



Saúde sexual, reprodutiva e estado de saúde de mulheres trabalhadoras do sexo em 12 cidades brasileiras, 2016

Sexual, reproductive health and health status of female sex workers in 12 Brazilian cities, 2016

Letícia Penna Braga^I , Giseli Nogueira Damacena^{II} , Célia Landmann Szwarcwald^{III} , Mark Drew Crosland Guimarães^{III} 

RESUMO: *Objetivo:* Investigar diferenças nos indicadores de saúde sexual, reprodutiva e de estado de saúde de mulheres trabalhadoras do sexo em 12 cidades brasileiras. *Métodos:* Estudo de corte transversal comportamental e biológico, com amostra mínima de 350 mulheres trabalhadoras do sexo por cidade, recrutadas por *Respondent-Driven Sampling*, em 2016. Na análise de dados, foi considerado o desenho complexo de amostragem. Foram apresentados indicadores e respectivos intervalos de 95% de confiança relacionados à saúde sexual, reprodutiva e ao estado de saúde separadamente por cidade e para a amostra total. *Resultados:* A amostra total foi de 4.328 mulheres trabalhadoras do sexo. A cobertura de exame de Papanicolau e teste para vírus da imunodeficiência humana e sífilis, e os indicadores de pré-natal apresentaram variação igual ou superior a 20 pontos percentuais. A cobertura de exame de Papanicolau variou de 53,4%, em Recife, a 73%, em Porto Alegre. O maior percentual de mulheres trabalhadoras do sexo que nunca realizaram o teste para vírus da imunodeficiência humana e sífilis foi registrado em Fortaleza (36,8 e 63,8%, respectivamente). A cobertura de pré-natal variou de 61,1%, em Salvador, a 99%, em Curitiba. Em cinco cidades, o percentual de participantes que afirmou já ter sentido discriminação no serviço de saúde por ser trabalhadora do sexo foi superior a 20%. *Conclusões:* As diferenças entre os indicadores nas 12 cidades acompanharam o perfil da população brasileira, com mulheres trabalhadoras do sexo mais vulneráveis nas regiões Norte e Nordeste. Os resultados mostram que é fundamental considerar as barreiras de acesso à saúde, como o estigma e a discriminação, que impedem a contemplação das necessidades específicas dessas mulheres.

Palavras-chave: saúde sexual e reprodutiva. desigualdades em saúde. profissionais do sexo. discriminação social. populações vulneráveis. inquéritos de saúde.

^IPrograma de Pós-Graduação em Epidemiologia em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

^{II}Laboratório de Informações em Saúde, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

^{III}Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais – Minas Gerais (MG), Brasil.

Autora correspondente: Letícia Penna Braga. Avenida Brasil, 4365, Biblioteca de Manguinhos, sala 225, Manguinhos, CEP: 21040-360, Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: leticiapbraga@gmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** O apoio financeiro para o Inquérito de Vigilância Biológica e Comportamental, 2016 foi fornecido pelo Ministério da Saúde do Brasil, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI) – Código do Financiamento LN7901-BR. Letícia Penna Braga recebeu bolsa de Doutorado Pleno da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes): Código de Financiamento 001.

ABSTRACT: *Objective:* To investigate differences in sexual, reproductive health and health status indicators of female sex workers in 12 Brazilian cities. *Methods:* Cross-sectional study of biological and behavioral surveillance survey with a minimum sample of 350 female sex workers per city, recruited by respondent driven sampling, in 2016. Complex sample design was considered in the data analysis. Indicators and 95% confidence intervals related to sexual and reproductive health, and health status were described separately by city and for the total sample. *Results:* The total sample consisted of 4,328 female sex workers. The coverage of Pap smear exam, human immunodeficiency virus and syphilis tests and antenatal care indicators varied by 20 percentages points or more. Pap smear exam coverage ranged from 53.4% in Recife to 73.0% in Porto Alegre. The highest percentage of female sex workers who had never been tested for human immunodeficiency virus and syphilis was in Fortaleza (36.8 and 63.8%, respectively). Antenatal coverage ranged from 61.1% in Salvador to 99.0% in Curitiba. In five cities, the proportion of female sex workers who disclosed their sex work status in health services was over 20.0%. *Conclusion:* The differences between the indicators in the 12 cities followed the Brazilian population profile, with more vulnerable sex workers in the North and Northeast regions. The results show that it is essential to consider the barriers to accessing health, such as stigma and discrimination, which restrict the addressing of female sex workers specific needs.

Keywords: sexual and reproductive health. health status disparities. sex workers. social discrimination. vulnerable populations. health surveys.

INTRODUÇÃO

Desde o início da epidemia da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids), as mulheres trabalhadoras do sexo (MTS) constituem uma população-chave em virtude do risco elevado de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)¹. Além da multiplicidade de parcerias e práticas sexuais desprotegidas, características estruturais que incluem a precariedade das condições socioeconômicas, a baixa escolaridade e a violência são fatores reconhecidamente associados a desfechos adversos em saúde² e refletem na maior vulnerabilidade das MTS à infecção pelo HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs)^{3,4}.

Estima-se que no Brasil as MTS representem 1,2% da população feminina de 15 a 49 anos, o que corresponde a aproximadamente meio milhão de mulheres⁵. Estudos anteriores realizados no Brasil, nesse grupo populacional, mostram uma prevalência de HIV de 10–15 vezes maior do que a encontrada na população geral de mulheres⁶.

O conceito de saúde sexual e reprodutiva tem como componentes a saúde materna e perinatal, o planejamento familiar e a contracepção, a fertilidade, a prevenção de ISTs e do câncer cervical, o acesso ao aborto seguro e a eliminação da violência contra mulheres^{7,8}. Muitos avanços têm ocorrido no âmbito da saúde da mulher com a inclusão das perspectivas de gênero, raça e classe⁹, porém pouco enfoque é dado à saúde das MTS diante do estigma e da discriminação relacionados à profissão, barreiras importantes no acesso a serviços de saúde¹⁰.

Sob a hipótese de que os indicadores de saúde sexual, reprodutiva e de estado de saúde nas MTS são diferentes dos indicadores das mulheres na população brasileira, o objetivo do presente estudo foi investigar as diferenças nos indicadores de saúde sexual, reprodutiva e de estado de saúde em MTS de 12 cidades brasileiras.

