhadoras Sexuais) de pontos de rua apresentou-se mais vulnerável às práticas de risco, a exemplo da frequência do uso do crack (12,8% em TS de pontos de rua e 5,3% em TS de locais fechados). A prevalência de HIV foi duas vezes maior entre as MTS de pontos de rua (7,2%), do que a encontrada no grupo de mulheres que trabalhavam em locais fechados (3,6%). Quanto a presença de cicatriz sorológica da sífilis, as TS de pontos de rua apresentaram um percentual de 24,2%, quase 10 pontos a mais em relação as TS de locais fechados (14,5%) e a sífilis ativa esteve presente em 2,4% da amostra. Outros achados desse estudo revelaram que o preço mais barato do programa e a concessão do não uso do preservativo, por exigência dos clientes, foram as principais variáveis associadas à prevalência de HIV.

Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo realizado em Guangdong, China, que recrutou 320 MTS através no método RDS com objetivo de avaliar os fatores de risco associados a prevalência de HIV e IST. As prevalências de sífilis, gonorreia e clamídia foram, respectivamente, 8% (4,6% - 12,2%), 9,5% (5,6% - 14,3%) e 3,9% (1,7% - 6,2%). Quanto aos anos de escolaridade, observou-se que ao somar mais tempo de estudo, esta variável

torna-se um fator de proteção, semelhante a autopercepção de risco de HIV (LI et al., 2010).

No Brasil, uma pesquisa que investigou os fatores de risco associados à infecção pelo HIV entre 2.523 MTS de dez capitais, nos anos de 2008 e 2009, destacou uma série de variáveis correlacionadas positivamente com a infecção pelo vírus, tais como período mais longo de prostituição, preço mais baixo cobrado no programa e não uso do preservativo a pedido do cliente. A necessidade de ganhar mais pelo programa, determina o não uso do preservativo por algumas MTS, aumentando a vulnerabilidade deste grupo à infecção pelas IST e HIV/Aids. A presença de lesões sugestivas de IST no ano anterior e infecção por sífilis no passado, foram importantes preditores de infecção pelo HIV. Após a análise multivariada, variáveis como presença de lesões ou verrugas na vagina ou ânus no ano anterior, tempo de exposição à prática profissional de TS e preço cobrado pelo programa, permaneceram associadas com a infecção pelo HIV. Os achados relativos às MTS desta amostra convergem para resultados semelhantes encontrados em outros países (DAMACENA et al. 2011).

Desta forma, é importante a promoção de ações que abordem a saúde sexual e reprodutiva de MTS, conforme evidenciado por Chacham et al. (2007), quando apresenta, em seu estudo, a aceitabilidade e interesse de MTS que participaram de ações relacionadas ao planejamento familiar, uso de anticoncepcionais, diafragma, realização do autoexame das mamas, realização de preventivo ginecológico e informações sobre sinais de infecções ginecológicas, por exemplo. Neste sentido, o cuidado da saúde de MTS deve ser ampliado e integral, pois a falta de conhecimento sobre o corpo leva a adoção de práticas prejudiciais ao autocuidado e danosas à saúde destas mulheres.

Fica, então, evidente a vulnerabilidade das MTS ao adoecimento por questões relacionadas a saúde reprodutiva e sexual e a infecção por HIV/Aids/IST. Para Ayres et al. (2009), “o conceito de vulnerabilidade é vinculado à garantia da cidadania de populações politicamente fragilizadas na perspectiva dos direitos humanos”. Com o advento da Aids nos anos 90 o termo vulnerabilidade passou a compor o debate da saúde coletiva, mas propriamente no campo da epidemiologia, assumindo a construção conceitual de superação

do preconceito inspirado na identificação de grupos de risco, na culpabilização individual e na focalização nos comportamentos de risco. O mesmo autor defende que, de maneira mais ampliada, o conceito de vulnerabilidade engloba três componentes: o social, que trata dos determinantes sociais (acesso a escolaridade, a recursos materiais e a informação, por exemplo), o individual que se refere as possibilidades de promover ações e identificar o problema a ser enfrentado, e o programático relacionado aos esforços destinados à atenção, proteção e cuidado dos indivíduos, para evitar os danos e exposição ao HIV.

Assim, é importante investir em programas de prevenção, controle e tratamento de IST, bem como sensibilizar as MTS para o uso do preservativo e adoção de práticas de sexo seguro. Constata-se que as situações de vulnerabilidade das MTS são as mesmas em países com culturas distintas ao Brasil e as exposições não divergem muito, assemelhando-se os fatores de risco associados à transmissão de HIV/Aids e IST.

### **2.3 Fonte usual de cuidado de saúde**

Os problemas de saúde enfrentados pela população brasileira sofrem interferência direta dos principais determinantes da saúde, urbanização e desigualdade social, e, em particular, as iniquidades sociais e regionais influenciam no processo de adoecimento (RIBEIRO, 2014). Diante do crescimento urbano e das alterações demográficas, os problemas de saúde passaram a ser cada vez mais distintos e complexos, demandando dos serviços adequações e resolutividade. O investimento ou não em políticas públicas para enfrentamento e melhoria de tais condições determina o perfil de adoecimento e, conseqüentemente, da assistência à saúde a ser requerida pela população.

Diante das necessidades de saúde advindas das transformações sociodemográficas do país, tornou-se necessária a organização do sistema de saúde brasileiro. Este é composto por três subsetores: o público, onde os serviços são financiados e providos pelo Estado (níveis federal, estadual e municipal), o privado e o subsetor de saúde suplementar, com diferentes tipos de planos privados de saúde. De acordo com a facilidade de acesso ou a

capacidade de pagamento, as pessoas podem utilizar serviços dos três subsistemas. Vale ressaltar que o subsistema público é composto pelos serviços do SUS, organizados em três níveis de atenção: básica, secundária e terciária. A atenção básica ou APS, tem o objetivo de oferecer acesso universal, coordenar e expandir a cobertura para níveis mais complexos de cuidado e implementar ações intersetoriais de promoção de saúde e prevenção de doenças (PAIM, et al., 2011). A principal estratégia de configuração da APS é a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e, suas diretrizes operacionais definiram a unidade de saúde da família como unidade ambulatorial pública destinada a realizar assistência contínua nas especialidades básicas, por intermédio da equipe multiprofissional (AQUINO, et al., 2014).

A APS, deve ser a “espinha dorsal” da atenção à saúde e a porta de entrada no sistema, permitindo o “primeiro contato” com os serviços. A APS deve ser uma prática essencial, universal, cientificamente sólida e socialmente aceitável, configurando-se, então, como um ambiente de prática e não apenas um conjunto de serviços ofertados à comunidade (STARFIELD, 1994; OMS, 1978). Ainda, Barbara Starfield (1994), discute que existem atributos essenciais para caracterizar APS, relacionados a estrutura e ao processo (desempenho real das funções). Dificuldades ou facilidades para ter o primeiro contato com o serviço da APS refere-se ao nível de acessibilidade e a forma como a população utiliza estes serviços para resolver seus problemas de saúde. Há de se considerar que nem todos os profissionais que atuam na APS exercem funções designadas da mesma maneira, uma vez que possuem formações, aspirações e experiências diferentes. Estes elementos avaliativos necessitam ser relativizados e considerados dentro do contexto local de saúde, pois determinam o reconhecimento, ou não, do serviço de saúde como potência para resolutividade dos problemas apresentados.

Impende destacar a conceituação dos termos acesso e utilização dos serviços de saúde. Entende-se por acesso a possibilidade de entrada, de inserção nos serviços de saúde, a partir dos fatores contextuais, predisponentes e individuais. Existe uma tendência de ampliação do conceito para a dimensão dos resultados dos cuidados recebidos, compreendendo o acesso como uma via de avaliar o desempenho dos sistemas de saúde associados a oferta (TRAVASSO,

MARTINS, 2004). Já o uso dos serviços de saúde é determinado por uma necessidade percebida pelo usuário, decorrente de sua situação de saúde e seu conhecimento prévio de doença ou condição que, por sua vez, sofre influência sociodemográfica (BARATA, 2008).

Stopa et al. (2017) descreveram o acesso e a utilização dos serviços de saúde na população brasileira, segundo dados da PNS e a partir de indicadores que avaliam os serviços ofertados a população, tais como número de consultas médicas nos últimos 12 meses e número de hospitalizações nos últimos 12 meses, por exemplo. Possuir uma Fonte Usual de Cuidado (FUC), também, é considerado um indicador de acesso e utilização dos serviços de saúde, sobretudo, em países em que o sistema de saúde é hierarquizado e tem na APS a porta de entrada e referência para níveis de atenção mais especializados e de maior complexidade, como é o caso do Brasil (VIACAVA, 2010).

O uso frequente de um mesmo serviço ou de um mesmo profissional, diante de um problema de saúde, é compreendido como uma FUC. Possuir uma fonte usual de cuidado está relacionado a longitudinalidade do cuidado à saúde, prevista como prática essencial e norteadora da APS (STARFIELD, 1994). A respeito do tema longitudinalidade, um estudo de revisão de literatura referente à APS no Brasil, definiu, diante das publicações brasileiras, que o termo vínculo longitudinal é mais adequado, sendo entendido como:

*[...] relação terapêutica estabelecida entre paciente e profissionais da equipe de APS, que se traduz no reconhecimento e utilização da unidade básica de saúde como fonte regular de cuidado ao longo do tempo.*  
(CUNHA, et al., 2011)

Neste sentido, a identificação de uma fonte regular de cuidados pressupõe que a população deve reconhecer as unidades de saúde que compõem a APS como referência habitual para o atendimento da maioria das necessidades de saúde (STARFIELD, 2002). Estudo realizado com dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, com total de 60.202 participantes, revelou que 74,45% da amostra possui qualquer tipo de FUC. Quanto aos tipos de FUC, 35,5% utilizaram a APS, sendo os demais distribuídos entre atendimento de urgência e emergência, 12,6%, planos privados de saúde, 17,5%, e outros

serviços distintos aos de urgência e emergência, 61,9%. Ainda, os resultados apontaram que possuir uma fonte usual de cuidado diminuiu a procura por serviços de urgência e emergência e estava associado a melhor autopercepção de saúde (DOURADO et al., 2016). Dados semelhantes foram encontrados em pesquisa com jovens nos Estados Unidos da América do Norte (EUA), que evidenciou que possuir uma FUC estava associado a ter uma consulta médica anual, e diminui a probabilidade de jovens procurarem a emergência, quando comparados com os que não possuíam FUC (RYAN, et al., 2001; BARTMAN et al., 1997).

Destaca-se que a partir do final da década de 1990 a APS, sobretudo a ESF, assume um importante papel na atenção aos casos de HIV/Aids e IST na rede de assistência, pois a descentralização para APS visava distribuir os casos concentrados nos hospitais, Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA e Serviços de Atenção Especializada – SAE (BRASIL, 2008). Neste sentido, a investigação a respeito da FUC de grupos específicos é fundamental para conhecer as potencialidades e fragilidades dos serviços de saúde, pois ao revelar os fatores associados, ao não, ao uso de uma FUC pode-se, com mais clareza, identificar estratégias de intervenção para o combate do HIV/Adis e outras IST.



### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

A incorporação dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) na análise e compreensão dos processos de saúde - doença estabelece uma hierarquia de determinações entre os fatores de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores interferem sobre a situação de saúde de grupos e indivíduos, uma vez que não há uma relação direta de causa-efeito (BUUS, FILHO, 2007). O uso dos DSS ampliou a definição de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente ausência de doença, pois permite identificar onde e como devem ser feitas as interferências para reduzir as iniquidades de saúde, ou seja, os pontos mais sensíveis e impactados pelas intervenções (WHO, 1946; BUUS, FILHO, 2007). Estas concepções, para fins de organização dos sistemas de saúde no mundo, têm sido a base para a construção de políticas mais ampliadas, resolutivas, integrais e capazes de incluir ações de promoção e prevenção de agravos relacionados à saúde.

No Brasil os principais modelos de atenção à saúde, a saber, o modelo médico-assistencial privatista (ênfase na assistência médico-hospitalar e nos serviços terapêuticos), e o modelo assistencial sanitário campanhista (ênfase nas campanhas, programas e ações das vigilâncias sanitária e epidemiológica), coexistiram durante anos no país e, até meados da década de 80, o modelo médico-assistencial privatista foi hegemônico. Neste mesmo período, tais modelos passaram a ser repensados diante da possibilidade de outras alternativas, como o de vigilância à saúde. A nova proposta constituiu a APS como a principal porta de entrada e reorganizadora da atenção à saúde no país, seguindo as recomendações da Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS (TEIXEIRA et al, 1998; ANDRADE et al., 2006).

Nesta perspectiva os serviços da APS através das Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) passam a ser a porta de entrada preferencial para SUS, ocupando-se dos principais problemas de saúde dos brasileiros e assegurando a referência e contra referência para os demais níveis do sistema (AQUINO et al., 2014). Tais serviços são implantados

respeitando os princípios SUS, sobretudo, o da equidade, a fim de garantir o acesso às comunidades mais carentes.

Sabe-se que um dos maiores problemas e agravos enfrentados pela população brasileira, sobretudo nas populações - chave, é o HIV/aids e outras IST. Logo, não diferente de outros agravos, espera-se que a APS seja a “porta de entrada” para o diagnóstico, tratamento e encaminhamento de usuários portadores de HIV/Aids e outras IST, bem como assuma o protagonismo nas ações de prevenção e promoção do cuidado.

As necessidades de saúde individuais, bem como o contexto socioeconômico e demográfico, podem determinar a porta de entrada a ser escolhida pelos usuários do sistema de saúde brasileiro. Estudo realizado com objetivo de identificar a capacidade resolutiva dos serviços de saúde utilizados pela população em questão, apontou que os serviços de atenção primária à saúde foram a principal porta de entrada no sistema (35,7%), seguido pelos hospitais (25,4%) e clínicas/ambulatórios (24,3%). Ainda, os serviços utilizados pelos entrevistados atingiram a meta de resolutividade, sugerindo que os participantes da pesquisa sabiam para onde se dirigir para terem seus problemas de saúde solucionados (TURRINI et al., 2008).

Assim, ao experimentar a resolutividade, bem como a possibilidade de continuidade do cuidado existe uma tendência dos usuários a vincular-se ao serviço ou profissional identificado, transformando-os em uma referência para o cuidado da saúde (CUNHA, et al., 2011). A definição de um mesmo serviço de saúde ou profissional como fonte usual de cuidado diante de problemas de saúde tem sido estudada com o objetivo de compreender quais são as principais fontes de cuidado entre os brasileiros. Sobre isso os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 revelam que no Brasil, 77,8% das pessoas entrevistadas, quando precisavam de atendimento de saúde, costumavam procurar o mesmo lugar, médico ou serviço de saúde. Destas a maior parcela (47,9%) indicou a Unidade Básica de Saúde como o estabelecimento que costumava procurar quando precisava de atendimento de saúde (IBGE, 2015). Ainda, ter uma fonte usual de cuidado é mais frequente entre aqueles com maiores necessidades de saúde, que não possuem planos de saúde privado e são cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (DOURADO et al., 2016).

Diante do cenário, nota-se que alguns estudos nacionais descrevem a fonte usual de cuidado da população geral, principalmente de adultos jovens no Brasil. No entanto, pouco se sabe a respeito de populações específicas, a exemplo da Mulheres Trabalhadoras do Sexo (MTS). Há uma lacuna no conhecimento a respeito da vinculação desta população com os serviços ou profissionais de saúde. Ao compreender que populações específicas como esta demandam cuidados de saúde peculiares, uma vez que estão expostas com mais frequência aos riscos relacionados à contaminação por HIV/Aids e outras IST (DAMACENA, 2011), identificar a existência de fonte usual de cuidado entre as MTS é fundamental para traçar estratégias de intervenção para o enfrentamento dos problemas de saúde, sobretudo os relacionados ao HIV/Aids.

Outrossim, identificar a fonte usual de cuidado de saúde entre MTS colabora para retirar este grupo da invisibilidade quanto aos cuidados à saúde e utilização dos serviços, tendo em vista que tendem a ser marginalizadas pelo sistema de saúde. Ter clareza quanto a fonte de cuidado de saúde que este grupo possui, pode desvendar o caminho de acesso a esta população, bem como viabilizar a realização de ações de promoção focadas para as MTS.

Diante do exposto, este estudo investigou fatores associados a ter uma fonte usual de cuidado de saúde, e aos tipos de fonte usual de cuidado, entre mulheres trabalhadoras do sexo de 12 cidades brasileiras. Para tanto, foram construídos, de acordo com revisão de literatura e referencial teórico, os modelos conceitual e preditivo. O modelo conceitual (Figura 1) foi baseado no modelo de *Dahlgren e Whitehead*, o qual inclui os DSS dispostos em diferentes camadas, desde uma mais próxima dos determinantes individuais até uma mais distal, onde se situam os macrodeterminantes (GUNNING-SCHEPERS, 1999). Assim, ao ser mais abrangente, o modelo conceitual aborda fatores que vão além das variáveis do modelo preditivo (Figura 2), que é construído com base nos dados levantados a partir do questionário da pesquisa e das variáveis apresentadas como os possíveis fatores associados ao desfecho.

**Figura 1: MODELO CONCEITUAL DE FONTE USUAL DE CUIDADO ENTRE MULHERES TRABALHADORAS DO SEXO**

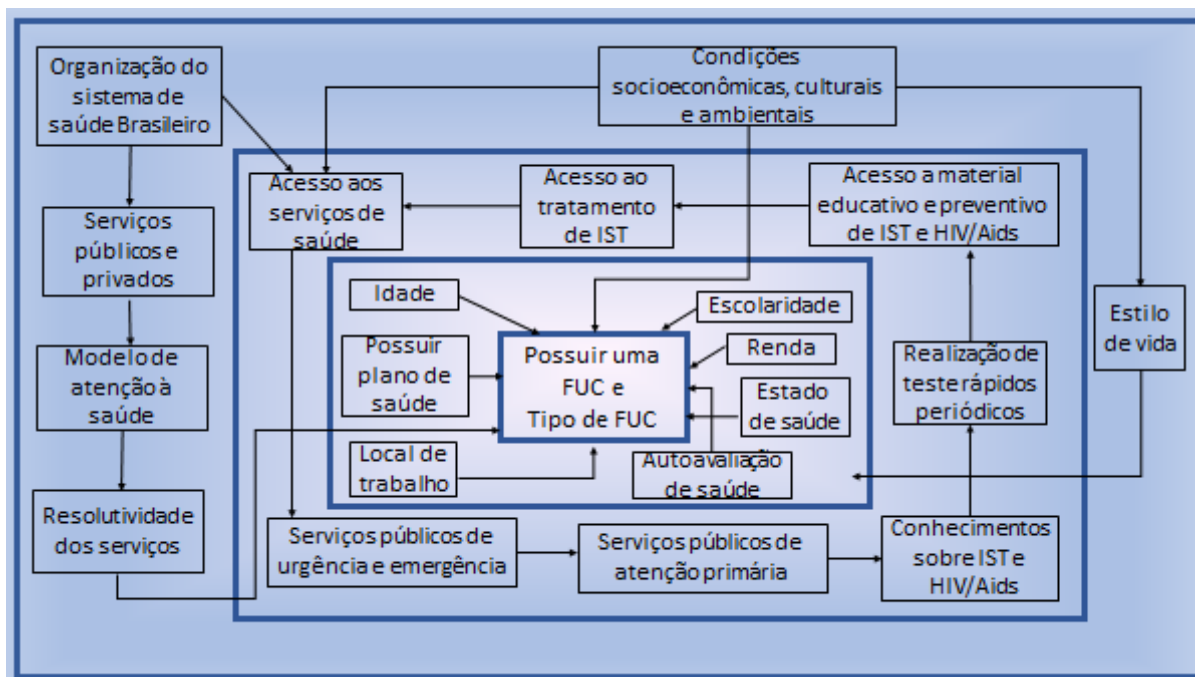
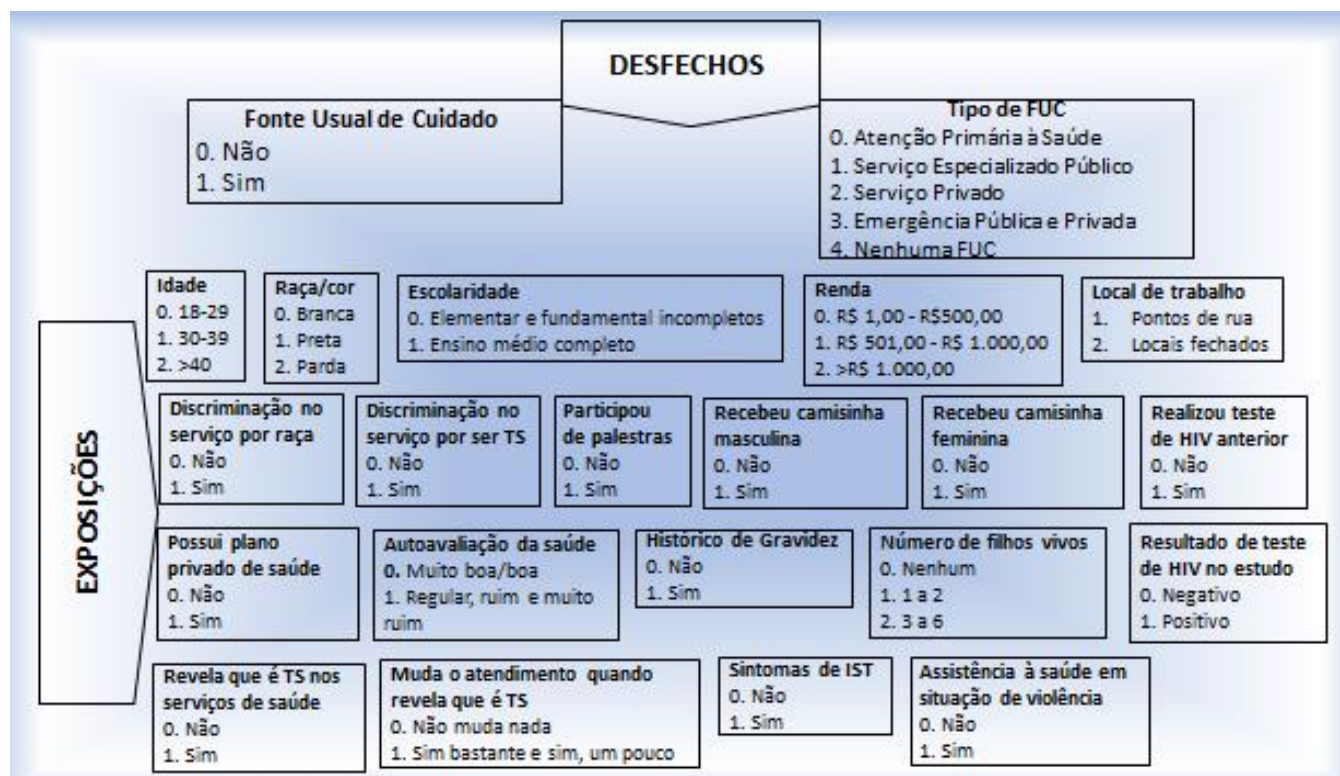


Figura 2: MODELO PREDITIVO



#### **4 PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO**

- Qual o perfil e características das MTS de 12 cidades brasileiras de acordo com a variável fonte usual de cuidado de saúde e tipos de fonte usual de cuidado de saúde?
- Quais os fatores associados a ter uma fonte usual de cuidado de saúde entre mulheres trabalhadoras do sexo de 12 cidades brasileiras?
- Quais os fatores associados a tipos de fonte usual de cuidado de saúde entre mulheres trabalhadoras do sexo de 12 cidades brasileiras?

#### **5 OBJETIVO GERAL**

Investigar fatores associados a ter uma fonte usual de cuidado de saúde, e aos tipos de fonte usual de cuidado, entre mulheres trabalhadoras do sexo de 12 cidades brasileiras.

##### **5.1 Objetivos específicos**

- Descrever o perfil e características das MTS de 12 cidades brasileiras de acordo com a variável fonte usual de cuidado de saúde;
- Descrever as principais fontes usuais de cuidado de saúde entre mulheres trabalhadoras do sexo das 12 cidades brasileiras;
- Estimar a associação entre variáveis do estudo e fonte usual de cuidado de saúde entre mulheres trabalhadoras do sexo de 12 cidades brasileiras;
- Estimar a associação entre variáveis do estudo e tipos de fonte usual de cuidado de saúde entre mulheres trabalhadoras do sexo de 12 cidades brasileiras.

#### **6 METODOLOGIA**

##### **6.1 Desenho da pesquisa**

Trata-se de um estudo de corte transversal e um recorte da pesquisa “Estudo de abrangência nacional de comportamentos, atitudes, práticas e prevalência de HIV, Sífilis e Hepatites B e C entre Mulheres profissionais do sexo”, que foi realizado em 12 capitais do Brasil: Manaus, Belém, Fortaleza,

Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba, Porto Alegre, Campo Grande e Brasília, selecionadas pelo DDAHV (Departamento de vigilância, prevenção e controle das IST, do HIV/Aids e das hepatites virais) do Ministério da Saúde a partir de critérios epidemiológicos para a epidemia de aids (FIOCRUZ, 2016a).

O Respondent Driven Sampling (RDS) é um método de amostragem em cadeia ideal para populações de difícil acesso ou populações “ocultas”. Inicialmente, são escolhidas, de forma não-aleatória, sementes que são pessoas pertencentes à população-alvo para dispararem o processo de recrutamento. Assim, uma característica essencial de uma semente é possuir uma extensa rede de conhecimento da população de estudo, afim de agregar mais participantes à pesquisa (HECKATHORN, 1997, 2002).

Para cada semente escolhida foi solicitado o recrutamento de um número fixo de participantes, neste caso 3 (três) TS por semente e cada participante convidou mais 3 (três) TS, assim sucessivamente, formando uma rede. A apresentação do convite foi obrigatória, pois cada convite tinha um código de identificação (em formato de código de barras) que estava vinculado ao número da semente, podendo ser possível desenhar a rede social e analisar os padrões de recrutamento (ANEXO A). Foram eleitas 5 a 10 sementes, por capital, perfazendo um total de 83 sementes no conjunto das 12 cidades.

**Tabela 1.** Distribuição percentual das mulheres trabalhadoras do sexo segundo cidade.

<b>Cidade</b>	<b>n*</b>	<b>%</b>	<b>No. sementes</b>	<b>%</b>
Manaus	353	8,3	5	6,0
Belém	344	8,1	7	8,4
Fortaleza	346	8,2	6	7,2
Recife	349	8,2	5	6,0
Salvador	340	8,0	10	12,0
Belo Horizonte	343	8,1	7	8,4
Rio de Janeiro	422	9,9	7	8,4
São Paulo	359	8,5	9	10,8
Curitiba	341	8,0	9	10,8
Porto Alegre	347	8,2	6	7,2
Campo Grande	347	8,2	5	6,0
Brasília	354	8,3	7	8,4
<b>Total</b>	<b>4245</b>	<b>100,0</b>	<b>83</b>	<b>100,0</b>

\*Ponderado

### 6.1.1 Processo Amostral

No RDS a coleta da amostra começa a partir de um número inicial de contatos elegidos pelos pesquisadores de maneira não aleatória, apelidadas de “sementes”. É crucial que sejam mulheres que possuam uma grande rede de conhecimento de outras MTS e características distintas para diversificar a amostra do estudo, a fim de cumprir com a representatividade. Estas são as primeiras entrevistadas, para que a partir delas inicie o processo de recrutamento. Um número limitado de recrutados para cada recrutador precisa ser definido, a fim de amenizar o viés de seleção advindo da tomada inicial não aleatória das sementes. Para o método é importante alongar a cadeia de recrutamento de maneira mais profunda possível, a fim de alcançar a população-alvo (HERCKATHORN, 2002).

Desta forma, Mota (2012) descreve que o RDS é considerado uma amostragem em cadeia de referência, conforme apresentado pelos autores abaixo:

*Considerada uma amostragem em cadeia de referência, o RDS possibilita obter informações sobre as conexões das redes que mediante a teoria das Teorias de Redes Aleatórias e da cadeia de Markov de primeira ordem, fornecem meios de calcular as probabilidades de inclusão dos elementos populacionais na amostra, gerando estimadores contingenciais assintoticamente imparciais da composição (tamanho proporcional) das características da população, bem como a precisão desses estimadores” (HECKATHORN et al., 2002; SALGANIK, HERCKATHORN, 2004; SALGANIK, 2006 apud MOTA, 2012).*

Com objetivo de potencializar o recrutamento no RDS, recrutadores e recrutados recebem incentivo (ressarcimento pelo deslocamento, tempo investido, transporte e alimentação) por participarem e adicionalmente, por cada recrutamento completado, ou seja, após cumprir com todas as etapas da entrevista (HERCKATHORN, 1997, 2002). Esta metodologia é importante para maior adesão e participação de populações de difícil acesso, a exemplo das MTS. Foram utilizados 3 cupons para cada participante deste estudo.



