



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER**

SARA DA SILVA SIQUEIRA FONSECA

**CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA E SOCIOCULTURAL DE
MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO EM MUNICÍPIO DA REGIÃO SUL
DO PIAUÍ**

TERESINA-PI

2019

SARA DA SILVA SIQUEIRA FONSECA

CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA E SOCIOCULTURAL DE
MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO EM MUNICÍPIO DA REGIÃO SUL
DO PIAUÍ

Dissertação de Mestrado submetida
ao Programa de Mestrado
Profissional em Saúde da Mulher da
Universidade Federal do Piauí como
requisito parcial para obtenção do
título de Mestre em Saúde da Mulher.
Orientadora: Profa. Dra. Marta Alves
Rosal

Co-orientador: Prof^o Dr. Kelsen
Dantas Eulálio

Área de concentração: Assistência
Integral à Saúde da Mulher

TERESINA-PI

2019

Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Setorial do CCS
Serviço de Processamento Técnico

F676c Fonseca, Sara da Silva Siqueira.
Caracterização clínico-epidemiológica e sociocultural de mulheres profissionais do sexo em município da região sul do Piauí / Sara da Silva Siqueira Fonseca. -- Teresina, 2019.
119 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher, 2021.
Orientação: Profa. Dra. Marta Alves Rosal.
Bibliografia

1. Infecções Sexualmente Transmissíveis. 2. Profissionais do sexo. 3. Mulheres. I. Rosal, Marta Alves. II. Título.

CDD 616.95

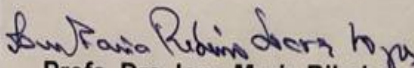
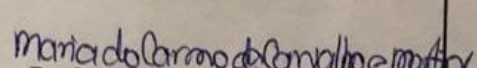
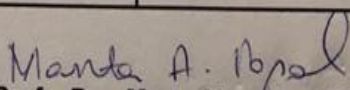
Elaborada por Fabíola Nunes Brasilino CRB 3/ 1014



ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aos dezesseis dias do mês de dezembro do ano de dois mil e dezenove, às Quatorze horas, reuniu-se a banca examinadora de defesa de Dissertação de Mestrado composta pelos professores: **Profa. Dra. Marta Alves Rosal – Universidade Federal do Piauí (Orientadora/Presidente)**, **Profa. Dra. Ione Maria Ribeiro Soares Lopes - Universidade Federal do Piauí (Membro Titular Interno)** e **Profa. Dra. Maria do Carmo de Carvalho e Martins - Universidade Federal do Piauí (Membro Titular Externo)** perante as quais, **Sara da Silva Siqueira Fonseca**, mestranda regularmente matriculada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher da Universidade Federal do Piauí, defendeu em sessão pública, para preenchimento do requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Saúde da Mulher com sua Dissertação intitulada **Caracterização clínico-epidemiológica e sociocultural de mulheres profissionais do sexo em município da região sul do Piauí**. A defesa da referida Dissertação de Mestrado ocorreu, das quatorze horas às dezesseis horas, tendo a mestranda sido submetido à arguição, dispondo cada membro da banca do tempo determinado para tal. Finalmente, a Banca reuniu-se em separado e concluiu por considerar a mestranda APROVADA **(Aprovada/Reprovada)** por unanimidade. Eu, **Marta Alves Rosal**, que presidi a Banca de defesa de Dissertação, assino a presente Ata, juntamente com os demais membros e dou fé, em Teresina, dezesseis de dezembro do ano de dois mil e dezenove.

ASSINATURAS DOS PRESENTES

 Profa. Dra. Ione Maria Ribeiro Soares Lopes Universidade Federal do Piauí (Membro Titular Interno)	 Profa. Dra. Maria do Carmo de Carvalho e Martins Universidade Federal do Piauí (Membro Titular Externo)
 Profa. Dra. Marta Alves Rosal Universidade Federal do Piauí (Orientadora/Presidente)	

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus amados filhos João Neto e Joana Luiza, pois foi por vocês que fui em busca deste sonho!

Às minhas irmãs e ao meu irmão por acreditarem na minha capacidade e contribuírem para a realização dos meus sonhos!

E ao meu marido por acrescentar razão aos meus dias, encorajando-me a prosseguir no curso e na execução desta dissertação, por partilhar comigo e sacrificar muitos momentos que poderíamos ter desfrutado juntos, mas sempre incentivou e apoiou! Desde a inscrição até a conclusão! E, o melhor de tudo, sempre me cobrou para que eu continuasse e concluísse mais esta etapa, sendo minha mais importante fonte de apoio intelectual e afetivo, sem os quais certamente eu não concluiria este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, em Ele eu não teria conseguido.

Ao meu marido pelo apoio incondicional na caminhada!

Aos meus irmãos: Soraia, Sandra, Ricardo que não mediram esforços para me ajudarem no que fosse preciso, desde os mínimos aos detalhes máximos!

Aos meus pais: Valdeir e Cleidimar e ao Sogro e sogra: João e Antônia, pelo incentivo e apoio!

Às sobrinhas e sobrinhos por sempre estarem na torcida.

Aos cunhados Wildes e Antônio por acreditarem que eu seria capaz e por todo apoio para realização da pesquisa.

Às cunhadas Bia e Ellitânia pelo apoio, palavras de carinho e incentivo!

A Avó Madalena, primas Natália, Bruna e aos demais membros da família que sempre estiveram na torcida!

Às amigas: Isete, Gardênia, Rafaela, Liliane, Kellyane, Patrícia, Elke, Geânia, Dylliane, Anaíde e Cláudia por sempre estarem dispostas a ouvir os louros e os dissabores no decorrer da peleja em busca dos dados!

A amiga Isete Rocha que não mediu esforços para que a pesquisa fosse realizada, serei eternamente grata!

A Rosinete que sempre se colocou à disposição na busca de novas amostras.

A amiga Flávia, a quem agradeço e estendo minha gratidão à Secretaria Municipal de Saúde de Bom Jesus-PI por ter disponibilizado oferecido os testes rápidos tão necessários!

A cada um que faz parte da Equipe de Saúde Mutirão: Lourema, Isete, Rejane, Soleio, tia Mercês, Cássia, Cléia, Marinalva, Vanúbia, Ester, Shirley, e aos demais membros da equipe, enfim a todos que contribuíram!

À Luziane, Carla, Evanira, tia Mercês e Gilvan da Unidade de Saúde Bom Jesus da Lapa e aos demais membros das equipes de saúde que foram em meu auxílio mesmo em dias que estariam em folga.

Às enfermeiras e amigas Lourema, Rafaela, Kelma, Luziane, Richarlândia, Wagnete, Daylene e Geandra por terem me auxiliado na realização dos exames e por todo apoio em tudo que fosse necessário!

Ao Secretário Municipal de Saúde Danilo Vaz que apoiou a realização da pesquisa.

À Sueli, Eline, Gabriela, Rosinha nas pessoas em quem agradeço aos demais membros da Secretaria Municipal de Saúde e a Rosa Neta, Vânia, Nicolau, Kailon, Ildenes, Wedson e Adiel nas pessoas em quem agradeço aos demais membros do Hospital Lourival de Abreu Vasconcelos que fizeram tudo o que estava ao alcance de cada um para me auxiliar e manter-me de pé para as coletas de dados: desde a procura pelos tubos de ensaio, impressão de documentos, administração dos opióides prescritos e até mesmo a condução do carro para retorno para casa, já que eu não tinha condições físicas de fazê-lo, minha sincera gratidão!

Às donas Odete e Ní por terem apoiado a pesquisa!

A Anísia Veloso por ter me ajudado nas coletas de sangue.

A Maria Gomes, Cleane, Djanira, Paulo e Dr Leandro nas pessoas a quem agradeço à todos da Clínica Leandro Dias.

Ao Laboratório Pinheiro, em especial a gerente Tatiane, Mariana e Dra Márcia.

Aos farmacêuticos bioquímicos Marieta, funcionários do Laboratório Central do Piauí-LACEN e a Fábio que contribuíram imensamente, realizando as análises das lâminas, sem o apoio de vocês não teria finalizado o estudo.

A Emilaine, Dairla, Carleusa, Tatlani, Liliane e demais amigas que prontamente me auxiliaram na resolução de problemas.

A Tatlani, Liliane, Cláudia e Larruama que sempre estavam dispostas a cuidar de mim nos momentos de dor.

À minha orientadora Dra Marta Alves Rosal, pelos conhecimentos repassados e por todas as orientações e aprendizado no decorrer desta pesquisa, minha eterna gratidão.

Ao Dr Kelsen Dantas Eulálio pela orientação, acolhida e apoio sempre me recebendo com carinho, um sorriso no rosto, paciência e contribuições relevantes.

A professora Lis Cardoso Marinho, pela confiança e determinação em descentralizar o mestrado, sem ela jamais teria conseguido.

A professora Rita Meneses pelo apoio, incentivo ao crescimento pessoal e profissional, além da resolução de problemas que encontramos no decorrer da pesquisa.

A professora Fernanda pelos conhecimentos repassados e por ter me indicado a fisioterapeuta!

Às professoras Maria do Carmo Carvalho e Martins e Ione Maria Ribeiro Soares Lopes por terem aceitado tão prontamente em participar da banca e pelas contribuições relevantes a este trabalho.

A Andrea no NUEPES sempre solícita e amiga nas horas mais turbulentas. A Tatiana que tão prontamente nos auxiliou.

Aos amigos e amigas da turma do mestrado em especial Kellyane, Geania, Elke, Patrícia, Úrsula, Cláudia, Dillyane, Luciana Maia, Anaíde, Graziela, Fernanda, Carlos e Edilene (*in memoriam*).

A Ricardo, Sandra, Soraia, Elitânia, Antônio José, Wildes, Ronivaldo, Bia, mãe, pai, sogro e sogra, Josineide, Maria do Carmo, Júlia, Jéssica, Sandra Brito, Luana, Alcione, Marina, dona Luiza, Leila, Ádila, à equipe da Escola Reino Encantado em especial: Sorânia, Jaira, Salviana, Joquebede, Márcia, Josélia, Guadalupe e tia Arlete, Verinha, Iraiane, Horteneide, Juliana, Ivana, Lilian, e Maria da Cruz pelo apoio e cuidado com meus filhos no decorrer desta caminhada.

A Gabriela Maia, Mirela, Vinícius, Marina Luiza, Maria do Carmo Leal, Maria da Cruz, Kauany pelas inúmeras vezes que me socorreram administrando os medicamentos para que eu suportasse continuar na caminhada em busca da concretização deste trabalho.

A Paulo, estatístico que efetuou a tabulação dos dados.

As funcionárias da Governança do Hospital Universitário em especial Mira, Luana e, Patrícia do Comitê de Ética em Pesquisa pelas relevantes informações.

A Seu Paulo e dona Ivani, que sempre disponibilizam sua internet quando estávamos em Bertolândia.

A Alana na pessoa a quem agradeço à todos da Fundação Municipal de Saúde de Teresina.

Às Mulheres Profissionais do Sexo, que aceitaram participar deste estudo, mesmo diante das dificuldades pessoais e profissionais, sempre demonstraram interesse e disponibilidade. Meus sinceros agradecimentos.

Enfim, a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização do mestrado.

FONSECA, SARA DA SILVA SIQUEIRA; ROSAL, MARTA ALVES; EULÁLIO, KELSEN DANTAS. CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA E SOCIOCULTURAL DE MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO EM MUNICÍPIO DA REGIÃO SUL DO PIAUÍ. Dissertação de Mestrado em Saúde da Mulher. Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI, 2019.

RESUMO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são afecções causadas por mais de 30 agentes etiológicos, sendo transmitidas, principalmente, por contato sexual e, de forma eventual, por via sanguínea. Todas as pessoas podem ser fontes de infecção, mas o cuidado com as profissionais do sexo deve ser maior, devido aos hábitos decorrentes da profissão. Quando se fala em IST pensa-se nas profissionais do sexo como possíveis transmissoras da infecção, pelo fato de terem uma multiplicidade de parceiros, não tomando, por vezes, os cuidados necessários para sua prevenção, como o uso do preservativo. **Objetivos:** Caracterizar clínico epidemiologicamente e socioculturalmente mulheres profissionais do sexo no município de Cristino Castro-PI. **Metodologia:** Trata-se de estudo descritivo, observacional, do tipo transversal. Foram incluídas no estudo 19 mulheres profissionais do sexo. Os dados foram coletados no decorrer do ano de 2018 e incluíram a realização de exames para detecção de Hepatites B e C, Sífilis (Testes Rápidos e VDRL), Sorologias IgM e IgG para Clamídia, Citologia oncológica, além de entrevista sobre as representações sociais das mesmas e sobre as possíveis dificuldades de acesso aos serviços de saúde e a qualidade do atendimento recebido por elas nas Unidades Básicas de Saúde. **Resultados:** A amostra era majoritariamente composto de mulheres adultas jovens solteiras, com escolaridade de nível de Ensino fundamental Incompleto. O tempo de atividade na profissão da maioria estava entre um mês e 5 anos. A renda mensal não ultrapassou 2 salários mínimos, sendo que esta inclui o recebimento do auxílio governamental “Bolsa Família”. Hábitos como tabagismo, uso de álcool e de drogas ilícitas, foram frequentes. A frequência de IST nas MPS foi de 15,8%, sendo 10,5% para Tricomoníase e de 5,3% para Sífilis, taxas altas quando comparadas com a média de estudos no Brasil. Houve queixa de prurido e de verrugas vaginais em 9,5% delas, e ainda 52,4% de corrimento vaginal. Infecções por Hepatites B e C e HIV não foram detectadas. Porém a Sorologia para Clamídia revelou que 89,5% das MPS estavam com IgG Reagente e 100% com IgM não reagente, demonstrando que as mesmas tivessem progressivamente infecção por Clamídia. O resultado oncológico da citologia apresentava-se negativo para lesão intra epitelial ou malignidade em 94,74% das MPS e em 5,26% delas apresentou atipia de células glandulares endocervical. Com relação ao acesso aos serviços de saúde os principais motivos que levam essa população a não procurarem atendimento são: a má qualidade e demora do atendimento, falta de vagas para consulta médica e de enfermagem, falta de acolhimento e/ou acolhimento ineficaz e comunicação agressiva por parte da recepção da UBS. **Conclusões:** A amostra estudada era majoritariamente de mulheres jovens, com escolaridade de Ensino fundamental incompleto. Demonstrou-se elevada frequência da IST tricomoníase e sífilis,

além de casos de vaginose. Hábitos como tabagismo, consumo de álcool e de drogas ilícitas foram frequentes. Em síntese a frequência de IST no grupo estudado foi alta.

Palavras-Chave: Infecções Sexualmente Transmissíveis; Profissionais do sexo; Mulheres.

CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL AND SOCIO-CULTURAL CHARACTERIZATION OF FEMALE SEX WORKERS IN A COUNTY IN THE SOUTH OF PIAUÍ. Master Thesis in Women's Health. Federal University of PiauÍ, Teresina-PI, 2019.

ABSTRACT

Sexually Transmitted Infections (STIs) are diseases caused by more than 30 etiological agents being transmitted mostly by sexual contact and, eventually, by blood. Everybody can be a source of infection, but care for sex workers should be greater, due to the habits arising from this profession. When we discuss about STIs, we think about sex workers as potential transmitters of the infections, because they have multiple partners and sometimes they do not take the necessary precautions for their prevention, such as condom use. **Objectives:** characterizing clinical epidemiologically and socioculturally female sex workers in the county of Cristino Castro-PI. **Methodology:** This is a descriptive, observational, cross sectional study. It included nineteen female sex workers. The data were collected during 2018 and included exams for detecting hepatitis B and C, syphilis (rapid tests and VDRL), IgM and IgG serology for chlamydia and oncotic cytology, as well as an interview about the social representations of themselves and about the possible difficulties of access to health services and the quality of care they receive at the UBS (Basic Health Unit is a kind of public healthcare center in Brazil). **Results:** The sample was mostly of young and single adult women, with unfinished elementary schooling. The working time in the profession of the great majority was between one month and 5 years. The monthly income did not exceed 2 minimum wages, which includes the “Bolsa Familia” a Brazilian government aid. Habits such as smoking, using of alcohol and illicit drug were frequent. The prevalence of STIs in FSWs was 15.8%, which 10.5% was for trichomoniasis and 5.3% was for syphilis, high rates when compared to average of studies in Brazil. 9.5% of them complained about itching and vaginal warts, and 52.4% complained about vaginal discharge. Hepatitis B and C infections and HIV were not detected. However, Chlamydia Serology demonstrated that 89.5% of the FSWs were with IgG Reactive and 100% with IgM non-reactive, showing that they previously had Chlamydia infection. The oncological result of the cytology showed as negative for intraepithelial lesion or malignancy in 94.74% of the FSWs and in 5.26% of them presented atypia of endocervical glandular cells. About the access to health services, the main reasons that lead this population not to seek care are: poor quality and delayed care, lack of vacancies for medical and nursing appointments, lack of acceptance and / or ineffective acceptance and aggressive communication from the reception of UBS. **Conclusions:** The studied sample was mostly young women with unfinished elementary schooling. The study showed a high prevalence of STIs trichomoniasis, syphilis, as well as cases of vaginosis. Habits such as smoking, using of alcohol and illicit drugs were frequent. In short, the prevalence of STIs in the study group was high.

Keywords: Sexually Transmitted Infections; Sex workers; Women.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Variáveis sociodemográficas e culturais de Mulheres Profissionais do Sexo de um município do Sul do Estado do Piauí, 2018.....	60
Tabela 2– Situação de moradia das Mulheres Profissionais do Sexo de um município do Sul do Estado do Piauí,2018.....	62
Tabela 3– Aspectos gerais das Mulheres Profissionais do Sexo de um município do Sul do Estado do Piauí, 2018.....	62
Tabela 4 – Antecedentes ginecológicos de Mulheres Profissionais do Sexo de um município do Sul do Estado do Piauí,2018.....	63
Tabela 5- Número de parceiros sexuais e programas realizados na última semana por Mulheres Profissionais do Sexo de um município do Sul do Estado do Piauí, 2018.....	66
Tabela 6- Resultados de Testes Rápidos de Mulheres Profissionais do Sexo de um município do Sul do Estado do Piauí, 2018.....	68
Tabela 7- Resultados de Sorologia para Clamídia de Mulheres Profissionais do Sexo de um município do Sul do Estado do Piauí, 2018.....	69
Tabela 8- Motivos da escolha profissional de Mulheres Profissionais do Sexo de MPS de um município do Sul do Estado do Piauí, 2018.....	71
Tabela 9. Principais entraves e motivos que levam as Mulheres Profissionais do Sexo de um município do Sul do Estado do Piauí a não procurar atendimento nas Unidades Básicas de Saúde, 2018.....	72
Tabela 10- Serviços que deveriam ser ofertados à população de Mulheres Profissionais do Sexo em um município do Sul do Estado do Piauí segundo as participantes da pesquisa, 2018.....	73
Tabela 11- Como os serviços deveriam ser ofertados à população de Mulheres Profissionais do Sexo em um município do Sul do Estado do Piauí segundo as participantes da pesquisa, 2018.....	74

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Tempo de atividade como Profissional do Sexo de Mulheres Profissionais do Sexo de um município do Sul do Estado do Piauí, 2018.....	61
Gráfico 2- Disfunções sexuais em Mulheres Profissionais do Sexo de um município do Sul do Estado do Piauí, 2018.....	64
Gráfico 3- Antecedentes ginecológicos de Mulheres Profissionais do Sexo de um município do Sul do Estado do Piauí, 2018.....	65
Gráfico 4- Imunização contra Hepatite B das Mulheres Profissionais do Sexo de um município do Sul do Estado do Piauí, 2018.....	65
Gráfico 5- Fatores comportamentais de Mulheres Profissionais do Sexo de um município do Sul do Estado do Piauí, 2018.....	66
Gráfico 6- Drogadição e tabagismo em Mulheres Profissionais do Sexo de um município do Sul do Estado do Piauí, 2018.....	67
Gráfico 7- Resultado microbiológico da citologia oncótica em Mulheres Profissionais do Sexo de um município do Sul do Estado do Piauí, 2018.....	69
Gráfico 8- Distribuição segundo número de agentes potenciais causadores de vaginites, vaginoses e Infecções Sexualmente Transmissíveis em Mulheres Profissionais do Sexo de um município do Sul do Estado do Piauí, 2018.....	70
Gráfico 9- Problemas de saúde relatados por Mulheres Profissionais do Sexo de um município do Sul do Estado do Piauí, 2018.....	71
Gráfico 10- Auto declaração das Mulheres Profissionais do Sexo de um município do Sul do Estado do Piauí sobre sua profissão ao procurar atendimento em saúde, 2018.....	72
Gráfico 11- Como as Mulheres Profissionais do Sexo de um município do Sul do Estado do Piauí classificam o atendimento recebido nas UBS, 2018.....	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS- Agente Comunitário de Saúde

Ac- Anticorpos

AIDS- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ANTÍGENO LPS- Antígeno Lipopolissacarídeo

APROSEP- Associação de Profissionais do Sexo do Município de Picos

APROSPI- Associação das Prostitutas do Piauí

APROCE- Associação de Prostitutas do Ceará

CAPS- Centro de Apoio Psicossocial

CBO- Código Brasileiro de Ocupações

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa

CÉLULAS CD4 - Células Cluster of Differentiation 4

CT- *Chlamydia tracomatis*

CTA- Centro de Testagem e Aconselhamento

DIP- Doença Inflamatória Pélvica

DNA- Ácido Desoxirribonucléico

DST- Doenças Sexualmente Transmissíveis

EIA- Imunoensaio Enzimático

ESF- Estratégia Saúde da Família

GEMPAC- Grupo de Prostitutas da Área Central

HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana

HPV- Papilomavírus Humano

HSM- Homens que fazem Sexo com Homens

IgG- Imunoglobulina G

IgM- Imunoglobulina M

IFI- Imunofluorescência Indireta

IST- Infecções Sexualmente Transmissíveis

LACEN-PI- laboratório Central do Estado do Piauí

LGV- Linfgranuloma Venéreo

MIF- Microimunofluorescência

MPS- Mulheres Profissionais do Sexo

MS- Ministério da Saúde

MTE- Ministério do Trabalho e Emprego

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS- Organização Mundial de Saúde

ONGs- Organizações Não Governamentais

PRAIA- Programa de Atenção Integral ao Adolescente

PNAISM- Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher

PAISM- Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PAIM- Programa de Atenção Integral à Mulher

PCR- Reação Polimerase em Cadeia

PI- Piauí

PUD- Pessoas que Usam Drogas

PSB- Programa de Saúde Bucal

PV- Papilomavírus

RN- Recém- Nascido

RPR- Rapid Test Reagin

SMS- Secretaria Municipal de Saúde

SC- Sífilis Congênita

TALE- Termo de Assentimento Livre Esclarecido

TCLE- Termo de Consentimento Livre Esclarecido

TCUD- Termo de Compromisso de Utilização de Dados

Teste ELISA- Teste Enzyme Linked ImmunonoSorbent Assay

TR- Testes Rápidos

TRUST- Toluidine Red Unheated Serum Test

TV- *Tricomonas vaginalis*

UBS- Unidade Básica de Saúde

UFPI- Universidade Federal do Piauí

USR- Unheated Serum Reagin

VDRL- Venereal Disease Research Laboratory

WHO- World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	20
2. JUSTIFICATIVA	24
3. OBJETIVOS	26
3.1. Objetivo geral	26
3.2. Objetivos específicos	26
4. REFERENCIAL TEMÁTICO	27
4.1.1 Aspectos clínicos e laboratoriais das Infecções Sexualmente Transmissíveis	27
4.1.1.1. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida-AIDS	27
4.1.1.2. Hepatites B e C	28
4.1.1.3. Sífilis	30
4.1.1.3. Doenças causadas pela <i>Clamídia trachomatis</i>	31
4.1.1.5. Tricomoníase	33
4.1.1.7. Infecção pelo HPV	34
4.2. Tratamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis	34
4.3. Medidas de Prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis	35
4.4. Vulvovaginites e Vaginoses	36
4.5. Disfunções sexuais femininas	37
4.6. Breve Histórico sobre a Prostituição	39
4.5. Políticas Institucionais para Mulheres Profissionais do Sexo	48
4.6. Políticas de Saúde para Mulheres Profissionais do Sexo	49
5. METODOLOGIA	53
5.1. Delineamento do estudo	53
5.2. Local e período do estudo	53

5.3. População e amostra _____	53
5.5. Instrumentos de coleta de dados _____	54
5.6. Variáveis estudadas _____	54
5.7. Operacionalização do estudo _____	56
5.6. Procedimentos para análise dos dados _____	58
5.7. Aspectos éticos _____	58
6. RESULTADOS _____	60
7. DISCUSSÃO _____	75
8. CONCLUSÃO _____	85
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS _____	86
REFERÊNCIAS _____	87
APÊNDICES _____	100
APÊNDICE 1. _____	101
APÊNDICE 2. _____	105
APÊNDICE 3. _____	107
APÊNDICE 4 _____	108
APÊNDICE 5. _____	110
APÊNDICE 6. _____	113
ANEXOS _____	115
ANEXO A _____	115
ANEXO B. _____	118

1. INTRODUÇÃO

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), atualmente chamadas de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) por meio do Decreto nº 8.901/2016 publicado no Diário Oficial da União em 11.11.2016, são afecções causadas por mais de 30 agentes etiológicos (vírus, bactérias, fungos e protozoários), sendo transmitidas, principalmente, por contato sexual e, de forma eventual, por via sanguínea. A transmissão de uma IST pode acontecer ainda da mãe para a criança durante a gestação, o parto ou a amamentação. Essas infecções podem se apresentar sob a forma de síndromes: úlceras genitais, corrimento uretral, corrimento vaginal e Doença Inflamatória Pélvica (BRASIL, 2015).

Quando se fala em IST aponta-se profissionais do sexo como possíveis transmissoras da infecção pelo fato de terem uma multiplicidade de parceiros, não tomando, por vezes, os cuidados necessários para sua prevenção, como o uso do preservativo. Sabe-se que todas as pessoas podem ser fontes de infecção, mas o cuidado com as profissionais do sexo deve ser maior, devido aos hábitos decorrentes da profissão (MOURA; PINHEIRO; BARROSO, 2009). Estudos indicam que esse tipo de doença é uma realidade na vida de prostitutas, em decorrência do não uso do preservativo em todas as relações sexuais com seus clientes (MOURA *et al.*, 2010).

As IST representam importante problema de saúde pública na atualidade, sendo mais prevalentes em populações que apresentam comportamentos de risco, como usuários de drogas ilícitas, homens que fazem sexo com homens (HSH) e Mulheres Profissionais do Sexo (MPS) (WHO, 2007; WANG *et al.*, 2012). Brasil (2016) reforça que algumas infecções sexualmente transmissíveis possuem altas taxas de incidência e prevalência, apresentam complicações mais graves em mulheres e facilitam a transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Podem ainda estar associadas à culpa, estigma, discriminação e violência, por motivos biológicos, psicológicos, sociais e culturais.

