

Fonte habitual de cuidado em saúde e o uso de serviços de saúde sexual e reprodutiva entre mulheres trabalhadoras do sexo no Brasil

Usual source of healthcare and use of sexual and reproductive health services by female sex workers in Brazil

Fuente habitual de cuidado de salud y el uso de los servicios de salud sexual y reproductiva entre mujeres trabajadoras sexuales en Brasil

Talita Castro Garcia Matteoni ¹

Laio Magno ^{1,2}

Carla Gianna Luppi ³

Alexandre Grangeiro ⁴

Celia Landmann Szwarcwald ⁵

Inês Dourado ¹

doi: 10.1590/0102-311X00188120

Resumo

Ter uma fonte habitual de cuidado pode melhorar o acesso a serviços de saúde e ações de prevenção. Assim, o objetivo foi estimar a proporção e fatores associados à fonte habitual de cuidado entre mulheres trabalhadoras do sexo. É um inquérito sociocomportamental com 4.328 mulheres trabalhadoras do sexo, \geq 18 anos, realizado em 12 cidades brasileiras. Essas mulheres foram recrutadas pelo método respondent-driven sampling (RDS). Foi realizada uma análise descritiva do perfil das mulheres trabalhadoras do sexo que possuíam fonte habitual de cuidado e investigada sua associação aos indicadores de acesso à prevenção do HIV e à saúde reprodutiva. Utilizou-se como medidas de efeito o odds ratio (OR) ajustado em um modelo de regressão logística. Os dados foram ponderados pelo estimador RDS-II. Referiram ter fonte habitual de cuidado, 71,5% das mulheres trabalhadoras do sexo e, destas, 54,3% indicaram a atenção primária à saúde (APS) como a principal fonte habitual de cuidado. Entre as mulheres trabalhadoras do sexo com idades de 18-24 anos, observou-se associação entre a fonte habitual de cuidado e a realização de exame de preventivo ginecológico (OR = 2,27; IC95%: 1,66-3,12), realização de sete ou mais consultas de pré-natal (OR = 2,56; IC95%: 1,30-5,03) e utilização de método contraceptivo (OR = 1,64; IC95%: 1,09-2,46). Entre as mulheres trabalhadoras do sexo com idade \geq 25 anos, verificou-se associação entre a fonte habitual de cuidado e a participação em palestras sobre infecções sexualmente transmissíveis (IST) (OR = 1,45; 1,12-1,89), conhecimento prévio de profilaxia pós-exposição (OR = 1,32; IC95%: 1,02-1,71) e realização de exame de preventivo ginecológico (OR = 1,92; IC95%: 1,54-2,40). Os resultados deste estudo mostraram que as mulheres trabalhadoras do sexo têm a APS como principal fonte habitual de cuidado. Além disso, a fonte habitual de cuidado pode impactar nos cuidados e ações em relação à saúde reprodutiva e à prevenção de HIV e IST nessa população.

Profissionais do Sexo; Saúde da Mulher; Atenção Primária à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Saúde Sexual e Reprodutiva

Correspondência

L. Magno

Departamento de Ciências da Vida, Universidade do Estado da Bahia.

Rua Silveira Martins 2555, Salvador, BA 41000-150, Brasil.
laiomagnoss@gmail.com

¹ Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.

² Departamento de Ciências da Vida, Universidade do Estado da Bahia, Salvador, Brasil.

³ Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil.

⁴ Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

⁵ Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.



Introdução

A fonte habitual de cuidado pode ser definida como a procura pelo mesmo serviço ou mesmo profissional de saúde diante de um problema ou necessidade de saúde ¹. Estudos apontam que a fonte habitual de cuidado pode reduzir custos com hospitalização, aumentar a cobertura de ações de prevenção e promoção da saúde, melhorar o acesso oportuno aos cuidados de saúde e viabilizar a oferta de cuidados mais equitativos para indivíduos e populações ^{2,3}. É associada com a longitudinalidade e a continuidade do cuidado em saúde, facilitando a integralidade do cuidado ^{4,5}.

No contexto individual, estudos reportam importantes resultados entre aqueles que relatam uma fonte habitual de cuidado como a melhor avaliação do estado de saúde e das experiências de cuidado prestadas pelos serviços ⁶, maior qualidade quanto à acessibilidade, utilização dos serviços e continuidade da assistência, inclusive pelos serviços da atenção primária ⁷, realização de consultas anuais de saúde por adolescentes ⁸ e maior chance de realização de exame de mamografia anual entre as mulheres ⁹.

No Brasil, dados da *Pesquisa Nacional de Saúde* (PNS) de 2013 estimou em 74,5% a proporção de indivíduos com fonte habitual de cuidado, e uma associação com melhor autopercepção de saúde e menor procura por serviços de urgência e emergência ¹⁰. Contudo, não existem dados sobre fonte habitual de cuidado entre as populações mais vulneráveis socialmente, a exemplo de mulheres trabalhadoras do sexo.

A população de mulheres trabalhadoras do sexo estimada no Brasil é de 0,8% da população feminina entre 15 e 49 anos ¹¹. Essa população quando comparada às mulheres da população geral, apresenta uma maior necessidade de cuidado de saúde, taxas desproporcionalmente mais elevadas de morbidade específica, como HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) ¹². Associam-se ao perfil dessa população, baixa escolaridade, piores condições socioeconômicas e de trabalho, práticas sexuais de maior risco de infecção por HIV e uso de drogas ^{13,14}.