MÉTODOS

Os dados analisados neste artigo foram coletados no “Estudo de abrangência nacional de comportamentos, atitudes, práticas e prevalência de HIV, sífilis e hepatites B e C entre mulheres trabalhadoras do sexo – Projeto Corrente da Saúde II”. Trata-se de estudo de corte transversal biológico e comportamental realizado entre julho e novembro de 2016, com 4.328 MTS recrutadas por *Respondent-Driven Sampling* (RDS) em 12 cidades brasileiras. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Fundação Oswaldo Cruz (Protocolo nº. 1.338.989). Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o termo de sigilo de dados.

As cidades participantes foram selecionadas pelo Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde (DCCI/MS), de acordo com a localização geográfica e a relevância epidemiológica do HIV/aids no Brasil, distribuídas nas cinco regiões:

- a) Norte: Manaus e Belém;
- b) Nordeste: Fortaleza, Recife e Salvador;
- c) Sudeste: Belo Horizonte, Rio de Janeiro e São Paulo;
- d) Sul: Curitiba e Porto Alegre;
- e) Centro-Oeste: Campo Grande e Brasília.

A amostra foi pré-estabelecida pelo DCCI em no mínimo 350 participantes em cada cidade.

Foram elegíveis para participar do estudo mulheres com 18 anos ou mais de idade, que atuassem como trabalhadoras do sexo em uma das cidades selecionadas e que tiveram pelo menos uma relação sexual em troca de dinheiro nos quatro meses que antecederam à pesquisa. As participantes precisavam apresentar um cupom válido e não poderiam ter participado da edição desta pesquisa.

Em cada cidade, antes do início da coleta de dados, foi realizada uma pesquisa formativa com o objetivo de estabelecer a melhor forma de implementação do estudo e recrutar de cinco a dez trabalhadoras do sexo, de forma não aleatória, denominadas “sementes”. Foram escolhidas sementes com características variadas (idade, raça/cor, escolaridade, local de trabalho), com a finalidade de se obter mais diversidade na amostra. Cada semente recebeu três cupons para convidar outras MTS da sua rede social para participar do estudo. As participantes recrutadas pela semente receberam, por sua vez, três convites para recrutar MTS da sua rede social, e assim sucessivamente, até que fosse alcançada a amostra de 350 participantes em cada cidade.

Cada participante recebeu incentivo primário pela participação no estudo: brinde (bolsa contendo produtos de cuidados pessoais, preservativos e lubrificante), lanche e ressarcimento pelo transporte. O incentivo secundário consistiu em pagar R\$ 30 para cada pessoa recrutada pela participante e que efetivasse sua participação no estudo.

As participantes responderam a um questionário sociocomportamental que envolvia os aspectos:

- a) características sociodemográficas;
- b) conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e aids;
- c) apoio social e acesso a material educativo e preventivo;
- d) realização de testes de HIV, sífilis e hepatites B e C;
- e) estado de saúde, assistência à saúde e DSTs;
- f) violência;
- g) comportamento sexual com parceiros fixos e clientes; e
- h) uso de álcool e drogas.

Foram realizados testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites B e C, de acordo com orientações preconizadas pelo Ministério da Saúde¹¹. Detalhes sobre a implementação do Projeto Corrente da Saúde II foram descritos por Damacena et al.¹².

VARIÁVEIS

As variáveis analisadas neste artigo se referem aos indicadores de saúde sexual, reprodutiva e relacionados ao estado de saúde. Para contextualização, foram descritas as variáveis escolaridade (categorizada em não estudou/elementar incompleto, elementar completo/fundamental incompleto, fundamental completo/médio incompleto e médio completo ou mais); trabalho em pontos de rua, por meio da pergunta “Qual o local do seu trabalho principal como trabalhadora do sexo?”; e idade de início do trabalho sexual (categorizada em <18 e ≥18 anos de idade). Mais detalhes dessas variáveis foram descritos em publicação prévia¹³.

Os indicadores de saúde sexual e reprodutiva foram:

- a) exame de Papanicolau nos três anos que antecederam à pesquisa, elaborado com base na Diretriz Brasileira para rastreamento do câncer de colo do útero¹⁴;
- b) testes para HIV e sífilis: proporção de MTS que realizaram o teste para HIV e sífilis nos 12 meses que antecederam à pesquisa e entre 12 e mais meses; e proporção das que nunca fizeram o teste para HIV e sífilis. Dentre as MTS que nunca fizeram o teste para HIV, foram analisados seus principais motivos. Das que fizeram o teste para HIV alguma vez na vida, foi calculada a proporção daquelas que o realizaram em serviço público de saúde;
- c) uso de preservativo todas as vezes no sexo vaginal e no sexo anal com parceiros fixos e clientes nos seis meses que antecederam à pesquisa.

Os indicadores de testagem para HIV e sífilis relacionados ao uso de preservativo foram desenvolvidos com base no guia da Organização Mundial da Saúde (OMS) para prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV em populações-chave¹⁵;

- d) contracepção: proporção de mulheres que fazem uso de algum método contraceptivo (dentre as que não fizeram laqueadura de trompas) e tipo de método contraceptivo utilizado; e
- e) pré-natal: cobertura de pré-natal, proporção de mulheres que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre da gestação e das que fizeram sete ou mais consultas de pré-natal entre as mulheres que tiveram algum parto até dois anos antes da pesquisa.

Esses indicadores foram definidos com base nas recomendações de atenção ao pré-natal de baixo risco do Ministério da Saúde¹⁶. Os indicadores relacionados ao estado de saúde foram:

- f) autoavaliação da saúde, obtida por meio da pergunta: “Em geral, como você avalia sua saúde?”, categorizada em “muito boa/boa”, “regular” e “ruim/muito ruim”;
- g) proporção de MTS com escore positivo para episódio de transtorno depressivo maior.