Autores que descrevem sobre o método apontam que para cumprir com o alcance de estimativas assintoticamente não tendenciosas, é preciso obedecer cinco condições (pressupostos) essenciais no RDS, a saber: 1. Existência de relações de reciprocidade entre respondentes e os indivíduos membros da população-alvo; 2. Cada entrevistado pode ser alcançado por qualquer outro entrevistado através das ligações de rede; 3. A amostragem é com reposição; 4. Relato preciso dos entrevistados a respeito do tamanho da rede social e 5. Aleatoriedade do recrutamento dos pares (HECKATHORN et al., 2002; SALGANIK, HERCKATHORN, 2004; SALGANIK, 2006 apud MOTA, 2012).

A pergunta no questionário que mediu o tamanho da rede de contatos de cada MTS foi: “Quantas mulheres trabalhadoras do sexo que moram na cidade que reside você conhece pessoalmente, isto é, que você as conhece e elas conhecem você? ”. Desta forma, foi possível obter os pesos utilizados na ponderação dos dados, uma vez que os pesos RDS são o inverso do tamanho da rede de contatos informada por cada entrevistada.

## **6.2 Trabalho de campo e coleta de dados**

O período de coleta de dados nas 12 capitais foi de julho a novembro de 2016. O tamanho total da amostra foi de 4.328 MTS. Em todas as cidades, as equipes de trabalho de campo foram devidamente treinadas pelas coordenadoras local e nacional da pesquisa, e eram compostas por estudantes e profissionais de saúde nas funções de entrevistadoras, aconseladoras pré e pós testagem, aplicadoras de testes rápidos e supervisora de trabalho de campo.

A pesquisa formativa (PF) ocorreu nas 12 capitais do estudo durante os meses janeiro a março de 2016, com objetivo de “*estabelecer linhas de conduta para realização do estudo comportamental e sorológico com trabalhadoras do sexo (TS)*” (FIOCRUZ, 2016b). A PF é uma etapa importante de um inquérito com RDS, pois foi fundamental para mapear a população das TS em cada local, identificar os pontos de prostituição de cada cidade, entender, a partir delas, o melhor serviço (unidade de saúde) para realização do estudo, os horários factíveis, que não interfiram no trabalho das mulheres, bem como para enunciar

as situações que poderiam facilitar ou dificultar a pesquisa. As pesquisas formativas foram desenvolvidas pelos coordenadores locais de cada cidade e, por meio de entrevistas com TS de distintos espaços, como saunas, boates, ruas e hotéis, buscou-se aproximação da realidade local das TS, bem como das sugestões a respeito da realização de todas as etapas da pesquisa. É durante a PF que a equipe de pesquisa seleciona as “sementes” do estudo para o desenvolvimento das redes.

Os dados foram coletados através de entrevistas guiadas por questionário sociocomportamental, respondido após cumprimento dos critérios de elegibilidade do estudo.

### **6.2.1 Elegibilidade**

O primeiro passo da coleta no campo consistiu na realização da averiguação dos critérios de elegibilidade. Após acolhimento, a participante era encaminhada, por ordem de chegada, a uma sala reservada que possuía computador com o sistema de identificação do convite e dos critérios de elegibilidade:  $\geq 18$  anos, ter tido pelo menos uma relação sexual por dinheiro nos últimos 4 meses, trabalhar na cidade local e ser do sexo feminino. Ressalta-se que neste momento foi esclarecido quanto a confidencialidade das informações, o anonimato de cada integrante, realizado o aconselhamento pré-teste e informado a respeito das etapas a serem concluídas por cada participante para garantir o recebimento do seu ressarcimento e das suas convidadas. Ao final deste momento, era assinado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido em duas vias, uma para participante e outra para pesquisa. A participante que não estava dentro dos critérios de elegibilidade tinha seu convite recolhido, sendo dispensada e ressarcida do valor gasto com transporte.

Uma vez elegida para estudo, a participante era encaminhada para sala de realização de teste rápido e de coleta de amostra sanguínea confirmatória de HIV/Aids, sífilis e hepatites B e C. Em seguida, enquanto ocorria a leitura dos testes rápidos, as MTS eram encaminhadas para realização da entrevista.

### 6.2.2 Realização dos testes rápidos e coleta de amostra sanguínea

Nesta etapa realizou-se punção venosa nas participantes, a fim de coletar amostra sanguínea para sorologias confirmatórias e para realização dos testes rápidos. As amostras confirmatórias eram centrifugadas e acondicionadas em *freezer* próprio da pesquisa para serem posteriormente enviadas ao laboratório central da pesquisa localizado na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - RJ. A segunda amostra destinava-se a realização dos testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites virais B e C. Diante do resultado de um teste positivo para HIV – 1/2, o segundo teste foi feito para confirmar o resultado. Assim, foram consideradas soropositivas as participantes que apresentavam dois resultados positivos para HIV. Existindo discordância entre os testes o resultado foi tratado como indeterminado sendo aconselhado a realização de investigação diagnóstica. As mulheres que possuíam resultado positivo para qualquer uma das doenças, foram encaminhadas para o próprio centro de referência em que a pesquisa aconteceu.

### 6.2.3 Inquérito sociocomportamental

Os dados foram coletados utilizando-se um questionário sociocomportamental. As entrevistas foram realizadas por entrevistadores (a) treinados (a) que utilizaram a versão eletrônica do questionário, em um *tablet*, e impressa, a depender da disponibilidade de acesso à internet. Para as duas modalidades os (a) entrevistadores (a) estavam capacitados (a) quanto aos procedimentos padrões repassados em treinamento. Esta etapa da pesquisa foi realizada em sala reservada, confortável e apropriada para a coleta de dados.

O questionário foi composto por 173 questões distribuídas em 8 (oito) blocos (A, B, C, D, E, F,G e H), com abordagens referentes a características sociodemográficas, conhecimentos sobre doenças sexualmente transmissíveis e aids, apoio social e acesso a material educativo e preventivo, testes de HIV, sífilis e hepatites b e c, estado de saúde, assistência à saúde e doenças

sexualmente transmissíveis, violência, comportamento sexual com parceiros fixos e clientes e uso de álcool e drogas (ANEXO B).

#### **6.2.4 Aconselhamento**

A etapa final consistiu no aconselhamento pós-testes rápidos, encaminhamentos necessários (conforme resultados de testagens) e ressarcimento. De maneira individual cada participante entrava na sala e tinha acesso aos resultados dos testes rápidos, sendo encaminhadas ao serviço do local de saúde quando possuíam positividade para qualquer umas das doenças. Caso alguma mulher tivesse interesse em levar o laudo dos testes, era necessário apresentar o número da carteira de identidade/RG (Registro Geral), para ser anotado no formulário a ser entregue para a participante. Informações sobre prevenção e promoção à saúde foram repassadas, afim de sensibilizar quanto aos cuidados referentes as infecções sexualmente transmissíveis.

Cumprindo com o ressarcimento previsto pela metodologia, as MTS que apresentaram um convite válido da pesquisa, receberam ressarcimento inicial de R\$30,00 com o objetivo de motivar o recrutamento de mais mulheres e cobrir os custos com deslocamento. Assim, cada participante ganhava por convidada que completasse todas as etapas da pesquisa o mesmo valor referente ao ressarcimento inicial, podendo possuir no máximo 3 (três) convites. Ao concluir todos os procedimentos da pesquisa foram ofertados lanche, kit de beleza (*nécessaire*, contendo espelho, esmalte, batom, preservativos masculino e feminino, gel lubrificante) e, caso desejasse, o laudo dos resultados dos testes rápidos realizados.

#### **6.3 Variáveis do estudo**

A seleção das variáveis independentes para o estudo deu-se a partir da revisão de todo o questionário da pesquisa, a fim de elencar um grupo de fatores que, de acordo com revisão de literatura sobre o tema, pudessem se relacionar

com os desfechos. Assim, foram escolhidas e organizadas as variáveis da seguinte forma:

- Variáveis sociodemográficas: idade (18-29, 30-39 e  $\geq 40$ ), raça/cor da pele (branca, preta e parda), escolaridade (elementar e fundamental incompletos e ensino médio completo), renda (R\$1,00-500, R\$501-1.000 e  $>R\$1.000$ ), local principal de trabalho (locais fechados e pontos de rua), discriminação no serviço de saúde por conta da cor da pele (não, sim) e discriminação no serviço de saúde por ser TS (não, sim).

- Variáveis de prevenção de HIV/Aids e outras IST: participou de palestras sobre IST nos últimos 6 meses (não, sim), recebeu camisinha masculina nos últimos 6 meses (não, sim), recebeu camisinha feminina nos últimos 6 meses (não, sim) e realizou teste de HIV antes do estudo (não, sim).

- Variáveis de estado de saúde e serviços de saúde: estado de saúde e serviços de saúde: possuía plano privado de saúde (não, sim); auto avaliação de saúde (regular, ruim e muito ruim, muito boa e boa), histórico de gravidez (não, sim), número de filhos vivos (nenhum, 1-2 e 3-6 ou mais), resultado teste de HIV no estudo (negativo, positivo), revela que é TS nos serviços de saúde (não, sim), muda o atendimento do serviços de saúde quando revela que é TS (não, sim), sinais de IST (não, sim) e se precisou de assistência à saúde em situação de violência (não, sim).

As variáveis independentes foram categorizadas respeitando os conceitos teóricos que respaldam a caracterização de populações em estudos epidemiológicos, bem como a possibilidade de comparabilidade com outras pesquisas já publicadas sobre o tema. Também, foi considerada a distribuição das frequências entre as categorias de cada variável. Neste sentido, vale destacar as variáveis de raça/cor da pele e escolaridade, para as quais foi necessário atribuir valores inexistentes para as seguintes categorias: amarela, indígena e ensino superior completo. As frequências destas categorias apresentaram baixos percentuais na amostra e, por isso, poderiam dificultar a análise dos dados. Todas as categorias NR (nenhuma resposta) das variáveis

foram consideradas como dados ausentes (*missing*) no processo de novas categorizações.

A categorização da variável “principal local de trabalho” foi realizada compreendendo a importância de se destacar os locais de trabalho fechados pontos de rua, uma vez que neste último encontram-se MTS mais vulneráveis socialmente. Assim, para análise bivariada e multivariada, a recategorização agregou as opções boates/privês/termas, hotéis/motéis e casas de prostituição como locais de trabalho fechados, e os pontos de rua como uma outra categoria.

As variáveis de desfecho do estudo foram fonte usual de cuidado (sim ou não) e tipo de fonte usual de cuidado. Esta última foi criada considerando o total de mulheres que responderam que não possuíam uma fonte usual de cuidado e a pergunta: “Que local você costuma procurar quando precisa de atendimento de saúde?”. E organizamos as respostas em 5 categorias: “Atenção Primária à Saúde” (posto de saúde ou unidade de saúde da família); “Serviços Especializados Públicos” (SAE, centro de especialidades, policlínicas e ambulatório de hospital público); “Serviços Privados” (consultório particular e médico ou profissional de saúde do local que trabalha como TS); “Emergência Pública e Privada” (UPA ou outra unidade de pronto-atendimento e pronto-atendimento ou emergência de hospital privado) e “Nenhum” (não possuía uma FUC e referiu Farmácia como fonte usual de cuidado).

#### **6.4 Plano de análise**

Para investigar os fatores associados a FUC e tipos de FUC entre as MTS das 12 cidades brasileiras, realizou-se análise descritiva-exploratória dos dados, bivariada e multivariada entre os potenciais fatores de associação e os desfechos. Considerou-se o valor de  $p \leq 0,20$  para seleção de variáveis para análise multivariada com regressão logística. Foi utilizada regressão logística multinominal para análise dos potenciais fatores associados aos tipos de fonte usual de cuidado.

A análise dos dados considerou a dependência entre as observações resultantes das cadeias de recrutamento, das probabilidades de seleções

desiguais e dos diferentes tamanhos da rede de cada participante (SZWARCOWALD et al., 2011). Como já mencionado, utilizou-se a seguinte questão para mensurar o tamanho da rede de contatos de cada participante: “Quantas trabalhadoras do sexo que trabalham aqui na cidade você conhece pessoalmente, isto é, que você as conhece e elas conhecem você? ”. As 12 cidades constituíram os estratos. Em cada estrato, a ponderação foi inversamente proporcional ao tamanho da rede, totalizando o tamanho do estrato. E esse peso foi calculado pelo estimador RDS-II (SALGANICK, HECKATHORN, 2004). Além disso, para considerar a dependência das observações, as convidadas da recrutadora foram consideradas como constituindo um conglomerado (SZWARCOWALD et al., 2018). Utilizou-se a rotina de amostras complexas (*survey*) do programa STATA versão 12.0 para a análise dos dados. Essa rotina permite incorporar as ponderações necessários para a análise dos dados.

Importante destacar que a variável resultado de teste de HIV no estudo, não foi incluída nas análises bivariada e multivariada do desfecho tipos de FUC, pois a distribuição dos valores nas categorias analíticas foi muito pequena, uma vez que o número de resultados positivos foi pequeno.

## **6.5 Questões éticas**

O presente estudo respeita as exigências éticas conforme estabelecido pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 2012b). O projeto Corrente da Saúde II, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz sob nº 1.338.989 (ANEXO C). Dentre as exigências respeitadas está a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (ANEXO D) por cada participante da pesquisa. O TCLE foi formatado com descrição sucinta contendo os objetivos da pesquisa, riscos e benefícios do estudo e o direito de desistir de participar de alguma etapa da pesquisa incluindo a livre escolha de não responder a qualquer uma das perguntas do questionário ou não realizar os testes rápidos. Vale destacar o caráter voluntário da pesquisa, mesmo diante dos incentivos previstos

na técnica amostral RDS, os quais possuem caráter de ressarcimento financeiro referente aos gastos com transporte e dispêndio de tempo de cada participante.

A utilização de ressarcimentos financeiros em pesquisas de RDS é polêmica, uma vez que se discute o caráter voluntário da participação. Durante as pesquisas formativas, que antecedem qualquer RDS, questiona-se ao público –alvo a opinião em relação aos incentivos a serem entregues. A pesquisa formativa deste estudo apontou que a proposta de incentivo financeiro era importante para maior adesão das participantes e, de fato, ressarcir os gastos com deslocamento (FIOCRUZ, 2016b). A opinião de participantes de outro estudo de RDS com HSH (Homens que fazem Sexo com Homens) foi que o ressarcimento financeiro era mais atrativo do que a possibilidade de oferta de ticket-refeição, pois o voluntário teria que se deslocar em dois momentos para o local da pesquisa, o primeiro para participar do estudo e o segundo para levar seus participantes e/ou para receber o ressarcimento pelos recrutados que completaram as etapas da pesquisa (MOTA, 2012). No mais, por se tratar de pesquisas com populações de difícil acesso a utilização de ressarcimentos é uma estratégia de recrutamento de maiores quantidades de pessoas, buscando a representatividade das amostras (HECKARTON, 1997).

Os procedimentos para coleta de dados ocorreram em locais reservados, foi garantido a privacidade, confidencialidade e anonimato, uma vez que cada participante foi identificada por código específico contido em cada convite, utilizado para identificar os dados da entrevista, resultados dos testes rápidos e sorológicos.

Destaca-se o respeito e compromisso ético adotado pelas pesquisadoras de campo diante dos resultados positivos, para os quais foi garantido encaminhamento destas mulheres para o serviço de saúde, bem como a sensibilização sobre os riscos da presente doença, sendo este um benefício da pesquisa para as participantes envolvidas. Os encaminhamentos foram feitos à assistente social do serviço, a qual realizava, imediatamente, o acolhimento às MTS positivas, a fim de viabilizar a marcação de exames complementares e atendimentos necessários. Outro benefício relevante foi o acesso a realização de teste rápido, mesmo sendo este um procedimento comum nos serviços de atenção primária à saúde, muitas participantes relatavam ter dificuldade de



realizar os testes. Também, conhecer o centro de referência para tratamento de HIV/Aids e outras IST, bem como ter acesso a informações de promoção à saúde são benefícios relevantes ao se tratar de um público socialmente marginalizado.

Em geral a pesquisa contou com mais benefícios que riscos, no entanto nenhum estudo está isento de potenciais riscos. Para o estudo em questão destacam-se os possíveis desconfortos durante a etapa da entrevista e da realização dos testes rápidos. As temáticas abordadas durante o inquérito poderiam causar constrangimento ou tristeza ao se reportarem a situações difíceis outrora vivenciadas pelas participantes, sobretudo, relacionadas às situações de discriminação, violência física e sexual e uso de drogas ilícitas.

A utilização dos dados para análise e produção de resultados foi regida pela mesma ética de pesquisa com seres humanos e foram garantidos a confidencialidade, anonimato e legitimidade das informações.

## 7 RESULTADOS

### 7.1 Artigo

**Título:** Fatores associados a fonte usual de cuidado entre mulheres trabalhadoras do sexo no Brasil

Talita Castro Garcia Matteoni<sup>1</sup>, Laio Magno<sup>2</sup>, Carla Gianna Luppi<sup>3</sup>, Celia Landmann Szwarcwald<sup>4</sup>, Inês Dourado<sup>1</sup> e Grupo Brasileiro de Estudos de Mulheres Profissionais do Sexo<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil

<sup>2</sup> Departamento de Ciências da Vida, Universidade do Estado da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil

<sup>3</sup> Departamento de Medicina Preventiva/Universidade Federal de São Paulo e Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS do Estado de São Paulo

<sup>4</sup> Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/ Fundação Oswaldo Cruz

Autor de correspondência:

Talita Garcia Matteoni  
Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia.  
Av. Basílio da Gama, s.n. Campos Universitário do Canela,  
Salvador, Bahia, Brasil. CEP: 40.110-040  
Fone: +5571-3283-7455; Fax: +55713283-7460  
Email: [talygarcia@yahoo.com.br](mailto:talygarcia@yahoo.com.br)

## Resumo

**Introdução:** O uso frequente e contínuo de um mesmo serviço ou de um mesmo profissional, para cuidar da saúde é compreendido como ter uma fonte usual de cuidados (FUC). A investigação da existência de uma FUC para grupos específicos como mulheres trabalhadoras do sexo (MTS) é fundamental para conhecer as barreiras de acesso aos serviços de saúde para uma população com vários níveis de vulnerabilidade principalmente às infecções sexualmente transmissíveis. **Objetivo:** analisar fatores associados a ter uma FUC, e aos tipos de FUC entre MTS de 12 cidades brasileiras. **Metodologia:** inquérito sociocomportamental entre MTS com 18 anos ou mais, com histórico de trabalho sexual em uma das 12 cidades do estudo, recrutadas via *Respondent Driven Sampling* (RDS) ou amostragem dirigida pelo participante, entre julho e novembro de 2016. Análises descritiva e multivariada foram ponderadas pelo inverso do tamanho da rede de contato social das participantes (pesos). Regressão logística foi usada na estimativa dos odds ratios ajustados para fatores associados ao HIV. **Resultados:** Entre 4245 MTS, 71,5% referiram ter uma FUC. Destas, 54,3% referiram a atenção primária a saúde (APS) como principal FUC. As maiores prevalências de FUC foram entre MTS com idade  $\geq 40$  anos (79,5%), que participaram de palestras sobre infecções sexualmente transmissíveis-IST (77,7%), receberam camisinha masculina (72,5%), receberam camisinha feminina (75,5%), realizaram teste de HIV antes do estudo (73,1%), autoavaliaram sua saúde como boa e muito boa (74,7%), com maior número de filhos vivos (75,0%), e revelaram ser trabalhadoras do sexo nos serviços de saúde (74,1%). Na análise multivariada, estimou-se associação entre as variáveis idade  $\geq 40$  anos, participação em palestras sobre IST, autoavaliação de saúde como boa e muito boa, sinais de IST e FUC. Nas análises dos tipos de FUC, estimou-se associação entre idade  $\geq 40$  anos, raça/cor da pele preta e parda, participação em palestras sobre IST, autoavaliação de saúde como boa e muito boa, sinais de IST com APS; idade  $\geq 40$  anos, trabalhar em pontos de rua, realizar teste de HIV antes do estudo com serviço especializado público, renda  $>R\$1.000,00$ , ter plano privado de saúde, autoavaliação de saúde como boa e muito boa, trabalhar em pontos de rua e mudança no atendimento nos serviços de saúde quando diz que é TS com serviços privados de saúde; e idade  $\geq 40$  anos, renda  $>R\$1.000,00$ , ter plano privado de saúde com serviços de emergência pública e privada. **Conclusões:** A maioria das MTS referiu ter uma FUC, e os serviços públicos foram as principais FUC, indicando que para elas a principal via de acesso a ações de saúde é o SUS. Destaca-se que algumas ações de promoção, prevenção e tratamento de IST/HIV/aids foram mais frequentes entre MTS que possuíam uma FUC, sobretudo, a APS, apontando a importância da vinculação destas mulheres com estes serviços.

**Palavras chaves:** mulheres trabalhadoras do sexo, fonte usual de cuidado, RDS, Brasil

## Abstract

**Background:** Using the same medical care system and having an usual assistance of a health professional is defined as Usual Source of Care (USC). It is very important to investigate the presence of this kind of assistance (USC) in the Female sex workers (FSW), because they are one of the most-at-risk population groups for HIV infection and sexually transmitted diseases. **Objective:** to analyse data containing results of having this kind of assistance (USC), and what kind of assistance has been offered to FSW in 12 Brazilian cities where USC was applied. **Methods:** to do this research it was applied a social behavior survey to 18-years-old and over women who work as FSW in one of the 12 cities selected from the study. They were recruited by Respondent Driven Sampling (RDS), or by sampling conducted by the participant, during the period from July to November 2016. Descriptive and multivariate research was weighed using the reverse participant's social network profile. Logistic regression model was used to estimate the odds ratios adjusted to HIV elements. **Results:** 71,5% of FSW said that had assistance (USC). From this prior amount, 54,3% women said that the primary health care was the one offered by USC. Women over 40 years old (79,5%) are the majority users of USC assistance, from this amount 77,7% participated in lectures given about Sexually Transmitted Disease (STD), 72,5% received condoms, 75,5% received feminine condoms, 73,1% has done HIV test, 74,7% evaluated their health as good or very good, 75,0% had children, and 74,1% admitted to be a FSW. BY the multiple analysis it was possible to conclude that women over 40 years old are the one who participate more on lectures and are also the one who evaluated their health as good or very good. When the analysis of USC was done, it was made data crossing between ages (40 years old and over), skin color, Sexual Informative lecture participants, people who evaluated their health as good and very good. Also it was analysed a group of women over 40 years old who work on the street as FSW, who had done HIV test before this study on Public Health System Care began. The other group was composed by women who earned more than R\$1.000,00 reais, had Private Health Care System and have also evaluated their health as good or very good and worked on the street as FSW. The other group was composed by 40- years-old women who earned over R\$1.000,00 reais, they had Private Social Health Care which includes emergency services. **Conclusions:** The majority of women who work as MTS said that has used the assistance offered by USC, and the public Services were the principal USC, indicating that the most used medical assistance was the one offered by Public Health System. It is important to mention that the women who had USC were the one who participates more on HIV and STD prevention actions, showing the importance of involving women in this kind of care system called USC.

**Keywords:** female sex worker, usual source of care, RDS, Brazil

## INTRODUÇÃO

Fonte Usual de Cuidado (FUC) é definido como a procura pelo mesmo serviço ou mesmo profissional de saúde diante de um problema ou necessidade de saúde (STARFIELD, 1994). Muitos estudos apontam que ter uma FUC reduz os custos com hospitalização, aumenta a cobertura de ações de prevenção e promoção da saúde, melhora o acesso oportuno aos cuidados de saúde e viabiliza a oferta de cuidados mais equitativos para indivíduos e populações (DAMIANO et al., 2006; STARFIELD et al., 2004; SMITH et al., 2005). Ter uma FUC está intrinsicamente relacionado com a longitudinalidade e continuidade do cuidado em saúde, atributo essencial para a integralidade da atenção (CUNHA, et al., 2011), e determinante para a qualidade dos cuidados prestados, tais como encaminhamentos e resolutividade frente as necessidades de saúde apresentadas pelo usuário, fatores estes, por sua vez, decisivos para a escolha de uma FUC (STARFIELD, 2008). Starfield et al. (2004) aponta que, idealmente, os estudos sobre FUC devem distinguir os serviços de atenção primária em saúde (APS) de serviços especializados ou ambulatoriais, ou seja, deve-se especificar a natureza da FUC. Para a autora não é mais aceitável que tais estudos não evidenciem que o uso da APS com FUC repercute em melhores resultados para a saúde, e baixos custos, quando comparados com serviços especializados ou de ambulatorios hospitalares.

Estudos sobre FUC têm sido realizados, sobretudo, no que se refere a qualidade do estado de saúde e a eficiência da assistência dos serviços de saúde vivenciada, por quem tem uma FUC. Pesquisa na China constatou que possuir uma FUC foi determinante para uma boa avaliação das experiências de cuidado da saúde, quando comparado com pessoas que não possuíam uma FUC (ZHICHENG et al., 2015). Nos Estados Unidos da América do Norte (EUA), estudo com adolescentes indicou que ter uma FUC estava associado a ter uma consulta médica anual, e diminui a probabilidade de jovens procurarem a emergência, quando comparados com os que não possuíam FUC (RYAN, et al., 2001; BARTMAN et al., 1997). Dados da Pesquisa Nacional de Saúde dos EUA entre crianças, revelaram que possuir uma FUC variou de 93,0% a 95,9% entre os anos de 1997 e 2013, sendo mais frequente entre crianças que utilizavam os

programas governamentais (SIMON, et al., 2015). Ainda nos EUA, outra pesquisa com adultos de 18 e 64 anos, reportou uma chance 4,6 vezes maior de realização de exame de Antígeno Prostático Específico (PSA) para homens que tinham uma FUC. E uma chance 2,5 vezes maior de realização de mamografia anual entre mulheres com FUC (BLEWETT et al., 2008).

No Brasil, estudo realizado a partir de dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) em 2013 revelou que 74,5% dos entrevistados possuíam uma FUC, estando associado a melhor autopercepção de saúde, e menor procura por serviços de urgência e emergência (DOURADO et al., 2016).

Estudos sobre fonte usual de cuidado em saúde são mais comuns entre indivíduos da população geral. No entanto não existem dados sobre FUC entre as chamadas populações - chave para a epidemia de HIV/aids, a exemplo de mulheres trabalhadoras do sexo (MTS).

A população de MTS estimada no Brasil é de 0,8% da população feminina entre 15 e 49 anos, e está distribuída em todo território nacional (BRASIL, 2011). Dados publicados demonstram que essa população apresenta necessidades de saúde específicas e importantes, além de taxas desproporcionalmente mais elevadas de HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) em comparação com o restante da população (DAMACENA et al. 2011).

As altas prevalências de HIV entre MTS em todo mundo, sublinham a necessidade de intervenções dos serviços de saúde voltadas para profissionais do sexo. Um estudo utilizando recrutamento dirigido pela participante (RDS) realizado em 10 cidades brasileiras em 2009, estimou prevalência de HIV de 4,8% (DAMACENA et al. 2011).

Os contextos sociais relacionados a ilegalidade da profissão, criminalização do trabalho sexual, discriminação, estigma, violação de direitos humanos e ausência de financiamento para programas de assistência à saúde das MTS, são determinantes importantes das infecções sexualmente transmissíveis (IST), assim como da dificuldade de acesso aos serviços de prevenção do HIV, e aos cuidados adequados de saúde (BEYRER, 2015).

Desse modo, este estudo tem como objetivo analisar fatores associados a ter uma fonte usual de cuidado de saúde, e aos tipos de fonte usual de cuidado, entre mulheres trabalhadoras do sexo de 12 cidades brasileiras.

## METODOLOGIA

Esse estudo é parte de um inquérito realizado com 4328 MTS de 12 cidades do Brasil, de julho a novembro de 2016. Esse inquérito teve como objetivo estimar a prevalência de HIV, sífilis e hepatites B e C, e monitorar práticas de risco para essas infecções. As 12 cidades foram escolhidas pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais do Ministério da Saúde (DIHAV), a partir de critérios epidemiológicos para a epidemia de HIV/Aids (FIOCRUZ, 2016). O tamanho de amostra foi definido como 350 para cada cidade e as MTS foram recrutadas pelo método RDS – *Respondent Driven Sampling* – ou amostragem dirigida pelo participante –, em que as próprias participantes recrutaram suas conhecidas (JOHNSTON, SABIN, 2010). Os critérios de elegibilidade foram: MTS com idade maior ou igual a 18 anos; reportar ter tido pelo menos uma relação sexual por dinheiro nos últimos 4 meses; trabalhar na cidade específica e apresentar um cupom válido da pesquisa. A amostra final por cada cidade pode ser vista na Figura 3.

As primeiras participantes, denominadas “sementes”, foram selecionadas pelos pesquisadores de modo a representar a heterogeneidade da população de MTS, segundo condições demográficas e socioeconômicas. Em cada cidade, 6 a 8 sementes iniciaram o recrutamento. Cada semente e depois cada participante recebeu 3 convites para convidar MTS de sua rede de contato (cadeias de recrutamento), e receberam um incentivo primário de R\$ 30,00 por cada participante recrutada que completou os procedimentos da pesquisa. Ao concluir todos os procedimentos da coleta de dados, foram ofertados lanche, um kit de beleza (bolsa, contendo espelho, esmalte, batom, preservativos masculino e feminino e gel lubrificante). A coleta de dados foi realizada em unidades públicas de saúde localizados nas respectivas cidades.