A Organização Mundial de Saúde- OMS (2015) estima a ocorrência de mais de um milhão de casos novos de IST por dia, mundialmente. Ao ano, calculam-se aproximadamente 357 milhões de novas infecções, entre clamídia,

gonorréia, sífilis e tricomoníase, sendo que a sífilis afeta um milhão de gestantes por ano em todo o mundo.

As profissionais do sexo têm sido consideradas um grupo com risco elevado para as ISTs, pois muitas usam drogas lícitas e ilícitas e praticam sexo sem preservativos. Além disso, apresentam vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas, como baixa escolaridade, grande mobilidade geográfica, difícil acesso aos serviços de saúde e barreiras relacionadas a gênero e estigmas sociais (AYRES *et al.*, 2009).

No decorrer dos últimos anos, o Ministério da Saúde brasileiro têm reunido esforços para a ampliação da realização do exames de detecção do HIV em todo o país (BRASIL, 2012). Para isso em 1991, foi implantado os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) com a oferta de exames sorológicos para HIV e VDRL (Veneral Disease Research Laboratory), acompanhado de aconselhamento pré e pós-teste de maneira gratuita, voluntária e confidencial.

Nos anos 2000 também foram desenvolvidos os Testes Rápidos (TR), a maioria deles baseada nas técnicas de imunocromatografia de fluxo lateral ou imunocromatografia em plataforma de dupla migração. Esses testes permitem detectar rapidamente os anticorpos treponêmicos e podem ser utilizados mesmo em locais sem infraestrutura laboratorial (BRASIL, 2014). A realização destes exames tem sido recomendada na rede de atenção básica para todas as pessoas que buscam assistência por causa de IST e também a populações vulneráveis (UNAIDS, 2012).

Em Cristino Castro (PI), município onde se realizou o presente estudo, a realização de exames para HIV e sífilis inicialmente eram ofertados somente às gestantes através da Rede Cegonha, porém a estratégia dos testes rápidos somente foram disponibilizados em 2018, estão disponíveis nas cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) e atendem à demanda espontânea.

Segundo Szwarcwald (2008), a prevalência de IST é de 0,6% na população de 15 a 49 anos de idade (0,4% nas mulheres e 0,8% nos homens). Bastos (2009) afirma que prevalência é de 0,12% nos jovens do sexo masculino de 17 a 20 anos de idade e Szwarcwald (2008) relata a taxa de 0,28% em mulheres jovens de 15 a 24 anos. E, nas populações vulneráveis, as prevalências são mais elevadas e destacam-se aquelas entre usuários de drogas ilícitas (5,9%) (BASTOS, 2009), homens que fazem sexo com homens

(HSH) 10,5% (KERR, 2011) e mulheres profissionais do sexo 5,1% (SZWARC WALD, 2008).

Já as prevalências de HIV no Brasil são de 5,9% entre pessoas que usam drogas (PUD) (BASTOS, 2009), 10,5% entre homens que fazem sexo com outros homens (KERR, 2009) e 4,9% entre mulheres profissionais do sexo (SZWARC WALD, 2009).

Pogetto, Silva e Parada (2011), analisaram a prevalência das ISTs entre as profissionais do sexo do interior paulista e constataram que 71% das mulheres haviam sido contaminadas por alguma IST. No Nepal, de 425 MPS, 90% relataram já ter adquirido alguma IST (GUIMIRE, SMITH e TEIJLINGEN, 2011).

Na Argentina, segundo a Benzaken *et al.* (2017), a prevalência de HIV é de 0,47% em pessoas de 15 a 49 anos, mas alcança 34% em pessoas trans, de 12% a 15% em HSH, de 4% a 7% entre pessoas que usam drogas injetáveis e de 2% a 5% em profissionais do sexo e pessoas em situação de prostituição. Embora as prevalências mais altas se localizem na área metropolitana de Buenos Aires, atingem valores similares em todas as grandes áreas urbanas de todo o país.

A infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) é muito comum. Causa 530.000 casos de câncer de colo uterino e 275.000 mortes por essa doença/ano. Além disso, a sífilis na gravidez causa aproximadamente 300.000 mortes fetais e neonatais/ano e coloca 215.000 recém-nascidos (RN) sob o risco de morte prematura, baixo peso ao nascimento ou sífilis congênita (BRASIL, 2016).

As mulheres profissionais do sexo (MPS) estão em maior risco de adquirir uma infecção por HPV de alto risco em comparação com a população em geral, e quando os protocolos adequados de triagem e tratamento não estão presentes, estão em risco adicional de desenvolver câncer cervical (MONTANO & BROWN (2012) *apud* JEAL *et al.*, 2017).

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil (2017) as prevalências de hepatites B e C na população de mulheres profissionais do sexo brasileiras são de 0,75% e 1,73%, respectivamente. Para Carcamo *et al.* (2012), ao avaliarem, a prevalência de IST's e dos padrões sexuais de MPS e de mulheres da população em geral no Peru, revelaram que as MPS têm alta prevalência de sífilis 7%, de HIV 7%, e apresentam maior prevalência de IST, quando comparadas às mulheres em geral. Para HIV foi de 5,3%, e a de sífilis, de 8,4%.

Zhu *et al.* (2012) relatam em pesquisa realizada na China com 488 profissionais do sexo mostrou a prevalência de Clamídia em 18,2%, seguida de sífilis 7,2%, condiloma 2,3%, gonorréia (1,8%), HIV 0,8% e herpes genital 0,4%. DAS *et al.* (2011) em um estudo com 417 profissionais do sexo da Índia, detectaram prevalência de 14,1% para gonorréia, 16,1% para Clamídia, 34,1% para Tricomoníase e 10,1% para sífilis.

Rekart (2005) e Lazarus *et al.* (2012) mostraram que no Canadá e em outros contextos que criminalizam o trabalho sexual, profissionais do sexo possuem uma série de doenças e danos sociais, incluindo a violência, a exposição ao HIV e outras ITS, e uso de substâncias que exigem atenção no sistema de saúde.

Estudos de O'Donnell *et al.* (2016) demonstram que as profissionais do sexo têm dificuldade em acessar o sistema público de saúde e que muitas delas estavam preocupadas com as dificuldades criadas pela estrutura do próprio sistema de atenção primária e confusão em torno de direitos que podem atuar como barreira.

Ao longo dos anos percebeu-se, no município de Cristino Castro-PI, que as profissionais do sexo foram crescendo em número e decrescendo em idade, pois, empiricamente percebemos a presença de crianças e adolescentes na atividade de prostituição. Após alguns anos percebeu-se a institucionalização de algumas dessas MPS em vários prostíbulos existentes na cidade.

Diante do exposto, o presente estudo propõem caracterizar clínica-epidemiologicamente e socioculturalmente mulheres profissionais do sexo no município de Cristino Castro-PI, bem como identificar as representações sociais que elas têm sobre os serviços de saúde e os possíveis entraves de acesso das mesmas às Unidades Básicas de Saúde.

2. JUSTIFICATIVA

As IST configuram-se como importante problema em MPS, frequentemente elas são imputadas como possíveis fontes de infecção, devido aos aspectos socioculturais e comportamentais, tendo em vista a grande quantidade de parceiros, em decorrência da atividade que exercem. A prevalência de IST nessa população é alta quando comparada com a média geral da população, pois muitas vezes devido a aspectos culturais e os hábitos decorrentes da profissão, as mesmas não utilizam preservativos em todas as relações sexuais.

No Brasil, estudos de Baldin (2010) e Dal-Pogetto, Silva e Parada (2011) apontam que a prevalência de IST é crescente. É sabido que as MPS estão mais expostas às ISTs e que muitas delas sentem-se estigmatizadas ao procurar atendimento nas Unidades Básicas de Saúde. Nos pequenos municípios esta realidade se potencializa pelo fato de que as pessoas têm mais proximidade e se conhecem, além da maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde. A invisibilidade social e programática da prostituição, aliada ao preconceito associado à ideia de grupos de risco e da própria infecção pelo HIV a partir desses contextos, desencadeia um processo de exclusão relativa de populações mais vulneráveis nas unidades básicas (PEDROSA; CASTRO, 2009).

Em 2017, de acordo com o Boletim epidemiológico da sífilis nº 45 (BRASIL, 2018) foram notificados no SINAN 119.800 casos de sífilis adquirida (taxa de detecção de 58,1 casos/100 mil habitantes); 49.013 casos de sífilis em gestantes (taxa de detecção de 17,2/1.000 nascidos vivos); 24.666 casos de sífilis congênita (taxa de incidência de 8,6/1.000 nascidos vivos); e 206 óbitos por sífilis congênita (taxa de mortalidade de 7,2/100 mil nascidos vivos). Ainda segundo o boletim citado acima no ano de 2017, 11 Unidades Federativas brasileiras apresentaram taxas de incidência de sífilis congênita superiores à taxa nacional (8,6 casos/1.000 nascidos vivos), dentre elas o Piauí obteve a incidência de 8,8 casos/1.000 nascidos vivos e no município de Cristino Castro-PI a taxa foi de 11,5%, valor ainda mais alto que as médias Estadual e Nacional.

O crescente aumento no número de mulheres profissionais do sexo em municípios, onde a assistência à saúde é precária, nos motivou a delinear este estudo visando caracterizar os aspectos clínicos, epidemiológicos e

socioculturais destas mulheres e possivelmente, servir de instrumento para proposta de melhorias e embasar políticas públicas para essa população e munir os gestores municipais de saúde de dados para implantá-las.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Caracterizar clínico epidemiologicamente e socioculturalmente mulheres profissionais do sexo no município de Cristino Castro-PI.

3.2. Objetivos específicos

- Descrever os perfis socioeconômicos, demográficos e culturais das MPS;
- Caracterizar os antecedentes patológicos, ginecológicos e obstétricos da população em estudo;
- Determinar a prevalência de Infecções Sexualmente Transmissíveis e o perfil de mulheres profissionais do sexo no município de Cristino Castro-PI.
- Identificar as representações sociais dessas mulheres sobre o atendimento nos serviços públicos de saúde e os entraves ao acesso à assistência à saúde.
- Elaborar, a partir dos resultados do estudo, protocolo de cuidados em saúde para as MPS.

4. REFERENCIAL TEMÁTICO

4.1.1 Aspectos clínicos e laboratoriais das Infecções Sexualmente Transmissíveis

4.1.1.1. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida-AIDS

O Vírus da Imunodeficiência Humana- HIV, causador da AIDS, ataca o sistema imunológico, responsável por defender o organismo de doenças. As células mais atingidas são os linfócitos T CD4+. E, é alterando o DNA dessa célula que o HIV faz cópias de si mesmo. Depois de se multiplicar, rompe os linfócitos em busca de outros para continuar a infecção (BRASIL, 2014).

O HIV é um retrovírus, classificado na subfamília dos *Lentiviridae*. Esses vírus compartilham algumas propriedades comuns: período de incubação prolongado antes do surgimento dos sintomas da doença, infecção das células do sangue e do sistema nervoso e supressão do sistema imune (BRASIL, 2014). Pode ser transmitido por meio do sangue contaminado residual de agulhas e seringas hipodérmicas que são compartilhadas entre os usuários de drogas intravenosas e substâncias injetáveis, como os esteroides, bem como por transfusões sanguíneas com sangue contaminado. As tecnologias para triagem laboratorial e inativação daqueles agentes são ferramentas importantes para o aumento da segurança do sangue usado nas transfusões, o que reduziu esse tipo de transmissão a níveis muito baixos (KAMEDA; CORRÊA; CASSIER, 2018).

Geralmente a infecção pelo HIV, sem tratamento, leva a uma imunossupressão progressiva, especialmente da imunidade celular, e a uma desregulação imunitária, e estas acabam por resultar em infecções oportunistas e/ou manifestações que são condições definidoras da AIDS quando em presença da infecção pelo HIV (ABREU *et al.*, 2016).

Os sinais e sintomas frequentemente associados à síndrome viral aguda causada pelo HIV são: febre, fadiga, exantema, cefaléia, linfadenopatia, faringite, mialgia e/ou artralgia, náusea, vômito e/ou diarreia, suores noturnos, meningite asséptica, úlceras orais, úlceras genitais, trombocitopenia, linfopenia e elevação dos níveis séricos de enzimas hepáticas (BRASIL, 2015).

A infecção pelo HIV envolve várias fases, com durações variáveis, que dependem da resposta imunológica do indivíduo e da carga viral. A primeira fase da infecção (infecção aguda) e o tempo para o surgimento de sinais e sintomas inespecíficos da doença, que ocorrem entre a primeira e terceira semana após a infecção. A fase seguinte (infecção assintomática) pode durar anos, até o aparecimento de infecções oportunistas (tuberculose, neurotoxoplasmose, neurocriptococose) e algumas neoplasias (BRASIL, 2015).

As estratégias para testagem tem o objetivo de melhorar a qualidade do diagnóstico da infecção pelo HIV e, ao mesmo tempo, fornecer uma base racional para assegurar que o diagnóstico seja realizado o mais precocemente possível, de forma segura e com rápida conclusão. Em 17 de dezembro de 2013 foi publicada a Portaria nº 29 que normatiza a testagem para o HIV. Nessa portaria são apresentados seis algoritmos que permitem o diagnóstico seguro da infecção. Dois dos algoritmos recomendados baseiam-se na utilização de testes rápidos (TR), que são imunoenaios simples e podem ser realizados em até 30 minutos (BRASIL, 2013). Como consequência do desenvolvimento e da disponibilidade de TR, o diagnóstico do HIV foi ampliado, podendo ser realizado em ambientes laboratoriais e não laboratoriais. Há ainda os exames laboratoriais Testes ELISA e *Western Blot* (CARVALHO *et al.*, 2004).

4.1.1.2. Hepatites B e C

As hepatites virais são doenças causadas por diferentes vírus hepatotrópicos que apresentam características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais distintas. Possuem distribuição universal e são observadas diferenças regionais de acordo com o agente etiológico. Os mais relevantes são os vírus A (HAV), B (HBV), C (HCV), D (HDV) e E (HEV). Esses vírus pertencem, respectivamente, às seguintes famílias: *Picornaviridae*, *Hepadnaviridae*, *Flaviviridae*, *Deltaviridae* e *Hepeviridae* (BRASIL, 2014).

As hepatites virais B, C e D são transmitidas pelo sangue (via parenteral, percutânea e vertical), esperma e secreção vaginal (via sexual). E, por isso são consideradas IST. A transmissão pode ocorrer pelo compartilhamento de objetos contaminados, como lâminas de barbear e de depilar, escovas de dente, alicates e acessórios de manicure e pedicure, materiais para colocação de *piercing* e

para confecção de tatuagens, materiais para escarificação da pele para rituais, instrumentos para uso de substâncias injetáveis, inaláveis (cocaína) e pipadas (*crack*). A transmissão também pode ocorrer em acidentes com exposição à material biológico, procedimentos cirúrgicos, odontológicos, hemodiálise, transfusão, endoscopia, entre outros, quando as normas de biossegurança não são aplicadas (BRASIL, 2015).

A transmissão vertical pode ocorrer no momento do parto. O risco é maior para hepatite B, ocorrendo em 70 a 90% dos casos cujas gestantes apresentam replicação viral. Na hepatite C, a transmissão vertical é menos frequente e, apesar da possibilidade de transmissão pelo aleitamento materno, não há evidências conclusivas de aumento do risco à infecção (BRASIL, 2014).

As manifestações clínicas das hepatites virais dividem-se em quadro agudo, crônico, ou doença hepática fulminante. Após entrar em contato com o vírus da hepatite, o indivíduo pode desenvolver um quadro de hepatite aguda, podendo apresentar formas clínicas com pouco ou nenhum sintoma ou com várias manifestações clínicas.

No primeiro caso, as manifestações clínicas estão ausentes ou são bastante leves e inespecíficas, simulando um quadro gripal. No segundo, a apresentação é típica, com os sinais e sintomas característicos da hepatite como febre, icterícia e colúria. No nosso meio, a maioria dos casos de hepatite aguda sintomática deve-se aos vírus A e B. O vírus C costuma apresentar uma fase aguda com pouco ou nenhum sintoma (BRASIL, 2014).

Caracteristicamente, a fase aguda (hepatite aguda) atravessa três estágios. A primeira fase (período prodrômico ou pré-ictérico) é o período após a fase de incubação do vírus e anterior ao aparecimento da icterícia. Os sintomas são inespecíficos, como inapetência, náuseas, vômitos, diarréia (ou raramente constipação), febre baixa, dor de cabeça, mal estar, fraqueza e cansaço, dores musculares.

A segunda fase (fase ictérica), como o nome diz, inicia com o aparecimento da icterícia e em geral há diminuição dos sintomas prodrômicos. Existe aumento de tamanho do fígado, que se torna doloroso, com ocasional aumento do baço. A terceira fase (fase de convalescença) é o período que se segue ao desaparecimento da icterícia, quando retorna progressivamente a sensação de bem-estar (BRASIL, 2014).

O diagnóstico das hepatites virais B e C baseia-se na detecção dos marcadores presentes no sangue, soro, plasma ou fluido oral da pessoa infectada, por meio de imunoenaios, e/ou na detecção do ácido nucléico viral, empregando técnicas de biologia molecular (BRASIL, 2015). Também são utilizados os Testes Rápidos fornecidos pelo Ministério da Saúde (MS).

4.1.1.3. Sífilis

A sífilis é uma doença sistêmica infectocontagiosa, de evolução crônica, com erupções cutâneas transitórias, provocadas por uma espiroqueta. Sua evolução é caracterizada por estágio recente e tardia. A transmissão da sífilis adquirida é por via sexual, na região genito-anal, na quase totalidade dos casos, mas qualquer órgão do corpo humano pode ser afetado, inclusive o sistema nervoso central. Na sífilis congênita, há infecção fetal via hematogênica, em qualquer estágio gestacional ou período clínico da afecção materna (BRASIL, 2010).

O *Treponema pallidum*, da família dos Treponemataceae, engloba mais dois gêneros: o *Leptospira* e *Borrelia*. O gênero apresenta no mínimo seis espécies não patogênicas e quatro causadoras de patologia. As que causam doença no homem é o *Treponema pertenue*, responsável por causar a boubá ou framboesia, o *Treponema carateum*, propulsor da pinta e o *Treponema pallidum*, causador da sífilis (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

A sífilis apresenta uma divisão dos períodos clínicos da doença. A sífilis primária, caracterizada pela presença de lesão inicial, denominada cancro duro, surge em torno de 10 a 20 dias, desaparece em quatro semanas, a forma secundária é marcada pela disseminação no organismo, e entre a sexta e oitava semana após o aparecimento do cancro duro, as lesões são substituídas por pápulas, palmo-plantares, placas, mucosas, poliadenopatia generalizada, alopecia em clareira e condilomas planos, lesões estas que tendem a desaparecer com o tratamento (BRASIL, 2010).

Na sífilis terciária, os sintomas surgem em um período variável, após três a 12 anos ou mais de contágio atingindo órgãos e tecidos, e dentre as variadas manifestações, as principais a serem citadas são apresentações neurológicas como demência e doença cardiovascular. A Sífilis gestacional: representa um

problema de saúde pública, é uma doença grave, traz consequências tanto para as gestantes como para seus conceptos. E, a Sífilis congênita (SC) é o resultado da disseminação hematogênica do *T. pallidum* da gestante infectada que não tenha recebido tratamento ou que o recebeu de maneira inadequada para o concepto por via transplacentária e/ou transmissão vertical se houver lesões genitais maternas (BRASIL, 2014).

Para detecção da sífilis há os exames diretos: exame em campo escuro e pesquisa direta com material corado. E, dois tipos de testes imunológicos: os não treponêmicos e os treponêmicos (BRASIL, 2015).

Existem quatro tipos de testes não treponêmicos com metodologia de floculação: VDRL (do inglês *Venereal Disease Research Laboratory*), RPR (do inglês, *Rapid Test Reagin*), USR (do inglês *Unheated Serum Reagin*) e TRUST (do inglês *Toluidine Red Unheated Serum Test*). E, cinco tipos de testes treponêmicos que utilizam lisados completos de *T.pallidum* ou antígenos treponêmicos recombinantes e detectam anticorpos específicos (geralmente IgM e IgG) contra componentes celulares dos treponemas, são eles: Teste de Imunofluorescência indireta – FTA-Abs, Testes imunoenzimáticos – ELISA, Testes de Hemaglutinação e aglutinação, Teste Rápido Treponêmico, Testes específicos para detecção de anticorpos anti-*T.pallidum* do tipo IgM (BRASIL, 2015).

4.1.1.3. Doenças causadas pela *Clamídia trachomatis*

A infecção causada pela bactéria conhecida como *Clamídia trachomatis* é a causadora de doenças do trato urogenital, linfogranuloma venéreo (LGV), tracoma, conjuntivite de inclusão e pneumonia no recém-nascido Seadi *et al.*(2002). Na mulher, a infecção genital pode causar salpingite, cervicite, uretrite, endometrite, doença inflamatória pélvica (DIP), infertilidade e gravidez ectópica (McCORMACK, 1995; HILLIS, 1996; QUINN, 1996; BLACK, 1997; GAYDOS, 1998). A maioria das infecções por CT são assintomáticas ou têm sintomas inespecíficos. Por isso, na ausência de estratégias de rastreamento da população, o diagnóstico geralmente é tardio e ocorre quando as sequelas já se instalaram. Em mulheres, infecções não tratadas podem ocasionar DIP, dor pélvica crônica, infertilidade tuboperitoneal e gravidez ectópica. Em gestantes,

umenta o risco de parto prematuro, baixo peso ao nascer e morte perinatal (GOMEZ, 2016).

A infecção é assintomática em até 50% dos homens e em 70% das mulheres (QUINN, 1996; BLACK, 1997). E, os sintomas mais comuns são: dor ao urinar ou no baixo ventre, corrimento amarelado ou claro, fora da época da menstruação, dor ou sangramento durante a relação sexual, a maioria das mulheres infectadas não apresentam sinais e sintomas. Os homens podem apresentar ardor e esquentamento ao urinar, podendo haver corrimento ou pus, além de dor nos testículos (BRASIL, 2015).

A coleta adequada independentemente do método diagnóstico seja detecção direta ou não, é essencial e se relaciona diretamente com a sensibilidade e a especificidade do teste diagnóstico (KELLOGG, 1995; GAYDOS, 1998) e, emprega tradicionalmente *swab* endocervical ou uretral (SEADI *et al.*, 2002). O exame citológico direto por coloração de Giemsa pode ser útil no diagnóstico da conjuntivite de inclusão em recém-nascidos, mas é pouco sensível no diagnóstico da conjuntivite do adulto e de infecções do trato urogenital (SCHACHTER & STAMM, 1999).

Há a pesquisa de anticorpos (Ac), cujas técnicas sorológicas mais comuns, são a fixação do complemento, a imunofluorescência indireta (IFI), que utiliza células infectadas com o sorotipo L2, e o ensaio imunoenzimático heterogêneo, que utiliza antígenos recombinantes, detectam anticorpos gênero-específicos, ou seja, contra o antígeno LPS presente nos corpos elementares ou reticulares (BLACK, 1997; SCHACHTER & STAMM, 1999). E, a Microimunofluorescência (MIF) descrita por Wang *et al.* (1973) para a pesquisa de anticorpos é espécie e subespécie-específica. O princípio da técnica é o mesmo da IFI, mas difere nos antígenos, que são utilizados em quantidades mínimas, representando todas as espécies e sorotipos da clamídia (agrupados opcionalmente por afinidades). Mas, para Seadi *et al.* (2002), a cultura tem sido considerada o padrão-ouro (*gold standard*), podendo por vezes, subestimar a especificidade de outras técnicas mais sensíveis.

Segundo Fernandes *et al.* (2014), os testes diretos, como a pesquisa de antígenos e ácidos nucleicos, apresentam maior sensibilidade e especificidade para o diagnóstico, embora impliquem em maior custo. Os indiretos, como a pesquisa de anticorpos séricos são frequentemente utilizados para o

rastreamento devido à facilidade para coleta e manuseio, mas apresentam restrições por não serem adequados para pesquisa de infecção ativa e pelos altos percentuais de reações cruzadas.

4.1.1.5. Tricomoniase

O *Trichomonas vaginalis* é um protozoário que foi descrito pelo médico francês Alfred Donné, em 1836. Ele é considerado o agente etiológico da tricomoníase e responsabilizado pela infecção sexualmente transmissível não viral mais comum no mundo (ALMEIDA *et al.*, 2010). Brasil (2019) considera a tricomoníase uma IST.

A transmissão desse parasito, em humanos, ocorre principalmente pela relação sexual. Entretanto, outros mecanismos de propagação estão envolvidos, a exemplo da veiculação do protozoário através de fômites (de uso pessoal), entre outros, os quais explicam a existência da infecção em recém-nascido e indivíduos com ausência de atividade sexual (HOFFMAN *et al.*, 2003).

Na mulher, os sintomas mais comuns são corrimento vaginal de cor amarelo-esverdeado, bolhoso, de odor fétido, sendo acompanhado de prurido ou irritação vulvovaginal. No homem é geralmente assintomático, podendo apresentar-se como uma uretrite com fluxo leitoso ou purulento e uma leve sensação de prurido na uretra (CARLI, 2000).

A tricomoníase tem sido associada a complicações no trato genital, incluindo parto pré-termo, neoplasia cervical, infecções pós-histerectomia, doença inflamatória pélvica atípica e infertilidade (muitas vezes pela diminuição da motilidade dos espermatozoides) (JUNIOR & SIQUEIRA, 2001). É proposto que a tricomoníase facilitaria um maior risco de infecção pelo HIV (BRAVO *et al.*, 2010).

Como método diagnóstico a cultura é considerada o padrão clássico. O método mais simples e rápido é uma preparação úmida obtida por *swab* do fórnix vaginal posterior, colocada numa gota de solução salina a 0,9%. Ferraz *et al.* (2014), cita que existem ainda outros métodos para diagnosticar o *T. vaginalis* diferindo-se na sensibilidade e na especificidade, como o papanicolau e o exame microscópico do sedimento urinário, onde é diagnosticado de forma casual. Há ainda kits de imunoensaio fluorescente, que podem ser aplicados à lâminas

preparadas e métodos de imunoenensaio enzimático (EIA), que também são aplicados à lâminas preparadas e métodos com sonda de ácido nucléico (RAVEL, 1997).

4.1.1.7. Infecção pelo HPV

Em 1950, foi descoberto o potencial carcinogênico dos papilomavírus humanos (HPV) em pacientes com epidermodisplasia verruciforme. Os HPVs são agrupados nos seguintes gêneros: alfapapilomavírus, betapapilomavírus, gamapapilomavírus, mupapilomavírus e nupapilomavírus. Os demais gêneros agrupam PVs isolados em mamíferos e pássaros (LETO *et al.*, 2011).

O HPV é transmitido pelo contato direto ou indireto com o indivíduo que tem a lesão. Disfunções na barreira epitelial por traumatismos, pequenas agressões ou macerações provocam perda de solução de continuidade na pele, possibilitando a infecção viral. Após a inoculação, o período de incubação varia de três semanas a oito meses (HARWOOD *et al.*, 2000). Observa-se regressão espontânea na maioria dos casos.

