



Universidade Nova de Lisboa
Escola Nacional de Saúde Pública



XIV Curso de Mestrado em Saúde Pública

TESE DE MESTRADO

DENTRO DE PORTAS

**Trabalhadores do sexo em contexto de interior:
utilização e acesso a serviços de saúde
na área da infeção VIH/Sida**

Orientadoras:

Prof.^a Doutora Carla Nunes

Prof.^a Doutora Sónia Dias

Discente:

Ana Catarina Barroso da Silva

Lisboa

Julho de 2013

Dissertação elaborada para a obtenção do grau de
Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de
Saúde Pública de Universidade Nova de Lisboa, ao
abrigo dos Artigos 11º e 16º do Decreto-Lei
n.º 216/92, de 13 de Outubro.

CITAÇÃO

“I am invisible, understand, simply because people refuse to see me.”

Ralph Ellison in *Invisible man*

AGRADECIMENTOS

Ao IHMT, pela disponibilização dos dados colhidos no âmbito do projeto PREVIH que permitiram elaborar este estudo;

À Professora Carla Nunes, pelo apoio constante, pela total disponibilidade e pela infinita paciência ao longo de todo o curso de mestrado e em especial na orientação da tese;

À Professora Sónia Dias, pelo interesse e disponibilidade para me orientar no trabalho destes longos meses e pelas palavras de motivação sempre que necessário;

Ao GAT, pelo constante investimento e dedicação aos grupos mais vulneráveis na área do VIH/Sida mas também pela flexibilidade enquanto entidade empregadora que me permitiu chegar até aqui.

Ao Júlio Esteves, por todo o trabalho que tem desenvolvido junto desta população ao longo dos anos, mas também pela partilha de experiência e por ter estado sempre disponível para me ouvir e esclarecer as minhas dúvidas;

Aos meus colegas de trabalho, pelo constante apoio nos momentos mais complicados, em especial ao Ricardo Fuertes e à Rosa Freitas;

À minha colega de mestrado Maria Pêgo, porque nada teria sido igual sem ela;

Aos meus amigos de sempre (e para sempre), pelo apoio e amizade e pela compreensão da minha ausência ao longo destes meses, com especial destaque para a Jô, a Lú, a Inês, a Ana, a Laetitia e o Néilson.

Ao Daniel, que aceitou torna-se meu marido a meio desta aventura, por tudo aquilo que as palavras não dizem.

RESUMO

O presente estudo pretende contribuir a nível de saúde pública para o planeamento de estratégias orientadas para a prevenção, rastreio e tratamento do VIH/Sida em trabalhadores sexuais em contexto de interior. Esta é uma população de difícil acesso, particularmente vulnerável à infeção por VIH, e associada a fatores de risco que incluem a pobreza, discriminação e desigualdade de género, estigma e exclusão social, condicionando o seu acesso a serviços de saúde. Analisaram-se 272 questionários aplicados no âmbito do estudo PREVIH na área da Grande Lisboa no período entre Agosto de 2011 e Setembro de 2012 a pessoas que fazem trabalho sexual em contexto de interior. Foi realizada uma abordagem analítica permitindo a descrição do fenómeno e a análise da relação entre variáveis sociodemográficas e variáveis sobre o acesso a saúde para informação, prevenção e teste na área do VIH/Sida. Verificou-se que nesta amostra maioritariamente feminina existe elevada presença dos outros dois géneros e os indivíduos são maioritariamente migrantes. O trabalho sexual é uma forma exclusiva de trabalho, sendo exercido a tempo inteiro e em apartamentos. Foram detetados condicionamentos no acesso a serviços de saúde nas populações minoritárias e mais suscetíveis a discriminação, tanto na questão do género como da nacionalidade. Estes resultados apontam para a necessidade de planejar intervenções nesta área que permitam uma abordagem participativa e de proximidade com as populações mais vulneráveis e também a necessidade de dar continuidade à investigação nesta área no sentido de reforçar políticas de saúde pública aplicadas a trabalhadores sexuais.

Palavras-chave: Trabalho sexual; Interior; Utilização de serviços de saúde; Acesso a serviços de saúde; VIH/Sida;

ABSTRACT

This aim of this study is to contribute to public health on the planning of strategies aimed at the prevention, screening and treatment of HIV/AIDS on indoor sex workers. This is a hard to reach population, particularly vulnerable to HIV infection and associated to risk factors that include poverty, discrimination, gender inequality, stigma and social exclusion, determining their access to health services. This study analyzes 272 questionnaires from PREVIH study collected in the Greater Lisbon area in the period between August 2011 and September 2012 to people who perform indoor sex work. An analytic approach was made, allowing the phenomenon description and the analysis on the relation between social demographics variables and variables on access to health information, prevention and testing in the area of HIV / AIDS. It was observed that this sample is mostly female, despite the high presence of the other two genders, and individuals are mostly migrant. Sex work is the only means of income, consisting on a full time job, performed in apartments. Health access conditionings were detected on the minority populations and on those more susceptible to discrimination concerning gender and nationality. These results indicate the need to plan interventions on this area to enable an outreach and participative approach to vulnerable populations and the need to invest on research in this area to strengthen public health policies applied to sex workers.