Os problemas de saúde mais frequentes entre mulheres trabalhadoras do sexo são os relacionados à saúde sexual e reprodutiva, como aborto, gravidez não planejada, situações relacionadas à saúde materna e IST, sendo também comuns questões relacionadas à saúde mental, decorrentes da exposição às situações de violência física e sexual ^{15,16}. Também são observadas associações com fatores que aumentam a vulnerabilidade estrutural, como a criminalização das casas comerciais de prostituição, a instabilidade residencial, a violência, a discriminação e estigmatização do trabalho sexual e nos serviços de saúde ^{17,18}. Destacam-se, nesse mesmo contexto, as barreiras no acesso aos serviços de prevenção do HIV e aos cuidados adequados de saúde ^{19,20}.

As principais barreiras de acesso aos serviços de saúde encontradas por mulheres trabalhadoras do sexo, relatadas pela literatura, são aquelas relacionadas aos cuidados em saúde sexual e reprodutiva, falta de recursos financeiros, vergonha de buscar os serviços de saúde, discriminação dos profissionais de saúde e distância entre suas residências e os serviços ²¹.

Diante da necessidade de cuidados de saúde das mulheres trabalhadoras do sexo e da importância de possuir uma fonte habitual de cuidado para diminuir as barreiras de acesso, este estudo tem como objetivo estimar a proporção e fatores associados à fonte habitual de cuidado entre mulheres trabalhadoras do sexo.

Metodologia

Desenho e população do estudo

Os dados deste estudo são provenientes de um inquérito realizado com 4.328 mulheres trabalhadoras do sexo de 12 cidades do Brasil, de julho a novembro de 2016. O inquérito teve como objetivo estimar a prevalência de HIV, sífilis e hepatites B e C, e monitorar as práticas de risco para estas infecções. As 12 cidades foram escolhidas pelo então Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, Aids e Hepatites Virais (DIAHV) do Ministério da Saúde, devido a critérios geográficos e à relevância epidemiológica da epidemia de HIV/aids nestes municípios ^{22,23}. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz; parecer nº 1.338.989). Todas as

participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, sendo garantido o anonimato, a voluntariedade e a possibilidade de saída dos sujeitos da pesquisa a qualquer momento do estudo.

Processo amostral

O tamanho mínimo da amostra foi estabelecido em 350 mulheres trabalhadores do sexo para cada cidade, e estas mulheres foram recrutadas pelo método *respondent-driven sampling* (RDS) em que as próprias participantes recrutaram suas conhecidas ²⁴.

As primeiras participantes, denominadas “sementes”, foram selecionadas pelos pesquisadores de modo a representar a heterogeneidade da população de mulheres trabalhadoras do sexo, segundo condições demográficas e socioeconômicas. A seleção das sementes foi feita após a realização de pesquisa formativa qualitativa por meio da execução de entrevistas em profundidade e grupos focais com mulheres trabalhadoras do sexo, para estabelecer a organização logística do estudo em cada cidade. Entre 5 e 10 sementes iniciaram o recrutamento nas cidades do estudo e cada semente, depois cada participante recebeu 3 convites para convidar mulheres trabalhadoras de sexo de sua rede de contato (cadeias de recrutamento) ²⁵. Os critérios de inclusão foram: mulheres com idade ≥ 18 anos, que reportaram pelo menos uma relação sexual em troca de dinheiro nos últimos 4 meses e apresentaram um convite válido para a participação na pesquisa.

Para o sucesso no recrutamento, o RDS requer um sistema de incentivos primários e secundários. O incentivo primário foi composto de: kit de beleza (bolsa contendo espelho, esmalte, batom, preservativos masculino e feminino e gel lubrificante), lanche e reembolso de R\$ 30,00 pelo transporte. O incentivo secundário foi de R\$ 15,00 como forma de ressarcimento para cada pessoa recrutada (máximo de três).

A coleta de dados foi realizada em unidades públicas de saúde, localizados nas respectivas cidades. As participantes responderam a um questionário, aplicado por entrevistadores treinados, contendo variáveis sociodemográficas; conhecimentos sobre IST; acesso a apoio social; acesso a material educativo e preventivo de IST; frequência de testes para HIV, sífilis e hepatites B e C; acesso e assistência à saúde; práticas sexuais; uso de álcool e drogas; e histórico de discriminação.

Variáveis

A fonte habitual de cuidado foi definida por intermédio da seguinte pergunta: “Você costuma procurar o mesmo lugar, mesmo médico ou mesmo serviço de saúde quando precisa de atendimento de saúde?” (sim, não). Os serviços de saúde relatados como fonte habitual de cuidado foram categorizados em: (i) atenção primária à saúde (APS) (posto de saúde ou unidade de saúde da família); (ii) serviços especializados públicos (serviço de atenção especializada, centro de especialidades, policlínicas e ambulatório de hospital público); (iii) serviços privados (consultório particular e médico, ou profissional de saúde da casa comercial onde trabalha como mulheres trabalhadoras do sexo); (iv) emergência pública e privada (Unidade de Pronto Atendimento – UPA, ou outra unidade de pronto-atendimento ou emergência de hospital privado); e (v) nenhum (não possui uma fonte habitual de cuidado ou referiu farmácia como fonte).

