

**Avaliação da Efetividade das Ações de Prevenção
Dirigidas às Profissionais do Sexo, em Três Regiões Brasileiras.**

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Programa Nacional de DST e Aids

**Avaliação da Efetividade das Ações de Prevenção
Dirigidas às Profissionais do Sexo, em Três Regiões Brasileiras.**

Série Estudos Pesquisas e Avaliação n.º 7

Brasília/DF - 2004

© 2004. Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Série Estudos Pesquisas e Avaliação nº 7

Tiragem: 2.000 exemplares

Presidente da República

Luiz Inácio Lula da Silva

Ministro de Estado da Saúde

Humberto Costa

Secretário de Vigilância em Saúde

Jarbas Barbosa

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Programa Nacional de DST e Aids
Av. W3 Norte, SEPN 511, bloco C
CEP: 70750-543, Brasília – DF
E-mail: aids@aids.gov.br
Home page: www.aids.gov.br

Disque Saúde/Pergunte Aids: 0800 61 1997

Universidade de Brasília (UnB)
Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM)
Núcleo de Estudos de Saúde Pública (NESP)

Publicação financiada com recursos do Projeto

Diretor do Programa Nacional de DST e Aids

Alexandre Grangeiro

Diretores-adjuntos do Programa Nacional de DST e Aids

Roberto Brant

Ricardo Pio Marins

Assessora de Comunicação/PN-DST/AIDS

Eliane Izolan

Assessor Responsável pela Unidade de Prevenção/ PN-DST/AIDS

Denise Doneda

Organizadora

Liliana Pitaluga

Editor: Dario-Noletto

Editoras-assistentes: Nágila Paiva e Telma Sousa

Revisão: Aristides Coelho Neto

Projeto Gráfico e capa: Masanori Ohashy

Diagramação: Jucilene de Souza

Agradecimentos aos Centros de Testagem Anônima e demais serviços de saúde que colaboraram na realização do trabalho de campo, aos entrevistadores e entrevistadoras, e, em especial, às recrutadoras, sem as quais não teria sido possível a consecução da presente investigação.

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Programa Nacional de DST e Aids.

Avaliação da efetividade das ações de prevenção dirigidas às profissionais do sexo, em três regiões brasileiras / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

104 p.: il. color. – (Série Estudos Pesquisas e Avaliação)

1. Serviços de Saúde para Mulheres. 2. Doenças Sexualmente Transmissíveis. 3. HIV. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Secretaria-Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. III. Título. IV. Série.

Catálogo na fonte – Editora MS

EDITORA MS
Documentação e Informação
SIA, Trecho 4, Lotes 540 / 610
CEP: 71200-040, Brasília – DF
Tels.: (61) 233 1774 / 233 2020
Fax: (61) 233 9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Dedicatória

“A gente tem que aprender que a gente vai vencer a aids, seguramente. E vencer a aids significa que vamos vencer o vírus, vamos vencer a epidemia, mas vamos vencer também o preconceito, a discriminação, a ignorância, a violência, tudo isso que mata mais do que o vírus.

A gente tem que aprender viver com a aids e saber que a gente tem um grande remédio contra a injustiça, o preconceito, a discriminação, a violência e tudo isso que faz da aids essa doença tão dramática como ela tem sido.

A nossa idéia é usar a solidariedade para vencer essa epidemia.

E solidariedade significa nossa capacidade de olharmos uns aos outros e nos alegrarmos com a diferença. A solidariedade significa que nós vamos nos contaminar uns aos outros com algo que nós temos dentro da gente que é profundamente contagioso, incurável e mortal, que é a vida.

A solidariedade significa que nós vamos, para vencer a epidemia, e eu tenho certeza que nós vamos vencer, nós vamos fazer vigorar nesse planeta inteiro um belo grito de VIVA A VIDA!”

(Herbert Daniel – Vídeo AMOR, VIVA A VIDA).

Nesta oportunidade, homenageamos Júlio Barrios Tarracena, Coordenador da Área de Planejamento e Avaliação do PN-DST e aids à época de início das discussões que culminaram com a realização desta pesquisa e que, tendo nos deixado em 25/07/00, não pôde ver os resultados aqui apresentados.

Dedicamos este trabalho a todas as profissionais do sexo brasileiras.

Equipe técnica

Coordenação-Geral

Katia Guimarães

*Núcleo de Estudos de Saúde Pública/Universidade de Brasília
(NESP/UnB)*

Pesquisadores

Alcinda Maria Machado Godoi

NESP/UnB

Edgar Mércan–Hamann

*Faculdade de Ciências da Saúde/UnB/Departamento de
Saúde Coletiva*

João Marcos Jungmann de Andrade

NESP/UnB

Pesquisadores e Pesquisadoras de Campo

Alcinda Maria Machado Godoi

Altamir Macedo

Anamaria Azevedo

João Marcos Jungmann de Andrade

Katia Guimarães

Simone Gueresi

Consultor da Área de Estatística

Raul Yukihio Matsushita

Departamento de Estatística da Universidade de Brasília

Responsáveis Técnicos pela Análise Laboratorial, Sorologia para HIV, Sífilis, Hepatites B e C

Maria das Graças N. E. Giordano

Fundação Hemocentro de Brasília

Teste Elisa de Baixa Sensibilidade (Elisa–Detuned)

Ricardo Sobhie Diaz

*Laboratório de Retrovirologia da Universidade Federal de
São Paulo*

Coordenadores e Coordenadoras de Campo

Alessandra Sampaio Chacham – Minas Gerais

Carmem Lúcia Nascimento de Almeida – Rio de Janeiro

Eleide Farhat – Santa Catarina

Evely Marlene Pereira Koller – Santa Catarina

Eline Pedrosa Almeida – Maranhão

Gabriel Henrique Furquim – Paraná

Horizontina Taborda Rovira – Rio Grande do Sul

José Augusto de Oliveira – Sergipe

Maria Angeluce Soares Perônico – Paraíba

Nina Laurindo – São Paulo

Programa Nacional de DST e Aids

Ministério da Saúde

Alexandre Grangeiro

Aristides Barbosa

Denise Doneda

Denise Serafim

Fernanda Pereira Barcellos

Lilia Rossi

Liliana Pittaluga Ribeiro

Maria do Carmo Gomes Pinheiro

Comissão de Acompanhamento Ético

Carmem de Barros Correia Dhália

*Unidade de Epidemiologia da Programa Nacional de DST/
Aids*

Dirce Guilhem

Núcleo de Bioética da Universidade de Brasília

Gabriela Silva Leite

Rede Nacional de Profissionais do Sexo

Nair Brito

Rede Nacional de Pessoas Vivendo com aids

Apoio Administrativo

Vânia Soares Alves de Oliveira

Editoração e Mapas

Patrícia Dias

Digitação

Caroliny Almeida Soares

Universidade de Brasília

Reitor: Professor Lauro Morhy

Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares

Diretor: Professor Nielsen de Paula Pires

Núcleo de Estudos de Saúde Pública

Coordenadora-Geral: Ana Maria Costa

Agradecimentos aos Centros de Testagem Anônima e demais serviços de saúde que colaboraram na realização do trabalho de campo, aos entrevistadores e entrevistadoras, e, em especial, às recrutadoras, sem as quais não teria sido possível a consecução da presente investigação.

Sumário

Prefácio

Apresentação

Resultados	11
Uso do preservativo	11
Uso de drogas	11
Acesso a serviços de saúde	11
Conhecimento sobre DST e aids	12
Atitudes perante portadores de HIV	12
Indicadores de prevalência	12
Práticas educativas	12
Discussão	13
Recomendações	13

Introdução

Objetivos

Objetivo geral	15
Objetivos específicos	15

Marco teórico e conceitual

Metodologia

Abordagem quantitativa	21
Análise laboratorial do sangue	22
Seleção de projetos e das amostras populacionais	22
Crítérios de inclusão	23
Análise dos dados	23
Abordagem qualitativa	24

Resultados

Perfil dos grupos	25
Caracterização sociodemográfica	25
Diferenças regionais de perfil	29
Contexto do exercício do comércio sexual	30
O cliente	30
Estigma e atividade profissional	31
Rotina e condições de negociação do programa	33
Práticas sexuais	34
Indicadores da efetividade das ações de prevenção	36

Indicadores comportamentais e de acesso a serviços de saúde	36
Uso do preservativo	37
Uso de drogas	39
Uso do preservativo feminino	40
Acesso a serviço de saúde	42
Uso do preservativo com cliente e fatores associados	44
Uso do preservativo e variáveis sociais	45
Uso do preservativo e drogas	49
Uso do preservativo e práticas sexuais	51
Uso do preservativo e acesso a serviços de saúde	51
Uso do preservativo, conhecimentos sobre DST e aids e percepção de risco	51
Análise multivariada	52
Indicadores de conhecimento sobre as DST e aids	54
Indicadores de atitudes perante os portadores de HIV ou doentes de aids	56
Indicadores de prevalência e incidência das DST e aids	57
Prevalência do HIV e fatores associados	60
Avaliação das práticas educativas	62
Caracterização dos projetos	63
Aspectos gerais das práticas educativas	64

Discussão

Recomendações

No âmbito individual: conhecimentos, atitudes e práticas de risco	71
No âmbito do coletivo: estigma e identidade profissional	71
No âmbito da pesquisa: desdobramentos e aprofundamentos	71

Referências bibliográficas

Anexos

Anexo I

Definição das variáveis incluídas no modelo de regressão logística múltipla	77
---	----

Anexo II

(Parte 1) Dados da amostra geral de profissionais do sexo	78
(Parte 2) Dados da amostra de profissionais do sexo do Rio de Janeiro	81

Anexo III

Questionário	84
--------------	----

Anexo IV

Roteiro semi-estruturado – técnica de grupo focal (Objetivos específicos 2 e 3)	91
---	----

Anexo V

Roteiro semi-estruturado para grupo focal (Objetivo 1)	92
--	----

Anexo VI

Roteiro semi-estruturado de entrevista individual em profundidade (objetivos 2 e 3)	94
---	----

Anexo VII

Roteiros para informante-chave – Coordenador de programa estadual/municipal _____ 95

Anexo VIII

Termos de consentimento _____ 96

Termo de consentimento livre e esclarecido para participação na pesquisa – inquérito sorológico _____ 96

Termo de consentimento livre e esclarecido para participação na pesquisa – entrevista individual em profundidade

Termo de consentimento livre e esclarecido para participação na pesquisa – práticas educativas

Glossário geral de termos

Equipe técnica

Sumário executivo

O presente estudo tem como objetivo dimensionar e qualificar o resultado das ações de informação, educação e comunicação em saúde, implementadas por OG e ONG, direcionadas a profissionais do sexo, para redução da incidência da infecção pelo HIV e outras DST, para a adoção de práticas sexuais e/ou de uso de drogas de forma segura e para o “empoderamento”.

Foram avaliados oito projetos de intervenção educativa sobre DST/aids voltados para mulheres profissionais do sexo de três regiões brasileiras – Nordeste, Sudeste e Sul. Para esse estudo foi empregado um método de investigação de corte transversal, do tipo *ex post*, realizado em dois grupos de comparação – um grupo que recebeu a intervenção educativa do projeto selecionado e um grupo que não recebeu qualquer intervenção sistemática sobre as doenças sexualmente transmissíveis e a aids (grupo de comparação), seja do projeto selecionado seja de qualquer outro projeto.

Para este estudo foram utilizadas abordagens quantitativas e qualitativas (grupos focais e entrevistas individuais em profundidade), sendo que a quantitativa abrangeu um inquérito KAP (sigla em inglês de conhecimento, atitudes e práticas) e um inquérito sorológico para HIV, sífilis e hepatites B e C.

Participaram do estudo 2.712 mulheres, sendo 1.399 do grupo que recebeu a intervenção educativa e 1.313 do grupo sem intervenção. Foram observadas diferenças importantes no perfil dos dois grupos de comparação, as quais devem ser levadas em consideração na análise dos dados, pelas implicações que acarretam em termos dos resultados.

Para a avaliação das ações de prevenção, adotaram-se indicadores relacionados com comportamentos de sexo mais seguro, como o uso consistente do preservativo com os clientes e com o companheiro, nos últimos seis meses; indicadores de acesso a serviços de saúde, como a proporção de mulheres que já realizaram o teste para a

detecção do HIV e a proporção de mulheres que realizaram exame preventivo ginecológico no último ano; indicadores de comportamento de risco, como o uso de drogas injetáveis; e a ocorrência referida de alguma doença sexualmente transmissível nos últimos seis meses. Também empregou-se indicadores de conhecimento sobre a transmissão e prevenção das DST/aids e de atitudes frente a portadores do HIV ou doentes de aids.

Produziu-se, ainda, indicadores de prevalência para o HIV, sífilis e hepatites B e C, que devem ser considerados mais como linha de base para futuros trabalhos, dada a impossibilidade de precisar a ordem cronológica dos eventos – intervenção e momento da infecção – e a falta de dados anteriores ao início da intervenção educativa.

Resultados

Uso do preservativo

Em relação ao uso do preservativo com os clientes, em termos gerais, há um percentual expressivo de mulheres que referem usá-lo de forma consistente, com 73,8% das mulheres do grupo de intervenção e 60,3% do grupo sem intervenção. A diferença entre os percentuais dos dois grupos é estatisticamente significativa.

Quanto ao uso consistente do preservativo com o companheiro ou namorado, o percentual de mulheres dos dois grupos é bem menor que o encontrado em relação aos clientes, pois menos de um terço das mulheres do grupo de intervenção e menos de 20% do grupo sem intervenção referiram usar o preservativo nas relações sexuais com o companheiro.

Uso de drogas

O uso de drogas injetáveis apresentou coeficientes de prevalência bastante pequenos nos dois grupos, de 0,5 a 3,7%. Em geral, a prevalência de uso de drogas injetáveis foi maior para as mulheres profissionais do sexo do grupo sem intervenção, exceto na região Sul.

Acesso a serviços de saúde

A realização de exames para o diagnóstico do HIV foi referida significativamente mais pelo grupo de intervenção, em todas as regiões pesquisadas. É quase duas vezes

maior a chance de uma mulher do grupo de intervenção ter realizado o teste de detecção do HIV, em comparação com uma mulher do grupo sem intervenção.

Com relação ao exame preventivo ginecológico, as prevalências entre os dois grupos mostraram diferir significativamente, exceto na região Sudeste. Assim, no Nordeste e no Sul, e entre as profissionais do sexo em geral, o grupo de intervenção realizou os exames preventivos em maior proporção que o grupo sem intervenção.

A ocorrência de alguma doença sexualmente transmissível, nos últimos seis meses, foi mais referida pelo grupo de intervenção, em comparação ao outro grupo, com prevalências muito próximas na média nacional, 9,3% e 9,7%, respectivamente. Quanto à busca de tratamento para esse tipo de problema, as mulheres do grupo de intervenção buscaram tratar-se mais que as do grupo sem intervenção. No entanto, as diferenças entre os dois grupos só apresentam significância estatística para a região Nordeste.

Conhecimento sobre DST/aids

Os dados mostraram que há um bom grau de conhecimento por parte das mulheres participantes em relação aos meios que realmente são formas de transmissão das DST/aids, em ambos os grupos, mas, em geral, as do grupo de intervenção estão mais bem informadas.

A amamentação foi o meio de transmissão menos reconhecido pelas participantes dos dois grupos.

Em relação aos meios que não se constituem formas de transmissão do HIV, os dados revelam diferenças significativas entre os dois grupos, com o grupo de intervenção tendo demonstrado mais informação nesse aspecto que o grupo de comparação. Proporções importantes de mulheres, ainda, acreditam que picada de insetos, uso de vaso sanitário e doação de sangue podem transmitir o vírus HIV. Também, constitui-se fonte de preocupação o fato de haver mulheres acreditando que pode haver a transmissão pelo convívio com pessoas HIV positivas.

Atitudes perante portadores de HIV

Os dados apontam para a necessidade de se trabalhar, junto às profissionais do sexo, no sentido de desenvolver a solidariedade e a não-discriminação dos portadores do HIV e doentes de aids. Observa-se que uma parte das mulheres acredita que uma pessoa que esteja infectada deve parar de trabalhar e ser afastada do convívio com os colegas no ambiente de trabalho. As mulheres do grupo de comparação acreditam significativamente mais que as do grupo de intervenção nessa necessidade. Quando se trata de uma pessoa que trabalha com o comércio sexual, esses percentuais são bem mais elevados.

Indicadores de prevalência

Foram encontradas as seguintes prevalências gerais: 6,1%, para HIV; 3,8%, para a sífilis; 31,9%, para a hepatite B; 1,1%, para o antígeno de superfície do vírus da hepatite B; e 4,5%, para a hepatite C. Essas prevalências variaram bastante em função do sítio considerado. A incidência anual estimada do HIV, na população pesquisada, foi 0,70%, praticamente igual nos dois grupos de comparação.

Práticas educativas

A partir do enfoque qualitativo, foram evidenciados que os objetivos especificados nos projetos encontram-se centrados, na maioria deles, na redução do risco individual, na medida em que se restringem a aspectos relacionados ao conhecimento e comportamento.

Ainda que os projetos mencionem a adoção de métodos participativos, percebe-se, a partir dos grupos focais, que as mulheres têm uma participação passiva nas atividades, não se colocando como sujeitos da ação. Observa-se a ausência de modelo pedagógico, o que pôde ser percebido a partir dos relatos dos coordenadores e coordenadoras entrevistados, que não conseguem explicitá-lo. Também, os relatos das participantes dos grupos focais evidenciam uma ação fragmentada e descontinuada, o que reforça a percepção de ausência de método pedagógico.

Foi feita a análise de cada atividade contemplada pelos projetos, como a abordagem corpo a corpo, oficinas e distribuição do preservativo (*marketing* social e distribuição gratuita).

Discussão

O presente estudo revelou mudanças comportamentais relevantes no grupo que recebeu a intervenção. Foi constatada maior utilização do preservativo, tanto com clientes como com parceiros não-comerciais, em comparação com os grupos sem intervenção. Porém, o uso do preservativo com parceiros não-comerciais é ainda pouco freqüente, assemelhando-se ao que ocorre na população geral. Os fatores relacionados à utilização inconsistente do preservativo apontam para uma forte influência de condicionantes sócioeconômicos.

A estigmatização desse segmento da população permeia todas as suas interações sociais, comerciais e afetivas e constitui-se em importante obstáculo ao “empoderamento” dessas mulheres. Esse é um aspecto que requer uma centralidade ainda não identificada dentro das abordagens propostas pelos projetos de intervenção educativa e constitui uma fragilidade a ser superada.

Quanto às prevalências encontradas, observa-se que elas foram elevadas para o HIV, hepatite B e hepatite C, particularmente em alguns sítios, principalmente das regiões Sul e Sudeste. Em muitos sítios, essas prevalências foram mais elevadas no grupo que recebeu a intervenção, o que remete a considerações de ordem metodológica, como o desenho da investigação, que não conta com dados de linha de base anteriores ao início da intervenção educativa, e diferenças importantes no perfil dos dois grupos de comparação, já mencionadas anteriormente. Algumas inconsistências nos resultados levam a pensar na ocorrência de viés de informação, pois é bastante conhecido o fato de temas sensíveis, como o uso drogas e aspectos da sexualidade, serem freqüentemente omitidos em entrevistas.

Recomendações

No plano individual, recomenda-se que sejam implementadas ações que possam trabalhar os mitos que ainda permeiam as vias de transmissão do HIV; os medos relacionados aos portadores do HIV/aids, particularmente quando se trata de soropositividade em uma mulher trabalhadora do sexo; o uso de drogas dentro das práticas de risco, adotando o enfoque da redução de danos; aspectos referentes a afetividade; a adequação dos materiais educativos;

No âmbito do coletivo, recomenda-se a inclusão da discussão sobre o estigma como uma categoria central para a elaboração de uma proposta pedagógica, como vistas ao fortalecimento da identidade grupal e à construção de mecanismos que promovam a associatividade; à inserção da discussão sobre a necessidade de uma ação coletiva para neutralizar os fatores desfavoráveis à categoria, no âmbito do mercado sexual, estabelecendo estratégias e formas de enfrentar essas questões; à promoção de espaços de sociabilidade; à articulação com outros segmentos do movimento social.

No que se refere aos possíveis desdobramentos e aprofundamentos desta investigação, recomenda-se a realização de estudos seqüenciais de impacto que possam estabelecer com mais segurança a efetividade dos projetos de intervenção educativa; e realização do acompanhamento de iniciativas exitosas em termos de associatividade da categoria.

Apresentação

Este documento traz os resultados da “Avaliação da Efetividade das Ações de Prevenção Dirigidas às Profissionais do Sexo, em Três Regiões Brasileiras”, conduzida pelo Núcleo de Estudos de Saúde Pública – NESP, da Universidade de Brasília, a partir de uma demanda feita pelo Programa Nacional de DST e aids, Ministério da Saúde.

No Brasil, já é um fato bastante relatado o crescimento da epidemia do HIV/aids entre a população de mulheres. Essa tendência de feminização vem acompanhada dos fenômenos de pauperização e interiorização que marcam a expansão da epidemia em anos mais recentes. Isso vem ocorrendo apesar das políticas públicas desenvolvidas no país, consideradas como modelo a ser seguido, tanto na área da prevenção quanto na de assistência.

A política brasileira para o controle da epidemia adotou diretrizes inovadoras nesse sentido, sobretudo no que diz respeito à garantia da cidadania e dos direitos humanos das pessoas vivendo com aids, ao envolvimento da sociedade civil organizada na construção de uma resposta nacional para o enfrentamento da aids, na ampla distribuição de preservativos masculinos e outros insumos de prevenção para toda a população, e ao acesso universal e gratuito a todos os recursos disponíveis para o tratamento da doença. A efetivação dessas diretrizes teve como resultados importantes o aumento da expectativa e da qualidade de vida dessas pessoas, e a diminuição da mortalidade e do estigma da morte certa que pairava sobre aqueles que se viram acometidos pela doença. No entanto, apesar desses esforços, a epidemia continua a crescer, colocando-se, ainda, como um desafio a ser superado.

Nesse contexto, após tantos esforços e investimentos efetuados pelos gestores de saúde, voltados para a prevenção da infecção pelo HIV, faz-se necessário buscar identificar os resultados dessas ações que, em grande parte, foram implementadas a partir de parcerias estabelecidas com entidades da sociedade civil. A pergunta sobre os resultados das políticas implantadas precisa ser respondida e, diante dessa necessidade, foi traçado um

plano de avaliação, o qual contemplou diversos segmentos populacionais, considerados como populações mais vulneráveis e abrangidos pelos projetos de prevenção. Entre eles situam-se os projetos dirigidos às mulheres profissionais do sexo.

O presente estudo espelha, pois, o esforço na busca de respostas sobre a efetividade dos projetos de prevenção financiados com recursos públicos. Ele é o resultado da participação de todos os atores envolvidos nessa tarefa – gestores públicos de saúde, sociedade civil organizada, movimento social e universidade, que participaram de todas as etapas do trabalho, desde a sua elaboração e condução, até a discussão dos seus resultados.

Nessa perspectiva, foram realizadas duas oficinas na fase preparatória do estudo e uma para discussão dos resultados, envolvendo as ONG e OG executoras dos projetos; técnicos do PN-DST/AIDS, das Secretarias Municipais e/ou Estaduais de Saúde dos locais pesquisados e da Fundação Hemocentro de Brasília, além da equipe de pesquisadores do NESP/UnB.

A pesquisa foi conduzida em nove estados brasileiros: Maranhão, Paraíba, Sergipe, Rio de Janeiro, Minas Gerais, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Em todos eles, com exceção do estado do Rio de Janeiro, objetivou-se avaliar projetos de intervenção financiados com recursos públicos. O Rio de Janeiro é o único estado em que não se objetivou avaliar projeto de intervenção educativa; sua inclusão no estudo ocorreu na perspectiva de geração de dados que constituam linha de base para efeito de futuros estudos, devendo, pois, ser tratados separadamente, já que o escopo do presente estudo é a avaliação. Os dados do Rio de Janeiro estão incluídos como anexo.

Neste trabalho, estão explicitados os objetivos da pesquisa de avaliação realizada, o marco teórico e conceitual que sustenta as opções metodológicas feitas, os principais resultados encontrados e algumas recomendações, elaboradas a partir do que foi observado e analisado.

Objetivos

Objetivo Geral

Dimensionar e qualificar o resultado das ações de informação, educação e comunicação em saúde, implementadas por OG e ONG, direcionadas a profissionais do sexo, em termos da redução da incidência da infecção pelo HIV e outras DST, da adoção de práticas sexuais e/ou de uso de drogas de forma segura e do “empoderamento”.

Objetivos específicos:

- 1) Descrever e analisar a estrutura e o processo de intervenção educativa implementada pelos projetos de prevenção das DST e aids voltados às profissionais do sexo, em suas estratégias, métodos, modalidades e veículos;
- 2) Conhecer e analisar as situações de vulnerabilidade das profissionais do sexo, inseridas e não-inseridas em projetos específicos de intervenção educativa, com relação à infecção pelo HIV e outras DST;
- 3) Conhecer a repercussão dos projetos de intervenção na população-alvo, em termos de percepção de risco, mudança de atitudes individuais e coletivas e “empoderamento” em grupos com e sem intervenção educativa;
- 4) Estabelecer uma linha de base para estudo sequencial de impacto, mediante a execução de inquéritos sorológicos seriados, com prévio aconselhamento, de modo a permitir a comparação da prevalência de HIV, sífilis, vírus das hepatites B e C e incidência do HIV, em grupos expostos e não expostos à intervenção educativa;
- 5) Evidenciar possíveis associações entre fatores de risco e de vulnerabilidade, adoção de práticas seguras e a prevalência de HIV.

Marco Teórico e Conceitual

Os objetivos do presente estudo podem ser explicitados em três eixos cujo objeto é constituído pelos projetos de intervenção educativa dirigidos às mulheres profissionais do sexo:

- avaliação dos projetos para aferir o impacto causado em termos de mudança comportamental, conhecimentos sobre as doenças sexualmente transmissíveis e a aids e em relação à morbidade das DST/aids nesse grupo populacional;
- avaliação das condições de vulnerabilidade, seu contexto e o grau de “empoderamento” das mulheres para fazer frente a essas condições;
- avaliação das práticas educativas em termos de processos e conteúdos.

Antes de mais nada, é necessário explicitar o marco teórico dentro do qual foi idealizada a presente avaliação, discriminando a escolha metodológica realizada. Também, é importante explicitar algumas categorias analíticas utilizadas na análise, como os conceitos de vulnerabilidade/risco, “empoderamento” e estigma.

A avaliação é um elemento fundamental dentro de um programa de intervenção, pois traz elementos e informações valiosos que auxiliam a tomada de decisões voltadas para a consecução dos objetivos e metas formulados. É um processo contínuo que revela o modo como as ações estão sendo desenvolvidas e os seus resultados, podendo ser concebida para se realizar durante e sobre o desenrolar das próprias ações (avaliação de processo), como pode ser levada a cabo após o término da intervenção, para estimar a efetividade das ações (avaliação de resultados).

No presente estudo, efetua-se uma avaliação de resultados, pois pretende-se responder a perguntas como: “A intervenção efetuada funcionou? Em que medida?”. Esse é o eixo central desta investigação, que contou, ainda, com uma avaliação de processos, uma vez que buscou identificar e avaliar o conjunto de procedimentos, meios e instrumentos utilizados dentro de cada projeto

específico. Para responder às questões formuladas foi desenhada uma pesquisa quantitativa (extensiva) associada à pesquisa qualitativa (intensiva). Essa foi uma opção fundamentada na assunção de que os métodos quantitativos e qualitativos são complementares entre si e permitem uma melhor aproximação ao objeto da investigação quando realizados simultaneamente, pois possibilitam olhar o objeto de perspectivas distintas (Minayo, 1992; Minayo & Sanches, 1993).

Com relação ao método de avaliação quantitativo, os desenhos de pesquisa adotados são, em geral, descritos como experimentais ou aleatórios, desenhos quase-experimentais e desenhos não-experimentais ou observacionais. Não há consenso na literatura na utilização da terminologia, particularmente quando os estudos são mistos ou híbridos, incorporando características oriundas de vários desenhos. Além disso, podem ser do tipo *antes e depois*, isto é, a partir da comparação de dados obtidos em um momento anterior ao início da intervenção com dados obtidos após o término da intervenção, sendo também chamados de *ex-ante* e *ex-post*. É importante ressaltar que a avaliação de resultados não pode ser feita simplesmente pela aferição das diferenças entre esses dois momentos, já que elas podem ser decorrentes de outros fatores que não o projeto de intervenção. Para determinar o que teria ocorrido com aquela população, caso não houvesse a intervenção, faz-se necessário separar o efeito da intervenção do resultante dos demais fatores contextuais, o que é feito pela comparação com um grupo que não recebeu a intervenção, que dependendo do caso pode ser chamado de grupo de comparação ou grupo controle. É farta a literatura sobre metodologia de estudos de avaliação, que aponta a classificação dos desenhos de pesquisa, ainda que sujeita a variações; seus métodos; suas limitações; bem como a grande variedade de estudos híbridos formulados a partir dessa classificação básica (Baker, 2000; Cohen & Franco, 1992; Cook & Campbell, 1979; Hulley et al., 2001; Novaes, 2000; Pereira, 1995; Sessions, 2000).

Está amplamente firmado pelos teóricos da área de avaliação que os estudos experimentais são os mais fortes para a verificação de associações causais, pois são totalmente controlados pelos pesquisadores, que determinam

a alocação aleatória, i.e., por um mecanismo que proporcione a mesma probabilidade dos sujeitos pertencerem a qualquer um dos dois grupos – experimental e controle. Esse procedimento garante a similaridade entre os dois grupos desde o início da intervenção, em relação a todas as variáveis que não sejam a exposição à intervenção que está sendo avaliada. A força desse estudo está justamente na possibilidade de se afirmar, com maior segurança, que qualquer diferença observada entre os dois grupos é devida à intervenção.

No entanto, a avaliação de programas ou ações voltados para grupos populacionais quase nunca é feita segundo o modelo experimental, pois se torna impraticável fazer a alocação aleatória dos sujeitos, por questões, principalmente, éticas. Também, diversos aspectos de ordem prática e metodológica dificultam a execução de estudos experimentais, pois eles, por serem muito controlados e requererem o acompanhamento prolongado dos sujeitos selecionados, podem sofrer perdas importantes e a “contaminação” do grupo controle, i.e., quando o grupo que não deveria estar exposto à intervenção passa a sofrer seus efeitos, o que elimina a validade do estudo.

Além disso, em muitos casos, a decisão de se avaliar a intervenção só é tomada em algum momento após o início das atividades, o que inviabiliza a randomização e o conhecimento das condições de base, antes de se iniciar a intervenção. Assim, os dois grupos de comparação – os expostos à intervenção e os não-expostos – só são formados após a conclusão da intervenção, o que pode gerar a constituição de grupos que diferem em características importantes, possibilidade que deve ser levada em consideração na análise dos resultados do estudo de avaliação, pois pode gerar o efeito conhecido em epidemiologia como viés de confundimento. Reside aí a maior fragilidade dos estudos quase-experimentais e observacionais. Em ambos os casos, a alocação dos sujeitos nos dois grupos não é aleatória: inicialmente, seleciona-se o grupo de intervenção e, em seguida, o grupo controle ou de comparação, que deverá ser o mais semelhante possível ao primeiro. Diversas técnicas podem ser utilizadas para garantir a semelhança entre os dois grupos, como a técnica do pareamento. Como no desenho experimental, o impacto dos programas ou

ações será medido comparando-se alguns indicadores de resultado em ambos os grupos.

Um terceiro modelo de investigação usado em avaliação é constituído por estudos que não contam com grupo de comparação. As avaliações desse tipo baseiam-se na comparação da situação de determinada população-alvo em dois momentos, antes e depois da intervenção. No entanto, as diferenças encontradas não podem ser imputadas à intervenção, uma vez que outros fatores concomitantes podem ter influenciado nas mudanças verificadas. Para o delineamento desse tipo de estudo é necessário que sejam coletados dados previamente ao início da intervenção, sem isso se torna impossível estabelecer qualquer avaliação dentro desse modelo.

No caso da presente investigação, optou-se por um estudo transversal do tipo *ex post*, uma vez que não foram coletados dados antes de se dar início aos projetos de intervenção educativa; não havia, pois, dados de linha de base que se pudessem comparar com dados de um segundo momento.

Para contornar essa lacuna, utilizaram-se dois grupos de comparação: um grupo de mulheres expostas à intervenção educativa e um grupo de mulheres não expostas à intervenção educativa. Assim, em um mesmo e único momento, foram coletados os dados sobre as variáveis independentes ou explicativas (exposição à intervenção e outros fatores) e as variáveis dependentes (indicadores de resultados), em cada grupo de comparação.

Esses estudos quantitativos, anteriormente mencionados, permitem que se verifique a efetividade dos programas e ações, mediante a comparação com situação prévia ou com grupos que não receberam a intervenção, de maneira que a diferença encontrada possa indicar o grau com que a intervenção funcionou. No entanto, isso por si só não é suficiente para os gestores ou financiadores dessas ações. Há que se ter dados que permitam compreender os pontos frágeis e fortes desses programas de intervenção, que indiquem como eles funcionam e porque, em que circunstâncias etc, o que poderá favorecer a tomada de medidas para o seu fortalecimento e/ou aperfeiçoamento. Nessa perspectiva, a utilização de métodos qualitativos é valiosa e complementa a informação quantitativa (que mostra se o programa funcionou ou não), indicando os motivos de tais resultados, lançando luz sobre

a forma como as ações são implementadas e sobre a percepção dos sujeitos aos quais elas se destinam.

Os métodos qualitativos possibilitam compreender os processos e as condições em que os projetos se desenvolvem, a percepção da população-alvo sobre eles e o grau de importância que lhes atribui. Eles permitem ainda aprofundar temas e aspectos relacionados com os objetivos do projeto e as motivações, proporcionando informação aprofundada sobre aspectos não apreendidos pelos estudos quantitativos, como os relativos à subjetividade e representação social.

A utilização concomitante e integrada de ambos os enfoques confere maior poder explicativo acerca dos resultados de uma pesquisa, e esse entendimento sustentou a opção feita, no presente estudo, pela triangulação das seguintes técnicas, freqüentemente empregadas na investigação qualitativa: grupos focais, entrevistas em profundidade e entrevistas individuais com informantes-chave.

Os grupos focais integram o rol das abordagens qualitativas, nas quais pequenos grupos de discussão (em geral de 8-12 participantes) são formados no sentido de explorar um conjunto específico de temas que giram em torno de um mesmo foco (discussões focalizadas). A dinâmica básica do grupo focal sustenta-se na interação entre os participantes do grupo, mediante estímulos e condução de um moderador, que permite apreender o discurso do grupo, em termos de consensos e divergências, e aparecer as motivações, atitudes, sentimentos e comportamentos, que não emergem facilmente em outros tipos de abordagens. As vantagens dos grupos focais em relação a outras técnicas provêm do fato de que a dinâmica do grupo cria uma atmosfera em que um participante encoraja outros a se expressarem mais livremente, estimulando sua memória emocional. A interação durante o grupo possibilita o clareamento das questões no próprio desenrolar da discussão, bem como a percepção de pontos de vista divergentes ou convergentes, a forma como os atores constroem sua argumentação, além de permitir a emergência de novos caminhos dentro do tema tratado, que não tinham sido percebidos pelos investigadores, inicialmente (Greenbaum, 1998; Khan et al., 1991; Kitzinger, 1994; Kreuger, 1998; Lewis, 1995; Sittitrai & Brown, 1994).

A condução adequada dos grupos focais exige a adoção de certos cuidados. A seleção dos participantes deve garantir que sejam representativos da população de interesse da pesquisa; a determinação do número de grupos a serem realizados deve estar baseada na estratégia de saturação dos elementos relacionados ao tema sob investigação, isto é, quando se consegue abarcar o conjunto de idéias, percepções, representações, consensos ou contradições dos sujeitos da pesquisa, sem que nenhum elemento novo relevante apareça. A condução do grupo focal é feita seguindo um roteiro previamente elaborado que elenca um rol de questões em torno de um tema a ser abordado pelo grupo. O local deve permitir a privacidade e a interação do grupo, sem interferências externas, e a condução do grupo deve contar com a atuação de um moderador que ajude o grupo a expressar livremente suas idéias. As discussões devem ser gravadas por meio de equipamentos para serem posteriormente transcritas e analisadas.

As entrevistas em profundidade são realizadas com o propósito de aprofundar temas relativos à pesquisa sob a ótica dos sujeitos investigados, buscando, no plano individual, a identificação de condicionantes culturais, sociais ou psicológicos sobre comportamentos, atitudes e práticas. O roteiro das entrevistas individuais em profundidade é semi-estruturado. Para a boa condução da entrevista, é necessário que se estabeleça uma relação empática entre entrevistador e entrevistado, o que ajuda a romper as barreiras para a livre expressão e verbalização do sujeito. O caráter confidencial da entrevista, particularmente quando se trata de investigação sobre a vida sexual, além de permitir a emergência de informações que extrapolam ou subvertem as normas usualmente aceitas pelo grupo ao qual pertence a(o) entrevistada(o), possibilita ainda a checagem das possíveis contradições entre as normas ideais e os comportamentos reais (Becker, 1977; Minayo, 1992).

As entrevistas com os informantes-chave visam a levantar informações relevantes para o objeto investigado e são conduzidas com pessoas que têm inserção e vivência no grupo pesquisado e que, portanto, podem contribuir com elementos para uma compreensão mais ampla do tema sob investigação.

É importante situar que no presente trabalho são utilizados métodos e técnicas que se relacionam a duas categorias analíticas distintas: fator de risco e vulnerabilidade.

Risco, em epidemiologia, é a probabilidade de ocorrência de algum evento indesejado quando da exposição a determinado fator ou circunstância. Dessa noção adveio o conceito de fator de risco, que é um fator ou condição que confere uma probabilidade maior de adoecer. Esses fatores podem ser inerentes à pessoa – como a idade, gênero, raça ou etnia etc – e, portanto, inalteráveis; podem ser adquiridos pela pessoa ao longo da vida, como os fatores comportamentais (tabagismo, alcoolismo, práticas sexuais inseguras etc), educacionais, profissionais. Também, podem estar presentes no ambiente natural e físico, familiar ou social. Em geral, os fatores de risco são concebidos, na epidemiologia, como atributos individuais, mesmo quando se referem a fatores sociais. Sua maior utilidade nesse campo é a predição da ocorrência de doenças ou outros agravos à saúde (Fletcher et al., 1989).

A identificação de certos fatores de risco para determinadas doenças, em alguns casos, levou à adoção do termo “grupos de risco”, entendido como os grupos nos quais um ou mais fatores de risco estão presentes. No caso da aids, esse termo foi amplamente utilizado no início da epidemia, gerando preconceitos, potencializando a discriminação e a estigmatização de alguns segmentos populacionais. Isso teve conseqüências sérias e negativas no campo dos direitos humanos e das políticas públicas, ao circunscrever o chamado “risco” a esses grupos específicos (Watney, 1996).

A rápida disseminação da infecção pelo HIV por todo o corpo social demonstrou o equívoco desse conceito tão restritivo, que determinou a adoção de políticas insuficientes e ineficientes. Esse fato, aliado à força mobilizadora dos movimentos sociais atingidos pelas violências e violações dos direitos humanos, provocou a superação dessa noção. Passa-se a adotar outra categoria – a de “comportamentos de risco” – que ainda se mantém no plano individual, mas que retira o peso do estigma que pairou sobre alguns grupos da sociedade. Assim, a ênfase volta-se ao comportamento individual; a responsabilidade é do indivíduo e não de um grupo *a priori*. Em

momento posterior, ao valorizar o contexto em que acontecia a transmissão e as redes microssociais constituídas pelos atores, gradativamente, evoluiu-se para a concepção de “situação de risco”, ao se perceber que a causalidade extrapolava o âmbito individual.