Esse indicador foi construído considerando-se a escala *Patient Health Questionnaire-2* (PHQ-2), que tem o objetivo de rastrear o transtorno depressivo por meio de duas perguntas referentes às duas últimas semanas: “Quantos dias você teve pouco interesse ou pouco prazer em realizar atividades habituais?” e “Com que frequência você se sentiu deprimida, para baixo ou sem perspectiva?” A cada resposta, é atribuída uma pontuação (0: nenhum dia, +1: vários dias, +2: mais da metade dos dias, +3: quase todos os dias). As respostas às duas perguntas são somadas e pontuação maior ou igual a 3 significa que transtorno depressivo maior é provável e é necessária avaliação posterior por profissional habilitado para diagnóstico de transtorno depressivo¹⁷;

- h) proporção de MTS que utilizam o SUS como fonte usual de cuidado, tomando-se por base a pergunta: “Que local você costuma procurar quando precisa de atendimento em saúde?”; e
- i) discriminação nos serviços de saúde: proporção de MTS que sentiram discriminação no serviço de saúde por ser trabalhadora do sexo, para aquelas que responderam “por ser trabalhadora do sexo” à seguinte pergunta: “Você já se sentiu discriminada ou tratada pior do que as outras pessoas no serviço de saúde, por algum médico ou outro profissional de saúde por um desses motivos?”; e proporção de MTS que sempre se declaram trabalhadoras do sexo quando comparecem ao serviço de saúde.

ANÁLISE DE DADOS

Todos os indicadores foram apresentados com os respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%), separadamente por cidade e para o total da amostra. Teste do χ^2 de

homogeneidade das distribuições das variáveis, com nível de significância de 5%, foi utilizado para analisar diferenças nos indicadores de saúde entre as MTS das cidades participantes.

A análise estatística dos dados levou em consideração o desenho complexo de amostragem do recrutamento por RDS, considerando-se a dependência das observações e as diferentes probabilidades de seleção¹⁸.

O tamanho da rede de cada participante foi obtido pela pergunta: “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 inverso do tamanho da rede de cada participante¹², e as sementes foram excluídas da análise, conforme preconizado por Salganik, 2004¹⁹. Para as análises, utilizou-se o *software* SPSS 21.0.

RESULTADOS

A amostra total foi de 4.328 MTS. Foi encontrado um padrão de mulheres mais vulneráveis nas regiões Norte (Manaus e Belém) e Nordeste (Fortaleza, Recife e Salvador), com escolaridade muito baixa, chegando a 32,7% com ensino elementar incompleto, em Salvador; predominância de trabalho em pontos de rua (maior em Recife, 84,4%; menor em Belo Horizonte, 7,4%); e maiores proporções de início do trabalho sexual antes dos 18 anos (maior em Recife, 62,6%; menor em Belo Horizonte, 11,3%).

Diferenças significativas foram encontradas na distribuição de todos os indicadores de saúde calculados por cidade. A variação na cobertura de exame de Papanicolau nos últimos três anos foi de quase 20 pontos percentuais, sendo menor em Recife (53,4%) e maior em Porto Alegre (73%). A proporção de MTS que realizaram teste para HIV no ano que antecedeu à pesquisa variou de 24,9%, em Salvador, a 61%, em Porto Alegre. No caso do teste para sífilis no último ano, a variação entre cidades foi maior, de 9,6%, em Fortaleza, a 43,5%, em Porto Alegre e Campo Grande. Com relação às MTS que nunca haviam realizado o teste para HIV e sífilis, os menores percentuais foram encontrados em Belo Horizonte, de 10% para HIV e 28,4% para sífilis, e os maiores em Fortaleza, de 36,8% para HIV e 63,8% para sífilis (Tabela 1).

Os principais motivos alegados para nunca ter realizado o teste para HIV foram “não se sentir em risco” (variando de 23,4 a 62,8% entre os municípios) e “ter medo ou vergonha” (variando de 13,7 a 53,5% entre os municípios). A cidade de Campo Grande apresentou o menor percentual de testes para HIV realizados no serviço público (55,5%), enquanto Fortaleza apresentou o maior percentual (87,3%) (Tabela 2).

O percentual de uso de preservativo com parceiro fixo todas as vezes no sexo vaginal foi acima de 40% em cinco cidades: Manaus, Fortaleza, Recife, Porto Alegre e Brasília. No caso dos clientes, esse indicador variou de 67,3%, em Fortaleza, a 96%, em Campo Grande. Quanto ao uso de preservativo com parceiro fixo no sexo anal, o percentual variou de 24%, em São Paulo, a 53,4%, em Recife. Para os clientes, essa variação foi de 67,5%, em Salvador, a 95,9%, em Campo Grande (Tabela 3).

Tabela 1. Distribuição proporcional e intervalos de confiança dos indicadores de exame de Papanicolau, teste para HIV e teste para sífilis de trabalhadoras do sexo, segundo cidade de estudo. Brasil, 2016.

Cidade	Papanicolau últimos 3 anos	Teste para HIV			Teste para sífilis		
		Teste para HIV <12 meses	Teste para HIV 12+meses	Nunca fez teste para HIV	Teste para sífilis <12 meses	Teste para sífilis 12+meses	Nunca fez teste para sífilis
		% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Manaus	66,6 (61,0–71,7)	39,7 (33,8–45,9)	34,6 (29,4–40,2)	24,4 (19,8–29,7)	19,3 (15,4–24,0)	21,2 (16,6–26,6)	58,1 (52,4–63,7)
Belém	61,8 (55,4–67,9)	27,1 (21,6–33,4)	35,1 (29,2–41,5)	32,2 (30,9–43,9)	11,4 (8,2–15,8)	24,8 (19,3–31,3)	63,0 (56,7–68,9)
Fortaleza	55,7 (48,0–63,1)	16,8 (12,7–21,9)	45,9 (38,4–53,6)	36,8 (29,9–44,3)	9,6 (6,5–14,1)	26,0 (20,4–32,5)	63,8 (57,2–69,9)
Recife	53,4 (46,4–60,2)	28,7 (22,8–35,4)	43,6 (36,7–50,8)	26,1 (20,8–32,3)	18,8 (14,2–24,3)	27,9 (22,2–34,3)	50,8 (43,9–57,7)
Salvador	54,7 (47,9–61,3)	24,9 (19,8–30,7)	49,3 (43,1–55,5)	25,8 (20,8–31,6)	22,5 (17,1–28,8)	27,3 (21,5–34,0)	50,2 (43,6–56,8)
Belo Horizonte	70,1 (62,0–77,1)	46,9 (39,2–54,7)	42,9 (35,7–50,4)	10,0 (6,3–15,4)	28,4 (22,0–35,7)	39,8 (32,3–47,8)	28,4 (21,7–36,2)
Cidade do Rio de Janeiro	60,1 (53,9–66,1)	44,2 (37,5–51,0)	39,3 (33,0–46,1)	15,3 (11,0–20,8)	30,5 (24,5–37,2)	24,7 (19,6–30,6)	41,2 (34,8–47,9)
Cidade de São Paulo	63,3 (55,8–70,2)	45,5 (38,8–52,4)	37,3 (30,4–44,7)	16,7 (11,8–23,1)	27,8 (22,0–34,6)	33,4 (27,0–40,5)	38,6 (31,6–46,0)
Curitiba	64,2 (57,1–70,8)	47,0 (39,5–54,6)	32,6 (26,2–39,8)	18,2 (13,1–24,6)	21,4 (16,3–27,6)	17,1 (12,6–22,7)	56,2 (49,2–62,9)
Porto Alegre	73,0 (66,0–79,0)	61,0 (53,5–68,0)	27,5 (21,7–34,2)	10,4 (6,3–16,8)	43,5 (36,8–50,4)	18,7 (14,1–24,3)	35,1 (28,6–42,3)
Campo Grande	68,2 (62,0–73,8)	58,7 (52,2–64,9)	22,4 (17,6–28,0)	18,9 (14,1–24,8)	43,5 (37,6–49,6)	19,6 (15,2–25,0)	36,2 (29,8–43,1)
Brasília	57,8 (51,2–64,1)	26,4 (21,3–32,2)	42,1 (35,9–48,6)	32,0 (26,0–38,8)	15,9 (12,0–20,8)	32,4 (26,4–39,1)	51,0 (43,9–58,1)
Total	62,3 (60,4–64,3)	38,9 (37,0–40,9)	37,8 (35,9–39,7)	22,5 (20,9–24,2)	24,5 (22,9–26,2)	26,1 (24,4–27,8)	47,6 (45,6–49,6)
χ^2 valor p	<0,001	<0,001			<0,001		