A análise foi realizada em duas etapas. Na primeira, buscou-se conhecer o perfil das mulheres que possuem fonte habitual de cuidado e, em seguida, aquelas que tinham uma fonte habitual de cuidado foram analisadas segundo as características das mulheres trabalhadoras de sexo, considerando-se três dimensões: (i) sociodemográficas e características do trabalho sexual: idade (18-24 e ≥ 25 anos), cor da pele (branca, preta, parda e outra), escolaridade (Elementar/Fundamental e Ensino Médio completo ou mais), renda (R\$ 1,00-500,00, R\$ 501,00-1.000,00 e $>$ R\$ 1.000,00), principal local de trabalho sexual (estabelecimentos comerciais e pontos de rua); (ii) participação em organizações não governamentais (ONG) de defesa de direitos humanos de mulheres trabalhadoras do sexo (não, sim); e (iii) violação de direitos humanos: relato de discriminação no serviço de saúde por ser trabalhadora do sexo (não, sim) e mudança no atendimento nos serviços de saúde quando revela que é mulher trabalhadora do sexo (não, sim).

Na segunda etapa, foi analisado se a fonte habitual de cuidado esteve associada a um maior acesso à saúde, considerando a prevenção do HIV e a saúde reprodutiva. Os indicadores considerados para

a prevenção do HIV foram: participação em palestras sobre IST/HIV nos últimos 6 meses (não, sim), recebeu camisinha masculina nos últimos 6 meses (não, sim), recebeu camisinha feminina nos últimos 6 meses (não, sim), realizou teste de HIV alguma vez na vida (não, sim), conhecimento da profilaxia pós-exposição – PEP (não, sim). Os indicadores de uso de serviços de saúde reprodutiva foram definidos como: realização de exame de preventivo para câncer de colo de útero (nunca/mais de 2 anos e menos de 2 anos); número de consultas de pré-natal (< 7 e ≥ 7) referente à gravidez nos últimos dois anos; e utilização de método contraceptivo (exclui preservativo) no momento da pesquisa (pílula anti-concepcional, diafragma, dispositivo intrauterino e anticoncepcional injetável (não, sim).

Análise estatística

A análise dos dados levou em consideração o desenho complexo de amostragem do recrutamento por RDS, ou seja, a dependência entre as observações resultantes das cadeias de recrutamento e das probabilidades desiguais de seleção. A pergunta no questionário que mediu o tamanho da rede de contatos de cada mulheres trabalhadores do sexo foi: “Quantas trabalhadoras do sexo que trabalham aqui na cidade você conhece pessoalmente, isto é, que você as conhece e elas conhecem você?”. A amostra foi ponderada pelo estimador RDS-II²⁶. A análise foi conduzida no programa Stata versão 14 (<https://www.stata.com>). Detalhes do procedimento de ponderação foram descritos por Damascena et al.²⁵.

Para conhecer o perfil das mulheres trabalhadoras do sexo que possuem uma fonte habitual de cuidado foi realizada uma análise descritiva da frequência ponderada, com estimativa de seus respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%). Para a análise da associação entre a fonte habitual de cuidado e as variáveis do estudo utilizou-se como medida de efeito o *odds ratio* (OR) e seus respectivos IC95%. Foram incluídas no modelo final as variáveis com valor de $p \leq 0,20$ na análise bivariada. Foram realizados dois modelos multivariados estratificados por idade de 18-24 anos e ≥ 25 anos, uma vez que observou-se diferença entre ter uma fonte habitual de cuidado e faixa etária: (i) modelo com os indicadores de medidas de prevenção de IST e HIV, e (ii) modelo com os indicadores de uso de serviços de saúde reprodutiva.

Resultados

Do total de 4.328 mulheres trabalhadoras do sexo recrutadas, foram excluídas 83 sementes do RDS, pois foram escolhidas intencionalmente pelos pesquisadores, e 4.245 mulheres trabalhadoras do sexo (98,1%) entraram na análise. A maioria das mulheres trabalhadoras do sexo recrutadas era: maior de 25 anos (66,3%); de raça/cor da pele autodeclarada como parda (52,3%); com grau de escolaridade até Ensino Médio completo ou mais (52,2%); com renda mensal até R\$ 1.000,00 (56,2%) (dados não mostrados).

A fonte habitual de cuidado foi referida por 71,5% (IC95%: 69,59-73,29) das mulheres trabalhadoras do sexo, e mais da metade (54,31%) referiram a APS como o principal tipo de fonte habitual de cuidado. No que diz respeito aos indicadores de prevenção de IST e HIV, a maioria recebeu camisinha masculina (81,9%) e realizou teste de HIV alguma vez na vida (77,5%), e uma minoria participou de palestras (24,4%), recebeu camisinha feminina (33,6%), e conhecia PEP (31,1%). No que se refere aos indicadores de uso de serviços de saúde reprodutiva, 51,5% das mulheres trabalhadoras do sexo realizaram exame preventivo para câncer de colo de útero nos últimos 2 anos, 59,3% realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal quando foram gestantes nos últimos 2 anos e 53,3% utilizaram métodos contraceptivos, excluindo preservativos (Tabela 1).