O HPV não cresce em meio de cultura convencional e os métodos diagnósticos sorológicos apresentam precisão limitada. Faz-se o diagnóstico da infecção do HPV por meio da histopatologia das lesões (STERLING *et al.*, 2004) ou da detecção do DNA viral nas células infectadas (MOLIJN *et al.*, 2005). O exame de citologia oncótica não é específico para detecção de HPV, porém é possível visualizar alterações celulares e lesões precursoras de câncer do colo do útero, decorrentes da infecção viral.

4.2. Tratamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis

Infecções Sexualmente Transmissíveis como sífilis (em especial, a latente), gonorréia, clamídia, hepatites virais B e C e, infecção pelo HIV, podem apresentar-se de forma assintomática, a depender da fase da doença, levando a complicações quando não tratadas. Como sífilis congênita, DIP, infertilidade, cirrose hepática e AIDS (BRASIL, 2014).

De maneira geral, as seguintes ações para rastreio das IST devem ser tomadas durante as consultas ambulatoriais nos serviços de saúde de acordo

com o Ministério da Saúde Brasileiro (2014): triagem para clamídia em gestantes de 15 a 24 anos, triagem para sífilis, gonorréia, clamídia, hepatites virais B e C e HIV em pessoas com IST e populações-chave (homossexuais, HSH (Homens que fazem Sexo com Homens), profissionais do sexo, travestis/transsexuais e pessoas que usam drogas), testagem de rotina para diagnóstico de HIV, sífilis e hepatite B durante o pré-natal e parto.

Diante da detecção de IST deve-se encaminhar e/ou realizar o tratamento das infecções identificadas, bem como o tratamento das parcerias sexuais para a(s) mesma(s) infecção (ões) apresentadas pelo caso índice, independentemente da presença de sinais ou sintomas (BRASIL, 2014).

De acordo com Penna *et al.*(2000), os portadores de IST devem receber atendimento e tratamento imediato. A espera em longas filas e a possibilidade de agendamento para outro dia, associadas à falta de medicamentos, são talvez os principais fatores que induzem à busca de atenção diretamente com o balconista da farmácia. Este autor enfatiza ainda que em si, o atendimento imediato de uma IST não constitui apenas uma ação curativa, mas também, e principalmente, uma ação preventiva da transmissão do HIV e do surgimento de outras complicações.

O tratamento das IST deve ser realizado considerando-se eficácia, segurança, posologia, via de administração, custo, adesão e disponibilidade. Cabe destacar que o tratamento deve ser estendido às parcerias sexuais em busca de maior impacto da estratégia, especialmente, na sífilis durante a gestação e no tratamento de parcerias assintomáticas de homens com corrimento uretral (BRASIL, 2016).

4.3. Medidas de Prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis

Dentre as medidas de prevenção, interromper a cadeia de transmissão, atuando objetivamente nos elos que formam essa corrente, ou seja, detectando precocemente os casos, tratando-os e a seus parceiros, adequada e oportunamente. Além de aconselhamento específico, durante o qual as orientações sejam discutidas conjuntamente, favorecendo a compreensão e o

seguimento das prescrições médicas e contribuindo de forma mais efetiva para a adoção de práticas sexuais mais seguras (PENNA *et al.*, 2000).

As vacinas constituem-se grande ferramenta de prevenção das IST, pois se encontram disponíveis nas UBS as contra Hepatite B e HPV. A incorporação das vacinas no SUS representam oportunidade para reforçar a informação sobre as outras IST assintomáticas junto a comunidade em geral e ao público-alvo (BRASIL, 2016).

A prevenção e o controle da transmissão das IST/HIV têm como principal estratégia a realização de atividades educativas que priorizem mudanças no comportamento sexual, percepção do risco, além da oferta de informações que garanta a adoção de medidas preventivas, com ênfase no uso de preservativo, pois este segue como uma das principais formas de prevenção, mas outras intervenções são comprovadamente eficazes e precisam ser incorporadas a proposta de prevenção combinada.

4.4. Vulvovaginites e Vaginoses

Segundo Linhares *et al.* (2014) vaginoses e vulvovaginites constituem-se as patologias mais frequentes nos consultórios de ginecologia, e responsáveis por aproximadamente 40% dos motivos de consulta. São chamadas de vaginites quando estão associadas a processos inflamatórios e de vaginoses quando estes não são evidenciados. A sintomatologia é representada principalmente por corrimento vaginal, em quantidade, coloração e aspecto variáveis, associados a outros sintomas como odor desagradável, prurido, sensação de ardor e/ou queimação, disúria e dispareunia, a depender do(s) agente(s) etiológicos(s). Estes sintomas podem afetar negativamente a qualidade de vida.

As vaginoses bacterianas (VB) são um estado de desequilíbrio da flora vaginal caracterizado pela substituição da flora microbiana dominada por *Lactobacillus* por bactérias anaeróbias e facultativas. Embora existam variações entre mulheres, as espécies mais frequentemente encontradas são *Gardnerella*, *Atopobium*, *Prevotella*, *Megasphaera*, *Leptotrichia*, *Sneathia*, *Bifidobacterium*, *Dialister* e *Clostridium*, *Mycoplasmas* (NASIOUDIS *et al.*, 2017).

As VB aumentam o risco de aquisição de IST (incluindo o HIV), e pode trazer complicações às cirurgias ginecológicas e à gravidez (estando associada

com ruptura prematura de membranas, corioamnionite, prematuridade e endometrite pós-cesárea (BRASIL, 2019).

A VB pode ser diagnosticada pela presença de pelo menos três dos quatro critérios propostos por Amsel (AMSEL *et al.*, 1983). Esses critérios são: pH elevado (>4.5), conteúdo vaginal homogêneo de cor branca, liberação de aminas com adição de solução de hidróxido de potássio (*whiff test*), e a presença de *clue cells* na avaliação microscópica do esfregaço vaginal a fresco (AMSEL *et al.*, 1983). No entanto o método mais recomendado para o diagnóstico da VB segundo Nugent *et al.* (1991), é análise microscópica do esfregaço vaginal corado pelo método de Gram.

Dentre as vaginites mais comuns está a candidíase, que é o processo inflamatório vaginal causado pela proliferação de fungos no meio vaginal que levam ao aparecimento de sintomas (corrimento, prurido, disúria, dispareunia). *Candida albicans* é o agente mais frequente (85% - 95% dos casos); outras espécies de *Candida* (*glabrata*, *tropicalis*, *parapsilosis*, *gullhermondi*, outras) são encontradas em aproximadamente 10% dos casos (LINHARES *et al.*, 2018).

Segundo Lima-Silva *et al.* (2016), para diagnóstico das vaginites faz-se necessário além da abordagem sobre os sintomas, principalmente se crônicos, é essencial questionar a história clínica e realizar exame físico detalhado (incluindo exame microscópico a fresco do corrimento vaginal, exames moleculares, enzimáticos, imunológicos, culturais e, por vezes, até histológicos), associados a um elevado nível de suspeição clínica, uma vez que a apresentação clínica pode ser transversal a diversas patologias, infecciosas e não infecciosas.

4.5. Disfunções sexuais femininas

A sexualidade, assim como tudo que é humano deve ser encarada sob três aspectos: o biológico, o sociocultural e o psicológico. Assim, o ato sexual é um ato transacional (CAVALCANTI & CAVALCANTI, 2012).

Segundo Vitiello (1997), a sexualidade humana, diferentemente da encontrada em outros mamíferos, transcende o mero componente biológico, pois gera prazer independentemente do ciclo reprodutivo. Pode-se então pensar a

resposta sexual humana (RSH) em três dimensões: a biológica, a psicológica e a social, todas elas entrelaçadas entre si.

A vida sexual de pessoas saudáveis, ou seja, com “saúde sexual”, é coordenada pela inter-relação de três sistemas: o neurológico, o vascular e o endocrinológico. Qualquer alteração em algum destes sistemas pode, potencialmente, gerar descompassos na resposta sexual (CFM, 1993; PROSEX, 1993).

O transtorno do desejo sexual hipoativo (TDSH) é classificado pelo “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” – fourth edition – text revision (DSM-IV-TR) como deficiência ou ausência de fantasias sexuais ou do desejo para manter a atividade sexual, considerando o contexto de vida e a idade do indivíduo, sendo necessário que essa condição cause sofrimento pessoal acentuado (APA, 2002). Também chamado de Desejo Sexual Hipoativo é bastante usado para uma vasta e heterogênea quantidade de problemas e etiologias que requerem muitas e variadas abordagens de tratamento e conseqüentemente de análises clínicas iniciais e investigações mais cuidadosas do que o necessário para muitos outros tipos de problemas (BANCROFT, 1989). Caracteriza-se ainda pela ausência ou diminuição do desejo de atividade sexual e fantasias sexuais, de forma persistente e recorrente (PABLO & SOARES, 2004).

A disfunção sexual pode ser de origem psicogênica, orgânica ou uma combinação de distúrbios orgânicos e psicológicos. No entanto, ao contrário da disfunção sexual masculina, onde a maioria dos casos é considerada predominantemente orgânica, as investigações apontam para uma situação inversa nas mulheres, sendo que, a maioria das disfunções sexuais femininas são consideradas não físicas (OHL, 2007). No Brasil, estudo com 1.271 mulheres acima de 18 anos apontou como maior queixa sexual a falta de desejo com prevalência de 23,4% para as mais jovens, atingindo 73,0% entre as de idade avançada (ABDO, 2002).

Abdo (2000) apontam que a principal queixa feminina relacionada à vida sexual é a falta de desejo sexual 34,6%. O estudo apontou ainda que a falta de desejo sexual aumenta com a idade: mulheres com até 25 anos apresentaram 23,4 %; de 26 a 40 anos, 25,8%; de 41 a 60 anos, 47% e para aquelas com mais

de 61 anos 73%. Dados esses que inferem que quanto maior a idade maior a falta de desejo.

Um outro problema é a anorgasmia, que Medeiros e Braz (2004) caracterizam como a dificuldade em alcançar o orgasmo. É classificada em primária e secundária. A primária é quando a mulher nunca experimentou um orgasmo, e secundária quando ela possuía orgasmos, mas de alguma forma passou a não mais apresentá-los (GALVÃO & ABUCHAIM, 2011).

Estudo de Shifren (2008) informa que a anorgasmia é o problema sexual menos prevalente em mulheres nos Estados Unidos, sendo prevalente em 20,5%, já nas mulheres iranianas Shokrollahi *et al.*(1999) analisando as respostas de 300 questionários sobre o comportamento sexual, o conhecimento e a atitude em relação à sexualidade, observaram que 38% das mulheres entre 16 e 53 anos relataram pelo menos uma disfunção sexual. Verificaram que a entre as iranianas a disfunção do orgasmo era a disfunção sexual mais prevalente e acometia 26% das mulheres, a do desejo em 15% e a da excitação em mais 15%.

A dispareunia é a dor genital que ocorre antes, durante ou após o coito, na ausência de vaginismo. A repetição da dor durante o coito pode causar angústia marcante, ansiedade e dificuldades interpessoais, levando a paciente à antecipação de uma experiência sexual negativa e, por fim, a evitar o sexo (LOPES *et al.*, 1995; MEDEIROS *et al.*, 2004).

Antonioli e Simões (2010) citam que esta é a disfunção sexual na qual mais frequentemente encontram-se causas orgânicas, em torno de 60% e pode ser generalizada ou situacional, primária ou secundária.

Ribeiro *et al.* (2013) relata que a dispareunia foi a segunda perturbação mais referida pelas mulheres brasileiras 40,9%, sendo que as mulheres participantes do estudo relataram que o momento referido como mais doloroso para 27,4% delas seria durante o ato sexual.

4.6. Breve Histórico sobre a Prostituição

Por datar de tempos imemoriais, muito facilmente lhe é conferido um caráter de coisa natural, fazendo-nos prescindir de análises ou explicações mais sofisticadas. Ao falar sobre prostituição, ao que parece, possuímos categorias

explicativas prontas que dão conta do fenômeno, o que apenas o simplifica ou, o que é pior, o aprisiona em amarras sociais, políticas e morais (BRASIL, 2002).

A prostituição é popularmente conhecida como a profissão mais antiga do mundo. Esta definição possui dois elementos: o primeiro, de ordem temporal, é o da antiguidade da prática, e o segundo, no âmbito da ocupação, a caracterização desta como uma profissão (RISSIO, 2011). Em crítica à frase “a prostituição é a mais antiga profissão do mundo”, Swain (2004) relata que é dita e escrita à exaustão, criando sentidos sobre o vazio de sua enunciação. Segundo ela, em História, nada existiu “desde sempre e para sempre”, a não ser em uma história positivista, enredada em premissas essencialistas e datadas, para a qual é “natural” a presença de prostitutas no social. Ao contrário, a pesquisa histórica vem mostrando que a prostituição é uma criação do social, em momentos e épocas específicas; esta denominação encobre, inclusive, no discurso histórico, a presença de mulheres no social que destoam da norma representacional sobre as mulheres.

Segundo os preceitos bíblicos a prostituição é uma deturpação do relacionamento íntimo e especial que deve ser o casamento. A prostituição estraga esse relacionamento e dá valor às coisas erradas: luxúria em vez de amor, infantilidade em vez de responsabilidade, abuso em vez de carinho. Também tida como “imoralidade sexual” (1 Tessalonincenses 4:3, S/D).

Segundo Queiroz (2017) a história começa em um tempo distante em que as únicos deuses que existiam vestiam roupas de mulher (ou roupa nenhuma) e eram bem menos moralistas, antes do mundo ser dominado por sociedades patriarcais. Antes até de existir machismo. Ela nasce no período da Pré-História.

Almeida (2009) relata que os primórdios da evolução humana foram caracterizados pelo matriarcado. A sociedade era centrada na figura feminina, a denominada Grande Deusa. A mulher era considerada a criadora da força da vida, porquanto os homens ignoravam a sua participação no ato reprodutivo. Desta forma é que durante mais de 25.000 anos, a Grande Deusa foi adorada, pois era a criadora, preservadora e destruidora de toda a vida. A partir da ideia consagrada na época que as mulheres eram as representantes da Deusa na terra, algumas delas eram encarregadas de manter a ligação entre a comunidade e sua divindade, transformando-se, assim, em sacerdotisas xamânicas. E essas ligações desenvolviam-se através de danças, cantos, além de rituais de sexo

grupal. Assim, o sexo era considerado sagrado, e cabia às sacerdotisas a liderança dos rituais sexuais.

Embora que Clarkson (1939) indica em seu artigo *History of Prostitution*, que os registros humanos mais antigos, datando aproximadamente de 4.000 a.C., fazem menção à existência da prostituição e que o primeiro bordel, porém, teria surgido na Grécia Antiga.

Almeida (2009) informa que a cerca de 3000 a.C., na região do Oriente Médio, as comunidades fundadas na adoração à Grande Deusa passaram a ser invadidas e dominadas, paulatinamente, por guerreiros nômades, a partir do momento que estes compreenderam a sua real participação no ato da procriação. Assim, o patriarcalismo passou a sobrepor-se ao matriarcalismo característico das antigas comunidades. O culto aos deuses homens foi propagado com o objetivo de enfraquecer o domínio até então matriarcal. Foi nesse período da história que a prostituição sagrada começou a ganhar destaque. As sacerdotisas eram, a um só tempo, mulheres sagradas e prostitutas, as primeiras da história.

Na civilização babilônica, segundo Almeida (2009), as prostitutas obedeciam a uma espécie de hierarquia. As *entu* e as *naditu* eram consideradas as sacerdotisas de posição mais elevada; logo abaixo se estavam as *qadishtu*, mulheres sagradas, e, por conseguinte, existiam as *ishtaritu*, cujas vidas e trabalhos eram dedicados primordialmente ao culto pela Deusa. Cabe ressaltar que essas classes de prostitutas trabalhavam especialmente nos templos, porém, existia outra classe, as *harimtu*, que trabalhavam fora dos templos, sendo, portanto, as primeiras prostitutas de rua da história. Estas laboravam de forma autônoma e cobravam pela prática dos seus serviços, não obstante ainda permanecesse a ligação entre sexo e religião.

Quadros (2017) refere que o Código Lipit Ishtar, dos sumérios consta que: “Se um homem não tiver filhos com sua esposa, mas os tiver com uma prostituta das ruas (...) os filhos dela serão os herdeiros dele; mas enquanto a esposa viver, a prostituta não pode conviver na casa dele”, atestou o ditador Solon em 2 mil a.C.. Este é um dos mais antigos registros conhecidos em que prostitutas e esposas ganham “status” diferenciados. Ele governou Atenas no final do século 6 a.C., percebeu o quão lucrativo era o negócio e criou bordéis estatais. Sendo assim, um dos maiores e primeiros cafetões da história foi o Estado.

Almeida (2009) relata que seguindo a mesma tendência discriminatória às prostitutas, os assírios estabeleceram em 1100 a.C., leis que obrigavam as prostitutas a vestirem-se de modo diferenciado das demais mulheres, culminando penas caso houvesse desobediência. Continuando este mesmo padrão discriminatório os sacerdotes hebreus deram início notável da visualização da prostituição (através da autonomia sexual das mulheres prostitutas) como um pecado, um mal. Desse modo, eles desenvolveram o conceito de moralidade sexual, estabelecendo padrões de conduta sexual supostamente corretos para as mulheres "normais". Através desse conceito, defenderam a tese de que toda mulher deveria ser designada como propriedade particular de algum homem (pai ou marido), criando assim, a idéia da mulher submissa, marca das sociedades patriarcais. Pode-se citar como exemplo dessa tese a figura de Eva, que, por não resistir a sua curiosidade carnal, acabou lançando a ruína por toda a humanidade.

Na Antiguidade Grega as mulheres viviam em profunda supressão de direitos. Os homens eram dominadores, porém era característica da sociedade grega a intensa liberdade sexual. Assim é que, os homens possuíam uma variedade de serviços sexuais, proporcionados por prostitutas do templo, cortesãs de classe alta, escravas, dançarinas-prostitutas etc (TUCKMANTEL, 2009).

Godoy (2004) afirma que para as prostitutas havia um bairro chamado cerâmico, onde os amantes de belas moças, dos prazeres fáceis, encontravam satisfação. Atenienses detentores de poder e de cidadania possuíam esposas como guardiães de seus lares e garantidoras de descendência legítima, concubinas para cuidados diários e prostitutas para o prazer. As mulheres caídas na prostituição eram designadas com o termo "*pornê*", o que, etimologicamente, significa "*vendida*" ou "*à venda*".

McGinn (1998) informa a existência de referências a respeito da prostituição em diversas normas da Roma Antiga, apesar de inexistir legislação específica sobre a prostituição. Não apenas a prostituição existiu na Roma Antiga, mas era também uma atividade bastante lucrativa, tendo o imperador Calígula criado uma taxa sobre os lucros obtidos por prostitutas e rufiões.

Ainda sobre este período Roberts (1998) enfatiza que na antiga Roma, a sexualidade e a prostituição eram fatos normais da vida, sendo abertamente

demonstradas, exploradas, discutidas e homenageadas. (...) A prostituição em todos os níveis estava profundamente arraigada à economia romana, sem nenhuma vergonha ou estigma associado aos compradores ou aos vendedores dos serviços sexuais. – desde o "divino" imperador até o mais reles escravo, ela era simplesmente mais uma atividade da sociedade. E, que (...) Somente após a queda da civilização romana que a nova religião do cristianismo completou seu golpe sobre o dogma oficial.

Pinto (2019) refere que a Idade Média foi um período histórico marcado pelo domínio religioso da Igreja católica na Europa Ocidental, criando rígidas formas de condutas para as mulheres, buscando garantir a manutenção de suas virtudes femininas, como a virgindade, ao mesmo tempo em que liberava em boas medidas as práticas sexuais dos homens.

Dessa forma, apesar da rigidez religiosa, a prostituição era tolerada dentro de alguns parâmetros, para evitar que casos de estupros se tornassem maiores do que já eram. O sexo pago se tornava assim uma válvula de escape da libido masculina. Ainda nesta época, o feudalismo, sistema econômico predominante na Europa Medieval, segundo Almeida (2009) foi o responsável por promover a agricultura como meio principal de desenvolvimento. Nesse contexto, através da servidão, os senhores feudais conseguiam manter os camponeses sob seu controle, explorando seu trabalho e, em contrapartida, proporcionando-lhes subsistência e proteção. Acompanhando essa grande quantidade de servos que se deslocavam pelo campo em busca de trabalho, havia grande número de mulheres que enxergavam na prostituição um meio de sobrevivência. Assim é que, o sexo comercial logo se proliferou em torno dos mesmos.

Em meados do século XI, com o desenvolvimento e crescimento dos centros de comércio urbanos, surge a burguesia. Almeida (2009) relata que durante esse período, a prostituição tornou-se uma profissão pouco expressiva, tendo em vista a busca em se adaptar as novas condições comerciais da época. Nesse período a prostituição era pouco expressiva e as prostitutas eram aceitas pela sociedade, apesar das condenações patrocinadas pela Igreja, representando um dos momentos menos opressivos que as prostitutas da Europa Medieval vivenciaram, embora de curta duração.

Richards (1990) *apud* Gomes e Cardoso (2008) afirma que por volta do século XIII no Concílio de Paris a Igreja decretou a segregação de tal função. Richards (1990, p. 125) comenta que "Nós proibimos as prostitutas públicas (com quem a coabitação frequente é mais eficiente do que a peste para trazer danos) de serem permitidas de viver nas cidades ou *bourg* (...) esta disposição de espírito levou ao surgimento, a partir século XIII, de códigos de vestimenta distintivos e de zonas da "luz vermelha", pois tinha-se a preocupação da criação de centros ordeiros e eficientes para satisfação sexual. Neste período as marcas variavam de lugar para lugar, porém o enfoque em classificar ou melhor, desclassificar tais mulheres era o grande viés.

Almeida (2009) enfatiza que o cristianismo assumiu a desconfiança capitaneada em relação às mulheres, e, particularmente, às prostitutas. A castidade passou a ser idealizada, e, a repulsa pelas práticas sexuais e pelo prazer transforma-se na doutrina cristã. Assim, o sexo somente era apenas permitido dentro do casamento, e para fins exclusivamente de procriação. Nesse sentido, o sexo por prazer era considerado como um grande pecado, devendo ser excluído das mentes humanas.

Este autor cita que uma profunda crise econômica deu início ao fim do feudalismo, em meados do século XV. Associado a esse fato, a peste negra devastou dois quintos da população européia, ocasionando a escassez de mão-de-obra. Neste período, a prostituição representava a única solução para a sobrevivência para algumas mulheres, as prostitutas gozaram de um período de grande liberdade e uma posição social relativamente elevada, podendo, até mesmo, criar suas próprias associações. Nesse passo, a prostituição estava totalmente secularizada, despida de quaisquer resquícios sagrados, constituindo uma verdadeira profissão.

Com o fim da Idade Média surge na Itália o movimento renascentista, que foi caracterizado pela volta da submissão da mulher ao homem, à semelhança do que ocorria na antiga Grécia. A mulher deveria restringir-se ao âmbito exclusivamente doméstico. Essa situação propiciou a existência de uma figura comum na antiga sociedade grega: a prostituta da classe alta (cortesã), elas eram conhecidas como *cortegiane*, comuns nas cidades de Veneza, Florença e Milão. Essas mulheres prostitutas eram inteligentes, talentosas e influentes, além de independentes e abastadas financeiramente. Diversos

filósofos, políticos e artistas da época eram seus clientes. Em contrapartida, existiam as prostitutas das classes baixas, denominadas *puttanas*. Estas exerciam suas profissões ameaçadas por uma série de proibições e regulamentos, como freqüentar determinados lugares, por exemplo (ALMEIDA, 2009).

Silva (2008) afirma que durante a Reforma Religiosa do século XVI também conhecida como Reforma Protestante, houve uma epidemia de doenças sexualmente transmissíveis, e somente dessa vez vimos a Igreja se envolvendo na resolução: enfrentou o problema construindo uma espécie de dogmatismo, a fim de acabar com o que considerava promiscuidade. Com isso, a prostituição foi relegada à clandestinidade, o que configurava também uma forma de preconceito. Almeida (2009) relata que nesta época as prostitutas foram perseguidas com uma intensidade jamais vislumbrada em tempos pretéritos, por toda Europa. Castigos como banimento, imersão em jaulas, corte da cartilagem das orelhas, marcação do rosto com ferro quente etc., são apenas alguns exemplos do que ocorriam com mulheres que eram vistas no exercício da prostituição. Ademais, milhares de bordéis foram fechados pela Europa.

Durante o século XVII, a prostituição voltou a ser uma prática bastante comum por toda a Europa, em que pese à maciça perseguição capitaneada pela nova classe burguesa da Inglaterra: os puritanos. Assim, o exercício dessa profissão passou por momentos alternados, ora mais liberado, ora mais restringido, a depender do monarca que estivesse no poder (ALMEIDA, 2009). A economia livre de mercado consolidou-se, e a prostituição passa a ser um meio de sustento para milhares de mulheres pobres, assoladas pelo desemprego. Nesse período, alguns países tentaram extinguir a prostituição, como a Áustria e a Prússia, embora sem êxito. Por sua vez, o governo Francês criou espécies de centros de reabilitação com o intuito de tornar determinadas classes, como deficientes mentais e prostitutas, úteis à sociedade, ideia de Michael Foucault. A partir do século XVII, a prostituição passou a ser vista como uma questão de saúde pública na Europa, expandindo-se a discussão acerca da possibilidade de regulamentação ou supressão da atividade, tanto na Europa ocidental quanto em países como Argentina, México e Egito (CLARKSON, 1939).

Ao final do século XVIII dois grandes movimentos marcaram a Europa e o mundo: a Revolução Industrial e a Revolução Francesa, nessa época, as cidades européias foram invadidas pelos grandes e luxuosos bordéis, comandados pelas cortesãs, prostitutas de alta classe, não obstante a grande presença de prostitutas de classe inferior, que laboravam pelas ruas (ALMEIDA, 2009). Já em relação ao século XIX, Samyn (2006) afirma que a realidade da prostituição era a de uma alternativa profissional para muitas mulheres, a única que poderia garantir uma sobrevivência decente. Neste século toda a legislação oriunda do antigo regime foi abolida pelos revolucionários, inclusive as leis que tratavam da prostituição. Tal fato fez o comércio do sexo proliferar-se em demasia pelas ruas francesas.

Almeida (2009) enfatiza que o fim do século XIX foi marcado pelo movimento da pureza social, liderado por grupos de feministas e cristãos. Pregavam a abolição da prostituição, possuindo como tônica a contenção das doenças venéreas e a promoção da moralidade sexual. As prostitutas eram vistas como as responsáveis por todos os males da sociedade, e, por conta disso, foram amplamente perseguidas durante esse período.

No Brasil a prostituição deu-se no início desde os tempos do Descobrimento (RISSIO, 2011), Raminelli (2008) refere à prática da prostituição em tribos de índios tupinambás, afirmando que “os índios-fêmeas” montavam tendas públicas para servirem como prostitutas”. No período colonial por volta de 1641 segundo Araújo (2008) muitas escravas se prostituíam para sustentar os seus senhores. Elas usavam trajes que chamavam atenção dos passantes, expondo boa parte do corpo. As prostitutas brancas se vestiam bem e bonito, mas tinham comportamentos abusados como entrar na igreja. Figueiredo (2008), por sua vez, discorre sobre a situação das mulheres nas minas de ouro, e informa que “a prostituição parece ter sido adotada como prática complementar ao comércio ambulante” realizado pelas mulheres nos locais de mineração, indicando que a atividade era muito aceita em Minas Gerais, apesar de duramente combatida pelas autoridades.