A evolução da epidemia continuou a demonstrar a dificuldade das políticas públicas em dar respostas efetivas, tanto no campo da prevenção quanto no da assistência, fazendo emergir o conceito de “vulnerabilidade”. O termo coloca a ênfase nos aspectos sociais contextuais, conjunturais e estruturais a que os sujeitos sob “risco” estão submetidos, aspectos que transcendem sua mera vontade. O termo vulnerabilidade assinala, ainda, a fragilidade das políticas públicas em garantir os direitos de cidadania. A autonomia dos indivíduos e a capacidade de decidir sobre sua própria saúde dependem de uma série de fatores que não estão situados no plano do domínio pessoal, mas no plano coletivo e social, e quanto mais vulnerável, menores as possibilidades de os indivíduos exercitarem o controle.

O termo vulnerabilidade é proposto por Mann e colaboradores (1993), numa perspectiva de mudança de paradigma na discussão sobre os determinantes das doenças, em especial da aids. Como explicita Parker (2000), essa

“distinção que é proposta aqui é muito maior que uma simples mudança na terminologia – ao contrário, ela implica uma mudança radical nos paradigmas científicos que organizaram e orientaram a pesquisa da aids até o momento. Transferindo o foco da investigação do risco, percebido tipicamente em termos de comportamento individual, para a análise da vulnerabilidade, entendida como sendo socialmente estruturada e condicionada, esse trabalho recente abriu caminho para um reposicionamento fundamental dos problemas mais básicos que a pesquisa social de HIV/aids vem enfrentando. Igualmente importante, ao relacionar a análise da vulnerabilidade social ou coletiva com a questão da discriminação e da violação dos direitos humanos mais básicos, ele sugeriu também a possibilidade de uma prática radicalmente transformada da saúde pública em resposta ao HIV/aids – uma mudança do que poderia ser descrito como o gerenciamento técnico (ou tecnocrático) da epidemia para respostas fundamentalmente políticas que virão a

ser necessárias se quisermos enfrentar os desafios a longo prazo que ela apresenta para a comunidade global”.

A utilização dessa nova concepção não elimina o uso do conceito de risco, desde que feito de forma crítica, entendendo os seus limites em termos de capacidade explicativa e, principalmente, em termos de seu potencial transformador, diante da complexidade do problema da aids. Qualquer política de prevenção para ser efetiva tem que levar em consideração os componentes estruturais da sociedade – econômicos e políticos.

O contraponto da vulnerabilidade é o “empoderamento” dos indivíduos e dos grupos, que significa justamente o resgate do seu poder pessoal, da sua capacidade de mobilização e da garantia dos direitos de cidadania (Mann & Tarantola, 1996).

No texto, trabalhamos nas duas perspectivas – a do risco individual e a da vulnerabilidade. A primeira abordagem busca levantar os fatores associados à adoção de práticas de prevenção das DST, HIV/aids e aos indicadores de prevalência e incidência desses agravos. Busca-se a identificação de situações ou condições a que estão submetidas às mulheres profissionais do sexo que determinam comportamentos e atitudes mais positivas em termos da saúde, procurando isolar o efeito particular da intervenção recebida.

A vulnerabilidade é trabalhada quando se procura entender os contextos em que os sujeitos, objetos da investigação, estão inseridos: suas condições de vida e de trabalho, a intersubjetividade e auto-representação, suas formas de organização e de socialização, bem como o grau de “empoderamento” das mulheres para garantir seus direitos mínimos como cidadãs e profissionais. Essa questão foi apreendida principalmente pelas técnicas qualitativas empregadas.

Uma outra categoria analítica para o estudo da vulnerabilidade social é a do estigma. O processo de estigmatização que sofrem as trabalhadoras do comércio sexual acarreta o isolamento social e a discriminação. Este trabalho toma como ponto de partida a definição dada por Erwin Goffman (1988), para quem o estigma é um atributo visto como depreciativo que faz com que a sociedade desacredite a pessoa que o possui. Tal marca, que real-

mente se fundamenta em diferenças em relação à norma, determina a deterioração da identidade.

Este trabalho, também, toma elementos da teoria do desvio de Howard Becker (1977), em que o comportamento desviante em relação à norma constitui um ponto de referência para a estruturação de identidade de grupo. Os processos de estigmatização e discriminação podem ser entendidos, também, como processos sociais inseridos em relações de poder e dominação, da maneira como esses últimos conceitos são abordados por Foucault (1977). Para Parker e Aggleton (2001), embora a obra de Goffman não enfatize a noção de poder e a obra de Foucault não pareça preocupada com o estigma, da leitura concomitante dos dois trabalhos emerge a estigmatização culturalmente construída com base na produção da diferença, valorizada de forma negativa para a manutenção da ordem social.

A avaliação das ações de educação em saúde teve como fundamento as matrizes teóricas delineadas por Paulo Freire (1970; 2000) com os aportes ulteriores do Movimento de Educação Popular, o qual foi estruturado em torno das questões de saúde (Valla, 1998; Vasconcelos, 1998). Essas teorias são enriquecidas com a contribuição da pedagogia de resistência e transformação, que se baseia em uma abordagem cultural (Giroux, 1994; McLaren, 1994; 1999; Watney, 1994). Incorporam-se, também, conteúdos de avaliação de práticas de educação em saúde formulados por Tones (1993^{1,2}), no seio da sua proposta de “abordagem radical” sobre o tema, bem como os delineamentos propostos por Boyatzis, em termos de mudanças nos níveis individual e coletivo (1998).

Metodologia

Este é um estudo de avaliação de oito projetos de intervenção educativa sobre DST/aids voltados para mulheres profissionais do sexo de três regiões brasileiras – Nordeste, Sudeste e Sul. Para esse estudo foi empregado um método de investigação de corte transversal, do tipo *ex post*, realizado em dois grupos de comparação – um grupo que recebeu a intervenção educativa do projeto selecionado e um grupo que não recebeu qualquer intervenção sistemática sobre as doenças sexualmente transmissíveis e a aids (grupo de comparação), seja do projeto selecionado seja de qualquer outro projeto.

Para este estudo foram utilizadas abordagens quantitativas e qualitativas, sendo que a quantitativa abrangeu um inquérito KAP (sigla em inglês de conhecimento, atitudes e práticas) e um inquérito sorológico para HIV, sífilis e hepatites B e C.

Em obediência ao disposto na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o protocolo de investigação do presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília, que o aprovou após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico. Internamente à pesquisa, foi constituída uma Comissão de Acompanhamento Ético. Essa Comissão teve como finalidade monitorar permanentemente o desenvolvimento da pesquisa, sendo composta por quatro membros, pertencentes a: Unidade de Epidemiologia do Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde, Rede Nacional de Profissionais do Sexo, Núcleo de Estudos de Bioética da Universidade de Brasília e Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/aids.

Foram garantidas a confidencialidade das origens das informações e dos resultados dos testes; aconselhamento prévio às testagens sorológicas, aconselhamento pós-

teste para os resultados negativos e positivos; assistência por serviços de saúde para os casos testados positivos, e recomendações específicas para os casos negativos; e fornecimento de uma ajuda de custo para todas as participantes da pesquisa.

Ficou estabelecido, pelo Programa Nacional de DST e Aids, um termo de compromisso para o financiamento de projetos de intervenção comportamental que possam abranger as mulheres profissionais do sexo que participam do grupo de comparação da pesquisa e da formação da linha de base. Estes projetos já estão sendo implementados nos respectivos locais da investigação.

Abordagem quantitativa

O trabalho de campo foi realizado no período de outubro/2000 a março/2001, sendo coordenado localmente por membro designado pela entidade executora de cada projeto avaliado. Tanto o recrutamento das mulheres quanto as entrevistas estruturadas foram realizadas por pessoal local. Em todos os sítios, as multiplicadoras vinculadas aos projetos foram as responsáveis pelo recrutamento das mulheres participantes dos dois grupos, dada a experiência e inserção que possuem nos diferentes ambientes de comércio sexual. Para as entrevistas, foram selecionados entrevistadores pelos coordenadores dos projetos. As equipes de campo, em todos os sítios, foram treinadas pela equipe central de pesquisadores do NESP/UnB.

As mulheres selecionadas só entravam no fluxo da pesquisa após ler e assinar um termo de consentimento livre e esclarecido, onde constavam todos os procedimentos relativos à sua participação no estudo. Em cada um dos dois grupos, foi feita uma entrevista estruturada, mediante a aplicação de um instrumento composto de 59 questões fechadas, que buscavam levantar dados sócio-demográficos das participantes, dados sobre a atividade como profissional do sexo, auto-organização, práticas sexuais adotadas e utilização do preservativo, conhecimentos sobre transmissão e prevenção das DST/aids, atitudes em relação a portadores do HIV e doentes de aids, acesso e utilização dos serviços de saúde, testagem sorológica para o HIV, uso de drogas e participação em atividades educativas sobre DST/aids. A duração média das entrevistas foi de trinta minutos.

Esse instrumento foi elaborado e discutido em uma oficina de trabalho com todas as entidades executoras dos projetos de intervenção voltados para as profissionais do sexo que seriam avaliadas, com o objetivo de adequar a linguagem e o conteúdo do questionário à população-alvo, sendo, posteriormente, testado junto a um grupo de mulheres profissionais do sexo na área central de Brasília.

Paralelamente à entrevista estruturada, todas as participantes realizaram testagem sorológica para sífilis, HIV, hepatite B e hepatite C. As atividades de entrevista e de coleta de sangue foram realizadas em unidades de saúde específicas para esse fim – os centros de testagem anônima – ou em outros serviços de saúde apropriados, onde cada mulher participante passava pelas seguintes etapas:

1. leitura e assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido, de acordo com as exigências contidas na Resolução do Comitê de Ética do Conselho Nacional de Saúde;
2. aplicação do questionário fechado, sobre conhecimentos, atitudes e práticas e sobre antecedentes de doenças sexualmente transmissíveis. A entrevista era, invariavelmente, realizada antes da coleta de material para exame sorológico, para evitar a “contaminação” dos grupos em função do aconselhamento pré-teste;
3. realização do aconselhamento pré-teste;
4. coleta de material para exame sorológico.

O material coletado era centrifugado e armazenado de forma apropriada, sendo, semanalmente, enviado para o laboratório de referência da pesquisa. A devolução dos resultados foi feita na mesma unidade de saúde onde ocorreu a coleta, sendo prestado o aconselhamento pós-teste, bem como tratamento e acompanhamento, quando necessários.

Tanto o questionário quanto as amostras de sangue eram anônimos, sendo identificados por um mesmo número de ordem, no sentido de permitir o cruzamento dos dados comportamentais com os dados da sorologia. As mulheres recebiam um cartão etiquetado com o mesmo número de identificação, com o qual seria possível receber o resultado dos testes.

Análise laboratorial do sangue

A testagem sorológica de todas as amostras foi feita de forma centralizada, no Hemocentro de Brasília, com o que se buscou garantir a padronização das técnicas empregadas, bem como a comparabilidade dos resultados. Após o processamento, as amostras foram alíquotadas em soroteca, acondicionadas em freezer a -30°C .

O **Quadro 1** traz os testes utilizados para o diagnóstico laboratorial do HIV, sífilis, hepatites B e C. Todas as amostras positivas ou inconclusas na triagem foram repetidas em duplicata.

Para fins de análise, consideraram-se como positivas para hepatite B amostras reagentes ao antígeno HbsAg e/ou ao anticorpo anti-HBc. Para o diagnóstico de sífilis, consideraram-se as amostras positivas para o VDRL, com títulos iguais ou maiores que 1:16, e FTA-ABS reagente. Para o HIV e o HCV, consideraram-se como positivas as

amostras reagentes no teste confirmatório (*Western Blot*).

Para a identificação de infecção recente pelo HIV, todas as amostras confirmadas para o HIV foram submetidas a um teste ELISA de baixa sensibilidade, fazendo-se triagem em uniplicata. As amostras negativas seguiram para o confirmatório, sendo retestadas em triplicata, identificando-se aquelas que se mantiveram dentro dos parâmetros esperados para infecção recente. No presente estudo foi utilizado o teste *ELISA-detuned* Vironostika, da Organon Teknika Corporation, que identifica infecções para o HIV com até 170 dias de início (Janssen et al, 1998; 2001; McFarland et al, 1999). Os testes para pesquisa de infecção recente pelo HIV foram realizados no laboratório de retrovirologia da Universidade Federal de São Paulo. A estimativa da incidência anual do HIV foi feita com base na seguinte fórmula:

$$\text{Incidência anual do HIV (\%)} = \frac{(\text{N}^{\circ} \text{ de infecções HIV recentes}) \times (365,25/170)}{\text{HIV negativo} + \text{N}^{\circ} \text{ infecção HIV recente}} \times 100$$

Seleção de projetos e das amostras populacionais

Foram selecionados oito projetos de intervenção educativa, sendo três na região Nordeste, dois na região Sudeste e três na região Sul. Os projetos foram selecionados com base em alguns critérios previamente definidos, como o período de tempo da intervenção, caráter de continuidade do projeto, cobertura do projeto. Para o grupo que não recebeu a intervenção foram definidos como critérios: ter o mesmo perfil profissional das mulheres do grupo de intervenção e estar localizado em região geográfica com as mesmas características sociais. Esse grupo deveria ser o mais semelhante possível do primeiro para que se pudesse isolar o efeito da intervenção, ao controlar todas as variáveis que podem ter influência sobre os resultados. Como não foi possível estabelecer critérios muito rigorosos de seleção ou mesmo utilizar técnicas como a do pareamento, esse grupo não pode ser toma-

do rigorosamente como um grupo controle, mas sim um grupo de comparação que pode divergir em aspectos importantes para efeito deste estudo de avaliação.

Para cada projeto selecionado, foi convocado o maior número possível de mulheres profissionais do sexo que voluntariamente aceitassem participar da pesquisa de modo a completar o número necessário para o tamanho da amostra previamente dimensionado. O cálculo do tamanho da amostra foi baseado na fórmula proposta por Hulley e Cummings (1988), para o estabelecimento de diferenças entre dois grupos de comparação. Foram tomadas duas variáveis de desfecho consideradas mais relevantes: a prevalência do HIV e o uso consistente do preservativo. Para a estimativa desses “eventos-resultado” tomaram-se dados da literatura existente, principalmente a nacional. O **Quadro 2** mostra os parâmetros adotados para cada grupo e o número amostral mínimo necessário.

Cada projeto contou com amostras de mesmo número, já que não há estimativas confiáveis sobre o tamanho da população de mulheres profissionais do sexo em cada estado. Assim, as estimativas apresentadas para o nível nacional devem ser consideradas com cautela, uma vez que não há como ponderá-las em função das diferenças no tamanho populacional de cada sítio ou estado, o que pode enviesar o dado nacional.

Pelo cálculo da amostra, em cada sítio da pesquisa, deveriam ser selecionadas 250 mulheres em cada grupo investigado, mas em função das dificuldades apontadas pelos representantes das ONG e OG responsáveis pelos projetos, em termos do contingente a ser recrutado, principalmente no grupo sem intervenção, esse número foi reduzido para 168 em cada grupo.

Critérios de inclusão

Para a seleção de cada elemento amostral, adotaram-se critérios para o recrutamento das mulheres que comporiam cada grupo. Como critérios gerais, que deveriam ser preenchidos pelas mulheres dos dois grupos, foram definidos a idade mínima de 18 anos, uma vez que a mulher deveria assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, e o tempo de trabalho como profissional do sexo de, no mínimo, seis meses. Para inclusão no grupo de intervenção, foi adotado como critério específico à participação no projeto de intervenção educativa por um período de, pelo menos, seis meses, além de não poder

ter recebido esse tipo de intervenção por parte de nenhuma outra instituição.

Para o grupo de comparação, os critérios de inclusão foram: não ter recebido nenhum tipo de intervenção educativa sobre as DST/aids, seja do projeto selecionado seja de qualquer outro, em nenhuma cidade, ou seja, mulheres que nunca receberam qualquer intervenção sistêmica nesse sentido. Além disso, essas mulheres deveriam estar inseridas num ambiente de trabalho semelhante ao do grupo de intervenção e ter um perfil social também semelhante. Essas foram indicações gerais, uma vez que não foi possível adotar a técnica do pareamento, pela dificuldade de seleção, apesar da importância desse procedimento no sentido de garantir a homogeneidade dos dois grupos.

Análise dos dados

Como um dos principais objetivos do presente estudo é avaliar o impacto das ações educativas sobre a prevenção das DST/aids voltadas para as mulheres profissionais do sexo, a análise foi feita mediante a comparação de indicadores de resultado nos dois grupos – com e sem intervenção. Como indicadores da efetividade das ações desenvolvidas foram selecionados os seguintes:

1. Prevalência/Incidência do HIV, sífilis, hepatites B e C;
2. Uso consistente do preservativo (com cliente e com o companheiro);
3. Realização de teste de detecção para o HIV;

Quadro 1

	Triagem	Confirmatório
HIV	Anti-HIV 1/2 (ELISA e Quimioluminescência)	Anti-HIV (W. BLOT)
Sífilis	VDRL	FTA-ABS
Hepatite B	Anti-HBc e HbsAg (Quimioluminescência)	Perfil Hepático*: Anti-HBs, Anti-Hbe e HbeAg (ELISA)
Hepatite C	Anti-HCV (Quimioluminescência)	Anti-HCV (W. BLOT)

* Marcadores virais pesquisados quando HbsAg +.

Quadro 2

Variável de desfecho	Grupo de intervenção	Grupo de comparação	Erro I	Potência	Número em cada grupo
Uso consistente do preservativo	85%	75%	<0,05	>0,80	250
Prevalência do HIV	5%	10%	<0,05	>0,80	434

4. Realização de exame preventivo ginecológico;
5. Uso de drogas;
6. Conhecimento sobre transmissão e prevenção das DST/aids;
7. Atitudes; e
8. “Empoderamento” (auto-organização do grupo e participação em reuniões sobre cidadania),

Para efeito do presente estudo, estabeleceu-se como uso consistente do preservativo o uso em todas as relações sexuais, nos últimos seis meses.

Deve-se chamar a atenção para o fato de a prevalência, como dado isolado, não ser um bom indicador da efetividade da intervenção, uma vez que não se pode precisar o momento da infecção, o que resulta em uma dificuldade de se fazer associação entre os coeficientes de prevalência e a intervenção realizada. O estudo de incidência permite que se estabeleça melhor a relação temporal entre a intervenção e o início da doença, isto é, permite maior clareza quanto à ordem cronológica dos eventos.

A análise estatística dos dados foi feita buscando contemplar os seguintes aspectos:

1. Comparar o perfil dos dois grupos. São semelhantes? Em que diferem?
2. Comparar as prevalências dos indicadores selecionados, nos dois grupos, mediante estimativas de *odds ratio*, controlando as variáveis de confundimento, como idade, escolaridade, tempo de profissão e local de trabalho.
3. Verificar se há tendência linear do *odds ratio* segundo as categorias das variáveis independentes.
4. Avaliar o efeito das variáveis independentes sobre a prevalência dos indicadores selecionados.

Para os indicadores de resultado selecionados, foram estimadas as razões de *odds*, com o correspondente intervalo de confiança ao nível de 95%, sendo verificada a significância estatística pelo teste do qui-quadrado de Mantel-Haenszel e o valor de *p*.

Para o principal indicador pesquisado – uso consistente do preservativo – foram realizadas análises bivariadas e multivariadas.

Na análise bivariada, foi realizada a estratificação, que é indicada para o exame da associação entre duas variáveis, quando se quer controlar os efeitos de uma va-

riável de perfil, que pode ser um fator de confundimento (Agresti, 1996). Como no presente caso, não foi possível controlar completamente as variáveis que definem o perfil dos dois grupos de comparação, no processo de seleção da amostra, o que pode resultar em composição diferenciada dos mesmos, optou-se pela análise estratificada, considerando como possíveis fatores de confundimento: a idade, a escolaridade, o tempo de profissão, o local de trabalho, a renda etc.

Além das estatísticas já descritas, na análise bivariada, foi utilizado o teste de *Breslow-Day*, que permite verificar a homogeneidade dos *odds ratio* estimados, para os diversos estratos das variáveis independentes selecionadas. Assim, é possível determinar se há diferenciação no uso do preservativo em função das variáveis investigadas, além da própria intervenção.

Também, as diferenciações no uso do preservativo, nos dois grupos, para as variáveis independentes contínuas, os percentuais de uso são trabalhados por meio de curvas, permitindo aferir, graficamente, se há associação linear entre a variável dependente – o uso do preservativo – e a independente.

Na análise multivariada foi utilizado um modelo de regressão logística múltipla. A modelagem foi realizada a partir dos resultados preliminares fornecidos pela análise bivariada, estimando-se os coeficientes do modelo e o grau de significância dos mesmos. Foi utilizado o método *forward* para a seleção das variáveis.

Abordagem Qualitativa

Na abordagem qualitativa foram adotadas as técnicas de grupo focal e entrevistas individuais em profundidade. Os grupos focais foram divididos em dois campos temáticos, cada qual com roteiro específico. Um primeiro, voltado para a avaliação das condições de vulnerabilidade da população-alvo, cobrindo aspectos da vida profissional, da vida privada, afetividade, conhecimentos e habilidades relativos à transmissão das DST/HIV/AIDS, hábitos relacionados ao consumo de drogas – lícitas e ilícitas – e acesso a serviços de saúde e sociais.

O outro campo temático abrangeu as práticas educativas realizadas pelos projetos, em seus conteúdos, estratégias, métodos, meios e instrumentos.

Em cada sítio, foram realizados dois grupos de vulnerabilidade com mulheres que receberam a intervenção e outros dois com as que não receberam. Os grupos focais de práticas educativas foram realizados apenas com as mulheres do grupo que foi alvo da intervenção, sendo realizados dois em cada sítio pesquisado.

Cada grupo focal contou, em média, com a participação de dez mulheres, recrutadas durante o fluxo da testagem sorológica, durante as duas primeiras semanas do trabalho de campo e tiveram uma duração em torno de duas horas. Todos os grupos foram conduzidos por pesquisadores do NESP/UnB.

Foram, ainda, selecionadas seis mulheres, por sítio, para entrevistas individuais em profundidade, sendo três do grupo com intervenção e três do outro grupo. O roteiro semi-estruturado das entrevistas orientou-se pela temática dos grupos focais de vulnerabilidade, sendo que o entrevistador foi sempre um pesquisador do NESP/UnB.

O período de realização das entrevistas foi o mesmo dos grupos focais e sua duração média foi, também, de duas horas.

Todos os grupos focais e entrevistas individuais em profundidade foram gravados em fita magnética e, posteriormente, transcritos.

Complementarmente, foram, ainda, realizadas entrevistas individuais, coletivas com as multiplicadoras dos projetos, e entrevistas individuais com os seguintes informantes-chave: gestores de programas estaduais; municipais de saúde, coordenadores dos projetos objeto de avaliação e profissionais de saúde.

Resultados

Como o presente estudo adota métodos quantitativos e qualitativos, os resultados aqui apresentados cotejam os achados relativos ao inquérito KAP com os dados obtidos dos grupos focais sobre vulnerabilidade, de forma a ajudar o entendimento sobre seus possíveis significados. Abordam-se também as entrevistas individuais em profundidade.

Participaram do estudo 2.712 mulheres, sendo 1.399 do grupo que recebeu a intervenção educativa e 1.313 do grupo sem intervenção. A distribuição das mulheres em cada sítio pesquisado está mostrada na tabela 1.

Perfil dos grupos

Caracterização sociodemográfica

Os grupos com e sem intervenção, quando considerados agrupados por região, mostraram-se diferentes em relação à idade, diferenças que têm significância do ponto de vista estatístico ($p < 0,05$) 2. O grupo sem intervenção é mais jovem que o de intervenção, em todas as regiões pesquisadas. No Nordeste, há um predomínio de mulheres do grupo sem intervenção nas faixas de menor idade (de 17 a 24 anos) e na de maior idade (acima de 50 anos), enquanto as mulheres do grupo de intervenção estão mais concentradas na faixa de 30-39 anos. Ocorre uma distribuição semelhante entre os dois grupos na faixa de 25-29 anos. Na região Sudeste, há maior propor-

1 Distribuição das mulheres participantes da pesquisa, segundo o sítio e o grupo. Brasil, 2000.

Sítio da pesquisa	Grupo de intervenção	Grupo de comparação	Total
MA	168	164	332
MG	199	169	368
PB	161	165	326
PR	168	153	321
RS	168	164	332
SC	166	168	334
SE	165	164	329
SP	204	166	370
TOTAL	1399	1313	2712

ção de mulheres do grupo de comparação nas faixas de idade até 29 anos; a partir dos 30 anos ocorre uma inversão, passando o grupo de intervenção a apresentar maiores proporções que o de comparação. Na região Sul, isso também ocorre, mas um pouco antes, pois já na faixa de 25-29 anos há maior proporção de mulheres do grupo de intervenção.

Com relação à escolaridade **3**, os grupos só se mostraram diferentes na região Nordeste, não havendo diferenças entre os grupos sem e com intervenção nas regiões Sudeste e Sul. No Nordeste, há maior proporção de mulheres do grupo de intervenção nas faixas de menor escolaridade em comparação com as do grupo sem intervenção: enquanto 86,8% do primeiro grupo nunca estudaram ou têm apenas o ensino fundamental incompleto, 71,5% das mulheres sem intervenção estão nessa situação. Em todos os demais níveis de escolaridade, as proporções de mulheres do grupo sem intervenção são maiores que as do grupo de intervenção.

A tabela **4** mostra a distribuição das mulheres segundo a renda mensal em salários mínimos (SM). Os dois grupos diferem do ponto de vista da renda, em todas as regiões pesquisadas. A proporção de mulheres que recebem menos de um salário mínimo é maior para o grupo sem intervenção em todas as regiões, mas esse dado é mais pronunciado na região Nordeste. No geral, é duas vezes maior a proporção de mulheres do grupo sem intervenção que recebem menos que um salário mínimo que a do grupo de intervenção. Na região Sul, o grupo de intervenção apresenta sempre maiores proporções que o grupo sem intervenção nas faixas de maior renda – acima de cinco salários mínimos. Já nas regiões Nordeste e Sudeste, a maior diferença na distribuição dos dois grupos ocorre na faixa de 3 a 4 salários, onde a proporção de mulheres do grupo de intervenção é significativamente maior que a do grupo sem intervenção.

Em relação ao tempo de profissão **5**, nota-se que as mulheres do grupo sem intervenção têm menos tempo de exercício da atividade profissional que as mulheres do grupo de intervenção. Há maiores proporções de mulheres do grupo sem intervenção com menos de cinco anos de profissão, enquanto as mulheres do grupo de intervenção apresentam maiores proporções nas faixas

acima de 5 anos. No entanto, essas diferenças se mostraram estatisticamente significativas para as regiões Sudeste e Sul.

O local de trabalho é uma variável importante na caracterização do perfil dos grupos, já que condiciona uma série de circunstâncias que podem influenciar na exposição a situações de maior risco às DST e à aids. Essas situações de maior vulnerabilidade incluem questões como o preço e o número de programas, a autonomia capacidade de negociação do programa diretamente com o cliente, exposição à violência, disponibilidade do preservativo etc. O próprio perfil das mulheres varia muito em relação ao local de trabalho.

Assim, essa é uma das variáveis que deveriam ter sido controladas no recrutamento de mulheres, no sentido de se garantir a homogeneidade dos dois grupos de comparação.

No entanto, observam-se diferenças importantes em relação ao local de trabalho das mulheres dos dois grupos das regiões Sudeste e Sul **6**, enquanto, na região Nordeste, não foram detectadas diferenças significativas entre eles. Na região Sudeste, a proporção de mulheres que trabalha na rua é bem maior no grupo que não sofreu intervenção quando comparado com o de intervenção, enquanto a proporção de mulheres que trabalha em hotéis é significativamente maior no grupo de intervenção. Já na região Sul, há proporcionalmente mais mulheres do grupo de intervenção trabalhando na rua, enquanto a proporção de mulheres que trabalham em bares ou boates é maior para o outro grupo.

As informações obtidas junto aos grupos focais revelaram que os locais de trabalho determinam diferentes formas de organização da atividade, que variam segundo o grau de segurança e tensão, as possibilidades de renda e as pressões oriundas das contra-prestações de contrato. Como já foi referido, existem diferenças quanto aos locais de trabalho sendo que a maioria das mulheres pesquisadas trabalham na rua, bares e boates.

A atividade de rua, encontrada em todos os sítios, representa uma maior liberdade de horários e a possibilidade de combinação com outra atividade remunerada, mas implica em maior exposição à violência, de clientes e da polícia, e a hostilidades. O preço do programa é me-

2 Distribuição (%) das mulheres profissionais dos grupos de intervenção e de comparação, segundo faixa etária e região. Brasil, 2000.

Faixa etária	Nordeste*		Sudeste**		Sul***		Total	
	GI (n=494)	GC (n=493)	GI(n=403)	GC (n=335)	GI (n=502)	GC(n=485)	GI(n=1.399)	GC(n=1.313)
17-19	9,3	13,0	2,5	5,4	6,0	12,0	6,1	10,7
20-24	25,1	27,8	14,9	20,0	26,7	34,2	22,7	28,2
25-29	21,3	21,9	13,4	21,8	23,1	22,1	19,7	21,9
30-39	31,2	21,1	31,8	27,8	29,1	21,6	30,6	23,0
40-49	11,3	11,4	26,8	19,1	9,6	7,6	15,2	12,0
50 e +	1,8	4,7	10,7	6,0	5,6	2,3	5,7	4,1

* $\chi=20,45$; $p=0,0023$ ** $\chi=24,65$; $p=0,00016$ *** $\chi=28,47$; $p=0,000029$

3 Distribuição (%) das mulheres profissionais dos grupos de intervenção e de comparação, segundo escolaridade e região. Brasil, 2000.

Escolaridade	Nordeste*		Sudeste**		Sul***		Total****	
	GI (n=494)	GC(n=493)	GI (n=403)	GC(n=335)	GI (n=502)	GC(n=485)	GI (n=1.399)	GC(n=1.313)
Nunca estudou	10,5	17,0	5,7	4,8	5,0	3,5	7,1	8,9
Ens. fundam. incompleto	76,3	64,5	69,7	71,0	59,0	65,4	68,2	66,5
Ens. fundam. completo	5,3	6,3	11,4	8,4	13,9	9,3	9,6	7,8
Ens. médio incompleto	3,8	5,9	6,2	7,2	9,2	8,7	6,9	7,4
Ens. médio completo	3,8	5,7	6,9	8,7	10,6	12,2	7,1	8,8
Educ. superior	0,2	0,6			2,2	1,0	0,9	0,6

* $\chi = 17,78$; $p = 0,0032$ ** $\chi = 3,0$; $p = 0,5586$ *** $\chi = 11,14$; $p = 0,0841$ **** $\chi = 9,79$; $p = 0,13387$

4 Distribuição (%) das mulheres profissionais dos grupos de intervenção e de comparação, segundo renda mensal e região. Brasil, 2000.

Renda mensal (em SM)	Nordeste*		Sudeste**		Sul***		Total	
	GI (n=494)	GC(n=493)	GI (n=403)	GC (n=335)	GI (n=502)	GC (n=485)	GI (n=1.399)	GC (n=1.313)
< 1	10,5	22,9	2,7	3,3	0,6	0,8	4,7	9,7
1-2	57,3	55,0	26,3	33,7	18,3	23,7	34,4	38,0
3-4	22,3	12,6	32,0	18,8	26,1	30,9	26,4	20,9
5-7	5,9	5,9	17,9	17,6	28,7	22,5	17,5	15,0
8-10	0,8	1,2	6,7	11,9	11,0	9,5	6,1	7,0
> 10	0,8	0,6	8,9	9,0	15,1	12,0	8,3	6,9

* $\chi = 37,18$; $p = 0,00000$ ** $\chi = 21,4$; $p = 0,0016$ *** $\chi = 12,76$; $p = 0,0470$ **** $\chi = 40,13$; $p = 0,00000$

5 Distribuição (%) das mulheres profissionais dos grupos de intervenção e de comparação, segundo tempo de profissão e região. Brasil, 2000.

Tempo de profissão (em anos)	Nordeste*		Sudeste**		Sul***		Total	
	GI(n=494)	GC(n=493)	GI(n=403)	GC(n=335)	GI (n=502)	GC (n=485)	GI (n=1.399)	GC (n=1.313)
< 1	4,9	6,7	4,5	11,9	9,8	18,6	6,5	12,4
1- 4	48,2	51,1	35,0	48,7	44,2	53,2	43,0	51,3
5-9	22,5	15,4	25,8	19,7	20,1	15,1	22,6	16,4
10 ou +	24,3	26,6	34,0	19,4	25,5	13,0	27,5	19,7
Ignorado	0,2	0,2	0,7	0,3	0,4	0,2	0,4	0,2

* $\chi=8,85$; $p=0,06488$ ** $\chi=39,16$; $p=0,00000$ *** $\chi=41,47$; $p=0,00000$ **** $\chi = 66,68$; $p = 0,00000$

nor, mas o dinheiro é todo dela e o local tanto pode ser em uma “quebrada” quanto em hotel e, neste caso, o custo do quarto entra na negociação do preço.

Em local fechado do tipo bordel (com cafetina), encontrado em Imperatriz, Aracaju, Rio de Janeiro e Itajaí, as condições de segurança são melhores, mas há a exigência da frequência e do cumprimento de horário com maior grau de controle sobre as mulheres. Quando o programa é fora, tem de pagar a saída, e as possibilidades de captar o cliente são limitadas. Os preços variam de acordo com o tipo de clientela.

Nos bares fechados (bar de dose), encontrados em Curitiba e João Pessoa, as condições de segurança oferecidas se limitam ao seu interior e os programas são feitos fora. Há a exigência de frequência e horário e a atividade implica no consumo de bebida alcoólica, pois têm de induzir o freguês do bar a pagar-lhes bebida destilada. As mulheres recebem comissão pela bebida consumida e os preços dos programas são melhores. A baixa produtividade implica exclusão do bar.

Um tipo de local de comércio sexual encontrado apenas em São Paulo é o “drive-in”, onde as mulheres fazem ponto nas imediações do local e o programa é feito no carro, dentro do “box”. São exigidos a frequência e o cumprimento de horário. A segurança só é oferecida no interior do estabelecimento, o que não impede os “arrastões” da polícia, e, na rua, estão expostas a hostilidades. Os preços são melhores e não há a obrigatoriedade de consumo de bebida. A baixa produtividade, também, implica exclusão do estabelecimento.

Num tipo único de hotel, encontrado em Belo Horizonte, a frequência e o horário são livres, mas a mulher é obrigada a pagar uma diária de R\$ 20,00 por turno, ou R\$ 40,00 por dia, além de fornecer a roupa de cama, sa-

bonete, papel higiênico e camisinha, e ainda fazer a limpeza. Há grande circulação de clientes e os preços, em geral, são muito baixos.

Quanto ao número de programas realizado por semana, há diferenças entre os dois grupos em todas as regiões. Nas regiões Nordeste e Sul, o grupo sem intervenção apresenta maior proporção que o de intervenção na faixa de menor número de programas, enquanto nas faixas de maior número de programas (acima de 10) o grupo de intervenção apresenta sempre maiores proporções. Na região Sudeste ocorre o inverso, com menor proporção de mulheres do grupo sem intervenção na faixa de menor número de programas (de 1 a 10).

Assim, de um modo geral, é possível dizer que os dois grupos de comparação diferem em vários aspectos importantes. Pode-se observar, como características principais, que o grupo sem intervenção é mais jovem, possui menor renda mensal e tem menos tempo de profissão, além de apresentar diferenças em relação ao local de trabalho, com variações intra e inter-regionais. Essas diferenças no perfil dos grupos devem ser levadas em consideração na análise sobre a efetividade das intervenções realizadas, uma vez que elas podem se constituir em variáveis confundidoras do efeito observado. Essas diferenças são decorrentes da impossibilidade de se ter controlado as variáveis que definem o perfil dos grupos no processo amostral, sendo necessário, pois, realizar esse controle na análise. Para tanto, far-se-á, sempre que necessário, a análise estratificada dos indicadores selecionados, segundo cada uma dessas variáveis, o que minimiza os possíveis vieses decorrentes da diferenciação original dos grupos.

Esses achados ratificam observações feitas durante o trabalho de campo sobre o perfil dos grupos seleciona-

6

Distribuição (%) das mulheres profissionais dos grupos de intervenção e de comparação, segundo local de trabalho e região. Brasil, 2000.

Local de trabalho	Nordeste		Sudeste		Sul		Total	
	GI(n=494)	GC(n=493)	GI(n=403)	GC(n=335)	GI(n=502)	GC (n=485)	GI(n=1.399)	GC(n=1.313)
Rua	38,9	36,5	53,6	62,1	39,8	30,7	43,5	40,9
Bar/boate	50,4	50,7	17,1	15,5	45,2	60,2	39,0	45,2
Bordel	16,8	12,4	0,7	0,9	1,4	1,4	6,6	5,4
Hotel	9,3	8,9	45,9	29,6	9,0	7,4	19,7	13,6
Posto/BR	10,1	12,8	0,3	1,5		0,8	3,7	5,5

dos, que, em alguns casos, apresentaram diferenças bem acentuadas. Nesses casos, buscou-se redirecionar o recrutamento do grupo que funcionaria como “controle” para uma população socialmente mais semelhante ao grupo-alvo do projeto. No entanto, nem sempre isso foi possível, pela própria inexistência de um outro grupo com as mesmas características sociais. Em geral, os projetos de intervenção elegem as populações mais vulnerá-

veis, de situação social mais precária, não resultando nenhum grupo semelhante que não tenha sido alvo de projeto de intervenção educativa.

Diferenças Regionais de Perfil

Pelos dados apresentados e sintetizados na tabela 8, podem-se observar diferenças importantes no perfil das mulheres profissionais do sexo entre as diversas regiões,

7

Distribuição (%) das mulheres profissionais dos grupos de intervenção e de comparação, segundo o número de programas semanal e região. Brasil, 2000

Número de programas	Nordeste*		Sudeste**		Sul***		Total	
	GI (n=494)	GC(n=493)	GI(n=403)	GC (n=335)	GI (n=502)	GC (n=485)	GI (n=1.399)	GC (n=1.313)
1-10	74,7	84,8	39,7	33,1	65,7	73,8	61,4	67,6
11-20	19,0	11,0	20,8	22,1	19,3	18,1	19,7	16,5
21-30	2,6	1,8	9,7	17,9	10,0	4,7	7,3	7,0
31 ou +	3,0	1,0	28,8	26,6	5,0	3,3	11,2	8,4
Ignorado	0,6	1,4	1,0	0,3			0,5	0,6

* $\chi=21,19$; $p=0,00029$ ** $\chi=13,15$; $p=0,01057$ *** $\chi=13,25$; $p=0,00412$ *** $\chi=13,36$; $p=0,00963$

8

Distribuição (%) das mulheres profissionais do sexo, segundo variáveis sociais, em cada região pesquisada. Brasil, 2000.