A proporção de ter uma fonte habitual de cuidado foi maior em mulheres trabalhadoras do sexo com: 25 anos ou mais (73,1%); com cor da pele parda (72,8%); renda entre R\$ 501,00 e R\$ 1.000,00 (75,1%). No que se refere aos indicadores de prevenção das IST e HIV, ter uma fonte habitual de cuidado foi mais frequente entre mulheres trabalhadoras do sexo que: participaram de palestras sobre HIV/IST nos últimos 6 meses (77,8%); receberam camisinha masculina nos últimos 6 meses (72,6%) ou feminina nos últimos 6 meses (75,6%); conheciam a PEP (75,9%) e realizaram teste de HIV alguma vez na vida (73,1%). Em relação ao uso de serviços de saúde reprodutiva, a fonte habitual de cuidado

Tabela 1

Fonte habitual de cuidado, tipos de fonte habitual de cuidado, indicadores de prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (IST) e HIV, e indicadores de uso de serviços de saúde reprodutiva entre mulheres trabalhadoras do sexo de 12 cidades brasileiras, 2016.

Variáveis	n	N	% *	IC95%
Fonte habitual de cuidado	2.965	4.265	71,5	69,59-73,29
Tipo de fonte habitual de cuidado				
Atenção primária à saúde	2.221	4.253	54,3	52,30-56,31
Serviços especializados públicos	220	4.253	4,64	3,91-5,49
Serviços privados	226	4.253	4,92	4,14-5,83
Emergência pública e privada	288	4.253	6,34	5,43-7,38
Nenhum	1.298	4.253	29,8	27,94-31,70
Indicadores de prevenção das IST e HIV				
Participou de palestras nos últimos 6 meses	1.173	4.281	24,4	22,7-26,1
Recebeu camisinha masculina nos últimos 6 meses	3.549	4.292	81,9	80,3-83,4
Recebeu camisinha feminina nos últimos 6 meses	1.494	4.281	33,6	31,6-35,5
Realizou teste de HIV na vida	3.468	4.292	77,5	75,8-79,1
Conhecimento prévio de PEP	1.395	4.255	31,1	29,3-33,0
Indicadores de uso de serviços de saúde reprodutiva				
Realização de exame de preventivo ginecológico há menos de 2 anos	2.277	4.260	51,5	49,5-53,5
Utilização de método contraceptivo	1.598	3.098	53,3	50,9-55,7
≥ 7 consultas de pré-natal referentes à gravidez nos últimos 2 anos	297	522	59,3	53,64-64,76

IC95%: intervalo de 95% de confiança; PEP: profilaxia pós-exposição.

* Ponderado pelo estimador RDS-II.

foi mais frequente entre aquelas que realizaram exame preventivo para câncer de colo de útero com menos de 2 anos (78,6%), realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal quando foram gestantes nos dois anos anteriores à pesquisa (80%) e utilizaram métodos contraceptivos (70,7%) (Tabela 2).

Na análise multivariada, entre as mulheres trabalhadoras do sexo com idades de 18 a 24 anos, observou-se associação entre a fonte habitual de cuidado e a realização de exame de preventivo ginecológico (OR = 2,27; IC95%: 1,66-3,12), realização de sete ou mais consultas de pré-natal referentes à gravidez nos últimos dois anos (OR = 2,56; IC95%: 1,30-5,03) e utilização de método contraceptivo (OR = 1,64; IC95%: 1,09-2,46). Nessa faixa etária, observou-se também associação limítrofe entre a fonte habitual de cuidado e a participação em palestras sobre IST nos últimos seis meses (OR = 1,40; IC95%: 0,99-2,07). Entre as mulheres trabalhadoras do sexo com idade igual ou maior que 25 anos, verificou-se associação entre a fonte habitual de cuidado e a participação em palestras sobre IST nos últimos seis meses (OR = 1,45; IC95%: 1,12-1,89), conhecimento prévio de PEP (OR = 1,32; IC95%: 1,02-1,71) e realização de exame de preventivo ginecológico (OR = 1,92; IC95%: 1,54-2,40). Nessa faixa etária, observou-se também associação limítrofe entre a fonte habitual de cuidado e receber camisinha feminina nos últimos seis meses (OR = 1,28; IC95%: 1,00-1,64) e realizar teste de HIV na vida (OR = 1,34; IC95%: 1,00-1,82) (Tabela 3).

Discussão

Este estudo demonstrou elevada proporção de ter uma fonte habitual de cuidado entre mulheres trabalhadoras do sexo no Brasil, sendo predominantemente em serviços de APS, resultado muito semelhante àquele encontrado para a população em geral na última PNS ¹⁰. Esse fenômeno pode ser compreendido por conta da ampliação da APS nos últimos anos como a entrada preferencial do SUS, que está presente nos mais distantes locais do território brasileiro ²⁷, contando com equipes de agentes comunitários em locais de difícil acesso ²⁸ e profissionais de saúde treinados nos cuidados

Tabela 2

Fonte habitual de cuidado segundo indicadores de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e HIV e de serviços de saúde reprodutiva entre mulheres trabalhadoras do sexo de 12 cidades brasileiras, 2016.