As participantes responderam entrevistas guiadas por questionário contendo variáveis sociodemográficas, e de: conhecimentos sobre IST, apoio social e acesso a material educativo e preventivo de IST, testagem para HIV, sífilis e hepatites B e C, acesso e assistência à saúde, práticas sexuais, uso de

álcool e drogas e histórico de violência e discriminação. Foram realizados testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C.

### **Indicadores**

As variáveis de desfecho do estudo foram: 1- ter uma fonte usual de cuidado a partir da pergunta sobre a utilização do mesmo lugar, mesmo médico ou mesmo serviço diante de uma necessidade de saúde. E 2- tipo de fonte usual de cuidado organizada em 5 categorias: 2.1 Atenção Primária à Saúde (posto de saúde ou unidade de saúde da família); 2.2 Serviços Especializados Públicos (Serviço de Atenção Especializada, centro de especialidades, policlínicas e ambulatório de hospital público); 2.3 Serviços Privados (consultório particular e médico ou profissional de saúde do local que trabalha como MTS); 2.4 Emergência Pública e Privada (UPA ou outra unidade de pronto-atendimento ou emergência de hospital privado) e 2.5 Nenhum (não possui uma FUC ou referiu farmácia como FUC).

Outras importantes variáveis para a análise de FUC foram selecionadas a partir da revisão de literatura sobre o tema: a) sociodemográficas: idade (18-29, 30-39 e  $\geq 40$ ), raça/cor da pele (branca, preta e parda), escolaridade (elementar e fundamental incompletos e ensino médio completo), renda (R\$1,00-500, R\$501-1.000 e  $>R\$1.000$ ), principal local de trabalho (locais fechados e pontos de rua), discriminação no serviço de saúde por conta da cor da pele (não, sim) e discriminação no serviço de saúde por ser trabalhadora do sexo -TS (não, sim); b) prevenção de IST/HIV/aids: participação em palestras sobre IST nos últimos 6 meses (não, sim), recebeu camisinha masculina nos últimos 6 meses (não, sim), recebeu camisinha feminina nos últimos 6 meses (não, sim), realizou teste de HIV antes do estudo (não, sim); c) estado de saúde e serviços de saúde: possuía plano privado de saúde (não, sim); autoavaliação de saúde (regular, ruim e muito ruim, muito boa e boa), histórico de gravidez (não, sim), número de filhos vivos (nenhum, 1-2 e 3-6 ou mais), resultado teste de HIV no estudo (negativo, positivo), revela que é TS nos serviços de saúde (não, sim), mudança no atendimento nos serviços de saúde quando revela que é TS (não, sim), sinais (bolhas, feridas e verrugas) de IST nos últimos 12 meses (não, sim), e procurou assistência à saúde em situação de violência (não, sim). Destaca-se que a



variável resultado de teste de HIV no estudo, não foi incluída na análise bivariada do desfecho tipos de FUC por conta dos pequenos números nas estratificações.

A análise dos dados levou em consideração o desenho complexo de amostragem do recrutamento por RDS, ou seja, a dependência entre as observações resultantes das cadeias de recrutamento, as probabilidades de seleções desiguais e os diferentes tamanhos da rede de contatos de cada participante (SZWARCOWALD et al., 2011). A pergunta no questionário que mediu o tamanho da rede de contatos de cada MTS foi: “Quantas trabalhadoras do sexo que trabalham aqui na cidade você conhece pessoalmente, isto é, que você as conhece e elas conhecem você? ”. Cada uma das 12 cidades foi considerada como um estrato. O peso RDS foi calculado pelo estimador RDS-II (SALGANICK, HECKATHORN, 2004), e em cada estrato, a ponderação foi inversamente proporcional ao tamanho da rede de contatos de cada MTS, totalizando o tamanho do estrato. Além disso, para considerar a dependência das observações, as convidadas da recrutadora foram consideradas como constituindo um conglomerado (SZWARCOWALD et al., 2018).

Realizou-se análise descritiva e bivariada entre os desfechos e os potenciais fatores de associação. Considerou-se o valor de  $p \leq 0,20$  na análise bivariada para a seleção de variáveis para a análise multivariada com regressão logística. Foi utilizada regressão logística multinomial para análise de fatores associados aos tipos de fonte usual de cuidado. Utilizou-se a rotina de amostras complexas do programa STATA para a análise dos dados.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de ética da Fundação Oswaldo Cruz sob nº 1.338.989.

## **RESULTADOS**

Foram incluídas na análise dos dados 4245 MTS, pois as 83 sementes foram excluídas como recomendado em estudos de RDS (SALGANICK; HECKATHORN, 2004). Na sua maioria, as MTS recrutadas eram: jovens entre 18-29 anos (49,70%); de raça/cor da pele autodeclarada como parda (52,32%); escolaridade entre nível elementar completo e fundamental incompleto (32,92%); e ao juntarmos as categorias dos níveis de escolaridade, mais da

metade (73,79%) se classificou no nível inferior ao ensino médio completo; mais da metade (56,19%) declarou ter renda mensal até R\$1.000,00. Quanto ao principal local de trabalho, os pontos de rua foram os mais reportados pelas MTS (46,62%). Em relação a discriminação, 10,35% e 21,33% referiram essa experiência nos serviços de saúde por conta da raça/cor da pele e por ser TS, respectivamente. Em relação as variáveis de prevenção de IST, a participação em palestras foi referida por apenas 24,37% das participantes e o recebimento de preservativo masculino e feminino de graça foi 81,88% e 33,53% respectivamente. Já em relação a realização de teste de HIV antes do estudo, 77,46% das MTS fizeram o teste alguma vez na vida. Quanto as variáveis relativas ao estado de saúde e de acesso a serviços de saúde, apenas 7,81% delas referiram possuir plano privado de saúde, 52,70% e 29,90% autoavaliaram sua saúde como boa e regular, respectivamente; 79,47% referiram histórico de gravidez, e 97,38% tinham um ou mais filhos vivos. Em relação ao local de realização do último teste de HIV, 73,88% realizaram em serviços públicos de saúde (Centro de Testagem de HIV/aids ou Centro de Orientação e Aconselhamento: 14,15%, e outros serviços públicos de saúde: 59,73%). A prevalência de HIV no estudo foi estimada em 5,40%. Apenas um quarto delas (24,26%) revelaram que eram TS para profissionais dos serviços de saúde, e entre essas, 20,78% referiu que o atendimento mudou bastante. Sinais de IST foram referidos por 10,29% das MTS. Do total de MTS (878) que relataram ter sofrido uma situação de violência, 22,64% procuraram algum tipo de assistência à saúde (Tabela 2).

Ter uma fonte usual de cuidado foi referido por 71,48% das MTS. E mais da metade (54,31%) referiu a APS como o tipo de FUC (Tabela 3). Observou-se que a medida que a idade aumenta a prevalência de ter uma FUC também aumenta, chegando a 79,59% nas MTS com 40 anos ou mais. Estas têm 87% mais chance de terem uma FUC, quando comparadas com MTS mais jovens (OR: 1,87; IC95%: 1,47-2,38). A prevalência de FUC foi maior em MTS: de cor parda (72,81%); de escolaridade entre elementar e fundamental incompletos (71,93%); que trabalham em pontos de rua (72,07%); que não foram discriminadas nos serviços de saúde por conta da raça/cor da pele (71,82%), e por ser TS (72,07%), embora estes resultados não sejam estatisticamente

significantes. MTS que ganhavam entre R\$501,00 e R\$1.000,00, quando comparadas as que ganhavam menos, tiveram 30% mais chance de ter uma FUC (OR: 1,30; IC: 1,02-1,67). MTS que participaram de palestras sobre IST tiveram 54% mais chance de terem uma FUC, quando comparadas com MTS que não participaram destas atividades (OR: 1,54; IC: 1,24-1,91). A FUC também foi mais prevalente entre MTS que receberam camisinha masculina (72,55% com OR: 1,30; IC: 1,03-1,62), receberam camisinha feminina (75,58% com OR: 1,34; IC: 1,10-1,64), e realizaram teste de HIV antes do estudo (73,13% com OR: 1,43; IC: 1,16-1,76) quando comparadas com MTS nas respectivas categorias de referência. A prevalência de FUC foi maior em MTS: que possuíam histórico de gravidez (72,56%); eram HIV negativas (71,50%); não apresentaram sinais de IST nos últimos 12 meses (72,01%), e procuraram assistência à saúde em situação de violência (72,10%), embora estes resultados não sejam estatisticamente significantes. As variáveis ter plano de saúde e mudança de atendimento quando revela ser TS, apresentaram associação negativa com possuir uma FUC, ou seja, MTS que têm plano de saúde possuem 0,08 vezes menos chance de ter uma FUC, quando comparadas com as MTS que não têm plano (OR: 0,08; IC95%: 0,07-0,09), e as que referiram mudança no atendimento dos serviços de saúde quando revelaram ser TS, tiveram 0,72 vezes menos chance de possuir uma FUC quando comparadas com as MTS que referiram não mudar o atendimento (OR:0,72; IC:0,55-0,94). MTS que autoavaliaram sua saúde como boa e muito boa tiveram 58% mais chance de ter uma FUC quando comparadas as que autoavaliaram como regular, ruim e muito ruim (OR:1,58; IC:1,32-1,89). Outra associação positiva foi entre possuírem mais filhos vivos e FUC com uma dose resposta: nenhum filho (59,23%), 1 a 2 (72,06%) e 3 a 6 ou mais (75,03%). Logo, MTS que possuíam de 3 a 6 filhos vivos tiveram 2,06 vezes mais chance de referir uma FUC quando comparadas às MTS que não possuíam filhos. Por fim, as mulheres que revelaram que eram TS nos atendimentos nos serviços de saúde tiveram 22% mais chance de ter uma FUC quando comparadas com as MTS que não revelaram (OR:1,22; IC:1,01-1,47) (Tabela 4).

As variáveis associadas positivamente com o registro das MTS a ter APS como FUC em comparação com nenhum tipo de FUC foram: idade maior igual que 40 anos, raça/cor da pele parda, ter participado de palestras sobre IST, ter

recebido camisinha masculina, ter recebido camisinha feminina, ter realizado teste de HIV antes do estudo, autoavaliação de saúde muito boa e boa, ter histórico de gravidez, ter entre 3-6 ou mais filhos vivos, e revelar que eram TS nos serviços de saúde. Já as variáveis associadas negativamente com APS em comparação com nenhum tipo de FUC foram: nível de escolaridade - ensino médio completo, ter sofrido mudança de atendimento nos serviços ao revelarem que eram TS, e referência a sinais de IST. As MTS de idade maior igual que 40 anos, que trabalhavam em pontos de rua, participaram de palestras sobre IST, receberam camisinha masculina e camisinha feminina, realizaram teste de HIV antes do estudo, e com histórico de gravidez referiram mais o serviço especializado público como FUC em comparação com aquelas que não possuíam nenhum tipo de FUC. As variáveis associadas positivamente com ter serviços privados como FUC em comparação com nenhum tipo de FUC foram: nível de escolaridade - ensino médio completo, renda entre R\$501,00 e R\$1.000,00, renda maior que R\$1.000,00, ter participado de palestras sobre IST, possuir plano privado de saúde e autoavaliação de saúde muito boa e boa. Quanto as variáveis associadas negativamente com ter serviço privado em comparação com nenhum tipo de FUC foram: trabalhar em pontos de rua e ter histórico de gravidez. MTS de idade maior ou igual que 40 anos, de renda maior que R\$1.000,00, que participaram de palestras sobre IST, receberam camisinha feminina, realizaram teste de HIV antes do estudo, e possuíam plano privado de saúde referiram mais a emergência pública e privada como FUC em comparação com aquelas que não possuíam nenhum tipo de FUC (Tabela 5).

Na análise multivariada, estimou-se associação positiva entre as variáveis idade maior ou igual a 40 anos (OR:1,87; IC: 1,29-2,71), participação em palestras sobre IST (OR: 1,51; IC: 1,09-2,09), autoavaliação de saúde como boa e muito boa (OR: 1,65; IC: 1,23-2,12). Sinais de IST associou-se negativamente a FUC (OR: 0,42; IC: 0,42-0,93) (Tabela 6).

Nas análises dos tipos de FUC, estimou-se associação positiva entre seguintes variáveis: idade maior igual que 40 anos (OR: 1,59; IC: 1,09-2,32), raça/cor da pele preta (OR: 1,54; IC: 1,02-2,33), raça/cor da pele parda (OR: 2,04; IC: 1,41-2,94), ter participado de palestras sobre IST (OR: 1,60; IC: 1,15-2,22), e autoavaliação de saúde como boa e muito boa (OR: 1,68; IC: 1,23-2,28)

com a APS em comparação nenhum tipo de FUC. Nesta mesma comparação, a única variável que se associou negativamente à APS foi sinais de IST (OR: 0,51; IC: 0,32-0,79). As variáveis idade maior igual que 40 anos (OR: 2,93; IC: 1,39-6,16), trabalhar em pontos de rua (OR: 1,96; IC: 1,13-3,42), e realizar teste de HIV antes do estudo (OR: 3,71; IC: 1,17-11,78), mantiveram-se associadas positivamente com serviço especializado público em comparação a nenhum tipo de FUC. Quanto a comparação entre serviço privado com nenhum tipo de FUC, as variáveis associadas positivamente foram: renda maior que R\$1.000,00 (OR: 7,27; IC: 2,65-19,57), possuíam plano privado de saúde (OR: 10,60; IC: 4,72-23,80), e autoavaliação de saúde como boa e muito boa (OR: 3,22; IC: 1,50-6,93). Nesta mesma comparação as variáveis trabalhar em pontos de rua (OR: 0,38; IC: 0,15-0,73), e mudança no atendimento nos serviços de saúde quando diz que é TS (OR: 0,44; IC:0,22-0,87) tiveram associação negativa. Por fim, na comparação de emergência pública e privada com nenhum tipo de FUC, evidenciou-se as seguintes associações positivas: idade maior igual que 40 anos (OR: 3,59; IC: 1,86-6,90), renda maior que R\$1.000,00 (OR: 2,24; IC: 1,18-4,28) e possuir plano privado de saúde (OR: 2,56; IC: 1,09-5,99) (Tabela 7).

## **DISCUSSÃO**

Este estudo demonstra altas taxas de ter uma fonte usual de cuidado entre um grupo vulnerável da população brasileira como as MTS. A maioria delas não usam serviços de emergência/urgência como FUC, mas sim a APS. E uma pequena proporção utiliza serviços especializados ou privados como FUC. Esses dados demonstram a importância do modelo de atenção à saúde baseado na APS existente no Brasil (PINTO, et al., 2014).

Está bem documentado que a utilização de serviços de saúde depende das necessidades individuais determinadas pelas características demográficas e sociais, além do estado de saúde, e da acessibilidade, aceitabilidade e adequação dos serviços, conforme determinado pelos sistemas de saúde, financiamento e prestação de serviços de saúde (MACINKO, et al., 2012). Ter uma FUC e diferentes tipos de FUC foi mais prevalente em alguns subgrupos de

MTS, neste caso as mais velhas ( $\geq 40$  anos). E outros autores afirmam que a característica demográfica mais importante na determinação da utilização de serviços de saúde é a idade, fator relacionado ao estado de saúde e, entre aspectos sociais, estão questões de gênero, raça/cor, escolaridade, renda e classe social (MENDONZA-SASSI, 2001; BARATA, 2007). Uma pesquisa realizada a partir dos dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, entrevistou 8.676 usuários da APS, dos quais 6.643 (75,8%) eram mulheres, destas 57% com idade igual ou maior que 40 anos e 59,8% com ensino fundamental (escolaridade) (GUIBUI et al., 2017). Corroborando com os dados, Dourado et al. (2016), apontou que o uso da APS foi mais acentuado entre as mulheres com 44 anos ou mais.

Em relação a indicadores de desigualdades, as MTS pretas e pardas quando comparadas com as brancas, revelaram utilizar a APS como tipo de FUC. De acordo com o perfil dos usuários da APS no Brasil, Guibui et al. (2017) encontrou que pretos e pardos somaram quase 60% do total dos entrevistados. Assim como Dourado et al. (2016) destacou o uso mais acentuado da APS entre os de cor da pele parda. E as MTS que possuíam renda mensal acima de R\$1.000,00, quando comparadas com as de menor renda, utilizaram mais o serviço privado como FUC e mais a emergência pública ou privada como FUC. Embora o percentual de MTS que ganhavam mais de R\$1.000,00 é de apenas 2,9%, fica evidente a associação entre renda elevada e utilização de serviços privados de saúde. Provavelmente, as MTS com melhor renda têm melhores condições, podem pagar por serviços particulares e/ou possuem planos privados de saúde.

MTS que trabalhavam em pontos de rua, em relação as que trabalhavam em locais fechados, referiram mais o serviço especializado público como FUC. Uma possível hipótese para compreensão deste resultado é que as MTS de pontos de rua estão em condição de maior vulnerabilidade de exposição às infecções por IST/HIV/aids e, por isso, buscam mais os serviços especializados públicos com a finalidade de diagnosticar e tratar eventuais infecções. Achados semelhantes foram encontrados por Damacena et al. (2014), ao evidenciar que MTS de pontos de rua apresentaram maiores frequências de cicatriz sorológica

de sífilis e maior prevalência de HIV, e por Li et al. (2012) ao indicar que as MTS de pontos de rua tiveram maiores riscos para infecção pelo HIV. Ainda sobre esta variável, destaca-se que as MTS de pontos de rua em comparação as de locais fechados usaram menos serviço privado como FUC. Este achado, muito provavelmente, tem relação com a condição econômica das MTS de rua. Um estudo de RDS com MTS brasileiras de 2009, evidenciou que 72,8% das MTS de pontos de rua cobravam entre R\$1,00 e R\$49,00 reais pelo programa e apenas 11,5% das MTS deste grupo tinham renda mensal maior que R\$1.200,00 (DAMACENA et al., 2014).

Mulheres trabalhadoras do sexo que participaram de palestras sobre IST têm mais FUC, sendo a APS o tipo de FUC mais presente, quando comparadas com as MTS que não participaram destas atividades e não possuíam nenhuma FUC. De acordo com a PNAB (Política Nacional de Atenção Básica), faz parte do processo de trabalho das equipes da APS o “desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, na autonomia individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários” (BRASIL, 2012). Desta forma, fica evidente que tais atividades são inerentes da APS e, por isso, as MTS que participaram destas ações possuem mais chance de ter a APS como FUC. E, as que realizaram teste de HIV antes do estudo, possuíam o serviço especializado público como principal tipo de FUC, quando comparadas com as que não realizaram o teste. Os serviços especializados de referência para IST e HIV/aids possuem um papel importante no diagnóstico, controle e tratamento destas infecções (ZAMBENEDETTI et al., 2013). Destaca-se que as variáveis de ações de promoção e prevenção de IST e HIV/aids, como recebimento de camisinha masculina e feminina, mesmo não permanecendo no modelo final de regressão, apresentaram significância estatística quando analisadas com os tipos de FUC, sobretudo, a APS e os serviços especializados. Estes resultados relacionam-se com a ampliação das ações e serviços de combate ao HIV/aids que, ao final dos anos 90, passou a contar, estrategicamente, com a APS para integrar a rede de prevenção, diagnóstico e tratamento (ZAMBENEDETTI et al., 2013). No Brasil, o repasse de insumos de prevenção das IST/HIV/aids tem sido aprimorado, por meio da criação dos planos estaduais e municipais baseados em indicadores

epidemiológicos e sociais, o que demonstra um avanço do país no combate à disseminação destes agravos (BRASIL, 2011). Diferentemente, no Nepal, a distribuição gratuita de preservativos só é permitida para pessoas casadas, pois o trabalho sexual é ilegal e é culturalmente inaceitável que mulheres não casadas comprem preservativos. A existência de barreiras macroestruturais como estas, aumentam as prevalências de HIV e dificultam o desenvolvimento de ações de prevenção (GHIMIRE, et al., 2011). Ainda, estudos apontam a importância da realização de ações de prevenção como distribuição de preservativos, a exemplo de um modelo probabilístico, na África do Sul, que chegou a concluir que a distribuição em massa de preservativos levaria a uma redução de mais de 70% da incidência do HIV em profissionais do sexo e seus clientes, entre os anos de 2015 a 2025 (BEYRER et al., 2015).

Embora o percentual de MTS que possuíam plano privado de saúde era de apenas 7,81%, fica evidente a associação entre possuir plano privado de saúde e ter serviço privado e emergência pública e privada como FUC. Em relação a autoavaliação de saúde, MTS que classificaram como muito boa e boa possuíam mais FUC, sendo a APS e o serviço privado os tipos de FUC mais comuns. Corroborando com os dados, Guibui et al. (2017) ao entrevistar usuários da APS, evidenciou que 57% autoavaliaram a sua saúde como muito boa e boa.

Diante do contexto social de estigma e discriminação a respeito do trabalho sexual, muitas mulheres não revelavam que eram TS nos serviços de saúde, devido ao receio de sofrerem preconceito e discriminação. No estudo, MTS que responderam sim a mudança de atendimento nos serviços de saúde quando revelavam que eram TS, procuram menos os serviços privados como tipo de FUC, quando comparadas com nenhuma FUC. Dados semelhantes foram encontrados entre MTS que também relataram indiferença por médicos e outros profissionais de saúde ao revelar que são TS durante os atendimentos e, por isso, preferem não utilizar os serviços de saúde (GHIMIRE, et al., 2011).

MTS que apresentaram sinais de IST como bolhas, feridas e verrugas nos últimos 12 meses, em comparação com as que não apresentaram estes sinais, usaram menos a APS como FUC. Ghimire, et al., (2011) ao entrevistar MTS do NEPAL sobre questões relativas aos sinais e tratamento de IST, aponta que a falta de confiança, ausência de privacidade e de confidencialidade dos serviços



públicos, fazem as MTS procurarem as clínicas privadas, para evitar passar por constrangimentos e discriminação.

## **CONCLUSÃO**

Os resultados deste estudo têm importantes implicações para o modelo assistencial no Brasil e em outros países, especialmente aqueles que buscam a APS como norteadora dos sistemas de saúde. O estudo sugere que expandir e consolidar a atenção primária em saúde pode aumentar ainda mais o acesso a ter APS como FUC, assegurando às MTS um melhor acompanhamento, e monitoramento de suas necessidades gerais de saúde, assim como na prevenção das IST.

As MTS, como um todo, são uma das populações-chave para o enfrentamento das questões relacionadas ao HIV, logo saber quais os prováveis serviços de saúde utilizados por este grupo, bem como de uso regular ou não dos mesmos, é importante para conseguir alcançar esta população, dando maior enfoque às questões de saúde sexual, reprodutiva e de prevenção do HIV. O estudo apontou que MTS com melhor renda procuram mais o serviço privado e a emergência pública e privada, dessa maneira a APS é a principal FUC para as mais desfavorecidas economicamente e socialmente. Sendo assim, os serviços que compõem a APS são espaços potenciais para o investimento em ações voltadas à saúde da mulher trabalhadora do sexo, sobretudo, por conseguir atingir mulheres em situações de maior vulnerabilidade.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L. O. M; BARRERTO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e estratégia de saúde da família. In: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2006. p. 783-836.
- AQUINO, R.; MEDINA, M. G.; NUNES, A. C.; SOUSA, M. F. S. Estratégia Saúde da Família e Reordenamento do Sistema de Serviços de Saúde. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. A. (Org.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Ed. MedBook, p.353 – 371, 2014.
- AYRES, J.R.C.M.; FRANÇA, Jr.I.; CALAZANS, G.J.; SALETTI, FILHO H.C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZARESNIA, D., FREITAS, C.M., organizadores. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 121-143.
- BARATA, R. B. **Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida 2006**. Perspect, São Paulo, v.22, n.2, p.19-29, 2008.
- BARATA, R. B. et al. Health inequalities based on ethnicity in individuals aged 15 to 64, Brazil, 1998. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 305-313, 2007.
- BARTMAN, B. A.; MOY, E.; D'ANGELO, L. J. Access to ambulatory care for adolescents: the role of a usual source of care. **J Health Care Poor Underserved**, n. 8, p. 214–226, 1997.
- BEYRER, C.; CRAGO, A. L.; BEKKER, L.G.; BUTLER, J; SHANNON, K.; KERRIGAN, D.; DECKER, M. R.; BARAL, S.D.; POTEAT, T.; WIRTZ, A. L.; WEIR, B. W.; BARRÉ-SINOUSI, F. E.; KAZATCHKINE, M.; SIDIBÉ, M.; DEHNE, K. L.; BOILY, M. C.; STRATHDEE, S. A. A. An action agenda for HIV and sex workers. **The Lancet**, v.385, n.17, p.287–301, 2015.
- BLEWETT, L. A.; JOHNSON, P. J.; LEE, B.; SCAL, P. B. When a Usual Source of Care and Usual Provider Matter: Adult Prevention and Screening. **J Gen Intern Med**, v. 23, n. 9, p. 1354–1360, 2008.
- BRASIL. Lei nº12.015, de 07 de agosto de 2009. Institui a Lei Brasileira do Lenocínio e do tráfico de pessoa para fim de prostituição ou outra forma de exploração sexual (Código Civil Brasileiro). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 07 ago. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV-AIDS**. Ano V - nº 1. Brasília, DF, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Centros de Testagem e Aconselhamento do Brasil: desafios para a equidade e o acesso**. Brasília, DF, 2008.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Profissionais do sexo**: documento referencial para ações de prevenção das DST e da Aids. Brasília, DF, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília, DF, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira**. Brasília, DF, 2011.
- BRASIL. Ministério do Trabalho. **Classificação Brasileira de Ocupações**. Brasília, DF, 2017.
- BRASIL. Projeto Lei 4211 de 2012. Regulamenta a atividade dos profissionais do sexo. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2012a.
- BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Institui as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (Conselho Nacional de Saúde). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 12, dez. 2012b.
- BUSS, P. M.; FILHO, A. P. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p.77–93, 2007.
- CHACHAM, A. S.; INIZ, S. G.; MAIA, M. B.; GALATI, A. F.; MIRIME, L. A. Sexual and Reproductive Health Needs of Sex Workers: Two Feminist Projects in Brazil. **Reproductive Health Matters**, v.15, n.29, p.108–118, 2007.
- CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1029-1042, 2011.
- DAMACENA, G. N.; SZWARCOWALD, C. L.; SOUZA JUNIOR, P. R. B. Práticas de risco ao HIV de mulheres profissionais do sexo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 428-437, jun. 2014.
- DAMACENA, G. N.; SZWARCOWALD, C. L.; SOUZA JUNIOR, P. R. B.; DOURADO, I. Risk factors associated with HIV prevalence among Female Sex Workers in 10 Brazilian cities. **J Acquir Immune Defic Syndr**, v.57, Aug. 2011.
- DAMIANO, P.C.; MOMANY, E.T.; TYLER, M.C.; PENZINER, A. J.; LOBAS, J. G. Cost of outpatient medical care for children and youth with special health

care needs: investigating the impact of the medical home. **Pediatrics**, v.118, n.4, p.1187–1194, 2006.

DONABEDIAN, A. Aspects of medical care administration. Boston: Harvard **University Press**; 1973.

DOURADO, I.; MEDINA; M. G.; AQUINO, R. The effect of the Family Health Strategy on usual source of care in Brazil: data from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). **Internacional Jornal for Equit. in Health**, v.15, p.151, 2016.

FIOCRUZ. Projeto Corrente da Saúde II. **Estudo de abrangência nacional de comportamentos, atitudes, práticas e prevalência de HIV, Sífilis e Hepatites B e C entre Mulheres profissionais do sexo**. Rio de Janeiro, RJ, 2016a.

FIOCRUZ. Relatório Nacional Consolidado da Pesquisa Formativa. Projeto Corrente da Saúde II. **Estudo de abrangência nacional de comportamentos, atitudes, práticas e prevalência de HIV, Sífilis e Hepatites B e C entre Mulheres Profissionais do Sexo**. Rio de Janeiro, RJ, 2016b.

GHIMIRE, L.; SMITH, W. C. S.; TEIJLINGEN, E. R. Utilization of sexual health services by female sex workers in Nepal. **BMC Health Services Research**, v.11, n.79, 2011

GUIBUI, I.A.; MORAES, J. C.; JUNIOR, A.A.G.; COSTA, E.A.; ACURCIO, F.A.; COSTA, K.S.; KARNIKOWSKI, M.G.O.; SOEIRO, O.M.; LEITE, S.N.; ÁLVARES. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.51, supl. 2, p.17, 2017.

GUNNING-SCHEPERS, L. J. Models: instruments for evidence based policy. **J Epidemiology Community Health**, n. 53, p. 263, 1999.

HECKATHORN, D. D. Respondent-driven sampling: a new approach to the study of hidden populations. **Social Problems**, 1997.

HECKATHORN, D.D.; JEFFRI, J. Assessing the feasibility of Respondent-Driven Sampling: Aging in the New York City. **Research Center for Arts and Culture**, 2005.