Na Primeira República brasileira (1889-1930) segundo Schettini (2006) na cidade do Rio de Janeiro havia negociações entre polícia e prostitutas do período, afirmando haver negociações entre ambas as classes, como uma forma de regulamentação informal da atividade praticada por essas mulheres, uma vez

que não havia legislação sobre a prostituição à época, existindo certa tolerância à prática da prostituição neste período: desde que realizada nos locais e nos moldes determinados pelas autoridades policiais segundo regulamentos expedidos por eles.

Em São Paulo segundo Fonseca (1997) as primeiras casas de prostituição surgiram em meados do século XVII com a descoberta de ouro em Cuiabá, pois a cidade se transformara em ponto de passagem obrigatório de forasteiros, indivíduos turbulentos, depravados, criminosos e prostitutas que se preparavam para exploração das minas.

No final do século XIX e início do século XX, a prostituição ganhou espaço na sociedade brasileira. Foram construídos grandes bordéis e zonas de meretrício, que eram frequentados por homens de várias classes sociais. Rago (2008) relata que os lugares de prostituição, tais como cabarés, cafés-encontro, cabarés de alto luxo, teatros e restaurantes estabeleceram uma grande rede de sociabilidade, sendo esta rede mantida por artistas, músicos, coristas, dançarinas, boêmios, gigolôs, prostitutas de diversas nacionalidades, clientes, choferes, garçons, arrumadeiras, cozinheiras, manicures, costureiras, porteiros e “meninos de recados”.

No Rio de Janeiro a prostituição estava localizada em várias áreas da cidade, dentre elas as ruas da Misericórdia, Dom Miguel, Riachuelo, ruas do Passeio e do Ouvidor, Botafogo dentre outras. Nas confeitarias e teatros mais elegantes eram encontradas as prostitutas de luxo, cuja presença era incentivada pelos proprietários de estabelecimentos com objetivo de atrair mais clientes (ENGEL, 2004).

No Piauí, mais especificamente em Teresina-PI, segundo Magalhães (2013) a prostituição teve início no século XIX, nas proximidades do rio Parnaíba, que por ser navegável, proporcionou a criação de cais e circulação de comerciantes, favorecendo a prostituição na Avenida Paissandu. Com o crescimento da cidade, os locais de prostituição foram ampliados para bares, praças e boates de toda região de Teresina.

Em Cristino Castro-PI iniciou-se na década de 70, o primeiro local de prostituição situava-se no Beco da Alegria, área próxima ao mercado público municipal e BR-135, as mulheres eram da própria cidade, porém este encerrou suas atividades em meados da década de 80. Com o fechamento do Beco da

Alegria, a cafetina, vulgo Maria do André instalou um ponto onde funcionava disfarçadamente como bar. Em 1992 o bar da Ní iniciou seu funcionamento no bairro Mutirão e em 1993 começou a funcionar o bar da Odete que conta com mulheres institucionalizadas até os dias atuais. Após esse período existiam o Bar das Formiguinhas, Dora's Bar e Bar da Ducarmo fundados em 2002, porém estes encerraram suas atividades de prostituição há uma média de 2 anos. Há na cidade muitos bares e clubes com piscinas onde as MPS se prostituem sem que estas sejam institucionalizadas.

4.5. Políticas Institucionais para Mulheres Profissionais do Sexo

A ocupação Profissional do sexo está inserida na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), que descreve as características das ocupações de acordo com o mercado de trabalho (BRASIL, 2002). Para Rodrigues (2009, p. 70), “o novo CBO traduz o reconhecimento por parte do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) da ‘profissional do sexo’ como uma trabalhadora e inovou ante o modelo tradicionalmente adotado no país para o enfrentamento da questão da prostituição”. Embora a CBO prescreva as habilidades e competências pessoais para se exercer a profissão, a realidade é bem diversa.

Alguns governos, como os da Alemanha, Áustria, Suíça, Equador, Uruguai, Paraguai, Peru, entre outros preferem regulamentar e não proibir a prostituição e que ao invés de colocar a prostituição nos códigos mercantis vigentes, esses governos colocam a indústria do sexo dentro das regulamentações controladas pela polícia estatal (BRASIL, 1996). Ainda de acordo com Ministério da Saúde, o principal obstáculo para a organização das prostitutas sob um sistema de regulamentação é o controle social e a estigmatização das prostitutas por meio dos registros e vigilância oficiais.

Publicação do Ministério da Saúde do Brasil (1996) relata que o movimento para que se instituísse a profissão de “profissional do sexo” se iniciou, na prática, em 1979, em uma área de prostituição em São Paulo (Boca do Lixo) devido a um conflito com a polícia, que resultou na morte de dois travestis e uma mulher, que por sinal estava grávida.

A organização dessas mulheres teve como impulso inicial a denúncia, em 1979, da violência policial e discriminação a que elas estavam submetidas, mas a articulação em associações e rede.

A história da auto-organização das prostitutas conseguiu algum reconhecimento público recentemente, nos últimos quinze anos, mas políticas de organização da prostituição, em nível nacional e internacional, têm uma larga história, da qual participam autoridades governamentais, sanitárias e religiosas (BRASIL, 1996).

Em julho de 1987, realizou-se no Rio de Janeiro o Primeiro Encontro Nacional de Prostitutas, e neste ano foi fundada a Rede Brasileira de Prostitutas que é vinculada à Davida, uma organização da sociedade civil que busca garantir a visibilidade social dos profissionais do sexo, promover a organização de classe, reduzir as vulnerabilidades da categoria e conquistar melhores condições de trabalho e qualidade de vida às prostitutas, dentre outros objetivos.

A associação Prostitutas com sede no Rio de Janeiro e associações regionais a serem formadas em todo o país. Seus objetivos são a reforma legal, ações contra a violência, implementação de programas de saúde, a luta pela dignidade da prostituta e, fundamentalmente, o resgate de sua autoestima. Conta com o apoio e assessoria de várias Organizações Não-Governamentais, como o Grupo de Apoio e Prevenção à AIDS (GAPA) de Minas Gerais, do Rio Grande do Sul e da Bahia, que são instituições não abolicionistas simpáticas ao movimento.

No Piauí existe a Associação das Profissionais do Sexo do município de Picos-PI (APROSEP) fundada em 2004 com o objetivo de promover a saúde e o bem estar social de profissionais do sexo, conta com 450 mulheres associadas (PENHA *et al.*, 2015) e a Associação das Prostitutas do Piauí (APROSPI) criada em 2007 e que conta com 2000 associadas, destas 600 residem em Teresina.

4.6. Políticas de Saúde para Mulheres Profissionais do Sexo

As trabalhadoras do sexo são uma população severamente estigmatizadas e extremamente vulnerável a resultados adversos para a saúde relacionada à relações sexuais frequentes, tais como: gravidez indesejada,

câncer do colo do útero, infecções sexualmente transmissíveis e violência sexual (BRASIL, 2006).

As Mulheres Profissionais do Sexo (MPS) apresentam característica singular de manterem grande número de coitos por dia, acrescida do risco decorrente do uso de substâncias químicas locais e de eventuais micros traumatismos vaginais, com provável perturbação do ecossistema vaginal (GIRALDO *et.al.*, 2005). Assim, representam população vulnerável às IST, não apenas pela intensa prática sexual, mas também por experimentarem uma gama de problemas de saúde e sociais que parecem influenciar a adoção de comportamentos de maior risco (MALTA, 2008).

O cuidado a essa população começou, conforme Aquino *et al.* (2010) com a criação do Programa Nacional de DST/Aids, em 1985, como avanço nas Políticas Públicas às mulheres pois, veio confirmar a priorização de estratégias relacionadas à área de saúde sexual e reprodutiva no Brasil, principalmente no tocante à disseminação do HIV.

Dentre os avanços para as MPS cita-se que estas participam ativamente dos debates relacionados às Políticas Públicas, pois têm assento garantido na Coordenação Nacional do Programa Nacional de DST/AIDS (BRASIL, 1996).

Em 1996 a mudança de nomenclatura para profissionais do sexo pelo Ministério da Saúde e secretarias de saúde constituíram mudança significativa, participação de MPS através das associações nos Conselhos de Saúde, como ocorreu em Belém e Fortaleza. Nesta última há a articulação da Associação de Prostitutas do Ceará (APROCE) com a Secretaria de Segurança do Estado do Ceará visando evitar a repressão e o abuso policial, além de garantir a segurança das MPS principalmente aquelas que atuam na rua, ainda em Fortaleza-Ceará, há a emissão de carteira para mulheres associadas à APROCE e as MPS associadas utilizam o documento para se protegerem contra abusos e agressões policiais (ALVAREZ & RODRIGUES, 1996).

Ainda segundo Alvarez e Rodrigues (1996) nas cidades de Belém-Pará e Fortaleza-Ceará as coordenações estaduais e municipais de DST/AIDS coexistem com outros programas, como o Programa de Atenção Integral ao Adolescente (PRAIA) e o Programa de Atenção Integral à Mulher (PAIM), os quais poderiam se articular e desenvolverem ações conjuntas, porém isso não

acontece, demandando maior gasto de recursos, pois funcionam sem articulação com as coordenações de DST/AIDS.

As Organizações Não Governamentais (ONGs) e movimentos sociais têm papel fundamental nos programas de prevenção, formação de recursos humanos e assistência em HIV/AIDS. Uma delas é a Inter-Aids, de origem francesa, desenvolveu projetos em Belém e Fortaleza, trabalhando com universitários de cursos da área de saúde, atuando junto às prostitutas, capacitando-as em tarefas de prevenção e fomentando sua organização em associações de prostitutas como formas de favorecimento ao empoderamento das mesmas. Em Belém o Grupo de Prostitutas da Área Central (GEMPAC) desenvolve em parceria com a Coordenação Municipal de DST/AIDS o Programa Sexo Seguro, voltado para a distribuição de preservativos, aconselhamento, palestras e mostras de vídeo (ALVAREZ & RODRIGUES, 1996).

A partir de 2001 surgiu a Política de Preservativos Masculinos e Femininos do Ministério da Saúde, como parte integrante do Programa Nacional de DST/Aids. Em 2003 foram distribuídos 256,7 milhões de preservativos masculinos e 2,5 milhões de preservativos femininos (BRASIL, 2005). Essa distribuição alcançou populações vulneráveis como usuários de drogas e prostitutas.

No ano 2003, com a elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), o Governo Federal refletiu o compromisso de implementar políticas públicas que garantissem os direitos humanos das mulheres. O programa abrangeu os princípios e a filosofia do PAISM, além de um plano de ação, considerando questões de gênero, raça e etnia. O PNAISM contemplou grupos sociais historicamente excluídos das políticas. Além disso, priorizou ações de redução da mortalidade materna e neonatal e os direitos sexuais e reprodutivos (ARAÚJO, 2005).

No Acre a iniciativa Casa Rosa Mulher da Prefeitura Municipal de Rio Branco desde 1994 presta assistência a mulheres vítimas de violência doméstica, prostituição ou risco pessoal e social. Oferece ações de atendimento em saúde, psicologia, apoio jurídico e atividades educativas e formativas, que incluem: serviço de assistência/atendimento individual ou em grupo; visitas

domiciliares; campanhas de prevenção de IST e AIDS nos locais de trabalho e moradia, na rede pública de ensino; promoção da cidadania através do esclarecimento de seus direitos, da assessoria jurídica e do encaminhamento de ações judiciais; atendimento médico-ginecológico especializado; capacitação profissional: cursos de corte-costura, cabeleireiro, manicure, culinária, artesanatos de couro vegetal; informação antidrogas; programas culturais e de lazer que propiciem a valorização e a autoestima, como cursos de danças, teatro e capoeira e encaminhamento dos filhos das mulheres atendidas às escolas, creches e programas especiais para crianças e adolescentes mantidos pela prefeitura (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2006).

Colvero (2008) cita que no município de Santa Maria, a Secretaria de Saúde do Município, por meio da Política Municipal em HIV/Aids, adotou as ações indicadas no manual produzido pelo Ministério da Saúde intitulado “Profissionais do Sexo - Documento Referencial para ações de Prevenção das DST e da AIDS (2002)”, dirigido a grupos de Profissionais do Sexo e a trabalhadores multiplicadores de informações neste sentido, destina-se a referenciar um planejamento e execução de ações para prevenção de DST's e AIDS. Ele subsidia a implementação de atividades para prevenção baseado em experiências de atuação nesse segmento.

Em Botucatu- São Paulo, o combate à epidemia de AIDS é considerado prioritário, tendo sido implantado o Programa Municipal de DST/AIDS em 2002. As ações voltadas às MPS segundo Baldin (2010) incluem visita mensal realizada por equipe multiprofissional a todos os locais de trabalho cadastrados para entrega de preservativo, orientações voltadas à promoção da saúde e encaminhamentos em casos de identificação de problemas para as Unidades de Saúde. Como ações programáticas, realizam-se campanhas para coleta de citologia oncológica triplíce, vacinação contra hepatite B e coleta de exames sorológicos para identificação de IST. Em momentos especiais, como no Dia Mundial da Luta Contra a Aids, realizam-se ações voltadas ao rastreamento e diagnóstico desta doença neste grupo de mulheres.

Verifica-se que há uma lacuna a ser preenchida, pois há a necessidade de políticas de saúde voltadas especificamente para a população de profissionais do sexo assim como há para várias populações estigmatizadas.

5. METODOLOGIA

5.1. Delineamento do estudo

Trata-se de estudo descritivo, observacional, do tipo transversal.

5.2. Local e período do estudo

O estudo foi realizado no período de agosto a novembro de 2018, no município de Cristino Castro, sul do Estado do Piauí, região Nordeste do Brasil que, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE (2016), tinha população de 10.235 habitantes. Pertence a XIII Regional de Saúde, Território Chapada das Mangabeiras.

O serviço de saúde municipal conta com cinco equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo quatro equipes na sede e uma equipe na zona rural, cinco equipes do Programa de Saúde Bucal (PSB), sendo quatro equipes na sede e uma equipe zona rural, uma equipe do Núcleo de Ampliado de Saúde da Família (NASF), um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), uma equipe do programa Melhor em Casa e uma Unidade Mista de Saúde.

5.3. População e amostra

Nas três coletas realizadas foram identificadas uma população de 62 MPS, porém destas somente 19 (30,64%) cumpriram todas as etapas da pesquisa. Na amostra foram incluídas MPS institucionalizadas e identificadas pela pesquisadora nas visitas aos prostíbulos, porém devido a recusa da participação de muitas delas, outras MPS não institucionalizadas foram incluídas pela técnica de “bola de neve” (*Snowball technique*), as quais foram captadas ou indicadas por outra MPS. Vinuto (2014) reforça que é uma forma de amostra não probabilística, que utiliza cadeias de referência, ou seja, a partir desse tipo específico de amostragem não é possível determinar a probabilidade de seleção de cada participante na pesquisa, mas torna-se útil para estudar determinados grupos difíceis de serem acessados, como é o caso da população dessa pesquisa.

Cabe reforçar que participaram da entrevista 38 MPS, destas 24 realizaram Testes Rápidos e 21 a coleta de sangue para Clamídia e a citologia oncótica, porém um dos laboratórios perdeu duas lâminas, deixando a amostra com 19 MPS.

5.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas todas as MPS residentes no município, institucionalizadas ou não nas casas de prostituição, identificadas no período de estudo e que participaram de todas as etapas da pesquisa: entrevista, realização de testes rápidos, coleta de sangue venoso e citologia oncótica. Foram excluídas as que não participaram de todas as etapas da pesquisa ou casos em que houve problema na operacionalização dos exames.

5.5. Instrumentos de coleta de dados

Foram utilizados os seguintes instrumentos elaborados pela pesquisadora para registro dos dados coletados:

- 1- Questionário sobre os aspectos sociodemográficos, culturais, comportamentais e os antecedentes obstétricos, ginecológicos e patológicos das Mulheres Profissionais do Sexo (apêndice 1).
- 2- Questionário sobre representações sociais das Mulheres Profissionais do Sexo sobre os serviços de saúde (apêndice 2).
3. Formulário de registro de resultados de sorologia e do exame Papanicolau (apêndice 3).

Os prontuários das mulheres que já realizaram consultas nas UBS foram utilizados para complementação do preenchimento dos registros de dados das pacientes.

5.6. Variáveis estudadas

Neste estudo, foram incluídas variáveis sociodemográficas, antecedentes obstétricos, ginecológicos e de imunização, queixas e achados ao exame

ginecológico e fatores comportamentais, além de resultados de citologia oncótica e sorologias para Clamídia, conforme segue:

- Aspectos gerais: se possuem plano de saúde; onde procuram atendimento em caso de doença; participação em grupo comunitário; renda familiar; auxílio governamental; participação em atividades de lazer; se possuem telefone celular e acesso à internet; participação em rede social; como fazem para comunicar-se com os clientes e qual o motivo a levou a entrar na profissão; se declaravam a profissão ao procurar atendimento.

- Sociodemográficas: idade (anos); escolaridade (nenhuma, fundamental, médio, universitário); estado civil (casada, solteira, união estável, divorciada/separada); identidade de gênero; tempo na atividade em anos; religião; conhecimento dos familiares sobre o exercício da atividade; relacionamento familiar; situação da moradia.

- Antecedentes obstétricos: número de partos (nenhum, um, dois, três, quatro, cinco, seis ou mais); número de abortos (nenhum, um, dois, três, quatro, cinco, seis ou mais).

Imunização: vacina contra hepatite B (sim, não, não sabe).

- Antecedentes ginecológicos: método contraceptivo (não usa/ usa); método utilizado (hormonal oral, hormonal injetável, dispositivo intrauterino, preservativo masculino, preservativo feminino, outro); menarca; coitarca; IST (sim, não); tipo de IST; ano da última coleta de citologia; sangramento após relação sexual (sim, não).

Queixa ginecológica: alteração da libido (sim, não); dispaurenia (sim, não); alteração de orgasmo (sim, não); desejo sexual dissonante (sim, não); corrimento vaginal (sim, não); prurido vaginal (sim, não).

- Fatores comportamentais: sexo oral (sim, não); sexo anal (sim, não); ducha vaginal (sim, não); tampão vaginal (sim, não); preservativo no trabalho (sim, não); preservativo com parceiro fixo (sim, não); número de parceiros na última semana (até cinco, mais que cinco). Fuma (sim, não); número de cigarros por dia; usa drogas (sim, não); tipo de droga que usa (maconha, cocaína, crack, outras); ingestão de álcool (sim, não).

Resultados dos exames realizados para IST: hepatite B (reagente, não reagente); hepatite C (reagente, não reagente); sífilis (reagente, não reagente); anti-HIV (reagente, não reagente).

- Citologia Oncótica:

- Neoplasia: positivo, negativo;

- Microbiologia: presença de lactobacilos (positiva,negativa), cocos (positiva,negativa), *actinomyces* (positiva,negativa), *Candida sp.* (positiva,negativa), *Trichomonas vaginalis* (positiva,negativa), *Gardnerella vaginalis* (positiva,negativa), Sinais indiretos de infecção por HPV (positivo, negativo).

- Representações sociais sobre os serviços de saúde e entraves que dificultam o acesso aos mesmos: acolhimento, autocleração profissional, avaliação do atendimento recebido, melhorias necessárias ao atendimento na UBS e, serviços a serem ofertados à MPS.

Para análise final dos dados, foi utilizada variável dicotômica IST presente ou ausente.

As frequências dos dados das MPS são apresentadas segundo as variáveis socioeconômicas, demográficas e comportamentais. Além das informações contidas nos prontuários das mulheres que já passaram em consulta nas Unidades Básicas de Saúde do município de Cristino Castro-PI para complementação de dados.

5.7. Operacionalização do estudo

Foram visitados com a ajuda dos Agentes comunitários de saúde (ACS) quatro locais de suspeição de prostituição feminina no município de Cristino Castro (PI). No decorrer do estudo, dois deles (ambos na BR-135) estavam funcionando apenas como bar, sem a presença de MPS e as proprietárias relataram que não funcionava mais como prostíbulo, enquanto nos dois restantes estava ocorrendo funcionamento normal, inclusive com MPS institucionalizadas. Na oportunidade conversou-se com as proprietárias dos prostíbulos e solicitou-se o apoio das mesmas, que se colocaram à inteira disposição da pesquisadora.

Após o agendamento com as mesmas, a pesquisadora compareceu para exposição do projeto de pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) que foi assinado pelas mães das MPS menores de 18 anos, e ficou acordado que as

coletas de dados (entrevista, exame papanicolau, testes rápidos e coleta de sangue venoso) seriam realizadas mensalmente (exceto o Papanicolau) durante três meses pela pesquisadora e equipe de enfermagem da Unidade Básica de Saúde.

Foi acertado que as datas das demais coletas seriam agendadas através de contato telefônico com as mesmas, que concordaram em avisar a melhor data para realização, tendo em vista a chegada mensal de novas mulheres. Em cada etapa, tendo em vista que seriam novas MPS, foram realizados todos os procedimentos: leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Termo de Assentimento (nos casos das menores de 18 anos), esclarecimento de dúvidas, agendamento das coletas. Continuou-se com a fase de entrevista, quando a pesquisadora solicitava às MPS que escolhessem o local onde seria realizada a entrevista. Em alguns casos, a entrevista para a coleta de dados foi feita no próprio local de trabalho, a pedido das participantes.

Foram realizados vários contatos telefônicos e, com o auxílio da ACS, conseguiu-se as confirmações das datas e horários da realização da pesquisa. Desta forma, a cada mês combinou-se a coleta de dados, sendo a primeira coleta realizada em agosto de 2018 e a última em novembro de 2018.

Depois das entrevistas com as participantes foram agendadas as demais etapas da pesquisa: realização de Testes Rápidos para detecção das hepatites B e C (HBsAg e anti-HCV, respectivamente), Sífilis (anticorpos anti-treponêmicos específicos) e HIV (anticorpos e antígeno p24). Posterior a esta etapa, foram feitas as coletas de sangue arterial venoso e a realização do exame ginecológico na UBS Mutirão.

Foram coletados 15 mL de amostra de sangue venoso para pesquisa de *Chlamydia trachomatis* (CT) através de pesquisa dos anticorpos IgM e IgG para Clamídia, seguindo a técnica de PCR polimerase, e uma parte do sangue coletado também serviu para o exame de VRDL, que detecta sífilis.

Encontraram-se algumas dificuldades técnicas na primeira coleta mensal, dentre as quais destacam-se: as amostras de sangue venoso foram enviadas para laboratório particular e os exames custeados pela pesquisadora, pois estavam suspensas as realizações de exames pelo laboratório credenciado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Nas demais coletas mensais o sangue venoso foi coletado, armazenado em tubos próprios e acondicionados em isopor

com gelox, e enviado ao Laboratório credenciado pela Secretaria Municipal de Saúde, que se localiza em Bom Jesus-PI, cidade a 36 km do local da pesquisa.

A pesquisa de alterações citológicas para rastreamento de câncer de colo de útero foi realizada através da análise de lâmina com esfregaço de material coletado durante exame ginecológico, com espéculo bivalvo Collins descartável, esterilizado e isento de qualquer lubrificante. Coletou-se então, com espátula de Ayre, conteúdo do colo do útero, colocado em duas lâminas foscas identificadas e fixadas que foram armazenadas em recipiente plástico tampado até a secagem completa. Uma amostra foi entregue na Secretaria Municipal de Saúde para ser enviada ao Laboratório Central do Estado do Piauí (LACEN-PI) para processamento e análise conforme rotina do serviço de saúde da Unidade Básica de Saúde Enfermeira Socorro Falcão (UBS Mutirão) e a outra amostra foi enviada a um laboratório particular.

5.6. Procedimentos para análise dos dados

Os dados foram submetidos a processo de digitação em planilhas do aplicativo Microsoft Excel e, posteriormente exportados e analisados no *software* R versão 3.4.2.

A amostra foi caracterizada por meio de medidas de freqüências absolutas e relativas em percentuais, assim como por meio de medida de estatística descritiva: média, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo. Foram construídos gráficos de barras horizontais e gráficos de setores para algumas variáveis qualitativas.

Toda digitação foi realizada pela pesquisadora e a consistência dos dados foi checada pelo estatístico para verificação e comparação da distribuição de freqüências em questões associadas, com correção dos erros identificados.

Foi elaborado um Protocolo Técnico em Cuidados à Saúde de Mulheres Profissionais do Sexo na Atenção Básica que será entregue na coordenação do mestrado e na Secretaria Municipal de Saúde de Cristino Castro-PI e serão disponibilizadas cópias para Biblioteca Universitária e órgãos que tiverem interesse na aquisição.

5.7. Aspectos éticos

Esta pesquisa cumpriu todas as diretrizes das Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí com o parecer de nº 2.817.544 de 13 de agosto de 2018.

A Secretaria Municipal de Saúde de Cristino Castro-PI representada pelo Secretário Municipal, autorizou a realização da pesquisa (Termo de autorização em anexos).

As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e receberam uma via do mesmo. Para o caso das menores de 18 anos, foi elaborado o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) em que as mães das menores assinaram juntamente com as mesmas. Os pesquisadores assinaram o Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD).

Os resultados dos exames realizados foram informados às profissionais do sexo pela pesquisadora. As MPS que tiveram IST diagnosticada neste estudo foram imediatamente tratadas ou encaminhadas para tratamento, e aquelas que não eram vacinadas contra hepatite B foram orientadas a fazê-lo.

6. RESULTADOS

Das 19 mulheres profissionais do sexo (MPS), quase metade (47,4%) possuía ensino fundamental incompleto. Quanto ao estado civil, 84,2% eram solteiras e 10,5% eram casadas. 89,5% eram heterossexuais. 31,6% afirmaram que exercem outras profissões. Quanto a religião, expressiva maioria 84,2% eram católicas (Tabela 1).

Tabela 1 – Variáveis sociodemográficas e culturais de Mulheres Profissionais do Sexo de um município do Sul do Estado do Piauí, 2018.