Variáveis	N *	% **	valor de p
Sociodemográficas			
Idade (anos)			
18-24	1.267	68,34	
≥ 25	2.977	73,06	0,02
Raça/Cor da pele			
Branca	933	69,87	
Preta	955	71,05	
Parda	2.159	72,81	
Outra (amarela, indígena)	196	65,4	0,3
Escolaridade			
Elementar/Fundamental incompleto	1.950	71,93	
Ensino Médio completo e mais	2.254	71,05	0,63
Renda			
R\$ 1,00-500,00	1.015	69,72	
R\$ 501,00-1.000,00	1.126	75,06	
> R\$ 1.000,00	1.917	71,37	0,09
Local principal de trabalho			
Locais fechados	2.299	70,95	
Pontos de rua	1.944	72,07	0,56
Participa, afiliada à ONG de direitos humanos de mulheres trabalhadoras do sexo			
Não	3.765	71,32	
Sim	413	72,86	0,64
Indicadores de prevenção das IST e HIV			
Participou de palestras nos últimos 6 meses			
Não	3.063	69,36	
Sim	1.135	77,76	0,01
Recebeu camisinha masculina nos últimos 6 meses			
Não	729	67,02	
Sim	3.480	72,55	0,02
Recebeu camisinha feminina nos últimos 6 meses			
Não	2.746	69,64	
Sim	1.454	75,58	0,03
Realizou teste de HIV na vida			
Não	822	65,46	
Sim	3.387	73,13	0,05
Conhecimento prévio de profilaxia pós-exposição			
Não	2.824	69,4	
Sim	1.348	75,93	0,01

(continua)

Tabela 2 (continuação)

Variáveis	N *	% **	valor de p
Indicadores de uso de serviços de saúde reprodutiva			
Realização de exame de preventivo ginecológico			
Nunca ou tem + de 2 anos	1.949	63,9	
Menos de 2 anos	2.229	78,62	0,01
Utilização de 7 métodos contraceptivos			
Não	1.423	72,95	
Sim	2.764	70,74	0,26
Número de consultas de pré-natal referente à gravidez nos últimos 2 anos			
1-6	70	70,1	
7 ou mais	297	80,01	0,04

ONG: organização não governamental.

* Número total de mulheres trabalhadoras do sexo;

** Proporção de fonte habitual de cuidado ponderada pelo estimador RDS-II.

Tabela 3

Modelo multivariado de fonte habitual de cuidado segundo indicadores de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e HIV, e uso de serviços de saúde reprodutiva entre mulheres trabalhadoras do sexo de 12 cidades brasileiras, 2016.

Desfechos	18-24 anos		≥ 25 anos	
	OR ajustado *	IC95%	OR ajustado *	IC95%
Indicadores de prevenção de IST e HIV				
Participação em palestras sobre IST nos últimos 6 meses	1,40	0,99-2,07	1,45	1,12-1,89
Recebeu camisinha masculina nos últimos 6 meses	1,26	0,88-1,21	1,20	0,88-1,65
Recebeu camisinha feminina nos últimos 6 meses	1,29	0,89-1,87	1,28	1,00-1,64
Realizou teste de HIV na vida	1,33	0,98-1,82	1,34	1,00-1,82
Conhecimento prévio de profilaxia pós-exposição	1,33	0,93-1,89	1,32	1,02-1,71
Indicadores de uso de serviços de saúde reprodutiva				
Realização de exame de preventivo ginecológico	2,27	1,66-3,12	1,92	1,54-2,40
≥ 7 consultas de pré-natal referentes à gravidez nos últimos 2 anos	2,56	1,30-5,03	0,95	0,38-2,36
Utilização de método contraceptivo	1,64	1,09-2,46	1,01	0,76-1,34

IC95%: intervalo de 95% de confiança; OR: *odds ratio*.

* Ajustado por renda.

básicos à saúde da mulher, como por exemplo, a aplicação de testes rápidos e aconselhamento de HIV e outras IST, o atendimento ao pré-natal de baixo risco e o exame preventivo para câncer de colo de útero ²⁹.

Starfield & Shi ³ apontam que o uso da APS como fonte habitual de cuidado implica melhores resultados para a saúde. No Brasil, a APS ampliou muito a cobertura de serviços básicos à população após o processo de redemocratização com a *Constituição Brasileira* de 1988, especialmente para a população mais pobre e na atenção à saúde da mulher ³⁰. Esses dados demonstram a importância do modelo de atenção à saúde baseado na APS existente no Brasil, principal provedor de serviços

de prevenção à saúde para a população brasileira³¹. Apesar da predominância da APS como fonte habitual de cuidado entre mulheres trabalhadoras do sexo, sabe-se que a sua implementação não é homogênea em todo o território brasileiro^{32,33}, sendo este um desafio a ser enfrentado pelos grandes centros urbanos, onde a atenção domiciliar, atividades comunitárias e cobertura deste serviço ainda são limitadas^{29,34}.

A utilização de serviços de saúde depende das necessidades individuais determinadas pelas características demográficas e sociais, além do estado de saúde, acessibilidade, aceitabilidade e adequação dos serviços³⁵. Sabe-se que uma das características demográficas mais importantes na determinação da utilização de serviços de saúde é a idade, que é um fator que pode estar fortemente associado ao estado de saúde geral, porém, destacam-se também marcadores sociais de gênero, raça/cor, escolaridade, renda e classe social, que podem agravar o estado de saúde dos indivíduos por submetê-los a condições limitadas de acesso aos serviços de saúde, como é a situação de muitas mulheres negras das periferias dos grandes centros do Brasil, com pouco acesso à educação, trabalho e renda^{36,37}.