Tabela 2. Distribuição proporcional e intervalos de confiança (IC95%) dos motivos de nunca ter feito teste para HIV e último teste para HIV no serviço público de saúde para mulheres trabalhadoras do sexo, segundo cidade do estado. Brasil, 2016.

Cidade	Motivo de nunca ter feito teste para HIV			Teste para HIV – serviço público
	Não se sente em risco	Não sabe o local de testagem	Medo/vergonha	
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Manaus	62,8 (51,4–72,9)	3,8 (1,2–11,4)	13,7 (7,4–24,0)	69,2 (61,8–75,7)
Belém	22,9 (15,7–32,3)	8,5 (3,6–18,8)	38,9 (29,1–49,8)	69,8 (61,7–76,8)
Fortaleza	28,2 (18,0–41,3)	8,5 (3,0–22,1)	41,2 (28,3–44,4)	87,3 (81,4–91,6)
Recife	56,0 (41,9–69,1)	4,5 (1,3–14,5)	25,0 (14,9–39,0)	84,6 (78,0–89,6)
Salvador	49,1 (35,8–62,6)	15,0 (7,6–27,4)	35,9 (24,3–49,5)	76,9 (70,0–82,7)
Belo Horizonte	53,3 (32,9–72,7)	10,2 (2,7–31,2)	23,5 (11,8–41,3)	71,3 (63,7–77,9)
Rio de Janeiro	28,0 (15,5–45,3)	23,3 (11,1–42,6)	40,5 (24,8–58,5)	77,4 (70,7–82,9)
São Paulo	57,9 (40,0–74,0)	2,1 (0,3–13,8)	21,4 (10,6–38,4)	82,2 (75,4–87,5)
Curitiba	23,4 (10,5–44,1)	7,9 (2,9–19,8)	53,5 (34,3–71,7)	61,8 (53,5–69,4)
Porto Alegre	26,2 (8,6–57,4)	17,5 (4,7–47,5)	42,8 (20,6–68,3)	79,5 (73,2–84,7)
Campo Grande	48,6 (33,6–63,8)	1,9 (0,3–11,7)	19,3 (9,8–34,5)	55,5 (48,3–62,5)
Brasília	38,6 (27,8–50,7)	5,9 (2,3–14,6)	44,0 (32,7–55,9)	80,0 (76,2–88,1)
Total	40,4 (36,2–44,7)	8,5 (6,3–11,4)	34,0 (30,0–38,2)	74,7 (72,8–76,6)
χ^2 valor p	<0,001			<0,001

Quanto à contracepção, Salvador apresentou o maior percentual de mulheres que utilizam algum método contraceptivo (83,8%), com 45,6% das MTS optando pelo preservativo masculino, enquanto Manaus registrou o menor percentual (55,1%), sendo também o preservativo masculino o método mais utilizado (53,4%). A pílula oral foi o método contraceptivo mais utilizado em Curitiba (31,2%), Porto Alegre (35,9%), Belo Horizonte (42,7%) e Campo Grande (52,8%). Belém foi a única cidade em que o contraceptivo injetável foi o método mais utilizado (48,8%).

A cobertura de pré-natal foi superior a 90% em um terço das cidades (São Paulo, Curitiba, Porto Alegre e Campo Grande), variando entre 61,1%, em Salvador, e 99%, em Curitiba. Porto Alegre foi a única cidade que apresentou percentual maior que 80% de início de pré-natal no primeiro trimestre da gestação. Belo Horizonte teve maior proporção de MTS que fizeram sete ou mais consultas de pré-natal (83,9%), enquanto Salvador, a menor proporção (28%) (Tabela 4).

Tabela 3. Distribuição proporcional e intervalos de confiança (IC95%) dos indicadores de uso de preservativo no sexo vaginal e anal em mulheres trabalhadoras do sexo, segundo cidade de estudo. Brasil, 2016.