HECKATHORN, D.D.; SEMAAN, S.; BROADHEAD, R. S.; HUGHES, J. J. Extensions of respondent - driven sampling: a new approach to the study of injection drug users aged 18-52. **AIDS Behav**, v.6, n.1, p.55-67, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa nacional de saúde, 2013**: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro, RJ, 2015. 100 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Censo Demográfico 2010: Características da população e dos domicílios. Resultados do universo.** Rio de Janeiro, RJ, 2011. 270 p.

JOHNSTON, L; SABIN, K. Sampling hard-to-reach populations with respondent driven sampling. **Methodological Innovations**, v.5, n.2, p.38-48, 2010.

LEITE, G. **Filha, mãe, avó e puta.** Rio de Janeiro: Objetiva, 2009, 196p.

LI, Y.; DETELS, R.; LIN, P.; FU, X.; DENG, Z.; LIU, Y.; TAN, Y.; LI, J.; WU, Z. Prevalence of HIV and STIs and Associated Risk Factors Among Female Sex Workers in Guangdong Province, China. **J Acquir Immune Defic Syndr**, v.53, fev. 2010.7

MACINKO, J.; LIMA, C. M. F. **Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey.** *Tropical Med Int Health*, v.17, n.1, p.36–42, 2012.

MAINOUS, A. G.; BAKER, R.; LOVE, M. M.; GRAY, D. P.; GILL, J. M. Continuity of Care and Trust in One's Physician: Evidence From Primary Care in the United States and the United Kingdom. **Fam Med**, v. 33, n. 1, p. 22-7, 2001.

MALTA, D. C.; SANTOS, M. A. S.; STOPA, S. R.; VIEIRA, J. E. B.; MELO, E. A.; REIS, A. A. C. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 327- 338, fev. 2016.

MENDONZA-SASSI, R.; BÉRIA, J.U. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. **Cuadernos Médicos Sociales**, v.81, p. 43-60, 2001.

MOTA, R. M. S. **Respondent Driven Sampling (RDS) aplicado à população de homens que fazem sexo com homens no Brasil.** 2012. 189 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

Organização Mundial da Saúde. **Cuidados de saúde primários.** Genebra: OMS, 1978.

PAIM, J.S.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet: Saúde no Brasil**, maio, p.11-33, 2011.

PASCOM, A. R. P. **Práticas associadas à infecção pelo HIV na população feminina brasileira, em particular, em mulheres trabalhadoras do sexo.**

2010. 196 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

PINHEIRO, R. S.; VIACAVA, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A.S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.4, p.687-707, 2002.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A. D.; FERLA, A. A. **O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**: várias faces de uma política inovadora. *Saúde em debate Londrina*, v. 38, n. esp, out, p. 358–372, 2014.

RIBEIRO, G. S. Problemas de Saúde da População Brasileira e seus Determinantes. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. A. (Org.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Ed. MedBook, 2014. p.97 a 119.

RYAN, S.; RILEY, A.; KANG, M.; STARFIELD, B. The effects of regular source of care and health need on medical care use among rural adolescents. **Arch Pediatr Adolesc Med**, n.155, p.184–190, 2001.

SALGANIK, M. J. Variance estimation, design effects, and sample size calculations for respondent-driven sampling. **J. Urban Health**, v.83, p.98-112, 2006.

SALGANIK, M.; HERCKATHORN, D. D. Sampling and Estimation in Hidden Populations Using Respondent – Driven Sampling. **Sociological Methodology**, v.34, n.1, p.193-239, 2004.

SHAKARISHVILI, A.; DUBOVSKAYA, L.K.; ZOHRABYAN, L.S.; LAWRENCE, J.S.S.T.; ARAL, S.O.; DUGASHEVA, L.G.; OKAN, S.A.; LEWIS, J.S.; PARKER, K.A.; RYAN, C.A. Sex work, drug use, HIV infection, and spread of sexually transmitted infections in Moscow, Russian Federation. **The Lancet**, v. 366, n.9479, p.57-60, 2005.

SHANNON, K.; STRATHDEE, S.A.; GOLDENBERG, S. M.; DUFF, P.; MWANGI, P.; RUSAKOVA, M.; REZA-PAUL, S.; LAU, J.; DEERING, K.; PICKLES, M.; BOILY, M-C. Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. **The Lancet**, p. 55–71, jan, 2015.

SILVA, M. B. **Profissionais do sexo e o Ministério do Trabalho**. Âmbito Jurídico.com.br. 2017. Disponível em: [http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=5233](http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=5233). Acesso em: 2017.

SIMON, A. E.; LAUREN, M. R.; KENNETH, C. S.; KANDYCE, L.; LYNN, M. O. Location of Usual Source of Care among Children and Adolescents in the United States, 1997-2013. **J Pediatr**, v.167, n. 6. Dec. 2015.

SMITH, P.J.; SANTOLI, J.M.; CHU, S.Y.; OCHOA, D.Q.; RODEWALD, L.E. The association between having a medical home and vaccination coverage among children eligible for the vaccines for children program. **Pediatrics**, v.116, n.1, p.130–9, 2005.

STARFIELD, B. Access, Primary Care, and the Medical Hom. **Medical Care**, v.46, n.10, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, 2002.

STARFIELD, B. Is primary care essential? **The Lancet**, v.344, n.8930, p.1129–33, 1994.

STARFIELD, B.; SHI, L. The medical home, access to care, and insurance: a review of evidence. **Pediatrics**, v.113, p.1493–8, 2004.

STOPA, S. R.; MALTA, D. C.; MONTEIRO, C. N.; SZWARCOWALD, C. L.; GOLDBAUM, M.; CESAR, C. L. G. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Rev Saude Publica**, v.51, Supl, p.1-11, 2017.

SZWARCOWALD, C. L. et al. Temporal trends of HIV-related risk behavior among Brazilian military conscripts, 1997-2002. **Clinics**, [S.l.], v. 60, n. 5, p. 367-74, 2005.

SZWARCOWALD, C. L.; SOUZA-JR, P. R. B.; DAMACENA, G. N.; BARBOSA-JR, A.; KENDALL, C. Analysis of data collected by RDS among sex workers in 10 Brazilian cities, 2009: estimation of the prevalence of HIV, variance, and design effect. **J Acquir Immune Defic Syndr**, v.57, p.129-35, 2011.

SZWARCOWALD, C.L.S.; DAMACENA, G.N.; SOUZA-JR, P. R. B.; GUIMARÃES, M.D.C.; ALMEIDA, W.S.; PATE, A.; ORLANDO, C.F.; DOURADO, I and The Brazilian FSW Group. Factors associated with HIV infection among female sex workers in Brazil. **Medicine In Press**, 2018.

TEIXEIRA, F. C.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. S. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde**. IESUS, Brasília, 1998.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20 Sup 2, p.190-198, 2004.

TURRINI, R. N. T.; LEBRAO, M. L.; CESAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 663-674, mar. 2008.

UNAIDS. **Global AIDS up date 2016**. Global Report. 2016. Disponível em: <[http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/global-AIDS-update-2016\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update-2016_en.pdf)>. Acesso em: 2016.

UNAIDS. **The gap report, 2014**. Global Report. 2014. Disponível em: <[http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/20140716\\_UNAIDS\\_gap\\_report2014](http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/20140716_UNAIDS_gap_report2014)>. Acesso em: 2017.

UNAIDS. **UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013**. Global Report. 2013. Disponível em: <[http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_Global\\_Report\\_2013\\_en\\_1.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_en_1.pdf)>. Acesso em: 2017.

VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde pelos brasileiros. **Rev Radis**, v.96, Ago., p.12-19, 2010.

World Health Organization. **Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations**. WHO: Geneva, 2016.

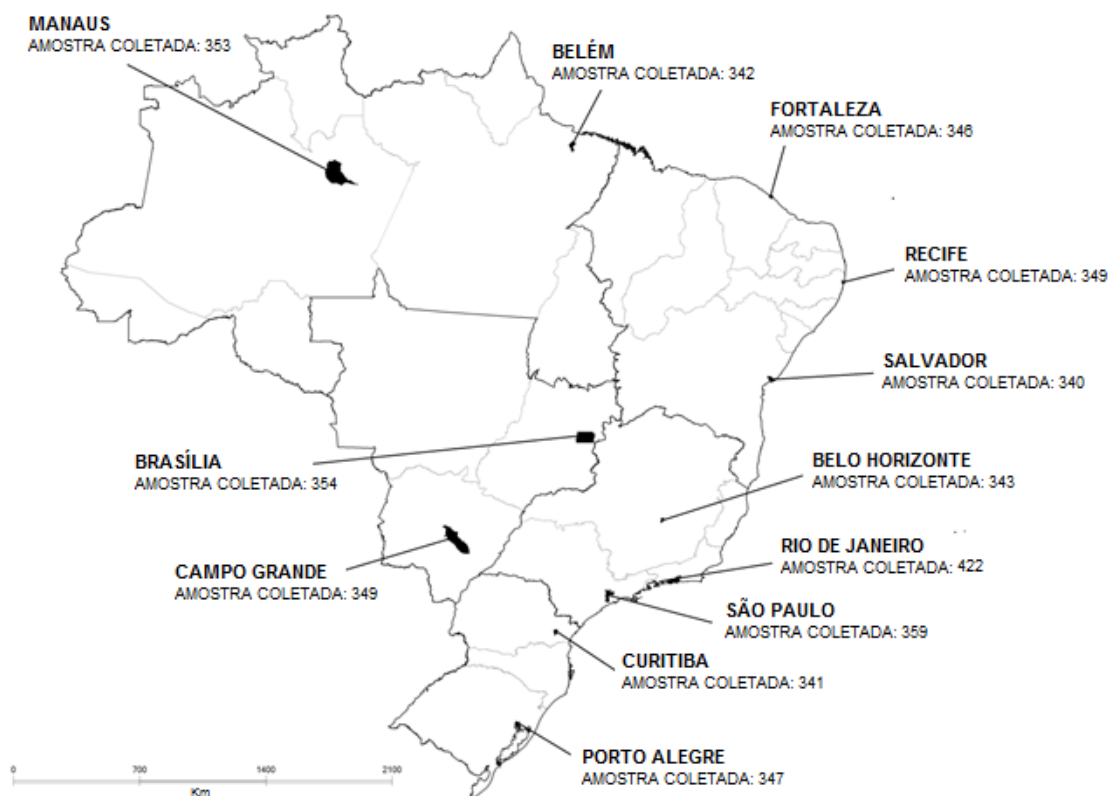
World Health Organization. **Constitution of the World Health Organization. Basic Documents**. WHO: Geneva, 1946.

ZAMBENEDETTI, G.; BOTH, N. S. “A via que facilita é a mesma que dificulta”: estigma e atenção em HIV-Aids na Estratégia Saúde da Família – ESF. **Fractal, Rev. Psicol**, v.25, n.1, p.41-58, 2013.

ZHICHENG, D.; YU, L.; CHIEN-CHOU, C.; YUANTAO, H.; RUWEI, H. Usual source of care and the quality of primary care: a survey of patients in Guangdong province, China. **International Journal for Equity in Health**, v.14, n.60, 2015.



**Figura 3:** Estados e as 12 cidades aonde o inquérito foi realizado com respectivos tamanhos de amostra. Brasil, 2016



**Tabela 2.** Características sociodemográficas, de prevenção de HIV/IST e de serviços de saúde de mulheres trabalhadoras do sexo de 12 cidades brasileiras, 2016.

Variáveis		n <sup>1</sup>	% <sup>1</sup>	IC 95%
<b>Sociodemográficas</b>				
Idade	18-29	1940	49,70	47,56–51,84
	30-39	1205	26,34	24,64–28,11
	≥40	1100	23,96	22,18–25,84
Raça/Cor da pele	Branca	933	21,70	20,10–23,40
	Preta	955	21,60	20,04–23,25
	Amarela	110	2,32	1,80–2,98
	Parda	2159	52,32	50,41–54,20
	Indígena	86	2,00	1,57–2,70
Escolaridade	Analfabeta ou menos de um ano de instrução	154	3,84	3,05–4,81
	Elementar incompleto (1 a 3 anos de instrução)	447	11,02	9,83–12,34
	Elementar completo e fundamental incompleto	1349	32,92	31,05–34,84
	Fundamental completo e ensino médio incompleto	1119	26,01	24,35–27,75
	Ensino médio completo	852	19,83	18,29–21,47
	Ensino superior incompleto	211	4,92	4,16–5,81
	Ensino superior completo ou mais	72	1,44	1,09–1,92
Renda	De R\$ 1,00 até R\$ 500,00	1015	27,38	25,49–29,35
	De R\$ 501,00 até R\$ 1.000,00	1126	28,81	26,98–30,71
	De R\$ 1.001,00 até R\$ 1.500,00	606	14,58	13,25–16,03
	De R\$ 1.501,00 até R\$ 2.000,00	519	12,32	11,09–13,66
	De R\$ 2.001,00 até R\$ 5.000,00	646	14,09	12,78–15,51
	De R\$ 5.001,00 até R\$10.000,00	114	2,00	1,55–2,51
	Mais de R\$10.000,00	32	0,85	0,51–1,42
Local principal de trabalho	Boates/privês/termas	872	19,08	17,57–20,68
	Hotéis/motéis	668	16,46	14,95–18,08
	Casas de prostituição	358	7,68	6,67–8,83
	Pontos de rua	1944	46,62	44,51–48,74
	Outros	401	10,17	8,69–12,00
Discriminação no serviço de saúde por conta da cor da pele	Não	3746	89,65	88,37–90,81
	Sim	445	10,35	9,18–11,63
Discriminação no serviço de saúde por ser TS	Não	3235	78,67	77,05–80,21
	Sim	945	21,33	19,79–22,95
<b>Prevenção de IST e HIV/Aids</b>				
Participou de palestras	Não	3063	75,63	73,92–77,27
	Sim	1135	24,37	22,73

Recebeu camisinha masculina	Não	729	18,12	16,60–19,75
	Sim	3480	81,88	80,25–83,40
Recebeu camisinha feminina	Não	2746	66,47	64,52–68,37
	Sim	1454	33,53	31,63–35,48
Realizou teste de HIV anterior	Não	822	22,54	20,92–24,24
	Sim	3387	77,46	75,76–79,08
<b>Estado de saúde e serviços de saúde</b>				
Possui plano privado de saúde	Não	3845	92,19	91,06–93,18
	Sim	345	7,81	6,82–8,93
Auto avaliação de saúde	Muito boa	520	13,07	11,73–14,53
	Boa	2167	52,70	50,68–54,71
	Regular	1323	29,90	28,16–31,70
	Ruim	149	3,18	2,55–3,96
	Muito ruim	48	1,14	0,76–1,71
Histórico de gravidez	Não	777	20,53	18,9–2,26
	Sim	3415	79,47	77,74–81,10
Número de filhos vivos	Nenhum	92	2,62	2,03–3,37
	1-2	1759	55,42	53,23–57,59
	3-6 ou mais	1397	41,96	39,8–44,14
Local do último teste de HIV	CTA ou COA	507	14,15	12,65–15,78
	Outro serviço público de saúde	1970	59,73	57,47–61,95
	Banco de sangue para doação	62	2,00	1,29–2,58
	No local que trabalho como TS	123	3,73	2,98–4,65
	Laboratórios/clínicas particulares	267	8,00	6,47–8,77
	Trailer	38	1,00	0,83–2,04
	Campanha de rua	250	7,00	5,75–7,94
	Pesquisa anterior	10	0,18	0,08–0,38
	Outro local	122	4,00	2,86–4,51
Resultado teste de HIV no estudo	Negativo	3952	94,60	93,6–95,46
	Positivo	234	5,40	4,54–6,39
Revela que é TS nos serviços de saúde	Sim, sempre	1110	24,26	22,69–25,92
	Só às vezes	627	14,97	13,62–16,44
	Geralmente não	397	9,23	8,13–10,46
	Nunca	2043	51,53	49,55–53,50
Muda o atendimento dos serviços de saúde quando revela que é TS	Sim, bastante	437	20,78	18,61–23,12
	Sim, um pouco	540	26,53	24,03–29,20
	Não muda nada	1120	52,69	49,86–55,51
Sinais de IST (feridas, bolhas e verrugas) nos últimos 12 meses	Não	3744	89,71	88,41–90,89
	Sim	452	10,29	9,11–11,59
Procurou assistência à saúde em situação de violência	Não	667	77,36	73,49–80,81
	Sim	211	22,64	19,19–26,51

<sup>1</sup>Ponderado

**Tabela 3.** Fonte usual de cuidado e tipos de fonte usual de cuidado entre mulheres trabalhadoras do sexo de 12 cidades brasileiras, 2016.

<b>Variáveis</b>	<b>n<sup>1</sup></b>	<b>%<sup>1</sup></b>	<b>IC 95%</b>
<b>Possui uma fonte usual de cuidado</b>			
Não	1217	28,52	26,71–30,40
Sim	2965	71,48	69,59–73,29
<b>Tipo de fonte usual de cuidado</b>			
Atenção Primária à Saúde	2185	54,31	52,30–56,31
Serviços Especializados Públicos	216	4,64	3,91–5,49
Serviços Privados	223	4,92	4,14–5,83
Emergência Pública e Privada	282	6,34	5,43–7,38
Nenhum	1265	29,78	27,94–31,70

<sup>1</sup>Ponderado

**Tabela 4.** Análise bivariada de fatores associados a fonte usual de cuidado entre mulheres trabalhadoras do sexo de 12 cidades brasileiras, 2016.

Variáveis	Fonte usual de cuidado			
	% FUC	OR <sup>1</sup>	95% CI	valor de p
<b>Sócio-demográficas</b>				
<b>Idade</b>				0,01
18-29	67,58	1,00	–	
30-39	71,41	1,20	1,00–1,48	
≥40	79,59	1,87	1,47–2,38	
<b>Raça/cor da pele</b>				0,42
Branca	69,87	1,00	–	
Preta	71,05	1,06	0,81–1,37	
Parda	72,81	1,15	0,91–1,46	
<b>Escolaridade</b>				0,52
Elementar e fundamental incompletos	71,93	1,00	–	
Ensino médio completo	70,73	0,94	0,78–1,13	
<b>Renda</b>				0,09
R\$1,00-500	69,72	1,00	–	
R\$501-1.000	75,06	1,30	1,02–1,67	
>R\$1.000	71,37	1,08	0,86–1,35	
<b>Local principal de trabalho</b>				0,56
Locais fechados	70,95	1,05	0,87–1,27	
Pontos de rua	72,07	1,00	–	
<b>Discriminação no serviço de saúde por conta da cor da pele</b>				0,28
Não	71,82	1,00	–	
Sim	68,70	0,86	0,65–1,13	
<b>Discriminação no serviço de saúde por ser TS</b>				0,20
Não	72,07	1,00	–	
Sim	69,25	0,87	0,70–1,07	
<b>Prevenção de IST e HIV/Aids</b>				
<b>Participou de palestras</b>				0,01
Não	69,36	1,00	–	
Sim	77,76	1,54	1,24–1,91	
<b>Recebeu camisinha masculina</b>				0,02
Não	67,02	1,00	–	
Sim	72,55	1,30	1,03–1,62	
<b>Recebeu camisinha feminina</b>				0,03
Não	69,64	1,00	–	
Sim	75,58	1,34	1,10–1,64	
<b>Realizou teste de HIV anterior</b>				0,05
Não	65,46	1,00	–	
Sim	73,13	1,43	1,16–1,76	
<b>Estado de saúde e serviços de saúde</b>				
<b>Possui plano privado de saúde</b>				0,08
Não	70,72	1,00	–	
Sim	81,19	0,08	0,07–0,09	

<b>Auto avaliação de saúde</b>				0,01
Regular, ruim e muito ruim	65,16	1,00	–	
Muito boa e boa	74,77	1,58	1,32–1,89	
<b>Histórico de gravidez</b>				0,05
Não	67,97	1,00	–	
Sim	72,56	1,24	0,99–1,55	
<b>Número de filhos vivos</b>				0,02
Nenhum	59,23	1,00	–	
1-2	72,06	1,77	1,01–3,09	
3-6 ou mais	75,03	2,06	1,17–3,65	
<b>Resultado teste de HIV no estudo</b>				0,99
Negativo	71,50	1,00	–	
Positivo	71,47	0,98	0,64–1,54	
<b>Revela que é TS nos serviços de saúde</b>				0,03
Não	70,04	1,00	–	
Sim	74,10	1,22	1,01–1,47	
<b>Muda o atendimento dos serviços de saúde quando revela que é TS</b>				0,01
Não	76,78	1,00	–	
Sim	70,60	0,72	0,55–0,94	
<b>Sinais de IST (feridas, bolhas e verrugas nos últimos 12 meses)</b>				0,07
Não	72,01	1,00	–	
Sim	66,66	0,77	0,58–1,02	
<b>Procurou assistência à saúde em situação de violência</b>				0,44
Não	68,16	1,00	–	
Sim	72,10	1,20	0,74–1,95	

<sup>1</sup>Ponderado



Não	54,67	1,00	–	4,73	1,00	–	4,89	1,00	–	6,50	1,00	–	29,20	
Sim	50,74	0,78	0,58–1,04	4,05	0,72	0,36–1,43	5,45	0,93	0,48–1,81	5,12	0,66	0,37–1,17	34,65	
<b>Discriminação no serviço de saúde por ser TS</b>														0,25
Não	54,99	1,00	–	4,72	1,00	–	5,24	1,00	–	6,08	1,00	–	29,98	
Sim	51,62	0,82	0,66–1,03	4,46	0,83	0,51–1,36	3,89	0,65	0,40–1,05	7,21	1,04	0,69–1,57	32,82	
<b>Prevenção de IST e HIV/Aids</b>														
<b>Participou de palestras</b>														0,03
Não	52,78	1,00	–	4,18	1,00	–	4,81	1,00	–	6,2	1,00	–	32,01	
Sim	58,60	1,53	1,22–1,91	6,15	2,03	1,34–3,08	5,35	1,53	1,03–2,27	6,72	1,49	1,02–2,17	23,18	
<b>Recebeu camisinha masculina</b>														0,01
Não	48,82	1,00	–	3,08	1,00	–	7,44	1,00	–	5,41	1,00	–	35,25	
Sim	55,58	1,40	1,11–1,77	5,00	2,00	1,94–3,37	4,37	0,72	0,47–1,11	6,57	1,5	0,88–2,56	28,49	
<b>Recebeu camisinha feminina</b>														0,01
Não	53,44	1,00	–	3,57	1,00	–	5,50	1,00	–	5,87	1,00	–	31,63	
Sim	56,23	1,29	1,05–1,58	6,81	2,34	1,58–3,48	3,87	0,86	0,58–1,29	7,38	1,54	1,10–2,17	25,70	
<b>Realizou teste de HIV anterior</b>														0,02
Não	51,94	1,00	–	2,31	1,00	–	4,26	1,00	–	5,16	1,00	–	36,32	
Sim	54,94	1,37	1,10–1,69	5,34	2,99	1,73–5,16	5,13	1,56	0,99–2,45	6,61	1,66	1,07–2,57	27,99	
<b>Estado de saúde e serviços de saúde</b>														
<b>Possui plano privado de saúde</b>														0,01
Não	56,10	1,00	–	4,72	1,00	–	2,66	1,00	–	6,18	1,00	–	30,34	
Sim	33,12	0,79	0,53–1,18	3,90	1,11	0,55–2,26	32,01	16,25	10,42–25,33	8,54	1,87	1,10–3,16	22,43	
<b>Auto avaliação de saúde</b>														0,01
Regular, ruim e muito ruim	48,31	1,00	–	5,59	1,00	–	3,56	1,00	–	6,68	1,00	–	35,85	
Muito boa e boa	57,42	1,60	1,32–1,93	4,15	0,99	0,67–1,48	5,64	2,13	1,42–3,19	6,18	1,24	0,89–1,43	26,62	



<b>Histórico de gravidez</b>														0,01
Não	49,00	1,00	–	3,47	1,00	–	8,40	1,00	–	5,43	1,00	–	33,70	
Sim	55,79	1,34	1,06–1,69	4,97	1,68	1,03–2,75	4,06	0,57	0,38–0,85	6,6	1,43	0,93–2,19	28,58	
<b>Número de filhos vivos</b>														0,01
Nenhum	46,73	1,00	–	2,83	1,00	–	4,47	1,00	–	4,88	1,00	–	41,09	
1-2	54,13	1,62	0,90–2,92	5,07	2,51	0,60–10,51	5,41	1,69	0,50–5,66	6,12	1,76	0,64–4,79	29,27	
3-6 ou mais	60,01	2,03	1,11–3,71	5,07	2,83	0,67–11,90	1,58	0,55	0,16–1,95	7,45	2,42	0,85–6,84	25,90	
<b>Revela que é TS nos serviços de saúde</b>														0,03
Não	52,38	1,00	–	4,45	1,00	–	5,59	1,00	–	6,72	1,00	–	30,87	
Sim	57,78	1,24	1,03–1,50	5,02	1,27	0,86–1,86	3,92	0,79	0,54–1,16	5,88	0,98	0,69–1,39	27,39	
<b>Muda o atendimento dos serviços de saúde quando revela que é TS</b>														0,03
Não	60,52	1,00	–	5,36	1,00	–	4,17	1,00	–	5,55	1,00	–	24,40	
Sim	53,96	0,69	0,53–0,92	4,27	0,62	0,36–1,07	3,40	0,63	0,36–1,13	7,28	1,02	0,61–1,71	31,09	
<b>Sinais de IST (feridas, bolhas e verrugas) nos últimos 12 meses</b>														0,05
Não	55,49	1,00	–	4,21	1,00	–	4,97	1,00	–	6,16	1,00	–	29,17	
Sim	45,59	0,68	0,51–0,92	7,96	1,58	0,92–2,71	4,53	0,76	0,40–1,43	7,16	0,97	0,59–1,59	34,77	
<b>Procurou assistência à saúde em situação de violência</b>														0,59
Não	49,87	1,00	–	7,00	1,00	–	3,14	1,00	–	7,01	1,00	–	32,98	
Sim	50,80	1,15	0,69–1,93	8,71	1,41	0,66–3,01	5,67	2,05	0,71–5,88	5,86	0,92	0,43–2,09	28,96	

<sup>1</sup>Ponderado

**Tabela 6:** Análise multivariada de fatores associados a ter uma fonte usual de cuidado entre mulheres trabalhadoras do sexo de 12 cidades brasileiras, 2016.

Variáveis	Fonte usual de cuidado			
	OR <sup>1</sup>	IC 95%	OR <sup>2</sup>	IC 95%
<b>Sóciodemográficas</b>				
<b>Idade</b>				
18-29	1,00	–	1,00	–
30-39	0,96	0,76–1,22	1,07	0,78–1,48
≥40	1,36	1,04–1,77	1,87	1,29–2,71
<b>Renda</b>				
R\$1,00-500	1,00	–	1,00	–
R\$501-1.000	0,98	0,74–1,28	1,00	0,69–1,43
>R\$1.000	0,93	0,72–1,20	1,13	0,81–1,57
<b>Discriminação no serviço de saúde por ser TS</b>				
Não	1,00	–	1,00	–
Sim	0,75	0,60–0,95	0,87	0,63–1,19
<b>Prevenção de IST e HIV/Aids</b>				
<b>Participou de palestras</b>				
Não	1,00	–	1,00	–
Sim	1,44	1,15–1,81	1,51	1,09–2,09
<b>Recebeu camisinha masculina</b>				
Não	1,00	–	1,00	–
Sim	0,92	0,69–1,23	1,05	0,71–1,56
<b>Recebeu camisinha feminina</b>				
Não	1,00	–	1,00	–
Sim	1,26	1,01–1,56	1,29	0,95–1,76
<b>Realizou teste de HIV anterior</b>				
Não	1,00	–	1,00	–
Sim	1,16	0,88–1,54	0,95	0,66–1,36
<b>Estado de saúde e serviços de saúde</b>				
<b>Possui plano privado de saúde</b>				
Não	1,00	–	1,00	–
Sim	1,54	1,01–2,34	1,40	0,80–2,44
<b>Auto avaliação de saúde</b>				
Regular, ruim e muito ruim	1,00	–	1,00	–
Muito boa e boa	1,48	1,20–1,83	1,65	1,23–2,21
<b>Histórico de gravidez</b>				
Não	1,00	–	1,00	–
Sim	1,20	0,92–1,57	1,14	0,79–1,63
<b>Número de filhos vivos</b>				
Nenhum	1,00	–	1,00	–
1-2	1,75	0,96–3,16	1,12	0,46–2,69
3-6 ou mais	2,15	1,17–3,93	1,55	0,63–3,81

<b>Revela que é TS nos serviços de saúde</b>				
Não	1,00	–	1,00	–
Sim	1,04	0,79–1,35	0,91	0,62–1,33
<b>Muda o atendimento dos serviços de saúde quando revela que é TS</b>				
Não	1,00	–	1,00	–
Sim	0,82	0,66–1,03	0,81	0,59–1,10
<b>Sinais de IST (feridas, bolhas e verrugas nos últimos 12 meses)</b>				
Não	1,00	–	1,00	–
Sim	0,72	0,54–0,96	0,62	0,42–0,93

---

<sup>1</sup>Bruto <sup>2</sup>Ponderado

**Tabela 7.** Análise multivariada de fatores associados aos tipos de fonte usual de cuidado entre mulheres trabalhadoras do sexo de 12 cidades brasileiras, 2016.