Observou-se que os indicadores de prevenção de IST e HIV, e de uso de serviços de saúde reprodutiva foram melhores entre as mulheres trabalhadoras do sexo com fonte habitual de cuidado. E os indicadores de uso de serviços de saúde reprodutiva foram melhores entre as mulheres trabalhadoras do sexo com fonte habitual de cuidado e mais jovens. Neste estudo, verificamos que a maioria das mulheres trabalhadoras do sexo teve fonte habitual de cuidado relacionada à APS. Desse modo, podemos levantar a hipótese de que a APS pode ter um efeito positivo nesses indicadores, pois um dos serviços relacionados à saúde reprodutiva ofertado pela APS é o planejamento familiar, que inclui a prescrição de métodos contraceptivos, entre eles o uso de anticoncepcionais hormonais. Sobre isso, Couto et al.³⁸, em seu estudo com mulheres trabalhadoras do sexo, evidenciaram que as mulheres mais jovens (18-34 anos) utilizam mais anticoncepcional hormonal em relação àquelas de maior idade, o que se deve, provavelmente, ao maior acesso e acolhimento nos serviços de saúde.

Também é possível que esses resultados guardem relação com a ampliação e a intensificação das ações e serviços de prevenção ao HIV/aids na APS a partir de 2011, integrando, estrategicamente, a rede de prevenção, diagnóstico e tratamento^{39,40}. Além disso, sabe-se que muitos desses serviços também são ofertados por serviços de atenção especializada de cuidado ao HIV/aids. Assim, o papel da fonte habitual de cuidado relacionado a esses serviços específicos em indicadores de prevenção de IST e HIV pode ser explorado em estudos futuros. Em outros países, o acesso de mulheres trabalhadoras do sexo a serviços de prevenção de IST e HIV é mais difícil. No Nepal, por exemplo, a distribuição gratuita de preservativos só é permitida para pessoas casadas, pois o trabalho sexual é ilegal e é culturalmente inaceitável que mulheres não casadas comprem preservativos⁴¹, apesar das evidências já produzidas em favor da distribuição de preservativos e a redução da incidência do HIV entre mulheres trabalhadoras do sexo e seus clientes²⁰.

O estudo tem algumas limitações. É um estudo transversal que não pode avaliar a sequência temporal dos eventos analisados em relação aos fatores preditores. Além disso, embora o RDS seja o melhor método recomendado para alcançar populações de difícil acesso, como mulheres trabalhadoras do sexo, trata-se de uma amostragem não probabilística e que pode afetar as estimativas populacionais, especialmente por conta da relação de dependência entre as observações. Para superar essas limitações do RDS, esta pesquisa utilizou uma análise significativa que considerou o desenho complexo do estudo e os pesos amostrais para a correção das estimativas.

Conclusão

Os resultados deste estudo têm importantes implicações para o modelo assistencial no Brasil e em outros países, especialmente aqueles que buscam a APS como norteadora dos sistemas de saúde. Expandir e consolidar a APS pode aumentar o acesso dessa população aos seus serviços e, consequentemente, permitir às mulheres trabalhadoras do sexo um melhor acompanhamento e monitoramento de suas necessidades gerais de saúde, uma vez que as mesmas, neste estudo, possuem a APS como a principal fonte habitual de cuidado. Neste sentido, os serviços que compõem a APS são espaços potenciais para o investimento em ações voltadas à saúde das mulheres trabalhadoras do sexo, a fim de diminuir as vulnerabilidades as quais estão expostas com maior frequência.

As mulheres trabalhadoras do sexo são uma das populações-chave para o enfrentamento das questões relacionadas ao HIV. Assim, conhecer quais os serviços de saúde utilizados por esse grupo e proporcionar uma fonte habitual de cuidado pode impactar nos cuidados e ações em relação à saúde reprodutiva e à prevenção de HIV e IST nessa população. É necessário, portanto, o investimento em estratégias de vinculação dessa população aos serviços de saúde e o combate ao estigma e discriminação relacionados ao trabalho sexual.

Colaboradores

T. C. G. Matteoni contribuiu na concepção do artigo, análise de dados, escrita do artigo, revisão da literatura e revisão final. L. Magno contribuiu na análise de dados, escrita do artigo e revisão final. C. G. Luppi, A. Grangeiro, C. L. Szwarcwald e I. Dourado contribuíram na escrita do artigo e revisão final.

Informações adicionais

ORCID: Talita Castro Garcia Matteoni (0000-0002-3496-5658); Laio Magno (0000-0003-3752-0782); Carla Gianna Luppi (0000-0001-9183-8594); Alexandre Grangeiro (0000-0001-5157-0597); Celia Landmann Szwarcwald (0000-0002-7798-2095); Inês Dourado (0000-0003-1675-2146).

Agradecimentos

Às mulheres trabalhadoras do sexo da pesquisa; às equipes locais de trabalho de campo nas 12 cidades, às ONGs colaboradoras; ao Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis/Ministério da Saúde; aos pesquisadores Paulo Roberto Borges, Orlando Ferreira, Giseli Damacena, Neide Gravato, Rita Bacuri, Helena Brigido, Hermelinda Macena, Ana Brito, Mark Drew C. Guimarães, Wanessa de Almeida, Karin Regina Luhm, Isete Maria Stella, Adriana Espinola, Tiana Varela e Francisca Sueli da Silva.