Cidade	Preservativo sexo vaginal*		Preservativo sexo anal**
	Parceiro fixo	Clientes	Parceiro fixo
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Manaus	41,3 (33,5–49,5)	91,4 (87,4–94,2)	51,3 (39,9–62,5)
Belém	28,3 (18,9–40,0)	71,2 (65,0–76,7)	40,2 (27,0–55,0)
Fortaleza	49,5 (39,5–59,5)	67,3 (60,0–73,9)	45,5 (32,2–59,5)
Recife	43,5 (33,9–53,7)	86,7 (81,7–90,5)	53,4 (41,6–64,8)
Salvador	25,0 (17,3–34,7)	72,1 (65,2–78,2)	31,4 (22,4–42,2)
Belo Horizonte	28,0 (19,1–39,1)	91,6 (85,9–95,1)	34,7 (21,8–50,3)
Rio de Janeiro	30,1 (23,7–37,3)	79,2 (73,1–84,2)	24,2 (17,6–32,3)
São Paulo	23,3 (16,3–32,1)	81,3 (74,5–86,5)	24,0 (13,2–39,6)
Curitiba	37,7 (29,7–46,3)	74,0 (66,1–80,7)	44,0 (32,7–56,0)
Porto Alegre	46,2 (36,9–55,7)	71,8 (65,0–77,7)	51,2 (40,5–61,8)
Campo Grande	26,4 (20,2–33,8)	96,0 (93,0–97,7)	26,7 (19,1–36,1)
Brasília	41,4 (34,3–48,9)	82,8 (76,8–87,5)	51,1 (41,5–60,5)
Total	34,8 (32,3–37,4)	80,5 (78,8–82,1)	38,9 (35,6–42,3)
χ^2 valor p	<0,001	<0,001	<0,001

*Uso de preservativo todas as vezes no sexo vaginal nos seis meses que antecederam ao estudo; **Uso de preservativo no sexo anal todas as vezes nos seis meses que antecederam ao estudo.

Quanto aos indicadores de estado de saúde, Porto Alegre apresentou o maior percentual de mulheres que autoavaliou sua saúde como muito boa/boa (77,7%), enquanto Salvador apresentou o menor percentual (50,6%) e o maior percentual de autoavaliação da saúde como ruim/muito ruim (8,7%). Nas cidades de Recife, Rio de Janeiro, São Paulo, Campo Grande e Brasília, mais de 30% das participantes apresentaram escore positivo para episódio depressivo maior na escala PHQ-2. Esse percentual variou de 11%, em Manaus, a 46,6%, em Campo Grande.

Ao todo, 90,2% das MTS utilizam o SUS como fonte usual de cuidado. Esse percentual foi superior a 90% em Manaus, Belém, Recife, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre. O menor índice foi registrado em Belo Horizonte (76,2%) e o maior, em Recife (97,8%). Aproximadamente um quinto das participantes afirmou já ter se sentido discriminada no serviço de saúde por ser trabalhadora do sexo. Os municípios de Fortaleza, Belo Horizonte e Porto Alegre apresentaram os maiores percentuais (29,6, 28,3 e 27%, respectivamente). Recife apresentou o maior percentual de MTS que revelam ser trabalhadoras do sexo quando atendidas no serviço de saúde (42,5%), enquanto o menor ocorreu em Brasília (11,9%) (Tabela 5).

Tabela 4. Distribuição proporcional e intervalos de confiança (IC95%) dos indicadores de contracepção e cobertura de pré-natal em mulheres trabalhadoras do sexo, segundo cidade do estado. Brasil, 2016.

Cidade	Uso de contraceptivo	Tipo de contraceptivo utilizado			Cobertura de pré-natal	Início de pré-natal no 1º trimestre	7+ consultas de pré-natal
		Pílula oral	Camisinha masculina	Contraceptivo injetável			
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Manaus	55,1 (48,6–61,4)	11,1 (7,0–17,1)	83,7 (70,1–91,8)	33,8 (26,4–42,2)	83,7 (70,1–91,8)	53,7 (38,9–67,8)	53,8 (36,3–70,4)
Belém	50,8 (43,5–58,1)	13,2 (8,5–19,9)	80,0 (63,7–90,1)	48,8 (38,2–59,5)	80,0 (63,7–90,1)	64,2 (46,9–78,5)	72,6 (54,2–85,6)
Fortaleza	63,8 (57,0–70,1)	26,5 (19,4–35,2)	88,5 (73,5–95,5)	23,1 (16,6–31,1)	88,5 (73,5–95,5)	76,6 (59,5–88,0)	63,7 (42,3–80,8)
Recife	61,0 (53,6–68,0)	21,8 (15,5–29,7)	84,7 (70,6–92,7)	34,5 (26,8–43,0)	84,7 (70,6–92,7)	67,0 (52,5–78,9)	46,1 (31,0–61,9)
Salvador	83,8 (78,5–88,0)	19,4 (14,1–26,0)	61,1 (49,1–71,9)	32,1 (26,3–38,5)	61,1 (49,1–71,9)	35,2 (24,4–47,7)	28,0 (14,7–46,8)
Belo Horizonte	74,7 (67,4–80,7)	42,7 (33,6–52,2)	89,5 (56,8–98,2)	22,9 (15,1–33,1)	89,5 (56,8–98,2)	60,7 (39,5–78,5)	83,9 (64,3–93,7)
cidade do Rio de Janeiro	64,4 (57,2–71,0)	26,9 (20,4–34,6)	86,1 (73,8–93,1)	31,0 (23,6–39,5)	86,1 (73,8–93,1)	63,1 (48,0–76,1)	64,5 (47,9–78,3)
cidade de São Paulo	59,5 (52,0–66,7)	23,3 (16,1–32,5)	91,6 (72,9–97,8)	23,2 (15,9–32,5)	91,6 (72,9–97,8)	77,2 (56,4–89,9)	61,2 (39,3–79,4)
Curitiba	59,7 (51,7–67,2)	31,2 (23,1–40,6)	99,0 (93,7–99,9)	31,2 (22,3–41,9)	99,0 (93,7–99,9)	68,4 (46,3–84,5)	73,3 (46,6–89,6)
Porto Alegre	77,4 (70,9–82,8)	35,9 (28,3–44,3)	98,9 (94,3–99,8)	33,9 (26,6–42,0)	98,9 (94,3–99,8)	80,6 (64,0–90,6)	63,6 (46,1–78,0)
Campo Grande	77,6 (71,2–82,9)	52,8 (45,7–59,8)	94,7 (76,9–99,0)	13,7 (9,8–18,7)	94,7 (76,9–99,0)	69,3 (53,8–81,4)	65,5 (47,6–79,8)
Brasília	75,9 (70,3–80,8)	30,5 (24,3–37,5)	88,5 (68,6–96,4)	18,8 (13,7–25,2)	88,5 (68,6–96,4)	58,9 (40,3–75,2)	57,8 (51,2–64,1)
Total	67,0 (65,0–68,9)	28,9 (26,8–31,2)	85,8 (82,1–88,8)	28,1 (25,9–30,4)	85,8 (82,1–88,8)	63,9 (59,1–68,5)	59,3 (53,6–64,8)
χ^2 valor p	<0,001	<0,001			<0,001	0,001	0,011

Tabela 5. Distribuição proporcional e intervalos de confiança (IC95%) para estado de saúde, escore para episódio de transtorno depressivo maior, fonte usual de cuidado e discriminação em mulheres trabalhadoras do sexo, segundo cidade do estudo. Brasil, 2016.