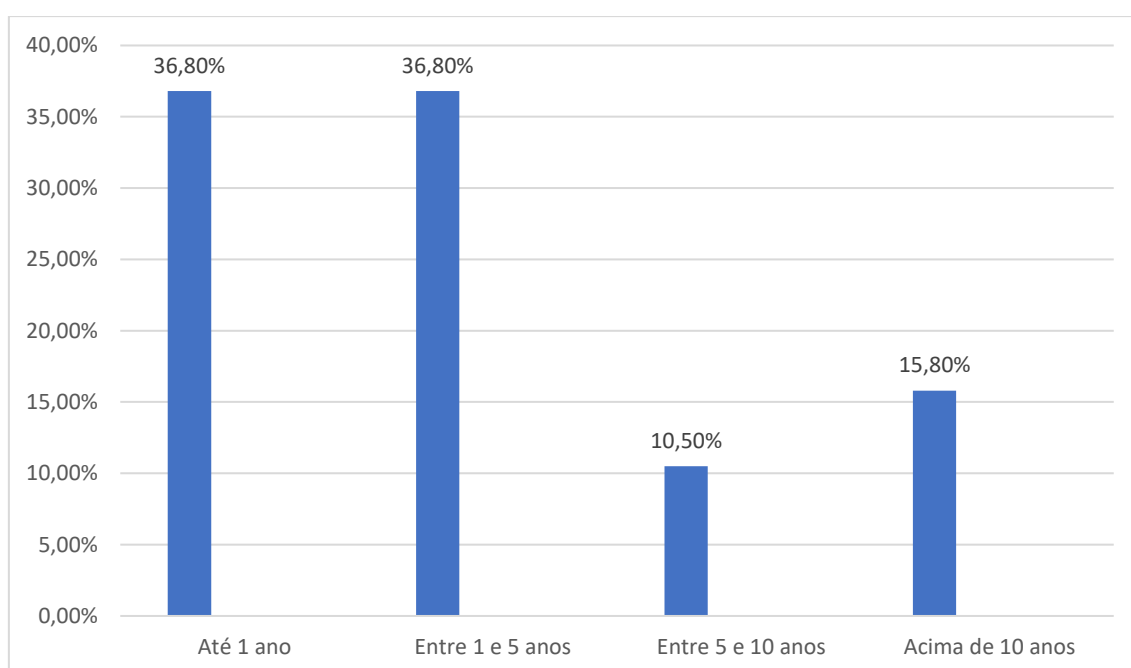
Variável	Frequência	
	Absoluta	Relativa (%)
Escolaridade		
Analfabeta	7	36,8
Fundamental Incompleto	9	47,4
Fundamental completo	1	5,3
Ensino médio	2	10,5
Estado civil		
Solteira	16	84,2
Casada	2	10,5
União estável	1	5,3
Identidade do gênero		
Heterossexual	17	89,5
Bissexual	2	10,5
Exerce outra profissão		
Sim	6	31,6
Não	13	68,4
Religião		
Católica	16	84,2
Evangélica	2	10,5
Candomblé/Umbanda	1	5,3
Famíliares sabem da atividade		
Sim	15	78,9
Não	4	21,1
Número de pessoas na família		
1 a 3 pessoas	4	21,1
4 a 6 pessoas	5	26,3
7 a 9 pessoas	4	21,1
Acima de 10 pessoas	6	31,6
Renda mensal		
Até 1 salário mínimo	10	52,6
Entre 1 e 2 salários mínimos	9	47,4

Tempo de atividade		
Até 1 ano	7	36,8
Entre 1 e 5 anos	7	36,8
Entre 5 e 10 anos	2	10,5
Acima de 10 anos	3	15,8

Fonte: Pesquisa direta

A idade média das MPS foi de $24,47 \pm 4,75$ anos, variando de 15 a 38 anos. O tempo médio de exercício da profissão variou de menos de um ano em 36,8% das MPS, a mais de 10 anos 15,8% (Gráfico 1).

Gráfico 1- Tempo de atividade como Profissional do Sexo de Mulheres Profissionais do Sexo de um município do Sul do Estado do Piauí, 2018.



Fonte: Pesquisa direta

Observando a situação da moradia da amostra de MPS, todas residem em casas construídas com tijolos/adobe; o destino do lixo é a coleta pela prefeitura da cidade. Quanto ao tratamento da água no domicílio, somente 15,8% têm a água filtrada e 36,8% não fazem nenhum tratamento na água. Quanto ao abastecimento da água, 78,9% possuem abastecimento da rede pública. O destino das fezes em 100% dos domicílio é a fossa séptica (Tabela 2).

Tabela 2– Situação de moradia das Mulheres Profissionais do Sexo de um município do Sul do Estado do Piauí,2018.

Variável	Frequência	
	Absoluta	Relativa (%)
Material de construção		
Tijolo/adobe	19	100,0
Destino do lixo		
Coletado	19	100,0
Tratamento da água no domicílio		
Filtrada	3	15,8
Clorada	9	47,4
Sem tratamento	7	36,8
Abastecimento de água		
Rede pública	15	78,9
Poço/nascente	4	21,1
Destino das fezes		
Fossa	19	100,0
Número de cômodos na moradia		
De 1 a 3	1	5,3
De 4 a 6	13	68,4
7 ou mais	5	26,3

Fonte: Pesquisa direta

Nenhuma das MPS possuía plano de saúde. Em caso de doença as MPS, em sua maioria, procuram o hospital 52,6% ou a unidade de saúde 26,3% e ainda, 21,1% procuram a farmácia. Expressa maioria, 94,7% declarou que não frequenta grupos comunitários. 78,9% declarou receber o auxílio governamental Bolsa Família. 89,5% declararam realizarem alguma atividade de lazer. E, 84,2% relataram possuir acesso à internet e possuía conta em alguma rede social (Tabela 3).

Tabela 3– Aspectos gerais das Mulheres Profissionais do Sexo de um município do Sul do Estado do Piauí, 2018.

Variável	Frequência	
	Absoluta	Relativa (%)
Em caso de doença procura		
Hospital	10	52,6
Unidade de saúde	5	26,3
Farmácia	4	21,1
Participa de grupo comunitário		
Sim	1	5,3

Não	18	94,7
Auxílio governamental		
Sim	15	78,9
Não	4	21,1
Atividades de lazer		
Sim	17	89,5
Não	2	10,5
Acesso à internet		
Sim	16	84,2
Não	3	15,8
Participa de redes sociais		
Sim	16	84,2
Não	3	15,8
Recebe bolsa família		
Sim	15	78,9
Não	4	21,1

Fonte: Pesquisa direta

A maioria das profissionais teve a primeira menstruação (menarca) e a primeira relação sexual (coitarca) antes dos 15 anos de idade, correspondendo a 88,9% e 73,7% das participantes da pesquisa, respectivamente. Em relação ao número de parceiros sexuais nos últimos 7 dias, 52,6% informaram ter tido sete (07) ou mais parceiros. Quanto ao número de partos 36,8% são nulíparas, e nas demais houve predominância de 26,3% primíparas (Tabela 4).

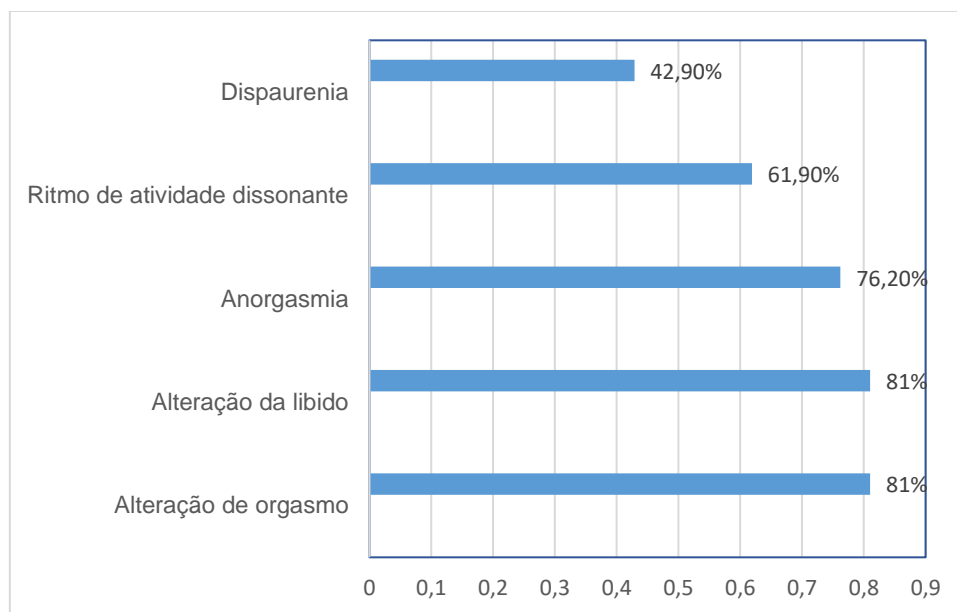
Tabela 4 – Antecedentes ginecológicos de Mulheres Profissionais do Sexo de um município do Sul do Estado do Piauí, 2018.

Variável	Frequência	
	Absoluta	Relativa (%)
Menarca (idade)		
Até os 15 anos	16	88,9
Depois dos 15 anos	2	11,1
Coitarca (idade)		
Até os 15 anos	14	73,7
Depois dos 15 anos	5	26,3
Número de partos		
Nenhum	7	36,8
Um	5	26,3
Dois	4	21,1
Três	3	15,8

Fonte: Pesquisa direta

Ainda com relação às disfunções sexuais relatadas pelas MPS, 81% das profissionais relataram ter alteração no orgasmo, 81% alteração na libido, 76,2% anorgasmia. O ritmo da atividade sexual dissonante esteve presente em 61,9% das entrevistadas, e dispareunia foi referida por 42,9% das mulheres (Gráfico 2).

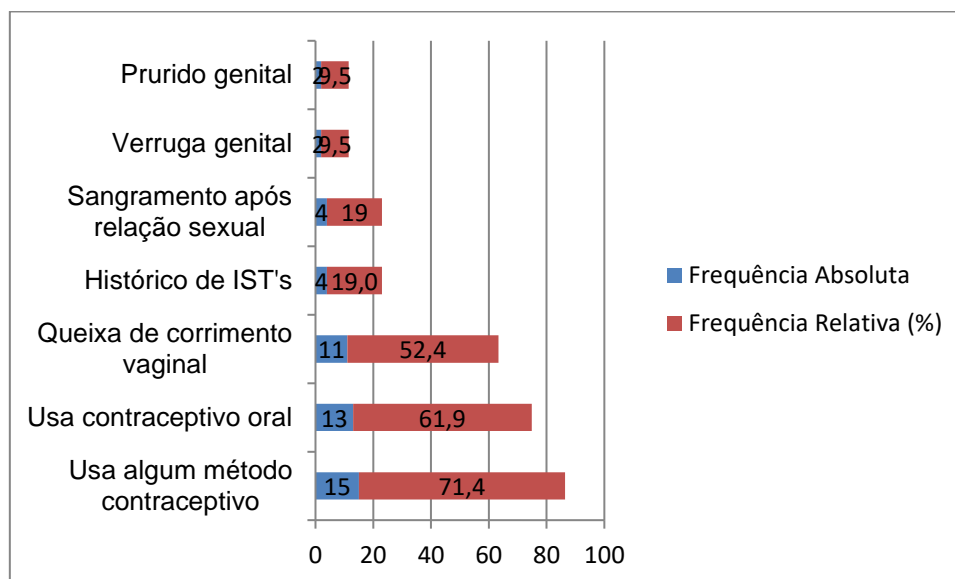
Gráfico 2- Disfunções sexuais em Mulheres Profissionais do Sexo de um município do Sul do Estado do Piauí, 2018.



Fonte: Pesquisa direta

Quanto aos antecedentes ginecológicos encontrou-se que 19% com histórico de sangramento após relação sexual, 61,9% fazem uso de contraceptivos orais, 19% relataram histórico de IST, 52,4% delas com corrimento vaginal presente, 9,5% com queixa de prurido genital, e igual percentual informou ter verruga genital (Gráfico 3).

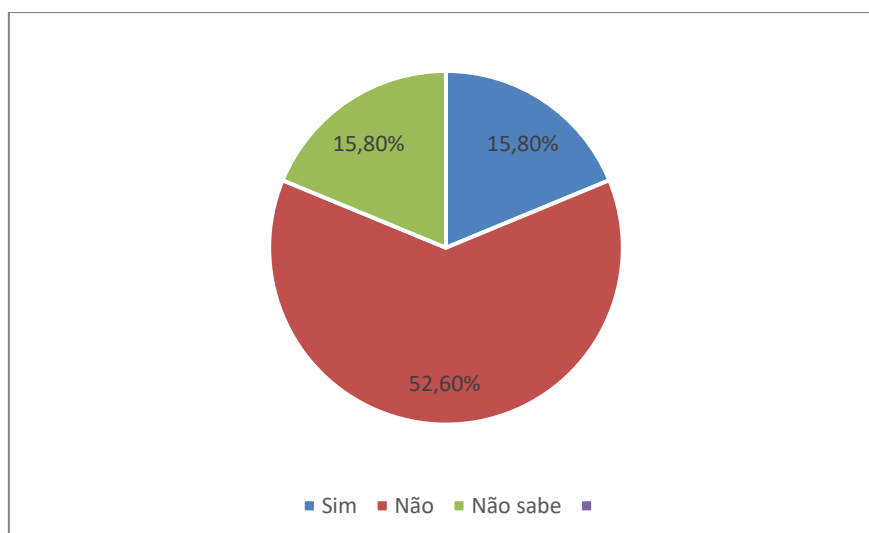
Gráfico 3- Antecedentes ginecológicos de Mulheres Profissionais do Sexo de um município do Sul do Estado do Piauí, 2018.



Fonte: Pesquisa direta

Com relação à imunização contra hepatite B, 52,6% declararam não estarem imunizadas, 31,6% das MPS declararam estarem imunizadas, e 15,8% declararam não saberem se estavam imunizadas ou não (Gráfico 4):

Gráfico 4- Imunização contra Hepatite B das Mulheres Profissionais do Sexo de um município do Sul do Estado do Piauí, 2018.



Fonte: Pesquisa direta

Com relação ao número de parceiros sexuais na última semana, a maioria, 78,9% relatou ter tido até 5 parceiros sexuais na última semana e, com relação ao número de programas realizados, a maioria, 63,2% declarou realizar até 5 programas na semana (Tabela 5).

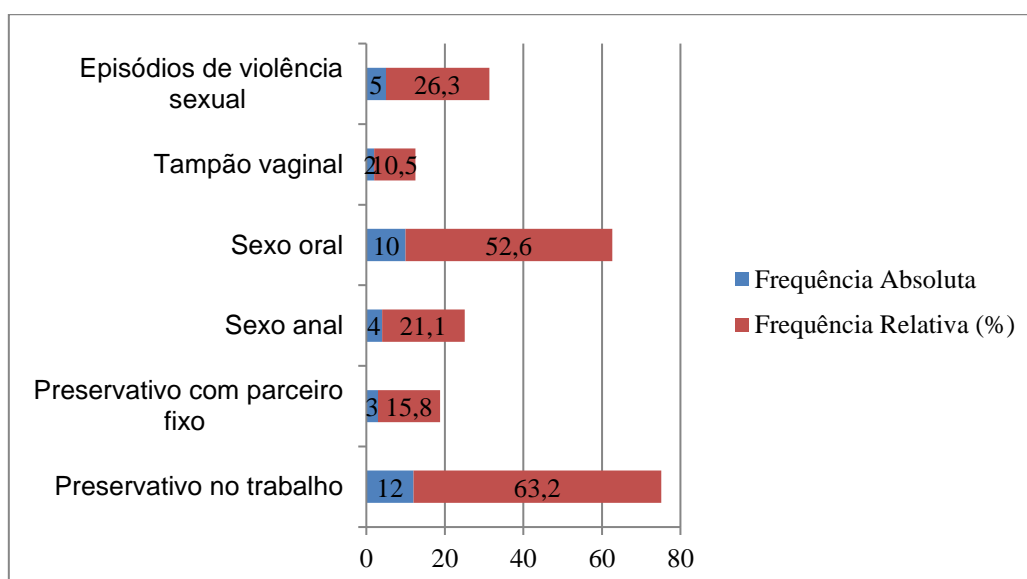
Tabela 5- Número de parceiros sexuais e programas realizados na última semana por Mulheres Profissionais do Sexo de um município do Sul do Estado do Piauí, 2018.

Variável	Frequência	
	Absoluta	Relativa (%)
Número de parceiros sexuais na última semana		
Até 5	09	47,37
Acima de 5	10	52,63
Programas por semana		
Até 5	12	63,2
Entre 6 e 10	5	26,3
11 ou mais	2	10,5

Fonte: Pesquisa direta

Informaram uso de preservativo no trabalho 63,2% das MPS, e somente 15,8% relataram uso do preservativo com parceiro fixo; 52,6% relatou praticar sexo oral e 21,1% sexo anal; 26,3% informaram ter sofrido episódios de violência sexual; tampão vaginal é usado por 10,5% (Gráfico 5).

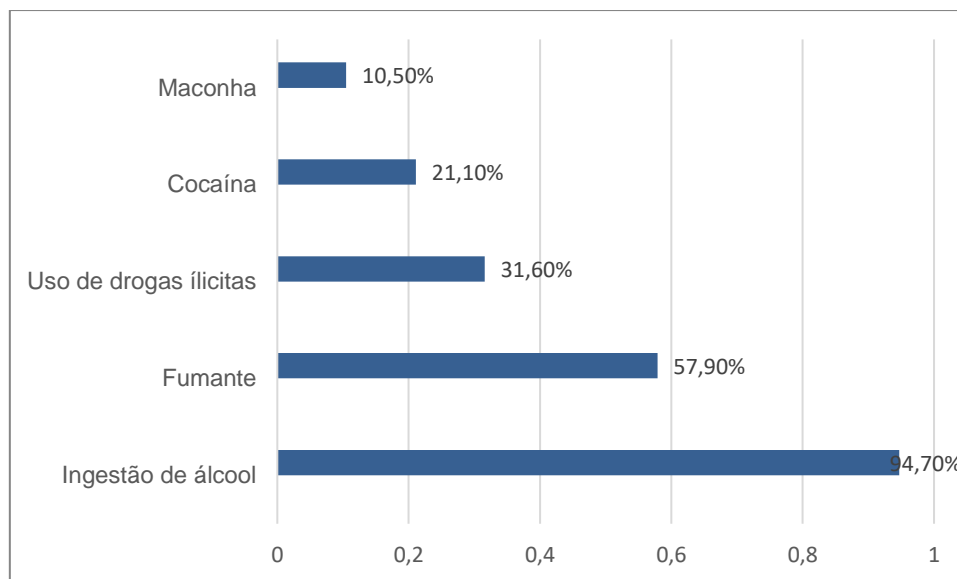
Gráfico 5- Fatores comportamentais de Mulheres Profissionais do Sexo de um município do Sul do Estado do Piauí, 2018.



Fonte: Pesquisa direta

Em relação a drogadição 94,7% das MPS relataram ingestão de álcool, 57,9% declara ser fumante, 31,6% relatam uso de drogas ilícitas, sendo 21,1% uso de cocaína e 10,5% maconha (Gráfico 6).

Gráfico 6- Drogadição e tabagismo em Mulheres Profissionais do Sexo de um município do Sul do Estado do Piauí, 2018.



Fonte: Pesquisa direta

Os resultados dos Testes Rápidos (TR) para Hepatites B e C (HbsAg e HCV) e HIV das 19 (100%) MPS foram negativo. Uma MPS n=1 (5,3%) com resultado Reagente para Sífilis, confirmado com o exame de VDRL (Tabela 6).

Tabela 6- Resultados de Testes Rápidos de Mulheres Profissionais do Sexo de um município do Sul do Estado do Piauí, 2018.

Variável	Frequência	
	Absoluta	Relativa (%)
HbsAg¹		
Reagente	0	0,0
Não Reagente	19	100,0
HCV²		
Reagente	0	0,0
Não Reagente	19	100,0
Sífilis		
Reagente	1	5,3
Não Reagente	18	94,7
HIV³		
Reagente	0	0,0
Não Reagente	19	100,0

Fonte: Pesquisa direta

Os resultados da Sorologia para Clamídia (IgM e IgG) evidenciaram que 17 (89,5%) das MPS estavam com IgG Reagente e 19 (100%) delas estavam com IgM Não Reagente (Tabela 7).

¹ HBsAg é a substância presente na superfície do vírus da hepatite B que pode ser detectada em exame de sangue de pessoa infectada. Exame HBsAg positivo indica infecção pelo vírus da hepatite B.

² O exame realizado para diagnosticar Hepatite C é o anti-HCV. O resultado do exame anti-HCV pode ser positivo (reagente) ou negativo (não reagente). Pessoas com resultado positivo (reagente) devem realizar outro exame mais sensível para detectar o RNA do vírus no sangue.

³ O exame para o HIV é feito com o objetivo de detectar a presença do vírus HIV no organismo.

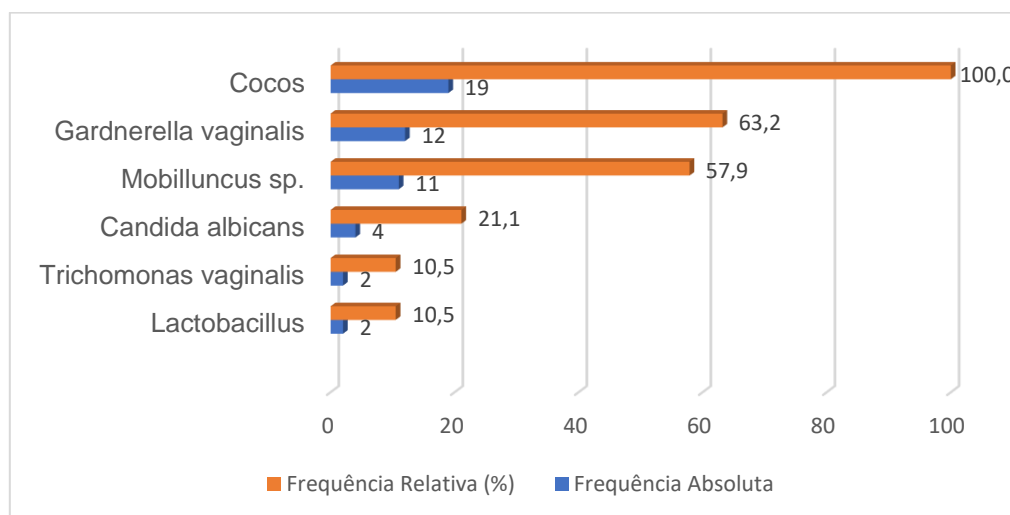
Tabela 7- Resultados de Sorologia para Clamídia de Mulheres Profissionais do Sexo de um município do Sul do Estado do Piauí, 2018.

Variável	Frequência	
	Absoluta	Relativa (%)
Clamídia		
IgG⁴		
Reagente	17	89,5
Não reagente	2	10,5
IgM⁵		
Reagente	0	0,0
Não reagente	19	100,0

Fonte: Pesquisa direta

A análise microbiológica das lâminas de citologia evidenciaram que 100% das MPS estavam com *Cocos*; 63,2% Bacilos; 57,9% com *Mobiluncus sp.*; 21,1% *Candida albicans*; 10,5% com *Trichomonas vaginalis* e 10,5% com *Lactobacillus* (Gráfico 7):

Gráfico 7- Resultado microbiológico da citologia oncótica em Mulheres Profissionais do Sexo de um município do Sul do Estado do Piauí, 2018.



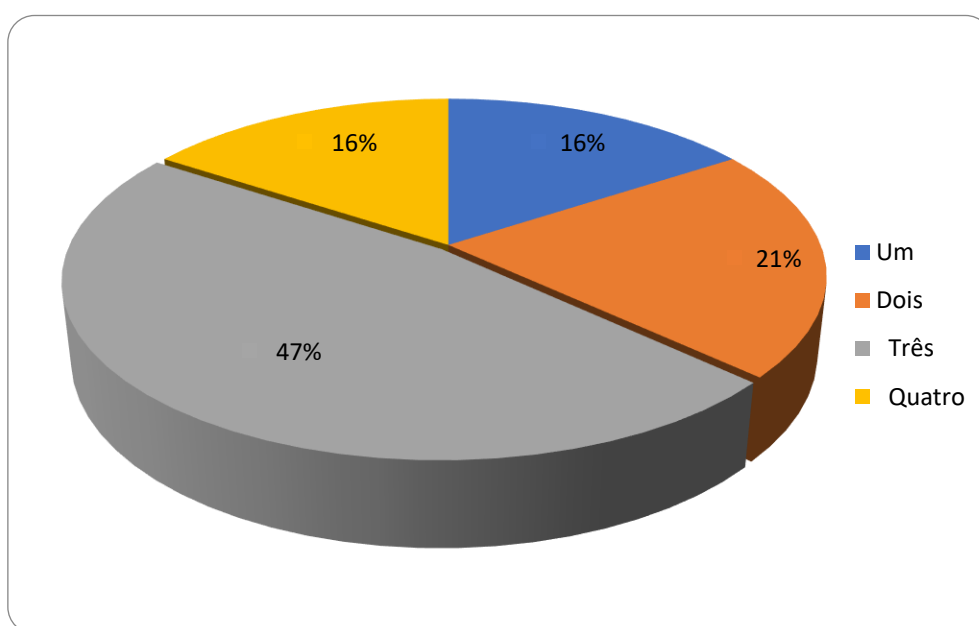
Fonte: Pesquisa direta

⁴ As imunoglobulinas G e imunoglobulinas M, também conhecidas por IgG e IgM, são anticorpos que o organismo produz quando entra em contato com algum tipo de microrganismo invasor. IgG indica infecção progressa.

⁵ IgM infecção ativa.

A quantidade de agentes microbiológicos potenciais causadores de vaginites, vaginoses e Infecções Sexualmente transmissíveis evidenciados nos resultados da Citologia oncótica presentes em cada mulher mostram a presença de apenas um agente em 16%; dois agentes 21%, três agentes 47% e quatro agentes em 16% delas (Gráfico 8).

Gráfico 8- Distribuição segundo número de agentes potenciais causadores de vaginites, vaginoses e Infecções Sexualmente Transmissíveis em Mulheres Profissionais do Sexo de um município do Sul do Estado do Piauí, 2018.

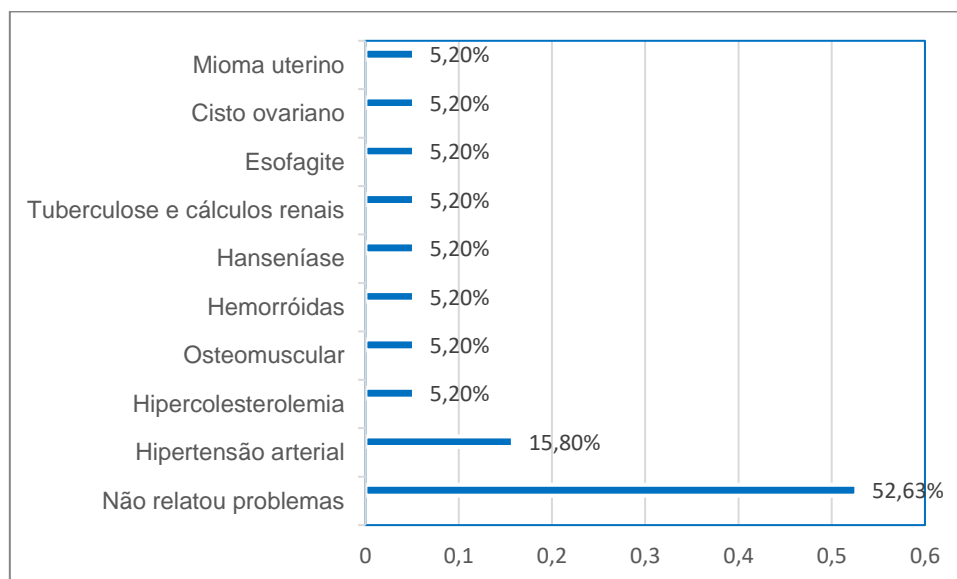


Fonte: Pesquisa direta

O resultado oncológico da citologia apresentava-se negativo para lesão intra epitelial ou malignidade em 94,74% das MPS e somente em 5,26% delas apresentou atipia de células glandulares endocervical.