Variáveis	Nordeste (n=497)	Sudeste (n=738)	Sul (n=987)
	%	%	%
Faixa* etária			
17-19	11,2	3,8	9,0
20-24	26,5	17,2	30,4
25-29	21,6	17,2	22,6
30-39	26,2	29,9	25,4
40-49	11,4	23,3	8,6
50 e mais	3,2	8,5	4,0
Tempo prof.			
< 1 ano	5,8	7,9	14,1
1 – 4	49,7	41,4	48,8
5 – 9	19,0	23,2	17,7
10 e mais	25,5	27,5	19,4
Renda (sm)			
< 1	17,1	3,2	0,7
1 – 2	57,3	31,4	21,1
3 – 4	17,8	27,5	28,6
5 – 7	6,0	18,8	25,7
8 – 10	1,0	9,6	10,3
Mais de 10	0,7	9,5	13,6
Escolaridade			
Nunca estudou	13,8	5,3	4,3
Ens. fundam. incompleto	70,4	70,3	62,2
Ens. fundam. completo	4,9	10,0	11,7
Ens. médio incompleto	5,8	6,6	8,9
Ens. médio completo	4,8	7,7	11,4
Educ. superior	0,4		1,6

que reproduz o mesmo diferencial social apresentado para a população.

Em relação à faixa etária, as mulheres da região Sudeste apresentam um padrão etário de maior idade que o das regiões Nordeste e Sul. Também, em termos de tempo de profissão, é onde há proporcionalmente mais mulheres com mais de cinco anos de atividade. Nesse aspecto, a região Sul foi a que apresentou os maiores percentuais de profissionais com menos tempo de atuação: possui o dobro de mulheres há menos de um ano atuando na área, em comparação com as outras duas regiões.

Em relação aos aspectos mais diretamente relacionados com o nível socioeconômico – a renda e a escolaridade, observa-se que há um verdadeiro fosso separando o Nordeste das demais regiões. As mulheres profissionais do sexo do Nordeste estão mais concentradas nas menores faixas de renda: 74,4% delas recebem até dois salários, enquanto nas regiões Sudeste e Sul esses percentuais correspondem a 34,2% e 21,8%, respectivamente. No outro extremo de renda – nas faixas acima de oito salários mínimos – a situação se inverte: as regiões Sul e Sudeste apresentam as maiores concentrações de profissionais do sexo (23,9% e 19,1%, respectivamente) enquanto no Nordeste apenas 1,7% das mulheres auferem tal renda mensal.

A escolaridade apresenta um padrão de distribuição semelhante ao da renda, com maior precariedade entre as mulheres da região Nordeste, onde foi observado um percentual de 13,8% que nunca estudaram. Na região Sul esse percentual é de 4,3% e na Sudeste, 5,3%. Por outro lado, é no Nordeste que se encontram os menores percentuais de mulheres nos graus de maior escolaridade: apenas 5,8% têm o segundo grau completo, enquanto nas regiões Sudeste e Sul esses percentuais são 7,7% e 11,4%.

Contexto do Exercício do Comércio Sexual

Nesta seção descreveremos algumas características do contexto em que se desenvolve o comércio sexual, tais como, o tipo de cliente, a ocorrência de violência e outras pressões do ambiente. Incluímos também informações sobre a rotina e as condições de negociação do programa.

O cliente

Em todos os grupos, sejam eles de intervenção ou não, e em todos os tipos de organização da atividade, aparece a mesma classificação da clientela, destacando o cliente comum, que é o mais freqüente, como aquele que, acertada a negociação, faz o programa, paga o combinado e não cria problemas. O mau cliente é aquele que ofende, ou tenta burlar ou descumprir o programa combinado ou o preço negociado, ou ainda ameaça ou agride.

O bom cliente é o que trata bem ou é carinhoso, não se vale do estigma para negociar o programa, para ofendê-las ou agredi-las. O cliente fixo é aquele que só procura por elas, e o faz regularmente. Há também o cliente que faz amizade, que fica no limiar do profissional e do afetivo. Nos grupos apareceram participantes que fazem programas também com mulheres.

- Eu acho que o bom cliente é aquele que me trata bem, não me maltrata, não me magoa, aí eu acho ele um bom cliente para mim...me dá carinho...porque tem uns que chegam humilhando a gente, dizendo coisas, se é para humilhar eu digo também, não fico calada não... (GFC – Campina Grande).

- O homem que é o tal, o gostoso, o lindo, maravilhoso, é aquele que quer sair satisfeito, faz por onde se satisfazer, e faz por onde satisfazer a mulher também. Porque tem cliente que fala assim: eu só vou ficar satisfeito quando eu vir você gozar. Mas de verdade. E ele tá ali para comprovar. E sabe como é que é. Então, este é o tal, o bicho, aquele que faltava. Este é o bicho, aquele que tem 100% de certeza que você vai sair satisfeita. (GFC – RJ).

...é chegar no cliente, aí o cliente fala assim; “quanto sai o programa”, aí cê fala “é tanto, né?, além de você trocar o maior papo com ele, porque na boate a gente fica sentado trocando papo, né. Muitas vezes na boate você junta o útil com o agradável, você chega, fica conversando com o cliente, o cliente te paga uma dosezinha, fica aquele papo e dança e tal, aí depois cê chega nele e ele fala: “quanto é seu programa?”, aí cê fala: Ah! É tão bom. Esse é o cliente bom.(GFC – CTB)

- E cada uma já tem seus clientes certos, eu tenho clientes de 15 anos, desde o dia que eu comecei até hoje, tem uns que

eram solteiros, já casaram têm filhos, já casaram de novo, estão sempre lá. (GFI – POA)

Eu tenho muitos fixos, que preferem só comigo do que com outras meninas mais bonitas. (GFI – BH)

Eu já fiz com outra mulher, mas não tem nada de diferente, aliás eu fui das que mais fiz com a mulherada...(GFI – POA).

Eu sou mais sexo com mulheres...tá normal. (GFC – RJ).

Estigma e atividade profissional

O grau de satisfação na atividade foi um dos temas de discussão contemplados nos grupos focais. Independentemente da intervenção, as colocações das participantes se dividem e, no início, são mesclados aspectos positivos: a satisfação com a prática está relacionada à possibilidade de liberdade, autonomia, maiores ganhos financeiros, o fato de conhecer gente interessante. Pelo lado negativo, os pontos levantados referem-se a ser uma vida difícil, na medida em que o trabalho é considerado humilhante, por sofrerem discriminação, e de terem que lidar com clientes desagradáveis, além dos riscos que permeiam o exercício da atividade.

Na medida em que as discussões avançam, fica claro que parte dos inconvenientes da profissão dizem respeito a dificuldades relacionadas à vida social. Neste sentido, aparece a necessidade de encobrir a profissão e de omitir a parentes, algumas vezes ao marido, aos vizinhos e, sobretudo, aos filhos e/ou filhas como um dos maiores incômodos. Este aspecto causa grande pressão psicológica e emocional, pois implica numa situação conflitiva onde, por um lado, elas são obrigadas a sustentar uma vida familiar e social, educar filhos dentro das normas morais da sociedade geral e, por outro, exercer uma atividade com a qual se identificam e que é considerada, dentro destas mesmas normas, imoral.

As que se consideram em situação transitória na profissão se autojustificam, em geral, afirmando ser uma necessidade para sustentar os filhos, mas que numa primeira oportunidade de emprego, pretendem deixar a profissão. As que se consideram em situação profissional per-

manente argumentam que o exercício da atividade lhes confere vantagens em termos de ganhos financeiros e uma relativa autonomia em relação à administração do horário e condições de trabalho.

É muito freqüente a menção aos filhos, que aparecem sempre no discurso como preocupação central, e as referências feitas vão no sentido de buscar proporcionar-lhes aquilo que elas próprias não tiveram. Quando discutem essa questão, os grupos, em geral, ponderam que o que conseguem obter na profissão é sempre muito mais do que poderiam conseguir no mercado de trabalho, formal ou informal, independentemente do nível de escolaridade e capacitação. Se por um lado as que têm menos estudo e capacitação só teriam acesso a empregos de baixa remuneração, outras teriam acesso a empregos mais bem remunerados, mas, mesmo assim, em todos os casos, a atividade do comércio sexual é considerada bem mais vantajosa.

Há ainda a possibilidade, citada com freqüência, de combinação da atividade do comércio sexual com outras ocupações.

Nosso trabalho é difícil. Não é fácil. A gente pega gente boa, gente ruim, gente drogada, gente sem drogar, então a gente sofre mesmo. E isso quando a polícia não corre atrás... Quando a polícia corre atrás, aí a gente não consegue pegar nem ruim, nem bom... (GFC- CTB)

É um trabalho como outro trabalho qualquer, a diferença é que, para a sociedade, nós somos colocadas à margem, só que para a nossa realidade não é nada disso. O trabalho que nós realizamos ali é um serviço de utilidade pública. Por quê? Porque se não fossem as trabalhadoras do sexo, nós, o que ia ser lá fora? (GFC – RJ)

Eu não acho mais tão difícil... se eu fico um dia sem vir na batalha parece que está faltando alguma coisa, conversar muito, costurando o tempo todo... (GFI – POA)

Pra mim eu já acho uma vida difícil, eu estou nisso porque preciso, tenho três filhos que precisam de mim. E trabalhar em casa de família eles pagam pouco demais. Então eu acho que fazendo programas ganha mais, agora só eu não gosto, acho

difícil porque nunca me acostumei com a vida, é só uma questão de necessidade mesmo. (GFI – JP)

Como é a vida? Para mim é boa, se eu achasse ruim eu já tinha saído dela. (GFI – JP)

Faço por causa do dinheiro, por causa dele mesmo, porque esta profissão deixa bastante dinheiro... (GFC – POA).

Eu tenho meu marido há 4 anos, e ele não sonha que eu faça isso, se um dia ele descobrir... Durante 4 anos, tanta mentira, trabalho...eu tenho 4 filhos, a gente paga aluguel, não tem casa própria, então eu tenho que fazer isso, como eu não tenho outro meio de arrumar, mas no dia que ele descobrir acho que ele me mata.(GFI –SP)

Outro fator de tensão, que emergiu em todos os grupos, é a violência incidente praticada, tanto por clientes quanto pela polícia. Esta violência se manifesta nas formas de ameaça com arma, agressão física e/ou moral, assim como da ação arbitrária da polícia, e da extorsão feita por policiais.

Primeiro eu fiz assim, eu tinha um cliente que saía comigo... que ele puxou a arma dentro do carro para mim, e eu não pude fazer nada. Me deixou largada na rua, eu não sabia nem como sair daquilo ali, não sabia nem onde eu estava... minha sorte foi que um taxista me viu lá, me pegou e levou. Eu não tinha dinheiro para pagar, peguei uma carona com o taxista, porque nem táxi não passava no local. Mesmo com cliente eu tenho medo, agora só vou para perto. (GFC- RJ)

Um cliente me falou me dê um beijo e quando eu fui beijar ele tascou um tapa na minha cara. (GFI – Aracaju).

E quando a gente reclama que dói, a primeira coisa que eles dizem é Pô, mas tu já está acostumada...Eu tô pagando. (GFC – Imperatriz).

Eu mesma saí com um cara um dia, ele tava me tocando muito, me machucando muito, tava ruim que eu não tava agüentando, aí eu comecei a suar, e quando eu peguei a toalha assim para me limpar ele falou assim: puta tem que suar mesmo, você tem

que suar sua puta, aí fui limpar o rosto e falei, calma aí, você não está transando com um animal. Você está muito violento, vai mais devagar que você está me machucando. Aí ele falou assim, amor eu faço em casa, na rua eu meto...(GFI – SP)

Humilham a gente (a polícia), chamam a gente de vagabunda, que é pra trabalhar.. A gente fala que não tem emprego. “Isso é problema de vocês, se virem. Vocês têm quinze dias pra arrumar emprego senão vão pra penitenciária”, “nos vamos marcar a cabeça de vocês e vocês vão tirar uns seis meses...”(GFC – CTB)

Não lá na praça lá, eles vão tipo assim... 7 horas que daí eles começa. 7 horas, 6 e meia lá na praça. Que daí eles sabem que as meninas já têm o dinheiro e tudo. E daí se tiver 5 reais eles pegam tiram da bolsa da gente e fica pra eles. A maioria do policial faz assim. (GFC – CTB).

Era cana todo dia. Os brigadianos – eram civis – uma vez eles pegaram a gente em três micros, pegaram todas as mulheres de Porto Alegre e largaram a gente na ilha Pintada, não levaram para a delegacia nem nada. Assaltaram, tem umas que eles bateram com cacete, botaram na genitália ... (GFI – Porto Alegre).

As participantes dos grupos de intervenção de Aracaju, São Paulo e Porto Alegre demonstraram ter apoio externo para lidar com a questão quando se trata da violência praticada pela polícia e outros agentes. Neste sentido, os projetos desempenham um papel relevante na inibição de abusos e ações arbitrárias, exercendo a função de interlocutores junto às instâncias policial e de direitos humanos. É conveniente frisar que a violência exercida pela polícia pode ser realizada tanto mediante determinação oficial, como nos casos dos “arrastões” e diligências, quanto pela ação clandestina de agentes policiais, ilustrada pelos relatos de extorsão.

A polícia vivia catando a gente, você lembra dos caminhão? Nossa, os caminhão chegava e você não tinha como fugir, porque eles fechavam os portão e punha o caminhão no meio ali, e era mais de mil policiais, não dava para pular o muro.

- Era um arrastão. E quem ajudou a gente foi a Nina, foi ela que convenceu estes policiais a parar de perseguir a gente, sabe? (GFI – SP).

E depois que a gente se associou ao NEP acabou isso, a gente começou a dar entrevistas, aparecer na televisão, jornal, fazer debate, a gente contratou um advogado, com promotor, até com o comandante da brigada a gente se dá. Logo no começo, a Tina começou a fazer um trabalho com nós, bem no início a gente tinha medo deles ainda, que eles perguntavam se a gente ia para a televisão falar deles se eles fizesse alguma coisa com nós. Bem no início, depois a gente foi perdendo o medo, não, nós vamos falar sim, tanto que a Tina e a advogada ... já estão vindo para cá, e quando a gente chegava na primeira delegacia, a Tina e a advogada já estavam lá. (GFI – POA).

Eu não, não tem um projeto melhor do que a ASP, porque a ASP oferece tudo pra gente, porque não custa num dia, assumir a uma, porque não custa num dia, assistir a uma palestra, assistir a uma oficina certo...eu já trabalhei... se a gente precisar ligar a quequer hora da madrugada, sem esse negócio... agora tem muitas pessoas que vivem aí na praça que não compreendem isso, não vai assistir a uma palestra... porque eu sei que todas nós precisamos. (GFI – Aracaju)

Nos grupos não submetidos a intervenção foram observados poucos recursos para o enfrentamento das situações de violência, tanto no que se refere aos clientes quanto à polícia.

Rotina e condições de negociação do programa

Nos dois grupos, com e sem intervenção, foram mencionados os seguintes aspectos envolvidos na negociação do programa: tipo de prática a ser atendida, preço, conforme o caso, o local, e o uso do preservativo. Destacamos que o não uso da camisinha é uma prática demandada por um segmento da clientela e implica, geralmente, num adicional ao preço do programa.

O cliente chega e pergunta o preço pra uma e pra outra, pra ver quem é mais barato. Uma fala 20 ele diz: deixa por 10. Você faz anal? Chupa sem camisinha? Aí se você não faz, ele procura outra. Até que aparece um de 15, ele paga 5 para o hotel e

15 par mim, pra fazer normal, né, mas mesmo assim eles querem que chupe e ainda que a bundinha.(GFI – SP).

Tratar é assim, ele fica olhando para a gente, com olho de cobra morta, aí eles dizem, vocês fazem o programa por quanto, por 15, 20, aí eles dizem assim, tá caro, aí a gente fala, tá não, rapaz, a gente vai fazer gostoso. Aí ele diz, gostoso como? Rola uma bundinha, rola uma chupadinha? Aí depende da mulher, se ela topa, ela sobe com ele, se ela disser que não ele já vai dar em cima de outra. Tem umas que enjeitam 10, a outra quer, já aconteceu de gente estar assim eles querem pagar caro, 40 reais, mas sem camisinha, eu digo não, aí ele pergunta, quem é que transa aqui sem camisinha? Eu digo não sei, procura aí, porque até 20 eu aceito, mas com camisinha, só assim. Mas tem mulher que aceita. (GFI – JP).

Vai, chega, não é todos não, mas tem uns que não querem pagar. Querem pagar lixo e tem uns que falam assim: eu dou 15 para você chupar, dar o cu, fazer isso, fazer aquilo... Aí eu vou e entro nessa: você só dá 15? Não faço não. Mas se você der 50 eu faço. E aí vai? Mas 50 tá muito caro. Eu digo, pois então, você não vai dar a sua bundinha por 10, vai? Vou não, Deus me livre, eu sou homem. Eu digo, eu sou mulher, você me dá 50 na mão e eu fico com a dorzinha... (GFI – JP).

Um aspecto relevante que influi e, algumas vezes, provoca tensão na negociação do programa é o da concorrência. Apesar desta questão ter surgido nos dois grupos, ela aparece, de forma mercante, nos sítios de Belo Horizonte, São Paulo e Curitiba. Segundo as participantes destes grupos, a concorrência, em condições de desequilíbrio de mercado, deprime os preços, reduzindo a renda e as obrigando a procurar fazer um maior número de programas em função desta perda financeira. Por esta razão, para conseguir aumentar o número de programas, elas têm que flexibilizar na negociação por preço, práticas e proteção.

Desse ponto de vista a rua é péssima. Já foi bom, mas hoje em dia acho que é porque tem muito homem desempregado.(GFI – SP).

Tem uns freguesinhos que pára a gente na rua e pergunta quanto é o programa? É 30 aí ele diz, porque você cobra 30 se a ou-

tra ali é 20? Porque não tem tabela. O preço dela é 20 o meu é trinta. (GFC – SP)

Eu tenho hora pra ir embora. As vezes eu fico preocupada, como antes de ontem eu tinha prova. Que nem hoje, mas levo um papo com ela. Aí eu fico com aquilo na cabeça. Preocupada em arrumar dinheiro ao mesmo tempo tenho de decorar texto. Aí só falta chegar na hora d'eu ir pra escola e eu não ter o dinheiro. As vezes chegava um homem pra sair comigo, mas eu tava tão nervosa que acabava espantando o freguês. Um dia precisava de 4,50 pra ir pra escola e não tinha arrumado o dinheiro aí eu fiz um programa rapidinho (GFI- SP).

Sem contar que o programa está muito barato em Belo Horizonte. Se a gente for cobrar um pouco mais caro eles falam, vou procurar outra, que a outra está fazendo mais barato o programa.

- E quanto está o programa?

- De cinco reais, tem de 3, tem de 2, de 1,50. É verdade. As vezes está do lado do quarto do hotel, no caso eu trabalho no hotel e na rua, você fala que está fazendo por 5 a outra fala vem cá, eu vou fazer por 3. É verdade. E ela fala na sua frente! Assim do lado, fala, tem mulher que já na porta e fala 3 reais, chupadinha, com bundinha, não sei mais o quê, tudo com perninha, que ela vem pra baixo. Isto que ela falou é sério mesmo, que oferece por 3 reais. A vida tá difícil. (GFI – BH).

Deu uma caída. Para mim tá igual salário fixo de mês. Este ano com relação ao ano passado, caiu 30...40. Caiu muito mais. Caiu foi tudo. No ano passado eu estava grávida nesta época. E estava ganhando bastante dinheiro. Hoje eu não vejo...ano passado a gente ganhou dinheiro. (GFC – SP).

E sabe porque eles saem sem camisinha? A mulher acaba saindo sem camisinha? Porque aí o cara que não sai com camisinha, que é esse que não gosta de por camisinha, acaba chegando no preço mais, entendeu? Aí a mulher que precisa, que as vezes não faz nada durante o dia, aí aparece uma oportunidade mais cara, acaba fazendo. (GFC – CTB).

Sabe porque está ruim a vida na rua? Porque as mulheres não se valorizam, muitas vão por cinco reais. O homem passa e

fala, vamos fazer um programinha? Quanto? É 15, 20, é muito, ali naquele outro lugar elas fazem por 5. Nossa, a gente fica lá embaixo. Caiu, o que tem de mulher fazendo por cinco, é uma coisa vergonhosa, horrível. Principalmente, aquelas meninas ali do...ali na feira do posto, aquelas meninas bem novinhas, tudo cobrando cinco.

- Quanto vocês estão acostumadas a cobrar?

- Nós, no tempo real, eu mesma cobrava 20, no tempo do começo do real, agora eu vou cobrar cinco, dá vergonha de falar, mais é verdade. (GFI – CTB).

Tem mulher lá que fala assim: “eu não saio sem camisinha”. Eu também não saio. Mas chega homem prá falar com a gente que vai sem camisinha, a gente acaba não indo. A outra lá que diz que não sai sem camisinha acaba indo e a gente sabe que saiu sem camisinha, ou às vezes sai um freguês da gente, freguês velho já que a gente sai sem camisinha, sai às vezes com ela e a gente acaba sabendo que ela também faz. Mas todo mundo ali, ninguém faz sem camisinha, só faz com camisinha, só que a gente acaba descobrindo que todas, olha é difícil ter uma que não saia sem camisinha. Todo mundo bate o pé “camisinha, camisinha”, mas duvido que não tem algumas que sai sem camisinha. Todo mundo quer esconder e eu não escondo coisa que eu faço. Eu sou honesta. Saí sem camisinha, saí sem camisinha, pronto. Agora não adianta esse negócio de ficar escondendo... “ah porque eu não saio sem camisinha”. A gente acaba descobrindo que ela está saindo sem camisinha. Porque o cara acabou de pedir que não faz sem camisinha, saí com a outra lá, entendeu como é que é? (GFC – CTB).

Práticas Sexuais

O questionário abordou o repertório de práticas sexuais que são demandadas pelos clientes e o quanto as profissionais atendem a essa solicitação. As tabelas **9** e **10** mostram os dados das práticas sexuais atendidas, comparando o grupo sem e com intervenção, e como elas se distribuem regionalmente.

Nota-se que não há diferenças importantes entre os dois grupos pesquisados quanto à frequência com que atendem aos diversos tipos de prática sexual demandados. O sexo anal é o tipo de prática mais recusado pelas mulheres, tanto do grupo de intervenção quanto do sem inter-

venção, com um percentual de 60% de mulheres referindo que nunca atendem os clientes que solicitam tal prática. Em seguida, a prática menos atendida é o *cunnilingus*, recusada por cerca de 25% das mulheres. A mais praticada é a feelação, recusada apenas por 13% das mulheres do grupo de intervenção e por 22% do outro grupo.

Regionalmente, observam-se diferenças entre as práticas sexuais que são atendidas. O sexo anal é mais atendido pelas profissionais do sexo do Nordeste, com pouco mais de 50% das mulheres referindo praticar essa modalidade, enquanto no Sul e Sudeste esses percentuais caem para cerca de 35%.

9 Proporção de atendimento à demanda dos clientes, segundo a frequência e tipo de prática sexual, por grupo – intervenção e de comparação, 2000

Prática sexual	Grupo		Geral
	Intervenção	Comparação	
	Nº(%)	Nº(%)	Nº(%)
Sexo Anal			
Sempre	64 (4,8)	66 (5,3)	130 (5,0)
Freqüentemente	30 (2,3)	37 (3,0)	67 (2,6)
Às vezes	437 (32,8)	388 (30,9)	825 (31,9)
Nunca	799 (59,9)	759 (60,5)	1.558 (60,2)
Felação			
Sempre	537 (38,9)	403 (31,2)	940 (35,2)
Freqüentemente	133 (9,6)	128 (9,9)	261 (9,8)
Às vezes	525 (38,0)	475 (36,8)	1.000 (37,5)
Nunca	185 (13,4)	284 (22,0)	469 (17,6)
Cunnilingus			
Sempre	287 (21,5)	281 (22,4)	568 (22,0)
Freqüentemente	103 (7,7)	92 (7,3)	195 (7,5)
Às vezes	626 (47,0)	550 (43,9)	1.176 (45,5)
Nunca	314 (23,6)	327 (26,1)	641 (24,8)

10 Distribuição (%) das mulheres profissionais do sexo que atendem à demanda dos clientes, segundo a frequência de atendimento e o tipo de prática sexual, por região. Brasil, 2000.

Práticasexual	Nordeste	Sudeste	Sul
	Nº(%)	Nº(%)	Nº(%)
Sexo Anal			
Sempre	63 (6,9)	35 (4,8)	32 (3,4)
Freqüentemente	38 (4,2)	13 (1,8)	16 (1,7)
Às vezes	358 (39,4)	198 (27,4)	269 (28,3)
Nunca	450 (49,5)	476 (65,9)	632 (66,6)
Felação			
Sempre	173 (17,9)	401 (54,6)	366 (37,7)
Freqüentemente	98 (10,1)	72 (9,8)	91 (9,4)
Às vezes	450 (46,6)	181 (24,7)	369 (38,0)
Nunca	245 (25,4)	80 (10,9)	144 (14,8)
Cunnilingus			
Sempre	183 (19,3)	160 (22,2)	225 (24,7)
Freqüentemente	88 (9,3)	39 (5,4)	68 (7,5)
Às vezes	438 (46,2)	322 (44,7)	416 (45,7)
Nunca	239 (25,2)	200 (27,7)	202 (22,2)

Já a felação é menos referida pelas mulheres do Nordeste: não chega a 20% o percentual que afirma atender sempre o pedido do cliente quanto há solicitação dessa prática sexual. Já no Sul e no Sudeste esses percentuais são, respectivamente, 38% e 55%.

Para a prática do *cunnilingus*, não se observam variações importantes no atendimento ao cliente, com cerca de um quarto das mulheres referindo realizar esse tipo de prática sexual. Há um percentual semelhante em situação oposta, referindo nunca atender uma solicitação nesse sentido.

Nos grupos focais, não foram observadas diferenças nos discursos dos dois grupos de comparação tanto que tange às demandas dos clientes como no atendimento das mesmas. Em ambos os grupos, a maior demanda relatada refere-se ao “programa completo”, que inclui todas as práticas, seguida da demanda só pelo sexo oral, só pelo anal e pelo vaginal.

É, completo. Completo é o que mais procura. (GFC – CTB)

Então, o primeiro que eles pedem é a chupadinha, depois a bundinha, e a frente fica lá para trás. (GFC – Campina Grande).

Eles pedem tudo: oral, anal e vaginal. (GFC – Imperatriz)

Pedem um anal, oral... sem camisinha. (GFC – RJ).

O completo é o que eles pedem. (GFI – BH).

O atendimento das práticas demandadas está permeado por questões culturais, afetivas e situacionais tais como, preço do programa, temores de dor, relação com o cliente, preemência financeira, entre outras.

- Eu não faço, não sei o que é isso, não faço de jeito nenhum...

- Isto é uma baixaria danada mesmo...

- Bundinha é só para o namorado...

- O meu namorado dói e o outro eu estou segurando os 50 na

mão e lembrando que eu vou ficar com o dinheiro; o namorado é só a dor. (GFI – JP)

Eu saio com o cara que eu conheço, que eu já sei o tamanho; aí eu vou com um homem que eu nunca vi, não sei o tamanho; vai que é enorme... pior é que tem aqueles negão... (GFC – CTB)

Indicadores da efetividade das ações de prevenção

Para a avaliação das ações de prevenção, foram adotados indicadores relacionados com comportamentos de sexo mais seguro, como o uso consistente do preservativo com os clientes e com o companheiro, nos últimos seis meses; indicadores de acesso a serviços de saúde, como a proporção de mulheres que já realizaram o teste para a detecção do HIV e a proporção de mulheres que realizaram exame preventivo ginecológico no último ano; indicadores de comportamento de risco, como o uso de drogas injetáveis; e a ocorrência referida de alguma doença sexualmente transmissível nos últimos seis meses. Também, foram adotados indicadores de conhecimento sobre a transmissão e prevenção das DST/aids e de atitudes frente a portadores do HIV ou doentes de aids.

Além desses indicadores, construídos a partir de informação concedida pelas mulheres profissionais do sexo e, portanto, sujeitos a vieses decorrentes da própria informação, foram utilizados como indicadores a prevalência de HIV, sífilis, hepatites B e C e a incidência do vírus HIV. Esses indicadores contam com acurácia e precisão elevadas dos testes diagnósticos, mas, por outro lado, no caso específico da prevalência, são frágeis em termos de permitir fazer inferências quanto a possíveis associações entre a intervenção realizada e o estado sorológico, pelos motivos já mencionados de não ser possível determinar a ordem cronológica entre esses dois eventos – a intervenção e o momento da infecção.

Indicadores Comportamentais e de Acesso a Serviços de Saúde

A tabela **11** traz os resultados relativos aos indicadores de comportamento, especificamente sobre o uso do preservativo e uso de drogas injetáveis; a tabela **12** sobre consumo geral de drogas, nos últimos seis meses; a **13**

os dados sobre o conhecimento e uso do preservativo feminino e a tabela 14 os indicadores de acesso aos serviços de saúde. Verifica-se que quase todos os indicadores apontam para uma melhor situação do grupo de intervenção em comparação com o grupo sem intervenção.

Uso do preservativo.

Em relação ao uso do preservativo com os clientes, em termos gerais, há um percentual expressivo de mulheres que referem usá-lo de forma consistente, com 73,8% das mulheres do grupo de intervenção e 60,3% do grupo sem intervenção. A diferença entre os percentuais dos dois grupos é estatisticamente significativa. Em todas as regiões pesquisadas, houve maior percentual de mulheres do grupo de intervenção referindo uso consistente do preservativo com os clientes. Apenas na região Sudeste a diferença entre os dois grupos não se mostrou significativa do ponto de vista estatístico.

Quanto ao uso consistente do preservativo com o companheiro ou namorado, o percentual de mulheres dos dois grupos é bem menor que o encontrado em relação aos clientes, pois menos de um terço das mulheres do grupo de intervenção e menos de 20% do grupo sem intervenção referiram usar o preservativo nas relações se-

xuais com o companheiro. O maior percentual de mulheres que referiram esse uso foi o apresentado pela região Nordeste (30,2%), vindo a seguir a região Sul (21,3%) e, por último, a Sudeste (19,4%), no grupo de intervenção. Em todas regiões a prevalência do uso do preservativo entre as mulheres do grupo de intervenção foi maior que a do grupo sem intervenção, sendo significativas as diferenças entre os dois grupos, exceto na região Sudeste, onde essa diferença é pequena e não tem significância estatística.

As mulheres, de ambos os grupos, participantes dos grupos focais demonstraram ter um alto grau de compreensão sobre a necessidade do uso do preservativo. No entanto, as pressões sofridas no ambiente de trabalho, tais como concorrência entre elas pela realização de programas, e as condições de vida afetam diretamente a negociação do programa, promovendo a relativização no que diz respeito ao uso do preservativo.

Eu já me arrisquei, já. Eu falo a verdade, eu não tenho esse negócio de esconder comigo. Já me arrisquei sem ser cliente velho também. Uma vez que eu tava numa situação bem difícil, que meu piá tava doente e faltava leite em casa e eu não tinha feito nada. E um cara veio, e naquele dia eu não sabia nem como é

11 Prevalência de alguns indicadores comportamentais, segundo grupo e região. Brasil, 2000.

Região	Grupo		Qui-quadrado M-H		Odds ratio	
	Intervenção%	Comp.%	χ^2	p-value	Ψ	IC95%
Uso consistente do preservativo com o cliente (últimos 6 meses)						
Nordeste	67,4	47,9	38,54	0,00000	2,25	1,72-2,95
Sudeste	76,2	72,8	1,08	0,29890	1,19	0,84-1,69
Sul	78,3	64,3	23,52	0,00000	2,00	1,49-2,69
Total	73,8	60,3	56,22	0,00000	1,86	1,57-2,20
Teste de Breslow-Day: 9,22 p-value: 0,00993						
Uso consistente do preservativo com o companheiro (últimos 6 meses)						
Nordeste	30,2	17,6	21,22	0,00000	2,02	1,47-2,76
Sudeste	19,4	17,0	0,67	0,41333	1,17	0,79-1,74
Sul	21,3	13,2	11,34	0,00076	1,78	1,25-2,55
Total	23,9	15,8	27,32	0,00000	1,67	1,37-2,03
Teste de Breslow-Day: 5,11 p-value: 0,07776						
Uso de drogas injetáveis						
Nordeste	1,0	3,0	5,12	0,02367	0,33	0,10-0,97
Sudeste	0,5	0,6	0,03	0,85288	0,83	0,08-8,39
Sul	3,0	2,7	0,08	0,77115	1,12	0,49-2,54
Total	1,6	2,3	1,83	0,17653	0,68	0,38-1,24
Teste de Breslow-Day: 3,65 p-value: 0,16134						

OBS: População de cada grupo – Nordeste: grupo de intervenção=494; sem intervenção=493; Sudeste: grupo de intervenção=403; sem intervenção = 335; Sul: grupo de intervenção=502; sem intervenção = 485

que eu ia levar leite pra casa, peguei e fui com ele sem camisinha. Fui me arriscar pela comida do meu filho. Eu me arrisquei pela comida do meu filho, eu já. Isso aí eu não tenho vergonha de dizer, porque se eu morrer, mas pelo menos meu filho não passou fome. (GFC – CTB).

Um outro aspecto que está envolvido no uso consistente do preservativo refere-se à afetividade. Em todos os grupos, houve participantes que mencionaram estabelecer relações afetivas no ambiente de trabalho, inclusive com a manifestação da sexualidade com o cliente. E, nessas condições, passam a prevalecer os critérios do relacionamento afetivo no que diz respeito ao uso do preservativo, mesmo quando essas relações se limitam à amizade. Esse tipo de relacionamento é o que produz as condições de sociabilidade no próprio ambiente de trabalho e atenua os sentimentos de isolamento social que muitas revelam.

Com ele é sem camisinha. Já vai fazer o quê? Sete anos... Desde o começo da batalha que eu saio com ele sem camisinha. Mas ele chega ali no passeio, ele não sai com mulher nenhuma. As meninas mesmo fala: “mas esse é honesto, né?” Mas como é que eu vou saber? Só Deus mesmo pra saber. Porque tem muitas mulher lá pra cima... Eu vou saber. Às vezes não faz isso com medo de contar pra mim, né? Vou saber lá do outro canto? Dá pra confiar? (GFC-CTB).

“Sabe o que eu fiz? Eu trabalhava no hotel ..., aí todo o dia um rapaz ia lá. Aí nós começou a namorar, namoramos. Aí eu comecei a pegar amizade com ele, e nós começamos a transar sem camisinha. Aí engravidei dele e nunca mais eu vi ele..- Outra coisa que eu acho errado, tem mulher que é assim, quer ver? Você arranja um namorado hoje, aí você transa com ele, dali uma semana, meu amor, minha vida, beijo para lá, beijo prá cá, aí transa sem camisinha com ele. Aí daí um mês você vai e separa dele, arruma outro namorado, mesma história, sem camisinha com ele. Não adianta nada você se prevenir no hotel e lá fora você transar sem camisinha, não adianta nada. (GFI - BH).

Também em relação ao aspecto da afetividade, em todos os grupos, quando se tratava do relacionamento com

seus companheiros e namorados houve manifestações quase que unânimes do não uso do preservativo. As principais razões alegadas estão associadas aos fatores culturais que condicionam as relações de gênero.

“Eu só não uso camisinha com o meu parceiro, mas com o cliente sempre...” (GFC - PO).

P: Gente, e com o namorado, vocês usam camisinha?

- Eu não, com o meu não.

- Eu também não, ele não gosta.

- Quando o meu era vivo eu usava.

- De vez em quando eu uso...

- Com o meu eu não uso não, ele me xinga, já vem com isso...

- A gente corre muito risco ali dentro e pode passar para eles. Eu falava assim com o meu, eu confio em você, não confio é em mim, eu falava, você sabe muito bem o que pode acontecer.

P: E ele aceitava?

- Aceitava. Cobrava, mas eu falava assim, acabou, ele não insistia mais.

- O meu não aceitava não, tem vez que eu ponho a camisinha lá em cima da cama assim, ele, para que isso? Para você usar. Não, de jeito nenhum. Quando ele está numa boa assim ele usa, mas, ele não gosta não.” (GFIBH)

Os grupos focais evidenciaram que as habilidades de utilização do preservativo não se constituem obstáculos ao uso do mesmo. As participantes dos grupos mostraram no geral não ter qualquer dificuldade quanto à colocação correta do preservativo. As mulheres dos grupos de intervenção demonstraram conhecer estratégias mais elaboradas para negociar o uso do preservativo com clientes renitentes.

Uso de drogas.

O uso de drogas injetáveis apresentou coeficientes de prevalência bastante pequenos nos dois grupos, de 0,5 a 3,7%. Em geral, a prevalência de uso de drogas injetáveis foi maior para as mulheres profissionais do sexo do grupo sem intervenção, exceto na região Sul. No entanto, as diferenças entre as prevalências dos dois grupos não são significativas. Apenas na região Nordeste houve diferença com significância estatística entre os dois grupos, sendo de 3% a prevalência de uso de drogas injetáveis no grupo sem intervenção, enquanto no grupo de intervenção ela é 1%.

Não houve em nenhum grupo focal, à exceção de Itajaí, referências ao uso de droga injetável. As referências à utilização de outras formas de uso aparecem, geralmente relacionadas à satisfação pessoal ou como anti-estressante, e nesses casos, sobressaem as bebidas alcoólicas. Isso é evidenciado, também, pelos dados quantitativos **12**, que mostram um consumo de álcool por cerca de 65% das mulheres, de ambos os grupos. Em seguida vêm a maconha e a cocaína, com percentuais de uso em torno de 16% e 11%, sendo mais referidos pelo grupo que não recebeu a intervenção, ainda que as diferenças não tenham se mostrado estatisticamente significativas. A busca de efeito antiestresse, referido nos grupos, pode ser evidenciado pelo consumo de tranqüilizantes, da ordem de 7%. Apenas para o consumo da cocaína e do ecstasy, foram observadas diferenças significativas entre os dois grupos, com maior uso referido pelas mulheres que não receberam a intervenção.

Em São Paulo, participaram de um grupo algumas usuárias de crack que se distinguiram nitidamente das

demais no que se refere à motivação para o exercício da atividade do sexo comercial sendo, mesmo, esse aspecto secundário no seu cotidiano profissional.

Itajaí deve ser visto destacadamente, pois, nesse sítio, as referências ao uso de substâncias químicas de toda sorte aparecem com grande intensidade, em todos os grupos. A particularidade desse local pode ser percebida pelo fato de o projeto de intervenção, aí desenvolvido, ser o único entre os analisados que realiza oficina específica para o uso de drogas, inclusive em interface com o Programa Municipal de Redução de Danos.

A gente sem beber vai ficar com um homem, acha tão diferente. Aí depois que a gente já tem tomado umas duas cervejas, umas 4 ou 5, a gente vai que nem liga. Mas na boa, cara a cara dá medo, a gente não vai não...E a maconha eu não fumo direto não, fumo as vezes, de noite, de dia eu não fumo não.

- Eu acho igual a ela, que deixa (a bebida) mais esperta, a noite custa passar mais, não dá fé muito do tempo, é isto.

- P: E a droga injetável? Vocês conhecem?

- Eu conheço, mas nunca tomei não.

- Eu não conheço.

- Eu ainda não conheci.

- A única droga que...