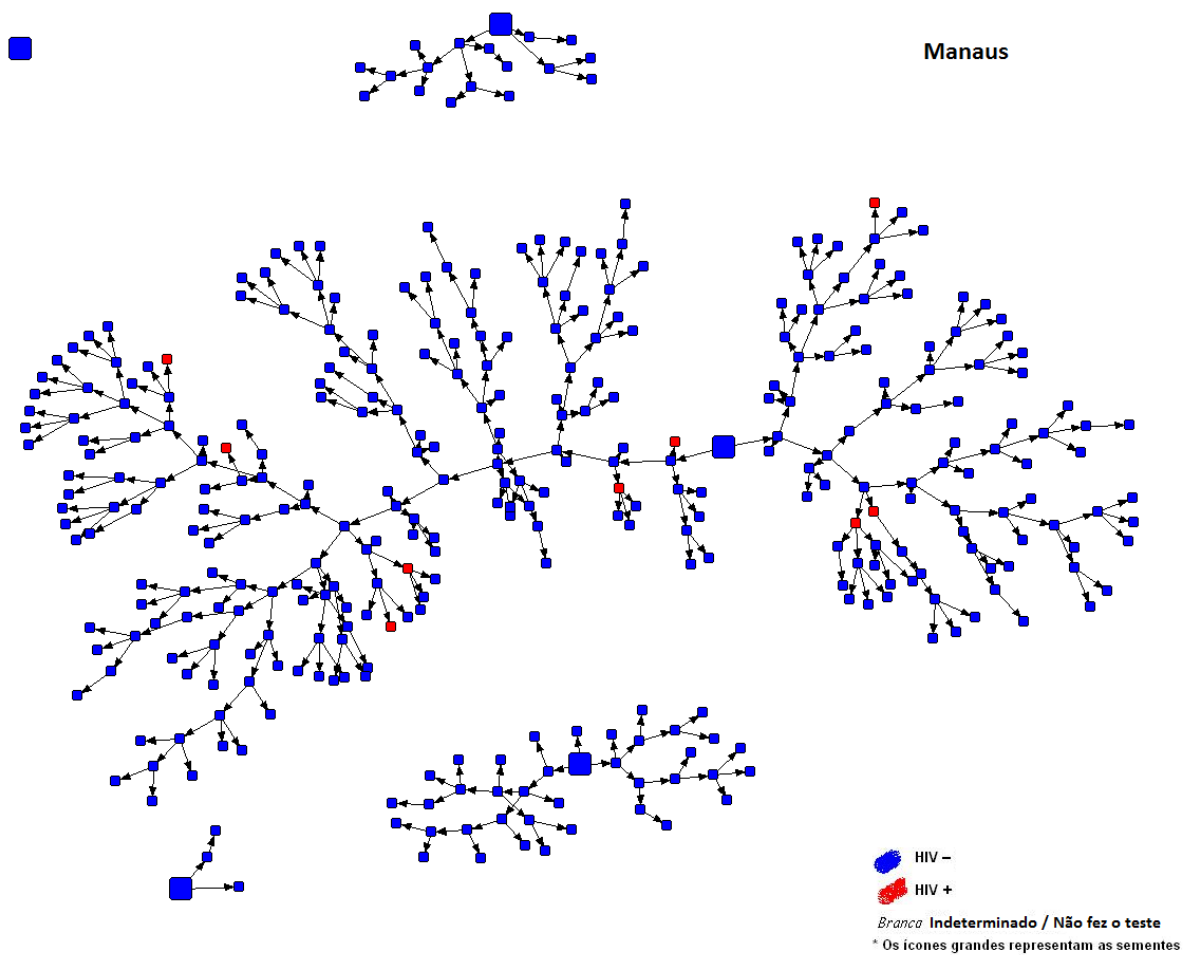
Variáveis	Tipo de fonte usual de cuidado							
	Atenção Primária à Saúde vs Nenhuma		Serviço Especializado Público vs Nenhuma		Serviço Privado vs Nenhuma		Emergência Pública e Privada vs Nenhuma	
	OR <sup>1</sup>	95% CI	OR <sup>1</sup>	95% CI	OR <sup>1</sup>	95% CI	OR <sup>1</sup>	95% CI
<b>Sóciodemográficas</b>								
<b>Idade</b>								
18-29	1,00	–	1,00	–	1,00	–	1,00	–
30-39	1,02	0,74–1,42	1,23	0,59–2,53	0,65	0,31–1,36	1,41	0,75–2,66
≥40	1,59	1,09–2,32	2,93	1,39–6,16	1,25	0,50–3,15	3,59	1,86–6,90
<b>Raça/cor da pele</b>								
Branca	1,00	–	1,00	–	1,00	–	1,00	–
Preta	1,54	1,02–2,33	1,35	0,61–2,98	2,00	0,84–4,43	1,28	0,62–2,66
Parda	2,04	1,41–2,94	1,57	0,80–3,08	1,41	0,66–3,00	1,19	0,64–2,20
<b>Renda</b>								
R\$1,00-500	1,00	–	1,00	–	1,00	–	1,00	–
R\$501-1.000	1,00	0,69–1,45	1,40	0,68–2,87	1,61	0,38–6,71	1,70	0,83–3,46
>R\$1.000	1,02	0,72–1,45	1,91	0,96–3,79	7,21	2,65–19,57	2,24	1,18–4,28
<b>Local principal de trabalho</b>								
Locais fechados	1,00	–	1,00	–	1,00	–	1,00	–
Pontos de rua	1,27	0,94–1,71	1,96	1,13–3,42	0,38	0,15–0,73	1,27	0,77–2,10
<b>Prevenção de IST e HIV/Aids</b>								
<b>Participou de palestras</b>								
Não	1,00	–	1,00	–	1,00	–	1,00	–
Sim	1,60	1,15–2,22	1,54	0,84–2,83	0,69	0,34–1,41	1,57	0,89–2,75

<b>Realizou teste de HIV anterior</b>								
Não	1,00	–	1,00	–	1,00	–	1,00	–
Sim	1,14	0,77–1,67	3,71	1,17– 11,78	0,85	0,33–2,14	0,86	0,40–1,85
<b>Estado de saúde e serviços de saúde</b>								
<b>Possui plano privado de saúde</b>								
Não	1,00	–	1,00	–	1,00	–	1,00	–
Sim	0,85	0,46–1,54	0,98	0,34–2,77	10,60	4,72–23,80	2,56	1,09–5,99
<b>Auto avaliação de saúde</b>								
Regular, ruim e muito ruim	1,00	–	1,00	–	1,00	–	1,00	–
Muito boa e boa	1,68	1,23–2,28	1,13	0,62–2,08	3,22	1,50–6,93	1,25	0,73–2,16
<b>Muda o atendimento dos serviços de saúde quando revela que é TS</b>								
Não	1,00	–	1,00	–	1,00	–	1,00	–
Sim	0,80	0,59–1,08	0,57	0,32–1,01	0,44	0,22–0,87	1,18	0,66–2,11
<b>Sinais de IST (feridas, bolhas e verrugas) nos últimos 12 meses</b>								
Não	1,00	–	1,00	–	1,00	–	1,00	–
Sim	0,51	0,32–0,79	1,52	0,71–3,24	0,48	0,18–1,30	0,95	0,46–1,95

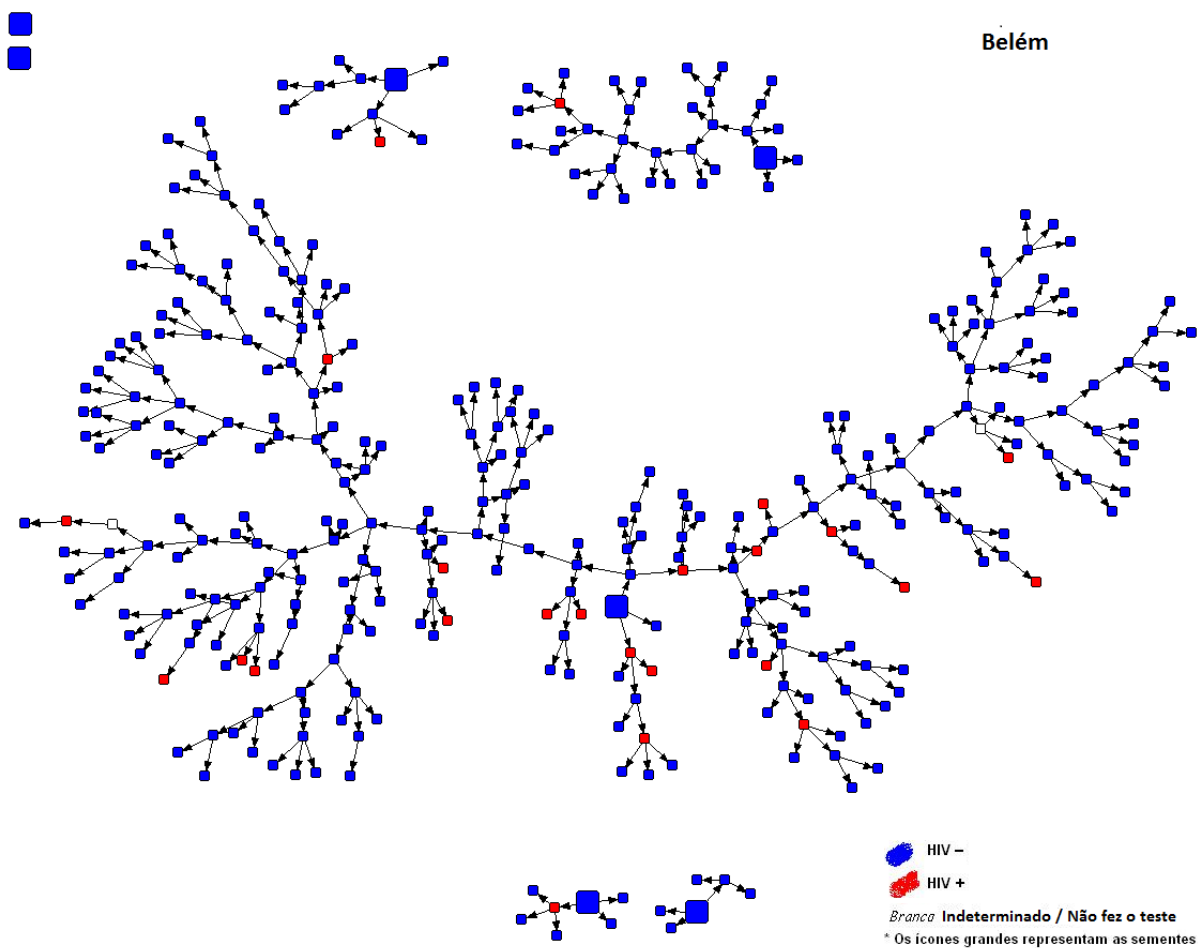
<sup>1</sup>Ponderado

## ANEXO A – Rede de mulheres trabalhadoras do sexo por cidade

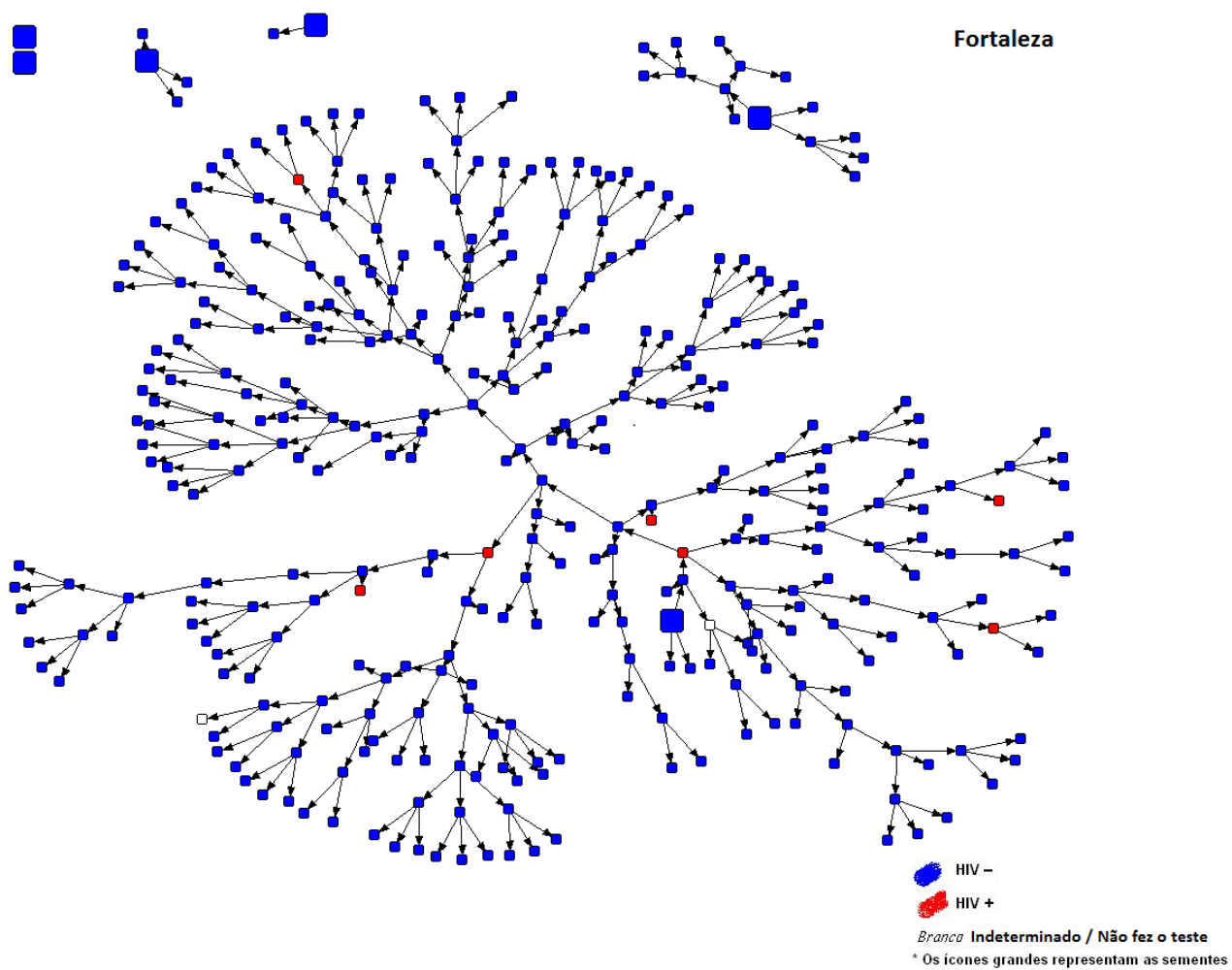
**Figura 4:** Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Manaus segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016



**Figura 5:** Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Belém segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016

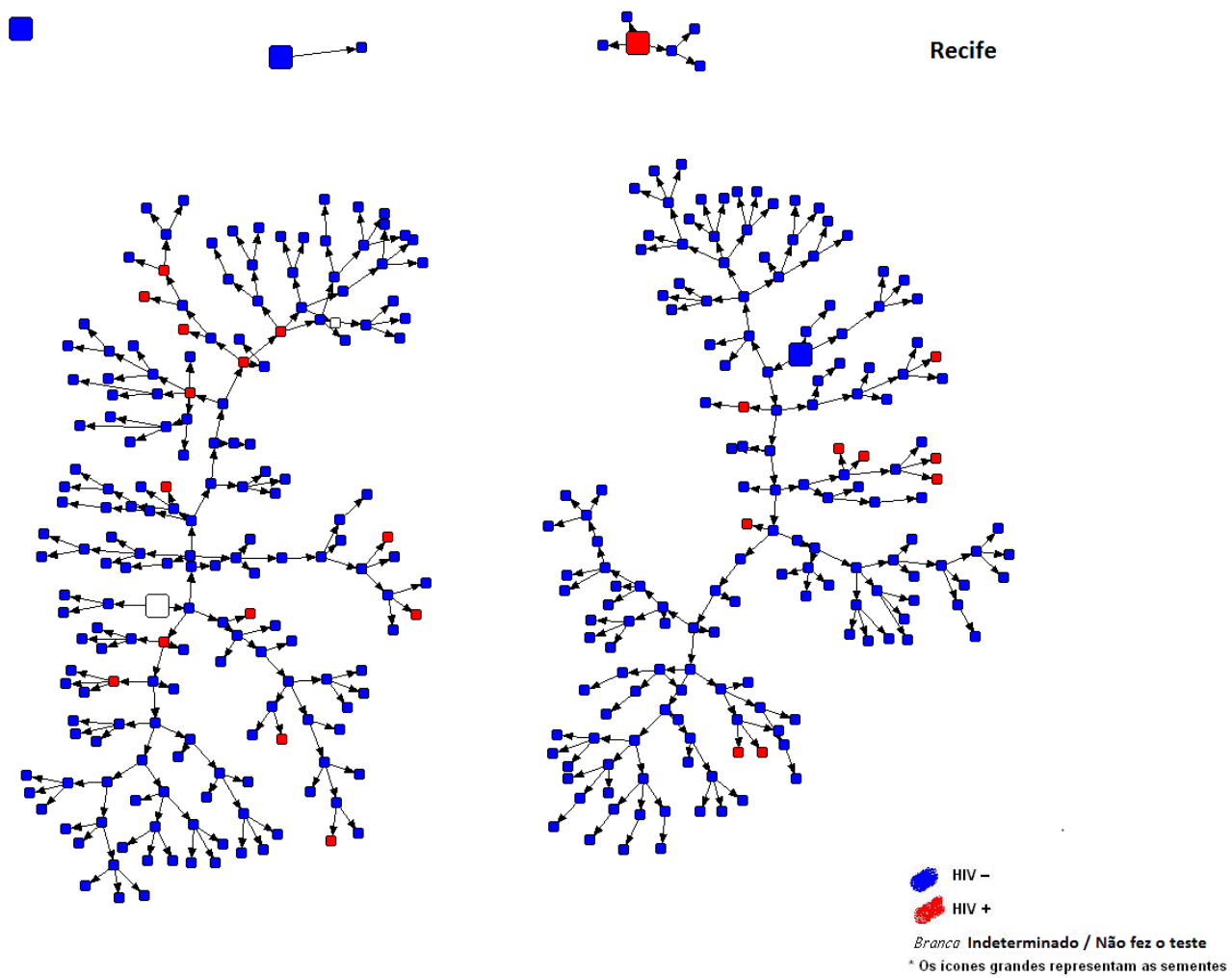


**Figura 6:** Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Fortaleza segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016

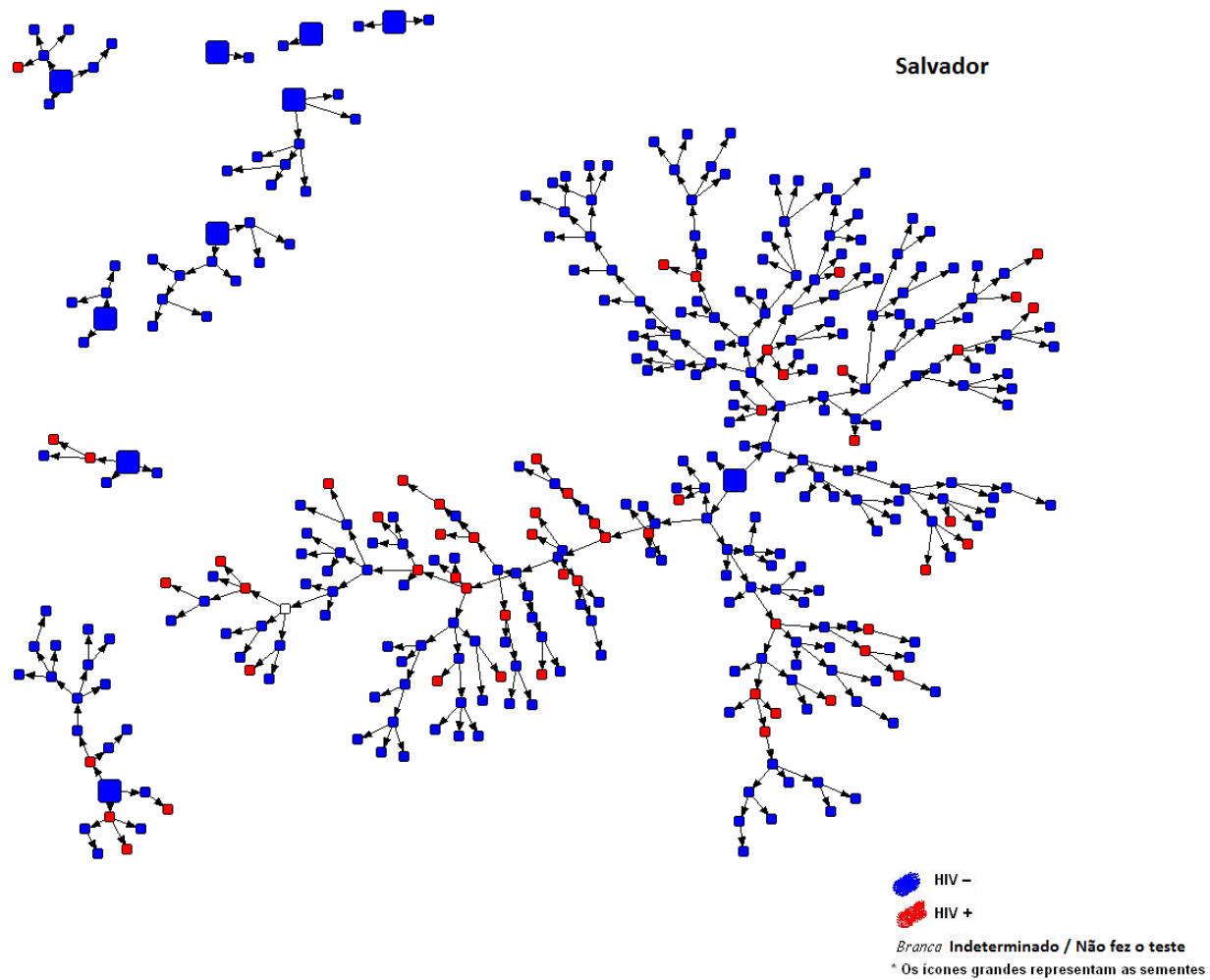




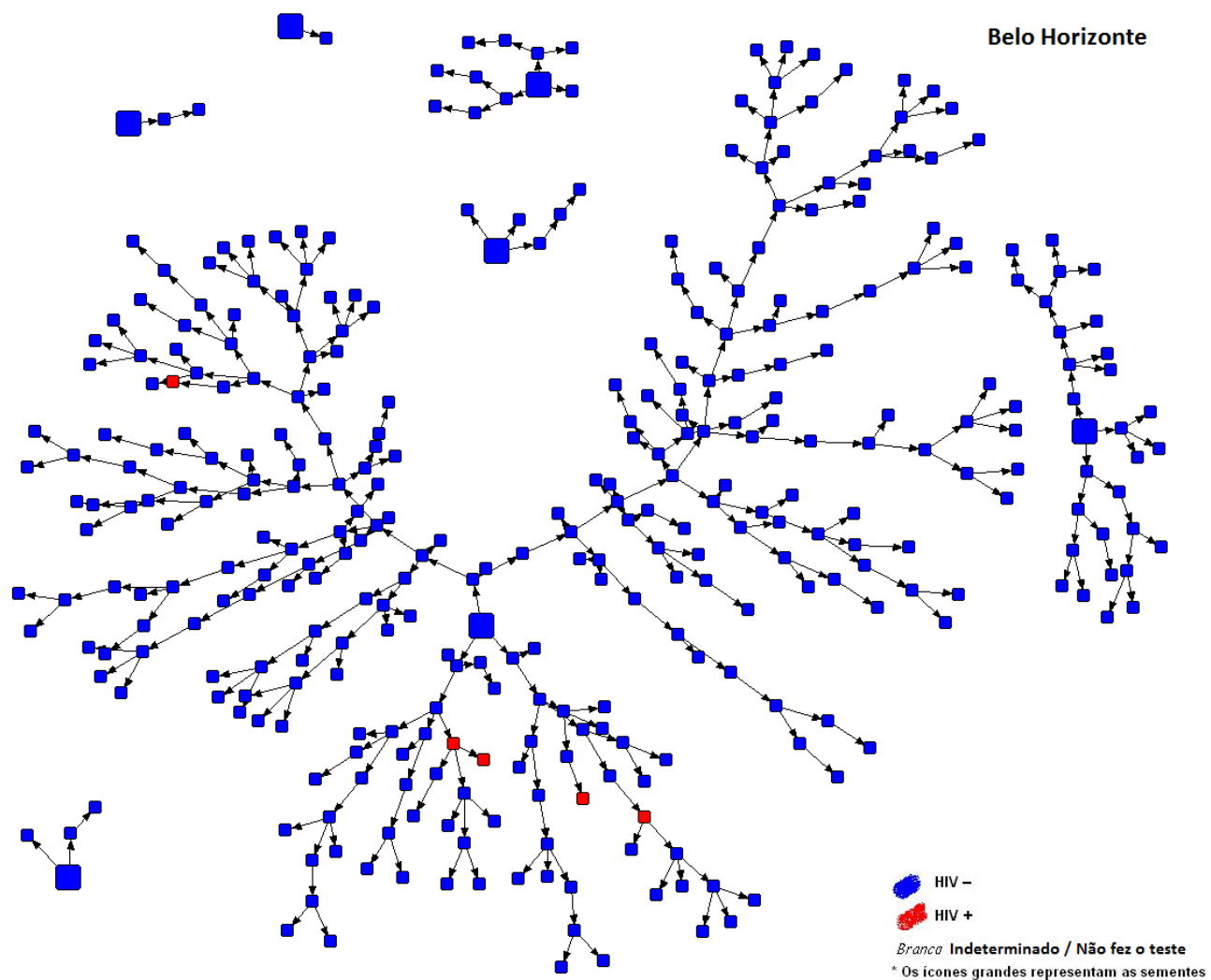
**Figura 7:** Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Recife segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016



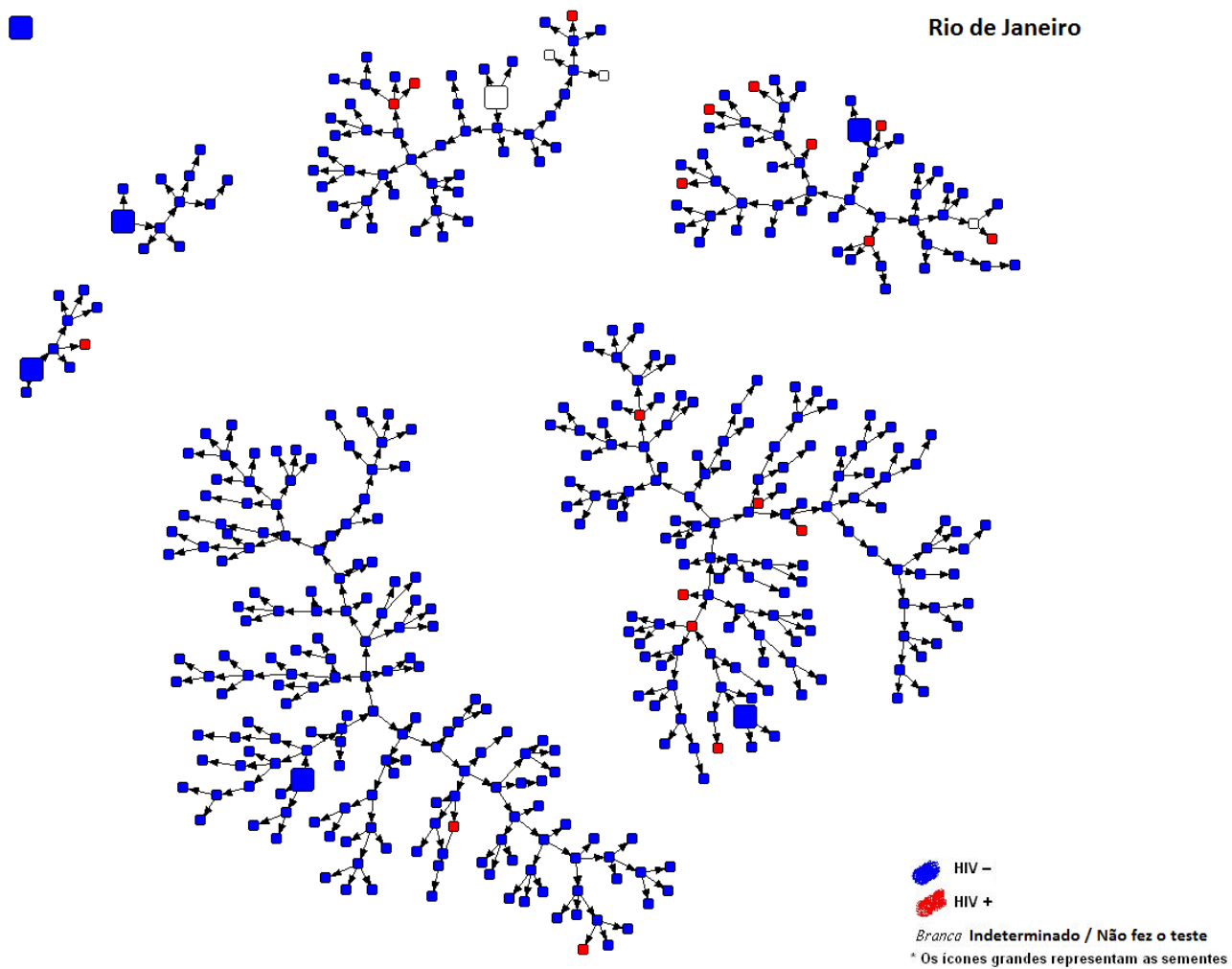
**Figura 8:** Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Salvador segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016