Quanto aos problemas de saúde, 52,63% relatam não tê-los, 15,8% relataram hipertensão, 5,2 % hipercolesterolemia e igual percentual para problemas osteomusculares, hemorróidas, hanseníase, tuberculose e cálculos renais, esofagite, cisto ovariano e mioma uterino (Gráfico 9).

Gráfico 9- Problemas de saúde relatados por Mulheres Profissionais do Sexo de um município do Sul do Estado do Piauí, 2018.



Fonte: Pesquisa direta

Ao serem indagadas sobre as motivos as levaram a entrar na profissão, as respostas foram diversas e estão listadas na Tabela 8.

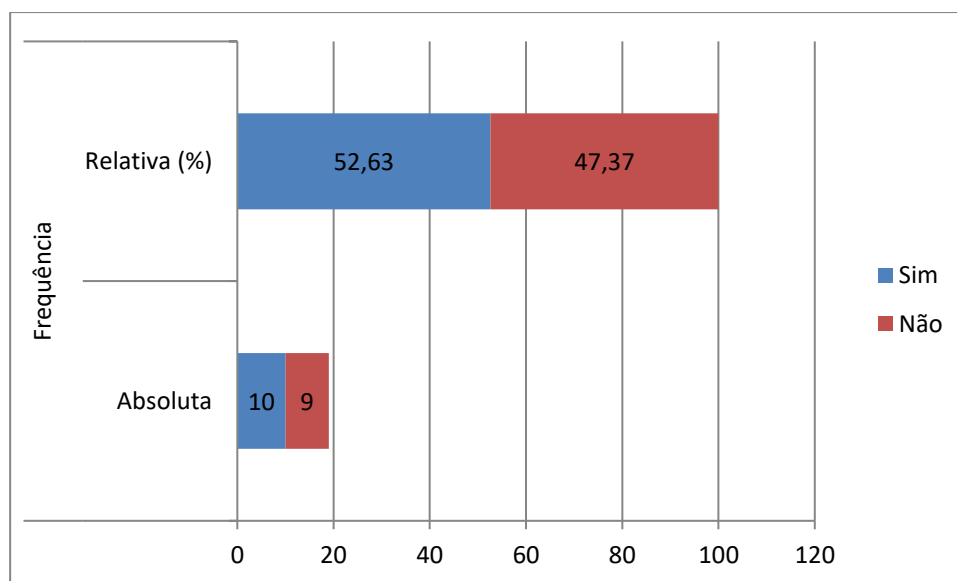
Tabela 8- Motivos da escolha profissional de Mulheres Profissionais do Sexo de um município do Sul do Estado do Piauí, 2018.

Categoria	Percentual%
Dívidas/Necessidade de dinheiro	31,7
Desejo de experimentar	15,8
Falta de emprego	21,0
Desilusão amorosa	10,5
Casar com o filho da cafetina	5,26
Necessidade de lugar para morar	5,26
Traição do cônjuge	5,26
Não sabe	5,26

Fonte: Pesquisa direta

Quanto às representações sociais sobre a profissão e sobre os serviços de saúde ofertados a elas, as MPS foram indagadas sobre vários aspectos, o primeiro deles é se declaravam a profissão que exercem ao procurar atendimento em saúde. Os resultados são explicitados no gráfico 10.

Gráfico 10- Auto declaração das Mulheres Profissionais do Sexo de um município do Sul do Estado do Piauí sobre sua profissão ao procurar atendimento em saúde, 2018.



Fonte: Pesquisa direta

A tabela 9 mostra as representações sociais relacionadas ao acesso dos serviços de saúde, dentre os principais entraves e motivos que levam-nas a não procurar atendimento nas Unidades Básicas de Saúde estão elencados abaixo:

Tabela 9. Principais entraves e motivos que levam as Mulheres Profissionais do Sexo de um município do Sul do Estado do Piauí a não procurar atendimento nas Unidades Básicas de Saúde, 2018.

Entraves e motivos
Má qualidade e demora no atendimento
Falta de vagas para consultas médicas e de enfermagem
Falta de acolhimento e/ou acolhimento ineficiente

Horário de agendamento de consultas

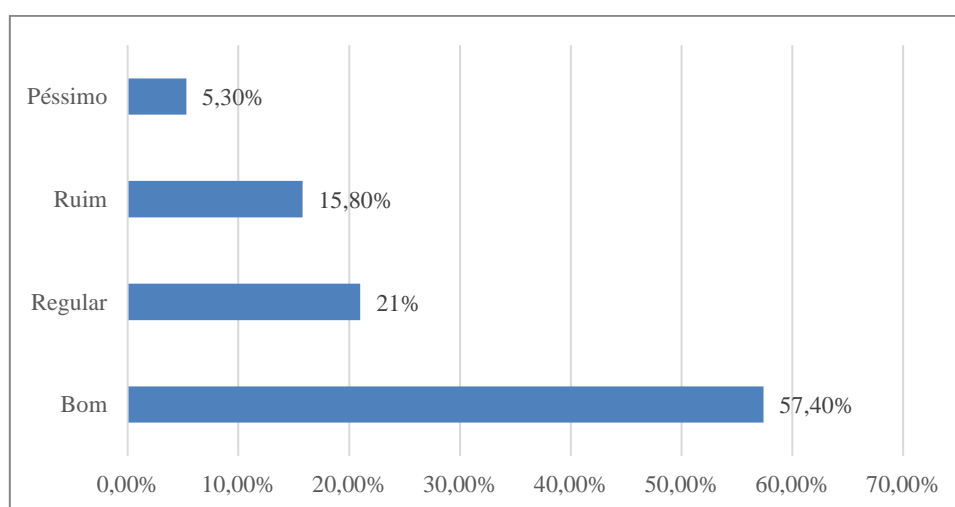
Agressividade do pessoal da recepção das UBS

Preguiça em procurar o serviço

Fonte: Pesquisa direta.

Questionadas sobre como classificam o atendimento recebido nas UBS pode-se destacar conforme explicitado no gráfico 11:

Gráfico 11- Como as Mulheres Profissionais do Sexo de um município do Sul do Estado do Piauí classificam o atendimento recebido nas UBS, 2018.



Fonte: Pesquisa direta.

Questionou-se ainda sobre quais os serviços deveriam ser ofertados à população de MPS no município de Cristino Castro-PI, encontrou-se várias demandas conforme mostra a Tabela 10:

Tabela 10- Serviços que deveriam ser ofertados à população de Mulheres Profissionais do Sexo em um município do Sul do Estado do Piauí segundo as participantes da pesquisa, 2018.

Serviços	Percentual
Médico ginecologista	26,3%
Remédios	26,3%
Atendimento psicológico	10,5%
Acesso à consulta médica e de enfermagem	15,8%

Ações educativas sobre cuidados de higiene, à saúde e prevenção de IST	10,5%
Atendimento diferenciado	10,5%
Oferta de exames	15,8%
Ofertar preservativos	10,5%
Capacitar os profissionais	5,3%
Anticoncepcionais	5,2%

Fonte: Pesquisa direta

Foram inquiridas ainda sobre como os serviços de saúde a essa população deveriam ser prestados, estes dados constam na tabela 11:

Tabela 11- Como os serviços deveriam ser ofertados à população de Mulheres Profissionais do Sexo em um município do Sul do Estado do Piauí segundo as participantes da pesquisa, 2018.

Categoria	Percentual
Com respeito	47,4%
Com paciência	15,8%
Escutarem melhor as queixas	15,8%
Serem tratadas com educação	5,6%
Com ética/sigilo das consultas	5,6%

Fonte: Pesquisa direta.

7. DISCUSSÃO

No presente estudo houve a participação de mulheres com idade entre 15 a 38 anos, tendo predominância etária de mulheres jovens com idade entre 25 a 29 anos com 42,1% delas. Dados estes que corroboram em parte com os estudos de Passos *et al.* (2007) na região sudeste do Brasil, com 449 MPS, que encontrou a população com faixa etária entre variando entre 23 a 64 anos de idade.

Neste estudo as MPS iniciaram a vida sexual precocemente já que a coitarca em 73,7% das mesmas ocorreram até os 15 anos de idade. Essa situação tem sido mostrada em estudos de TODD *et al.* (2010) em sua pesquisa com 520 MPS em três cidades do Afeganistão- Ásia, de ZHU *et al.* (2012) em Região Autônoma de Guangxi, China com 488 MPS e com os de CAETANO *et al.* (2013) com 395 MPS em Goiânia-GO.

A amostra pesquisada se declara em sua maioria heterossexual 89,5%. As solteiras com ou sem parceiro fixo correspondem a 84,2% e 10,5% delas mesmo exercendo a atividade de Profissional do Sexo é casada e 5,3% vive em união estável. Dados semelhantes foram encontrados nos estudos de TODD *et al.* (2010), DAL POGETTO; SILVA & PARADA (2011) e DAL POGETTO *et al.* (2012) em Botucatu- SP.

Neste estudo quase metade das MPS possuía baixa escolaridade com predominância do Ensino Fundamental Incompleto em 47,4%, valores abaixo dos encontrados em estudos de Neri *et al.* (2013) com 73 MPS em Picos –PI, que demonstrou que 66,2% das MPS tinham poucos anos de estudo, possuindo no máximo ensino fundamental incompleto. Porém os dados se assemelham aos observados por Passos e Figueiredo (2004), que em sua pesquisa investigaram 449 MPS em Ribeiro Preto-SP e afirmam que a reduzida escolaridade da maioria das MPS participantes pode ser resultado das dificuldades de acesso à escola e ao abandono precoce dos estudos. Quanto à religião 84,2% se intitulava católica, seguida de evangélicas (10,5%) e umbandistas (5,3%). A renda mensal das mesmas não atingiam valores acima de dois salários mínimos, sendo que pouco mais da metade, 52,6% têm renda de até um salário mínimo e 78,9% delas recebem o auxílio governamental “Bolsa família”. Resultado semelhante foi

encontrado em estudo de Neri *et al.* (2013) no qual observou-se que 58,4% das MPS entrevistadas apresentavam a renda mensal de até um salário mínimo.

Quanto à situação de moradia, todas residiam em casas de tijolos/adobe, contavam com coleta pública do lixo domiciliar (100%), valor este superior a média brasileira em 2014 que era de 89,8% (IBGE, 2019). O acesso a água encanada nos domicílios era de 100%, valor bem acima da média geral brasileira em 2014, que tinha percentual de 85,4% (IBGE, 2019). Do ponto de vista do ambiente como determinante da saúde, a habitação se constitui em um espaço de construção e desenvolvimento da saúde da família (COHEN *et al.*, 2004). E, segundo Brasil (2004b), o reconhecimento da gama de fatores que influenciam a saúde vem evoluindo desde os antigos conhecimentos de saneamento básico, dirigido à prevenção e controle dos riscos biológicos, à situação atual onde se reconhece a necessidade de uma estratégia que incorpore, além daqueles riscos, fatores químicos, psicossociais, físicos e sindrômicos presentes na habitação e peridomicílio, o que pode contribuir para que essas mulheres tenham uma melhor qualidade de vida.

Quanto ao tempo de atividade os resultados corroboram com os estudos de Neri *et al.* (2013) com tempo de atividade superior a 2 anos, dados estes que podem ter interferido nos resultados da pesquisa, em decorrência do pouco tempo de atuação na profissão.

Os antecedentes ginecológicos revelaram que a expressiva maioria, 88,9% das MPS tiveram menarca com idade até os 15 anos, percentual menor que as demonstradas nos estudos de Baldin (2010), na qual investigou 104 MPS em Botucatu- SP, e o percentual era de 94,1%. Já a coitarca nas MPS em Cristino Castro- PI ocorreram antes dos 15 anos de idade em 73,7% , percentuais também bem acima dos estudos de Baldin (2010) onde esses valores eram de 59,8%.

Sobre a quantidade de parceiros, a pesquisa revelou que mais da metade delas (52,63%), tiveram número de parceiros acima de 6 na última semana, números estes um pouco acima dos resultados de Baldin (2010) em que as MPS pesquisadas (72,5%) referiram ter até cinco parceiros. Quanto ao número de programas por semana, 63.2% das MPS revelaram fazer até cinco programas por semana, abaixo da média dos estudos de Baldin (2010) que indicam que

72,5% das participantes do estudo em São Paulo, apontaram até cinco clientes por semana.

Com relação aos fatores comportamentais 63,2% das MPS declararam usar preservativo no trabalho. Sabendo da eficácia do preservativo para prevenção de IST/AIDS, grande parte das prostitutas, considerando-se sob maior risco, está se protegendo. Segundo Brasil (1996), o uso de camisinha “na zona” vêm aumentando de maneira bem mais veloz do que em outros segmentos da sociedade. Cabe ressaltar, porém, que este número se reduz quando se trata de parceiro fixo, pois apenas 15,8% utilizam o preservativo. Hebling & Guimarães (2004) citam que apesar das mulheres terem informação e conhecerem os riscos, elas não usam o preservativo em relacionamento estável devido à ausência de poder de decisão, pelas relações desiguais de gênero e pelas questões relacionadas à fidelidade conjugal. Cano *et al.* (2004) reforçam ainda que a convivência prolongada deixa a mulher com o sentimento de que está imune, e a confiança no companheiro, base das relações amorosas, não leva em consideração a vida pregressa dele. A fidelidade e a situação conjugal aparecem como imunização contra a infecção; a convivência com alguém que se ama e a confiança no parceiro são fatores facilitadores da negação do risco.

A prática de sexo oral (52,6%) e anal (21,1%) foram abaixo da média de estudos nacionais realizados por Guimarães & Merchán-Hamann (2005), em que essas práticas foram respectivamente citadas por 82,4% e 39,8% das MPS. Os estudos de Baldin (2010) apontam percentual de 90,2% de MPS que praticam sexo oral e 37,3% sexo anal. Os dados dos estudos de Leal (2005) enfatizam que o sexo anal penetrativo na profissional do sexo é alvo de controvérsias, pois algumas delas reiteram, por exemplo, que essa prática desvaloriza a mulher, atribuindo uma ligação entre pureza moral e práticas sexuais e, consideram que o sexo anal é um elemento que distingue, mesmo as prostitutas, entre “honradas” e “vulgares”. Ao longo de sua carreira, muitas profissionais continuam desqualificando as práticas anais ou outras “desviantes”. Reitera-se que este aspecto não fora investigado neste estudo.

Um outro dado que merece atenção refere-se ao uso de tampão vaginal, embora pequena quantidade de MPS informarem utilizá-lo, esta prática oferece segundo Santos (2012), na VIDEOCONFERÊNCIA “Mulheres Profissionais do Sexo e Prevenção das DST/Aids” – Em 2012, “em relação ao uso do tampão,

essa é uma questão bastante discutida com a Área da Saúde da Mulher e bastante complicada porque a prostituta improvisa um tampão (com algodão, gaze, espuma de colchão etc) para bloquear o fluxo menstrual e poder trabalhar, esses tampões são um meio de cultura para bactérias e frequentemente essas mulheres desenvolvem doença inflamatória pélvica por causa do uso de tampões (SÃO PAULO, 2017).

Pesquisadores de vários países têm realizado estudos sobre a prevalência de IST em profissionais do sexo: SZWARCOWALD (2009) no Brasil, ZHU *et al.* (2012) em Região Autônoma de Guangxi, China, TODD *et al.* (2010) em três cidades do Afeganistão- Ásia. E, no Brasil PASSOS *et al.* (2007) em Ribeirão Preto- SP, MALTA *et al.* (2008) em Foz do Iguaçu- PR, CAETANO *et al.* (2013) em Goiânia-GO, Baldin (2010) em Botucatu- SP dentre outros não menos relevantes.

Na análise microbiológica das lâminas de citologia oncótica houve presença de *Trichomonas vaginalis* em 10,5% das MPS. Esta frequência está acima dos percentuais mostrados por Correia *et al.* (2008), em estudo com MPS no Paraná- Brasil, onde encontrou-se prevalência de 3,9%. O resultado oncológico da citologia apresentava-se negativo para lesão intra epitelial ou malignidade em 94,74% das MPS e 5,26% delas apresentou atipia de células glandulares endocervical. Dados semelhantes ao de Dal-Pogetto (2010), que referiram citologia oncótica com resultado negativo em 95% e atipias em 2% das MPS, porém as atipias celulares nas MPS de Cristino Castro-PI tiveram percentual de 5,26% e estavam acima da média dos estudos de Baldin (2010) em que este percentual era de apenas 1%.

Detectou-se um caso de sífilis, correspondendo a 5,3% das MPS, pois teve o Teste Rápido de sífilis reagente, e que posteriormente foi confirmado com o exame de VRDL positivo. Brasil (2015b) afirma que as MPS têm alta prevalência de sífilis, sendo 6 vezes mais elevada quando comparada com a prevalência da sífilis em gestantes.

Não foram registrados casos de Hepatites B e C, e HIV. Porém em MPS de São Paulo a prevalência foi de hepatites foi de 9,0% (ARAÚJO *et al.*, 2005). Em estudo multicêntrico desenvolvido em São Paulo, Santos e Campinas essas patologias chegaram a índices de 39,0% (LURIE *et al.*, 1995) e no Paraná este foi 2,7% (CORREA *et al.*, 2008). Ao passo que se estima que entre 0,4% e 0,7%

da população geral esteja vivendo com HIV e entre MPS por exemplo, essa estimativa sobe para 4,9% (UNAIDS BRASIL, 2015).

Os exames sorológicos para *Chlamydia tracomatis* demonstraram IgM não reagente em 100% das MPS, não evidenciando infecção ativa, porém IgG estava reagente em expressiva maioria de MPS com frequência em 89,5% delas, demonstrando infecção pregressa, valor muito acima da média de estudos brasileiros realizados em mulheres jovens de Goiânia/GO (ARAÚJO *et al.*, 2006) e, em clínica de IST de Manaus (SANTOS *et al.*, 2003) que foram de 19,6% e 20,7% respectivamente. Os resultados corroboram com os descritos pelo Ministério da Saúde brasileiro, quando destaca que as maiores taxas de infecção por clamídia foram observadas nas pessoas mais jovens (BRASIL, 2016).

Nas sociedades contemporâneas o consumo abusivo de álcool e drogas ilícitas constituem-se os principais problemas de saúde pública (REHM *et al.*, 2006). Na presente investigação, o uso de álcool no trabalho foi elevado, sendo referido por 94,7 % das MPS, números estes maiores dos que os demonstrados nos estudos de Baldin (2010) que encontrou a prevalência de 84,3% em MPS de Botucatu- SP, porém corroboram com os resultados encontrados por Correa *et al.* (2008) em estudo na cidade de Umuarama-PR onde os índices de consumo foram 94,7% das MPS.

Baldin (2010) reforça que os altos índices de consumo de álcool devem ser decorrentes do grande número de prostitutas que trabalham em boates e bares, e que dentre as funções impostas pelos donos de estabelecimentos em que atuam, está a indução do consumo de bebidas alcoólicas pelos clientes visando o lucro. Outra justificativa, exposta por Passos & Figueiredo (2004) é o fato de o álcool ter o papel facilitador, tendo em vista seu efeito redutor de inibição, o que resulta no enfrentamento das dificuldades com mais facilidade.

Além do álcool, outras drogas fazem parte do cotidiano das mulheres incluídas neste estudo. O tabagismo foi referido por 57,9% delas, valor inferior aos estudos de Baldin (2010), Correia *et al.* (2008), cujo resultados foram de 68,6% e 64% respectivamente. Estudos mostram que essas mulheres estão expostas constantemente a diversos fatores de risco, como a vulnerabilidade social, a submissão e, sobretudo, o uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas, por sentirem dificuldades na manutenção da qualidade de vida, acabam adotando atitudes prejudiciais à saúde, o que evidencia a necessidade de intervenções

relacionadas aos mais diversos aspectos da saúde (PASSOS & FIGUEIREDO, 2004; SALMERON & PESSOA, 2012). Além do fato do consumo de tabaco gerar renda para a proprietária do estabelecimento em que atuam conforme descreveram informalmente.

Houve referência ao uso de drogas ilícitas, pois 31,6% das MPS afirmaram que consomem algum tipo, seja cocaína (21,1%) ou maconha (10,5%) e estes valores estarem acima dos encontrados nos estudos de feitos na Guatemala por Sabidó *et al.* (2009) em que esse índice era de 4,4%. Informalmente as MPS afirmaram fazer uso dessas substâncias para suportarem o trabalho, o que é confirmado pelos estudos de Simon *et al.* (2002) em que destacam que para as MPS o uso de álcool e de outras substâncias psicoativas se fazem necessários para o desempenho no trabalho.

Com relação à imunização contra hepatite B mais da metade das MPS, 52,6% declararam não estarem imunizadas. A situação vacinal para Hepatite B estava bem abaixo da média do estudo realizado na Holanda por BAARS *et al.* (2009) que investigou a cobertura vacinal e o conhecimento de 259 MPS sobre o programa de imunização gratuita e revelou que 63% eram vacinadas.

Quanto antecedentes patológicos, mais da metade informou não possuir nenhum tipo de problema, embora algumas delas, 15,8% relataram hipertensão, cistos ovarianos e mioma uterino dentre outros problemas. Os resultados para hipertensão arterial encontravam-se com taxas menores que os dados relativos ao ano de 2013 do VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) que mostraram frequência de diagnóstico prévio de hipertensão arterial de 24,1% no conjunto da população adulta das 27 capitais brasileiras estudadas, sendo pouco mais elevada em mulheres (23,6%) do que nos homens (21,5%) (BRASIL, 2014).

Em relação aos antecedentes ginecológicos e obstétricos, expressiva maioria das MPS tiveram menarca e a coitarca antes dos 15 anos de idade. Menos da metade são nulíparas, seguida das primíparas. A maioria relatou fazer uso de contraceptivos orais, pequena prevalência de MPS com histórico de sangramento após relação sexual e histórico de IST. Mais da metade informou corrimento vaginal presente (52,4%), os valores estavam acima dos 44,5% encontrados na Guatemala (SABIDÓ *et al.*, 2009) e 46,2% na China (DING *et al.*, 2005). Houve alta incidência de queixas de prurido genital e verruga genital

19,5% quando comparados ao estudo de Ding *et al.* (2005) na China onde somente 10,8% das MPS referiram ter verruga genital e 11,1% delas úlcera genital. E, em relação ao número de parceiros sexuais nos últimos 7 dias, mais da metade informaram 52,6% informaram ter tido sete (07) ou mais parceiros.

Além disso quase totalidade das MPS referiram disfunções sexuais: 81% das profissionais relataram ter alteração no orgasmo, percentual bem maior que os demonstrados nos estudos de Abdo *et al.* (2000) em que apontam que a dificuldade de orgasmos é a segunda principal queixa feminina relacionada à vida sexual acometendo 29,3%, mas condizem com a pesquisa de Paiva *et al.* (2013) sobre as vivências das Profissionais do Sexo, pois pequena porcentagem, 20% afirmam já terem tido orgasmo durante a relação sexual com clientes, não são frequentes, porém, acontecem ocasionalmente. 81% das MPS relataram alteração na libido, 76,2% relataram ter anorgasmia, percentual elevado quando comparados com os de Ribeiro *et al.* (2013) em um estudo com 214 mulheres brasileiras concluiu que a prevalência para anorgasmia foi de 55,8%. O ritmo da atividade sexual dissonante esteve presente em 61,9% das entrevistadas, dispareunia foi relatada por 42,9% das mulheres, valores bem acima das de Abdo *et al.*, (2002) em que a queixa de dor durante a relação sexual é mais comum em mulheres 21,1% que em homens 8,5%, com menor frequência de acordo com o aumento da idade.

Ao adoecerem mais da metade procuravam diretamente o hospital (52,6%) ao invés das Unidades Básicas de Saúde (26,3%). Contrariando como Starfield (2002) cita que a Atenção Primária à Saúde (APS) consolidada como as UBS são o primeiro contato da assistência continuada centrada na pessoa, de forma a satisfazer suas necessidades de saúde, que só refere os casos muito incomuns que exigem atuação mais especializada. A APS coordena, ainda, os cuidados quando as pessoas recebem assistência em outros níveis de atenção.

Sobre quais motivos as motivaram a escolher esta profissão, os resultados corroboram com os de Torres, Davim & Costa (1999) e Paiva *et al.* (2013), a principal causa de entrada na prostituição é socioeconômica (obtenção de maior remuneração, “trabalho fácil” e temporário), principalmente e na maioria por parte de mulheres com baixa educação formal e restritas oportunidades de acesso ao mercado formal de trabalho. Concorde-se com França (2012) quando este enfatiza que a entrada na prostituição vem da pobreza geral, da miséria

proletária, da promiscuidade das habitações coletivas, da falta de educação profissional e de trabalho honesto, dos lares desfeitos e defeituosos, do alcoolismo paterno, da infância desarrimada, “tudo isso porque é miséria ou consequência da miséria a verdadeira causa da prostituição”.

Segundo Brasil (2002), o sistema de saúde não incorpora a atenção às populações mais vulneráveis, como as MPS, caracterizadas como pessoas que são de difícil acesso e com necessidades bem particulares. Embora que com o aumento de ações de prevenção em IST/AIDS, têm se ampliado o acesso destas populações.

A APS segundo Lavras (2011) responsabiliza-se pela atenção à saúde de seus usuários, constituindo-se na principal porta de entrada do sistema; ofertando ações de saúde de caráter individual e coletivo; organizando o processo de trabalho de equipes multiprofissionais na perspectiva de abordagem integral do processo saúde doença; garantindo acesso a qualquer outra unidade funcional do sistema em função das necessidades de cada usuário; responsabilizando-se por esse usuário, independentemente de seu atendimento estar se dando em outra unidade do sistema; e, dessa forma, ordenando o funcionamento da rede. A dificuldade de acesso tem sido discutida por pesquisadores internacionais como DIAS e ROCHA (2009); GURNANI *et al.* (2011); GUIMIRE; SMITH e TEIJLINGEN, 2011).

Dias e Rocha (2009) em estudo realizado em Portugal com MPS Africanas e Brasileiras, mostraram que fatores culturais contribuem para as desigualdades de acesso nessa população e que isto tem influencia nas opções e decisões em termos de cuidados à saúde, a dificuldade de comunicação e falta de conhecimento dos profissionais de saúde dos diferentes contextos culturais podem comprometer o acesso. Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004; PASCUM *et al.*, 2010), no Nordeste brasileiro, a precariedade de acesso ao serviço de saúde pelas mulheres MPS é maior do que em outras regiões do país.

Quando questionadas sobre se declaram sua profissão ao procurar atendimento nas UBS, 52,63% informaram que sim e 47,37% negavam que atuavam como MPS pois segundo relatos das mesmas, sentiam vergonha da profissão que exerciam. Desta forma, o acesso regular das MPS ao serviço de saúde fica então comprometido diante da invisibilidade ou mesmo da não

aceitação da prostituição como meio de vida e trabalho (SOUSA *et al.*, 2017). Segundo a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (2017), as profissionais do sexo são alvo do preconceito tanto da população, quanto por parte dos serviços, o que pode dificultar a implantação de ações de promoção à sua saúde. A resistência dos proprietários dos locais de trabalho sexual, que receiam a interferência da Vigilância Sanitária e da Polícia pode dificultar o acesso das profissionais do sexo às ações propostas pela saúde.