Esta droga da veia eu já vi na televisão, como é que toma,

12 Prevalência do uso de drogas, em cada grupo pesquisado. Brasil, 2000.

Droga	Grupo		Qui-quadrado M-H		Odds ratio	
	Intervenção%	Comparação%	χ^2	p-value	Ψ	IC95%
Álcool	65,1	65,4	0,03	0,873	0,99	0,84-1,16
Maconha	14,9	16,8	1,85	0,174	0,87	0,70-1,07
Cocaína	9,7	12,3	4,68	0,031	0,76	0,59-0,98
Crack	4,3	4,8	0,47	0,494	0,88	0,60-1,29
Heroína	0,2	0,5	1,29	0,256	0,46	0,09-2,07
Tranqüilizantes	7,0	6,6	0,14	0,706	1,06	0,77-1,45
Ecstasy	0,5	1,3	4,40	0,036	0,40	0,15-1,04
Cheiro da loló	1,6	2,6	2,84	0,092	0,63	0,36-1,12

mas a pessoa mesmo assim aplicando, eu nunca vi, eu já vi na televisão, foi como eu vi. (GFC-CG).

P: Como é o uso de drogas aqui, gente?

- A maioria é craque.

- Eu não sei o craque. Usei a cocaína e maconha. Não gostei de nenhuma delas, graças a Deus.

P: Mas a droga aqui é livre?

Aqui é liberado. Tanto o craque, a maconha como a cocaína. Elas fumam maconha no ponto de ônibus.

P: E os clientes?

- A maioria usa drogas.

- Eles usam droga injetável?

- Eu já sai com um cara que usava droga injetável.

- E usam as mesmas seringas?

- Ele usou sozinho... (GFC-ITJ).

P: Eles pagam mais se vocês usarem?

- As vezes sim.

P: Por que?

- Porque eles não gostam de cheirar sozinho, eles preferem uma companhia. Só que naquela hora tem que usar psicologia com eles. Tu tem que dizer: Tu quer que eu cheire contigo, e o pó vai acabar...se eu cheirar contigo tu vai ficar sem...tem que jogar, né? (GFI-ITJ).

Uso do Preservativo Feminino

Um percentual expressivo das mulheres profissionais do sexo pesquisadas conhece ou já ouviu falar do preservativo feminino, em ambos os grupos. No entanto, as mulheres que receberam a intervenção educativa referiram bem esse conhecimento, sendo estatisticamente significativa a diferença observada entre os dois grupos.

Quanto a ter usado o preservativo feminino, os percentuais, em todas as regiões, foram bem menores. Em geral, quase 40% do grupo que recebeu a intervenção e 18,2% do outro grupo referiram já ter usado o preservativo feminino, sendo significativa essa diferença. A região Nordeste foi a que apresentou a maior diferença entre os dois grupos: quase 46% no grupo de intervenção e 16% no grupo de comparação já usaram o condom feminino (OR: 5,26; p: 0,00000). Nas demais regiões, as diferenças entre os dois grupos, também, mostraram-se com significância estatística.

13 Prevalência do conhecimento e uso do preservativo feminino, segundo grupo e região. Brasil, 2000.

Região	Grupo		Qui-quadrado M-H		Odds ratio	
	Intervenção%	Comp. %	χ^2	p-value	Ψ	IC95%
Conhece o preservativo feminino (já ouviu falar)						
Nordeste	89,7	72,0	49,70	0,00000	3,38	2,34-4,89
Sudeste	96,5	91,3	8,94	0,00279	2,63	1,30-5,38
Sul	95,8	87,0	24,54	0,00000	3,42	1,99-5,92
Total	93,9	82,5	85,03	0,00000	3,24	2,47-4,26
Teste de Breslow-Day:0,48 p-value=0,79						
Já usou o preservativo feminino						
Nordeste	45,8	13,9	94,17	0,00000	5,26	3,63-7,63
Sudeste	32,8	20,2	13,79	0,00021	1,93	1,34-2,79
Sul	37,7	20,4	32,31	0,00000	2,36	1,73-3,24
Total	39,0	18,2	124,04	0,00000	2,88	2,37-3,50
Teste de Breslow-Day:15,28 p-value:0,0005						

OBS: População de cada grupo – Nordeste: Grupo de intervenção=494; sem intervenção=493; Sudeste: Grupo de intervenção=403; sem intervenção = 335; Sul: Grupo de intervenção=502; sem intervenção = 485

Nas entrevistas, alguns coordenadores dos projetos e profissionais de saúde mencionaram a distribuição gratuita de condom feminino entre as mulheres profissionais do sexo, como parte de uma pesquisa sobre aceitabilidade conduzida pelo Ministério da Saúde. Na verdade, trata-se da “Política de Distribuição do Preservativo Feminino em Populações Femininas de Maior Vulnerabilidade e Risco”, na qual são feitos a distribuição e o monitoramento do uso do preservativo feminino para vários segmentos de mulheres, entre eles o de profissionais do sexo. Essa iniciativa esteve mais presente no grupo inserido nos projetos de intervenção, e deve ser o fator preponderante na diferença observada entre os dois grupos, no tocante ao uso desse tipo de insumo de proteção.

A partir dos grupos focais, foram apreendidas algumas questões sobre a percepção das mulheres com relação ao preservativo feminino. O aspecto do preservativo feminino foi um dos pontos mais comentados nos grupos, pois uma boa parte das mulheres refere-se a ele como sendo “feio”, grande e que parece um “coador de café”. Essa aparência é apontada como um fator negativo por diminuir o apelo erótico da mulher, causando temor ou rejeição por parte dos homens. No entanto, há referências a um possível efeito de excitação masculina.

“ – Ah, pois eu peguei aquilo, aquele coador, e pensei, como é que faz (risos)

– É um coador mesmo.” (GFC-BH)

“ – Quem já usou a camisinha feminina?

– Deve ser horrível, pra começar pro homem chegar ‘Que coisa horrível, o que é isto?’.

– Porque é estranho. A primeira coisa que pensa, que tamanho é, não?

– Já não é uma coisa muito bonita (a vagina), ainda plastificada!

– A minha é uma princesa de maravilhosa; o que fica pra fora é que apavora eles.” (GFC-POA)

Dizem que dá mais tesão no homem, porque o homem bate com o pênis na borrachinha que fica no pau, mas sei eu... (GFC-POA).

A interferência na estética feminina provocada pelo preservativo feminino, também foi relatada como uma das desvantagens, por 13,9% dos parceiros, referidos por mulheres participantes da Pesquisa sobre Aceitabilidade do Condom Feminino em Contextos Sociais Diversos (Berquó, Barbosa e Kalckmann, 1999), realizada em seis contextos urbanos distintos, com 2.453 usuárias de serviços de saúde selecionadas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Um outro eixo na discussão sobre o preservativo feminino diz respeito ao controle e autonomia sobre a proteção no ato sexual. O preservativo feminino constitui-se numa alternativa quando o cliente recusa o uso do preservativo masculino. Particularmente, em função do alto preço alegado pelas mulheres, elas reservam o seu uso para esses casos.

Outros fatores positivos em relação ao condom feminino, apontados pelas mulheres nos grupos, foram: ser mais seguro, por não romper como é mais freqüente com o masculino; e a possibilidade de uso com clientes mais velhos ou com dificuldades de ereção, o que inviabilizaria o uso do preservativo masculino.

Eu utilizo camisinha há 4, 5 anos, e depois usei camisinha pra mulher pra não forçar tanto eles, só ele usar, eu também tomo que tipo de vida: vamos supor, 3 vezes ele de camisinha, mais umas 2 vezes eu uso a minha camisinha, faz 5 anos que a gente transa só de camisinha, assim desse jeito.” (GFI-POA).

A camisinha feminina protege muito mais. (GFI-JP).

“E dão (Ministério da Saúde) estas camisinhas femininas, que chegam a tanto que 2 custam R\$ 8,00, a gente não tem condições de dar R\$ 8,00 em duas camisinhas.

- P: Vocês usam?

- Usamos, a gente recebe e tem hora que a gente acha que é pouco, porque é 12, e não chega. Não dá para passar o mês, já

faz tempo que eu estou sem camisinha feminina.

- Porque é assim, eu uso a feminina se o rapaz não quer usar, mas se no caso ele quer oral, eu ponho a masculina, faço e depois tiro e ele transa comigo com a feminina.

P: E você se sentiu mais forte com a camisinha feminina?

- Eu sou mais forte, mais segura.

- Porque tem homem que, por mais que eu aprendi a sempre usar a camisinha, ela chega a estourar, sempre estoura, e quando estoura eu fico nervosa, vou fazer um exame.

- A feminina não estoura.”(GFI-JP).

Acesso a serviço de saúde

Já a realização de exames para o diagnóstico do HIV, o grupo de intervenção referiu significativamente ter realizado mais esse tipo de exame, em todas as regiões pesqui-

sadas. É quase duas vezes maior a chance de uma mulher do grupo de intervenção ter realizado o teste de detecção do HIV em comparação com uma mulher do grupo sem intervenção.

Com relação ao exame preventivo ginecológico, as prevalências entre os dois grupos mostraram diferir significativamente, exceto na região Sudeste. Assim, no Nordeste e no Sul, e entre as profissionais do sexo em geral, o grupo de intervenção realizou os exames preventivos em maior proporção que o grupo sem intervenção.

A ocorrência de alguma doença sexualmente transmissível, nos últimos seis meses, foi mais referida pelo grupo de intervenção que pelo sem intervenção, nas regiões Nordeste e Sudeste. Já na região Sul, ocorre o inverso, com maior proporção de DST referida no grupo sem intervenção, diferença que é significativa do ponto de vista estatístico. Na média nacional, os dois grupos apresentaram prevalências muito próximas, 9,3% e 9,7%. Quanto à busca de tratamento para esse tipo de problema, por aquelas que referiram a ocorrência de doença, em todas

14

Prevalência de alguns indicadores de acesso a serviços de saúde, segundo grupo e região. Brasil, 2000.

Região	Grupo		Qui-quadrado M-H		Odds ratio	
	Intervenção%	Comp.%	χ^2	p-value	Ψ	IC95%
Realização do teste para detecção do HIV						
Nordeste	22,1	12,6	15,49	0,00008	1,97	1,38-2,82
Sudeste	58,8	46,9	10,47	0,00121	1,62	1,19-2,20
Sul	68,1	53,4	22,44	0,00000	1,87	1,42-2,44
Total	49,2	36,5	44,86	0,00000	1,69	1,44-1,98
Teste de Breslow-Day:0,76 p-value:0,68426						
Realização do exame preventivo ginecológico no último ano						
Nordeste	45,3	35,5	9,92	0,00163	1,51	1,15-1,97
Sudeste	43,2	37,5	2,40	0,12133	1,26	0,93-1,73
Sul	48,8	33,8	22,82	0,00000	1,87	1,43-2,44
Total	46,0	35,4	31,27	0,00000	1,55	1,32-1,82
Teste de Breslow-Day:3,86 p-value:0,14534						
DST referida nos últimos 6 meses						
Nordeste	8,5	7,9	0,11	0,73519	1,08	0,67-1,75
Sudeste	13,4	10,7	1,20	0,27312	1,29	0,80-2,07
Sul	6,8	10,9	5,29	0,02141	0,59	0,37-0,95
Total	9,3	9,7	0,16	0,68570	0,95	0,73-1,24
Teste de Breslow-Day:6,30 p-value:0,04294						
Mulheres com DST que buscaram tratamento						
Nordeste	40 (97,6)	30 (81,1)	5,66	0,01731	9,33	1,03-216,5
Sudeste	48 (88,9)	29 (80,6)	1,20	0,27058	1,93	0,51-7,41
Sul	32 (97,0)	47 (88,7)	1,85	0,17405	4,09	0,44-92,02
Total	120 (93,8)	106 (84,1)	5,97	0,01454	2,83	1,11-7,39
Teste de Breslow-Day:1,68 p-value:0,43116						

as regiões, as mulheres do grupo de intervenção buscaram tratar-se mais que as do grupo sem intervenção. No entanto, as diferenças entre os dois grupos só apresentaram significância estatística para a região Nordeste.

Nos grupos de intervenção, alguns projetos constroem vínculos com serviços e têm esquemas de facilitação do acesso, promovendo o encaminhamento a serviços gerais e de referência (ginecologia, planejamento familiar, pediatria, DST, testagem para HIV, dentre outros). Também, particularmente nos estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina, os projetos têm uma ação direta de estímulo para a busca do serviço de testagem anônima para HIV.

Nos grupos focais não foram evidenciados questões ligadas a discriminação e preconceito no atendimento das mulheres como motivo para a não busca do atendimento nos serviços públicos de saúde. O que emergem são problemas de ordem organizacional e estrutural do Sistema Único de Saúde, como por exemplo: falta de profissionais de saúde, longo tempo de espera em filas, falta de medicamento, não garantia de atendimento, falta de insumos para a realização de exames. Essas são barreiras que limitam o acesso da população em geral ao SUS.

“Procurar (o serviço de saúde) a gente procura, mas o posto que eu fui, você tem ficar uma noite...mandou eu ir peger a consulta das sete só que tem que dormir na fila, e é capaz da gente chegar e o cara falar que acabou a senha... Olhe, eu moro alí perto da Avenida, tem um posto lá que infelizmente não deveria ser chamado de posto, porque todo o dia que voce vai lá não tem ginecologista, não tem clinico geral, não tem nada... outro dia não tinha preservativo, eu fui pegar para eu ir trabalhar e não tinha nenhum preservativo para a gente... (GFC-SP).

“Lá (serviço de referência para DST) faz tempos que eu não vou, mas ele fornece exame e ele tem uma salinha especial para a gente também...ele atende muito bem, estes exames, doença, DST...” (GFC SP).

“P: E voce estava dizendo que voce não vai por quê? Porque não procura (serviço de saúde)?

- Hora que vê o tamanho da fila...

- Eu já fui duas vezes, vi o tamanho da fila e voltei para a casa...

- É tem que, tipo, amanhecer lá né?

- Tem tipo, que trabalhar a noite inteira e já sair direto e ir lá e chegar...(GFI-CTB)

As prevalências das mulheres profissionais do sexo do Nordeste, de ambos os grupos pesquisados, foram menores que as das demais regiões, para uma grande parte dos indicadores selecionados, tanto de comportamento quanto de acesso aos serviços, o que indica uma situação mais desfavorável em relação ao risco de infecção pelo HIV. No entanto, comparando o *odds ratio* para cada um dos indicadores, verifica-se que é o Nordeste que apresenta as maiores diferenças entre os dois grupos, o que sugere um maior impacto das ações de prevenção entre as mulheres daquela região. Isso é observado em relação ao uso consistente do preservativo com os clientes e com o companheiro e para a prevalência de realização do teste para o HIV, que apresentaram *odds ratio* da ordem de 2,25, 2,02 e 1,97, portanto, acima do apresentado pelas outras regiões. Também, em relação ao uso de drogas injetáveis, o Nordeste foi a única região em que houve uma diferença significativa entre os dois grupos, com maior chance de as mulheres do grupo sem intervenção fazerem uso de droga injetável que as do grupo de intervenção (*odds ratio* de 0,33).

No Nordeste a situação social das mulheres é mais precária que a das demais regiões, como foi comentado anteriormente, isto é, elas apresentam menor escolarização e menor renda. Essa é uma condição que determina uma chance muito pequena de ter acesso à informação, seja aquela institucional seja a proveniente do ambiente social ou familiar. Isso pode explicar o maior diferencial observado entre os grupos na região Nordeste, pois parte-se de uma situação em que nenhum dos grupos tem qualquer forma de conhecimento ou acesso a serviços, enquanto nas demais regiões, as mulheres podem estar tendo algum grau de acesso à informação, mesmo as do

grupo sem intervenção, pelo contexto onde vivem, o que minimiza a diferença entre os grupos.

Apenas para a realização do exame ginecológico e para a ocorrência de DST nos últimos seis meses, os resultados da região Sul foram mais favoráveis que os da região Nordeste, com *odds ratio* de 1,87 e 0,59, respectivamente.

Os resultados apresentados pela região Sudeste foram sistematicamente mais precários que os das demais regiões, particularmente para o uso do preservativo, com clientes e com o companheiro, e para a realização do exame preventivo ginecológico, que não mostraram diferenças entre os grupos com e sem intervenção, enquanto para as regiões Nordeste e Sul essas diferenças foram estatisticamente relevantes. Aqui, há que chamar a atenção, novamente, para a grande diferença de perfil entre os grupos do estado de São Paulo, onde as mulheres do grupo sem intervenção são mais jovens e apresentaram maior escolaridade e menos tempo de profissão.

Uso do preservativo com cliente e fatores associados

Um dos principais indicadores da efetividade das ações educativas é o uso consistente do preservativo, dado ser esse um comportamento de sexo mais seguro que, pretende-se, seja adotado por todas as mulheres que participam dos projetos de intervenção, sendo a base da prevenção das DST/aids. Considerou-se como uso consistente o uso do preservativo em todas as relações sexuais mantidas durante um determinado período, que, no presente estudo, foi de seis meses. Esse indicador será analisado de forma mais abrangente, procurando-se

identificar quais variáveis estão associadas com a adoção desse comportamento, bem como verificar em que medida a intervenção é a responsável pela diferença observada entre os dois grupos em relação a esse indicador.

Para tanto, será desenvolvida análise bivariada e multivariada, o que permite observar a associação do indicador com uma série de variáveis. No primeiro caso, optou-se pela análise estratificada, que constitui uma estratégia adequada para eliminar a diferença de perfil observada entre os grupos, tornando-os comparáveis. A análise bivariada contribui, ainda, para identificar as variáveis que serão tomadas para a construção do modelo de regressão logística, utilizado na análise multivariada.

O uso consistente do preservativo, em geral, foi significativamente maior no grupo de intervenção do que no outro grupo, demonstrando um impacto positivo da intervenção nesse aspecto importante das práticas sexuais.

Observa-se, pela tabela 15, que em quase todos os sítios pesquisados, o grupo de intervenção apresenta maiores proporções de mulheres referindo usar o preservativo masculino em todos os programas realizados com os clientes, nos últimos seis meses, sendo as diferenças entre os dois grupos estatisticamente significativas, com o *odds ratio* variando de 1,75 a 3,54. Os maiores *odds ratio* foram verificados em Minas Gerais e Paraíba. Em situação oposta a essa, encontram-se os estados do Paraná e São Paulo, onde não foram evidenciadas associações entre a intervenção e o efeito desejado – o uso consistente do preservativo. No Paraná, a proporção de mulheres do grupo de intervenção que informaram ter usado o preservativo em todos os programas foi maior que a do grupo sem intervenção mas as diferenças não apresentam

15

Prevalência (%) de mulheres do grupo de intervenção e de comparação que referiram usar o preservativo em todos os programas, nos últimos 6 meses anteriores à entrevista, por sítio da pesquisa. Brasil, 2000.

Sítio da pesquisa	Grupo		Qui-quadrado M-H		Odds ratio	
	Intervenção%	Comp. %	χ^2	p-value	Ψ	$\hat{I}C$
MA	61,3	47,6	6,31	0,01202	1,75	1,10-2,78
MG	87,4	66,3	23,58	0,00000	3,54	2,02-6,25
PB	64,0	33,9	29,33	0,00000	3,46	2,13-5,63
PR	70,8	65,4	1,10	0,29354	1,29	0,78-2,13
RS	84,5	66,5	14,63	0,00013	2,76	1,57-4,87
SC	79,5	61,3	13,23	0,00027	2,45	1,46-4,14
SE	77,0	62,2	8,46	0,00363	2,03	1,22-3,40
SP	65,2	79,5	9,21	0,00240	0,48	0,29-0,80

significância do ponto de vista estatístico. Já em São Paulo, as mulheres do grupo sem intervenção informou ter usado mais o preservativo com os clientes que as mulheres do grupo de intervenção, sendo a diferença entre os dois grupos estatisticamente significativa.

A distribuição das mulheres segundo o uso do preservativo com os clientes, por região **16** mostra que, no geral, a proporção de mulheres que usou consistentemente o preservativo é maior no grupo de intervenção, sendo que a única região em que isso não ocorre é a Sudeste, o que está sendo influenciado pelo estado de São Paulo. A maior diferença entre os dois grupos é observada na região Nordeste (odds ratio de 2,25). A análise estatística, mediante o teste de *Breslow-Day*, indica haver diferença significativa entre os estratos, isto é, há diferença no uso do preservativo em função da região, sendo o menor uso apresentado pelas mulheres da região Nordeste, nos dois grupos.

Uso do preservativo e variáveis sociais

A tabela **17** mostra a prevalência do uso consistente do preservativo com os clientes, nos últimos seis meses, segundo algumas variáveis sociais, como idade, escolaridade, renda, tempo de profissão e local de trabalho.

Em todas as faixas etárias consideradas, houve diferença significativa no uso consistente do preservativo com clientes entre os dois grupos de comparação. Os maiores diferenciais encontrados entre os grupos ocorreram nas faixas de 40 a 49 anos e de 50 anos e mais, onde são vistos os maiores *odds ratio* – quase três, o que implica dizer que as mulheres dessas faixas de idade do grupo de intervenção têm quase três vezes mais chance de usar o preservativo que as mulheres do grupo sem in-

tervenção. Por outro lado, a faixa etária de 25 a 29 anos foi a que apresentou a menor diferença de uso entre os dois grupos (nível de significância de 5%).

Apesar de o teste de *Breslow-Day* não ter mostrado diferença estatisticamente significativa entre os diversos estratos de idade utilizados, os dados mostram que a prevalência de uso do preservativo com os clientes diminui, sistematicamente, conforme aumenta a faixa etária, nos dois grupos de comparação. Assim, há indícios de uma certa tendência de associação inversamente proporcional entre idade e uso consistente do preservativo, isto é, conforme aumenta a idade, diminui o uso do preservativo. Isso pode ser melhor visualizado pela figura **1**, que mostra os percentuais de uso de acordo com a idade. Nota-se que há dois patamares de uso, com um ponto de inflexão por volta dos 40 anos de idade, onde é observada uma queda importante nos percentuais de uso consistente do preservativo, nos dois grupos.

Com base nesses achados, fez-se uma nova distribuição do uso do preservativo segundo essas duas grandes classes de idade – menor de 40 anos e de 40 anos e mais, tendo-se verificado que, nessa distribuição, há diferença estatisticamente significativa no uso do preservativo em função da idade (teste de *Breslow-Day*=5,56; *p-value*=0,018). Assim, pode-se dizer que mulheres abaixo de 40 anos usam significativamente mais o preservativo de forma consistente que as mulheres acima dessa idade.

Foi estudada a associação entre uso do preservativo, tempo de estudo e a intervenção educativa. Definiram-se três estratos de escolaridade:

- 1º) Nunca estudou (apenas aquelas que não sabem ler);
- 2º) Ensino fundamental (incluindo as que não estudaram mas sabem ler) e

16

Prevalência (%) do uso consistente do preservativo com clientes, nos últimos 6 meses anteriores à entrevista, segundo grupo e região. Brasil, 2000.

	Grupo		Qui-quadrado M-H		Odds ratio	
	Intervenção%	Comp.%	χ^2	p-value	Ψ	\hat{IC}
Nordeste	67,4	47,9	38,54	0,00000	2,25	1,72-2,95
Sudeste	72,2	72,8	1,08	0,29890	1,19	0,84-1,69
Sul	78,3	64,3	23,52	0,00000	2,00	1,49-2,69
Total	73,8	60,3	56,22	0,00000	1,86	1,57-2,20

Teste de *Breslow-Day*:9,23 *p-value*:0,00991

3º) Ensino médio e educação superior. O grau superior, por ter apresentado um número muito pequeno de mulheres, foi considerado conjuntamente com o segundo grau.

Os dados apresentados na tabela 17 indicam que, em todos os estratos de escolaridade, as mulheres do grupo de intervenção apresentaram prevalências significativamente mais altas de uso do preservativo com clientes que as mulheres do grupo sem intervenção. A diferença entre os dois grupos foi maior entre as que nunca estudaram e não sabem ler; nesse estrato, as mulheres do grupo de

intervenção têm uma chance quatro vezes maior de usar o preservativo que as do outro grupo (*odds ratio* de 4,39). Além disso, evidencia-se uma diferenciação na prevalência do uso do preservativo em função da escolaridade, uma vez que a estatística de *Breslow-Day* foi significativa no nível de 0,2%.

Assim, a intervenção educativa mostrou ter efeito sobre o uso do preservativo, já que houve diferença positiva para o grupo de intervenção em todos os estratos, bem como evidenciou-se que a própria escolaridade é uma variável que influencia o uso do preservativo, uma

17

Prevalência do uso consistente do preservativo com clientes, segundo variáveis sociais, nos grupos de intervenção e controle. Brasil, 2000.

Variáveis	Grupo*		Qui-quadrado M-H		Odds ratio	
	Intervenção Nº (%)	Comparação Nº (%)	χ^2	p-value	Ψ	IC
Faixa etária						
17-19	62 (72,1)	76 (53,9)	7,38	0,00658	2,21	1,19-4,12
20-24	249 (79,3)	246 (66,7)	13,55	0,00023	1,92	1,33-2,77
25-29	203 (73,8)	190 (66,0)	4,10	0,04285	1,45	0,99-2,13
30-39	315 (73,6)	185 (61,3)	12,48	0,00041	1,76	1,27-2,46
40-49	152 (71,7)	73 (46,5)	24,01	0,00000	2,92	1,84-4,63
50 e mais	52 (65,0)	22 (40,7)	7,62	0,00579	2,70	1,24-5,91
Teste de <i>Breslow-Day</i> : 7,05 p-value:0,21696						
Escolaridade						
Nunca estudou	50 (65,8)	32 (30,5)	22,07	0,00000	4,39	2,34-8,24
Ens. fundam./sabe ler	807 (72,7)	617 (62,6)	24,57	0,00000	1,59	1,32-1,92
Ens. med. e Educ. superior	175 (84,1)	143 (64,7)	21,04	0,00000	2,89	1,82-4,60
Teste de <i>Breslow-Day</i> : 13,46 p-value:0,00119						
Renda (SM)						
< 1	43 (66,2)	47 (36,7)	14,93	0,00011	3,37	1,71-6,67
1-4	593 (69,8)	451 (58,3)	23,64	0,00000	1,66	1,34-2,05
5-9	195 (79,6)	131 (66,5)	9,65	0,00189	1,96	1,25-3,10
10 e mais	105 (91,3)	72 (80,0)	5,44	0,01963	2,63	1,06-6,58
Teste de <i>Breslow-Day</i> : 5,35 p-value:0,14779						
Tempo de profissão (anos)						
0 a 3	446 (76,8)	488 (67,1)	14,68	0,00013	1,62	1,25-2,09
4 a 6	236 (76,8)	149 (61,9)	15,11	0,00010	2,08	1,43-3,02
7 a 9	93 (76,9)	48 (57,1)	8,93	0,00280	2,49	1,36-4,56
10 e mais	257 (66,8)	107 (41,3)	40,72	0,00000	2,85	2,03-4,02
Teste de <i>Breslow-Day</i> : 8,22 p-value:0,04167						
Local de trabalho						
Rua	411 (67,9)	330 (61,8)	5,06	0,02455	1,32	1,04-1,69
Bar/boate	404 (74,4)	331 (58,3)	42,82	0,00000	2,30	1,79-2,96
Bordel	64 (68,8)	31 (53,1)	10,39	0,00127	2,85	1,50-5,41
Hotel	224 (81,5)	51 (64,1)	18,99	0,00001	2,57	1,67-3,94
BR	10 (50,0)	14 (41,2)	0,39	0,53245	1,43	0,47-4,33
Postos gasolina	28 (60,9)	31 (50,8)	1,06	0,30304	1,51	0,69-3,27
Outro	144 (76,6)	121 (58,5)	14,65	0,00013	2,32	1,50-3,60

* 3 missings no grupo de intervenção e 2 no controle.

vez que foram constatadas diferenças significativas entre as prevalências dos distintos estratos. Esse fato é demonstrado, também, graficamente na figura 2. Observa-se que os percentuais do uso do preservativo tendem a aumentar linearmente com o tempo médio de estudo, isto é, conforme aumenta o tempo de estudo, aumenta o uso do preservativo.

Em relação à renda, o estudo mostra que houve maior utilização do preservativo com os clientes por parte das mulheres do grupo de intervenção, com as razões de *odds* estimadas sendo estatisticamente significativas, exceto

para as faixas de renda de 2 a 3 e de 3 a 4 salários mínimos, onde os valores de *p* ficaram acima do limite de 5%, para o Qui-quadrado de Mantel-Haenszel.

Apesar de a estatística de Breslow-Day não ter apresentado significância estatística, o que indicaria ausência de diferenciação dos *odds ratio* em função da faixa de renda, a análise gráfica figura 3 traz indícios de uma possível associação entre o uso do preservativo e as rendas médias de cada faixa de renda.

Quanto ao tempo de profissão, em todos os períodos considerados, houve maior utilização do preservati-

Figura 1 - Percentuais (estimados e observados) de uso consistente do preservativo com clientes por idade.

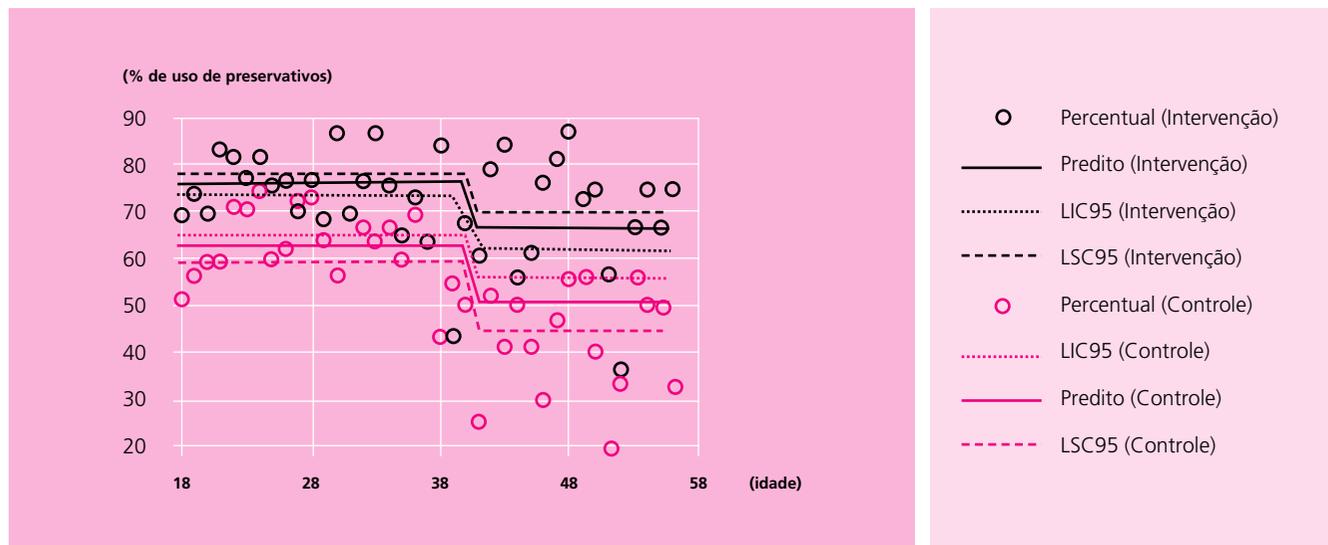
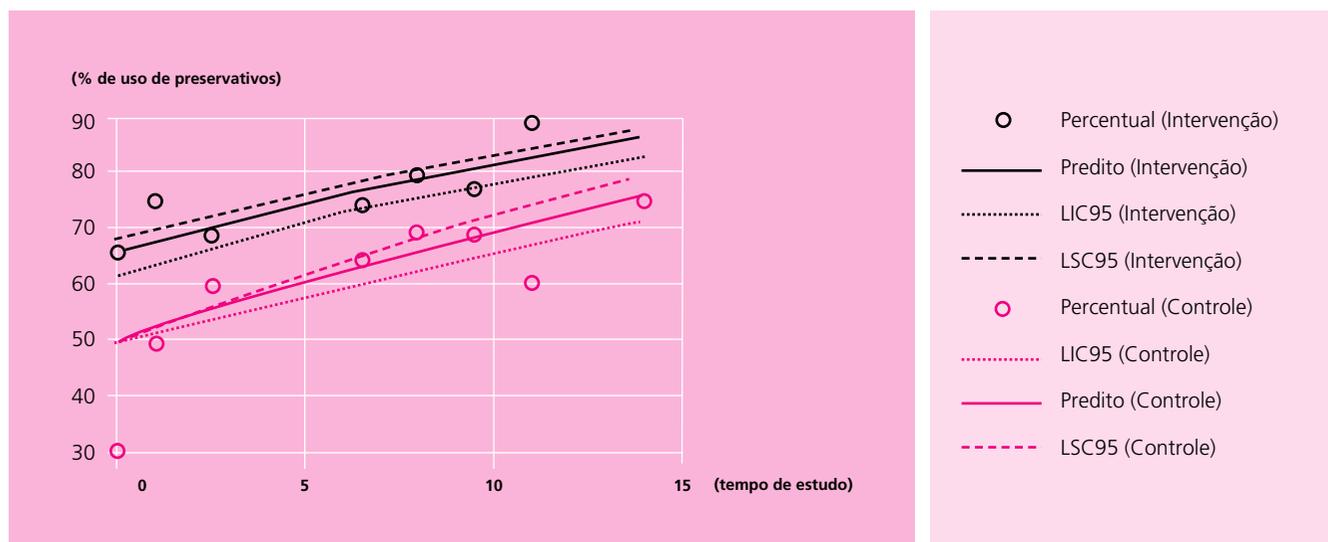


Figura 2 – Percentuais (estimados e observados) de uso consistente do preservativo com clientes por tempo de estudo.



vo por parte das mulheres do grupo de intervenção, com o *odds ratio* aumentando conforme aumenta o tempo. Assim, mulheres com até três anos de atividade do grupo de intervenção têm 1,5 vezes mais chance de usar o preservativo com os clientes que as mulheres do grupo sem intervenção, enquanto na classe de 10 anos ou mais de profissão essa chance é três vezes maior, ou seja, o dobro que o apresentado pelas mulheres com menos tempo de atividade.

No grupo sem intervenção, há uma tendência clara de a prevalência de uso consistente do preservativo ser

inversamente proporcional ao tempo de profissão, ou seja, conforme aumenta o tempo de atividade diminui a proporção de mulheres que usam o preservativo com os clientes. Já no grupo de intervenção, as prevalências das faixas de tempo até 9 anos são semelhantes, caindo após os 10 anos de atividade, mas essa queda é menos acentuada que aquela observada entre as mulheres do grupo sem intervenção. Esse diferencial entre as classes de tempo de profissão é confirmado pelo teste de *Breslow-Day*, o que implica dizer que há uma associação inversa entre tempo de profissão e uso do preservativo, mais observá-

Figura 3 – Percentuais (estimados e observados) de uso consistente do preservativo com clientes por renda média.

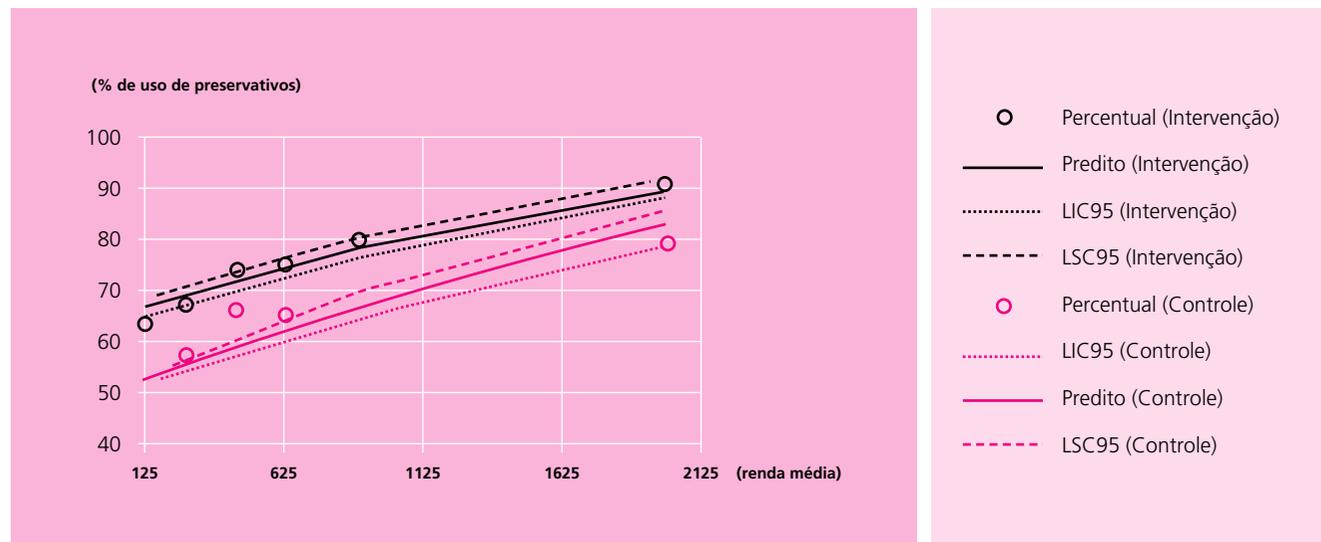
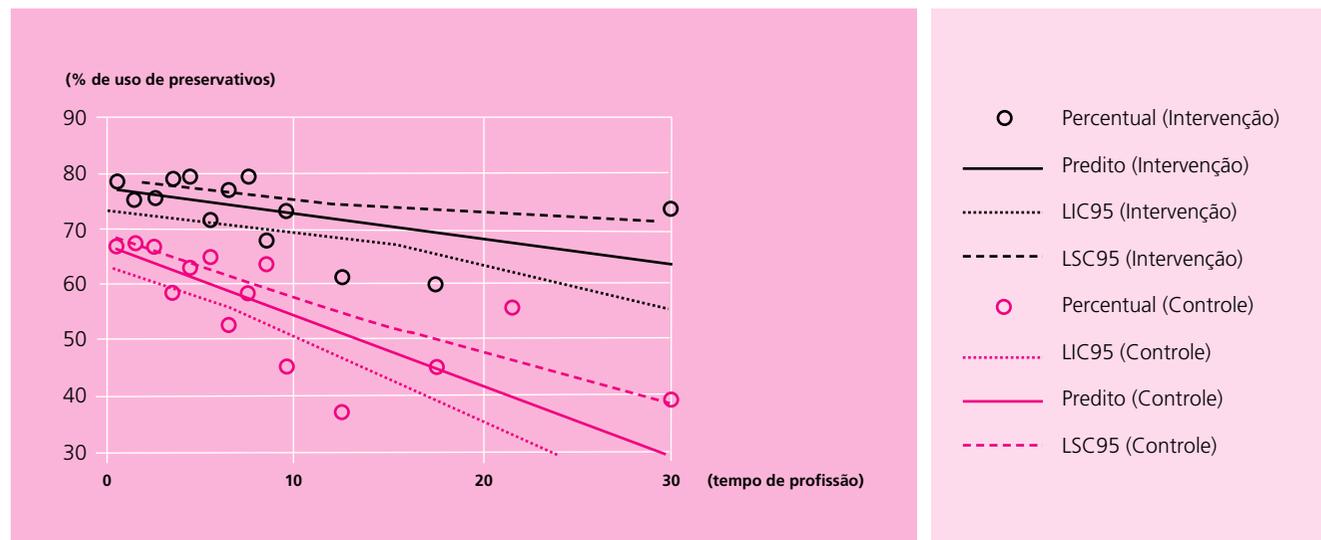


Figura 4 – Percentuais (estimados e observados) de uso consistente do preservativo com clientes por tempo de profissão.



vel no grupo sem intervenção. Com isso, pode-se inferir que a intervenção atenua o efeito do tempo de profissão sobre o não uso do preservativo.

Esse fenômeno fica mais evidente quando os dados são plotados em gráfico figura 4. Observa-se, nitidamente, uma queda no uso do preservativo conforme aumenta o tempo de profissão, mas essa queda é mais acentuada no grupo sem intervenção (inclinação maior da reta).