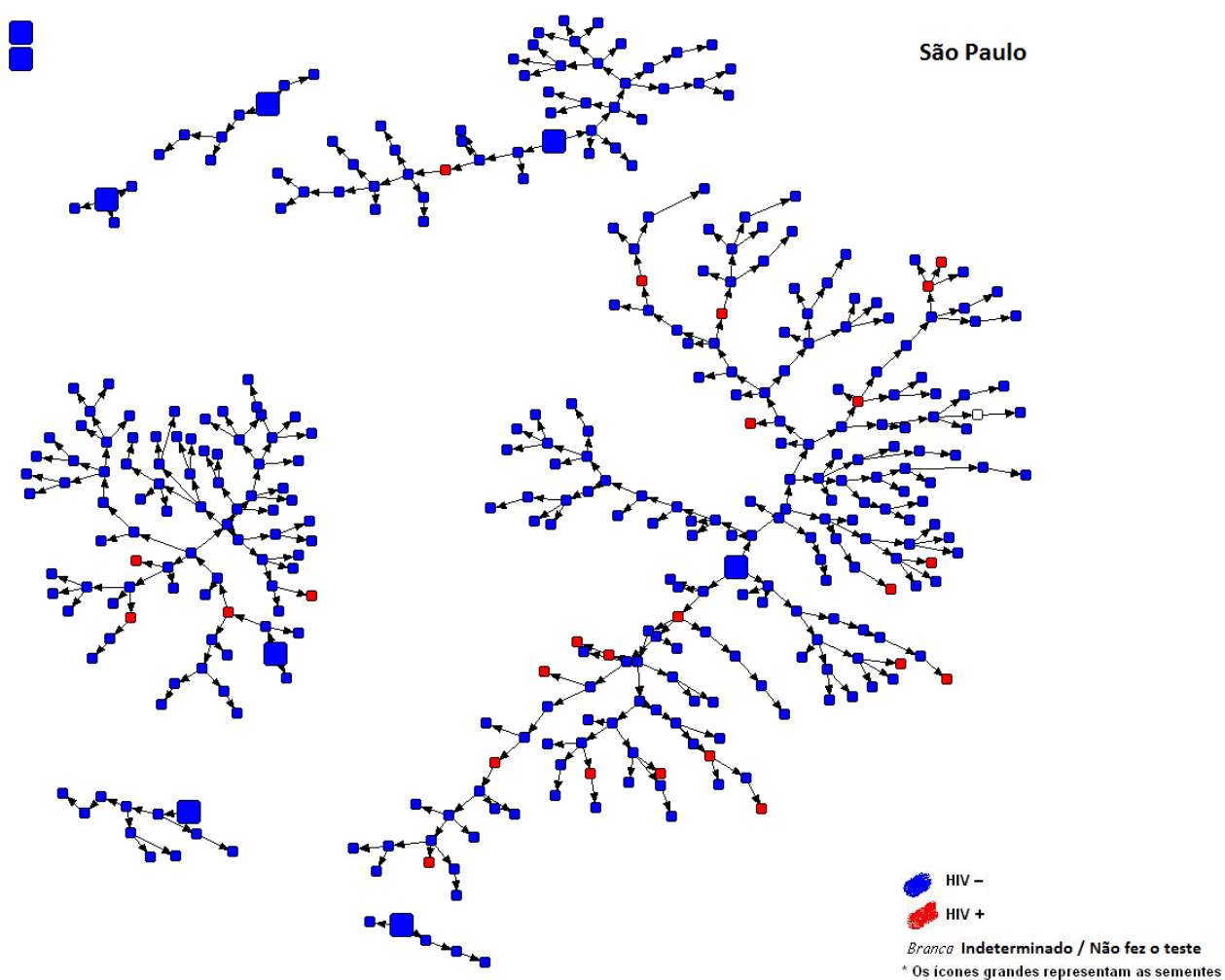
**Figura 9:** Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Belo Horizonte segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016



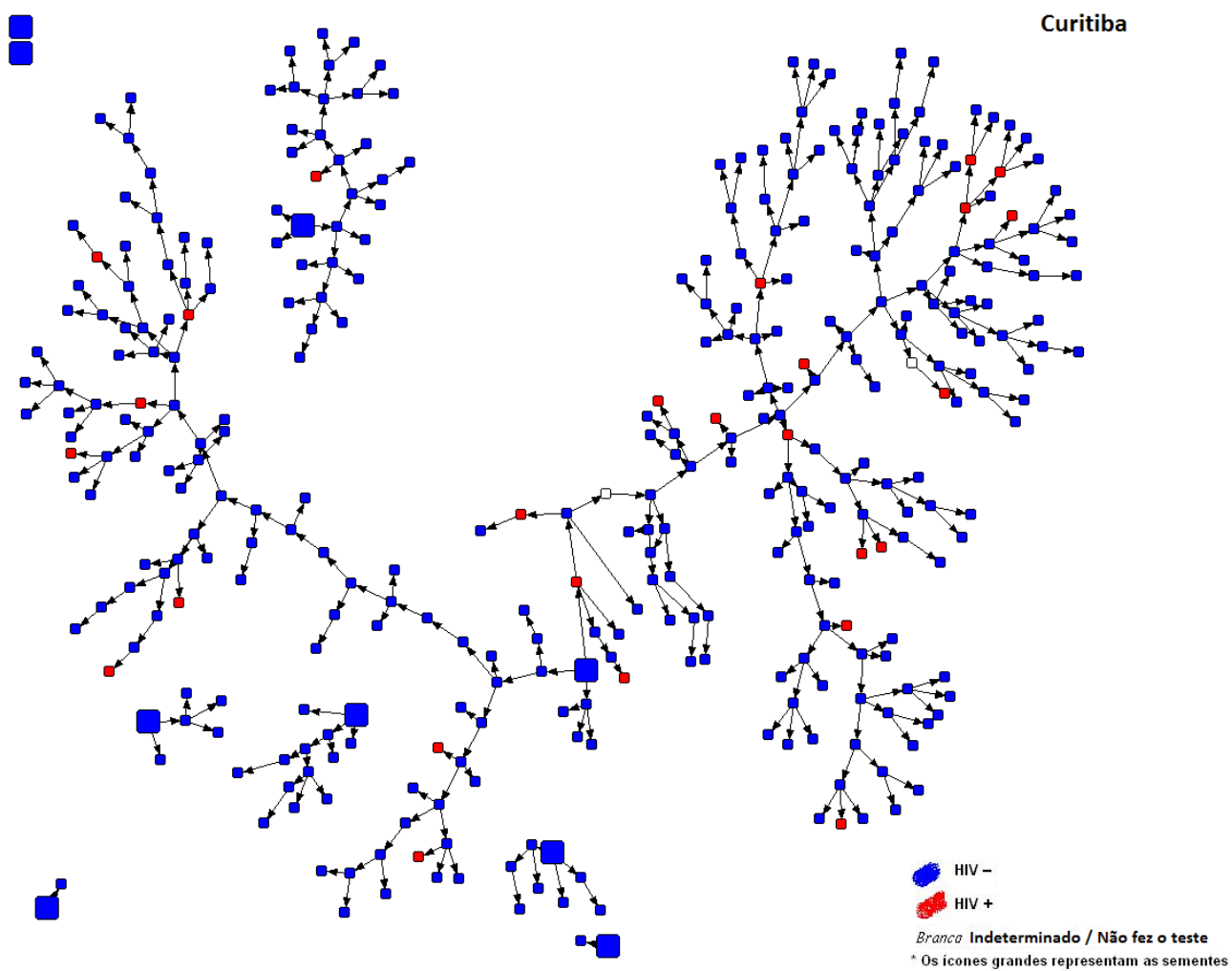
**Figura 10:** Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Rio de Janeiro segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016



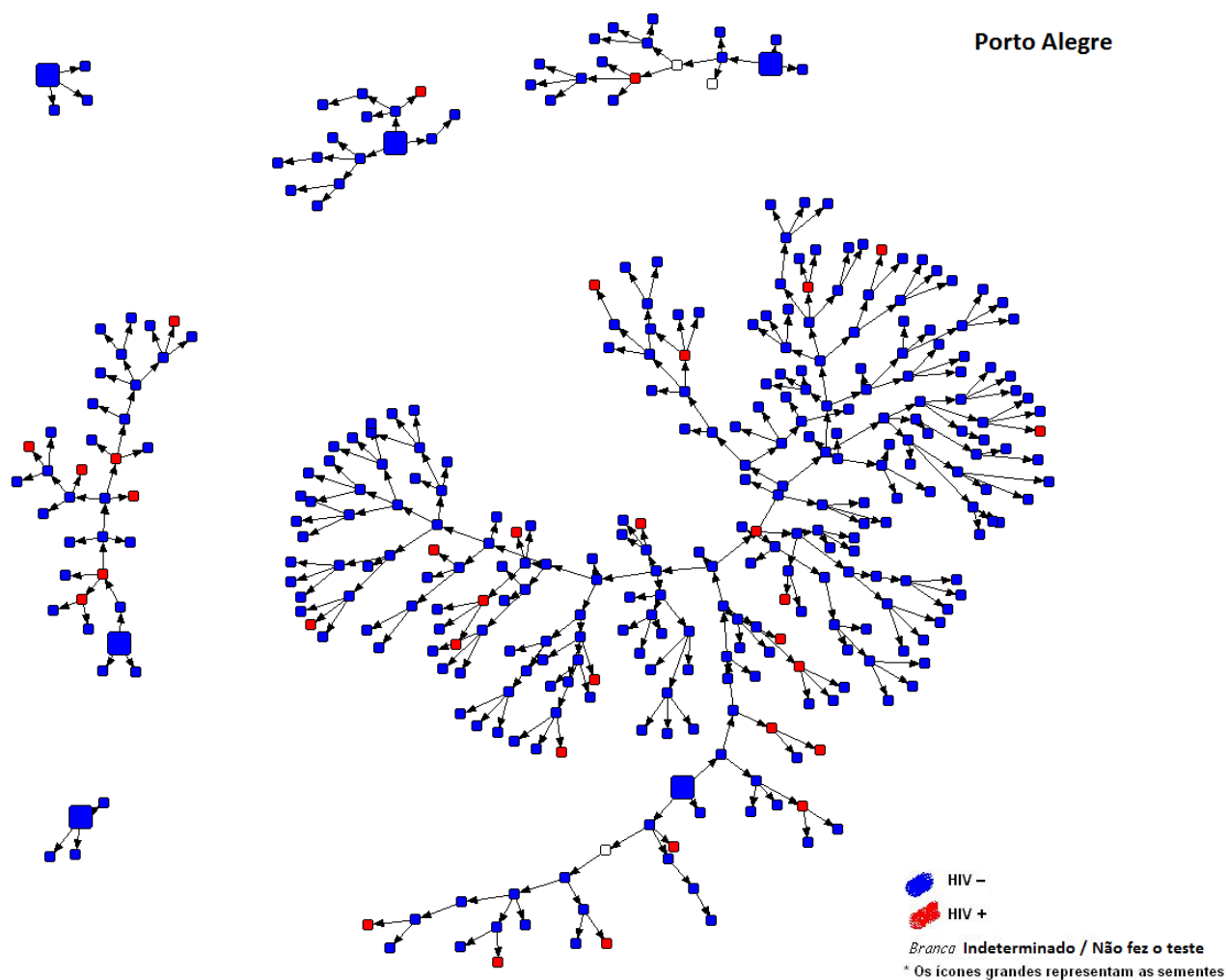
**Figura 11:** Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em São Paulo segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016



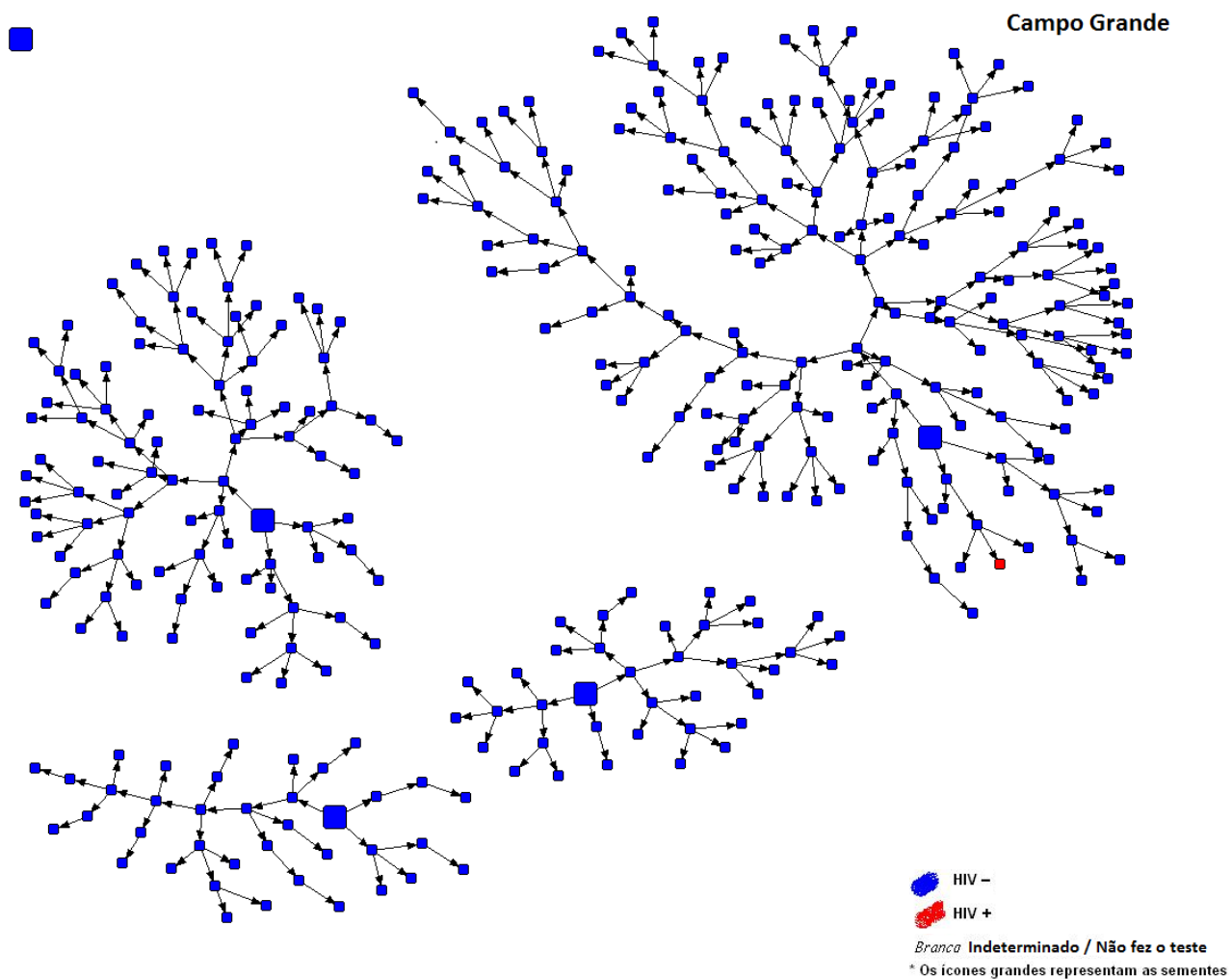
**Figura 12:** Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Curitiba segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016



**Figura 13:** Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Porto Alegre segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016

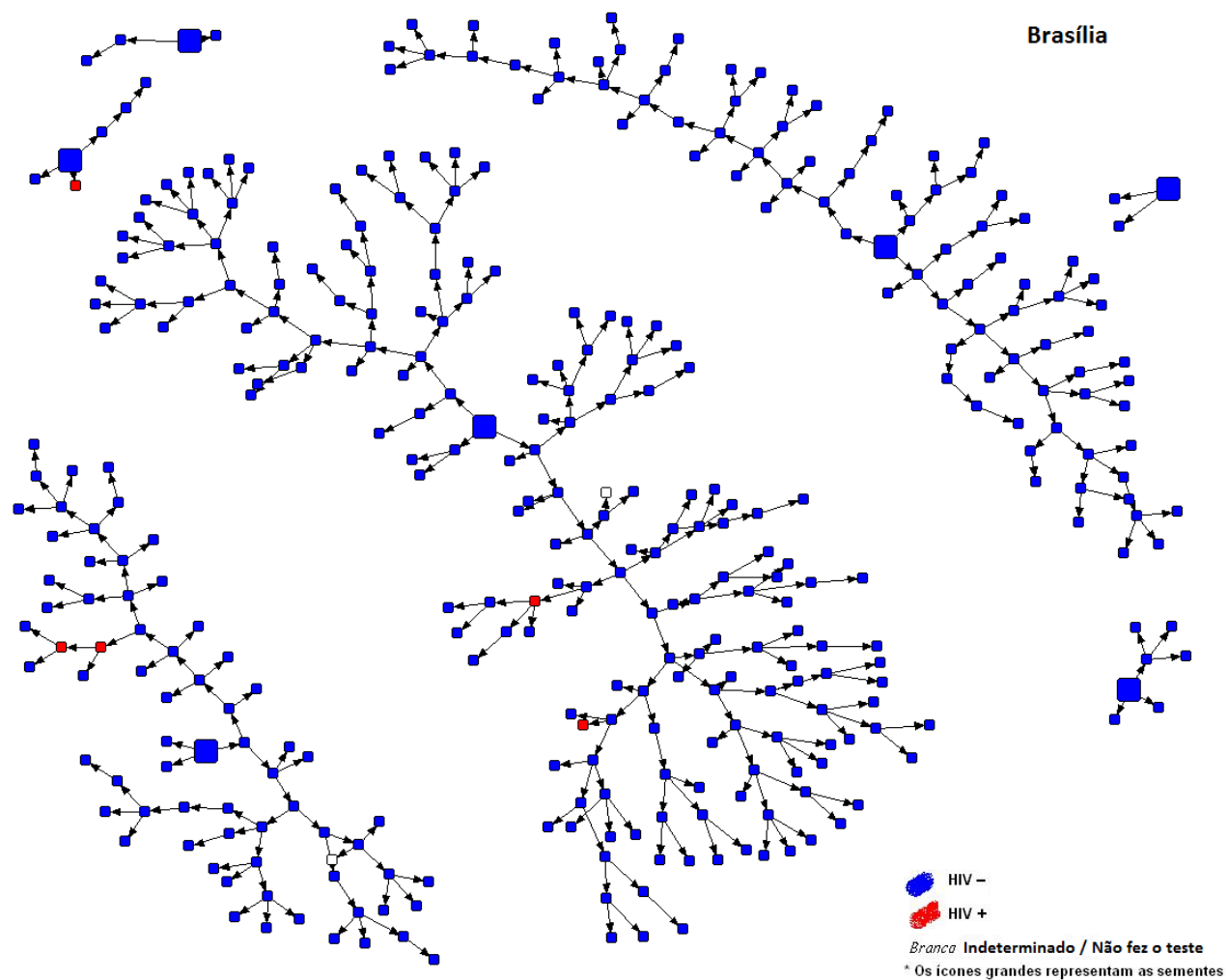


**Figura 14:** Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Campo Grande segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016





**Figura 15:** Rede de mulheres trabalhadoras do sexo em Brasília segundo infecção pelo HIV. RDS-MPS, 2016



**ANEXO B – Questionário do Projeto Corrente da Saúde II****Questionário do Projeto**

*Corrente da Saúde II*

Rio de Janeiro, junho de 2016

## **BLOCO A: CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS**

*Neste bloco, vamos perguntar sobre sua raça ou cor, o seu grau de instrução, nível de renda, e sobre suas atividades como trabalhadora do sexo.*

### **A1. Como você se classifica em relação à sua cor ou raça?**

1. Branca
2. Preta
3. Amarela
4. Parda
5. Indígena

### **A2. Qual é o seu grau de escolaridade?**

1. Analfabeta ou menos de um ano de instrução
2. Elementar incompleto (1 a 3 anos de instrução)
3. Elementar completo e fundamental incompleto
4. Fundamental completo e ensino médio incompleto
5. Ensino médio completo
6. Ensino superior incompleto
7. Ensino superior completo ou mais
8. NR

### **A3. Você está estudando atualmente?**

1. Sim
2. Não
3. NR

### **A4. Quanto você ganha aproximadamente por mês?**

1. De R\$1,00 até R\$500,00
2. De R\$501,00 até R\$1000,00
3. De R\$1001,00 até R\$1500,00
4. De R\$1501,00 até R\$2000,00
5. De R\$2001,00 até R\$5000,00
6. De R\$5001,00 até R\$10000,00
7. Mais de R\$10000,00
8. NR

### **A5. Em que tipo de lugar você mora?**

1. Casa ou apartamento próprio
2. Casa ou apartamento alugado
3. Quarto ou cômodo alugado
4. Quarto de hotel ou de pensão
5. Quarto no local do trabalho
6. Construção improvisada (barraco)

7. Abrigo ou instituição de rua
8. Outro
9. NR

**A6. Você mora sozinha?**

1. Sim
2. Não
3. NR

**(Se 1 ou 3: vá para A9)**

**A7. Você mora com algum parceiro ou parceira?**

1. Não
2. Sim, com marido ou companheiro
3. Sim, com esposa ou companheira
4. Sim, com parceiro (namorado/caso) homem
5. Sim, com parceira (namorada/caso) mulher
6. NR

**A8. Você mora com mais alguma pessoa?**

- |                      |        |        |       |
|----------------------|--------|--------|-------|
| a. Amigas ou colegas | 1. Sim | 2. Não | 3. NR |
| b. Mãe e/ou pai      | 1. Sim | 2. Não | 3. NR |
| c. Filhos            | 1. Sim | 2. Não | 3. NR |
| d. Outros parentes   | 1. Sim | 2. Não | 3. NR |

**A9. Você tem algum outro trabalho ou atividade remunerada além do trabalho como trabalhadora do sexo?**

1. Sim, com carteira de trabalho assinada
2. Sim, sem carteira de trabalho assinada
3. Sim, trabalha por conta própria
4. Não

**A10. Você recebe algum benefício?**

- |  |        |        |       |
|--|--------|--------|-------|
| a. Bolsa Família   | 1. Sim | 2. Não | 3. NR |
| b. Seguro desemprego                                       | 1. Sim | 2. Não | 3. NR |
| c. Aposentadoria ou pensão                                 | 1. Sim | 2. Não | 3. NR |
| d. Benefício assistencial de prestação continuada BPC-LOAS | 1. Sim | 2. Não | 3. NR |
| e. Outro programa social                                   | 1. Sim | 2. Não | 3. NR |

*Agora vamos fazer perguntas sobre suas atividades como trabalhadora do sexo.*

**A11. Com que idade você começou a fazer programas?**

1. Menos do que 10 anos
2. 10 anos
3. 11 anos

4. 12 anos
5. 13 anos
6. 14 anos
7. 15 anos
8. 16 anos
9. 17 anos
10. 18 anos
11. 19 anos
12. 20 anos ou mais
13. NR

**A12. Como os seus clientes entram em contato com você?**

- |                               |        |        |       |
|-------------------------------|--------|--------|-------|
| a. No local de trabalho       | 1. Sim | 2. Não | 3. NR |
| b. Internet                   | 1. Sim | 2. Não | 3. NR |
| c. Por ligação telefônica     | 1. Sim | 2. Não | 3. NR |
| d. Whatsapp                   | 1. Sim | 2. Não | 3. NR |
| e. Por meio de outras pessoas | 1. Sim | 2. Não | 3. NR |
| f. Por agências               | 1. Sim | 2. Não | 3. NR |

**A13. Como trabalhadora do sexo, em quais desses locais você trabalha?**

*Pode marcar múltiplas opções.*

1. Boates/Bares
2. Hotéis/Motéis
3. Casas de prostituição/bordeis
4. Privês
5. Termas/casas de massagem/saunas
6. Cinemas
7. Pontos de ruas
8. Pontos em Posto de Gasolina
9. Agências
10. Em casa
11. Outros locais (Especifique:\_\_\_\_\_)

**A14. Em média, quanto você cobra por programa?**

1. Menos do que R\$10,00
2. R\$10,00 a R\$29,00
3. R\$30,00 a R\$49,00
4. R\$50,00 a R\$99,00
5. R\$100,00 a R\$149,00
6. R\$150,00 a R\$199,00
7. R\$200,00 a R\$299,00
8. R\$300,00 a R\$499,00
9. R\$500,00 a R\$999,00
10. R\$1000,00 ou mais

11. NR

**A15. Você é obrigada a dar uma parte dos seus ganhos com programas?**

- a. Para o dono ou profissional do estabelecimento onde faço programas 1. Sim 2. Não 3. NR
- b. Para o cafetão ou cafetina 1. Sim 2. Não 3. NR
- c. Para o meu companheiro ou cônjuge 1. Sim 2. Não 3. NR
- d. Para outra pessoa 1. Sim 2. Não 3. NR

**A16. Você paga pelo local que você usa para fazer programas?**

1. Não
2. Sim, pago uma parte do que eu ganho com cada programa
3. Sim, pago diárias
4. Sim, pago aluguel mensal
5. NR

**A17. Como trabalhadora do sexo, em média, quantos dias você trabalha por semana?**

1. 1 dia
2. 2 dias
3. 3 dias
4. 4 dias
5. 5 dias
6. 6 dias
7. Todos os dias
8. NR

**A18. Quantos programas você faz, em média, por dia?**

1. 1
2. 2
3. 3
4. 4 a 6
5. 7 a 9
6. 10 a 14
7. 15 a 19
8. 20 ou mais
9. NR

**A19. Qual o local do seu trabalho principal como trabalhadora do sexo, isto é, onde você trabalha o maior número de horas como trabalhadora do sexo? O programa abrirá apenas as opções de resposta que foram marcadas na A13.**

1. Boates/Bares
2. Hotéis/Motéis
3. Casas de prostituição/bordeis
4. Privês
5. Termas/casas de massagem/saunas
6. Cinemas
7. Pontos de ruas
8. Pontos em Postos de Gasolina
9. Agências

10. Em casa
11. Outro local (Especifique)

**A20. Nesse local de trabalho, você tem um contrato de trabalho?**

1. Não
2. Sim, com carteira assinada
3. Sim, como autônoma
4. NR

**A21. Que horário você trabalha nesse local?**

1. Mais durante o dia
2. Mais durante a noite
3. Algumas vezes durante o dia e outras à noite
4. NR

**A22. Esse local de trabalho exige que você mostre resultados de exames laboratoriais periodicamente?**

- a. Do vírus da aids? 1.Sim 2. Não 3. NR
- b. De sífilis? 1.Sim 2. Não 3. NR
- c. De hepatite? 1.Sim 2. Não 3. NR

**BLOCO B: CONHECIMENTO SOBRE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (DST) E AIDS**

*Por favor, diga se você concorda ou discorda das seguintes afirmações sobre a transmissão do vírus da aids, sífilis e hepatite.*

**Você concorda ou discorda que...**

	Concordo	Discordo	Não sei	NR
<b>B1. Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo vírus da aids.</b>				
<b>B2. Uma pessoa pode se infectar com o vírus da aids ao ser picada por um inseto, como um mosquito ou pernilongo.</b>				
<b>B3. Uma pessoa pode se infectar com o vírus da aids compartilhando talheres, copos ou refeições com alguém que está infectado pelo vírus da aids.</b>				
<b>B4. Uma pessoa pode se infectar com o vírus da aids compartilhando seringa ou agulha com outras pessoas.</b>				

B5. Uma pessoa pode se infectar com o vírus da aids se não usar preservativos nas relações sexuais				
B6. Uma pessoa infectada pelo vírus da aids que está tomando medicamentos para aids tem menos risco de transmitir o vírus da aids para outra pessoa				
B7. Se uma mulher grávida estiver com o vírus da aids e receber tratamento durante a gravidez e no parto, o risco de passar o vírus da aids para o filho diminui.				
B8. Se uma mulher grávida estiver com sífilis e receber tratamento durante a gravidez, a mãe não passará a doença para o bebê.				
B9. Uma pessoa pode pegar hepatite compartilhando material para manicure (alicate de unha, lixa, espátula).				
B10. Uma pessoa pode pegar hepatite fazendo tatuagem ou colocando <i>piercing</i> .				
B11. Uma pessoa pode pegar hepatite compartilhando escova de dente.				
B12. Uma pessoa pode pegar hepatite compartilhando seringa ou agulha com outras pessoas.				
B13. Uma pessoa pode pegar hepatite se não usar preservativos nas relações sexuais.				