Referências

1. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994; 344:1129-33.
2. Damiano PC, Momany ET, Tyler MC, Penziner AJ, Lobas JG. Cost of outpatient medical care for children and youth with special health care needs: investigating the impact of the medical home. *Pediatrics* 2006; 118:e1187-e94.
3. Starfield B, Shi L. The medical home, access to care, and insurance: a review of evidence. *Pediatrics* 2004; 113 Suppl 4:1493-8.
4. Da Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciênc Saúde Colet* 2011; 16:1029-42.
5. Starfield B. Access, primary care, and the medical home: rights of passage. *Med Care* 2008; 46:1015-6.
6. Du Z, Liao Y, Chen C-C, Hao Y, Hu R. Usual source of care and the quality of primary care: a survey of patients in Guangdong province, China. *Int J Equity Health* 2015; 14:60.
7. Tsai J, Shi L, Yu W-L, Lebrun LA. Usual source of care and the quality of medical care experiences: a cross-sectional survey of patients from a Taiwanese community. *Med Care* 2010; 48:628-34.
8. Ryan S, Riley A, Kang M, Starfield B. The effects of regular source of care and health need on medical care use among rural adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001; 155:184-90.
9. Blewett LA, Johnson PJ, Lee B, Scal PB. When a usual source of care and usual provider matter: adult prevention and screening services. *J Gen Intern Med* 2008; 23:1354-60.
10. Dourado I, Medina MG, Aquino R. The effect of the Family Health Strategy on usual source of care in Brazil: data from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). *Int J Equity Health* 2016; 15:151.
11. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas na população brasileira. Brasília: Ministério da saúde; 2016. (Série G Estatística e Informação em Saúde).
12. Damacena GN, Szwarcwald CL, Souza Júnior PRB, Dourado I. Risk factors associated with HIV prevalence among female sex workers in 10 Brazilian cities. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2011; 57 Suppl 3:S144-52.
13. Damacena GN, Szwarcwald CL, Souza Júnior PRB. HIV risk practices by female sex workers according to workplace. *Rev Saúde Pública* 2014; 48:428-37.
14. Li Y, Detels R, Lin P, Fu X, Deng Z, Liu Y, et al. Prevalence of human immunodeficiency virus and sexually transmitted infections and associated risk factors among female sex workers in Guangdong Province, China. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2010; 53 Suppl 1:S48-53.
15. Khan MR, Turner AN, Pettifor A, Van Damme K, Rabenja NL, Ravelomanana N, et al. Unmet need for contraception among sex workers in Madagascar. *Contraception* 2009; 79:221-7.
16. Love R. Street level prostitution: a systematic literature review. *Issues Ment Health Nurs* 2015; 36:568-77.
17. Dourado I, Guimarães MDC, Damacena GN, Magno L, Souza Júnior PRB, Szwarcwald CL, et al. Sex work stigma and non-disclosure to health care providers: data from a large RDS study among FSW in Brazil. *BMC Int Health Hum Rights* 2019; 19:8.
18. Lima FSS, Merchán-Hamann E, Urdaneta M, Damacena GN, Szwarcwald CL. Fatores associados à violência contra mulheres profissionais do sexo de dez cidades brasileiras. *Cad Saúde Pública* 2017; 33:e00157815.
19. Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM, Duff P, Mwangi P, Rusakova M, et al. Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. *Lancet* 2015; 385:55-71.
20. Beyrer C, Crago A-L, Bekker L-G, Butler J, Shannon K, Kerrigan D, et al. An action agenda for HIV and sex workers. *Lancet* 2015; 385:287-301.
21. Wahed T, Alam A, Sultana S, Rahman M, Alam N, Martens M, et al. Barriers to sexual and reproductive healthcare services as experienced by female sex workers and service providers in Dhaka city, Bangladesh. *PLoS One* 2017; 12:e0182249.
22. Szwarcwald CL, Damacena GN, Souza Júnior PRB, Guimarães MDC, Almeida WS, Souza Ferreira AP, et al. Factors associated with HIV infection among female sex workers in Brazil. *Medicine (Baltimore)* 2018; 97(1 Suppl):S54-61.
23. Szwarcwald CL, Almeida WS, Damacena GN, Souza Júnior PRB, Costa Ferreira Júnior O, Guimarães MDC. Changes in attitudes, risky practices, and HIV and syphilis prevalence among female sex workers in Brazil from 2009 to 2016. *Medicine (Baltimore)* 2018; 97(1S Suppl 1):S46-53.
24. Johnston LG, Sabin K. Sampling hard-to-reach populations with respondent driven sampling. *Methodological Innovations* 2010; 5:38-48.
25. Damacena GN, Szwarcwald CL, Souza Júnior PRB, Ferreira Júnior OC, Almeida WS, Pascom ARP, et al. Aplicação da metodologia Respondent-Driven Sampling em pesquisa biológica e comportamental com mulheres trabalhadoras do sexo, Brasil, 2016. *Rev Bras Epidemiol* 2019; 22 Suppl 1:e190002.
26. Salganik MJ, Heckathorn DD. Sampling and estimation in hidden populations using respondent-driven sampling. *Sociol Methodol* 2004; 34:193-240.