Com relação ao local de trabalho, há diferença significativa de uso do preservativo, exceto entre as mulheres que trabalham em BR ou postos de gasolina. As profissionais do sexo que trabalham em hotéis foram as que referiram maior uso do preservativo com os clientes, sendo observado, também nessa classe, o maior diferencial entre os percentuais dos dois grupos: as mulheres que receberam a intervenção têm quase três vezes mais chance de usar o preservativo que aquelas que não receberam.

uso do preservativo e drogas

Os resultados observados para o uso de drogas injetáveis devem ser tomados com cautela, servindo apenas como um indicativo de tendência, dado ser muito pequeno o número de mulheres que referiram esse comportamento. Para as usuárias de drogas injetáveis, não foram observadas diferenças significativas no uso do preserva-

tivo entre os dois grupos. Isso indica que a intervenção não foi suficiente para mudar o comportamento desse segmento de mulheres profissionais do sexo. Já entre as não usuárias de drogas injetáveis, observa-se que a chance de uma mulher que participou da intervenção usar o preservativo é duas vezes maior que a de uma que não participou.

A análise estatística mostra que há um possível efeito diferencial em relação ao uso de drogas injetáveis, isto é, as mulheres que referem esse uso tendem a usar menos o preservativo com os clientes que aquelas que não usam droga injetável (estatística de *Breslow-Day* com nível de significância de 7,5%).

Em relação ao uso de preservativo com clientes e o uso de álcool, seja de forma isolada seja associado a outras drogas, observa-se pela tabela 18 que, em todos os estratos considerados, as mulheres do grupo de intervenção referiram usar mais o preservativo que as do grupo sem intervenção e, exceto quando estão envolvidas três ou mais drogas, situação em que não há diferença entre os dois grupos.

Já quando o companheiro ou namorado é usuário de droga injetável, verifica-se que não há diferença entre os dois grupos quanto ao uso de preservativo com os clientes, ou seja, a intervenção não provocou mudanças em

18 Prevalência do uso consistente do preservativo com clientes, segundo uso de drogas. Brasil, 2000.

Variáveis	Grupo		Qui-quadrado M-H		Odds ratio	
	Intervenção N° (%)	Comp. N° (%)	χ^2	p-value	Ψ	\hat{IC}
Uso de droga injetável						
Sim	9 (40,9)	15 (50,0)	0,41	0,51997	0,69	0,23-2,10
Não	1023 (74,6)	775 (60,6)	58,76	0,00000	1,90	1,61-2,25
Teste de <i>Breslow-Day</i> : 3,18 p-value: 0,07462						
Uso de drogas em geral						
Nenhuma	379 (77,0)	276 (61,6)	26,38	0,00000	2,09	1,57-2,78
Apenas álcool	185 (75,2)	129 (64,8)	5,69	0,01704	1,65	1,09-2,48
Álcool + 1	316 (74,5)	237 (59,7)	20,49	0,00001	1,98	1,47-2,66
Álcool + 2	83 (68,0)	65 (53,7)	5,21	0,02251	1,83	1,09-3,09
Álcool + 3 ou mais	68 (63,0)	56 (51,4)	2,96	0,08533	1,61	0,94-2,77
Teste de <i>Breslow-Day</i> : 1,35 p-value: 0,85258						
Companheiro UDI						
Sim	124 (59,3)	140 (56,0)	0,52	0,47276	1,15	0,79-1,66
Não	862 (77,1)	592 (63,4)	46,36	0,00000	1,95	1,60-2,36
Não sabe	45 (69,2)	53 (44,2)	10,58	0,00115	2,84	1,50-5,38
Teste de <i>Breslow-Day</i> : 8,28 p-value: 0,01589						

Obs: 3 missings no grupo de intervenção e 2 no controle.

relação à adoção de práticas de sexo mais seguro. Considerando as mulheres que não têm companheiro UDI, aquelas que receberam a intervenção apresentam prevalências maiores de uso do preservativo que as que não receberam. Além disso, o teste de *Breslow-Day* indica haver diferenças significativas em termos de uso do preservativo entre mulheres que têm companheiro ou namorado

UDI e aquelas que não têm, sendo maior a prevalência de uso do preservativo entre as primeiras (nível de significância estatística de 2%).

Quanto ao uso do preservativo em função do tipo de droga utilizado nos últimos 6 meses tabela 19, observa-se que não foram detectadas diferenças de uso entre os dois grupos para aquelas mulheres que referiram

19 Prevalência do uso consistente do preservativo com clientes, para cada tipo de droga pesquisada quanto ao uso nos últimos seis meses. Brasil, 2000.

Uso de drogas		Grupo		Qui-quadrado M-H		Odds ratio	
		Intervenção Nº (%)	Comparação Nº (%)	χ^2	p-value	Ψ	\hat{IC}
Álcool	Sim	656 (72,4)	492 (59,2)	35,16	0,00000	1,83	1,50-2,36
	Não	375 (77,0)	275 (62,1)	-24,53	0,00000	2,05	1,54-2,72
Teste de <i>Breslow-Day</i> :0,39 p-value:0,53022							
Maconha	Sim	138 (66,4)	123 (57,5)	3,51	0,06106	1,46	0,98-2,17
	Não	893 (75,4)	644 (60,5)	56,98	0,00000	1,99	1,67-2,39
Teste de <i>Breslow-Day</i> :2,00 p-value:0,15768							
Cocaína	Sim	100 (74,1)	96 (61,2)	5,48	0,01925	1,82	1,10-3,00
	Não	931 (74,0)	671 (59,9)	53,94	0,00000	1,91	1,61-2,27
Teste de <i>Breslow-Day</i> :0,04 p-value:0,85216							
Crack	Sim	37 (61,7)	35 (57,4)	0,23	0,63221	1,20	0,58-2,47
	Não	994 (74,6)	732 (60,2)	60,46	0,00000	1,94	1,64-2,30
Teste de <i>Breslow-Day</i> :1,64 p-value:0,20073							
Merla	Sim	-(-)	2 (40,0)	0,65	0,41902		-
	Não	1.031 (74,1)	765 (60,2)	58,70	0,00000	1,89	1,61-2,23
Teste de <i>Breslow-Day</i> :1,28 p-value:0,25781							

20 Prevalência do uso consistente do preservativo com clientes, segundo algumas práticas sexuais. Brasil, 2000.

Variáveis	Grupo		Qui-quadrado M-H		Odds ratio	
	Intervenção Nº (%)	Comparação. Nº (%)	χ^2	p-value	Ψ	\hat{IC}
Felação	880 (73,6)	628 (62,4)	31,83	0,00000	1,68	1,39-2,03
Sexo vaginal	1.030 (73,9)	788 (60,5)	55,18	0,00000	1,85	1,56-2,19
Sexo anal	354 (66,9)	241 (49,1)	33,29	0,00000	2,10	1,61-2,73

Obs: 3 missings no grupo de intervenção e 2 no controle.

21 Prevalência do uso consistente do preservativo com clientes, segundo acesso a serviços de Saúde. Brasil, 2000.

Variáveis	Grupo		Qui-quadrado M-H		Odds ratio	
	Intervenção Nº (%)	Comparação Nº (%)	χ^2	p-value	Ψ	\hat{IC}
Realização de exame preventivo ginecológico						
Sim	509 (79,4)	313 (67,5)	20,16	0,00001	1,86	1,42-2,44
Não	524 (69,5)	477 (56,4)	29,25	0,00000	1,76	1,43-2,17
Teste de <i>Breslow-Day</i> :0,10 p-value:0,75671						
Realização de teste para HIV						
Sim	550 (80,2)	346 (72,5)	9,27	0,00232	1,53	1,16-2,02
Não	483 (68,2)	445 (53,4)	34,97	0,00000	1,87	1,52-2,31
Teste de <i>Breslow-Day</i> :1,30 p-value:0,25416						

Obs: 3 missings no grupo de intervenção e 2 no controle.

usar crack, merla, heroína e loló. Para as demais drogas, o grupo de intervenção mostrou usar significativamente mais o preservativo. Entre as não usuárias de drogas, o *odds ratio* foi sempre maior para o grupo de intervenção que o sem intervenção (com significância estatística, $p=0,00000$).

Uso do preservativo e práticas sexuais

O uso do preservativo com clientes foi investigado para as principais práticas sexuais, como a felação, o sexo vaginal e sexo anal tabela 20. Independente do tipo de prática, o grupo de intervenção informou sempre maior uso consistente do preservativo, com diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Observa-se que o uso do preservativo foi menos freqüente na prática do sexo anal, nos dois grupos. Assim, vê-se que uma prática que determina maior risco de infecção para o HIV está sendo adotada de forma menos segura, o que, certamente, resulta em maior exposição.

Uso do preservativo e acesso a serviços de saúde

O uso consistente do preservativo com clientes foi verificado em relação a outros comportamentos que refle-

tem cuidado com a saúde, como a realização de exame preventivo ginecológico e do teste para detecção do HIV. Em ambas as situações, o uso foi maior entre as mulheres do grupo de intervenção ($p>0,01$). Apesar de o teste de *Breslow-Day* não indicar diferença de uso em função da busca dos serviços de saúde para aqueles fins, observa-se que a prevalência é mais alta no grupo que procura, podendo haver aí um reforço à intervenção, pela abordagem feita dentro dos serviços, ou serem efeitos paralelos da própria intervenção: mulheres que recebem a intervenção melhoram seu comportamento tanto em relação ao uso do preservativo quanto em relação à procura dos serviços de saúde.

Uso do preservativo, conhecimentos sobre DST/aids e percepção de risco

A tabela 22 apresenta os resultados do uso consistente do preservativo em relação ao conhecimento sobre as formas de prevenção das DST. Considerando que, entre os itens constantes do questionário, a única alternativa correta era “usar o preservativo em todas as relações sexuais”, foram criadas as seguintes categorias de resposta:

1. Incorreta: quando o uso do preservativo não foi assinalado como verdadeiro;

22

Prevalência do uso consistente do preservativo com clientes, segundo conhecimento sobre prevenção das DST e transmissão do HIV e percepção de risco – grupo de Intervenção e de comparação. Brasil, 2000.

Variáveis	Grupo		Qui-quadrado M-H		Odds ratio	
	Intervenção N° (%)	Comparação N° (%)	χ^2	p-value	Ψ	IC
Prevenção das DST/aids						
Incorreta	16 (57,1)	19 (44,2)	1,12	0,28929	1,68	0,64-4,40
Imprecisa	941 (75,3)	677 (63,2)	40,16	0,00000	1,78	1,49-2,13
Correta	76 (65,0)	96 (48,7)	7,78	0,00529	1,95	1,22-3,13
Teste de <i>Breslow-Day</i> :0,15 p-value:0,92856						
Transmissão do HIV						
Bom	635 (78,9)	316 (65,8)	26,60	0,00000	1,94	1,51-2,50
Regular	302 (69,1)	317 (58,4)	11,97	0,00054	1,60	1,22-2,08
Precário	96 (62,8)	159 (55,0)	2,44	0,11812	1,38	0,92-2,06
Teste de <i>Breslow-Day</i> :2,31 p-value:0,31471						
Percepção de risco						
Grande	495 (70,9)	375 (58,6)	22,28	0,00000	1,72	1,37-2,16
Médio	170 (72,0)	122 (55,5)	13,56	0,00023	2,07	1,40-3,05
Pequeno	184 (79,7)	151 (68,6)	7,14	0,00752	1,79	1,17-2,75
Nenhum	119 (88,8)	83 (74,1)	8,94	0,00279	2,77	1,40-5,49
Não sabe	59 (67,1)	61 (51,3)	5,15	0,02326	1,93	1,09-3,43
Teste de <i>Breslow-Day</i> :2,09 p-value:0,71866						

Obs: 3 missings no grupo de intervenção e 2 no controle.

2. Correta: quando o uso do preservativo foi a única alternativa assinalada como verdadeira;

3. Imprecisa: quando o uso do preservativo foi assinalado como uma alternativa verdadeira, juntamente com outras alternativas.

Em todos os três estratos de conhecimento, o grupo de intervenção apresentou maiores percentuais de uso do preservativo, mas para as que responderam de forma incorreta (não sabem ou não acreditam que o uso do preservativo em todas as relações sexuais previne as DST), a diferença entre os dois grupos não foi significativa ($p > 5\%$). Também, é entre essas mulheres que se verificam os menores percentuais de uso consistente do preservativo, apesar de o teste de *Breslow-Day* não indicar associação significativa entre uso do preservativo e conhecimento sobre a prevenção das DST.

Já em relação ao grau de conhecimento sobre as formas de transmissão do vírus da aids, o questionário apresentou 18 itens para que a entrevistada apontasse se era uma forma de transmissão ou não. Foram dados escores para cada participante, com base no número de itens assinalados corretamente, que variam de 0 a 18, sendo criados os seguintes níveis de conhecimento:

1. Bom: de 16 a 18 itens corretos;
2. Razoável: de 13 a 15 itens corretos;
3. Fraco: 12 ou menos itens corretos.

Os dados mostram que, em todos os estratos de conhecimento, as mulheres do grupo de intervenção usam mais o preservativo em todas as relações sexuais com os clientes do que as mulheres do grupo de comparação, com o maior diferencial entre os grupos observado para aquelas que detêm um bom conhecimento. Pode-se verificar que a proporção de mulheres que usam consistentemente o preservativo diminui conforme cai o grau de conhecimento sobre as formas de transmissão, apesar de o teste de *Breslow-Day* não indicar associação entre grau de conhecimento e uso do preservativo.

Quanto à percepção de risco e o uso do preservativo, em todos os estratos, houve maior utilização do preservativo entre as mulheres do grupo de intervenção, com razões de odds significativas no nível de 3%.

Observando-se as proporções de uso do preservativo em cada estrato, verificamos que as mulheres avaliam

com consistência o seu risco individual à infecção pelo HIV, uma vez que as que se colocam em um grau de risco pequeno ou nulo são, justamente, as que referem em maior proporção o uso consistente do preservativo com clientes. Já aquelas que avaliam ter um grande ou médio risco de infecção ou que não sabem avaliar esse risco são as que menos referem o uso consistente do preservativo.

Análise multivariada

Utilizou-se o modelo de regressão logística múltipla, que modela a associação entre a variável-resposta – uso consistente do preservativo com clientes – e um conjunto de variáveis explicativas. A partir da análise bivariada, as seguintes variáveis foram selecionadas para ajuste no modelo logístico: grupo (com ou sem intervenção); sítio ou local da intervenção (São Paulo ou do Paraná); idade (maior ou menor que 40 anos); tempo médio de estudo; renda (em mil reais); tempo de profissão; local de trabalho (rua, posto de combustível, BR, bordel, hotel, bar/boate), companheiro usuário de droga injetável. A definição de cada uma dessas variáveis encontra-se no Anexo I. Foram consideradas, ainda, as interações: grupo \times renda e grupo \times tempo de profissão.

A aplicação do modelo leva à estimação de coeficientes e à avaliação da sua significância, os quais representam a inclinação ou taxa de mudança (incremento ou decremento no logito para cada unidade da variável explicativa) ou um efeito diferencial no logito. Com essa análise, busca-se identificar quais coeficientes estimados no modelo são relevantes para a questão em foco do estudo.

A seleção das variáveis que permanecem como explicativas, após a aplicação do modelo, deu-se mediante aplicação do método *forward*. O **Quadro 1** sumariza as variáveis selecionadas. Permanecem no modelo como variáveis explicativas a renda; o grupo, isto é, se recebeu ou não a intervenção; o tempo de profissão; ter ou não um companheiro UDI; trabalhar em bar ou boate, em BR e em hotéis; e o tempo de profissão. Deve-se notar que ser de São Paulo ou do Paraná são variáveis que não permaneceram no modelo. Na análise bivariada, nesses sítios, não foi evidenciado efeito positivo da intervenção quanto ao uso do preservativo, fato que motivou a sua inclu-

são no modelo multivariado, para ajustá-los para as demais variáveis de perfil. O fato de esses sítios terem sido excluídos, pela aplicação do modelo logístico, indica que a variável “local da intervenção – SP ou PR” não explica a ausência de resposta positiva. Esse fato é explicado pelas demais variáveis que permaneceram após o ajuste, evidenciando que as diferenças na composição dos grupos em relação a outras variáveis é o que está determinando os resultados de São Paulo e do Paraná.

Evidencia-se, ainda, que a variável que mais contribuiu para explicar o uso do preservativo é a renda ($\chi^2= 80,77$; $p<0,0001$) e, em segundo lugar, a intervenção ($\chi^2=52,21$; $p<0,0001$). Outras variáveis associadas positivamente ao uso do preservativo foram: o tempo de estudo e trabalhar em hotéis. As demais variáveis ajustadas têm um efeito negativo sobre o uso do preservativo: o tempo de profissão, alguns locais de trabalho, como BR, bares ou boates, e ter um companheiro UDI. O tempo de profissão e ter

Quadro 1 - Sumário da seleção via método *Forward*

Efeito que		Escores		
Passo	Entrou	gl	Quiquadrado	Pr > ChiSq
1	R1000	1	80.7733	<.0001
2	GRUPO	1	52.2126	<.0001
3	TEMPOPROF	1	25.2889	<.0001
4	C_UDI	1	16.2392	<.0001
5	BAROUB	1	11.8433	0.0006
6	TE	1	6.8875	0.0087
7	BR	1	5.8807	0.0153
8	PROFxGrupo	1	4.9801	0.0256
9	HOTEL	1	4.8703	0.0273

Quadro 2 - Estimativas de máxima verossimilhança dos coeficientes do modelo

Erro	Quiquadrado				
Parâmetro	DF	Estimativa	Padrão	de Wald	P-Valor
Intercepto	1	0.2742	0.1302	4.4365	0.0352
GRUPO	1	0.4640	0.1153	16.1919	<.0001
TE	1	0.0377	0.0148	6.4695	0.0110
R1000	1	0.6359	0.0928	46.9463	<.0001
TEMPOPROF	1	-0.0416	0.00905	21.0997	<.0001
BR	1	-0.7270	0.3022	5.7870	0.0161
BAROUB	1	-0.2678	0.0905	8.7625	0.0031
HOTEL	1	0.2805	0.1273	4.8512	0.0276
C_UDI	1	-0.4330	0.1120	14.9367	0.0001
PROFxGrupo	1	0.0267	0.0119	5.0589	0.0245

Quadro 3 - Teste de ajuste de Hosmer e Lemeshow

Quiquadrado	gl	P-valor
5.0893	8	0.7480

companheiro UDI são as que mais causam decréscimo no uso do preservativo.

A capacidade do modelo em explicar o uso do preservativo foi boa. A estatística de Hosmer e Lemeshow é 5,0893, com *p-value* igual a 0,748 e, portanto, aceita-se a hipótese de que este modelo é adequado para esse conjunto de dados (Quadro 3).

Indicadores de conhecimento sobre as DST/aids

As tabelas 23 e 24 trazem os resultados referentes aos meios que transmitem e que não transmitem o HIV, respectivamente.

Observa-se que é alto o percentual de profissionais do sexo que conhecem os meios que realmente constituem-se formas de transmissão do vírus. Mais de 98% das mulheres referiram que o HIV é transmitido pelo sexo vaginal, em ambos os grupos, enquanto para o sexo anal o

percentual de mulheres que afirmaram ser meio de transmissão é, igualmente alto, sendo um pouco maior entre as do grupo de intervenção. Só na região Sul a diferença entre as proporções dos dois grupos que referiu o sexo anal como meio de transmissão mostrou-se estatisticamente significativa.

Também é alta a proporção de mulheres que sabem que o vírus pode ser transmitido durante a gravidez e o parto, e as diferenças entre os dois grupos foram significativas para as regiões Nordeste e Sul.

A prática de tatuagem foi identificada como meio de transmissão do HIV por mais de 80% de mulheres de ambos os grupos, sendo maiores os percentuais apresentados pelo grupo de intervenção em todas as regiões, exceto na Sul. As diferenças entre os dois grupos têm significância estatística para as regiões Nordeste e Sudeste.

A amamentação foi o meio de transmissão menos reconhecido pelas participantes dos dois grupos, mas as

23

Percentual de profissionais do sexo que responderam afirmativamente que o meio apontado é um meio de transmissão do HIV (respostas corretas) – por grupo e por região. Brasil, 2000.

Meio de transmissão	Grupo		Qui-quadrado M-H		Odds ratio	
	Intervenção%	Comp. %	χ^2	p-value	Ψ	IC95%
Pelo sexo vaginal						
Nordeste	99,0	98,6	0,34	0,55913	1,41	0,40-5,19
Sudeste	98,3	96,7	1,84	0,17537	1,92	0,68-5,60
Sul	98,8	98,8	0,00	0,95215	1,04	0,29-3,68
Total	98,7	98,2	1,30	0,25405	1,43	0,74-2,78
Pelo sexo anal						
Nordeste	98,4	96,8	2,75	0,09744	2,04	0,81-5,29
Sudeste	97,8	95,8	2,29	0,13014	1,91	0,76-4,89
Sul	99,4	95,7	14,47	0,00014	7,53	2,10-32,25
Total	98,6	96,1	16,00	0,00006	2,79	1,60-4,89
Gravidez ou parto						
Nordeste	94,5	89,7	8,06	0,00452	2,00	1,19-3,35
Sudeste	91,1	90,7	0,02	0,88007	1,04	0,61-1,78
Sul	94,0	90,5	4,27	0,03884	1,65	0,99-2,75
Total	93,4	90,3	8,70	0,00318	1,52	1,13-2,03
Amamentação						
Nordeste	79,6	73,2	5,48	0,01928	1,42	1,04-1,94
Sudeste	81,4	71,9	9,24	0,00237	1,71	1,19-2,46
Sul	85,5	70,1	33,76	0,00000	2,51	1,80-3,49
Total	82,2	71,7	41,99	0,00000	1,82	1,51-2,20
Tatuagens						
Nordeste	89,9	84,0	7,56	0,00597	1,69	1,14-2,53
Sudeste	90,6	84,2	6,90	0,00860	1,81	1,13-2,90
Sul	76,9	78,1	0,22	0,63787	0,93	0,68-1,27
Total	85,4	81,9	6,24	0,01252	1,30	1,05-1,60

mulheres do grupo de intervenção conhecem mais que as do grupo-controle, sendo as diferenças entre as prevalências dos dois grupos estatisticamente significativas.

Assim, verifica-se que há um bom grau de conhecimento por parte das mulheres participantes e que as do grupo de intervenção, em geral, estão mais informadas.

Em relação aos meios que não se constituem formas de transmissão do HIV tabela 24 os dados revelam diferenças significativas entre os dois grupos, com o grupo de intervenção tendo demonstrado mais informação nesse aspecto que o grupo de comparação. Apenas na região Nordeste essas diferenças não foram estatisticamente significativas para a maioria dos itens pesquisados. O único item que apresentou diferença relevante nas proporções de acerto entre os dois grupos foi a picada de insetos, com o grupo de intervenção identificando em maior proporção que essa é uma forma que não transmite o vírus.

Já nas demais regiões, houve diferenças significativas entre os dois grupos nas proporções de acerto em todos os itens, sempre com melhor desempenho do grupo de intervenção.

Comparando com os meios que de fato transmitem o HIV, observa-se ainda muita desinformação em relação às formas que não são meios de transmissão do vírus. Particularmente a doação de sangue e a picada de insetos continuam sendo referidas por altas proporções das mulheres. A doação de sangue é referida por quase 60% das mulheres do grupo de intervenção e por 70% das do grupo de comparação, enquanto a picada de insetos é referida por 41,5% e 57,3%, dos dois grupos, respectivamente.

Os dados revelam, também, uma grande diferença no grau de conhecimento das mulheres profissionais do sexo em função da região. As mulheres da região Sul, comparando cada grupo entre si, demonstram um melhor grau de informação, vindo a seguir as do Sudeste. As profissio-

24

Percentual de profissionais do sexo que responderam negativamente que o meio apontado é um meio de transmissão do HIV (respostas corretas) – por grupo e por região. Brasil, 2000..

Meio	Grupo		Qui-quadrado M-H		Odds ratio	
	Intervenção %	Controle %	χ^2	p-value	Ψ	IC95%
Picada de insetos						
Nordeste	45,3	36,7	7,59	0,00588	1,43	1,10-1,87
Sudeste	58,6	43,0	17,74	0,00003	1,87	1,38-2,55
Sul	71,5	48,5	54,69	0,00000	2,67	2,03-3,52
Total	58,5	42,7	68,41	0,00000	1,90	1,62-2,22
Uso de vaso sanitário						
Nordeste	64,0	59,2	2,34	0,12611	1,22	0,93-1,60
Sudeste	73,4	58,5	18,35	0,00002	1,96	1,42-2,72
Sul	82,9	67,0	33,12	0,00000	2,38	1,74-3,26
Total	73,5	61,9	41,51	0,00000	1,70	1,44-2,02
Convivência com pessoas que têm HIV/aids						
Nordeste	66,6	67,1	0,03	0,85685	0,98	0,74-1,29
Sudeste	84,9	72,8	16,16	0,00006	2,09	1,43-3,07
Sul	92,6	76,7	48,51	0,00000	3,82	2,52-5,81
Total	81,2	72,1	31,31	0,00000	1,67	1,39-2,01
Nadando em piscinas						
Nordeste	79,6	78,1	0,32	0,57440	1,09	0,79-1,50
Sudeste	82,1	72,8	9,18	0,00245	1,71	1,19-2,48
Sul	88,4	78,4	18,22	0,00002	2,12	1,47-3,05
Total	83,5	76,8	18,86	0,00001	1,52	1,25-1,86
Doando sangue						
Nordeste	27,9	29,2	0,20	0,65801	0,94	0,70-1,25
Sudeste	36,7	26,3	9,18	0,00244	1,63	1,17-2,27
Sul	59,8	33,4	68,77	0,00000	2,96	2,26-3,88
Total	41,9	30,0	41,40	0,00000	1,68	1,43-1,98

nais do sexo da região Nordeste apresentaram, em todos os itens investigados, um conhecimento mais precário. As diferenças regionais têm significância estatística.

Os achados dos grupos focais corroboram os dados obtidos por meio do questionário KAP. Nos grupos de intervenção, em geral, as participantes mostraram conhecer e saber reconhecer as principais DST, assim como as vias de transmissão e formas de prevenção dessas doenças e do HIV. Neles, o conhecimento é mais consistente, e as participantes mostraram mais convicção no que diz respeito às necessidades de prevenção.

Já nos grupos sem intervenção, aparecem desconhecimentos. No entanto, verifica-se que muitas mulheres demonstram conhecimentos adquiridos a partir do acesso aos serviços regulares de saúde da rede pública. Neste mesmo sentido, contribuem para aquisição de conhecimentos as palestras e atividades promovidas por escolas e igrejas.

Um equívoco que ainda permanece, nos dois grupos, refere-se à convicção de que o uso simultâneo de mais de um preservativo aumenta a segurança. As participantes alegam que ao se romper um deles, ainda restaria o outro para assegurar a proteção. Também permanece ainda, com maior frequência nos grupos sem intervenção, a crença de que as mulheres podem reconhecer a pessoa infectada pelo HIV através da aparência, manchas ou feridas, e peso.

Em alguns locais, tanto nos grupos com e sem intervenção, as mulheres associam o uso de álcool e/ou drogas, ao maior risco de adquirir o HIV e outras DST dado

o relaxamento no uso do preservativo quando se encontram sob os efeitos dessas substâncias. Em Curitiba, nos dois grupos de comparação foram relatadas estratégias desenvolvidas para contornar a obrigatoriedade do consumo de álcool nos “bares de dose”.

Indicadores de atitudes perante os portadores de HIV ou doentes de aids

Os dados da tabela 25 indicam que, ainda, há que se trabalhar junto às profissionais do sexo no sentido de desenvolver a solidariedade e a não-discriminação dos portadores do HIV e doentes de aids. Observa-se que uma parte das mulheres acredita que uma pessoa que esteja infectada deve parar de trabalhar e ser afastada do convívio com os colegas nos ambientes de trabalho. As mulheres do grupo de comparação acreditam significativamente mais que as do grupo de intervenção nessa necessidade. Os percentuais giram em torno de 12 a 19%.

No entanto, quando se trata de uma pessoa que trabalha com o comércio sexual, esses percentuais são bem mais elevados: 68% entre as mulheres que receberam a intervenção e 73,6% entre as que não receberam. A diferença entre os dois grupos é estatisticamente significativa, indicando que a intervenção provocou uma certa mudança entre as mulheres. Esses dados mostram que é necessário discutir formas de lidar com a infecção pelo HIV, que não impliquem a exclusão da mulher do ambiente de trabalho.

Nos grupos focais, aparecem relatos sobre a presença de colegas infectadas pelo HIV trabalhando no mesmo

25 Número e Percentual de mulheres profissionais do sexo que concordaram com as afirmações feitas, por grupo. Brasil, 2000.

Afirmações	Grupo		Odds ratio		Qui-quadrado M-H	
	Intervenção N°(%)	Comp.N°(%)	Ψ	ÎC95%	χ²	p-value
Uma pessoa que tem o HIV deve ser afastada dos demais colegas de trabalho	168 (12,0)	216 (16,5)	0,69	0,55-0,87	10,99	0,00091
Um trabalhador que tem o HIV deve parar de trabalhar	191 (13,7)	249 (19,0)	0,68	0,55-0,84	14,05	0,00018
Uma profissional do sexo que tem o HIV deve parar de exercer esse tipo de atividade	952 (68,0)	967 (73,6)	0,76	0,64-0,90	10,26	0,00136
Uma pessoa que tem o HIV pode freqüentar normalmente ambientes públicos	1202(85,9)	1062(80,9)	1,44	1,17-1,78	12,45	0,00042
Você usaria o mesmo banheiro que uma pessoa doente de aids usa	969 (69,3)	826 (62,9)	1,33	1,13-1,57	12,22	0,00047

ambiente. As discussões mostram que elas percebem este fato como um risco coletivo, pois elas mesmas podem ser atingidas em função da circulação dos clientes. Nessas ocasiões, as discussões mostram opiniões em que predomina uma visão preconceituosa da questão.

Tem muitas que são aposentadas e vêm assim mesmo, ficam passando a doença.

- Elas dizem que já estão no inferno mesmo, não custa dar um abraço no diabo.

- Eu acho que não deveria mais ficar na rua batalhando em lugar nenhum, eu acho que tinha que tirar fora, né?

- Senão ela vai contaminar quantas pessoas?

- Quantos inocentes?

- Mas como é tirar fora? Se ela está na rua ela está trabalhando para viver? Tem que usar preservativo, né? (GFI – CTB).

Isto é um direito, de você estar com o vírus da aids e querer trabalhar, sabia? Deus me livre isso é discriminação, isto vai da consciência dela e da consciência do freguês que chega e não quer usar a camisinha. Ela faz muito bem de não ter contado...

- Se eu sei, eu não vou falar quem é que é... (GFI – BH).

Mas a garota com aids e faz programa? Ela deveria parar de trabalhar?

- Eu acho que ela deveria parar... Ah, não sei, acho que ela tem os freguês dela, o que não pode é passar para outro e chegar até nós.

- Eu acho assim, que poderia continuar, contando que fosse de camisinha, tem que prevenir. (GFC – Campina Grande).

Eu já trabalhei com várias meninas que têm. Eu trabalhei com uma que tomava o maior cuidado, e trabalhei com outra que era normal. Se o homem quisesse com camisinha ela ia, se

quisesse sem ela ia também. E ela vivia grávida... eu acho que eu fiquei, eu trabalhei com ela durante um ano, e acho que ela fez uns dez abortos. Era natural fazer aborto, e era aidética. (GFC – RJ).

Outro aspecto que chama a atenção é o fato de quase 70% das mulheres do grupo de intervenção e 63% do grupo sem intervenção terem respondido que usariam o mesmo banheiro que uma pessoa infectada pelo HIV usa, o que é o mesmo que dizer que cerca de 30% do primeiro grupo e 37% do segundo não usariam o mesmo banheiro. Esse percentual é superior ao que foi encontrado sobre a transmissão do HIV por meio do uso de vasos sanitários, quando 20% das mulheres do grupo de intervenção e 27% do outro grupo responderam afirmativamente que essa é uma forma de transmissão. Desse modo, há mulheres que mesmo sabendo que não há transmissão do vírus por meio do uso de vasos sanitários não usariam o banheiro que uma pessoa infectada usa, o que reflete um medo infundado da doença. Assim, fica evidenciado que, nem sempre, atitudes discriminatórias estão fundamentadas no mero conhecimento, mas têm causas mais subjetivas e emocionais, e devem ser trabalhadas também nesse plano.

Indicadores de prevalência e incidência das DST/aids

As tabelas 26 e 27 trazem, respectivamente, as prevalências gerais para o HIV, sífilis, hepatites B e C e as prevalências regionais.

A prevalência geral de HIV foi 6,5%. Com exceção da região Nordeste, nas demais regiões pesquisadas as prevalências do HIV foram mais elevadas para as mulheres do grupo de intervenção, mas as diferenças entre os grupos não mostraram significância estatística. Apenas na região Sudeste a prevalência do HIV foi significativamente maior no grupo de intervenção. Assim, as mulheres do grupo de intervenção do Sudeste têm quase duas vezes mais risco de se infectar pelo HIV que as do outro grupo (*odds ratio* de 1,84). Essa diferença de prevalência tão acentuada entre um grupo e outro pode ser explicada pelo perfil diferenciado entre eles, o que foi claramente constatado para o estado de São Paulo.

A incidência anual estimada do HIV na população pesquisada foi 0,70%, praticamente igual nos dois grupos de comparação.

A prevalência de sífilis (VDRL positivo com titulação maior ou igual a 1:16 e FTA-ABS positivo) foi da ordem de 4%, sendo maior no grupo de intervenção. A distribuição regional mostra que apenas na região Sul a prevalência de sífilis é maior no grupo sem intervenção. Assim, nas regiões Nordeste e Sudeste, as mulheres do grupo de intervenção têm duas vezes mais chance de ter a doença

que as do outro grupo (*odds ratio* de 2,4). Considerando as mulheres, independentemente do grupo a que pertencem, as prevalências de sífilis encontradas para as regiões Nordeste e Sul são semelhantes, em torno de 3,5%, enquanto a do Sudeste é mais elevada, 4,6%.

Quanto ao vírus da hepatite B, os dados são compatíveis com uma situação em que há intensa circulação do vírus, com prevalências bastante elevadas, em torno de 32%, sendo maior no grupo que recebeu a intervenção. No entanto, foi pequena a prevalência do antígeno de su-

26 Prevalência (%) do HIV, sífilis, hepatites B e C e incidência anual do HIV entre mulheres profissionais do sexo. Brasil, 2000.

Indicador	Grupo				Geral (n=2.712)	
	Intervenção (n=1.399)		Comparação (n=1.313)		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Prevalência de HIV	93	6,6	73	5,6	156	6,1
Incidência anual do HIV*	4	0,66	4	0,69	8	0,67
Prevalência de Sífilis	61	4,4	40	3,1	101	3,8
Prevalência de HBV (anti-HBc + HbsAg)	523	37,4	342	26,1	865	31,9
Prevalência HBsAg	16	1,1	14	1,1	30	1,1
Prevalência HCV	65	4,6	58	4,4	123	4,5

* incidência anual calculada conforme fórmula apresentada na metodologia

27 Prevalência (%) do HIV, sífilis, hepatites B e C e incidência anual do HIV entre mulheres profissionais do sexo, por região. Brasil, 2000

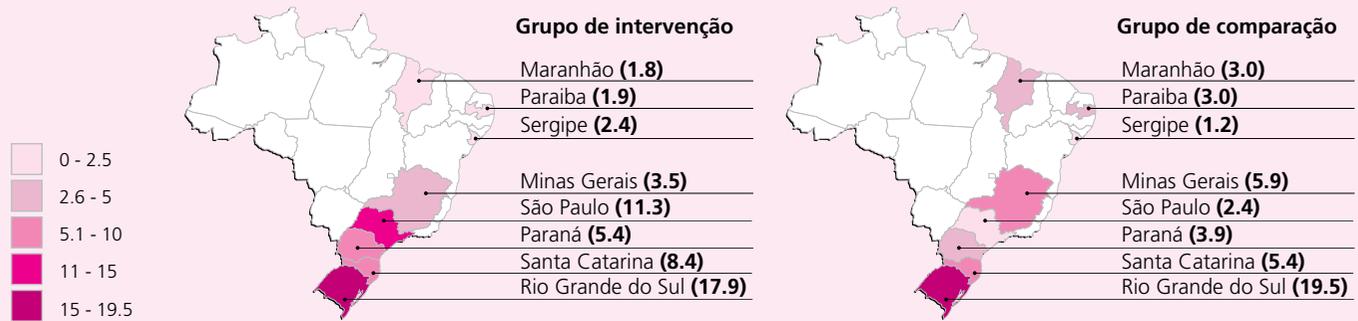
Indicador	Nordeste		Sudeste		Sul	
	Interv.	Comp.	Interv.	Comp.	Interv.	Comp.
	%	%	%	%	%	%
Prevalência de HIV	2,0	2,4	7,4	4,2	10,6	9,7
Incidência anual do HIV*	-	0,45	1,15	0,67	0,95	0,98
Prevalência de Sífilis	4,7	2,0	6,2	2,7	2,8	4,3
Prevalência de HBV	31,4	23,7	50,4	33,4	32,9	23,3
Prevalência HCV	1,0	1,0	4,2	3,3	8,6	8,7

* incidência anual calculada conforme fórmula apresentada na metodologia.

28 Prevalência (%) do HIV nos grupos de intervenção e de comparação, por sítio da pesquisa. Brasil, 2000.

Sítio	HIV		Sífilis		HBV		HCV	
	GI	GC	GI	GC	GI	GC	GI	GC
	%	%	%	%	%	%	%	%
MA	1,8	3,0	2,4	1,2	32,1	25,6	-	-
MG	3,5	5,9	4,0	4,1	45,2	41,4	3,0	2,4
PB	1,9	3,0	8,1	4,2	24,2	22,4	1,9	-
PR	5,4	3,9	1,2	1,3	33,3	18,3	4,8	3,9
RS	17,9	19,5	2,4	6,1	36,3	32,3	14,9	19,5
SC	8,4	5,4	4,8	5,4	28,9	19,1	6,0	2,4
SE	2,4	1,2	3,6	0,6	37,6	23,2	1,2	3,0
SP	11,3	2,4	7,8	1,2	55,4	25,3	5,4	4,2

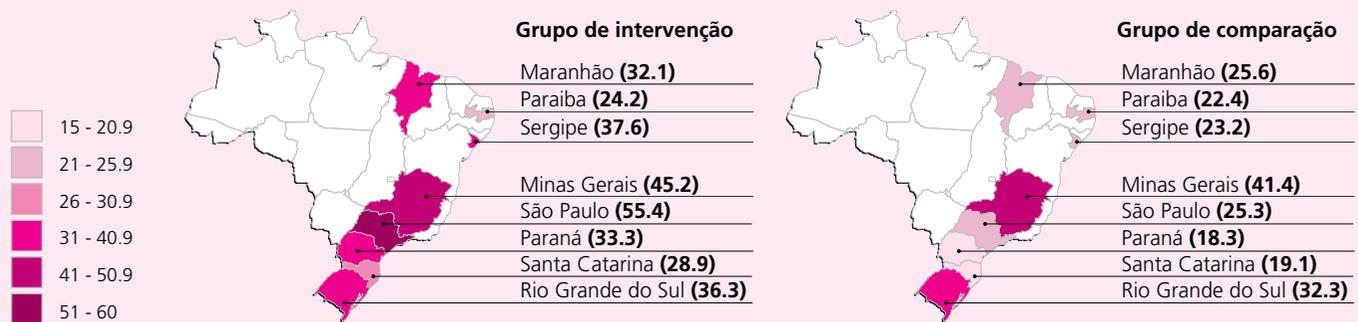
Mapa 1 - prevalência (%) do HIV nos grupos com intervenção e comparação, por sítio da pesquisa



Mapa 2 - prevalência (%) de Sífilis nos grupos com intervenção e de comparação, por sítio da pesquisa B



Mapa 3 - prevalência (%) do HBV nos grupos com intervenção e comparação, por sítio da pesquisa



Mapa 4 - prevalência (%) do HCV nos grupos com intervenção e comparação, por sítio da pesquisa



perfície (HBsAg), que indica atividade ou cronicidade da doença (1,1%), sendo semelhantes as prevalências desse antígeno nos dois grupos.