Cidade	Autoavaliação de saúde			PHQ-2	SUS como fonte usual de cuidado	Discriminação serviço de saúde	
	Muito boa/boa	Regular	Ruim/muito ruim			Discriminação por ser MTS	Diz que é MTS no serviço saúde
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)		
Manaus	66,7 (61,5–71,6)	30,8 (26,0–36,0)	2,5 (1,2–5,1)	11,0 (7,7–15,5)	96,9 (92,8–98,7)	9,1 (6,1–13,2)	21,9 (17,7–26,8)
Belém	67,2 (60,7–73,0)	29,7 (24,3–35,8)	3,1 (1,7–5,5)	21,9 (17,3–27,2)	93,3 (88,8–96,1)	16,5 (12,3–21,8)	29,6 (24,5–35,3)
Fortaleza	63,4 (56,2–70,0)	32,4 (26,0–39,6)	4,2 (2,4–7,2)	15,8 (11,2–21,7)	92,3 (87,2–95,4)	29,6 (23,6–36,4)	29,9 (23,9–36,6)
Recife	60,6 (54,1–66,7)	33,4 (27,8–39,4)	6,1 (3,4–10,7)	30,1 (24,1–36,8)	97,8 (93,8–99,2)	13,5 (9,3–19,3)	42,5 (35,9–49,4)
Salvador	50,6 (44,0–57,0)	40,7 (34,2–47,6)	8,7 (5,4–13,9)	28,6 (22,4–35,7)	88,8 (81,2–93,6)	17,2 (12,7–22,7)	23,4 (18,1–29,6)
Belo Horizonte	84,5 (78,2–89,2)	12,9 (8,9–18,4)	2,6 (0,8–8,1)	28,1 (21,3–36,2)	76,2 (67,0–83,5)	28,3 (22,1–35,4)	16,8 (12,5–22,2)
cidade do Rio de Janeiro	60,5 (54,1–66,5)	34,8 (29,2–40,8)	4,7 (2,7–8,2)	35,9 (30,4–41,9)	97,1 (95,0–98,4)	18,9 (14,7–24,1)	33,8 (27,9–40,2)
cidade de São Paulo	58,4 (50,9–65,5)	36,3 (29,3–44,0)	5,3 (2,9–9,4)	32,3 (25,9–39,4)	94,8 (90,4–97,3)	15,6 (11,0–21,5)	26,1 (20,3–32,7)
Curitiba	64,5 (56,8–71,5)	29,7 (23,2–37,2)	5,8 (3,0–10,9)	26,8 (20,5–34,2)	90,9 (84,3–94,9)	19,1 (13,8–25,7)	15,7 (10,7–22,5)
Porto Alegre	77,7 (71,0–83,2)	17,9 (13,4–23,6)	4,4 (1,9–9,8)	22,8 (17,7–28,9)	90,1 (84,2–94,0)	27,0 (21,3–33,7)	23,3 (18,7–28,8)
Campo Grande	67,1 (61,0–72,6)	30,8 (25,3–36,9)	2,1 (1,0–4,6)	46,6 (40,7–52,5)	71,9 (63,9–78,7)	36,4 (30,6–42,6)	14,4 (10,4–19,7)
Brasília	69,2 (63,2–74,7)	28,1 (22,6–34,3)	2,6 (1,3–5,4)	30,4 (24,4–37,1)	87,9 (82,2–92,0)	25,4 (20,3–31,3)	11,9 (8,6–16,2)
Total	65,8 (63,9–67,6)	29,9 (28,2–31,7)	4,3 (3,6–5,2)	27,7 (26,0–29,5)	90,2 (88,7–91,5)	21,3 (19,8–23,0)	24,3 (22,7–25,9)
χ^2 valor p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

DISCUSSÃO

Neste artigo, apresentamos indicadores referentes à saúde sexual, reprodutiva e estado de saúde em mulheres trabalhadoras do sexo em 12 cidades brasileiras. Esses indicadores apresentaram variações importantes entre as cidades, com destaque para cobertura de exame de Papanicolau, teste para HIV e sífilis, e indicadores de pré-natal, que apresentaram variação igual ou maior a 20 pontos percentuais.

As limitações desse estudo referem-se ao método RDS utilizado para recrutar as MTS. Reconhecidamente, um dos fatores que influenciam o desenvolvimento das redes é o efeito de homofilia, definido como a tendência do participante em recrutar pares com características similares às dele²⁰. O pagamento de incentivos influencia, igualmente, a formação da rede, estimulando a participação de pessoas de menor renda e mais marginalizadas socialmente²¹. O local de realização do estudo também pode afetar a composição da rede, de acordo com as características das MTS que trabalham nas proximidades²². Assim, as amostras alcançadas em cada cidade, de tamanho pré-estabelecido, podem não alcançar a diversidade das características de todos os subgrupos de MTS da cidade. Isso pode ter influenciado os piores indicadores de saúde encontrados em cidades como Salvador, em que a amostra foi composta por trabalhadoras do sexo mais vulneráveis, usuárias de *crack*, de baixa escolaridade e renda mensal, e os melhores indicadores registrados em municípios como Belo Horizonte, em que as participantes tinham mais escolaridade e renda mensal, e baixo percentual de uso de drogas ilícitas¹³.

Na avaliação dos indicadores de saúde sexual e reprodutiva, verificou-se que, em todas as cidades, a cobertura de exame de Papanicolau entre as MTS, nos últimos três anos, foi inferior à estimativa da população brasileira de mulheres²³ e acompanhou o perfil nacional, com menor cobertura nas regiões Norte e Nordeste e maiores no Sul e Sudeste²⁴.

A proporção de MTS que fizeram o teste para HIV alguma vez na vida foi maior que a encontrada no inquérito biológico e comportamental, realizado em 2016 com homens que fazem sexo com homens (HSH)²⁵. A maior cobertura do teste para HIV entre elas é explicada, provavelmente, no atendimento pré-natal. Essa hipótese é reforçada ao observar que as cidades com maior cobertura de testes para HIV, Campo Grande e Porto Alegre, possuem altas coberturas de pré-natal, acima de 90%²⁶.