Quanto às representações sociais das MPS relacionadas ao acesso aos serviços de saúde, dentre os principais entraves e motivos que levam-nas a não procurar atendimento nas Unidades Básicas de Saúde segundo as MPS pesquisadas estão: má qualidade e demora do atendimento, falta de vagas para consultas médicas e de enfermagem, falta de acolhimento e/ou acolhimento ineficiente, horário de agendamento de consultas, preguiça além da agressividade por parte da recepção da UBS. Para que se estabeleça um programa de cuidado integral e sistemático com as MPS, faz-se necessário investir de forma ascendente no que as próprias mulheres compreendem sobre modos mais adequados de intervenção, conectados com as potencialidades e vulnerabilidades locais (WHO, 2014).

E, sobre como classificavam o atendimento recebido por elas nas UBS 57,9% classificam como Bom, 21% Regular, 15,8% Ruim e 5,3% como Péssimo. A avaliação das MPS condizem com os estudos de Garcia (2001) sobre a satisfação do usuário do serviço de saúde público, e verificaram que as respostas dos usuários acerca de seu nível de satisfação quanto ao atendimento nos serviços do SUS apresentaram um direcionamento para respostas positivas (ficando em torno de 40% a 50%), pois há sempre um receio em dar respostas desfavoráveis e possam resultar em algum tipo de sanção no atendimento.

Inquiridas sobre como os serviços prestados na UBS deveriam ser ofertados as respostas foram em quase sua totalidade 47,4% relataram que com respeito, 15,8% com paciência, 15,8% escutarem melhor as queixas, serem tratadas com educação 10,5%, comunicar melhor as ações a serem feitas 5,6% e, igual percentual com ética/sigilo das consultas. Percebeu-se que a humanização nas UBS não acontece a contento. Estudos têm mostrado que a falta de paciência e diálogo com as pacientes durante a consulta ginecológica tem contribuído para diminuição da procura pelo serviço de saúde para realizar

a prevenção do câncer cervical. Isso é uma realidade bem comum quando o atendimento é realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (MIRANDA-RIBEIRO; SIMÃO, 2008).

Pelo discurso das MPS sobre quais serviços deveriam ser ofertados à população de MPS no município de Cristino Castro- PI surgiu grande demanda por médico ginecologista que pudesse atendê-las (26,3%), entrega de remédios na UBS, aí inclusos os anticoncepcionais orais (26,3%), Atendimento psicológico (10,5%), acesso à Consulta médica (15,8%) e o atendimento diferenciado (10,5%) que incluíam: acesso ao agendamento de consulta médica em horário um pouco mais tarde que o convencional, pois segundo as mesmas pra conseguir agendamento faz-se necessário que se chegue muito cedo à UBS e já que as mesmas trabalham muitas vezes a noite inteira não conseguem vaga. Elas referiram ainda, que a UBS não oferece métodos contraceptivos orais e preservativos. E que a Equipe de Saúde atual não realizava ações educativas nos locais onde elas trabalhavam, no caso das MPS institucionalizadas. Referiram ainda a necessidade de capacitação para os profissionais das UBS desde vigilante, recepcionistas, enfermeiros, técnicos em enfermagem e médicos.

8. CONCLUSÃO

Em síntese, a população estudada era majoritariamente de mulheres adultas jovens e solteiras, com nível de escolaridade do Ensino Fundamental Incompleto e religião católica. Vivem em casa de abobe/tijolo e com acesso à coleta de pública de lixo e água encanada.

O tempo de atividade na profissão da grande maioria estava entre 1 e 5 anos. A renda mensal não ultrapassam 2 salários mínimos.

Os antecedentes patológicos presentes foram problemas de coluna, hemorróidas, cálculos renais, esofagite, mioma uterino, tuberculose e hanseníase. Hábitos como tabagismo, uso de álcool e de drogas ilícitas, foram frequentes.

Menos da metade são nulíparas, com menarca e coitarca antes dos 15 anos de idade e a maioria relatou disfunções sexuais.

O contraceptivo hormonal oral é o método mais utilizado. Mais da metade tiveram sete ou mais parceiros sexuais nos últimos 7 dias e uma parcela expressiva usa preservativo no trabalho, porém poucas utilizam quando estão em relacionamento afetivo.

A prevalência de IST foi alta para tricomoníase e sífilis. Infecções por Hepatites B e C e HIV não foram detectadas.

Os principais motivos que levam-nas a não procurar atendimento nas Unidades Básicas de Saúde são a má qualidade e demora do atendimento, falta de vagas para consultas médicas e de enfermagem e acolhimento ineficiente.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo permitiram, a partir das fragilidades demonstradas nos parâmetros analisados, a construção de protocolo assistencial de enfermagem à mulher profissional do sexo do Município de Cristino Castro e poderá subsidiar estudos de diagnóstico do perfil clínico epidemiológico e socioculturais das MPS, onde investigações sobre essa temática são ainda pouco freqüentes na literatura, e assim, contribuir com a elaboração de políticas públicas.

REFERÊNCIAS

- ABDO, C.H.N. (org.). **Sexualidade Humana e Seus Transtornos**. 2.ed. São Paulo: Lemos, 2000.
- ABDO, C. H. N. Perfil sexual da população brasileira: resultado do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do Brasileiro. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 59, n. 4, p.250-257, abr. 2002.
- ABREU, S. R. *et al.* Estudo epidemiológico de pacientes com infecção pelo vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS), Caxias-MA. **R. Interd.**, v. 9, n. 4, p. 132-141, out. nov. dez. 2016.
- AMSEL, R.; TOTTEN, P. A.; SPIEGEL, C. A, *et al.* Nonspecific vaginitis diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations. **Am J Med**, v. 74, n. 14-22, 1983.
- ANTONIOLI, R. S.; SIMÕES, D. Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas. **Rev Neurocienc**, v.18, n. 2, p. 267-274, 2010.
- ALMEIDA *et al.* Tricomoníase: prevalência no gênero feminino em Sergipe no biênio 2004-2005. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, p.417-421, 2010. Supl. 1.
- ALMEIDA, M.V.A. O trabalho da prostituta à luz do ordenamento jurídico brasileiro. Realidade e perspectivas. **Jus navegandi**, Teresina, ano 14, n. 2349, 6 dez 2009.
- ARAÚJO, E. **A arte da sedução: sexualidade feminina na colônia**. In HISTÓRIA DAS MULHERES NO BRASIL. Mary Del Priore (org.). 9ª ed. São Paulo: Contexto, 2008, p. 45-77.
- ARAÚJO, M.J.O. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: antigas necessidades e novas perspectivas. **J Rede Fem Saúde**, v.5, n. 27, p.28-30, 2005.
- ARAÚJO, R.S. *et al.* Prevalence and risk factors for Chlamydia trachomatis infection in adolescent females and young women in central Brazil. **Eur J Clin Microbiol Infect Dis**,v. 25, p. 397-400, 2006.
- ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Texto revisado (DSM-IV-TR). Tradução Cláudia Dornelles 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2002
- AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro , v. 81, n. 2, p. 111-126, mar. 2006.
- AQUINO, Priscila de Souza *et al.* Perfil sociodemográfico e comportamento sexual de prostitutas de Fortaleza - CE. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 17, n. 3, p. 427-434, Sept. 2008.

AQUINO, P.S; XIMENES, L.B; PINHEIRO, A. K. B. Políticas públicas de saúde voltadas à atenção à prostituta: breve resgate histórico. **Enfermagem em Foco**, v.1 p. 18-22, 2010.

AYRES, J. R. C. M; CALAZANS, G.J; SALETTI, H.C FILHO; FRANÇA-JÚNIOR, I. **Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde**. In: Campos GWS, organizador. Tratado de saúde coletiva. 2ªed. São Paulo: Hucitec /Rio de Janeiro: Fiocruz: 2009.

BAARS, J.E. et al. Vaccination uptake and awareness of a free hepatitis B vaccination program among female commercial sex workers. **Women's Health**, v. 19, p.61–69, 2009.

BALDIN, M. R. **Prevalência das doenças sexualmente transmissíveis em mulheres profissionais do sexo do Município de Botucatu/SP**. 2010. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem). Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2010.

BANCROFT, J. **Human sexuality and its problems**. 2ª ed. Edinburgh, Scotland: Churchill Livingstone, 1989.

BASTOS, F.I. **Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros**. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST-AIDS e Hepatites Virais, 2009.

BASTOS, F. I.; BERTONI, N.; HACKERL, M. A. Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil. 2005. **Rev Saúde Pública**, v. 42, p. 109-117, 2008. Supl.1.

BATES, S. Vaginal discharge. **Curr. Obstet. Gynaecol.**, v.13, p.218- 223, 2003.

BENZAKEN, A. S. *et al.* **Situação atual da resposta brasileira à epidemia de HIV/Aids**. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BLACK, M.C. Current methods of laboratory diagnosis of *Chlamydia trachomatis* infections. **Clin. Microbiol. Rev.**, v.10, n.1, p.160-84, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual do multiplicador. Profissionais do sexo**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações**. Brasília: Ministério do Trabalho. 2002. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/busca/descricao.asp?codigo=5198-05>. Acesso em: 8 nov 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da efetividade das ações de prevenção dirigidas às profissionais do sexo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde: experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil**. Ministério da Saúde/ Organização Pan-americana da Saúde (OPAS/OMS). Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/Aids, hepatites e outras DST. **Caderno de Atenção Básica nº 18**. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 8. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Universidade Federal de Santa Catarina. **Diagnóstico da Sífilis**. TELELAB, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/30/Lancamento-Vigitel-28-04-ok.pdf> Acesso em 10 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis 2015**. Ministério da Saúde- Secretaria de Vigilância em Saúde- departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância a Saúde. **Boletim Epidemiológico de Sífilis 2018**. Brasília, v. 49, n. 45, Out. 2018. Disponível em <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>
Acesso em 20 jun. 2019.

BRAVO, R.S.; GIRALDO, .P.C.; CARVALHO, N.S.; GABIATTI, J.R.E.; VAL, I.C.C.; GIRALDO, H.P.D.; PASSOS, M.D.L. Tricomoniase Vaginal: o que se Passa? **DST – J Bras Doenças Sex Transm.**, v. 22, n. 2, p. 73-80, 2010.

CAETANO, C. A.A. *et al.* Prevalence and Virologic Profile of HIV Infections Among Female Sex Workers in Goiânia City, Central Brazil. **AIDS PATIENT CARE and STDs**, v.27, n. 1, 2013.

CANO, M.A.T.; ZAIA, J.E.; NEVES, F.R.A.; NEVES, L.A.S. O conhecimento de jovens universitários sobre AIDS e sua prevenção. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 9, n. 3, p. 748- 58, 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a14.htm>
Acesso em 24 nov. 2019.

CARCAMO, C. P. *et al.* Prevalences of sexually transmitted infections in young adults and female sex workers in Peru: a national population-based survey. **Lancet infect. dis.**, New York, v. 12, n. 10, p. 765–773, out. 2012.

CARLI, G.A. **Trichomonas**. *In*: Neves DP. Parasitologia Humana. 10.ed. São Paulo: Atheneu; 2000.

CARVALHO, R. L.; KRAHE, C.; FARINA, G.; PAULA, D. O.; RICHETTI,N.; ROSSETTI, T. Teste Rápido para Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Parturientes. **Rev Bras Ginec Obst**, v. 26, n.4, p. 325-328, 2004.

CAVALCANTI, R.; CAVALCANTI, M. **Tratamento clínico das inadequações sexuais**. São Paulo: Roca, 2012.

CLARKSON, F. A. History of Prostitution. **The Canadian Medical Association Journal**. Toronto, p. 296, 1939.

COHEN, S. M.; CYNAMON, S. E.; KLIGERMAN, D. C.; ASSUMPÇÃO, R. F. Habitação Saudável no Programa Saúde da Família (PSF): uma estratégia para as políticas públicas de saúde e ambiente. **Rev C S Col**, v. 9, n. 3, p. 807- 813, 2004.

COLVERO, C. A. Sexo como profissão: relações das profissionais em questão com o poder público. **Revista Sociais e Humanas**, v. 21 n. 2, p. 17-23, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Desafios éticos. Brasília; 1993.

CORREA, N. A.B.; MATUMOTO, F. H.; LONARDONI, M. V.C. Doenças sexualmente transmissíveis em mulheres profissionais do sexo, Umuarama, Estado do Paraná. **Rev. Brás. Anal. Clin.**, v. 40, n. 3, p.209-213, 2008.

DAL POGETTO, M. R. B. **Prevalência das doenças sexualmente transmissíveis em mulheres profissionais do sexo do Município de Botucatu/SP**. 2010. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem). Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2010.

DAL POGETTO, M. R. *et al.* Características de população de profissionais do sexo e sua associação com presença de doença sexualmente transmissível. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 4, p. 877-83, 2012. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000400014 Acesso em 17 mai. 2017.

DAS, A *et al.* Prevalence and assessment of clinical management of sexually transmitted infections among female sex workers in two cities of India. **Infect Diseases Obstetrics Gynecology**, jun. 2011.

DIAS, S. F.; ROCHA, C.F. **Saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes africanas e brasileiras: um estudo qualitativo**. 1. Ed. Lisboa: Biblioteca Nacional de Portugal, jun. 2009.

DING, Y. *et al.* HIV infection and sexually transmitted diseases in female commercial sex workers in China. **J Acquir Immune Defic Syndr.**, v. 38, n. 3, p. 314-9, 2005.

ENGEL, M. **Meretrizes e doutores: saber médico e prostituição no Rio de Janeiro (1840-1890)**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

FERNANDES, L.B. *et al.* Infecção por *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*: fatores associados a infertilidade em mulheres atendidas em um serviço público de reprodução humana. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 36, n. 8, p. 353-8, 2014.

FERRAZ, R.R.N. *et al.* Métodos para diagnóstico da tricomoníase: comparação da microscopia de montagem molhada com o método de cultura convencional. **Revista Eletrônica Saúde em Foco**, v. 4, n. 1, p. 40-43, 2014.

FIGUEIREDO, L. **Mulheres nas Minas Gerais**. In HISTÓRIA DAS MULHERES NO BRASIL. Mary Del Priore (org.). 9ª ed. São Paulo: Contexto, 2008, p. 141-188.

FONSECA, R.M.G.S. Espaço e gênero na compreensão do processo saúde-doença da mulher brasileira. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p. 5-13, janeiro 1997.

FRANÇA, G. V. Prostituição- um enfoque político- social. **Revista Derecho y Cambio Social**. 2012. Disponível em: www.derechoycambiosocial.com. Acesso em 12 jun. 2019.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Assistência Social: Casa Rosa Mulher. 2006. Disponível em <https://fpabramo.org.br/acervosocial/editorias/assistencia-social/> Acesso em 01 jan 2019.

GAYDOS, C.A.; CROTCHFELT, K.A.; HOWELL, R.; KRALIAN, S.; HAUPTMAN, P. QUINN, T.C. Molecular amplification assays to detect chlamydial infections in urine specimens from high school female students and to monitor the persistence of chlamydial DNA after therapy. **J Infect Dis.**, v. 177, n.2, p.417-24, fev. 1998.

GIRALDO, P.C.; AMARAL, R.L.G.; GONÇALVES, A.K.; VICENTINI, R.; MARTINS, C.H.; GIRALDO, H. et al. Influência da frequência de coitos vaginais e da prática de duchas higiênicas sobre o equilíbrio da microbiota vaginal. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 27, n. 5, p. 257-62, 2005.

GOMES, E. M.M.; CARDOSO, D.M. **Prostituição: poder, dominação e repressão.** 2008. Disponível em: <<http://www.rizoma.ufsc.br/pdfs/695-of8c-st3.pdf>>. Acesso em: 13.11.09.

GOMEZ, B. D. **Prevalência de *Chlamydia trachomatis* em mulheres inférteis e gestantes assintomáticas.** 2016. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

GODOY, A. M. A escravidão no direito grego clássico. 2004. **Revista Jus.com.br** de 10 de 2004. Disponível em <https://jus.com.br/artigos/5793/a-escravidao-no-direito-grego-classico/2> Acesso em 5 dez. 2018.

GUIMARÃES, K.; MERCHÁN-HAMANN, E. Comercializando fantasias: a representação social da prostituição, dilemas da profissão e a construção da cidadania. **Estud. Fem.**, v.13, n.3, p.320, 2005.

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

GURNANI, V. *et al.* An integrated structural intervention to reduce vulnerability to HIV and sexually transmitted infections among female sex workers in Karnataka state, south India. **BMC Public Health**, n. 11, p. 755, 2011.

HARWOOD, C.A. *et al.* Human papillomavirus infection and non-melanoma skin cancer in immunosuppressed and immunocompetent individuals. **J Med Virol.**, v. 61, p. 289-97, 2000.

HEBLING, E.M.; GUIMARÃES, I.R.F. Mulheres e aids: relações de gênero e o uso do preservativo com parceiro estável. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1211-1218, 2004.

HILLIS, D.S. *et al.* Screening for Chlamydia: a key to the prevention of pelvic inflammatory disease. **N. Engl. J. Med.**, v. 334, n.21, p.1399-401, 1996.

HOFFMAN, D. J. *et al.* Urinary tract infection with *Trichomonas vaginalis* in a premature newborn infant and the development of chronic lung disease. **J.Perinatol**, v. 23, p. 59-61, 2003.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico**. Rio de Janeiro- RJ: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2018. 05.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico**. Rio de Janeiro- RJ: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2017. 02.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Habitação**. 2019. Disponível em <https://brasilemsintese.ibge.gov.br/habitacao.html>. Acesso em 10 jul. 2019.

JEAL, N. *et al.* Identifying possible reasons why female street sexworkers have poor drug treatment outcomes: a qualitative study. **BMJ Open**, v. 7, n. 3, p. 1-8, 2017.

JUNIOR, M.F.Q.S.; SIQUEIRA, L.F.G. **Tricomoníase**. In: Cimerman B, Cimerman S. Parasitologia humana e seus fundamentos gerais. 2.ed. São Paulo: Atheneu; 2001.

KAMEDA, K.; CORRÊA, M. C.D.V.; CASSIER, M. A incorporação do teste diagnóstico baseado na amplificação de ácidos nucleicos (NAT) para triagem de sangue no SUS: arranjos tecnológicos para a nacionalização do “NAT brasileiro”. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 1-5, 2018.

KELLOGG, J.A. *et al.* Improved PCR detection of *Chlamydia trachomatis* by using an altered method of specimen transport and high-quality endocervical specimens. **J. Clin. Microbiol.**, v. 33, n.10, p. 2765-7, 1995.

KERR, L. **Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 10 cidades brasileiras**. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2009.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc. São Paulo**, v.20, n.4, p.867-874, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf> Acesso em 10 mai. 2019.

LAZARUS, L. *et al.* Occupational stigma as a primary barrier to health care for street-based sex workers in Canada. **Culture, health & sexuality**, v. 14, n. 2, p. 139-50, 2012.

LEAL, A. Práticas sexuais no contexto da conjugalidade: o que implica a intimidade?. In: HEILBORN, M. L. *et al.* (Org.). *Sexualidade, família e ethos religioso*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

LETO, M.G.P. *et al.* Infecção pelo papilomavírus humano: etiopatogenia, biologia molecular e manifestações clínicas. **An Bras Dermatol.**, v. 86, n. 2, p. 306-17, 2011.

LIMA-SILVA, J. ; TAVARES, S.; VIEIRA-BAPTISTA, P.; BEIRES, J. Vaginite inflamatória descamativa. **Acta Obstet Ginecol Port.**, v. 10, n. 4, p. 317-325, 2016.

LOPES, G.; GOODSON, L.; CAVALCANTI, S. **Sexologia e Ginecologia**. Rio de Janeiro: Medsi, 1995.

LURIE, P. et al. Socioeconomic status and risk of HIV-1, syphilis and hepatitis B infection among sex workers in São Paulo State, Brazil. **AIDS**, v.9, supl.1, p.3-17, 1995.

MAGALHÃES, R.L.B. **Infecção pelo vírus da Hepatite B, HIV e cobertura vacinal em profissionais do sexo feminino de Teresina-PI**. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

MALTA, M. *et al.* HIV/AIDS risk among female sex workers who use crack in Southern Brazil. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 830-7, 2008.

McCORMACK, M.W. *et al.* Urethrites in principles and practice of infectious diseases. 4.ed. Nova York: **Churchill Livingstone**, 1995.

MCGINN, Thomas. **Prostitution, sexuality and the law in ancient Rome**. New York: Oxford University Press, 1998, p. 346.

MEDEIROS, M. W.; BRAZ, M. M. **Efeitos da fisioterapia no aprimoramento da vida sexual feminina**. Universidade do Sul de Santa Catarina, Santa Catarina, 2004.

MEDEIROS, M.; BRAZ, M.; BRONGHOLI, K.. **Efeitos da fisioterapia no aprimoramento da vida sexual feminina**. Fisioterapia Brasil, 2004.

MIRANDA-RIBEIRO, P.; SIMÃO, A. B. Demografia em debate. Belo Horizonte (MG): Associação Brasileira em Estudos Populacionais, 2008.

MOLIJN, A. *et al.* Molecular diagnosis of human papillomavirus (HPV) infections. **J Clin Virol.**, p. 43-41, 2005. Supl. 32S.

MOURA, A. D. A.; PINHEIRO, A. K. B.; BARROSO, M. G. T. Realidade vivenciada e atividades educativas com prostitutas: Subsídios para a prática de enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 602-08, 2009.

MOURA, A. D. A. *et al.* O comportamento de prostitutas em tempos de AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis: como estão se prevenindo? **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v.19, n.3, p. 545-53, 2010.

NASIOUDIS, D. et al. Bacterial vaginosis: a critical analysis of current knowledge. **BJOG.**, v.124, n. 1, p. 61-69, 2017.

NERI, E. A. R.; MOURA, M. S. S.; PENHA, J.C.; REIS, T. G. O.; AQUINO, P.S.; PINHEIRO, A.K.B. Conhecimento, atitude e prática sobre o exame papanicolaou

de prostitutas. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**, v. 22, n. 3, p. 731-8, 2013.

NUGENT, R. P.; KROHN, M. A.; HILLIER, S. L. Reability of diagnosing bacterial vaginosis is improved by a standardized method of gram stain interpretation. **J Clin Microbiol**, v. 297, p. 301-29, 1991.

O'DONNELL, P. *et al.* Exploring levers and barriers to accessing primary care for marginalised groups and identifying their priorities for primary care provision: a participatory learning and action research study. **International Journal for Equity in Health**, v. 15, n. 197, 2016.

OHL, L. Essentials of Female Sexual Dysfunction from a Sex Therapy Perspective: Sexual Desire Disorders. **Urologic Nursing**, v. 27, n. 1, p. 57-63, 2007.

OMS. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Orientaciones mundiales sobre los criterios y procesos para la validación de la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis**. Ginebra: OMS, 2015.

PABLO, C.; SOARES, C. As disfunções sexuais femininas. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, v. 20, p. 357-370, 2004.

PAIVA, L. L.; ARAÚJO, J. L.; NASCIMENTO, E. G. C.; ALCHIERI, J. C. A vivência das profissionais do sexo. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 467-476, jul/set 2013. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2013.v37n98/467-476> Acesso em 10 jun. 2019.

PASCOM, A. R. P.; SZWARCOWALD, C. L.; BARBOSA JÚNIOR, A. Sampling studies to estimate the HIV prevalence rate in female commercial sex workers. **Braz J Infect Dis**, Salvador, v. 14, n. 4, p. 385-397, 2010.

PASSOS, A. D.C. *et al.* Hepatitis B among female sex workers in Ribeirão Preto-São Paulo, Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, n.4, 2007.

PASSOS, A. D. C.; FIGUEIREDO, J. F. C. Doenças sexualmente transmissíveis entre prostitutas e travestis de Ribeirão Preto (SP), Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 16, n. 2, p. 95-101, 2004.

PEDROSA, F.; CASTRO, C. Juventudes Homossexuais e Sexualidades: comportamentos e práticas. Fundação Shorer, 2009.

PENHA, J.C. *et al.* Fatores de risco para doenças sexualmente transmissíveis em profissionais do sexo do interior piauiense. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 36, n. 2, p. 63-9, jun. 2015.

PENNA, G. O.; HAJJAR, L. A.; BRAZ, T.M. Gonorréia. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 33, p.451-464, set/out. 2000.

PINTO, T. S. "**História da prostituição medieval**". Brasil Escola. 2019. Disponível em <https://brasilecola.uol.com.br/historiag/historia-prostituicao-medieval.htm>. Acesso em 01 de janeiro de 2019.

POGETTO, M. R. B.; SILVA, M. G.; PARADA, C. M. G. L. Prevalência de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres profissionais do sexo, em um município do interior paulista, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 493-499, 2011.

Projeto Sexualidade (ProSex). São Paulo: Universidade de São Paulo; 1993.

QUEIROZ, N. Breve história da prostituição: da puta sagrada à devassa pecadora. **Blog AZminas**. 20 de março de 2017. Disponível: <https://azmina.com.br/reportagens/breve-historia-da-prostituicao-da-puta-sagrada-a-devassa-pecadora/>. Acesso em 26 dez. 2018.

QUINN, T.C. *et al.* Epidemiologic and microbiologic correlates of Chlamydia trachomatis infection in sexual partnerships. **Jama**, v. 276, n. 21, p.1737-42, 1996.

RAGO, M. **Os prazeres da noite: prostituição e códigos da sexualidade feminina em São Paulo, 1890-1930**. – São Paulo: Paz e Terra. 2ª edição. 2008.

RAMINELLI, R. **Eva Tupinambá**. In HISTÓRIA DAS MULHERES NO BRASIL. Mary Del Priore (org.). 9ª ed. São Paulo: Contexto, 2008.

RAVEL, R. **Parasitologia Médica**. In: Ravel, R. Laboratório Clínico aplicações Clínicas dos Dados Laboratoriais. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

REHM, J.; TAYLOR, B.; ROOM, R. Global burden of disease from alcohol, illicit drugs and tobacco. **Drug Alcohol Rev.**, v. 25, n. 6, p. 503-13, 2006.

REKART, M.L. Sex-work harm reduction. **Lancet**, v. 366, n. 9503, p. 2123- 34, 2005.

RIBEIRO, B.; MAGALHÃES, A. T. ; MOTA, I. Disfunção sexual feminina em idade reprodutiva – prevalência e fatores associados. **Rev Port Med Geral Fam**, v. 29, p. 16-24, 2013.

RISSIO, I. P. S. **A prostituição no Brasil: trabalho, silêncio e marginalização**. Monografia(Curso de Graduação em Direito)- Faculdade de Direito, Universidade Federal do Paraná, Curitiba. 2011.

ROBERTS, N. **As prostitutas na história**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1998.