Para a hepatite C, a prevalência geral foi 4,5%, não sendo detectadas diferenças importantes entre as profissionais do sexo dos dois grupos de comparação. Em termos regionais, verifica-se que a prevalência de hepatite C na região Sul (8 %) situa-se bem acima daquelas observadas para as demais regiões.

A distribuição das prevalências por sítio tabela 28 mostra que, para o HIV, não há diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, exceto no estado de São Paulo, onde ela foi maior no grupo de intervenção ($p < 0,005$). Em quatro estados – Maranhão, Paraíba, Minas Gerais e Rio Grande do Sul – a prevalência do HIV foi maior no grupo de intervenção, ocorrendo o inverso nos estados de Sergipe, Paraná e Santa Catarina, ainda que essas diferenças não tenham relevância do ponto de vista estatístico. Chama a atenção a prevalência do HIV, nos dois grupos, no Rio Grande do Sul, bem acima da apresentada pelos demais estados.

A maior prevalência do HIV observada entre as mulheres do grupo de intervenção do estado de São Paulo pode ser explicada pela grande diferença no perfil dos grupos: as mulheres do grupo de intervenção encontram-se em condição bem mais precária, do ponto de vista individual e coletivo, já que estão concentradas em grupos etários mais avançados, são menos escolarizadas e com maior tempo de profissão e se encontram em uma situação de trabalho que as vulnerabiliza ainda mais. Isso porque elas trabalham num contexto de rua, praticando preços ínfimos e expostas a situações de violência exacerbada. Essas são variáveis que estão associadas a um risco aumentado para a infecção pelo HIV. Por outro lado, São Paulo é o único local para o qual há dados de prevalência na população-alvo do projeto para um momento anterior ao da presente pesquisa. Estudo sorológico realizado em 1998 constatou uma prevalência de 17,8% para essa população (Laurindo et al, 1996), demonstrando ter havido uma queda na prevalência, que passou para 11,3%, em 2000.

Em relação à sífilis, as prevalências foram bem mais elevadas no grupo de intervenção nos estados do Mara-

não e Paraíba, onde a chance de infecção de uma mulher que tenha participado da intervenção é cerca do dobro em relação a uma que não participou. Em São Paulo, essa chance é seis vezes maior. Em Minas Gerais e Paraná, não foram encontradas diferenças na prevalência de sífilis entre os dois grupos, enquanto no Rio Grande do Sul e Santa Catarina as prevalências foram maiores para as mulheres do grupo sem intervenção.

As prevalências de hepatite B mostraram-se maiores nos estados da região Sudeste – São Paulo e Minas Gerais. Em São Paulo, o grupo de intervenção apresenta prevalência bem mais elevada que o grupo de comparação, enquanto em Minas Gerais as prevalências nos dois grupos são bastante próximas. Em todos os demais sítios, as prevalências, também, foram maiores no grupo de intervenção, sendo que, nos estados da Paraíba e do Rio Grande do Sul, a diferença entre os dois grupos não é importante.

Já para o vírus da hepatite C, não houve casos positivos no Maranhão e entre o grupo sem intervenção da Paraíba. Em situação oposta a essa, o Rio Grande do Sul foi o sítio com as maiores prevalências, em ambos os grupos, seguido por Santa Catarina e São Paulo. É preocupante a situação encontrada nesses estados, principalmente no Rio Grande do Sul, pois as prevalências de hepatite C estão muito acima da média nacional.

Prevalência do HIV e fatores associados

O risco de infecção pelo HIV é influenciado por diversos fatores sociais e pessoais. Esse risco cresce conforme aumenta a idade e o tempo de atividade profissional e diminui conforme aumenta a escolaridade e a renda tabela 29. Fica, assim, mais uma vez demonstrado o papel das condições sociais sobre a infecção pelo HIV.

Os grupos focais trouxeram achados importantes que devem ser cotejados com os resultados aqui apresentados. Ficou evidenciado que as mulheres de mais idade e com mais tempo de profissão experienciam uma condição social e econômica mais desfavorável, em que a competição é elevada, o número de clientes e o preço do programa diminuem e elas encontram extrema dificuldade em negociar favoravelmente o programa, tanto em termos de práticas mais seguras quanto em termos de preço.

Assim, não é só pelo tempo de exposição em si, que é maior, que as mulheres mais velhas e com mais tempo de profissão apresentam maiores coeficientes de prevalência de HIV, mas, também, por estarem submetidas a condições desfavoráveis dentro do mercado do comércio sexual. Essas mulheres, para garantirem a sobrevivência mínima, muitas vezes são obrigadas a flexibilizarem na negociação do programa, e o fazem justamente abrindo mão da segurança em relação à própria saúde.

O que tem de bom é a gente ter sua casa, seu lar, ser dona de casa, porque esta vida não tem futuro não. Enquanto a gente está nova todo mundo quer, depois que fica velha todo mundo chuta. E depois de velha não tem valor de nada. (GFC – Campina Grande).

Eu quando era mais nova eu trabalhava só de calcinha, com os peitinho de fora. Agora eu fiquei mais velha, já estou

tampando tudo. É saia, é bota de cano alto, vai passando a época vai ficando difícil. (GFI – BH).

Foi pesquisada a associação entre alguns comportamentos sexuais e de uso de drogas e a infecção pelo HIV. Mulheres que referiram usar preservativo em todos os programas apresentaram uma prevalência menor que aquelas que não referiram tal uso, enquanto em relação ao uso do preservativo com o companheiro ou namorado, não foram observadas diferenças entre as que usam e as que não usam preservativo.

A prática do sexo anal não se mostrou associada a maior infecção pelo HIV, dado que mulheres que referiram atender os clientes nesse tipo de prática apresentaram uma prevalência menor ($p > 0,05$). Isso ocorre apesar do dado apresentado anteriormente indicar menor uso de o preservativo entre as praticantes dessa modalidade sexual, o que levaria a esperar uma maior prevalência nesse segmento. Esse é um dado que merece uma inves-

29 Prevalência do HIV, segundo variáveis sociais. Brasil, 2000.

Variáveis	Nº/n*	Prevalência	Rr	IC95	p
Faixa etária					
17-19	7/227	3,1	1,00		
20-24	31/688	4,5	1,46	0,60-3,69	0,3702
25-29	36/563	6,4	2,07	0,87-5,18	0,0796
30-39	57/730	7,8	2,53	1,09-6,16	0,0186
40-49	24/369	6,5	2,11	0,85-5,47	0,0820
50 e mais	11/134	8,2	2,66	1,01-6,39	0,4122
Tempo Prof. (em anos)					
< 1	10/254	3,9	1,00	-	-
1-4	53/1274	4,2	1,06	0,51-2,24	0,8754
5-9	43/531	8,1	2,06	0,98-4,44	0,0409
10 e mais	60/644	9,3	2,37	1,15-5,00	0,0114
Escolaridade					
Nunca estudou	11/217	5,1	3,65	0,93-16,72	0,0363
Ens. fundam. incomp.	125/1827	6,8	4,93	1,50-19,53	0,0027
Ens. fundam. comp.	15/237	6,3	4,53	1,22-20,08	0,0098
Ens. médio incomp.	12/194	6,2	4,45	1,15-20,18	0,013
Ens. médio comp.	3/216	1,4	1,00	-	-
Educação superior	-	-	-	-	-
Renda mensal (em SM)					
< 1	10/194	5,2	1,33	0,47-3,79	0,5517
1 a 2	60/980	6,1	1,58	0,72-3,64	0,2273
3 a 4	44/645	6,8	1,77	0,78-4,13	0,1431
5 a 7	28/442	6,3	1,64	0,70-3,98	0,2238
8 a 10	10/178	5,6	1,45	0,52-4,14	0,4389
Mais de 10	8/207	3,9	1,00	-	-

* Nº = número de mulheres HIV positivas; n = número total de mulheres no estrato considerado.

tigação para se tentar esclarecer essa aparente inconsistência.

O uso de drogas injetáveis mostrou-se fortemente associado à infecção pelo HIV nessa população: 28,8% das mulheres que referiram ser UDI apresentaram sorologia positiva para o HIV, enquanto entre as que referiram não usar droga injetável essa prevalência foi de 5,6%. O risco de infecção pelo HIV é quase sete vezes maior entre as usuárias de drogas injetáveis.

Também, ter um companheiro usuário de droga injetável expõe em maior grau a mulher à infecção pelo HIV. Mulheres cujo companheiro é UDI têm quase três vezes mais chance de serem soropositivas para o HIV.

Observa-se uma associação forte entre infecção pelo HIV e presença de outra doença sexualmente transmissível. O risco de infecção pelo HIV de uma mulher com sorologia positiva para sífilis é três vezes e meio maior que para as mulheres não positivas para aquela doença. Esse tipo de associação é, ainda, mais forte para a hepatite C,

pois 35,8% das mulheres com sorologia positiva para o vírus C, também, apresentaram positividade para o HIV, enquanto entre as mulheres não-reagentes para hepatite C a prevalência do HIV foi de 4,7%. Assim, o risco de infecção pelo HIV é onze vezes maior entre mulheres positivas para o HCV em comparação com as não-soropositivas.

Avaliação das práticas educativas

Seguindo, parcialmente, delineamentos analíticos traçados por Boyatzis (1998), os conteúdos transcritos das sessões de grupo focal foram analisados de acordo com determinados critérios que visam a avaliar as práticas educativas a partir dos efeitos produzidos nos níveis individual e coletivo. Em se tratando de comércio sexual, prestou-se particular atenção à construção da identidade de grupo, à capacidade de organização ou associatividade e à repercussão política das práticas educativas.

Inicialmente, faz-se uma caracterização dos projetos,

30 Prevalência do HIV, segundo comportamentos sexuais e uso de drogas. Brasil, 2000.					
Variáveis	Nº/n*	Prevalência	Rr	IC95	P
Uso do preservativo com clientes					
Sim	100/1825	5,5	0,72	0,51-1,01	0,04565
Não	66/887	7,4			
Uso do preservativo com parceiro					
Sim	33/542	6,1	0,99	0,65-1,50	0,96024
Não	133/2164	6,1			
Prática sexo anal					
Sim	87/1558	5,6	0,80	0,57-1,12	0,18474
Não	71/1022	7,0			
Uso de drogas injetáveis					
Sim	15/52	28,8	6,77	3,44-13,17	0,00000
Não	150/2655	5,6			
Companheiro UDI					
Sim	56/460	12,2	2,70	1,89-3,85	0,00000
Não	110/2252	4,9			

* N° = número de mulheres HIV positivas; n = número total de mulheres no estrato considerado.

31 Prevalência do HIV, segundo positividade para outras DST. Brasil, 2000.					
Variáveis	Nº/n*	Prevalência	RR	IC95	P
Sífilis					
Sim	18/102	17,6	3,56	2,00-6,29	0,00000
Não	148/2610	5,7			
Hepatite c					
Sim	44/123	35,8	11,26	7,28-17,40	0,00000
Não	122/2589	4,7			

* N° = número de mulheres HIV positivas; n = número total de mulheres no estrato considerado.

em termos de seus objetivos, estratégias e atividades. A seguir, a análise dos mesmos, na perspectiva dos dois critérios acima mencionados – o individual e o coletivo. Para isso, são utilizados os conteúdos extraídos dos grupos focais e das entrevistas individuais com os coordenadores dos projetos e com as multiplicadoras.

As práticas educativas aqui descritas foram implementadas por oito entidades, sendo seis pertencentes à sociedade civil, uma de ensino superior e outra vinculada a um programa estadual de DST/aids.

Dentre as organizações da sociedade civil, duas delas (ASP/SE e NEP/RS) originaram-se do movimento social e encontram-se ligadas à Rede Nacional de Profissionais do Sexo, o que significa estarem diretamente envolvidas na luta política pela legalização da profissão no país. As outras quatro surgiram sem vínculo com o movimento político das profissionais do sexo; algumas delas voltadas especificamente para trabalhar no campo da prevenção do HIV/aids.

Essa origem demonstra perspectivas diferentes de atuação: um grupo parte da necessidade da prevenção para o diálogo com as profissionais do sexo, enquanto o outro incorporou a discussão sobre a epidemia a partir da necessidade de trabalhar os preconceitos acirrados pela questão do HIV/aids e, também, como um dos problemas a serem enfrentados no cotidiano do exercício profissional.

Caracterização dos Projetos

A avaliação das práticas educativas dirigidas às mulheres que atuam no comércio sexual de baixa renda contemplou a análise dos objetivos elencados nos projetos, as estratégias para ação junto à população em questão, as atividades realizadas e os meios utilizados.

A leitura que se fez dos projetos formais submetido ao PN-DST/AIDS evidenciou dois pontos centrais explicitados como objetivos:

- 1) Aumentar o conhecimento sobre as formas de transmissão e prevenção das DST/aids;
- 2) Promover maior adoção de práticas sexuais com proteção.

Apenas os projetos de São Paulo e Itajaí incorporam, formalmente, uma terceira linha de objetivo, relacionada ao “empoderamento” das mulheres, que é o de dis-

cutir e estimular a auto-organização das profissionais do sexo. Também, no aspecto específico da saúde, esses dois projetos diferem-se dos demais ao incorporarem aspectos relacionados à saúde integral da mulher como objetivos a serem atingidos. No caso de Itajaí, ainda, há a previsão de estimular a realização de testes para a detecção do HIV.

Todos os projetos são do tipo intervenção comportamental e combinam as seguintes estratégias e atividades para atingir seus objetivos:

- 1) Aquisição de conhecimento sobre os locais de comércio sexual e sobre a população de mulheres profissionais do sexo que serão abordadas pelos projetos, para melhor condução e adequação das ações. Esse levantamento é referido por dois dos projetos incluídos no presente estudo. Nesse sentido, são relatadas as realizações de mapeamentos locais, pesquisas quantitativas (aplicação de questionários) e/ou pesquisas qualitativas (grupos focais e/ou entrevistas individuais em profundidade).

- 2) Formação de multiplicadoras (entre pares), envolvendo as profissionais do sexo, para atuação no ambiente do comércio sexual, de modo a veicular, permanentemente, informações sobre a transmissão do vírus e as formas de proteção. Essa formação é feita via treinamentos, que têm, em média, uma carga horária estipulada entre 30 a 40 horas. Os assuntos abordados nos treinamentos giram em torno dos seguintes temas: perfil epidemiológico da epidemia de aids no Brasil, enfocando particularmente aids e mulheres; relações humanas; sexualidade e gênero; vias de transmissão e formas de prevenção do HIV; saúde da mulher; saúde sexual e reprodutiva; sexo mais seguro; negociação e colocação do preservativo; e técnicas de abordagem da população-alvo.

- 3) Intervenção corpo-a-corpo: visitas semanais, quinzenais ou mensais aos pontos de comércio sexual, mapeados e contemplados pelos projetos, feitas pelas multiplicadoras. Essa atividade conta com a distribuição de material informativo sobre as DST e HIV/aids e sobre o uso correto do preservativo. Os materiais podem ser aqueles produzidos pelos projetos, como também produzidos pelo Programa Nacional de DST/aids ou outras entidades. Essa distribuição é feita para a trabalhadora sexual e, em alguns casos, para os clientes. É acompanha-

da de uma “conversa”, tanto para discutir a informação quanto para dar orientação, tirar dúvidas sobre o uso do preservativo e para sensibilizar a participação das mulheres dentro da entidade.

4) Repasse de preservativos a preços reduzidos (*marketing social*), feito por algumas organizações.

5) Realização de oficinas e palestras para a discussão de temas relevantes presentes no cotidiano da vida profissional. Em algumas entidades, ocorrem também grupos operativos e ciclos de estudos. As oficinas são, na grande maioria dos casos, realizadas na sede da organização, e os temas abordados são, em linhas gerais, conhecimento sobre as vias de transmissão e formas de prevenção; sexualidade e gênero, incluindo a discussão sobre a negociação e utilização do preservativo; saúde reprodutiva e sexual; cidadania; prostituição e direitos. Para essas atividades, muitas vezes, são convidados especialistas das áreas de direito, psicologia e saúde.

6) Promoção e participação em eventos, tais como o 10 de Dezembro, seminários e encontros da categoria. Algumas entidades realizam esquetes teatrais e concursos de slogans.

7) Promoção da saúde, mediante o estímulo à busca e facilitação do acesso a serviços de atenção básica da rede pública. Nesse sentido, são realizados contatos com centros de saúde básicos e de referência para o atendimento às DST/ HIV/aids e à saúde da mulher, para encaminhamentos das trabalhadoras do sexo. Em alguns casos, houve o estabelecimento de maior vínculo entre o projeto e os serviços de saúde, possibilitando a abertura de horários especiais, intermediação da marcação de consultas pela ONG, participação de profissionais de saúde nas atividades educativas do projeto. A abordagem sobre a necessidade de se ter cuidado com a saúde e a busca por serviços de prevenção é, em geral, feita de forma associada à “elevação da auto-estima”.

Todos os projetos mencionam a adoção do método participativo em suas ações educativas.

Aspectos Gerais das Práticas Educativas

Os objetivos especificados nos projetos encontram-se centrados, na maioria deles, na redução do risco individual, na medida em que restringem-se a aspectos relacionados ao conhecimento e comportamento. Pode-se inferir que partem do pressuposto de que a mudança de

comportamento é fortemente condicionada pelo grau de informação do sujeito. Somente a partir do elenco de atividades esboçado acima percebe-se que, também, são implementadas ações voltadas para o campo coletivo.

A ausência de uma explicitação, nos objetivos formais do projeto, dos aspectos coletivos – como a questão da auto-organização do grupo – tem conseqüências, como o menor comprometimento com ações voltadas para esse campo, pois, inclusive, não estão presentes nos resultados esperados. Dessa forma, observa-se que esses aspectos, mesmo quando presentes nas atividades desenvolvidas, figuram como secundários.

Ainda que os projetos mencionem a adoção de métodos participativos, percebe-se, a partir dos grupos focais, que as mulheres têm uma participação passiva nas atividades, não se colocando como sujeitos da ação. Observa-se a ausência de modelo pedagógico, o que pôde ser percebido a partir dos relatos dos coordenadores e coordenadoras entrevistados, que não conseguem explicitá-lo. Também, os relatos das participantes dos grupos focais evidenciam uma ação fragmentada e descontinuada, o que reforça a percepção de ausência de método pedagógico.

Há duas situações distintas encontradas no campo em relação ao vínculo estabelecido entre a ONG executora do projeto e a população-alvo. Uma, em que as ações recebidas estão fortemente associadas à entidade, onde as multiplicadoras são amplamente reconhecidas e há uma relação de estreita dependência entre a população e os executores do projeto. Isso fica evidenciado, principalmente, quando as mulheres passam por problemas concretos relativos à violência e a abusos ou mesmo problemas de saúde, recorrendo à intermediação da entidade para resolvê-los e acionando diretamente uma determinada pessoa vinculada ao projeto, que elas tomam como referência.

Uma outra situação é a de mulheres que não conseguem relacionar as ações recebidas a uma entidade, ou mesmo reconhecer as pessoas executoras das mesmas. A própria ação é mencionada de forma obscura e distante, sem uma lembrança muito nítida de seu conteúdo e utilidade. Quando envolvidos aspectos mais dinâmicos na abordagem realizada, como, por exemplo, a demonstração de colocação do preservativo, as referências são mais nítidas.

Ambas as situações foram encontradas em todos os sítios pesquisados.

A seguir, delinearemos a análise de cada atividade contemplada pelos projetos.

1) Intervenção Corpo-a-corpo

1.1) Atuação de Multiplicadoras de Informação

Todos os projetos utilizam a formação de multiplicadoras e essa é uma das ações percebidas como mais bem sucedidas no sentido de envolver as trabalhadoras sexuais na prevenção das DST/HIV/aids. No entanto, ela é empregada com base na experiência adquirida, inclusive a de outros segmentos, sem a utilização de nenhum modelo pedagógico definido, conforme já mencionado.

Uma questão relatada pelos coordenadores e coordenadoras dos projetos, relacionada com as estratégias utilizadas, diz respeito à grande rotatividade das multiplicadoras de informação. Essa rotatividade muitas vezes é provocada pela interrupção dos projetos em épocas de renovação dos convênios, quando não há disponibilidade de recursos para a “remuneração” das multiplicadoras; por problemas de desentendimentos nos locais de comércio sexual ocasionados pela disputa de poder. Também, influi a migração da multiplicadora para outros locais de comércio sexual. Essa rotatividade impede o aperfeiçoamento do trabalho, já que muitas vezes há a necessidade de se realizar outros treinamentos com a finalidade de se preparar novas multiplicadoras.

As mulheres destacam como ponto positivo o fato de as multiplicadoras serem, também, profissionais do sexo, dado saberem lidar com os donos ou donas dos estabelecimentos e conhecerem as regras dos locais, além de não inibirem os clientes.

Em alguns projetos, as pessoas que desenvolvem as atividades não são mulheres profissionais do sexo, e, nesses casos, constatou-se uma maior dificuldade de criação de vínculos com a população-alvo, bem como maior rotatividade no campo. Nesses locais, observou-se maior dificuldade de as mulheres identificarem os agentes e relacioná-los ao projeto.

1.2) Distribuição de Material informativo

Os materiais informativos avaliados pelas trabalhadoras sexuais nos grupos focais foram aqueles produzidos pelas organizações executoras dos projetos. Destacam-se os seguintes resultados:

a) Relativa falta de adequação de materiais educativos, relatada por profissionais do sexo em João Pessoa, Porto Alegre e Belo Horizonte, que leva a que algumas pessoas não leiam, não compreendam ou não mostrem interesse pelo material.

b) Alguns materiais possuem títulos que identificam o trabalho com o comércio sexual. Muitas mulheres, por encobrirem a profissão dos familiares, têm que se desfazer do material.

c) Outros materiais que tratam a questão da prevenção das DST/HIV/aids em termos gerais, sem a associação com o comércio sexual, são muito elogiados, pois as mulheres podem utilizá-los na educação dos próprios filhos.

Distribuição gratuita versus *Marketing social* do Preservativo

A maioria dos projetos distribui gratuitamente os preservativos, nos locais de comércio sexual. Apenas os projetos de João Pessoa/PB e Imperatriz/MA adotam a estratégia do *marketing social* do preservativo, i.e., repasse do mesmo a preço de custo.

A distribuição gratuita de preservativos é considerada de extrema relevância pelas trabalhadoras sexuais. No entanto, foram destacados os seguintes problemas: a quantidade de preservativos distribuídos é insuficiente para o número de programas realizados e há descontinuidade na distribuição. Esse é um problema, ainda maior, quando alegam que o preço do preservativo é alto.

Esses relatos mostram a relativa dependência das mulheres à doação do preservativo, seja por situação real de pobreza seja pelo costume de recebê-lo gratuitamente e não o terem incorporado no rol de prioridades de gastos. Essa é uma ambigüidade das políticas públicas, que nem garantem a cobertura total das necessidades do preservativo e nem sempre alcançam a criação de hábito.

Os mesmos problemas podem ser evidenciados em relação à estratégia do *marketing social* do preservativo, pois as mulheres continuam alegando a falta de recursos para aquisição do condom, mesmo a preços reduzidos.

Oficinas

A análise das oficinas foi realizada a partir da discussão dos seguintes eixos: material instrucional de apoio e

temas abordados.

3.1) Material instrucional

Os materiais utilizados nas oficinas foram, na maioria das vezes, os mesmos distribuídos nas intervenções corpo-a-corpo, valendo para eles as mesmas restrições já apontadas. Algumas trabalhadoras do comércio sexual demonstraram uma percepção negativa dos materiais ilustrados com fotos das lesões causadas pelas doenças sexualmente transmissíveis, alegando serem “feias” e “assustadoras”.

3.2) Temas abordados

Conhecimento sobre as vias de transmissão e formas de prevenção das DST, HIV/aids.

Segundo as trabalhadoras sexuais, as oficinas sobre DST/HIV/aids e suas formas de prevenção foram de extrema importância para a adoção de práticas sexuais mais seguras. Nesse tema, também, foram incluídos a apresentação do perfil epidemiológico, com o destaque da feminização da epidemia, e os sintomas e sinais das principais doenças sexualmente transmissíveis e da aids.

No entanto, a partir de observações feitas nos grupos focais a respeito de conteúdos tratados em oficinas, pôde-se constatar que a linguagem técnica utilizada gera, muitas vezes, confusão e compreensões equivocadas. As próprias mulheres, em alguns grupos, apontaram a dificuldade em compreender os assuntos tecnicamente tratados.

Sexualidade, gênero e negociação do uso do preservativo

Sempre que os temas foram abordados por meio de dinâmicas demonstrativas ou vivenciais, os relatos das mulheres evidenciam maior clareza sobre o assunto tratado e melhor aquisição de conhecimentos e habilidades.

Os temas sobre sexualidade e gênero, apesar de estarem sempre relacionados entre os conteúdos de oficinas, não emergiram nos grupos focais. Ao contrário, houve manifestações no sentido da necessidade de espaços de discussão em que possam tratar de questões ligadas a essas esferas, além de outras da vida afetiva.

Observou-se que as oficinas contribuíram para a aquisição de habilidades de colocação e negociação do uso do preservativo com os clientes. No entanto, no

que se refere ao uso do preservativo com o companheiro ou namorado, ocorre uma lacuna nas abordagens feitas, que são, fundamentalmente, dirigidas para o exercício da vida profissional. Acrescente-se que, também, ficam de fora das abordagens as relações com clientes preferenciais e/ou fixos.

Saúde reprodutiva e sexual

Nesse tema são abordadas questões sobre o acesso à saúde. Ficou evidenciado que a abordagem sobre o tema é feita em termos de auto-estima, ao invés de ser tratado como um direito. Também, ficou demonstrado que a busca pelo serviço de saúde é feita, muitas vezes, mediante a intermediação de alguns projetos, que marcam, inclusive, as consultas médicas.

Essa situação demonstra a relação de dependência entre as trabalhadoras sexuais e o projeto.

Cidadania, prostituição e direito

Os temas sobre cidadania, prostituição e direito foram os menos referidos pelas trabalhadoras sexuais que participaram dos grupos dirigidos para avaliação das práticas educativas. Quando mencionados, as mulheres apresentaram equívocos de compreensão em relação aos direitos civis e sociais, às questões relacionadas com a legalidade da profissão, além de demonstrarem pouca autonomia para lidar com problemas relacionados com a polícia. Quando são detidas, acionam os coordenadores ou coordenadoras dos projetos, bem como advogados indicados.

Em termos da formação e construção da identidade de grupo, não se trabalha a questão do estigma como ponto crucial do problema. A fala das mulheres revela o peso do estigma sobre essa população, evidenciado nos sentimentos vivenciados de uma condição inferiorizada nas suas interações sociais, familiares, profissionais e afetivas; nas tentativas de encobrir sua condição de profissional do sexo; pela introjeção do próprio estigma, validando-o como tal e, também, na crença manifestada de não serem titulares de direitos. Essa fala é permeada por conflitos e contradições que evidenciam a dificuldade da construção dessa identidade de grupo. A não colocação do estigma enquanto eixo central a ser trabalhado pelos

projetos fragiliza e diminui as possibilidades de superação dos obstáculos em termos de organização da categoria.

A discussão dos temas não proporcionou a autonomia individual ou coletiva, esta última entendida como a capacidade de atuar como grupo, o que implicaria sua auto-organização. Pelo contrário, o que se percebe da parte das mulheres é o sentimento de impotência diante das arbitrariedades sofridas e do pouco acesso aos equipamentos coletivos a que têm direito.

Itajaí foi o único local no qual constataram-se avanços na questão da auto-organização, tendo havido a constituição de uma associação das mulheres profissionais do sexo. Esse fato chama a atenção, principalmente, em função dos resultados obtidos dos grupos focais com as profissionais do sexo desse sítio, tanto os de vulnerabilidade como os de práticas educativas, que não revelaram posicionamentos que as diferenciavam das mulheres dos outros sítios, no tocante a questões como identidade de grupo, associatividade, cidadania e direitos.

Nesse aspecto da auto-organização, era esperado que a origem das ONG executoras dos projetos provocasse a adoção de perspectivas de trabalho diferentes, e que aquelas oriundas do movimento social das trabalhadoras do sexo conseguissem maiores ganhos no plano coletivo. No entanto, as duas vertentes das ONG especificamente criadas para esse segmento populacional – as que se originaram do próprio movimento político e as que se originaram dentro do viés do trabalho da prevenção às DST/aids – não demonstraram diferenças em termos de formas de atuação ou mesmo em termos de resultados. Não foram observadas diferenças importantes entre os projetos desenvolvidos pelas ONG assim consideradas, seja no que se refere ao conteúdo, às estratégias, aos meios e aos instrumentos.

Diferente do que se poderia esperar, o único projeto que resultou na constituição de uma associação de mulheres profissionais do sexo foi o de Itajaí, que é ligado a uma instituição de ensino superior. No entanto, deve-se ressaltar que, inicialmente, esse projeto foi coordenado por uma profissional do sexo, cujo papel foi destacado como fundamental em termos da organização do grupo.

Drogas

Uma observação importante refere-se à abordagem do uso de drogas, encontrada apenas no sítio de Itajaí, onde o projeto insere uma parte específica sobre redução de danos nas capacitações feitas, contando, para tanto, com a colaboração da Secretaria Municipal de Saúde. Dessa forma, constata-se que essa é uma lacuna na intervenção, que precisa ser preenchida em projetos futuros, respeitando-se as especificidades locais.

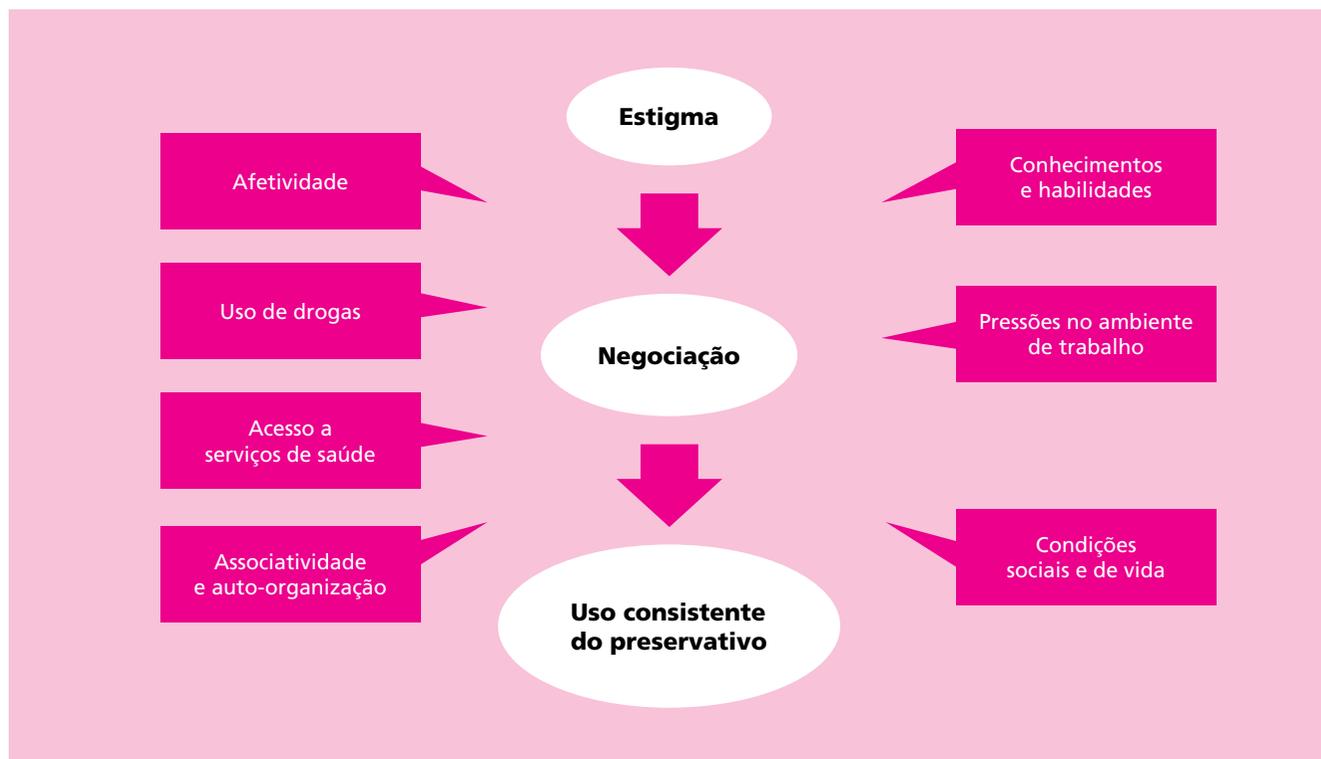
Discussão

O presente estudo revelou mudanças comportamentais relevantes no grupo que recebeu a intervenção, pois foi constatada maior utilização do preservativo, tanto com clientes como com parceiros não comerciais, em comparação com os grupos sem intervenção. Porém, o uso do preservativo com parceiros não comerciais é ainda pouco freqüente, assemelhando-se ao que ocorre na população geral (Berquó, 2000). Os fatores relacionados à utilização inconsistente do preservativo apontam para uma forte influência de condicionantes socioeconômicos. O contexto de vulnerabilidade social é caracterizado por uma situação em que baixa renda, baixa escolaridade, idades mais elevadas e maior tempo de exercício da profissão interferem claramente na capacidade de negociação do programa. O não uso do preservativo foi identificado como demanda de uma parte dos clientes, o que confere à questão o caráter de um produto a ser negociado no âmbito do mercado do comércio sexual. Isso re-

mete à necessidade de um novo prisma ao se abordar a questão do uso do preservativo entre as profissionais do sexo.

Soma-se a esse quadro, a particularidade da estigmatização deste segmento da população, que permeia todas as suas interações sociais, comerciais e afetivas. O estigma constitui-se em importante obstáculo ao “empoderamento” dessas mulheres, na medida em que, em função dos seus efeitos, elas buscam encobrir sua condição de trabalhadoras do sexo. Desse modo, procuram manter uma relativa invisibilidade no corpo social, o que reforça o isolamento e a falta de organização enquanto grupo, para fazer frente às condições de vulnerabilidade a que estão submetidas. Esse é um aspecto que requer uma centralidade, ainda, não identificada dentro das abordagens propostas pelos projetos de intervenção educativa e constitui uma fragilidade a ser superada. O esquema apresentado na figura abaixo ilustra o papel do estigma no contexto geral da vulnerabilidade social, que está presente e condiciona a negociação do uso do preservativo.

Os dados evidenciaram altas prevalências de HIV e HCV no Rio Grande do Sul e Santa Catarina, bem acima das encontradas para a maioria dos demais estados



pesquisados. Esses dados seguem a tendência observada para a população em geral, em que a região Sul destaca-se no cenário nacional por apresentar os maiores coeficientes de prevalência daqueles agravos. Esse fato tem sido explicado pela associação feita com o uso de drogas injetáveis, que é elevada nessa região brasileira. Assim, pode-se levantar como possível explicação para as prevalências elevadas de HIV e hepatite C, entre a população de profissionais do sexo desses dois estados, o mesmo fator que está presente quando se analisam os dados gerais daqueles estados – o uso de drogas injetáveis.

Corroborando essa hipótese, tem-se o dado sobre a associação entre o HIV e o HCV: mulheres infectadas pelo vírus C da hepatite têm onze vezes mais chance de se infectarem pelo HIV em comparação com mulheres não portadoras do HCV. Isso leva a se pensar em uma mesma categoria de exposição, nesse caso, o uso de drogas injetáveis, já que para o vírus C a transmissão sexual é controversa, enquanto a transmissão parenteral é bem estabelecida (Mendes-Corrêa et al, 2000).

No entanto, os dados do questionário KAP não evidenciaram um consumo de drogas injetáveis compatível com os resultados das prevalências, principalmente, no Rio Grande do Sul. Deve-se aqui pensar na ocorrência de viés de informação, pois é bastante conhecido o fato de temas sensíveis, como o uso de drogas e aspectos da sexualidade, serem freqüentemente omitidos em entrevistas. No presente estudo, os métodos qualitativos lograram a obtenção de dados sobre o uso de drogas que não foram apreendidos pelo instrumento quantitativo. Em Itajaí, os grupos focais revelaram a importância do uso de drogas, inclusive injetável, entre as profissionais do sexo, onde, pela força do problema, a redução de danos está contemplada no projeto de intervenção educativa.

Em relação à hepatite B, em que pese as regiões pesquisadas serem consideradas de baixa endemicidade para essa patologia, o quadro apresentado para a população de estudo assemelha-se ao encontrado em regiões de alta endemicidade, como a região Norte. Comparando os dados com outros segmentos populacionais das mesmas regiões dos sítios pesquisados, evidencia-se que as prevalências encontradas no presente estudo são muito altas, indicando uma situação em que há grande conta-

to entre a população pesquisada e o vírus da hepatite B. Estudos realizados em mulheres grávidas e no pós-parto evidenciaram prevalências da ordem de 7,2% para o anti-HBc (Lewis-Ximenes et al, 2002) e de 0,5 a 1,1% para o HBsAg (Lewis-Ximenes et al, 2002, Miranda et al, 2001, Reiche et al, 2000).

A prevalência geral de sífilis não foi muito elevada, comparativamente a outros segmentos de mulheres. Alguns estudos realizados entre gestantes evidenciaram prevalências que variaram de 1,2% a 3% (Amaral et al, 1996; Miranda et al, 2001; Reiche et al, 2000). Entre mulheres em situação de privação de liberdade, as prevalências foram bem mais elevadas que as encontradas no presente estudo, variando de 5,7% a 16% (Lopes et al, 2001; Miranda et al, 2000). No entanto, chama a atenção o fato de o grupo que recebeu a intervenção educativa ter apresentado, em quase todos os sítios pesquisados, maior prevalência de sífilis que o outro grupo, o que demanda um estudo mais aprofundado no sentido de tentar esclarecer essa aparente inconsistência, dado ter sido mais relatado o uso do preservativo pelas mulheres do grupo de intervenção.

O estado de São Paulo destacou-se em função das elevadas prevalências do HIV, HCV e HBV e, mais ainda, por essas prevalências serem maiores entre o grupo que recebeu a intervenção educativa. Também, nesse estado, o grupo que recebeu a intervenção referiu menos o uso consistente do preservativo. Há que se mencionar que esse foi o local onde os dois grupos de comparação apresentaram as maiores diferenças de perfil. As mulheres do grupo que recebeu a intervenção encontram-se em situação de extrema vulnerabilidade social, enquanto o outro grupo apresenta uma condição mais favorável. Assim, o efeito da intervenção no primeiro grupo pode estar sendo mascarado pela comparação feita com o segundo, onde, provavelmente, outros fatores como o acesso e a capacidade de aquisição de conhecimentos e habilidades imprimem um efeito semelhante. Corroborando esse entendimento, a análise multivariada desmonstrou que a renda e a intervenção são as variáveis mais fortemente associadas ao uso do preservativo, exercendo, também, uma forte influência a escolaridade. O tempo de profissão esteve negativamente associado a esse uso. Assim, é

plausível pensar que o perfil do grupo de intervenção de São Paulo tem um efeito muito forte sobre os resultados encontrados, minimizando as possibilidades de detecção dos efeitos da intervenção educativa.