## **BLOCO C: APOIO SOCIAL E ACESSO A MATERIAL EDUCATIVO E PREVENTIVO**

*Neste bloco, vamos falar sobre movimentos sociais e acesso a material preventivo, como camisinha e gel lubrificante, e alguns aspectos atuais sobre a prevenção do HIV.*

**C1. Você é a favor da regulamentação do trabalho sexual, isto é, a possibilidade de você ter um contrato de trabalho como profissional do sexo com carteira assinada e garantias legais, tais como salário mínimo, seguro-desemprego, repouso semanal remunerado, férias anuais e licença saúde e gestante?**

1. Sim



2. Não
3. NR

**C2. Você é favor da legalização das casas de prostituição, isto é, a possibilidade de você trabalhar em um local legalizado com contrato de trabalho?**

1. Sim
2. Não
3. NR

**C3. Você é membro ou participa de algum grupo organizado, movimento social, associação ou ONG (Organização Não Governamental) de promoção e defesa dos direitos de trabalhadoras do sexo?**

1. Sim
2. Não
3. NR

**C4. Nos últimos 6 meses, você participou de alguma palestra e/ou recebeu algum material educativo sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e aids?**

1. Sim
2. Não
3. NR

**(Se 2 ou 3: vá para C6)**

**C5. Onde você participou da palestra e/ou recebeu o material educativo?**

*Pode marcar múltiplas opções.*

1. Em um serviço público de saúde
2. Em uma associação ou ONG
3. No local que trabalho como trabalhadora do sexo
4. Em outro lugar
5. NR

**C6. Nos últimos 6 meses, você comprou camisinhas?**

1. Sim
2. Não
3. NR

**C7. Nos últimos 6 meses, você recebeu camisinhas de graça?**

1. Sim
2. Não
3. NR

**(Se 2 ou 3: vá para C10)**

**C8. Como você obteve as camisinhas de graça?**

***Pode marcar múltiplas opções.***

1. Em um serviço público de saúde
2. Em uma associação ou ONG
3. No local de trabalho
4. Em bares, boates, termas ou saunas
5. Ganhei de um(a) agente de prevenção
6. Ganhei de uma trabalhadora do sexo
7. NR

**1. Você acha que a quantidade de camisinhas que você recebe de graça é suficiente?**

2. Sim
3. Não
4. NR

**1. Nos últimos 6 meses, você comprou camisinhas femininas?**

2. Sim
3. Não
4. NR

**1. Nos últimos 6 meses, você recebeu camisinhas femininas de graça?**

2. Sim
3. Não
4. NR

**(Se 2 ou 3: vá para C14)**

**C9. Como você recebeu as camisinhas femininas de graça?*****Pode marcar múltiplas opções.***

1. Em um serviço público de saúde
2. Em uma associação ou ONG
3. No local de trabalho
4. Em bares, boates, termas ou saunas
5. Ganhei de um(a) agente de prevenção
6. Ganhei de uma trabalhadora do sexo
7. NR

**C10. Você acha que a quantidade de camisinhas femininas que você recebe de graça é suficiente?**

1. Sim
2. Não
3. NR

**C11. Você usa camisinha feminina?**

1. Sim, frequentemente
2. Sim, às vezes
3. Sim, raramente
4. Não, nunca uso
5. NR

**C12. Nos últimos 6 meses, você comprou creme/gel lubrificante?**

1. Sim
2. Não
3. NR

**C13. Nos últimos 6 meses, você recebeu creme/gel lubrificante de graça?**

1. Sim
2. Não
3. NR

**(Se 2 ou 3: vá para C19)**

**C14. Como você obteve creme/gel lubrificante de graça?**

*Pode marcar múltiplas opções.*

1. Em um serviço público de saúde
2. Em uma associação ou ONG
3. No local de trabalho
4. Em bares, boates, termas ou saunas
5. Ganhei de um(a) agente de prevenção
6. Ganhei de uma trabalhadora do sexo
7. NR

**C15. Você acha que a quantidade de creme/gel lubrificante que você recebe de graça é suficiente?**

1. Sim
2. Não
3. NR

*Agora vamos falar sobre alguns aspectos atuais sobre a prevenção do HIV, o vírus da aids.*

**C16. Você já ouviu falar do teste de HIV que pode ser feito pela própria pessoa utilizando fluido oral ou saliva?**

1. Sim
2. Não
3. NR

**(Se 2 ou 3: vá para C21)**

**C17. Alguma vez você já fez o teste de HIV de fluido oral ou saliva?**

1. Sim, em uma campanha de rua
2. Sim, no serviço de saúde
3. Sim, em outro local
4. Não
5. NR

**C18. Você acha que se existisse um teste de HIV de fluido oral ou saliva disponível para comprar nas farmácias, você faria o teste de HIV com mais frequência?**

1. Sim
2. Não mudaria nada para mim
3. NR

**C19. Você já ouviu falar em PEP (Profilaxia Pós-Exposição), ou seja, o uso de medicamentos antirretrovirais para evitar a infecção pelo vírus da aids após exposição a uma situação de risco como sexo sem camisinha, rompimento da camisinha ou violência sexual?**

1. Sim
2. Não
3. NR

**C20. Você já ouviu falar em PrEP (Profilaxia Pré-Exposição), ou seja, o uso de medicamentos antirretrovirais por pessoas que não estão com o vírus da aids para se manterem negativos?**

1. Sim
2. Não
3. NR

**C21. Se existisse PrEP no Brasil, disponível de graça nos serviços de saúde, você tomaria medicamentos antirretrovirais todos os dias para diminuir o risco de infecção pelo vírus da aids?**

1. Sim, tomaria
2. Não precisaria tomar pois nunca me exponho a situações de risco
3. Não, teria medo de tomar esses medicamentos todos os dias
4. Não, pois não gosto dos efeitos que esses medicamentos provocam
5. Não tenho certeza se esses medicamentos servem para evitar o vírus da aids
6. Não mudaria nada para mim
7. NR

**BLOCO D: TESTES DE HIV, SÍFILIS e HEPATITES B e C**

*Neste bloco, perguntaremos sobre a realização de testes laboratoriais de HIV (o vírus da aids), sífilis, gonorreia e*

**D1. Você já fez o teste para aids alguma vez na vida?**

1. Sim
2. Não
3. NR

**(Se 1: vá para D3 / Se 3: vá para D12)**

**D2. Qual o principal motivo de você nunca ter feito o teste de aids?**

1. Não me sinto em risco
2. Não vejo motivo
3. Não sei onde fazer o teste
4. Tenho medo
5. Tenho vergonha
6. Outro motivo
7. NR

**(Vá para D12)**

**D3. Você já fez um teste rápido de HIV cujo resultado saiu na hora?**

1. Sim
2. Não
3. NR

**D4. Quando foi a última vez que você fez o teste para aids?**

1. Há menos de 3 meses atrás
2. Entre 3 e 6 meses atrás
3. Entre 6 meses e 1 ano atrás
4. Entre 1 e 2 anos atrás
5. Há mais de 2 anos atrás
6. NR

**(Se 4, 5 ou 6: vá para D6)**

**D5. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você fez o teste para aids?**

1. Uma vez
2. Duas vezes
3. Três vezes ou mais
4. NR

**D6. Em que local você fez o último teste para aids?**

1. CTA ou COA
2. Outro serviço público de saúde
3. Banco de sangue para doação
4. No local que trabalho como trabalhadora do sexo
5. Laboratórios/clínicas particulares
6. Trailer
7. Campanha de rua
8. Pesquisa anterior
9. Outro local
10. NR

**D7. Qual foi o principal motivo para você ter feito o último teste para aids?**

1. Pré-natal/ parto

2. Sempre me testo periodicamente
3. No serviço de saúde me orientaram a fazer o teste periodicamente
4. Transei sem camisinha
5. Me expus a uma situação de risco (camisinha estourou ou foi forçada a não usar camisinha)
6. Por exigência do trabalho onde faço programas
7. Doei sangue somente para me testar
8. Doei sangue porque precisei
9. Por curiosidade
10. O meu parceiro pediu
11. O parceiro está com o vírus da aids
12. Desconfiei que o parceiro estava com o vírus da aids
13. Por indicação médica
14. Porque estava participando de pesquisa
15. Cliente pediu
16. Por outro motivo
17. NR

**D8. Quanto tempo você esperou para que o resultado do último teste ficasse pronto?**

1. Recebi o resultado na hora ou no mesmo dia
2. Menos de uma semana
3. Mais de uma semana e menos de um mês
4. De 1 a 2 meses
5. Mais de 2 meses
6. NR

**D9. Ainda com relação ao último teste para aids, você sabe o resultado do teste?**

1. Sim
2. Não
3. NR

**(Se 2 ou 3: vá para D12)**

**D10. Você pode dizer o resultado do seu último teste?**

1. Positivo
2. Negativo
3. Não quero dizer

**(Se 2 ou 3: vá para D12)**

**D11. Você faz tratamento com medicamentos antirretrovirais?**

1. Sim, faço
2. Já fiz, mas interrompi
3. Não
4. NR

**D12. Você já fez o teste para sífilis alguma vez na vida?**

1. Não, nunca fiz
2. Sim, há menos de 3 meses atrás
3. Sim, entre 3 e 6 meses atrás
4. Sim, entre 6 meses e 1 ano atrás
5. Sim, entre 1 e 2 anos atrás
6. Sim, há mais de 2 anos atrás
7. NR

**(Se 1 ou 7: vá para D15)**

**D13. Você já teve algum teste de sífilis com resultado positivo?**

1. Sim
2. Não
3. NR

**(Se 2 ou 3: vá para D15)**

**D14. Você fez tratamento para sífilis?**

1. Sim
2. Não
3. NR

**D15. Você já fez o teste para hepatite C alguma vez na vida?**

1. Não, nunca fiz
2. Sim, há menos de 3 meses atrás
3. Sim, entre 3 e 6 meses atrás
4. Sim, entre 6 meses e 1 ano atrás
5. Sim, entre 1 e 2 anos atrás
6. Sim, há mais de 2 anos atrás
7. NR

**(Se 1 ou 7: vá para D18)**

**D16. Você já teve algum teste de hepatite C com resultado positivo?**

1. Sim
2. Não
3. NR

**(Se 2 ou 3: vá para D18)**

**D17. Você faz ou fez tratamento para hepatite C?**

1. Sim, completei todo o tratamento
2. Já fiz, mas interrompi antes de completar o tratamento
3. Sim, ainda faço tratamento
4. Não, nunca fiz tratamento para hepatite C
5. NR

**D18. Você já fez o teste para hepatite B alguma vez na vida?**

1. Não, nunca fiz
2. Sim, há menos de 3 meses atrás
3. Sim, entre 3 e 6 meses atrás
4. Sim, entre 6 meses e 1 ano atrás
5. Sim, entre 1 e 2 anos atrás
6. Sim, há mais de 2 anos atrás
7. NR

**(Se 1 ou 7: vá para o Bloco E)**

**D19. Você já teve algum teste de hepatite B com resultado positivo?**

1. Sim
2. Não
3. NR

**BLOCO E: ESTADO DE SAÚDE, ASSISTÊNCIA À SAÚDE E DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (DST)**

*Neste bloco vamos falar sobre a sua saúde em geral, acesso a programas de saúde da mulher, utilização de serviços de saúde, e sobre a ocorrência de problemas relacionados às doenças sexualmente transmissíveis (DST).*

**E1. Em geral, como você avalia a sua saúde?**

1. Muito boa
2. Boa
3. Regular
4. Ruim
5. Muito ruim
6. NR

**E2. Nas duas últimas semanas, quantos dias você teve pouco interesse ou pouco prazer em realizar as atividades habituais?**

1. Nenhum dia
2. Vários dias
3. Mais da metade dos dias
4. Quase todos os dias
5. NR

**E3. Nas duas últimas semanas, com que frequência você se sentiu deprimida, “pra baixo” ou sem perspectiva?**

1. Nenhum dia
2. Vários dias
3. Mais da metade dos dias
4. Quase todos os dias
5. NR



**E4. Você tem algum plano de saúde particular, de empresa ou órgão público?**

1. Sim
2. Não
3. NR

**E5. Você costuma procurar o mesmo lugar, mesmo médico ou mesmo serviço de saúde quando precisa de atendimento de saúde?**

1. Sim
2. Não
3. NR

**(Se 2 ou 3: vá para E7)**

**E6. Que local você costuma procurar quando precisa de atendimento de saúde?**

1. Farmácia
2. Posto de saúde ou unidade de saúde da família
3. SAE, Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM
4. UPA ou outra unidade de pronto atendimento público
5. Ambulatório de hospital público
6. Consultório particular
7. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado
8. Médico ou profissional de saúde do local que trabalho como trabalhadora do sexo
9. NR

**E7. Você já se sentiu discriminada ou tratada pior do que as outras pessoas no serviço de saúde, por algum médico ou outro profissional de saúde por um desses motivos?**

- |                                       |        |        |       |
|---------------------------------------|--------|--------|-------|
| a. Cor ou raça                        | 1. Sim | 2. Não | 3. NR |
| b. Ser trabalhadora do sexo           | 1. Sim | 2. Não | 3. NR |
| c. Ter o vírus da aids, se for o caso | 1. Sim | 2. Não | 3. NR |
| d. Doença ou incapacidade             | 1. Sim | 2. Não | 3. NR |
| e. Aparência física                   | 1. Sim | 2. Não | 3. NR |

**E8. Quando você vai ao serviço de saúde, você diz que você é trabalhadora do sexo?**

1. Sim, sempre
2. Só às vezes
3. Geralmente não
4. Nunca me declarei como trabalhadora do sexo
5. NR

**(Se 4 ou 5: vá para E10)**

**E9. Quando você diz que é trabalhadora do sexo, você acha que isso muda o seu atendimento ou o modo como é tratada pelos profissionais de saúde?**

1. Sim, bastante
2. Sim, um pouco
3. Não muda nada
4. NR

**E10. Quando foi a última vez que você fez um exame preventivo para câncer de colo do útero?**

1. No último ano
2. De 1 ano a menos de 2 anos atrás
3. De 2 anos a menos de 3 anos atrás
4. Mais de 3 anos atrás
5. Nunca fiz
6. NR

**(Se diferente de 5 ou 6: vá para E12)**

**E11. Qual o principal motivo de você nunca ter feito um exame preventivo?**

1. Não acho necessário
2. Tenho vergonha de dizer que sou trabalhadora do sexo
3. Nunca fui orientada para fazer o exame
4. Não sei quem procurar ou aonde ir
5. Tenho dificuldades financeiras
6. Tenho dificuldades de transporte
7. Tenho dificuldades para marcar consulta
8. O tempo de espera no serviço de saúde é muito grande
9. O serviço de saúde é muito distante
10. O horário de funcionamento do serviço é incompatível com minhas atividades de trabalho ou domésticas
11. NR

**E12. Durante a sua vida, você já ficou grávida (mesmo que a gravidez não tenha chegado até o final)?**

1. Sim
2. Não
3. NR

**(Se 2 ou 3: vá para E19)**

**E13. Quantos partos você já teve?**

1. 0 (nenhum)
2. 1
3. 2
4. 3
5. 4 a 6
6. 7 ou mais

7. NR

**(Se 1 ou 7: vá para E19)**

**E14. Quando foi o último parto?**

1. Há menos de 2 anos atrás
2. Há mais de 2 anos atrás e menos de 5 anos atrás
3. Há mais de 5 anos atrás
4. NR

**(Se 2 ou 3: vá para E18)**

**E15. Na última vez que você esteve grávida, você fez pré-natal?**

1. Sim
2. Não
3. NR

**(Se 2 ou 3: vá para E18)**

**E16. Em que período da gravidez você iniciou o pré-natal?**

1. No primeiro trimestre (primeiros 3 meses)
2. No segundo trimestre (de 4 a 6 meses de gravidez)
3. No terceiro trimestre (de 7 a 9 meses de gravidez)
4. NR

**E17. Quantas consultas de pré-natal você teve?**

1. 1 a 3 consultas
2. 4 a 6 consultas
3. 7 ou mais consultas
4. NR

**E18. Quantos filhos vivos você tem?**

1. 0 (nenhum)
2. 1
3. 2
4. 3
5. 4 a 6
6. 7 ou mais
7. NR

**E19. Você usa algum método para evitar a gravidez atualmente?**

1. Sim
2. Não
3. NR

**(Se 1: vá para E21 / Se 3: vá para E22)**

**E20. Qual o principal motivo de não evitar a gravidez?**

1. Quero engravidar ou não me incomodo se engravidar
2. Estou grávida

3. Já estou na menopausa
4. Liguei as trompas
5. Meu parceiro fixo fez vasectomia
6. Já fui submetida à cirurgia para retirada do útero ou ovário
7. NR

**(Vá para E22)**

**E21. Que método para evitar a gravidez você usa atualmente?**

1. Pílula
2. Tabela
3. Camisinha masculina
4. Camisinha feminina
5. Diafragma
6. DIU
7. Contraceptivo Injetável
8. Outro método
9. NR

*Agora vamos falar sobre problemas relacionados às doenças sexualmente transmissíveis nos últimos 12 meses, isto é, um conjunto de infecções distintas que são transmitidas pela relação sexual.*

**E1. Nos últimos 12 meses, você teve feridas na vagina ou no ânus?**

1. Sim
2. Não
3. NR

**E2. Nos últimos 12 meses, você teve pequenas bolhas na vagina ou no ânus?**

1. Sim
2. Não
3. NR

**E3. Nos últimos 12 meses, você teve verrugas (berrugas) na vagina ou no ânus?**

1. Sim
2. Não
3. NR

**E4. Nos últimos 12 meses, você teve algum corrimento de cor diferente ou com mau cheiro, saindo da vagina?**

1. Sim
2. Não
3. NR

**(Se E22=2 ou 3 e E23=2 ou 3 e E24=2 ou 3 e E25=2 ou 3: vá para E31)**

**E5. Na última vez que teve algum desses problemas, qual serviço você procurou primeiramente?**

1. Farmácia
2. Posto de saúde ou unidade de saúde da família
3. SAE, Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM
4. UPA ou outra unidade de pronto atendimento público
5. Ambulatório de hospital público

6. Consultório particular
7. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado
8. Médico ou profissional de saúde do local que trabalho como trabalhadora do sexo
9. Nenhum serviço
10. NR

**(Se 1, 9 ou 10: vá para E31)**

**E6. Na última vez que teve algum desses problemas, você recebeu alguma dessas orientações no atendimento?**

- a. Usar regularmente preservativo durante as relações sexuais 1. Sim 2. Não 3. NR
- b. Necessidade de tratamentos dos parceiros 1. Sim 2. Não 3. NR
- c. Fazer o teste de HIV (o vírus da aids) 1. Sim 2. Não 3. NR
- d. Fazer o teste de sífilis 1. Sim 2. Não 3. NR
- e. Fazer os testes de hepatite B e C 1. Sim 2. Não 3. NR

**E7. O profissional de saúde que te atendeu passou algum medicamento para você tomar ou passar no local?**

1. Sim
2. Não
3. NR

**(Se 2 ou 3: vá para E31)**

**E8. Você obteve todos os medicamentos receitados?**

1. Todos
2. Alguns
3. Nenhum
4. NR

**(Se 1 ou 4: vá para E31)**

**E9. Qual o principal motivo de você não ter obtido todos os medicamentos receitados?**

1. Não consegui obter no serviço público de saúde
2. Não consegui encontrar todos os medicamentos na farmácia
3. Não tinha dinheiro para comprar
4. Não achei necessário
5. Desisti de procurar, pois melhorei
6. NR

**E10. Alguma vez na vida você já tomou a vacina contra hepatite B?**

1. Não
2. Sim, uma dose
3. Sim, duas doses
4. Sim, três doses
5. Sim, mas não me lembro do número de doses
6. Não sei se já tomei alguma vez
7. NR

**E11. Nos últimos 12 meses, você teve o diagnóstico de alguma dessas doenças sexualmente transmissíveis (DST)?**

***Pode marcar múltiplas opções.***

1. Úlcera genital (feridas)
2. Verrugas genitais (condiloma)
3. Herpes genital
4. Gonorreia
5. Outra doença sexualmente transmissível
6. Não teve nenhuma dessas doenças
7. NR

**(Se 6 ou 7: vá para o Bloco F)**

**E12. Para essas doenças sexualmente transmissíveis, você fez ou faz tratamento?**

***O programa abrirá apenas as opções de resposta que foram marcadas na E32.***

- |   |                     |
|---|---------------------|
| a. Úlcera genital (feridas)               | 1. Sim 2. Não 3. NR |
| b. Verrugas genitais (condiloma)          | 1. Sim 2. Não 3. NR |
| c. Herpes genital                         | 1. Sim 2. Não 3. NR |
| d. Gonorreia                              | 1. Sim 2. Não 3. NR |
| e. Outra doença sexualmente transmissível | 1. Sim 2. Não 3. NR |

## **BLOCO F: VIOLÊNCIA**

*Neste bloco, vamos falar sobre ocorrências de violência física e sexual na sua vida.*

**F1. Nos últimos 12 meses, alguém te xingou, humilhou, depreciou ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?**

1. Sim
2. Não
3. NR

**(Se 2 ou 3: vá para F3)**

**F2. Quem lhe xingou ou humilhou?**

- |  |                     |
|--|---------------------|
| a. Companheiro(a), cônjuge, namorado(a) ou parceiro(a) fixo(a) | 1. Sim 2. Não 3. NR |
| b. Cliente   | 1. Sim 2. Não 3. NR |
| c. Familiar  | 1. Sim 2. Não 3. NR |
| d. Cafetão ou dono(a) do local de trabalho                     | 1. Sim 2. Não 3. NR |
| e. Colega de trabalho ou outra trabalhadora do sexo            | 1. Sim 2. Não 3. NR |
| f. Segurança ou outro profissional do local de trabalho        | 1. Sim 2. Não 3. NR |
| g. Outra pessoa conhecida                                      | 1. Sim 2. Não 3. NR |

- |                                  |                     |
|----------------------------------|---------------------|
| h. Policial ou agente da lei     | 1. Sim 2. Não 3. NR |
| i. Assaltante, bandido ou ladrão | 1. Sim 2. Não 3. NR |
| j. Outra pessoa desconhecida     | 1. Sim 2. Não 3. NR |

**F3. Nos últimos 12 meses, alguém lhe ameaçou ou agrediu fisicamente, ou seja, você levou socos, tapas, chutes, empurrões ou foi ferida ou ameaçada com algum objeto ou arma?**

1. Sim
2. Não
3. NR

**(Se 2 ou 3: vá para F10)**

**F4. Quem lhe ameaçou ou agrediu fisicamente?**

***Pode marcar múltiplas opções.***

1. Companheiro(a), cônjuge, namorado(a) ou parceiro(a) fixo(a)
2. Cliente
3. Familiar
4. Cafetão ou dono(a) do local de trabalho
5. Colega de trabalho ou outra trabalhadora do sexo
6. Segurança ou outro profissional do local de trabalho
7. Outra pessoa conhecida
8. Policial ou agente da lei
9. Assaltante, bandido ou ladrão
10. Outra pessoa desconhecida
11. NR

**F5. Pensando na violência física mais grave que você sofreu nos últimos 12 meses, como você foi ameaçada ou ferida?**

1. Com arma de fogo (revólver, escopeta, pistola)
2. Com arma branca (faca, navalha, punhal, tesoura)
3. Com objeto contundente (pau, cassetete, barra de ferro, pedra)
4. Com força corporal, espancamento (tapa, murro, empurrão)
5. NR

**F6. Nesta ocorrência, a violência foi cometida por:**

***O programa abrirá apenas as opções de resposta que foram marcadas na F4.***

1. Companheiro(a), cônjuge, namorado(a) ou parceiro(a) sexual fixo(a)
2. Cliente
3. Familiar

4. Cafetão ou dono(a) do local de trabalho
5. Colega de trabalho ou outra trabalhadora do sexo
6. Segurança ou outro profissional do local de trabalho
7. Outra pessoa conhecida
8. Policial ou agente da lei
9. Assaltante, bandido ou ladrão
10. Outra pessoa desconhecida

**F7. Por causa dessa violência, você deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais como trabalhar ou realizar afazeres domésticos?**

1. Sim
2. Não
3. NR

**F8. Por causa desta violência, você recebeu algum tipo de assistência de saúde?**

1. Sim
2. Não
3. NR

**F9. Por causa desta violência, você denunciou à polícia ou delegacia da mulher?**

1. Sim
2. Não
3. NR

**F10. Nos últimos 12 meses, quais dessas situações ocorreram com você?**

- |  |                     |
|--|---------------------|
| a. O local onde você faz programas teve uma batida da polícia      | 1. Sim 2. Não 3. NR |
| b. Um policial fez programa com você e não pagou                   | 1. Sim 2. Não 3. NR |
| c. Você foi detida quando estava fazendo programas                 | 1. Sim 2. Não 3. NR |
| d. A polícia confiscou camisinhas                                  | 1. Sim 2. Não 3. NR |
| e. Você se sentiu protegida pela polícia quando estava trabalhando | 1. Sim 2. Não 3. NR |
| f. Você se sentiu ameaçada pela polícia quando estava trabalhando  | 1. Sim 2. Não 3. NR |

**F11. Alguma vez na vida, alguém forçou você fisicamente a ter relações sexuais contra a sua vontade?**

1. Sim
2. Não
3. NR



**(Se 2 ou 3: vá para o Bloco G)**

**F12. Quando foi a última vez que você foi forçada fisicamente a ter relações sexuais contra a sua vontade?**

1. Há menos de 6 meses
2. Entre 6 meses e menos de um ano atrás
3. Entre 1 e 2 anos atrás
4. Entre 2 e 5 anos atrás
5. Há mais de 5 anos atrás
6. NR

**F13. Pensando na última vez que você foi forçada fisicamente a ter relações sexuais contra a sua vontade, quem lhe forçou?**

1. Companheiro(a), cônjuge, namorado(a) ou parceiro(a) sexual fixo(a)
2. Cliente
3. Familiar
4. Cafetão ou dono(a) do local de trabalho
5. Segurança ou outro profissional do local de trabalho
6. Outra pessoa conhecida
7. Policial ou agente da lei
8. Assaltante, bandido ou ladrão
9. Outra pessoa desconhecida
10. NR

**F14. Nessa relação sexual forçada fisicamente o agressor usou preservativo?**

1. Sim
2. Não
3. NR

**F15. Por causa dessa violência sexual, você deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais como trabalhar ou realizar afazeres domésticos?**

1. Sim
2. Não
3. NR

**F16. Por causa desta violência sexual, você procurou algum tipo de assistência de saúde?**

1. Sim
2. Não
3. NR

**(Se 2 ou 3: vá para F19)**

**F17. Você utilizou PEP (Profilaxia Pós-Exposição), ou seja, o uso de medicamentos antirretrovirais para evitar o vírus da aids após uma exposição de risco?**

1. Sim
2. Não
3. NR

**(Se 1 ou NR: vá para F19)**

**F18. Qual o motivo principal de você não ter tomado medicamentos antirretrovirais para evitar o vírus da aids?**

1. Procurei assistência de saúde, mas não contei o que havia ocorrido
2. Procurei assistência de saúde, mas não me indicaram o uso de medicamentos
3. Fui encaminhada a um serviço de saúde para buscar os medicamentos, mas não fui buscar
4. No serviço de saúde, me indicaram o uso de medicamentos, mas não tenho certeza se esses medicamentos podem evitar o vírus da aids
5. No serviço de saúde, me indicaram o uso de medicamentos, mas tenho medo ou não gosto dos efeitos que esses medicamentos provocam
6. O agressor me disse ou comprovou que era negativo
7. O agressor usou preservativo o tempo todo
8. NR

**F19. Por causa desta violência sexual, você denunciou à polícia ou delegacia da mulher?**

1. Sim
2. Não
3. NR

**F20. Com que idade você foi abusada sexualmente pela primeira vez?**

1. Menos do que 10 anos
2. 10 anos
3. 11 anos
4. 12 anos
5. 13 anos
6. 14 anos
7. 15 anos
8. 16 anos
9. 17 anos
10. 18 anos
11. 19 anos
12. 20 anos ou mais de idade
13. NR

**F21. Pensando na primeira vez que foi forçada fisicamente a ter relações sexuais contra a sua vontade, quem lhe forçou?**

1. Pai ou padrasto
2. Outro familiar
3. Companheiro(a), cônjuge, namorado(a) ou parceiro(a) sexual fixo(a)
4. Cliente
5. Cafetão ou dono(a) do local de trabalho
6. Segurança ou outro profissional do local de trabalho
7. Outra pessoa conhecida
8. Policial ou agente da lei
9. Assaltante, bandido ou ladrão
10. Outra pessoa desconhecida
11. NR