Em todos os municípios, a proporção de MTS que realizaram teste para sífilis no ano que antecedeu à pesquisa foi muito inferior à cobertura de teste para sífilis durante o pré-natal em mulheres da população brasileira, de 89,1%²⁷. É importante destacar que, em todas as cidades, a frequência de teste para sífilis nas trabalhadoras do sexo foi menor do que a de testes para HIV. Isso representa importante lacuna na provisão de serviços integrados de prevenção de ISTs¹⁵.

Um motivo importante para a não realização do teste para HIV foi “ter medo ou vergonha”, evidenciando o estigma e a discriminação como barreiras para o diagnóstico do HIV²⁸. Ademais, Curitiba e Brasília, com maiores proporções de não realização do teste para HIV por medo ou vergonha, foram também cidades com menores frequências de mulheres que revelam ser trabalhadoras do sexo quando atendidas no serviço de saúde.

Destaca-se que a proporção de MTS que usam camisinha em todas as relações sexuais vaginais e anais com parceiro fixo foi baixa, de 34,8 e 38,9%, respectivamente, sugerindo relação de mais confiança com esses parceiros, e com clientes, bem mais elevada, de 80,5 e 81,1%, respectivamente, o que aponta mais preocupação com a prevenção de ISTs com esses parceiros.

A proporção de MTS que utiliza algum método contraceptivo é menor que a da população brasileira em 13 pontos percentuais. As diferenças encontradas entre o tipo de contracepção utilizada por elas acompanham o perfil da população de mulheres brasileiras: enquanto as da região Norte são mais esterilizadas e o preservativo masculino é o método contraceptivo mais utilizado, as das regiões Sul e Sudeste utilizam mais o contraceptivo oral²⁹.

Ao investigar o perfil de cobertura de pré-natal, com exceção de Curitiba e Porto Alegre, a proporção de MTS que tiveram atendimento pré-natal em cada cidade foi inferior à encontrada na população brasileira de mulheres (97,9%). Com relação às diferenças entre as cidades, observa-se o conhecido padrão de desigualdades regionais no país, com as menores coberturas de pré-natal nas regiões Norte e Nordeste³⁰. Os indicadores de início do pré-natal no primeiro trimestre e realização de sete ou mais consultas de pré-natal mostraram, igualmente, proporções menores do que entre as mulheres da população brasileira^{30,31}.

Nota-se que a pior avaliação da própria saúde foi encontrada em Salvador, onde a rede é composta por MTS de grande vulnerabilidade, reforçando que a educação incompleta e as condições socioeconômicas desfavoráveis são determinantes de pior autoavaliação da saúde³².

No que se refere à proporção de MTS com escore positivo para episódio depressivo maior na escala PHQ-2, observa-se também elevada proporção em Salvador, onde essas mulheres são mais vulneráveis. Porém, a maior proporção de MTS com escore positivo para episódio depressivo foi registrada em Campo Grande, com a mais elevada proporção de trabalhadoras do sexo que se sentiram discriminadas pela sua ocupação (36,4%) e maior a proporção das que usam álcool frequentemente¹³. Isso reforça o caráter multifacetado da depressão em MTS, que tem, além das precárias condições socioeconômicas, o estigma, o uso de álcool e drogas e a infecção pelo HIV como fatores fortemente associados^{33,34}.

O sentimento de discriminação influencia as mulheres a não revelar sua ocupação como trabalhadoras do sexo em atendimento de saúde. Em trabalho anterior, com dados do mesmo inquérito, a falta de revelação da ocupação como trabalhadoras do sexo nos serviços de saúde mostrou-se significativamente associada à não realização de teste para HIV nos últimos 12 meses¹⁰.

Tendo em vista a elevada proporção de MTS que utilizam o SUS como fonte usual de cuidado em todas as cidades, esses resultados reforçam a necessidade de implementar políticas locais para combater o estigma e a discriminação dessas mulheres a fim de garantir a adoção apropriada de ações preventivas nos serviços públicos de saúde.

Os resultados apresentados neste trabalho são de grande relevância para o planejamento de políticas de saúde voltadas para as trabalhadoras do sexo tanto em nível municipal como

nacional. Os resultados não só reforçam a condição de maior vulnerabilidade das MTS como também revelam as diferenças encontradas entre as regiões, que acompanham as desigualdades dos indicadores de saúde da população brasileira de mulheres^{29,35}.

Adicionalmente, os resultados mostram que ainda há um grande espaço para ampliação da testagem frequente para HIV e sífilis em todos os municípios. Nesse sentido, é fundamental considerar as barreiras de acesso, como o estigma e a discriminação, que impedem a contemplação das necessidades específicas das MTS.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos às mulheres trabalhadoras do sexo participantes do estudo e às equipes locais que realizaram o trabalho de campo nas 12 cidades. Agradecemos também ao Ministério da Saúde e ao Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI) pelo financiamento e ao apoio do The Brazilian FSW Group.

REFERÊNCIAS

- Zalla LC, Herce ME, Edwards JK, Michel J, Weir SS. The burden of HIV among female sex workers, men who have sex with men and transgender women in Haiti: results from the 2016 Priorities for Local AIDS Control Efforts (PLACE) study. *J Int AIDS Soc* 2019; 22 (7): e25281. <https://doi.org/10.1002/jia2.25281>
- 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 (2): e00157815. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00157815>
- 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 (9962): 55-71. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60931-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60931-4)
- Âdo RA, Young PW, Horth RZ, Inguane C, Sathane I, Ngale K, et al. High Burden of HIV Infection and Risk Behaviors Among Female Sex Workers in Three Main Urban Areas of Mozambique. *AIDS Behav* 2016; 20 (4): 799-810. <https://doi.org/10.1007/s10461-015-1140-9>
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais. Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- Damacena GN, Szwarcwald CL, Souza Junior PR, Dourado I. Risk factors associated with HIV prevalence among female sex workers in 10 Brazilian cities. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2011; 57 (3): S144-52. <https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e31821e9bf6>
- World Health Organization, UNDP/UNFPA/UNICEF/WHO/World Bank. Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach. Geneva: World Health Organization; 2017.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Cadernos de Atenção Básica 2013. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- Dourado I, Guimaraes MDC, Damacena GN, Magno L, Souza Junior PRB, Szwarcwald CL. 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 (1): 8. <https://doi.org/10.1186/s12914-019-0193-7>
- Ferreira Júnior OC, Franchini M, Bazzo ML, Motta LR, Veras NMC, Werson ESS. Manual Técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