É importante ressaltar, conforme já observado na metodologia e na análise dos dados, que o problema central deste estudo foi a dificuldade de encontrar um grupo de comparação que fosse semelhante ao grupo que recebeu a intervenção, em características básicas relacionadas ao perfil social e demográfico. A seleção de grupos adequados para funcionarem como grupos de comparação é fundamental em estudos com desenhos desse tipo, mas nem sempre é possível, o que pode levar a vieses de seleção, gerando confusão na análise dos resultados. Esses problemas podem estar na origem de alguns resultados aparentemente inconsistentes. Esse é um ponto crítico que fragiliza os resultados, mas que foi, parcialmente, contornado na análise, pela utilização das técnicas de estratificação e de regressão logística, empregadas na avaliação do uso consistente do preservativo com os clientes.

Outro aspecto metodológico a ser considerado é quanto ao desenho da investigação: um estudo transversal sem dados prévios de linha de base. A falta de dados anteriores ao início das atividades do projeto, como a prevalência do HIV e outras DST, torna difícil a leitura dos resultados obtidos para os dois grupos, principalmente, diante da constatação feita de que esses grupos têm perfis distintos, que podem estar associados a diferenças no risco de exposição aos agravos pesquisados. Assim, os dados sobre as prevalências das doenças objeto da presente investigação devem ser tomados com cautela, em termos da avaliação da efetividade das ações educativas. Estudo seriado dessas prevalências é fundamental para que se possam fazer inferências mais realistas sobre essa efetividade.

Os resultados da avaliação aqui realizada evidenciam diversos avanços no âmbito do conhecimento e do comportamento sexual da população-alvo atingida por projetos de intervenção educativa, indicativos de sua efetividade. Demonstram, também, lacunas que para serem preenchidas requerem a continuidade e o aperfeiçoamento das ações. Como ficou evidenciado, há condições internas e externas ao grupo das trabalhadoras do sexo que

reforçam a vulnerabilidade e diminuem a autonomia e a capacidade da mulher em adotar práticas sexuais seguras, sejam comerciais ou não.

Finalizando, podemos destacar que a análise das práticas educativas evidenciou como pontos mais frágeis dos projetos: 1) ausência de modelo pedagógico definido; 2) ênfase na aquisição de conhecimentos enquanto vetor de mudanças comportamentais; 3) falta de compreensão da centralidade das questões mais estruturais determinantes da vulnerabilidade, o que leva a uma desarticulação entre o discurso que abrange o coletivo e as práticas eminentemente voltadas para o âmbito individual; 4) interrupção das atividades; 4) rotatividade de pessoal vinculado ao projeto; 5) insuficiência de insumos, particularmente, de preservativos; e 6) relativa inadequação de alguns materiais instrucionais utilizados.

Quanto aos aspectos positivos, deve-se mencionar que foram evidenciados ganhos concretos decorrentes das ações desenvolvidas pelos projetos. Constatou-se que todos eles conseguiram obter uma boa inserção nos locais do comércio sexual, condição fundamental para a efetividade do trabalho. Há por parte das mulheres, um claro reconhecimento dos benefícios advindos das atividades promovidas, como a aquisição de conhecimentos e habilidades, que aumentam a sua capacidade de enfrentar as resistências na negociação do uso do preservativo com os clientes.

Recomendações

A partir da avaliação realizada, podemos destacar algumas recomendações no sentido de reforçar e aperfeiçoar os projetos de intervenção educativa voltados para as mulheres profissionais do sexo, que, espera-se contribuam para aumentar sua efetividade. Também, as lacunas que permanecem em termos de avaliação, que não puderam ser respondidas pela presente investigação, ou mesmo as novas questões suscitadas pelos achados da pesquisa apontam, desde já, a necessidade de alguns aprofundamentos, que requerem novas abordagens investigativas.

No âmbito individual:

Conhecimentos, Atitudes e Práticas de Risco

- Trabalhar alguns mitos que ainda permanecem sendo considerados como formas de transmissão do HIV ou como práticas que aumentam a segurança, como o uso de mais de um preservativo para aumentar a proteção.
- Trabalhar os aspectos da solidariedade e dos medos relacionados aos portadores do HIV/aids, particularmente quando se trata de soropositividade em uma mulher trabalhadora do sexo.
- Tratar do tema do uso de drogas dentro das práticas de risco, adotando o enfoque da redução de danos.
- Inserir a discussão sobre o uso de drogas, particularmente o álcool, e suas repercussões em termos de não uso do preservativo, dado ao seu papel no exercício de algumas modalidades de comércio sexual.
- Incluir a discussão do não uso do preservativo nas relações em que a afetividade está presente, seja com o companheiro ou namorado, seja com clientes preferenciais ou fixos.
- Tratar o tema da distribuição gratuita ou de *marketing* social do preservativo, levando em conta os aspectos de descontinuidade ou interrupção dessas ações e suas implicações junto à categoria das trabalhadoras do sexo.

- Elaborar o material instrucional adequando-o, nos aspectos de linguagem e conteúdo, às mulheres profissionais do sexo: promover a utilização de técnicas de validação dos materiais, junto ao público-alvo, para aferir sua capacidade de comunicação e informação.

No âmbito do coletivo:

estigma e identidade profissional

- Incorporar a discussão do estigma enquanto categoria central na construção de uma proposta pedagógica voltada para as profissionais do sexo, imprescindível para romper o isolamento e a busca da invisibilidade social, com vistas à estruturação da identidade de grupo e sua associatividade.
- Discutir as diversas formas de legitimação da profissão: legalização e auto-organização.
- Trabalhar as questões relacionadas às repercussões da queda do mercado do comércio sexual e sua influência sobre a vulnerabilidade do grupo, enfocando os aspectos negativos da concorrência (não uso do preservativo, redução do preço dos programas).
- Estimular a discussão da necessidade de ação coletiva para neutralizar os fatores desfavoráveis à categoria, no âmbito do mercado sexual, estabelecendo estratégias e formas de enfrentar essas questões.
- Promover espaços de sociabilidade, que possam contribuir para o estabelecimento de solidariedade e de trocas no campo afetivo.
- Articular com movimentos sociais que têm interface com as questões tratadas: rede de pessoas vivendo com HIV/aids; movimento organizado das profissionais do sexo.

No âmbito da pesquisa:

desdobramentos e aprofundamentos

- Estabelecer estudos seqüenciais de impacto que possam estabelecer com mais segurança a efetividade dos projetos de intervenção educativa, inclusive, em relação à prevalência e/ou incidência das DST/HIV/aids.
- Promover estudos específicos que possam aumentar o conhecimento sobre uso de drogas nessa população,

particularmente, na região Sul, bem como a necessidade de ações voltadas para a redução de risco.

- Realizar acompanhamento das iniciativas exitosas em termos de associatividade da categoria, no sentido de determinar as repercussões nos aspectos da vulnerabilidade social e nas práticas individuais de cuidados com a saúde.
- Realizar um estudo de caso em lugares onde foram constituídas organizações próprias das profissionais do sexo, para identificar os fatores envolvidos na ruptura das resistências ligadas ao estigma e à construção da identidade de grupo, bem como o grau de envolvimento da categoria nesse processo e suas repercussões práticas e de ordem subjetiva.

Referências bibliográficas

- AGRESTI, A. *An introduction to categorical data analysis*. New York: John Wiley & Sons, Inc., 1996.
- AMARAL, E. et al. Prevalence of HIV and treponema pallidum infection in pregnant women in Campinas and their association with sócio-demographic factors. *Rev. Paul. Med.*, v. 114, n. 2, p. 1.108-16, mar./abr. 1996.
- BAKER, J. L. *Evaluation the impact of development projects on poverty: a handbook for practioners*. Washington, D. C.; Banco Mundial, 2000.
- BECKER, H. S. *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Editora Hucitec, 1999.
- . *Uma teoria da ação coletiva*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1977.
- BERQUÓ, E. (Coord.). *Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV e aids*. Brasília: Ministério da Saúde; Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP), 2000.
- . BARBOSA, R. M. KALCKMANN, S. (Coord.). *Aceitabilidade do condom feminino em contextos Sociais diversos. Relatório final de pesquisa*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
- BOYATZIS, R. E. *Transforming qualitative information: thematic analysis and code development*. London: Sage Publications, 1998.
- CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO EM DST/AIDS; Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo (SES/SP), 1996. (Mimeo).
- COHEN, E.; FRANCO, R. *Evaluación de proyotos sociales*. México: Siglo Veintiuno Editores, 1992.
- COOK, T. D.; CAMPBELL, D. T. *Quasi-experimentation: design and analysis issues for field settings*. Boston: Houghton Mifflin Co., 1979.
- FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W.; WAGNER, E. H. *Epidemiologia clínica: bases científicas das conduta médica*. Porto Alegre: Arte Médica, 1989.
- FOUCAULT, M. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Editora Vozes, 1977.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.
- . *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1970.
- GIROUX, H. A. Living dangerously: identity politics and the new cultural racism. In: *Between borders: pedagogy and the policy of cultural studies*. New York: Routledge; H. A. Giroux & P. McLaren Editors, 1994, p. 29-55.
- GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1988.
- GREENBAUM, T. L. *The handbook for focus group research*. London: Sage Publications, 1998.
- GUIDE to calculating HIV-1 incidence using STHARS results from Organon Teknika Corporation (OTC) Vironostika Less Sensitive HIV-1 EIA, 2001. (Mimeo).
- HULLEY, S. B. et al. *Designing clinical research*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins. 2001.
- JANSSEN, R. S. et al. New testing strategy to detect early HIV-1 infection for the use in incidence estimates and for clinical and prevention purposes. *JAMA*, v. 281, n. 20, May 1893, 1999.
- KHAN, M. E. et al. The use of focus groups in social behavioral research: some methodological issues. *Wld hlth statist. Quart.* v. 44, p. 145-49, 1991.
- KITZINGER, J. The methodology of focus groups: the importance of interaction between research participants. *Sociology of Health & Illness*, v. 16, n. 1, 1994.
- KREUGER, R. A. *Focus groups: a practical guide for applied research*. London: Sage Publications, 1988.
- LEWIS, M. Focus group interviews in qualitative research: a review of the literature. Disponível em: <<http://www.cchs.su.edu.au/Academic/CH/teaching/AROW/rlewis.html>>.
- LEWIS-XIMENEZ, L. L. et al. Viral hepatitis markers in antepartum and postpartum women in Rio de Janeiro. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz*, v. 2, p. 203-4, mar. 1997.
- MANN, J.; TARANTOLA, D. (Ed.). From vulnerability to human rights. In: *aids in the world*. New York: Oxford University Press, 1996.

- . J. M.; NETTER, T. W. (Ed.). *A aids no mundo*. Rio de Janeiro. Relume-Dumará; ABIA; IMS; UERJ, 1993.
- McFARLAND, W. BUSH, M. P. et al. Detection of early HIV infection and estimation of incidence using a sensitive/less-sensitive enzyme immunoassay testing strategy at anonymous counseling and testing sites in San Francisco. *J. Acquir. Immune Defic Syndr*, v. 22, n. 5, p. 484-9, Dec. 1999.
- McLAREN, P. Multiculturalism and the post-modern critique: toward a pedagogy of resistance and transformation. In: *Between Borders: Pedagogy and the policy of cultural*, New York: Routledge; H. A. Giroux & P. McLaren Editors, 1994, p. 192-222.
- . *Utopias provisórias: as pedagogias críticas num cenário pós-colonial*. Petrópolis: Vozes, 1999.
- MENDES-CORRÊA, M. C. et al. Prevalence of hepatitis B and C in the sera of patients with HIV infection in São Paulo, Brazil. *Rev. Inst. Med. Trop.*, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 81-85, mar./abr. 2000.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1992.
- . SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.
- MIRANDA, A. E. et al. Seroprevalence of HIV, hepatitis B virus, and syphilis in women at their first visit to public antenatal clinics in vitori Brazil. *Se. Transm. Dis.*, v. 28, n. 12, p. 710-3, Dec. 2001.
- . Sexually transmitted diseases among female prisoners in Brazil: prevalence and risk factors. *Se. Transm. Dis.*, v. 27, n. 9, p. 491-5, Oct. 2000.
- NOVAES, H. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev. Saúde Pública*, v. 34, n. 5, p. 547-59, 2000.
- PARKER, R. G. *Na contramão da aids: sexualidade, intervenção, política*. Rio de Janeiro: ABIA; Editora 34, 2000.
- . AGGLETON, D. Estigma, discriminação e aids. *Cidadania e Direitos*, Rio de Janeiro: ABIA, n. 1, 2001.
- PEREIRA, M. G. *Epidemiologia: teoria e método*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1995.
- REICHE, E. M. et al. Prevalence of american trypanosomiasis, syphilis, toxoplasmosis, rubella, hepatitis B, hepatitis C, human immunodeficiency virus infection, assayed through serological tests among pregnant patients, from 1996 to 1998, at the Regional University. Hospital Norte do Paraná. *Rev. Soc. Bras. Méd. Trop.*, v. 33, n. 6, p. 519-27, nov./dez. 2000.
- SESSIONS, G. *Avaliação em HIV e aids: uma perspectiva internacional*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de aids, 2000. (Coleção ABIA: Fundamentos de Avaliação; n. 2).
- SILVA, Josefa Laurindo da et al. Prevalência de sífilis, hepatite e HIV das profissionais do sexo feminino de baixa renda da Região Central do Município de São Paulo. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PREVENÇÃO DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E AIDS, 2., jul. 1996, Brasília, DF. *Anais do 2.º Congresso Brasileiro de Prevenção das DST/aids*. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Projetos Especiais de Saúde; Programa Nacional de DST/aids, 1997. p. 169.
- SITTITRAI, W.; BROWN, T. *Training manual on focus group discussions in human sexuality research*. In: WORKSHOP ON HUMAN SEXUALITY RESEARCH, 1994, Rio de Janeiro.
- TONES, K. Changing theory and practice: trends in methods, strategies and settings in health education. *Health Education Journal*, v. 52, n. 3, p. 125-139, 1993b.
- . Radicalism and ideology of health education. Editorial. *Health Education Research*, v. 8, n. 2, p. 147-150, 1993a.
- VALLA, V. V. Apoio social e saúde: buscando compreender a fala das classes populares. In: COSTA, M. V. (Org.). *Educação popular hoje*. São Paulo: Edições Loyola, 1998. p. 151-180.
- VASCONCELOS, E. M. Educação popular em tempos de democracia e pós-modernidade: uma visão a partir do setor saúde. In: COSTA, M. V. (Org.). *Educação popular hoje*. São Paulo: Edições Loyola, 1998. p. 63-98.
- WATNEY, S. "Risk groups" or "risk behaviors"? In: *aids in the world II*. New York, Oxford University Press; Mann & Tarantola (Editors), 1996.
- WATNEY, S. School's out. In: *Between borders: pedagogy and the policy of cultural studies*. New York: Routledge; H. A. Giroux & P. McLaren Editors, 1994, p. 167-179.

Anexos

Anexo 1

Definição das variáveis incluídas no modelo de regressão logística múltipla

Grupo

- Grupo = 0 - se pertence ao grupo controle e
- Grupo = 1 - se pertence ao grupo intervenção.

SP

- SP = 0 - se não é de São Paulo e
- SP = 1 - se é de São Paulo.

PR

- PR = 0 - se não é do Paraná e
- PR = 1 - se é do Paraná.

I40:

- I40 = 0 - se a idade é inferior a 40 anos e
- I40 = 1 - se a idade é superior a 40 anos.

TE:

Representa o Tempo Médio de Estudo, de acordo com a seguinte definição:

Escolaridade	Tempo Médio de Estudo (TE)
Nunca estudou e não sabe ler	0
Nunca estudou, mas sabe ler	1
Ens. fundam. incompleto (1ª a 4ª série)	2,5
Ens. fundam. incompleto (entre 5ª e 8ª série)	6,5
Ens. fundam. completo	8
Ens. médio incompleto	9,5
Ens. médio completo	11
Superior incompleto ou completo	14

R1000:

representa a renda informada pela entrevistada (em mil reais).

TEMPOPROF:

representa o tempo de profissão informado pela entrevistada.

RUA:

- RUA = 0 - se a entrevistada não trabalha na rua e
- RUA = 1 - se caso contrário.

BR:

- BR = 0 - se a entrevistada não trabalha nas BR's e
- BR = 1 - se caso contrário.

POSTO:

- POSTO = 0 - se a entrevistada não trabalha em postos de combustível e
- POSTO = 1 - se caso contrário.

BORDEL:

- BORDEL = 0 - se a entrevistada não trabalha no bordel e
- BORDEL = 1 - se caso contrário.

HOTEL:

- HOTEL = 0 - se a entrevistada não trabalha no hotel e
- HOTEL = 1 - se caso contrário.

BAROUB:

- BAROUB = 0 - se a entrevistada não trabalha em bares ou boates e
- BAROUB = 1 - se caso contrário.

C_UDI:

- C_UDI = 0 - se a entrevistada não teve companheiro (ou não sabe) UDI e
- C_UDI = 1 - se a resposta foi afirmativa.

Anexo 2

PARTE 1 - Dados da amostra geral de profissionais do sexo

Sociodemográficos

1 Distribuição das mulheres profissionais do sexo, segundo variáveis sociais. Brasil, 2000.		
Variáveis	Nº (n=2.961)	%
Faixa etária		
17-19	240	8,1
20-24	741	25,0
25-29	613	20,7
30-39	795	26,8
40-49	414	14,0
50 e mais	157	5,3
Ignorado	1	0,0
Escolaridade		
Nunca estudou	236	8,0
Ens. fundam. Incompleto	2.001	67,6
Ens. fundam. completo	255	8,6
Ens. médio. Incompleto	211	7,1
Ens. médio. Completo	235	7,9
Superior	22	0,7
Ignorado	1	0,0
Tempo de profissão		
< 1 ano	258	8,7
1 – 4	1.371	46,3
5 – 9	599	24,5
10 e mais	724	20,2
Ignorado	9	0,3
Renda (sm)		
< 1	196	6,6
1 – 2	1.028	34,7
3 – 4	701	23,7
5 – 7	506	17,1
8 – 10	207	7,0
Mais de 10	250	8,4
Ignorado	73	2,5
Número de programas		
1-10	1.871	63,2
11-20	560	18,9
21-30	230	7,8
31 e +	285	9,6
Ignorado	15	0,5
Local de trabalho*		
Rua	1.293	43,7
Bar/boate	1.281	43,3
Bordel	191	6,5
Hotel	508	17,2
Posto/BR	5	0,2

* Categorias não excludentes

Práticas sexuais

2 Proporção de atendimento à demanda dos clientes, segundo a frequência e tipo de prática sexual. Brasil, 2000			
	Prática sexual	Nº (n=2.961)	%
Sexo Anal			
	Sempre	146	4,9
	Freqüentemente	72	2,4
	Às vezes	902	30,5
	Nunca	1.702	57,5
	Não houve demanda por parte do cliente	132	4,5
	Ignorado	7	0,2
Felação			
	Sempre	1.060	35,8
	Freqüentemente	285	9,6
	Às vezes	1.079	36,4
	Nunca	495	16,7
	Não houve demanda por parte do cliente	39	1,3
	Ignorado	3	0,1
Cunnilingus			
	Sempre	624	21,1
	Freqüentemente	218	7,4
	Às vezes	1.300	43,9
	Nunca	687	23,2
	Não houve demanda por parte do cliente	126	4,3
	Ignorado	6	0,2

Indicadores comportamentais

3 Prevalência de alguns indicadores comportamentais entre as mulheres profissionais do sexo. Brasil, 2000.			
	Indicadores	Nº(n=2.961)	%
	Uso consistente do preservativo com o cliente (últimos 6 meses)	1.994	67,3
	Uso consistente do preservativo com o companheiro (últimos 6 meses)	569	19,2
	Conhece o preservativo feminino (já ouviu falar)	2.606	88,0
	Já usou o preservativo feminino	755	25,5
	Uso de drogas injetáveis	53	1,8

4 Prevalência do uso de drogas entre as mulheres profissionais do sexo. Brasil, 2000.			
	Droga	Nº(n=2.961)	%
	Álcool	1.902	64,2
	Maconha	495	16,7
	Cocaína	380	12,8
	Crack	129	4,4
	Heroína	11	0,4
	Tranqüilizantes	202	6,8
	Ecstasy	26	0,9
	Cheiro da loló	63	2,1

Indicadores de acesso a serviço de saúde

5 Prevalência de alguns indicadores de acesso a serviços de saúde, entre as mulheres profissionais do sexo. Brasil, 2000

Indicadores	Nº(n=2.961)	%
Realização do teste para detecção do HIV	1.276	43,1
Realização do exame preventivo ginecológico no último ano	1.208	40,8
DST referida nos últimos 6 meses	287	9,7
Mulheres com DST que buscaram tratamento	251	87,5

Indicadores de conhecimento sobre DST/aids

6 Percentual de profissionais do sexo que responderam que os meios citados são formas de transmissão do HIV. Brasil, 2000.

Meio de transmissão	Nº (n=2.961)	%
Sexo vaginal	2.918	98,6
Sexo anal	2.885	97,5
Gravidez ou o parto	2.698	91,1
Amamentação	2.260	76,4
Tatuagens	2.474	83,6
Transfusão de sangue	2.818	95,2
Picada de insetos	1.000	33,8
Uso de vaso sanitário	693	23,4
Convivência com pessoas que têm HIV/aids	554	18,7
Nadando em piscinas	311	10,5
Doando sangue	1.812	61,3

Atitudes em relação aos portadores de HIV e doentes de aids

7 Número e percentual de mulheres profissionais do sexo que concordaram com as afirmações feitas. Brasil, 2000.

Afirmações	Nº(n=2.961)	%
Uma pessoa que tem o HIV deve ser afastada dos demais colegas de trabalho	414	14,0
Um trabalhador que tem o HIV deve parar de trabalhar	479	16,2
Uma profissional do sexo que tem o HIV deve parar de exercer esse tipo de atividade	2.099	70,9
Uma pessoa que tem o HIV pode freqüentar normalmente ambientes públicos	2.471	83,5
Você usaria o mesmo banheiro que uma pessoa doente de aids usa	1.962	66,3

Prevalência e incidência das DST/aids

8 Prevalência (%) do HIV, sífilis, hepatites B e C e incidência anual do HIV entre mulheres profissionais do sexo. Brasil, 2000.

Indicador	Nº (n=2.961)	%
Prevalência de HIV	203	6,9
Incidência anual do HIV*	12	0,9
Prevalência de Sífilis	126	4,3
Prevalência de HBV (anti-HBc + HbsAg)	973	32,9
Prevalência HBsAg	32	1,1
Prevalência HCV	143	4,8

* Incidência anual do HIV (%) = $\frac{\text{Nº de infecções HIV recentes}}{\text{HIV negativo} + \text{Nº infecção HIV recente}} \times 365,25/170 \times 100$

HIV negativo + Nº infecção HIV recente

Parte 2 - Dados da amostra de profissionais do sexo do Rio de Janeiro

Sociodemográficos

1 Distribuição das mulheres profissionais do sexo, segundo variáveis sociais. Rio de Janeiro, 2000.		
Variáveis	Nº(n=249)	%
Faixa etária		
17-19	13	5,2
20-24	53	21,3
25-29	50	20,1
30-39	65	26,1
40-49	45	18,1
50 e mais	23	9,2
Escolaridade		
Nunca estudou	19	7,6
Ens. fundam. Incompleto	174	69,9
Ens. fundam. completo	18	7,2
Ens. médio Incompleto	17	6,8
Ens. médio Completo	19	7,6
Superior	2	0,8
Tempo de profissão		
< 1 ano	4	1,6
1 – 4	97	39,0
5 – 9	68	27,3
10 e mais	80	32,1
Renda (Sm)		
< 1	2	0,8
1 – 2	48	19,3
3 – 4	56	22,5
5 – 7	64	25,7
8 – 10	29	11,6
Mais de 10	43	17,3
Ignorado	7	2,8
Número de programas		
1-10	125	50,2
11-20	69	27,7
21-30	36	14,5
31 e +	19	7,6
Local de trabalho*		
Rua	148	59,4
Bar/boate	142	57,0
Bordel	27	10,8
Hotel	53	21,3
Posto/BR	1	0,4

* Categorias não excludentes

Práticas sexuais

2 Proporção de atendimento à demanda dos clientes, segundo a frequência e tipo de prática sexual. Rio de Janeiro, 2000.		
Prática sexual	Nº (n=249)	%
Sexo Anal		
Sempre	16	6,4
Freqüentemente	5	2,0
Às vezes	77	30,9
Nunca	144	57,8
Não houve demanda por parte do cliente	7	2,8
Felação		
Sempre	120	48,2
Freqüentemente	24	9,6
Às vezes	79	31,7
Nunca	26	10,4
Cunnilingus		
Sempre	56	22,5
Freqüentemente	23	9,2
Às vezes	124	49,8
Nunca	46	18,5

Indicadores comportamentais

3 Prevalência de alguns indicadores comportamentais entre as mulheres profissionais do sexo. Rio de Janeiro, 2000.		
Indicadores	Nº(n=249)	%
Uso consistente do preservativo com o cliente (últimos 6 meses)	169	67,9
Uso consistente do preservativo com o companheiro (últimos 6 meses)	27	10,8
Conhece o preservativo feminino (já ouviu falar)	210	84,3
Já usou o preservativo feminino	44	21,0
Uso de drogas injetáveis	1	0,4

4 Prevalência do uso de drogas entre as mulheres profissionais do sexo. Rio de Janeiro, 2000.		
Droga	Nº(n=249)	%
Álcool	157	63,1
Maconha	72	28,9
Cocaína	88	35,3
Crack	7	2,8
Heroína	2	0,8
Tranqüilizantes	19	7,6
Ecstasy	3	1,2
Cheiro da loló	7	2,8

Indicadores de acesso a serviço de saúde

5 Prevalência de alguns indicadores de acesso a serviços de saúde, entre as mulheres profissionais do sexo. Rio de Janeiro, 2000.

Indicadores	Nº (n=249)	%
Realização do teste para detecção do HIV	110	44,2
Realização do exame preventivo ginecológico no último ano	101	40,6
DST referida nos últimos 6 meses	29	11,6
Mulheres com DST que buscaram tratamento	25	86,2

Indicadores de conhecimento sobre DST/aids

6 Percentual de profissionais do sexo que responderam que os meios citados são formas de transmissão do HIV. Rio de Janeiro, 2000.

Meio de transmissão	Nº (n=249)	%
Sexo vaginal	248	99,6
Sexo anal	244	98,0
Gravidez ou o parto	207	83,1
Amamentação	168	67,5
Tatuagens	204	81,9
Picada de insetos	81	32,5
Uso de vaso sanitário	63	25,3
Convivência com pessoas que têm HIV/aids	53	21,3
Nadando em piscinas	23	9,2
Doando sangue	175	70,3

Atitudes em relação aos portadores de HIV e doentes de aids

7 Número e percentual de mulheres profissionais do sexo que concordaram com as afirmações feitas. Rio de Janeiro, 2000.

Afirmações	Nº (n=249)	%
Uma pessoa que tem o HIV deve ser afastada dos demais colegas de trabalho	30	12,0
Um trabalhador que tem o HIV deve parar de trabalhar	39	15,7
Uma profissional do sexo que tem o HIV deve parar de exercer esse tipo de atividade	180	72,3
Uma pessoa que tem o HIV pode freqüentar normalmente ambientes públicos	207	83,2
Você usaria o mesmo banheiro que uma pessoa doente de aids usa	167	67,1

Prevalência e incidência das DST/aids

8 Prevalência (%) do HIV, sífilis, hepatites B e C e incidência anual do HIV entre mulheres profissionais do sexo. Rio de Janeiro, 2000.

Indicador	Nº (n=249)	%
Prevalência de HIV	37	14,9
Incidência anual do HIV*	4	4,0
Prevalência de Sífilis	24	9,6
Prevalência de HBV (anti-HBc + HbsAg)	108	43,4
Prevalência HBsAg	2	0,8
Prevalência HCV	20	8,0

* Incidência anual do HIV (%) = (Nº de infecções HIV recentes) x (365,25/170) x 100

HIV negativo + Nº infecção HIV recente

Anexo 3

Questionário para mulheres profissionais do sexo

Nº ETIQUETA _____

TIPO:

1. () GRUPO DE INTERVENÇÃO
2. () GRUPO SEM INTERVENÇÃO

Data: ____/____/____

Nome do entrevistador (a) _____

Estado: _____

Introdução à entrevista: Explique os objetivos dessa entrevista, leia o termo de consentimento, explique sobre o sigilo de todas as informações prestadas e que o questionário é anônimo, ninguém saberá o que ela respondeu.

1. Qual a sua idade (em anos)?

2. Onde você nasceu?

Estado _____

Cidade _____

3. Onde você mora atualmente?

Estado _____

Cidade _____

4. Há quanto tempo você mora nessa cidade?

5. Qual(s) a(s) cidade(s) em que você batalha?

6. Qual o seu estado civil?

1. () solteira
2. () casada ou vive com alguém
3. () separada/divorciada
4. () viúva

7. Qual a sua escolaridade? (Até que ano estudou?)

1. () nunca estudou, não sabe ler
2. () nunca estudou, mas sabe ler
3. () Ens. fundam. incompleto (1ª a 4ª série)
4. () Ens. fundam. incompleto (5ª a 8ª série)
5. () Ens. fundam. completo
6. () Ens. médio. incompleto
7. () Ens. médio completo
8. () superior incompleto
9. () superior completo

8. Com quem você mora?

1. () Família nuclear de origem (pai, mãe e irmãos)
2. () Outro parente
3. () Colegas/Amigas
4. () Sozinha
5. () Companheiro / marido
6. () Outro - Especificar _____

9. Tipo de Moradia:

1. () Casa própria
2. () Casa Cedida
3. () Pensão
4. () Albergue
5. () Casa Alugada
6. () Hotel/motel
7. () Vaga
8. () Outros - Especificar _____

10. Você tem filhos (as)?

1. () Sim
2. () Não (Passe para a questão 14)

11. Quantos filhos (as) vivos? _____

12. Seus filhos moram com você?

1. Sim
2. Não (Passe para a questão 14)

13. Com quem ficam os seus filhos enquanto você trabalha?:

1. sozinhos
2. com o pai deles
3. com a sua mãe
4. com sua empregada
5. com outro parente
6. com amiga
7. creche
8. com você mesma
9. Outro - Especificar _____

14. Você teve alguma gravidez interrompida nos últimos 4 anos?

1. Sim. Quantas? _____
2. Não

15. Há quanto tempo você trabalha nesse tipo de atividade profissional? _____ (anos ou meses)**16. Onde você trabalha? (Ler as alternativas e marcar todas as respostas referidas)**

1. Na rua
2. Em bar ou boate
3. No bordel
4. Hotel
5. BR
6. Posto de Combustível
7. Outro - Especificar _____

17. Quantos programas você faz por semana? _____**18. Você fica com todo o dinheiro do programa?**

1. Sim
2. Não

19. Quanto você costuma cobrar por programa:

Valor mínimo (em reais): _____

Valor máximo (em reais): _____

20. No momento, você tem outro trabalho?

1. Sim - Especificar _____
2. Não

21. Qual sua renda mensal total (aproximada)?:

R\$ _____

22. Você tem alguém que contribui para a sua renda mensal?

1. Sim
2. Não

23. Você pertence a alguma dessas organizações?**(Ler as alternativas e marcar todas as que forem referidas)**

1. Associação de bairro
2. Associação de profissionais do sexo
3. Organização não governamental
4. grupo religioso
5. partido político
6. Outra Especificar _____
7. De nenhuma

24. Nos últimos três meses, você participou de alguma reunião sobre direitos de cidadania?

1. Sim
2. Não

25. Eu vou ler diversos tipos de programas e para cada um você vai dizer a frequência com que seus clientes pedem para você fazer. (Ler cada alternativa, lembrando que é o quanto é solicitada pelo cliente e explicando o tipo de prática, e marque uma resposta para cada)

1. Sexo oral (felação)
 1. Sempre
 2. Freqüente
 3. Algumas vezes
 4. Nunca

2. Sexo oral (*cunillingus*)

1. () Sempre
2. () Frequente
3. () Algumas vezes
4. () Nunca

3. Sexo vaginal

1. () Sempre
2. () Frequente
3. () Algumas vezes
4. () Nunca

4. Sexo anal

1. () Sempre
2. () Frequente
3. () Algumas vezes
4. () Nunca

26. O quanto você costuma atender à solicitação do cliente para cada uma dessas práticas? (Ler cada alternativa, lembrando que é o quanto ela aceita realizar aquela prática e marque uma resposta para cada uma)

1. Sexo oral (felação)

1. () Sempre
2. () Frequente
3. () Algumas vezes
4. () Nunca

2. Sexo oral (*cunillingus*)

1. () Sempre
2. () Frequente
3. () Algumas vezes
4. () Nunca

3. Sexo vaginal

1. () Sempre
2. () Frequente
3. () Algumas vezes
4. () Nunca

4. Sexo anal

1. () Sempre
2. () Frequente
3. () Algumas vezes
4. () Nunca

27. Em geral, com que frequência você costuma usar camisinha quando vai praticar qualquer tipo de cada uma das práticas sexuais? (Ler as alternativas, lembrando que é sobre o uso da camisinha em cada uma, marque uma resposta para cada)

1. Sexo oral (felação)

1. () Sempre
2. () Frequente
3. () Algumas vezes
4. () Nunca

2. Sexo oral (*cunillingus*)

1. () Sempre
2. () Frequente
3. () Algumas vezes
4. () Nunca

3. Sexo vaginal

1. () Sempre
2. () Frequente
3. () Algumas vezes
4. () Nunca

4. Sexo anal

1. () Sempre
2. () Frequente
3. () Algumas vezes
4. () Nunca

28. Com quem você não utiliza a camisinha? (Leia as alternativas. Marque aquelas que forem referidas)

1. () Com cliente preferencial
2. () Com marido / companheiro
3. () Com amigo
4. () Com cliente que recusa
5. () Com cliente que paga mais
6. () Com cliente que ameaça
7. () Outros - Especificar _____

29. Nos últimos seis meses, pensando nos programas que você teve, você usou preservativo (Ler as alternativas e marcar apenas uma)

1. () Em todos os programas
2. () Na maioria deles

3. () Em menos da metade das vezes
4. () Em poucas vezes
5. () Em nenhum programa
6. () Não respondeu/não sabe

30. Quem geralmente sugere o uso da camisinha durante os programas?

1. () Você mesma
2. () O cliente
3. () Os dois
4. () Ninguém
5. () Não respondeu

31. Nos últimos seis meses, pensando nas relações sexuais que você teve com seu companheiro ou namorado, você usou preservativo: (Ler as alternativas e marcar apenas uma)

1. () Em todas as relações
2. () Na maioria delas
3. () Em menos da metade das vezes
4. () Em nenhuma das vezes
5. () Não respondeu/não sabe

32. Em geral, na relação sexual com o companheiro ou o namorado, quem sugere o uso da camisinha?

1. () Você mesma
2. () O companheiro/namorado
3. () Os dois
4. () Ninguém
5. () Não respondeu

33. Em geral, por que motivos você deixa de usar a camisinha? (Ler cada alternativa e assinalar a resposta para cada uma)

1. É muito cara
 1. () Sim
 2. () Não
2. Não tem para comprar/é difícil de achar
 1. () Sim
 2. () Não
3. Não gosta de usar
 1. () Sim
 2. () Não
4. Tira o prazer/quebra o clima
 1. () Sim
 2. () Não

5. O parceiro/cliente não gosta/ se recusa
 1. () Sim
 2. () Não
6. Não precisa, confia no parceiro (companheiro ou namorado)
 1. () Sim
 2. () Não
7. Perde o cliente
 1. () Sim
 2. () Não
8. Não sabe usar
 1. () Sim
 2. () Não
9. Tem vergonha de pedir para o parceiro ou o cliente
 1. () Sim
 2. () Não
10. Não acredita que protege contra a aids
 1. () Sim
 2. () Não
11. Tem medo de usar/acha que causa problemas de saúde
 1. () Sim
 2. () Não
12. Outro _____
 1. () Sim
 2. () Não
13. Nunca deixa de usar
 1. () Sim
 2. () Não

34. Como você obtém camisinha?

1. () Compra (Passe para a questão 36)
2. () Recebe no local de trabalho (Passe para a questão 36)
3. () Nunca tem camisinha (Passe para a questão 36)
4. () Vai buscar

35. Onde você pega a camisinha?

1. () No serviço de saúde
2. () Na ONG
3. () Outra Especificar _____

36. Você tem alguma camisinha com você neste momento?

1. () Sim
2. () Não

37. Se pintar um programa e você e o seu cliente estiverem sem camisinha, o que você faria? (Não ler as alternativas)

1. () Desiste do programa
2. () Faz o programa mesmo assim
3. () Faz o programa sem penetração
4. () Dá um jeito de comprar (você ou o cliente)
5. () Faz o programa, por um preço mais caro
6. () Outras. Especificar: _____

38. Você conhece ou já ouviu falar no preservativo feminino?

1. () Sim
2. () Não (Passe para a questão 40)

39. Você já usou preservativo feminino?

1. () Sim
2. () Não

Saúde/doença/aceso aos serviços de saúde

40. Você usa algum método para evitar gravidez?

1. () Sim
2. () Não (Passe para a questão 42)

41. Qual desses métodos você usa?

1. camisinha
1. () Sim 2. () Não
2. diafragma
1. () Sim 2. () Não
3. laqueadura
1. () Sim 2. () Não
4. pílula
1. () Sim 2. () Não
5. tabelinha
1. () Sim 2. () Não
6. coito interrompido
1. () Sim 2. () Não
7. DIU
1. () Sim 2. () Não
8. Injeção

1. () Sim 2. () Não
9. Preservativo feminino
1. () Sim 2. () Não
10. Outros
1. () Sim 2. () Não
Especificar _____

42. Nos últimos doze meses, você fez exame preventivo?

1. () Sim
2. () Não (Passe para a questão 44)

43. Onde fez o preventivo?

1. () Serviço público de saúde
2. () Serviço particular

44. Nos últimos 6 meses, você teve alguma doença que se pega pelo sexo?

1. () Sim Qual? _____
2. () Não (Passe para a questão 47)

45. Tratou?

1. () Sim
2. () Não (Passe para a questão 47)

46. Onde buscou tratamento?

1. () Rede Pública
2. () Rede Privada
3. () Direto na farmácia
4. () Outro - Especificar _____

47. Você já fez o teste do HIV alguma vez na vida?

1. () Sim
2. () Não (Passe para a questão 49)

48. Você foi buscar o resultado?

1. () Sim
2. () Não

49. Mesmo não tendo feito o teste, você sabe onde fazer?

1. () Sim
2. () Não

50. Por que não fez o teste? _____

51. O que você acha que as pessoas podem fazer para evitar as doenças que se pegam pelo sexo? (Leia cada alternativas e para cada uma marque conforme o que a pessoa responder. Atenção: o item “ não respondeu” é restrito ao/à entrevistador/a).