**F22. A sua primeira relação sexual foi forçada?**

1. Sim
2. Não
3. NR

**BLOCO G: COMPORTAMENTO SEXUAL COM PARCEIROS FIXOS E CLIENTES**

*Agora, gostaríamos de perguntar sobre o seu comportamento sexual.*

**G1. Com que idade você teve a sua primeira relação sexual?**

1. Menos do que 10 anos
2. 10 anos
3. 11 anos
4. 12 anos
5. 13 anos
6. 14 anos
7. 15 anos
8. 16 anos
9. 17 anos
10. 18 anos
11. 19 anos
12. 20 anos ou mais de idade
13. NR

*Agora, vamos falar de suas experiências sexuais somente durante os últimos 6 meses. Vamos começar perguntando sobre parceiros fixos do sexo masculino com quem você manteve ou mantém relações sexuais regularmente. Parceiro fixo pode ser um namorado, marido, companheiro, amante, ou alguém com quem você se encontra frequentemente, **mas não é um cliente**.*

**G2. Nos últimos 6 meses, você teve relação sexual com parceiros fixos do sexo masculino?**

1. Sim
2. Não
3. NR

**(Se 2 ou 3: vá para texto antes da G19)**

**G3. Nos últimos 6 meses, com quantos parceiros fixos do sexo masculino você teve relação sexual?**

1. 1
2. 2
3. 3
4. 4 ou mais
5. NR

**G4. Nos últimos 6 meses, com que frequência vocês usaram camisinha no sexo vaginal com os parceiros fixos?**

1. Nenhuma das vezes
2. Menos da metade das vezes
3. Mais da metade das vezes
4. Todas as vezes
5. NR

**G5. Nos últimos 6 meses, com que frequência os parceiros fixos usaram camisinha no sexo anal (sexo por trás)?**

1. Não fiz sexo anal
2. Nenhuma das vezes
3. Menos da metade das vezes
4. Mais da metade das vezes
5. Todas as vezes
6. NR

**G6. Nos últimos 6 meses, com que frequência os parceiros usaram camisinha quando você fez sexo oral (sexo com a boca) neles?**

1. Não fiz sexo oral
2. Nenhuma das vezes
3. Menos da metade das vezes
4. Mais da metade das vezes
5. Todas as vezes
6. NR

**(Se 1, 5 ou 6: vá para G8)**

1. **Em alguma dessas vezes, o parceiro fixo gozou na sua boca? Sim**
2. Não
3. NR

**G7. Pensando na última relação sexual com um parceiro fixo nos últimos 6 meses, vocês usaram camisinha durante toda a relação sexual?**

1. Não, a camisinha estourou ou saiu
2. Não, o parceiro tirou
3. Não, começamos sem camisinha desde o início
4. Sim
5. NR

*Se você só teve um parceiro fixo nos últimos 6 meses, as próximas perguntas se referem a ele. No caso de mais de um parceiro fixo nos últimos 6 meses, para responder às próximas perguntas, gostaríamos que você pensasse no parceiro fixo que está há mais tempo com você.*

1. **Há quanto tempo você está com esse parceiro fixo?** Há menos de 3 meses
2. Há mais de 3 meses e menos de 6 meses
3. Há mais de 6 meses e menos de 1 ano
4. Há 1 ano ou mais
5. NR

**G8. Qual destas opções descreve melhor a sua relação com esse parceiro fixo?**

1. Moramos juntos
2. Somos casados
3. Somos namorados
4. Somos amantes e nos encontramos frequentemente
5. Ficamos várias vezes, mas não temos compromisso
6. NR

**G9. Esse parceiro fixo sabe que você faz programas?**

1. Sim
2. Não
3. NR

**G10. Esse parceiro fixo já fez teste para aids?**

1. Sim
2. Não, ele nunca fez
3. Não sei se ele já fez
4. NR

**(Se 2, 3 ou 4: vá para G15)**

**G11. Você sabe há quanto tempo esse parceiro fixo fez o último teste de aids?**

1. Não sei
2. Há menos de 3 meses atrás
3. Entre 3 e 6 meses atrás
4. Entre 6 meses e 1 ano atrás
5. Entre 1 e 2 anos atrás
6. Há mais de 2 anos atrás
7. NR

**G12. Você pode dizer o resultado do teste de aids desse parceiro fixo?**

1. Negativo
2. Positivo
3. Não sei o resultado
4. Não quero dizer

**G13. Esse parceiro fixo usa crack ou cocaína?**

1. Sim
2. Não

3. Não sei
4. NR

**G14. Esse parceiro fixo tem relações sexuais com homens?**

1. Sim
2. Não
3. Não sei
4. NR

**G15. Você já conversou sobre aids com esse parceiro fixo e fez algum acordo de prevenção, isto é, alguma combinação com ele sobre o comportamento sexual de vocês para não pegar o vírus da aids?**

1. Sim, conversamos e fizemos acordos para não pegar o vírus da aids
2. Já conversamos sobre aids, mas não fizemos acordo
3. Nunca conversamos sobre isso
4. NR

**(Se 2, 3 ou 4: vá para texto antes da G19)**

**G16. Qual ou quais acordos vocês fizeram?**

- |  |    |
|--|----|
| a. Sempre usar camisinha na relação sexual com outras pessoas      | 1. |
| Sim   2.Não 3. NR  |    |
| b. Sempre usar camisinha nas nossas relações sexuais               | 1. |
| Sim   2.Não 3. NR  |    |
| c. Nós dois fazermos o teste de aids periodicamente                | 1. |
| Sim   2.Não 3. NR  |    |
| d. O seu parceiro fixo não ter relações sexuais com outras pessoas | 1. |
| Sim   2.Não 3. NR  |    |

*Agora, vamos perguntar sobre suas experiências sexuais com clientes, isto é, que pagam para fazer sexo com você.*

**G17. Nos últimos 6 meses, com que frequência vocês usaram preservativo no sexo vaginal com seus clientes?**

1. Nenhuma vez
2. Menos da metade das vezes
3. Mais da metade das vezes
4. Todas as vezes
5. NR

**G18. Nos últimos 6 meses, com que frequência os seus clientes usaram preservativo no sexo anal (sexo por trás)?**

1. Não fiz sexo anal
2. Nenhuma vez
3. Menos da metade das vezes
4. Mais da metade das vezes
5. Todas as vezes
6. NR

**G19. Nos últimos 6 meses, com que frequência os seus clientes usaram preservativo quando você fez sexo oral (sexo com a boca) neles?**

1. Não fiz sexo oral
2. Nenhuma vez
3. Menos da metade das vezes
4. Mais da metade das vezes
5. Todas as vezes
6. NR

**(Se 1, 5 ou 6: vá para G23)**

**G20. Alguma dessas vezes o cliente gozou na sua boca?**

1. Sim
2. Não
3. NR

**G21. Pensando na última relação sexual com cliente nos últimos 6 meses, vocês usaram camisinha durante toda a relação sexual?**

1. Não, a camisinha estourou ou saiu
2. Não, o cliente tirou
3. Não, começamos sem camisinha desde o início
4. Sim
5. NR

**G22. Em que situações você aceitaria fazer sexo sem preservativo com clientes?**

- |   |        |        |       |
|---|--------|--------|-------|
| a. Quando já conhece o cliente                                    | 1. Sim | 2. Não | 3. NR |
| b. Por solicitação ou exigência do cliente                        | 1. Sim | 2. Não | 3. NR |
| c. Quando precisa muito de dinheiro                               | 1. Sim | 2. Não | 3. NR |
| d. Quando faz muitos programas no mesmo dia                       | 1. Sim | 2. Não | 3. NR |
| e. Quando está com alergia ou irritação por causa do preservativo | 1. Sim | 2. Não | 3. NR |
| f. Quando não tem camisinha na hora do programa                   | 1. Sim | 2. Não | 3. NR |
| g. Quando não está consciente por uso de drogas ou álcool         | 1. Sim | 2. Não | 3. NR |
| h. Outro motivo   | 1. Sim | 2. Não | 3. NR |

*Agora vamos falar sobre a sua exposição a situações de risco sexual, com qualquer tipo de parceiro, fixo, casual ou cliente.*

**G23. Nos últimos 6 meses, com que frequência o preservativo rompeu, estourou, deslizou, ou saiu durante alguma relação sexual?**

1. Nunca
2. Sim, uma vez
3. Sim, duas vezes
4. Sim, três ou 4 vezes
5. Sim, cinco vezes ou mais
6. NR

**G24. Nos últimos 6 meses, com que frequência você fez sexo sem preservativo com algum parceiro sabendo que ele estava infectado pelo vírus da aids?**

1. Nunca
2. Sim, uma vez
3. Sim, duas vezes
4. Sim, três ou 4 vezes
5. Sim, cinco vezes ou mais
6. NR

**G25. Nos últimos 6 meses, com que frequência alguém te forçou a ter relações sexuais sem preservativo ou tirou o preservativo durante a relação sexual sem você querer ou deixar?**

1. Nunca
2. Sim, uma vez
3. Sim, duas vezes
4. Sim, três ou 4 vezes
5. Sim, cinco vezes ou mais
6. NR

**(Se G25=1 ou 6 e G26=1 ou 6 e G27=1 ou 6: vá para o Bloco H)**

**G26. Em alguma dessas situações, você utilizou PEP (Profilaxia Pós-Exposição), ou seja, o uso de medicamentos antirretrovirais para evitar o vírus da aids após uma exposição de risco?**

1. Sim
2. Não
3. NR

**(Se 1 ou 3: vá para o Bloco H)**

**G27. Qual o motivo principal de você não ter utilizado PEP, isto é, tomado medicamentos antirretrovirais para evitar o vírus da aids?**

1. Não busquei assistência de saúde em nenhuma dessas situações
2. Não fui orientada a buscar assistência de saúde quando ocorresse uma dessas situações
3. Não sei qual serviço de saúde devo procurar para obter esses medicamentos
4. Procurei assistência de saúde, mas não me indicaram o uso de medicamentos
5. Fui encaminhada a um serviço de saúde para buscar os medicamentos, mas não fui buscar
6. Não tenho certeza se esses medicamentos podem evitar o vírus da aids
7. Tenho medo ou não gosto dos efeitos que esses medicamentos provocam
8. NR



**G28. Após a ocorrência dessas situações em que você se expôs ao risco sexual, você fez alguma outra coisa para evitar o vírus da aids?**

1. Fiz o teste de HIV depois de um tempo
2. Não fiz nada, apesar da preocupação
3. Não fiz nada, pois o parceiro me disse ou comprovou que era negativo
4. Uma pessoa conhecida me deu medicamentos para usar
5. Fiz uma higiene pessoal
6. NR

**BLOCO H: USO DE ÁLCOOL E DROGAS**

*Agora, gostaríamos de perguntar sobre o seu uso de bebidas alcólicas e de algum tipo de droga.*

1. **Quantos dias por semana você costuma tomar alguma bebida alcoólica?** Não bebo nunca
2. Quase nunca ou menos de uma vez por semana
3. 1 dia
4. 2 dias
5. 3 dias
6. 4 dias
7. 5 dias
8. 6 dias
9. Todo dia
10. NR

**(Se 1, 2 ou 10: vá para H7)**

**H1. Em geral, no dia que você bebe, quantas doses de bebida alcoólica você consome? (1 dose de bebida alcoólica equivale a 1 lata de cerveja, 1 taça de vinho ou 1 dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada)**

1. 1 dose
2. 2 doses
3. 3 doses
4. 4 doses
5. 5 doses
6. 6 a 9 doses
7. 10 ou mais
8. NR

**H2. Quantos anos você tinha quando começou a consumir bebidas alcólicas?**

1. Menos do que 10 anos
2. 10 anos
3. 11 anos
4. 12 anos
5. 13 anos
6. 14 anos

7. 15 anos
8. 16 anos
9. 17 anos
10. 18 anos
11. 19 anos
12. 20 anos ou mais
13. NR

**H3. Nos últimos 6 meses, com que frequência você ingeriu alguma bebida alcoólica pouco antes ou durante a relação sexual?**

1. Sempre
2. Na maioria das vezes
3. Algumas vezes
4. Raramente
5. Nunca
6. NR

**H4. Quantas vezes ao longo dos últimos 6 meses você não conseguiu fazer o que era esperado de você por causa do álcool?**

1. Nunca
2. Menos de uma vez por mês
3. Uma vez por mês
4. Uma vez por semana
5. Quase todos os dias
6. NR

**H5. Quantas vezes ao longo dos últimos 6 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?**

1. Nunca
2. Menos de uma vez por mês
3. Uma vez por mês
4. Uma vez por semana
5. Quase todos os dias
6. NR

**H6. Nos últimos 6 meses, quantas vezes você usou alguma droga como maconha, crack ou merla, ecstasy, cocaína, heroína ou outra droga?**

1. Nenhuma vez
2. Uma vez por mês ou menos
3. Mais ou menos uma vez por semana
4. Várias vezes por semana
5. Todos os dias
6. NR

**(Se H1=1, 2 ou 10 e se H7 = 1, 2 ou 6: vá para agradecimento; Se H1>=3 e se H7=1, 2 ou 6: vá para H18)**

**H7. Nos últimos 6 meses, quantas vezes você usou maconha?**

1. Nenhuma vez
2. Uma vez por mês ou menos
3. Mais ou menos uma vez por semana
4. Várias vezes por semana
5. Todos os dias
6. NR

**H8. Nos últimos 6 meses, quantas vezes você usou crack ou merla?**

1. Nenhuma vez
2. Uma vez por mês ou menos
3. Mais ou menos uma vez por semana
4. Várias vezes por semana
5. Todos os dias
6. NR

**H9. Nos últimos 6 meses, quantas vezes você usou ecstasy?**

1. Nenhuma vez
2. Uma vez por mês ou menos
3. Mais ou menos uma vez por semana
4. Várias vezes por semana
5. Todos os dias
6. NR

**H10. Nos últimos 6 meses, quantas vezes você cheirou cocaína?**

1. Nenhuma vez
2. Uma vez por mês ou menos
3. Mais ou menos uma vez por semana
4. Várias vezes por semana
5. Todos os dias
6. NR

**H11. Nos últimos 6 meses, quantas vezes você injetou cocaína ou outra droga na veia?**

1. Nenhuma vez
2. Uma vez por mês ou menos
3. Mais ou menos uma vez por semana
4. Várias vezes por semana
5. Todos os dias
6. NR

**H12. Nos últimos 6 meses, você usou alguma outra droga?**

1. Nenhuma vez
2. Uma vez por mês ou menos
3. Mais ou menos uma vez por semana
4. Várias vezes por semana
5. Todos os dias
6. NR

**H13. Com que idade você começou a usar drogas?**

1. Menos do que 10 anos
2. 10 anos
3. 11 anos
4. 12 anos
5. 13 anos
6. 14 anos
7. 15 anos
8. 16 anos
9. 17 anos
10. 18 anos
11. 19 anos

12. 20 anos ou mais de idade

13. NR

**Nos últimos 6 meses, com que frequência você usou alguma droga pouco antes ou durante a relação sexual?**

1. Sempre
2. Na maioria das vezes
3. Algumas vezes
4. Raramente
5. Nunca
6. NR

**H14. Quantas vezes ao longo dos últimos 6 meses você não conseguiu fazer o que era esperado de você por causa das drogas?**

1. Nunca
2. Menos de uma vez por mês
3. Uma vez por mês
4. Uma vez por semana
5. Quase todos os dias
6. NR

**H15. Quantas vezes ao longo dos últimos 6 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido às drogas?**

1. Nunca
2. Menos de uma vez por mês
3. Uma vez por mês
4. Uma vez por semana
5. Quase todos os dias
6. NR

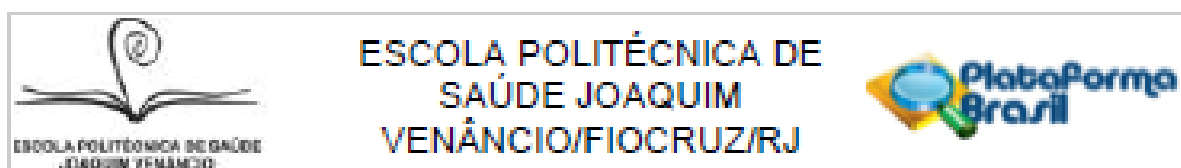
**H16. Nos últimos 6 meses, com que frequência você fez sexo sem preservativo com algum parceiro porque usou álcool ou drogas?**

1. Nunca
2. Sim, uma vez
3. Sim, duas vezes
4. Sim, três ou 4 vezes
5. Sim, cinco vezes ou mais
6. NR

## **AGRADECIMENTO**

**Muito obrigado pela sua participação! As informações que você nos forneceu serão valiosas para a formulação de políticas públicas para a melhoria da assistência de saúde das trabalhadoras do sexo no Brasil.**

## ANEXO C – Parecer Consubstanciado do CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Taxas de prevalência de HIV, sífilis, Hepatites B e C e conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às Infecções sexualmente transmissíveis no grupo das mulheres profissionais do sexo, no Brasil - Projeto Corrente da Saúde II

**Pesquisador:** Célia Landmann Szwarcwald

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 48889015.5.0000.5241

**Instituição Proponente:** FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

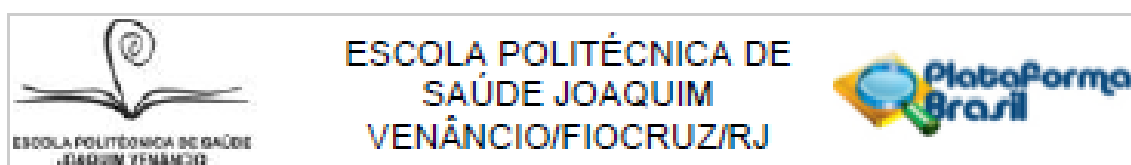
**Patrocinador Principal:** ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.338.989

#### Apresentação do Projeto:

O presente projeto dá continuidade a um estudo anterior de 2008-2009, intitulado "Taxas de prevalência de HIV e sífilis e conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às Infecções sexualmente transmissíveis no grupo das mulheres profissionais do sexo, no Brasil - Projeto Corrente da Saúde" realizado em 10 cidades brasileiras e aprovado pelo CEP/Fiocruz (nº 395/07 – CAAE: 0031.0.011.000-07) também em parceria com o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (DDAHV) do Ministério da Saúde, sobre a vigilância do HIV nos grupos sob maior risco. A finalidade agora é investigar os avanços conseguidos para o controle da epidemia de HIV/Aids no subgrupo das mulheres trabalhadoras do sexo. Para tanto, serão estudados o conhecimento, as atitudes e práticas de risco relacionadas ao HIV e outras Infecções sexualmente transmissíveis (IST). O Projeto será denominado Corrente da Saúde II. A pesquisadora responsável, Célia L. Szwarcwald é do ICICT, assim como o coordenador adjunto, Paulo Roberto Borges S. Junior. Conta ainda com mais oito pessoas na equipe de pesquisa e uma assistente. Se trabalhará com amostras de mulheres trabalhadoras do sexo (TS), selecionadas em 12 municípios brasileiros, a partir da metodologia de amostragem pelo método RDS RespondentDriven Sampling para o recrutamento dos sujeitos. O tamanho da amostra pré-estabelecido para o estudo foi de no mínimo 350



Continuação do Parecer: 1.336.699

entrevistas válidas por cidade, constituindo uma amostra mínima de 4200 trabalhadoras do sexo. As participantes serão testadas para a Infecção pelo HIV, sífilis, hepatite B e C, de acordo com os protocolos recomendados pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (DDAHV) do Ministério da Saúde. A pesquisa conta com o patrocínio de Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura, através do DDAHV.

#### Objetivo da Pesquisa:

Estimar as taxas de prevalência de HIV, sífilis, hepatite B e C, em mulheres TS, bem como contribuir para suprir informações sobre as práticas de risco relacionadas ao HIV entre as mulheres trabalhadoras do sexo no Brasil.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos, a pesquisadora informa, conforme citado no TCLE, a "possibilidade de ocorrer riscos e desconfortos relacionados à coleta venosa, ainda que raros e passageiros, como dor localizada, hematoma, desmaio e infecção." Contudo, indica medidas adequadas para diminuir os riscos, como o sangue ser colhido por profissional habilitado e o acompanhamento após a coleta, já que caso o participante venha a sofrer qualquer tipo de intercorrência resultante da participação no estudo, ele terá todo o suporte da coordenação da pesquisa, que o encaminhará a um serviço público de saúde, se necessário.

Em relação aos benefícios, estes são de ordem direta e indireta. No que tange aos benefícios diretos, o projeto informa "que as participantes terão o aconselhamento (pré e pós-teste), o conhecimento dos resultados dos testes de HIV, sífilis, hepatite B e C, e a distribuição de material educativo e preventivo. No caso de identificação de participantes com resultados positivos, haverá benefícios indiretos, já que serão feitos aconselhamentos para minimizar os riscos psicológicos e para notificar os parceiros fixos, assim como o encaminhamento aos serviços de saúde adequados para dar continuidade à assistência." Na avaliação deste comitê, os benefícios esperados superam os riscos inerentes à realização do estudo.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Considerando-se que a epidemia da AIDS no Brasil, mostrou-se como uma epidemia dita "concentrada", mantendo uma taxa de prevalência da Infecção pelo HIV em níveis menores do que 1% na população geral, e taxas maiores nos subgrupos populacionais sob maior risco ao HIV1, os grupos de maior risco à Infecção pelo HIV têm papel fundamental na dinâmica da epidemia. Nesse contexto, se reconhece a importância de monitoramento dos indicadores nos subgrupos sob maior risco à Infecção pelo HIV para a melhor compreensão da dinâmica de disseminação da epidemia de

Endereço: Avenida Brasil, 4365  
 Bairro: Manguinhos CEP: 21.040-900  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)3865-0710 Fax: (21)3865-0720 E-mail: cep@fiocruz.br



ESCOLA POLITÉCNICA DE  
SAÚDE JOAQUIM  
VENÂNCIO/FIOCRUZ/RJ



Continuação do Parecer: 1.330.909

HIV/AIDS no Brasil, para a elaboração de uma série de estudos que permitam caracterizar as práticas e o comportamento de risco desses subgrupos populacionais, em âmbito nacional. Considerando que o grupo de mulheres TS é um dos subgrupos populacionais sob maior risco, a identificação de infecções pelo HIV nesse grupo de trabalhadoras do sexo poderá reduzir a transmissão para os seus clientes e parceiros fixos, o que por sua vez, poderá ter um efeito potencial na redução da disseminação da epidemia na população brasileira. O tema é extremamente pertinente, a metodologia está adequada e os objetivos também são claros.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados: folha de rosto, adequadamente preenchida e assinada, projeto detalhado, cronograma, orçamento, questionário, TCLE e termo de sigilo dos dados, o TCLE das pessoas-chave da população de mulheres TS que participarão da primeira etapa, chamada 'pesquisa formativa' e ainda, o roteiro da entrevista presencial para decidir se o sujeito é elegível. Nota-se, entretanto, que não foram ainda apresentados os termos de anuência institucional dos locais onde serão realizadas algumas etapas da pesquisa, tais como as

unidades de saúde que servirão de lócus para a coleta de sangue e entrevistas. Em relação a isso, a pesquisadora apresentou um termo de compromisso onde se compromete a apresentar tais documentos posteriormente e antes de iniciar o trabalho de campo, uma vez que os locais de realização da pesquisa só serão definidos posteriormente.

**Recomendações:**

- enviar relatório após a realização do estudo;
- notificar o comitê no caso de ocorrência de evento adverso;
- encaminhar termos de anuência das unidades quando da sua obtenção.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pela análise procedida, este Comitê (registrado junto à CONEP – Cf. Ofício n. 2254/Carta n. 0078 – CONEP/CNS/IMS, de 12 de agosto de 2010) considera o presente protocolo aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_569904.pdf	16/11/2015 15:33:45		Aceito
TCLE / Termos de	TCLEpf2.docx	16/11/2015	Célia Landmann	Aceito

Endereço: Avenida Brasil, 4365

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.040-900

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3885-0710

Fax: (21)3885-0720

E-mail: cep@fiocruz.br



ESCOLA POLITÉCNICA DE  
SAÚDE JOAQUIM  
VENÂNCIO/FIOCRUZ/RJ



Continuação do Parecer: 1.330.909

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEpf2.docx	15:31:42	Szwarcwald	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmod2.docx	15/11/2015 15:31:17	Célla Landmann Szwarcwald	Aceito
Outros	questinicial.docx	20/10/2015 15:16:50	Célla Landmann Szwarcwald	Aceito
Outros	justificativa.docx	20/10/2015 15:15:57	Célla Landmann Szwarcwald	Aceito
Outros	Folha_de_rosto_RDS2015_assinada.pdf	04/09/2015 08:50:09	Daniel Grosman	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_completo.docx	24/08/2015 15:53:42	Célla Landmann Szwarcwald	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_RDS2015.pdf	24/08/2015 15:52:40	Célla Landmann Szwarcwald	Aceito
Outros	Questionario.pdf	24/08/2015 10:41:40	Célla Landmann Szwarcwald	Aceito
Outros	Termo_de_Sigilo_dos_Dados.docx	24/08/2015 10:40:05	Célla Landmann Szwarcwald	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 26 de Novembro de 2015

Assinado por:  
Daniel Grosman  
(Coordenador)

Endereço: Avenida Brasil, 4365

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.040-900

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

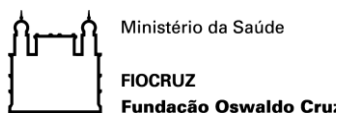
Telefone: (21)3885-0710

Fax: (21)3885-0720

E-mail: cep@fiocruz.br



## ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa do Ministério da Saúde que tem o objetivo principal de conhecer as práticas e o comportamento das mulheres profissionais do sexo. As informações coletadas no estudo poderão redirecionar as políticas de saúde e melhorar a qualidade de vida das trabalhadoras do sexo.

A sua participação levará em torno de uma hora. Você receberá uma ajuda de custo para cobrir as despesas de transporte e alimentação, para compensá-la por seu tempo gasto com a participação na pesquisa.

Primeiramente, haverá a realização de uma entrevista. Os dados da entrevista serão digitados, diretamente, no computador e somente um código será usado para identificação.

Em seguida, haverá a realização dos testes de HIV, sífilis e hepatites B e C, que serão oferecidos a você de forma gratuita. Você saberá os resultados do teste de HIV na mesma hora, sem ter que voltar para buscá-los. Para a realização desse teste, será feito um pequeno furo na ponta do dedo para coletar algumas gotas de sangue. Um profissional de saúde qualificado irá entregar este resultado a você e irá aconselhá-la a como se prevenir das infecções sexualmente transmissíveis. Para os testes de sífilis e hepatites B e C, será realizada uma punção venosa (coleta de sangue diretamente da veia de seu braço ou mão) de aproximadamente 5 ml. O exame de sangue será realizado por pessoa habilitada a utilizar os procedimentos adequados para diminuir a possibilidade de riscos para você. Entretanto, observamos que há a possibilidade de ocorrer riscos e desconfortos relacionados à coleta venosa, ainda que raros e passageiros, como dor localizada, hematoma, desmaio e infecção. Se você vier a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação no estudo, você terá todo o suporte da coordenação de pesquisa, que lhe encaminhará a um serviço público de saúde, se necessário.

O sangue coletado será processado nesta unidade de saúde. Não haverá armazenamento, após processamento exclusivo para os objetivos desta pesquisa, o sangue coletado será descartado.

Para a realização da entrevista e dos exames laboratoriais, você deverá dar o seu consentimento. No caso de um resultado positivo para qualquer um dos exames realizados, você será encaminhada a um serviço de referência, na rede local do SUS.

A sua participação será mantida em completo sigilo. Todas as informações obtidas através dessa pesquisa, inclusive os resultados dos testes, serão confidenciais e serão usadas somente com fins estatísticos. Os questionários e os testes laboratoriais serão identificados apenas com um número, garantindo-se o anonimato. A qualquer momento, você pode desistir de participar da pesquisa ou não responder a alguma pergunta da entrevista.

Você receberá uma cópia deste termo de consentimento, onde consta o telefone e o endereço do coordenador do estudo, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa ou sobre a sua participação, agora, ou a qualquer momento.

Muito obrigada por sua colaboração!

Declaro que compreendi os objetivos de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

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

Entrevistador: \_\_\_\_\_

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

**Coordenação da Pesquisa**  
**-- Célia Landmann Szwarcwald --**  
Pesquisador Titular

Instituto de Comunicação e Informação Científica e  
Tecnológica em Saúde | Fundação Oswaldo Cruz  
(ICICT/FIOCRUZ)  
Av. Brasil, 4635  
Pavilhão Haity Moussatché - sala 225  
Manguinhos | CEP 21045-360  
Rio de Janeiro | Brasil

Tel: (21) 3865-3259  
e-mail: [celia.szwarcwald@icict.fiocruz.br](mailto:celia.szwarcwald@icict.fiocruz.br)

**Comitê de Ética em Pesquisa da Escola  
Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio  
(CEP/EPSJV)**

Av. Brasil,4365 – FIOCRUZ/Escola Politécnica de  
Saúde Joaquim Venâncio - Sala 316  
Manguinhos - Rio de Janeiro/RJ - CEP 21040-900  
Tels: (21) 3865-9710 e 3865-9705  
Fax: (21) 3865-9701  
e-mail: [cep@epsjv.fiocruz.br](mailto:cep@epsjv.fiocruz.br)