12. Damacena GN, Szwarcwald CL, de Souza Júnior PR, Ferreira Júnior OC, Almeida WS, Pascom ARP, et al. Application of the respondent-driven sampling methodology in a biological and behavioral surveillance survey among female sex workers, Brazil, 2016. *Rev Bras Epidemiol* 2019; 22 (Suppl 1): e190002. <http://doi.org/10.1590/1980-549720190002.supl.1>
13. Braga, LP, Szwarcwald, CL, Damacena, GN. Caracterização de mulheres trabalhadoras do sexo em capitais brasileiras, 2016. *Epidemiol Serv Saúde* 2020; 29 (4): e2020111. <http://doi.org/10.5123/s1679-49742020000400002>
14. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2ª edição revista, ampliada e atualizada [internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2016.
15. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – 2016 update. Geneva: World Health Organization; 2016.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde; 2013.
17. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care* 2003; 41 (11): 1284-92. <http://doi.org/10.1097/01.MLR.0000093487.78664.3C>
18. Szwarcwald CL, Souza Junior PRB, Damacena GN, Barbosa Junior AB, Kendall C. Analysis of data collected by RDS among sex workers in 10 Brazilian cities, 2009: estimation of the prevalence of HIV, variance, and design effect. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2011; 57 (3): S129-35. <https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e31821e9a36>
19. Salganik MJ, Heckathorn DD. Sampling and estimation in hidden populations using respondent-driven sampling. *Sociological Methodology* 2004; 34 (1): 193-240. <https://doi.org/10.1111/j.0081-1750.2004.00152.x>
20. Barbosa Júnior A, Pascom ARP, Szwarcwald CL, Kendall C, McFarland W. Transfer of sampling methods for studies on most-at-risk populations (MARPs) in Brazil. *Cad Saude Publica* 2011; 27(Suppl 1): s36-44. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001300005>
21. McCreech N, Frost SD, Seeley J, Katongole J, Tarsh MN, Ndunguse R, et al. Evaluation of respondent-driven sampling. *Epidemiology* 2012; 23 (1): 138-47. <https://doi.org/10.1097/EDE.0b013e31823ac17c>
22. Damacena GN, Szwarcwald CL, Souza Júnior PRB. HIV risk practices by female sex workers according to workplace. *Rev Saúde Pública* 2014; 48: 428-37. <https://doi.org/10.1590/s0034-8910.2014048004992>
23. Oliveira MM, Andrade SSCA, Oliveira PPV, Silva GA, Silva MMA, Malta DC. Cobertura de exame Papanicolaou em mulheres de 25 a 64 anos, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde e o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, 2013. *Rev Bras Epidemiol* 2018; 21: e180014. <https://doi.org/10.1590/1980-549720180014>
24. Magalhães RLB, Borges BVS, Oliveira VMC, Brito GMI, Resende AKA, Gir E. Fatores associados à realização do exame citopatológico em mulheres profissionais do sexo. *Revista Baiana Enferm* 2018; 32. <http://doi.org/10.18471/rbe.v32.25931>
25. Guimaraes MDC, Kendall C, Magno L, Rocha GM, Knauth DR, Leal AF, et al. Comparing HIV risk-related behaviors between 2 RDS national samples of MSM in Brazil, 2009 and 2016. *Medicine (Baltimore)* 2018; 97 (1S Suppl 1): S62-8. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000009079>
26. Brito AM, Szwarcwald CL, Damacena GN, Dourado IC. HIV testing coverage among female sex workers, Brazil, 2016. *Rev Bras Epidemiol* 2019; 22 (Suppl 1): e190006. <http://doi.org/10.1590/1980-549720190006.supl.1>
27. Domingues RMSM, Szwarcwald CL, Souza Júnior PRB, Leal MC. Prevalence of syphilis in pregnancy and prenatal syphilis testing in Brazil: birth in Brazil study. *Rev Saude Publica* 2014; 48 (5): 766-74. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005114>
28. Martins TA, Kerr L, Macena RHM, Mota RS, Dourado I, Brito AM, et al. Incentives and barriers to HIV testing among female sex workers in Ceará. *Rev Saude Publica* 2018; 52: 64. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000300>
29. Trindade RE, Siqueira BB, Paula TF, Felisbino-Mendes MS. Uso de contracepção e desigualdades do planejamento reprodutivo das mulheres brasileiras. *Cien Saude Col* 2019 [acessado em 8 mar. 2020]; 0298. Disponível em: <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/uso-de-contracepcao-e-desigualdades-do-planejamento-reprodutivo-das-mulheres-brasileiras/17372>
30. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Viellas EF, Domingues RMSM, Gama SGN. Prenatal care in the Brazilian public health services. *Rev Saude Publica* 2020; 54: 8. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>
31. Nunes ADS, Amador AE, Dantas APQM, Azevedo UN, Barbosa IR. Acesso à assistência pré-natal no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde. *RBPS* 2017; 30 (3): 1-10. <https://doi.org/10.5020/18061230.2017.6158>

32. Chandola T, Jenkinson C. Validating self-rated health in different ethnic groups. *Ethn Health* 2000; 5 (2): 151-9. <https://doi.org/10.1080/713667451>
33. Rael CT, Davis A. Depression and key associated factors in female sex workers and women living with HIV/AIDS in the Dominican Republic. *Int J STD AIDS* 2017; 28 (5): 433-40. <https://doi.org/10.1177/0956462416651374>
34. Beattie, TS, Smilenova B, Krishnaratne S, Mazzuca, A. Mental health problems among female sex workers in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2020; 17 (9): e1003297. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003297>
35. Silva ICM, Restrepo-Mendez MC, Costa JC, Ewerling F, Hellwig F, Ferreira LZ, et al. Mensuração de desigualdades sociais em saúde: conceitos e abordagens metodológicas no contexto brasileiro. *Epidemiol Ser Saúde* 2018; 27 (1): e000100017. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742018000100017>

Recebido em: 25/03/2021

Revisado em: 15/07/2021

Aceito em: 27/07/2021

Contribuições dos autores: LPB: Conceituação, Curadoria de dados, Análise formal, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição. GND: Conceituação, Curadoria de dados, Análise formal, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição. CLS: Conceituação, Curadoria de dados, Análise formal, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição. MDCG: Conceituação, Curadoria de dados, Análise formal, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição.