1. Usar camisinha em todas as relações sexuais
 1. () Sim
 2. () Não
 3. () Não sabe
2. Evitar ter relações com pessoas com feridas ou corrimentos nas partes genitais
 1. () Sim
 2. () Não
 3. () Não sabe
3. Fazer banhos vaginais com ervas
 1. () Sim
 2. () Não
 3. () Não sabe
4. Tomar remédio
 1. () Sim
 2. () Não
 3. () Não sabe
5. Tomar chás de ervas
 1. () Sim
 2. () Não
 3. () Não sabe
6. Higiene das partes genitais
 1. () Sim
 2. () Não
 3. () Não sabe
7. Diminuir o número de parceiros sexuais
 1. () Sim
 2. () Não
 3. () Não sabe
8. Ter relação sexual apenas com pessoas conhecidas
 1. () Sim
 2. () Não
 3. () Não sabe
9. Ter apenas um único parceiro sexual
10. Outra _____

52. Você acha que uma pessoa pode pegar HIV/aids de alguma dessas maneiras? (Leia as alternativas e para cada uma marque Sim, Não ou Não sabe, conforme o que a pessoa responder)

1. Pelo beijo no rosto, abraço ou aperto de mão
 1. () Sim
 2. () Não
 3. () Não sabe
2. Através de toalhas e lençóis
 1. () Sim
 2. () Não
 3. () Não sabe
3. Comendo no mesmo prato ou bebendo no mesmo copo

4. Usando seringas ou agulhas não esterilizadas ou não descartáveis

1. () Sim
2. () Não
3. () Não sabe

5. Fazendo sexo anal

1. () Sim
2. () Não
3. () Não sabe

6. Fazendo sexo vaginal

1. () Sim
2. () Não
3. () Não sabe

7. Fazendo sexo oral (*cunillingus*)

1. () Sim
2. () Não
3. () Não sabe

8. Fazendo sexo oral (felação)

1. () Sim
2. () Não
3. () Não sabe

9. Pela picada de insetos

1. () Sim
2. () Não
3. () Não sabe

10. Durante a gravidez ou o parto (da mãe para o filho)

1. () Sim
2. () Não
3. () Não sabe

11. Pela amamentação

1. () Sim
2. () Não
3. () Não sabe

12. Pelo uso de vaso sanitário

1. () Sim
2. () Não
3. () Não sabe

13. Recebendo transfusão de sangue

1. () Sim
2. () Não
3. () Não sabe

14. Doando sangue

1. () Sim
2. () Não
3. () Não sabe

15. Convivendo com pessoas que têm HIV/aids

1. () Sim
2. () Não
3. () Não sabe

16. Usando seringas ou agulhas compartilhadas

1. () Sim
2. () Não
3. () Não sabe

17. Fazendo tatuagens

1. () Sim
2. () Não
3. () Não sabe

18. Nadando em piscinas

1. () Sim
2. () Não
3. () Não sabe

53. Qual é o risco que você tem de pegar HIV/aids?

1. () É grande
2. () É mais ou menos (médio)
3. () É pequeno
4. () Nenhum
5. () Não sabe avaliar

54. Em relação às afirmações que vou ler, diga se você concorda ou discorda: (Leia cada alternativa e para cada uma marque conforme o que a pessoa responder. Atenção: o item “ não respondeu” é restrito ao/à entrevistador/a)

1. Uma pessoa que tem o vírus da aids deve ser afastada dos demais colegas de trabalho
 1. () concorda
 2. () discorda
 3. () Não respondeu
2. Um trabalhador que tem o vírus da aids deve parar de trabalhar
 1. () concorda
 2. () discorda
 3. () Não respondeu
3. Uma profissional do sexo que esteja infectada pelo vírus da aids deve parar de exercer esse tipo de trabalho
 1. () concorda
 2. () discorda
 3. () Não respondeu
4. Uma pessoa com o vírus da aids pode frequentar normalmente os ambientes públicos, como bares, restaurantes, boates, etc.
 1. () concorda
 2. () discorda
 3. () Não respondeu
5. Você usaria o mesmo banheiro que uma pessoa doente de aids usa
 1. () concorda
 2. () discorda
 3. () Não respondeu
6. Um doente de aids deve receber tratamento gratuito do governo
 1. () concorda
 2. () discorda
 3. () Não respondeu

55. Nos últimos 6 meses, você tem usado ou usou algum tipo de droga injetável?

1. () Sim
2. () Não (passar para a questão 57)

56. Nos últimos 6 meses, você chegou a usar a mesma seringa com outra(s) pessoa(s)?

1. () Sim
2. () Não

57. Nos últimos 6 meses, você usou alguma (s) dessa (s) droga (s)?

1. () Maconha
2. () Cocaína
3. () Crack
4. () Merla
5. () Heroína
6. () Alcool
7. () Cigarro
8. () Tranquilizante
9. () Ecstasy
10. () Cheirinho da Loló
11. () Outras. Especificar: _____

58. Você tem ou já teve um companheiro ou namorado que usa ou usava droga injetável (na veia)?

1. () Sim
2. () Não
3. () Não sabe

59. Nos últimos 6 meses, você participou de alguma dessas atividades? (Ler as alternativas e marcar todas as que forem referidas)

1. () Oficina para treinamento de multiplicadores
2. () Oficina sobre sexo seguro
3. () Palestra sobre prevenção das DST/aids
4. () Recebeu panfletos sobre DST/aids
5. () Recebeu camisinha durante sua jornada de trabalho
6. () Aconselhamento para HIV/aids
7. () Nenhuma
8. () Outra - Especificar _____

Anexo 4

Pesquisa de avaliação da efetividade das ações de prevenção dirigidas às profissionais do sexo, em três regiões brasileiras.

Técnica de grupo focal (objetivos específicos 2 e 3)

Roteiro semi-estruturado

- Apresentações individuais das participantes (idade, de onde veio, há quanto tempo reside no lugar, qual o tipo de comércio sexual, e quanto tempo está na profissão.)

Trabalho

- Características principais da jornada de trabalho das participantes.
- O grau de satisfação ou insatisfação com o trabalho exercido.
- Demanda de práticas sexuais: frequência e preço
- Atendimento das demandas: frequência e em que condições atendem demandas de maior risco
- Número de clientes que se consegue, normalmente, por dia de trabalho. Incluir na discussão rotatividade de clientes e clientes fixos.
- Como busca o cliente.
- Características do bom cliente, e do mau.
- Outras fontes de renda, e renda mensal total que obtém.
- Violência no contexto do trabalho.

Vida Familiar

- Situação familiar (arranjos familiares).
- Violência familiar e social.
- Ambientes de sociabilidade.

Sexualidade e Gênero

- Como se dá a construção das relações afetivas e da vida amorosa.

- Satisfação sexual nos âmbitos da vida profissional e da vida privada.
- Expectativa de realização amorosa.
- Organização familiar com companheiro/a (definição de papéis na relação).
- Desempenho de papéis na negociação dos programas.

Participação política

- Participação em algum tipo de associação de moradores, igrejas, movimento de classe, ONG ou associação profissional.
- *Status* legal: reconhecimento da atividade profissional como legal ou contravenção penal. Ação policial.
- Direito de acesso a serviços e equipamentos públicos (SUS, postos de identificação, cadastro de contribuinte, assistência jurídica gratuita, logradouros públicos – parques, praças, bares e restaurantes.)
- Direitos Humanos.

Autopercepção de risco para doenças sexualmente transmitidas e infecção pelo HIV.

- Cuidados com a saúde, em geral.
- Frequência da procura de serviços de saúde.
- Conhecimento sobre doenças e precauções.
- Noções de risco e precauções.

Adoção de práticas seguras

- Uso de camisinha/barreira com o companheiro/a ou namorado/a, e com cliente.
- Resistências ao uso.
- Argumentos usados pelo resistente.
- Dificuldades na negociação do uso do preservativo
- Formas de contornar as dificuldades.
- Uso de preservativo feminino.

aids

- Representações e crenças sobre a doença e a pessoa doente.
- Conhecimento de pessoas com a doença e relacionamento com estas.

Substâncias Químicas

- Conhecimento de substâncias químicas.

- Experiência com substâncias químicas.
- Opiniões e expectativas sobre o uso de substâncias químicas.
- Uso de substâncias químicas no exercício profissional.
- Uso de substâncias químicas injetáveis.
- Conhecimento sobre serviços de atenção a usuários/as de substâncias químicas.

Anexo 5

Roteiro semi-estruturado para grupo focal (objetivo 1)

OBS: Enfatizar a percepção das profissionais do sexo sobre as ações, sobre as dificuldades que tiveram para captar os objetivos de cada ação.

Apresentações individuais das participantes

(idade, de onde veio, há quanto tempo reside no lugar, qual o tipo de comércio sexual, “quanto tempo está” na profissão, quanto tempo participam das atividades do projeto.)

Avaliação de cenários e contextos

Este item avalia o local e situação social em que o projeto se relaciona com o público-alvo:

- Adequação do local ou locais onde se realizaram as intervenções;
- Tipo de intervenção realizada para profissionais do comércio sexual e/ou clientes;
- Classe social das profissionais e da clientela: nível de renda e sazonalidade;
- Especificidade das profissionais (idade, tipo de comércio sexual);
- Especificidade da clientela (idade, profissão, ocupação);

Avaliação de Estratégias:

Este item deve avaliar o conjunto ou combinação de ações de educação incluindo dois níveis de alcance do projeto: o técnico e o ideológico. Na primeira parte deve-se fazer aflorar a recepção que o grupo tem em relação às ações recebidas (entendimento dos conteúdos e significação da participação).

- Em nível técnico: combinação de ações efetivada (ex. cartazes + corpo-a-corpo + palestras + distribuição de material etc.)
- Nível de habilidade e credibilidade dos os agentes da intervenção (inclui facilitadores, palestrantes etc.);
- Grau de envolvimento da ONG responsável pelo Pro-

- jeto (mediação com as mulheres profissionais do sexo e/ou clientela);
- Grau de envolvimento direto das mulheres profissionais do sexo nas ações (formação de multiplicadores; intervenção por meio de pares);
- Nível ideológico: ações concretas de "empoderamento" (relação de gênero na negociação, direitos civis, rede de apoio)
- Promoção de espaços de organização ou fortalecimento comunitário (com quem fica o poder)
- Uso de recursos educativos:
 - audio-visuais (vídeos);
 - material de ensino de habilidades através de demonstração;
 - material impresso (filipetas, folders etc.).

Avaliação de métodos e recursos de aprendizado.

A partir deste ponto, deve-se buscar a manifestação crítica do grupo com respeito às ações e conteúdos.

- Linhas gerais sobre os métodos e técnicas de abordagem dirigidas as profissionais do sexo:
 - formas diretas (corpo a corpo; *out-reach*),
 - formas indiretas (através de cartazes, mídia);
- Linhas gerais sobre os métodos de desenvolvimento das ações de educação em saúde:
 - envolvimento de discussão (debates) em grupos;
 - exibição de material (cartazes, filipetas, folders);
 - oportunidade de discussão, com as profissionais do sexo, em torno do dos debates e exibição de materiais (retorno)
- Linhas gerais sobre os métodos de desenvolvimento na produção de material (descrição igual aos anteriores);
- nível de participação das profissionais do sexo nas dinâmicas:
 - Verificar se há dinâmicas vivenciais (teatro; socio-drama);
 - Verificar se há dinâmicas lúdicas;
 - Verificar se há demonstrações para formação de habilidades;
 - Verificar se há espaços para trabalhar as relações inter-pessoais;
 - Verificar os espaços para o trabalho das habilidades individuais;
 - Verificar se há trabalhos dirigidos para as representações subjetivas?

Anexo 6

Roteiro semi-estruturado entrevista individual em profundidade (objetivos 2 e 3)

Apresentação do(a) entrevistador(a)

Trabalho

- Características principais da jornada de trabalho das participantes.
- O grau de satisfação ou insatisfação com o trabalho exercido.
- Demanda de práticas sexuais: frequência e preço.
- Atendimento das demandas: frequência e em que condições atendem demandas de maior risco.
- Número de clientes que se consegue, normalmente, por dia de trabalho. Incluir na discussão rotatividade de clientes e clientes fixos.
- Como busca o cliente.
- Características do bom cliente, e do mau.
- Outras fontes de renda, e renda mensal total que obtém.
- Violência no contexto do trabalho.

Vida Familiar

- Situação familiar (arranjos familiares).
- Violência familiar e social.
- Ambientes de sociabilidade.

Sexualidade e Gênero

- Como se dá a construção das relações afetivas e da vida amorosa.
- Satisfação sexual nos âmbitos da vida profissional e da vida privada.
- Expectativa de realização amorosa.
- Organização familiar com companheiro (a) (definição de papéis na relação).
- Desempenho de papéis na negociação dos programas.

Participação política

- Participação em algum tipo de associação de mora-

dores, igrejas, movimento de classe, ONG ou associação profissional.

- Status legal: reconhecimento da atividade profissional como legal ou contravenção penal. Ação policial.
- Direito de acesso a serviços e equipamentos públicos (SUS, postos de identificação, cadastro de contribuinte, assistência jurídica gratuita, logradouros públicos – parques, praças, bares e restaurantes.)
- Direitos Humanos.

Autopercepção de risco para doenças sexualmente transmitidas e infecção pelo HIV.

- Cuidados com a saúde, em geral.
- Frequência da procura de serviços de saúde.
- Conhecimento sobre doenças e precauções.
- Noções de risco e precauções.

Adoção de práticas seguras

- Uso de camisinha/ barreira com o companheiro(a) ou namorado(a), e com cliente.
- Resistências ao uso.
- Argumentos usados pelo resistente.
- Dificuldades na negociação do uso do preservativo
- Formas de contornar as dificuldades.
- Uso de preservativo feminino.

aids

- Representações e crenças sobre a doença e a pessoa doente.
- Conhecimento de pessoas com a doença e relacionamento com estas.

Substâncias Químicas

- Conhecimento de substâncias químicas.
- Experiência com substâncias químicas.
- Opiniões e expectativas sobre o uso de substâncias químicas.
- Uso de substâncias químicas no exercício profissional.
- Uso de substâncias químicas injetáveis.
- Conhecimento sobre serviços de atenção à usuários (as) de substâncias químicas.

Anexo 7

Roteiros para informante-chave – coordenador de Programa Estadual/Municipal

Recomendações:

- Leia atentamente este roteiro antes de dar início à entrevista;
- Exponha os objetivos e vínculos institucionais (NESP/MS) da pesquisa e os objetivos e dinâmica da entrevista;
- Deixe claro o caráter sigiloso da entrevista;
- Verifique o gravador, pilha e identifique a fita;
- Após ligar o gravador conte até cinco, e inicie a entrevista identificando o entrevistado conforme dados constantes no item 01 do ROTEIRO (identificação e apresentação).

Fale pouco, ouça muito, dirija a entrevista conforme o roteiro; adapte as perguntas ao vocabulário do entrevistado, não faça mais de uma pergunta ao mesmo tempo.

Perguntas sobre:

- a) Perfil epidemiológico das DST/HIV/aids, no estado/município;
- b) A relação dos serviços de referência no estado/município;
- c) A avaliação que faz sobre os RH disponíveis;
- d) A situação da assistência no município – atendimento, medicamentos e interfaces;
- e) Programas voltados para MPS
- f) ONG atuantes junto às MPS
- g) Projetos financiados pelo POA local;
- h) Sobre o relacionamento com as ONG – comunicação, trocas de experiência e aproveitamento;
- i) Sobre os números disponíveis que permitam estimar a proporção de mulheres nos serviços de atendimento e, dentre estas, o de MPS;
- j) Sobre os estabelecimentos que acolhem MPS com a síndrome – serviços e casas de apoio;
- k) Sobre os serviços para encaminhamentos garantidos pelo MS;

- l) Sobre a forma de avaliação das ações voltadas para a prevenção junto às MPS

Serviços

- Leia atentamente este roteiro antes de dar início à entrevista;
- Exponha os objetivos e vínculos institucionais (NESP/MS) da pesquisa e os objetivos e dinâmica da entrevista;
- Deixe claro o caráter sigiloso da entrevista;
- Verifique o gravador, pilha e identifique a fita;
- Após ligar o gravador conte até cinco, e inicie a entrevista identificando o entrevistado conforme dados constantes no item 01 do ROTEIRO (identificação e apresentação).

Fale pouco, ouça muito, dirija a entrevista conforme o roteiro; adapte as perguntas ao vocabulário do entrevistado, não faça mais de uma pergunta ao mesmo tempo

Perguntas sobre:

- a) A rotina de atendimento do serviço, especialmente às MPS;
- b) Avaliação das RH disponíveis;
- c) Condições da assistência prestada e encaminhamentos;
- d) Programas próprios voltados para MPS;
- e) ONG que mantêm parceria e/ou cooperação;
- f) Relacionamento com referidas ONG;
- g) Números disponíveis que permitam estimar a proporção de mulheres em atendimento e, dentre estas, o de MPS;
- h) Recursos sociais disponíveis para MPS – Serviço Social e casas apoio;
- i) Condições existentes para encaminhamentos garantidos pelo MS;
- j) Formas avaliação dos serviços prestados, especialmente no que se refere aos atendimentos às MPS.

Anexo 8

“Pesquisa de avaliação de efetividade das ações de prevenção dirigidas às profissionais do sexo em três regiões brasileiras”.

Termo de consentimento livre e esclarecido para participação na pesquisa - Inquérito Sorológico

Este termo deve se lido por cada candidata a participar do estudo. Caso a pessoa declare não saber ler, um integrante do grupo de pesquisa deve de maneira individual e em ambiente confidencial, lê-lo e explicá-lo na íntegra.

Objetivos do Projeto.

Este estudo é uma “Pesquisa de Avaliação da Efetividade das Ações de Prevenção Dirigidas às Profissionais do Sexo em Três Regiões Brasileiras”. O estudo é para se conhecer os resultados conseguidos pelo trabalho que grupos ou ONG vêm fazendo com mulheres profissionais do sexo, para prevenir doenças sexualmente transmitidas e a aids.

Procedimentos Utilizados.

A mulher que quiser participar do estudo vai:

1. Responder a um questionário com perguntas sobre problemas de saúde, comportamento, vida profissional e vida pessoal. As perguntas vão ser feitas por um (a) entrevistador(a), que vai anotá-las no questionário. **IMPORTANTE: SERÁ GARANTIDO O SIGILO ABSOLUTO, POR PARTE DOS(AS) PESQUISADORES(AS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE E NESP/UnB), DA ORIGEM DOS DADOS .**
2. Vai ser tirado um pouco de sangue. Este sangue é para fazer o exame das doenças aids, hepatite B e hepatite C e exames de sífilis. O sangue vai ser tirado por um(a) técnico(a) do serviço de saúde. **IMPORTANTE:** o resultado vai ser entregue pessoalmente à mulher no mesmo local da coleta de sangue: (endereço do CTA, que consta no cartão de recrutamento), e também é confidencial.

3. Depois do questionário e da tirada do sangue, a mulher vai receber R\$ 15,00 para lanche e transporte.
4. A mulher que não quiser participar do estudo vai receber igualmente informações sobre prevenção das DST/HIV/aids e sobre serviços de testagem e de assistência à saúde, sempre disponíveis na Rede Pública de Saúde (SUS).

Confidencialidade:

O questionário e os exames de sangue vão receber um número de código, sem o nome da pessoa. O resultado do estudo não vai identificar nenhuma pessoa.

Desconfortos, Riscos e Benefícios.

Para as mulheres que participarem:

- 1) A resposta do questionário vai durar 30 minutos. A aplicação do questionário vai ser feita para cada mulher, somente na presença do(a) entrevistador(a), em um lugar reservado.
- 2) A tirada de sangue vai ser feita por um(a)técnico(a) do serviço de saúde e dura 10 minutos. Vão ser tomados todos os cuidados para evitar qualquer risco. O sangue vai ser tirado em local com todas as condições de limpeza, higiene e esterilidade. Todo o material, como seringa, é descartável, quer dizer, usado só numa pessoa e depois jogada fora.
- 3) Antes de tudo, vai ser dado um aconselhamento para esclarecer qualquer dúvida a respeito dos exames e do que pode acontecer depois dos resultados.
- 4) Os resultados dos exames só serão entregues com a realização de aconselhamento.
- 5) O benefício direto para quem participa é que a pessoa vai receber um esclarecimento das dúvidas de quando e como tem risco de pegar doenças transmitidas pelo sexo e como prevenir.
- 6) Outro benefício é que os órgãos da saúde e as universidades vão poder saber o que é que está dando certo e o que é que está dando errado na prevenção das doenças. Com isto, todos os serviços poderão melhorar.
- 7) Sempre que um exame revelar doença, deverá ser garantido tratamento gratuito, pelo SUS, inclusive a usuárias de drogas injetáveis

Dúvidas.

Qualquer dúvida pode ser tirada na hora, com o(a) entrevistador(a) ou com o(a) técnico(a). Depois, pode procurar a seguinte pessoa:

- Katia Guimarães: Pesquisadora principal.

Nesp/UnB - SCLN 406, bloco A, sala 224. Brasília/DF

Telefax: 0xx 61 340-6863

Dados da coordenação local da Pesquisa

Consentimento.

Li todas as informações e tirei todas as dúvidas a respeito do estudo. Sei, também, que a minha participação é voluntária e que eu posso desistir mesmo depois de ter começado, sem que isto me traga qualquer prejuízo pessoal. Sei, ainda, que participando ou não participando, posso contar com o encaminhamento para atendimento nos serviços públicos de saúde.

Por tudo isso, concordo em participar.

Eu li este Termo e recebi as instruções que após assiná-lo, deverei dobrar, colocar em envelope, lacrar e receber uma segunda via deste Termo.

Quero receber os resultados dos seguintes exames:

- () HIV
- () Sífilis
- () Hepatites B e C
- () Nenhum deles

Local _____

Data ____ / ____ / ____

Assinatura da Participante:

Assinatura do(a) entrevistador(a):

Assinatura de uma testemunha, caso a participante não saiba ler e/ou escrever.

“Pesquisa de avaliação de efetividade das ações de prevenção dirigidas às profissionais do sexo em três regiões brasileiras”.

Termo de consentimento livre e esclarecido para participação na pesquisa – Entrevista Individual em Profundidade

Este termo deve se lido por cada candidata a participar do estudo. Caso a pessoa declare não saber ler, um integrante do grupo de pesquisa deve de maneira individual e em ambiente confidencial, lê-lo e explicá-lo na íntegra.

Objetivos do Projeto.

Este estudo é uma “Pesquisa de Avaliação da Efetividade das Ações de Prevenção Dirigidas às Profissionais do Sexo em Três Regiões Brasileiras”. O estudo é para se conhecer os resultados conseguidos pelo trabalho que grupos ou ONG vêm fazendo com mulheres profissionais do sexo, para prevenir doenças sexualmente transmitidas e a aids.

Procedimentos Utilizados.

A mulher que quiser participar vai:

5. Fazer uma entrevista individual com um(a) pesquisador(a). **IMPORTANTE: SERÁ GARANTIDO SIGILO ABSOLUTO, POR PARTE DOS(AS) PESQUISADORES(AS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE E NESP/UnB), DA ORIGEM DOS DADOS.**
6. Os temas da entrevista vão abranger as condições da vida profissional e da vida privada dela e os assuntos serão tratados de forma aprofundada.
7. Depois da entrevista, a mulher vai receber R\$ 15,00, para transporte e lanche.
8. A mulher que não quiser fornecer a entrevista vai receber igualmente informações sobre prevenção das DST/HIV/aids e sobre os serviços de testagem e de assistência à saúde, disponíveis na Rede Pública de Saúde (SUS).

Confidencialidade:

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido vai ser lacrado e nenhuma mulher participante do grupo

será identificada ou associada ao que ela disser na entrevista.

Desconfortos, Riscos e Benefícios.

Para a mulher que conceder a entrevista:

- 1) A entrevista vai durar, mais ou menos, 2 horas, e será gravada em fita.
- 2) Após a entrevista, a mulher receberá esclarecimentos sobre as dúvidas que ainda tiver sobre DST/HIV/aids, direitos humanos e civis.
- 3) O resultado do estudo deverá contribuir para aumentar a efetividade das ações de intervenção e, com isso, beneficiar toda a comunidade.

Dúvidas.

Qualquer dúvida pode ser tirada na hora, com o(a) entrevistador(a) ou com o(a) técnico(a). Depois, pode procurar a seguinte pessoa:

- Katia Guimarães: Pesquisadora principal.

Nesp/UnB - SCLN 406, bloco A, sala 224. Brasília/DF

Telefax: 0xx 61 340-6863

- Dados da coordenação local da Pesquisa

Consentimento.

Li todas as informações e tirei todas as dúvidas a respeito do estudo. Sei, também, que a minha participação é voluntária e que eu posso desistir mesmo depois de ter começado, sem que isto me traga qualquer prejuízo pessoal. Sei, ainda, que participando ou não participando, posso contar com o encaminhamento para atendimento nos serviços públicos de saúde.

Por tudo isso, concordo em participar.

Eu li este termo e recebi as instruções que após assiná-lo, deverei dobrar, colocar em envelope, lacrar e receber uma segunda via deste Termo.

Local _____

Data ____ / ____ / ____

Assinatura da Participante: _____

Assinatura do(a) entrevistador(a): _____

Assinatura de uma testemunha, caso a participante não saiba ler e/ou escrever.

“Pesquisa de avaliação de efetividade das ações de prevenção dirigidas às profissionais do sexo em três regiões brasileiras”.

Termo de consentimento livre e esclarecido para participação na pesquisa - Grupo Focal para Avaliação das Práticas Educativas

Este termo deve ser lido por cada candidata a participar do estudo. Caso a pessoa declare não saber ler, um integrante do grupo de pesquisa deve de maneira individual e em ambiente confidencial, lê-lo e explicá-lo na íntegra.

Objetivos do Projeto.

Este estudo é uma “Pesquisa de Avaliação da Efetividade das Ações de Prevenção Dirigidas às Profissionais do Sexo em Três Regiões Brasileiras”. O estudo é para se conhecer os resultados conseguidos pelo trabalho que grupos ou ONG vêm fazendo com mulheres profissionais do sexo, para prevenir doenças sexualmente transmitidas e a aids.

Procedimentos Utilizados.

A mulher que quiser participar do estudo vai:

9. Fazer parte de um grupo de discussão com outras mulheres, mais um(a) pesquisador(a) e um ajudante. **IMPORTANTE: SERÁ GARANTIDO SIGILO ABSOLUTO, POR PARTE DOS(AS) PESQUISADORES(AS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE E NESP/UnB), DA ORIGEM DOS DADOS.**
10. A discussão vai ser sobre a participação delas na ação de intervenção que está sendo estudada, o que foi feito, se valeu a pena, o que elas aprenderam, o que acham e o que sugerem.
11. Depois do grupo, a mulher vai receber R\$ 15,00, para transporte e lanche.
12. A mulher que não quiser participar do estudo vai receber igualmente informações sobre prevenção das DST/HIV/aids e sobre os serviços de testagem e de assistência à saúde, disponíveis na Rede Pública de Saúde (SUS).

Confidencialidade:

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido vai ser lacrado e nenhuma mulher participante do grupo será identificada ou associada ao que ela disser na discussão.

Desconfortos, Riscos e Benefícios.

Para as mulheres que participarem:

- 3) A discussão do grupo vai durar, mais ou menos, 2 horas, e será gravada em fita.
- 4) A mulher terá oportunidade de conferir e melhorar os seus conhecimentos sobre doenças sexualmente transmitidas e como evitá-las.
- 3) O resultado do estudo deverá contribuir para aumentar a efetividade das ações de intervenção e, com isso, beneficiar toda a comunidade.

Dúvidas.

Qualquer dúvida pode ser tirada na hora, com o(a) entrevistador(a) ou com o(a) técnico(a). Depois, pode procurar a seguinte pessoa:

- Katia Guimarães: Pesquisadora principal.

Nesp/UnB - SCLN 406, bloco A, sala 224. Brasília/DF

Telefax: 0xx 61 340-6863

- Dados da coordenação Local da Pesquisa

Consentimento.

Li todas as informações e tirei todas as dúvidas a respeito do estudo. Sei, também, que a minha participação é voluntária e que eu posso desistir mesmo depois de ter começado, sem que isto me traga qualquer prejuízo pessoal. Sei, ainda, que participando ou não participando, posso contar com o encaminhamento para atendimento nos serviços públicos de saúde.

Por tudo isso, concordo em participar.

Eu li este Termo e recebi as instruções que após assiná-lo, deverei dobrar, colocar em envelope, lacrar e receber uma segunda via deste Termo.

Local _____

Data ____ / ____ / ____

Assinatura da Participante: _____

Assinatura do(a) entrevistador(a): _____

Assinatura de uma testemunha, caso a participante não saiba ler e/ou escrever. _____

Glossário geral de termos

Acurácia – o mesmo que validade. É a capacidade de um teste diagnóstico proporcionar resultados que correspondam aos verdadeiros valores do que está sendo medido ou de um estudo epidemiológico medir adequadamente o que se pretende medir.

Análise bivariada – análise de um evento levando em consideração, simultaneamente, duas variáveis. Um exemplo é a análise do uso do preservativo segundo o tipo de grupo (com ou sem exposição a uma intervenção educativa).

Análise multivariada – é um conjunto de técnicas estatísticas empregadas quando se quer verificar o efeito simultâneo de duas ou mais variáveis, chamadas “independentes”, sobre uma variável de desfecho, chamada “dependente”.

Associação estatística – é uma relação quantitativa entre duas variáveis ou dois eventos, podendo ter ou não uma relação de causa e efeito.

Coefficiente de incidência – é o número de casos novos de determinada doença ou agravo à saúde, em um período definido de tempo, dividido pelo número de pessoas expostas ao risco de ter aquela doença ou agravo.

Coefficiente de prevalência – é o número de pessoas portadoras de determinada doença ou agravo, em um determinado momento ou em um curto período de tempo, independente do momento em que surgiu a doença, dividido pelo número das pessoas expostas ao risco de ter aquela doença ou agravo.

Efetividade – é o quanto uma determinada intervenção ou procedimento resulta em benefícios, quando aplicada em condições habituais de uso e não em condições ideais, caso em que se trata da eficácia.

Fatores de confundimento – o mesmo que fator ou variável de confusão. É a variável que gera erros ou confusão de interpretação dos resultados da investigação, na qual uma associação causal verificada entre duas variáveis é distorcida pela presença de uma terceira variável, que não foi levada em consideração e que modifica tal relação. Toda possível variável de confundimento deve ser controlada na análise, para neutralizar seus efeitos.

Marketing social – é a utilização, com fins sociais, de técnicas de divulgação, informação e venda de um produto a preços reduzidos, para difundi-lo e garantir que ele chegue efetivamente a uma população. A principal diferença entre o marketing social e o comercial é o preço. O marketing social visa a beneficiar populações socialmente mais carentes, facilitando o acesso desses segmentos ao produto e tem sido amplamente utilizada em relação ao uso do preservativo, na área da prevenção às DST/aids e planejamento familiar.

Morbidade – é o quanto uma determinada doença ou agravo está presente em uma população específica. Pode ser medida em termos do número de casos novos (incidência) ou atuais (prevalência).

Odds Ratio (OR) – o mesmo que “razão de produtos cruzados”, “razão de chances” e outros termos. Constitui uma estimativa do risco relativo sendo este último apenas proporcionado, a rigor, pelos estudos de coorte. O OR corresponde a uma medida de risco, em que a chance de exposição em casos é comparada com a chance de exposição dos controles.

Valor p – estimativa estatística ou probabilidade de que um resultado é decorrente do acaso. Em geral, arbitra-se como critério indicativo de que uma diferença é significativa um valor de p igual ou menor que 5% ($p < 0,05$), após a aplicação de um teste de hipóteses.

Pareamento – é a constituição de pares de elementos com características definidas semelhantes, de forma a conseguir a equiparação de dois grupos de comparação. Pode ser realizado na seleção de indivíduos (geralmente

nos estudos de caso-controle) ou na análise de dados, em outros estudos.

Potência estatística do estudo (ou poder) – é o poder de um estudo em detectar diferenças ou associações quando de fato elas existem além de qualquer dúvida razoável e do efeito do acaso (ou erro aleatório). Quando o teste não consegue detectar tais diferenças, fala-se em erro tipo II ou erro β .

Randomização – processo de alocação dos sujeitos que comporão os grupos de estudo, no qual todos os elementos da população de estudo têm a mesma probabilidade ou chance de serem incluídos em qualquer dos grupos, isto é, a alocação é feita de maneira aleatória.

Regressão logística – é um tipo de análise multivariada. Na regressão logística, utiliza-se um modelo matemático baseado em logaritmos, no qual a variável dependente é expressa de forma categórica e dicotômica e as variáveis independentes podem ser contínuas ou categóricas.

Viés – erro ou tendenciosidade de um estudo que atenta contra a validade dos resultados, introduzido em qualquer fase (seleção, aferição, análise dos resultados etc), o qual não é devido ao efeito do acaso.

Viés de seleção – corresponde a um erro cometido na escolha da população objeto de estudo ou dos elementos que irão compor a amostra.

Lista de tabelas, quadros e figuras

Lista de Tabelas

1 – Distribuição das mulheres participantes da pesquisa, segundo o sítio e o grupo _____	25
2 – Distribuição (%) das mulheres profissionais dos grupos de intervenção e de comparação, segundo faixa etária e região ____	27
3 – Distribuição (%) das mulheres profissionais dos grupos de intervenção e de comparação, segundo escolaridade e região__	27
4 – Distribuição (%) das mulheres profissionais dos grupos de intervenção e de comparação, segundo renda mensal e região	27
5 – Distribuição (%) das mulheres profissionais dos grupos de intervenção e de comparação, segundo tempo de profissão e região _____	27
6 – Distribuição (%) das mulheres profissionais dos grupos de intervenção e de comparação, segundo local de trabalho e região_____	28
7 – Distribuição (%) das mulheres profissionais dos grupos de intervenção e de comparação, segundo o número de programas semanal e região _____	29
8 – Distribuição (%) das mulheres profissionais do sexo, segundo variáveis sociais, em cada região pesquisada _____	29
9 – Proporção de atendimento à demanda dos clientes, segundo a frequência e tipo de prática sexual, por grupo – intervenção e de comparação _____	35
10 – Distribuição (%) das mulheres profissionais do sexo que atendem à demanda dos clientes, segundo a frequência de atendimento e o tipo de prática sexual, por região _____	35
11 – Prevalência de alguns indicadores comportamentais, segundo grupo e região _____	37
12 – Prevalência do uso de drogas, em cada grupo pesquisado _____	39
13 – Prevalência do conhecimento e uso do preservativo feminino, segundo grupo e região _____	40
14 – Prevalência de alguns indicadores de acesso a serviços de saúde, segundo grupo e região _____	42
15 – Prevalência (%) de mulheres do grupo de intervenção e de comparação que referiram usar o preservativo em todos os programas, nos últimos 6 meses anteriores à entrevista, por sítio da pesquisa _____	44
16 a – Prevalência (%) do uso consistente do preservativo com clientes, nos últimos 6 meses anteriores à entrevista, segundo grupo e região _____	45
17 – Prevalência do uso consistente do preservativo com clientes, segundo variáveis sociais, nos grupos de Intervenção e controle, _____	46
18 – Prevalência do uso consistente do preservativo com clientes, segundo uso de drogas _____	49
19 – Prevalência do uso consistente do preservativo com clientes, para cada tipo de droga pesquisada quanto ao uso nos últimos seis meses _____	50
20 – Prevalência do uso consistente do preservativo com clientes, segundo algumas práticas sexuais _____	50
21 – Prevalência do uso consistente do preservativo com clientes, segundo acesso a serviços de Saúde _____	50
22 – Prevalência do uso consistente do preservativo com clientes, segundo conhecimento sobre prevenção das DST e transmissão do HIV e percepção de risco – grupo de Intervenção e de comparação _____	51
23 – Percentual de profissionais do sexo que responderam afirmativamente que o meio apontado é um meio de transmissão do HIV (respostas corretas) – por grupo e por região _____	54
24 – Percentual de profissionais do sexo que responderam negativamente que o meio apontado é um meio de transmissão do HIV (respostas corretas) – por grupo e por região _____	55

25 – Número e Percentual de mulheres profissionais do sexo que concordaram com as afirmações feitas, por grupo	56
26– Prevalência (%) do HIV, sífilis, hepatites B e C e incidência anual do HIV entre mulheres profissionais do sexo	58
27– Prevalência (%) do HIV, sífilis, hepatites B e C e incidência anual do HIV entre mulheres profissionais do sexo, por região	58
28 – Prevalência (%) do HIV nos grupos de intervenção e de comparação, por sítio da pesquisa	58
29– Prevalência do HIV, segundo variáveis sociais	61
30 – Prevalência do HIV, segundo comportamentos sexuais e uso de drogas	62
31 – Prevalência do HIV, segundo positividade para outras DST	62
ANEXO II - Parte 1 - dados da amostra geral de profissionais do sexo	78
1 – Distribuição das mulheres profissionais do sexo, segundo variáveis sociais	78
2 – Proporção de atendimento à demanda dos clientes, segundo a frequência e tipo de prática sexual	79
3 – Prevalência de alguns indicadores comportamentais entre as mulheres profissionais do sexo	79
4 – Prevalência do uso de drogas entre as mulheres profissionais do sexo	79
5 – Prevalência de alguns indicadores de acesso a serviços de saúde, entre as mulheres profissionais do sexo	80
6 – Percentual de profissionais do sexo que responderam que os meios citados são formas de transmissão do HIV	80
7 – Número e Percentual de mulheres profissionais do sexo que concordaram com as afirmações feitas	80
8 – Prevalência (%) do HIV, sífilis, hepatites B e C e Incidência anual do HIV entre mulheres profissionais do sexo	80
Parte 2 - dados da amostra de profissionais do sexo do rio de janeiro	81
1 – Distribuição das mulheres profissionais do sexo, segundo variáveis sociais	81
2 – Proporção de atendimento à demanda dos clientes, segundo a frequência e tipo de prática sexual	82
3 – Prevalência de alguns indicadores comportamentais entre as mulheres profissionais do sexo	82
4 – Prevalência do uso de drogas entre as mulheres profissionais do sexo	82
5 – Prevalência de alguns indicadores de acesso a serviços de saúde, entre as mulheres profissionais do sexo	83
6 – Percentual de profissionais do sexo que responderam que os meios citados são formas de transmissão do HIV	83
7 – Número e Percentual de mulheres profissionais do sexo que concordaram com as afirmações feitas	83
8 – Prevalência (%) do HIV, sífilis, hepatites B e C e Incidência anual do HIV entre mulheres profissionais do sexo	83

Lista de quadros

1 – Sumário da seleção via método Forward	53
2 – Estimativas de máxima verossimilhança dos coeficientes do modelo	53
3 – TESTE DE AJUSTE DE HOSMER E LEMESHOW	53

Lista de mapas

1 – Prevalência (%) do HIV nos grupos com intervenção e de comparação, por sítio da pesquisa	59
2 – Prevalência (%) de sífilis nos grupos com intervenção e de comparação, por sítio da pesquisa	59
3 – Prevalência (%) do HBV nos grupos com intervenção e de comparação, por sítio da pesquisa	59
4 – Prevalência (%) do HCV nos grupos com intervenção e de comparação, por sítio da pesquisa	59

Lista de figuras

1 – Percentuais (estimados e observados) de uso consistente do preservativo com clientes por Idade	47
2 – Percentuais (estimados e observados) de uso consistente do preservativo com clientes por Tempo de Estudo	47
3 – Percentuais (estimados e observados) de uso consistente do preservativo com clientes por Renda Média	48
4 – Percentuais (estimados e observados) de uso consistente do preservativo com clientes por Tempo de Profissão	48