27. Garnelo L, Lima JG, Rocha ESC, Herkrath FJ. Acesso e cobertura da atenção primária à saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde Debate* 2018; 42:81-99.
28. Nunes CA, Aquino R, Medina MG, Vilasbóas ALQ, Pinto Júnior EP, Luz LA. Visitas domiciliares no Brasil: características da atividade basilar dos agentes comunitários de saúde. *Saúde Debate* 2018; 42:127-44.
29. Santos AM, Giovanella L, Mendonça MHM, Andrade CLT, Martins MIC, Cunha MS. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. *Ciênc Saúde Colet* 2012; 17:2687-702.
30. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377:1778-97.
31. Pinto HA, Sousa ANA, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde Debate* 2014; 38:358-72.
32. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, Seidl H, Gagno J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde Debate* 2014; 38:13-33.
33. Medina MG, Hartz ZMA. The role of the Family Health Program in the organization of primary care in municipal health systems. *Cad Saúde Pública* 2009; 25:1153-67.
34. Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S, Almeida PF, Fausto MCR, Andrade CLT, et al. Potencialidades e obstáculos para a consolidação da Estratégia Saúde da Família em grandes centros urbanos. *Saúde Debate* 2010; 1:248-64.
35. Macinko J, Lima Costa MF. Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. *Trop Med Int Health* 2012; 17:36-42.
36. Barata RB, Almeida MF, Montero CV, Silva ZP. Health inequalities based on ethnicity in individuals aged 15 to 64, Brazil, 1998. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:305-13.
37. Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:819-32.
38. Couto PLS, Gomes AMT, Pereira AB, Carvalho JS, Silva JK, Boery RNSO. Uso de anticonceptivos hormonales por prostitutas: correlación con marcadores de vulnerabilidad social. *Acta Paul Enferm* 2019; 32:507-13.
39. Melo EA, Maksud I, Agostini R. Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde? *Rev Panam Salud Pública* 2018;42:e151.
40. Zambenedetti G, Silva RAN. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. *Physis (Rio J.)* 2016; 26:785-806.
41. Ghimire L, Smith WCS, van Teijlingen ER. Utilisation of sexual health services by female sex workers in Nepal. *BMC Health Serv Res* 2011; 11:79.

Abstract

The fact of having a usual source of care can improve access to health services and preventive activities. The article aimed to estimate the proportion of factors associated with usual source of care among female sex workers. This was a socio-behavioral survey with 4,328 female sex workers, ≥ 18 years, in 12 Brazilian cities. Female sex workers were recruited by the respondent-driven sampling method (RDS). A descriptive profile was performed of the female sex workers who had usual source of care and the association was analyzed between usual source of care and indicators of access to HIV prevention and reproductive health. As effect measure, the study used adjusted odds ratio (OR) in a logistic regression model. The data were weighted by the RDS-II estimator. 71.5% of the female sex workers reported having a usual source of care, and of these, 54.3% cited primary healthcare (PHC) as their main usual source of care. Among female sex workers 18-24 years of age, there was an association between usual source of care and having a Pap smear test (OR = 2.27; 95%CI: 1.66-3.12), seven or more prenatal visits (OR = 2.56; 95%CI: 1.30-5.03), and the use of a contraceptive method (OR = 1.64; 95%CI: 1.09-2.46). Among female sex workers ≥ 25 years, there was an association between usual source of care and attending talks on sexually transmitted infections (STIs) (OR = 1.45; 95%CI: 1.12-1.89), prior knowledge of post-exposure prophylaxis (OR = 1.32; 95%CI: 1.02-1.71), and history of Pap smear test (OR = 1.92; 95%CI: 1.54-2.40). The study's results showed that female sex workers have PHC as their main usual source of care. usual source of care can also positively impact care and activities in reproductive health and prevention of HIV and STIs in this population group.

Sex Workers; Women's Health; Primary Health Care; Health Services Accessibility; Sexual and Reproductive Health

Resumen

Contar con una fuente habitual de cuidado puede mejorar el acceso a servicios de salud, así como las acciones de prevención. El objetivo fue estimar la proporción de fuente habitual de cuidado, y analizar factores asociados entre mujeres trabajadoras del sexo de 12 ciudades brasileñas. Se trata de una encuesta sociocomportamental con 4.328 mujeres trabajadoras del sexo, edad ≥ 18 años en 12 ciudades brasileñas. Las mujeres trabajadoras del sexo se reclutaron mediante el método respondent-driven sampling (RDS). Se realizó un análisis descriptivo del perfil de las mujeres trabajadoras del sexo que poseían fuente habitual de cuidado. Y se analiza la asociación entre fuente habitual de cuidado e indicadores de acceso a la prevención del VIH, así como a la salud reproductiva, a través del odds ratio (OR) ajustado en modelos de regresión logística. Los datos fueron ponderados mediante el estimador RDS-II. Un 71,5% de las mujeres trabajadoras del sexo informaron tener fuente habitual de cuidado, de estas un 54,31% indicaron la atención primaria en salud. Entre las mujeres trabajadoras del sexo con ≥ 25 años se observó una asociación entre fuente habitual de cuidado y participación en ponencias sobre infecciones sexualmente transmisibles (IST) (OR = 1,45; IC95%: 1,12-1,89), uso de método anticonceptivo (OR = 1,64; IC95%: 1,09-2,46), conocimiento previo de la profilaxia pos-exposición (OR = 1,32; IC95%: 1,02-1,71), haber realizado un examen preventivo ginecológico (OR = 1,92; IC95%: 1,54-2,40) y haber tenido 7 o más consultas prenatales (OR = 2,56; IC95%: 1,30-5,03). Los resultados de este estudio muestran que las trabajadoras sexuales tienen la APS como su principal fuente habitual de atención. Además, la fuente habitual de atención puede impactar la atención y las acciones en relación con la salud reproductiva y la prevención del VIH y las ITS en esta población.

Trabajadores Sexuales; Salud de la Mujer; Atención Primaria de Salud; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Salud Sexual y Reproductiva

Recebido em 30/Jun/2020

Versão final rerepresentada em 18/Jan/2021

Aprovado em 29/Jan/2021