RODRIGUES, M.T. A prostituição no Brasil contemporâneo: um trabalho como outro qualquer? **Rev. Katálisis**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 68-76, jan./jun. 2009.

SABIDÓ, M. *et al.* “The UALE Project: Decline in the Incidence of HIV and Sexually Transmitted Infections and Increase in the Use of Condoms among Sex Workers in Guatemala.” **JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 51, p. 35-41, 2009. Suppl. 1.

SAMYN, H. M. Mulheres honradas, mulheres infames. 2006. **Revista Carcasse**. Disponível em: <http://www.carcasse.com/revista/anfiguri/bellocq/index.php>.

SANCHEZ, Z. V. D. M.; NAPPO, S. A. Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. **Revista Saúde Pública**, v.36, p. 420-30, 2002.

SANTOS, C. *et al.* Detection of *Clamydia tracomatis* in endocervical smears of sexually active women in Manaus- AM, Brasil, by PCR. **Braz. J. Infect. Dis.**, v.7, n. 2, p. 91-95, 2003.

SANTOS, N. **Videoconferência “Mulheres Profissionais do Sexo e Prevenção das DST/Aids”** – Em 2012. Disponível em: <http://www.escolasdegoverno.sp.gov.br/videoconferencias/videoteca/viewvideo/1155/vc-qmulheres-profissionais-do-sexo-e-prevencao-das-IST--aids-22062012>
Acesso em 10 nov. 2019.

SALMERON, N.A.; PESSOA, T.A. Sex workers: socioepidemiologic profile and measurements of harm reduction. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, n. 4, p. 549- 54, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000400011>
Acesso em 20 nov. 2019.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Diretrizes para implementação da rede de cuidados em IST/HIV/AIDS – Manual de Prevenção. CRT – DST/AIDS. CCD. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2017.

SCHACHTER, J.; STAMM, W.E. **Chlamydia**. In: Manual of clinical microbiology. 7.ed. Washington, D.C.: ASM Press, 1999, p. 795-806.

SCHETTINI, C. **“Que tenhas teu corpo”**: uma história social da prostituição no Rio de Janeiro das primeiras décadas republicanas”. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2006, p. 43-50.

SEADI, C.F. *et al.* Diagnóstico laboratorial da infecção pela *Chlamydia trachomatis*: vantagens e desvantagens das técnicas. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, p. 125-133, 2002.

SHIFREN, J. L. *et al.* Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. **Obstet Gynecol**, v. 112, n. 5, p. 970-8, nov, 2008.

SHOKROLLAHI, P.; MIRMOHAMADI, M.; MEHRABI, F.; BABAEI, G. Prevalence of sexual dysfunction in women seeking services at family planning centers in Theran. **J Sex Marital Ther.**, v. 25, p. 211-5, 1999.

SILVA, N.A. Prostituição: a legalização da profissão e a possibilidade do reconhecimento do contrato de trabalho. **Revista Educação Pública CECIERJ**.

2008. Disponível em:
<http://www.educacaopublica.rj.gov.br/biblioteca/direito/0003.html>. Acesso em 10 dez. 2018.

SIMON; C. P.; SILVA, R. C. da; PAIVA, V. Prostituição juvenil feminina e a preservação da Aids em Ribeirão Preto, SP. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 82-87, ago. 2002. Supl. 1.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA CLÍNICA. SBPC. **Recomendações da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial para coleta de sangue venoso**. – 2. ed. Barueri, SP : Minha Editora, 2010.

SOUSA, R. M. R. B.; FROTA, M. M. A.; CASTRO, C.; KENDALL, B. C.; KERR, L. R. F. S. Percepções de mulheres profissionais do sexo sobre acesso do teste HIV: incentivos e Barreiras. **SAÚDE DEBATE**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 513-525, ABR-JUN 2017. Disponível em:
<https://www.scielo.org/pdf/ress/2015.v24n3/531-540/pt> Acesso em 10 mai. 2019.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: . Acesso em: 20 mar. 2019.

STERLING, J.C. **Viral infections**. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiyths C, ed. *Textbook of Dermatology*. 7 ed. Oxford: Blackwell Science, 2004.

SWAIN, T. N. Banalizar e naturalizar a prostituição: violência social e histórica. **Unimontes Virtual**, Montes Claros, v.6, n.2, p. 23-29, jul./dez. 2004.

SZWARCWALD, C.L. *et al.* "HIV Testing during Pregnancy: Use of Secondary Data to Estimate 2006 Test Coverage and Prevalence in Brazil". **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, vol. 12, n. 3, p. 167-172, 2008.

SZWARCWALD, C.L. **Taxas de prevalência de HIV e sífilis e conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis no grupo das mulheres profissionais do sexo, no Brasil**. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2009.

TODD, C. S. *et al.* Contraceptive Utilization and Pregnancy Termination Among Female Sex Workers in Afghanistan. **Journal of women's health**, v.19, n.11, 2010.

THIRY-CHERQUES, H. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing**, Opinião e Mídia, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 20-27, 2009.

TUCKMANTEL, M. M. **Educação sexual: mas, qual? Diretrizes para a formação de professores na perspectiva emancipatória**. 2009. Tese (Doutorado em Educação). Faculdade de Educação de Campinas, 2009. Estadual de Campinas, São Paulo, 2009.

UNAIDS.V Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. **Unaid Report on the global Aids Epidemic**. 2012. Disponível em http://www.unaids.org.br/documentos/UNAIDS_GR2012_em.pdf. Acesso em 10 set. 2018.

UNAIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS BRASIL). Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. 2015. Disponível em: <http://unaids.org.br>. Acesso em: 10 mai. 2019.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Revista Temáticas**, Campinas, nº 44, p. 203-220, ago/dez. 2014. Disponível em <https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/tematicas/issue/view/118/showToc> Acesso em 01 dez. 2018.

VITIELLO, N. **Sexualidade: quem educa o educador. Um manual para jovens, pais e educadores**. São Paulo: Iglu, 1997.

WANG, S.; KUO, C.; GRAYSTON, J. T. A simplified method of immunological typing of trachoma-inclusion conjunctivitis-lymphogranuloma venereum organisms. **Infect. Immun.**, v.7, n. 3, p.356-60, 1973.

WANG, K.; YAN, H.; LIU, Y.; LENG, Z.; WANG, B.; ZHAO, J. Increasing prevalence of HIV and syphilis but decreasing rate of self-reported unprotected anal intercourse among men who had sex with men in Harbin, China: results of five consecutive surveys from 2006 to 2010. **Int J Epidemiol.**, v. 41, n. 2, p. 423-32, 2012.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Reproductive Health and Research. **Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006 - 2015**. Breaking the chain of transmission. Washington; 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations key populaions**. 2014. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/images/stories/Documentos2/eng%20guias%20pop%20vul%20who-1.pdf?ua=1>. Acesso em: 10 jan. 2019.

ZHU, B.Y. *et al.* Epidemiology of Sexually Transmitted Infections, HIV, and Related High-Risk Behaviors among Female Sex Workers in Guangxi Autonomous Region, China. **Jpn. J. Infect. Dis**, n.65,p.75-78, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE 1.

QUESTIONÁRIO 1- Sobre os aspectos sociodemográficos, culturais, comportamentais e antecedentes: obstétricos, ginecológicos e patológicos

Dados Gerais

- a. Idade _____(anos)
- b. Nível de escolaridade _____
- c. Estado civil:
() casada () solteira () união estável () divorciada/separada () viúva
- d. Identidade de gênero () heterossexual () homossexual () bissexuais () transgêneros
- e. Há quanto tempo está na atividade? _____
- f. Exerce outra profissão?
() sim Qual? _____ () não
- g. Número de pessoas residentes no domicílio _____
- h. Religião: _____
- i. Os familiares sabem do exercício da atividade?

()sim () não

j. Como é o relacionamento familiar?

1. Situação da moradia:

a. material da construção: ()tijolo/adobe ()Taipa revestida

()taipa não revestida ()madeira ()material aproveitado

() Outro especificar _____

b. Número de cômodos _____

c. Energia elétrica: ()sim ()não

d. Destino do lixo:

()Coletado ()queimado/enterrado ()céu aberto

e. Tratamento da água no domicílio

() filtrada ()fervida ()clorada ()sem tratamento

f. Abastecimento de água

()rede pública ()poço/nascente ()outros

g. Destino de fezes e urina

()sistema de esgoto/rede geral ()fossa ()céu aberto

3.Aspectos gerais

a. Possui plano de saúde? ()sim ()não

b. Em caso de doença procura:

()hospital ()unidade de saúde ()benzedeira ()farmácia ()outro ()nenhum

c. Participa de grupo comunitário?

()sim qual? _____ ()não

d. Renda familiar: _____

e. Recebe algum auxílio governamental? ()sim ()não

f. É beneficiária do Bolsa Família? ()sim ()não

g. Participa de atividades de lazer? Qual(is)?

h. Tem telefone celular? ()sim ()não

i. Possui acesso à internet? ()sim ()não

j. Participa de alguma rede social? () sim Qual?(is) _____

() não

k. Como entra em contato com os clientes?

l. Como os clientes entram em contato com você?

m. Quais o(s) motivo(s) que a levou entrar na profissão?

2. Antecedentes obstétricos:

a. Paridade (número de):

() parto cesárea () parto normal () aborto

3. Vacinação:

a. contra hepatite B: () sim () não () não sabe

b. rubéola: () sim () não () não sabe

4. Antecedentes ginecológicos:

a. Método contraceptivo: () não usa () usa

b. Nome do método usado: _____

c. Menarca _____ anos

d. Coitarca _____ anos

e. Alteração da libido (desejo sexual)? () sim () não

f. Dispaurenia (dor ou desconforto durante a relação sexual)? () sim () não

g. Alteração de orgasmo ? () sim () não

h. Ausência de orgasmo (anorgasmia) ? () sim () não

i. Ritmo da atividade sexual e/ou desejo sexual dissonante. () sim () não

j. Apresenta corrimento vaginal? () sim () não

- k. Tem prurido genital? () sim () não
- l. Apresenta verruga(s) genital(is)? () sim () não
- m. Qual o número de parceiros? _____
- n. Histórico de Doenças Sexualmente Transmissíveis:
 (_____)sim,
 qual(is)? _____

 () não
- o. Ano da última coleta de citologia oncótica _____
 Resultado _____

- p. Sangramento após relação sexual () sim () não

5. Fatores comportamentais:

- a. Quantos programas realiza por semana? _____
- b. Sexo oral: () sim () não
- c. Com camisinha? () sim () não
- d. Sexo anal () sim () não
- e. Ducha vaginal () sim () não
- f. Tampão vaginal () sim () não
- g. Preservativo no trabalho () sim () não
- h. Preservativo com parceiro fixo () sim () não
- i. Número de parceiros na última semana () até cinco () mais de cinco
- j. Episódio de violência sexual () sim () não

6. Antecedentes patológicos

- a. Fuma () sim, número de cigarros por dia _____ () não
- b. Uso atual de drogas ilícitas () sim () não
 Tipo de droga usada () maconha () cocaína () crack () outras
- c. Ingestão de álcool () sim () não
- d. Hipertensão arterial
- e. Diabetes mellitus ()

f. HIV/AIDS ()

g. Outras. Quais?

7. Já realizou exames para detecção de Doenças Sexualmente Transmissíveis? Onde e quando realizou? () não ()sim
 local:_____Data_____

() Obrigada por sua participação!

APÊNDICE 2.

QUESTIONÁRIO 2- Representações sociais das Mulheres Profissionais do Sexo sobre os serviços de saúde.

1. Com que frequência você procura atendimento nas Unidades Básicas de Saúde?

() Nunca () Às vezes () Sempre. Quais os motivos da você não procurar a UBS?

2. Se sente acolhida na assistência à saúde para falar sobre sua profissão? Comente.

3. Como você avalia o atendimento recebido por você nas UBS?

4. No que o atendimento nas UBS precisa melhorar?

5. Como você sugere que deva ser o atendimento nas UBS?

6. Que serviços deveriam oferecer às profissionais do sexo?

Obrigada por sua participação!

APÊNDICE 3.

Formulário 1- Registro de resultados de sorologias para Clamídia, Citologia oncológica, Testes rápidos.

Exame	Data da Realização	Resultado	
Hepatite B			
Hepatite C			
HIV			
Sífilis			
VDRL			
Sorologia para Clamídia		IgG	IgM
Citologia oncológica			

--	--	--

APÊNDICE 4.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Você está sendo convidada a participar da pesquisa denominada “CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA E SOCIOCULTURAL DE MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO EM MUNICÍPIO DA REGIÃO SUL DO PIAUÍ”.

A presente pesquisa tem como objetivo principal traçar perfil diagnóstico da saúde das mulheres profissionais do sexo no que tange as Infecções Sexualmente Transmissíveis no município de Cristino Castro-PI.

Nela, utilizar-se-ão os dados e informações prestados por você, participante ativo nesse processo, relatando sua experiência e percepção sobre a realidade em estudo. Seu nome ou qualquer outro dado que fora cedido será confidencial e será evitada qualquer identificação, sendo mantida sua identidade em sigilo. Você também poderá se recusar a participar do estudo a qualquer

momento, podendo sair da pesquisa e todo novo dado que a pesquisa produzir será de seu conhecimento. Além disso, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa HU-UFPI para esclarecer dúvidas sobre aspectos éticos da pesquisa, através do endereço: UFPI Campus Universitário Ministro Petrônio Portella,SG 07, s/n - Ininga, CEP: 64.049-550 - Teresina – PI, e-mail: comitedeeticadohupi@gmail.com Telefone: (86) 3228-5244.

Como benefício desse estudo, pode-se destacar que o mesmo constituirá uma fonte de informação e pesquisa na área de saúde da mulher, além de podermos detectar as patologias e garantir encaminhamento para tratamento adequado caso venha apresentá-las. E servir como base para instituição de futuras políticas públicas voltadas ao atendimento das mulheres profissionais do sexo em Cristino Castro-PI.

Os pesquisadores responsáveis pelo presente estudo serão o Prof. Dra. Marta Alves Rosal e Kelsen Dantas Eulálio (orientadores) e Sara da Silva Siqueira Fonseca, aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Mulher da Universidade Federal do Piauí-UFPI; sendo possível manter contato com os mesmos através do email: ss.siqueira@hotmail.com e telefone: (89) 98137-2031 e através do Comitê de Ética em Pesquisa HU-UFPI UFPI Campus Universitário Ministro Petrônio Portella,SG 07, s/n - Ininga, CEP: 64.049-550 - Teresina – PI, e-mail: comitedeeticadohupi@gmail.com Telefone: (86) 3228-5244

A pesquisa possui como riscos: sensação dolorosa, dor, formação de hematoma, lesão nervosa, desenvolvimento de processo infeccioso local. Riscos estes que serão minimizados de acordo as regras de boas práticas preconizadas pela Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial (2010). e é isenta de custos para os participantes, não implicando também em remuneração para o participante.

Nesse _____ sentido, eu, _____, RG: _____, brasileiro(a), idade: _____, estado civil: _____, profissão: _____, _____, endereço _____

_____, tendo sido orientado(a) quanto aos riscos e benefícios aqui mencionados e compreendido o objeto de deste estudo, manifesto meu livre consentimento em participar desta pesquisa, devidamente esclarecido sobre as pesquisa, e assino o presente documento (TCLE) em 02 (duas) vias, sendo uma delas do participante e a outra do pesquisador.

Teresina - PI, 21 de abril de 2018.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE 5.

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- TALE

Título do Projeto: “CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA E SOCIOCULTURAL DE MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO EM MUNICÍPIO DA REGIÃO SUL DO PIAUÍ”.

Pesquisadores Responsáveis: Prof. Dra. Marta Alves Rosal e Kelsen Dantas Eulálio (orientadores) e Sara da Silva Siqueira Fonseca, aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Mulher da Universidade Federal do Piauí-UFPI.

Local da Pesquisa: município de Cristino Castro-PI.

Endereço: Unidades Básicas de Saúde, casas de prostituição e nos endereços previamente combinados com as participantes para entrevista.

O que significa assentimento? Assentimento significa CONCORDAR; assim se você, menor de idade, deseja fazer parte desta pesquisa, precisa ler este Termo de Assentimento e assinar sua concordância em participar do estudo. Você terá seus direitos respeitados e receberá todas as informações sobre o estudo, por mais simples que possam parecer. Pode ser que este documento denominado TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO contenha palavras que você não entenda. Por favor, peça ao responsável pela pesquisa ou à equipe do estudo para explicar qualquer palavra ou informação que você não entenda claramente. Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa, com o objetivo de traçar perfil diagnóstico da saúde das mulheres profissionais do sexo no que tange as Infecções Sexualmente Transmissíveis no município de Cristino Castro-PI.

Esta pesquisa é importante porque saberemos quais doenças acometem as mulheres profissionais do sexo. Os benefícios da pesquisa são realizar os exames de investigação para Infecções Sexualmente Transmissíveis e receber tratamento adequado caso apresente alguma doença detectada.

O estudo será desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde, nas casas de prostituição e nos endereços previamente combinados com as participantes para entrevista.

Para o estudo serão realizadas entrevistas e serão coletadas amostras de sangue das polpas digitais para os Testes Rápidos de para o diagnóstico das hepatites B e C, sífilis e HIV. E, sangue venoso para os exames de detecção de sífilis (VDRL) e *Clamídia tracomatis*. Além de exame de citologia Papanicolau para investigação de *Trichomonas vaginalis*(TV), *Neisseria gonorrhoeae*(NG) e papilomavírus humano (HPV). O material obtido será encaminhado para o Laboratório Central do Estado-LACEN e para o laboratório credenciado pela Secretaria Municipal de Saúde de Cristino Castro-PI.

Os materiais biológicos obtidos serão descartados pelos laboratórios que os receberão. As amostras dos Testes Rápidos serão descartadas em depósito próprio e encaminhado para incineração conforme rotina do serviço de saúde. Os questionários de entrevistas e os dados obtidos ao final da pesquisa serão

arquivados sob a responsabilidade de Marta Alves Rosal do Mestrado em Saúde da Mulher-UFPI.

O que devo fazer se eu concordar voluntariamente em participar da pesquisa? Caso você aceite participar, será necessário responder a duas entrevistas que serão agendadas em local e horário previamente combinados com você. Realizar exame de citologia (Papanicolau), os Testes Rápidos e a coleta de sangue venoso na Unidade Básica de Saúde.

A pesquisa oferece riscos para sensação dolorosa, dor, formação de hematoma, lesão nervosa, desenvolvimento de processo infeccioso local. Que serão minimizados já que a coleta será realizada por profissional capacitado e que seguirá as regras de boas práticas preconizadas pela Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial (2010). E como benefícios a mesma oferece a detecção das patologias investigadas e garantia de encaminhamento para tratamento das mesmas.

A sua participação é voluntária. Caso você opte por não participar não terá nenhum prejuízo.

Se você ou os responsáveis por você tiverem dúvidas com relação ao estudo ou aos riscos relacionados a ele, você deve contatar o pesquisador principal ou membro de sua equipe: Prof. Dra. Marta Alves Rosal e Kelsen Dantas Eulálio (orientadores) e Sara da Silva Siqueira Fonseca, aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Mulher da Universidade Federal do Piauí-UFPI, pelo telefone (89) 981372031 ou (89) 35631697 ou no endereço Rua Raimundo Sobrinho, 1223-Mutirão CEP 64920-000 Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí-HU-UFPI Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, SG 07, s/n - Ininga, CEP: 64.049-550 - Teresina - PI, e-mail: comitedeeticadohupi@gmail.com Telefone: (86) 3228-5244.

DECLARAÇÃO DE ASSENTIMENTO DO PARTICIPANTE

Eu li e discuti com o pesquisador responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou

recusar e que posso interromper a minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito. Eu entendi a informação apresentada neste TERMO DE ASSENTIMENTO. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas. Eu receberei uma cópia assinada e datada deste documento.

Cristino Castro-PI, ____ de _____ de 2018.

Assinatura do Adolescente

Assinatura do responsável pela adolescente

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE 6.

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS-TCUD

Eu (Nós), Prof. Dra. Marta Alves Rosal e Kelsen Dantas Eulálio (orientadores) e Sara da Silva Siqueira Fonseca, aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Mulher da Universidade Federal do Piauí-UFPI, abaixo assinado, Pesquisadores envolvidos no Projeto de Título: “CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA E SOCIOCULTURAL DE MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO EM MUNICÍPIO DA REGIÃO SUL DO PIAUÍ, nos comprometemos a manter a fidelidade sobre dados coletados nas pesquisa com as mulheres profissionais do sexo, bem como a privacidade de seus conteúdos como preconizam os Documentos Internacionais e a Resolução CNS nº 466/12 do Ministério da Saúde .

Declaramos entender que nossa responsabilidade cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos incluídos que terão suas informações pesquisadas.

Por fim, comprometemo-nos com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para o cumprimento dos objetivos previstos aqui referidos.

Assinatura do Pesquisador Responsável:

Assinatura dos Demais Pesquisadores:

Teresina - PI, 18 de maio de 2018.

ANEXOS

ANEXO A

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CRISTINO CASTRO-PI

CNPJ 00.922.402/0001-43

ANEXO 4. TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

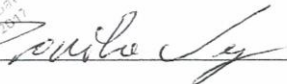
Eu, Danilo Vaz de Sousa, Secretário Municipal de Saúde de Cristino Castro-PI. RG Nº 2078283 CPF Nº 657669703-15 AUTORIZO os Prof. Dra Marta Rosal e Dr Kelsen Dantas Eulálio, orientadores do projeto, e Sara da Silva Siqueira Fonseca, institucional orientanda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher da Universidade Federal do Piauí- matrícula nº 20171002411, a realizarem as coletas sangue de polpa digital para exames de diagnóstico das hepatites B e C, sífilis e HIV. E, sangue venoso para os exames de detecção de sífilis (VDRL) e *Chlamidia tracomatis*. Além de exame de citologia Papanicolau para investigação de *Trichomonas vaginalis* (TV), *Neisseria gonorrhoeae* (NG) e papilomavirus humano (HPV). Realização de entrevistas com as Mulheres Profissionais do Sexo e pesquisa em prontuários nas Unidades Básicas de Saúde para a realização do Projeto de Pesquisa intitulado “PREVALÊNCIA DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMÍSSIVEIS EM MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO EM MUNICÍPIO DA REGIÃO SUL DO PIAUÍ, que tem por objetivo primário traçar perfil diagnóstico da saúde das mulheres profissionais do sexo no que tange as Infecções Sexualmente Transmissíveis no município de Cristino Castro-PI.

Os pesquisadores acima qualificados se comprometem a:

- 1- Iniciarem a coleta de dados somente após o Projeto de Pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.
- 2- Obedecerem às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.

- 3- Assegurem a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantem que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS Nº 510/2016 e 466/2012, e obedecendo as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

Cristino Castro-PI, LI de MAIO de 2018.


Danilo Vaz de Sousa

Secretário Municipal de Saúde de Cristino Castro-PI

ANEXO B.

PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM MULHERES
PROFISSIONAIS DO SEXO EM MUNICÍPIO DA REGIÃO SUL DO PIAUÍ

Pesquisador: SARA DA SILVA SIQUEIRA FONSECA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 91278918.8.0000.5214

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.817.544

Apresentação do Projeto:

O protocolo de pesquisa é sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) que são afecções causadas por mais de 30 agentes etiológicos sendo transmitidas, principalmente, por contato sexual e, de forma eventual, por via sanguínea. Todas as pessoas podem ser fontes de infecção, mas o cuidado com as profissionais do sexo deve ser maior, devido aos hábitos decorrentes da profissão. O presente estudo objetiva traçar o perfil diagnóstico das Infecções Sexualmente Transmissíveis que acometem as profissionais do sexo do município de Cristino Castro-PI e identificar os entraves que dificultam o acesso das mesmas às Unidades Básicas de Saúde. A pesquisadora responsável descreve que as Mulheres Profissionais do Sexo (MPS) apresentam característica singular de manterem grande número de coitos por dia, acrescida do risco decorrente do uso de substâncias químicas locais e de eventuais micro traumatismos vaginais, com provável perturbação do ecossistema vaginal. Para a coleta de dados será utilizado a entrevista semi-estruturada e o exame ginecológico (citopatológico). Além disso, serão realizadas buscas de dados nos prontuários das mulheres que já realizam consulta nas Unidades Básicas de Saúde. Após a fase de entrevista duas enfermeiras realizarão a coleta de amostra sanguínea de polpa digital para os Testes Rápidos (TR) que podem ser usados para pesquisar antígenos ou anticorpos contra os agentes infecciosos.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 2.817.544

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Traçar perfil diagnóstico da saúde das mulheres profissionais do sexo no que tange as Infecções Sexualmente Transmissíveis no município de Cristino Castro-PI.

Objetivo Secundário:

- Identificar os entraves ao acesso das mulheres profissionais do sexo à assistência à saúde;-Analisar os antecedentes patológicos, ginecológicos e obstétricos da população em estudo;-Analisar os perfis socioeconômicos, demográficos e culturais das MPS;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

sensação dolorosa, dor, formação de hematoma, lesão nervosa, desenvolvimento de processo infeccioso local. Riscos estes que serão minimizados de acordo as regras de boas práticas preconizadas pela Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial (2010).

Benefícios:

detecção das patologias investigadas e garantia de encaminhamento para tratamento das mesmas e benefícios indiretos de poder subsidiar políticas públicas voltadas à população de MPS

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante na temática saúde da mulher sobre as Infecções sexualmente transmissíveis.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão anexados no protocolo de pesquisa. A pesquisadora responsável descreveu de forma objetiva os riscos para o participante e como serão contornados (pendência anterior).

Recomendações:

Sem recomendação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa encontra-se de acordo com a Resolução 466/2012, apto para ser desenvolvido tem parecer de aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 2.817.544

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1139516.pdf	08/08/2018 08:09:16		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_pesq.pdf	08/08/2018 08:08:50	SARA DA SILVA SIQUEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificadoficialparecersubstancia do2imprimir.pdf	03/08/2018 09:01:43	SARA DA SILVA SIQUEIRA FONSECA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_modificado.pdf	13/07/2018 07:40:33	SARA DA SILVA SIQUEIRA FONSECA	Aceito
Outros	carta_oficial.pdf	05/06/2018 09:36:10	SARA DA SILVA SIQUEIRA	Aceito
Outros	Confidencialidade_oficial.pdf	05/06/2018 09:35:22	SARA DA SILVA SIQUEIRA	Aceito
Outros	instrumento_modificado.doc	05/06/2018 09:32:56	SARA DA SILVA SIQUEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_Sara.doc	22/05/2018 12:10:52	SARA DA SILVA SIQUEIRA FONSECA	Aceito
Outros	curriculo_Sara.doc	22/05/2018 11:58:43	SARA DA SILVA SIQUEIRA	Aceito
Outros	TCUD.pdf	22/05/2018 11:53:28	SARA DA SILVA SIQUEIRA	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	22/05/2018 11:49:29	SARA DA SILVA SIQUEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	instituicao.pdf	22/05/2018 11:48:03	SARA DA SILVA SIQUEIRA FONSECA	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	22/05/2018 11:40:48	SARA DA SILVA SIQUEIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	22/05/2018 11:38:43	SARA DA SILVA SIQUEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br