Keywords: Sex work, Indoor; Use of health services, Access to health services; HIV/Aids;

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE FIGURAS.....	vii
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	viii
ÍNDICE DE TABELAS.....	ix
SIGLAS UTILIZADAS.....	xi
1. INTRODUÇÃO E PERTINÊNCIA DO TEMA EM SAÚDE PÚBLICA.....	1
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	6
2.1 TRABALHO SEXUAL.....	6
2.1.1 Conceito de trabalho sexual.....	6
2.1.2 As múltiplas perspetivas.....	7
2.1.3 Tipos de trabalho sexual.....	10
2.1.4 O trabalho sexual em contexto de interior.....	13
2.1.5 O trabalho sexual em Portugal.....	19
2.2. O TRABALHO SEXUAL E A INFEÇÃO PELO VIH.....	24
2.2.1 O contexto internacional.....	25
2.2.2 O contexto nacional.....	27
2.3. O ACESSO À SAÚDE E A INFEÇÃO POR VIH/SIDA.....	28
2.3.1 O contexto internacional.....	28
2.3.2 O contexto nacional.....	32
2.4. O PROJETO PREVIH.....	35
3. MATERIAIS E MÉTODOS.....	38
3.1. Finalidade.....	38
3.2. Objetivo geral.....	38
3.3. Objetivos específicos.....	38
3.4. Tipo de estudo.....	39
3.5. População em estudo.....	39
3.6. Critérios de inclusão.....	40
3.7. Fontes de informação.....	40
3.8. Definição e operacionalização de variáveis.....	40
3.9. Tratamento e análise de dados.....	42
3.10. Limitações e vieses.....	43
4. RESULTADOS.....	45
5. DISCUSSÃO.....	68
6. CONCLUSÃO.....	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1

Diferentes enquadramentos legais para o trabalho sexual (Richter et al., 2010). 9

Figura 2

Distribuição, por nacionalidade, das mulheres que fazem trabalho sexual em contexto de interior, na cidade de Londres (Dickson, 2004)..... 15

Figura 3

Proporção de Nacionais face a Migrantes nas sete cidades envolvidas no estudo (Indoors, 2010). 16

Figura 4

Distribuição, por nacionalidade, dos trabalhadores sexuais em contexto de interior, em cada uma das sete cidades envolvidas no estudo (Indoors, 2010). 16

Figura 5

Casos de SIDA: tendências temporais nas 3 principais categorias de transmissão (INSA, 2012)..... 27

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	
Caracterização da amostra por sexo e género (n=268).....	45
Gráfico 2	
Distribuição da frequência de trabalho sexual por género (n=268).....	48
Gráfico 3	
Caracterização do local onde exerce trabalho sexual por género (n=268).	49
Gráfico 4	
Distribuição pela última vez que recorreu ao SNS (n=270).	51
Gráfico 5	
Distribuição pelo local onde recorreu para obter informação sobre o VIH/Sida (n=272).....	52
Gráfico 6	
Distribuição pela fonte a que recorre mais frequentemente para obter informação sobre VIH/Sida (n=271)	52
Gráfico 7	
Distribuição pelo local onde recebeu os preservativos gratuitamente (n=194).	53
Gráfico 8	
Distribuição pelo local onde efetuou o teste (n=227)	54
Gráfico 9	
Classificação do último atendimento no SNS (n=217).....	57
Gráfico 10	
Distribuição dos motivos para nunca ter realizado o teste de deteção do VIH por género (n=35).....	63
Gráfico 11	
Distribuição dos motivos para a realização do teste de deteção do VIH, por género (n=231).....	64

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1	
Tipos de prostituição e características associadas em trabalhadores do sexo femininos (adaptado de Weitzer, 2009).	11
Tabela 2	
Necessidades em saúde por género (adaptado de Indoors, 2010).....	17
Tabela 3	
Operacionalização das variáveis	40
Tabela 4	
Caraterização sociodemográfica da amostra por idade, nacionalidade, país de origem e situação de permanência no país.....	46
Tabela 5	
Caraterização sociodemográfica da amostra por habilitações literárias, situação perante o trabalho e montante total de rendimentos no agregado familiar.	47
Tabela 6	
Distribuição da amostra que diz ter realizado o teste do VIH (n=268).	50
Tabela 7	
Caracterização da amostra por estatuto serológico auto-reportado (n=222).	50
Tabela 8	
Distribuição da participação em campanhas de prevenção nos últimos 12 meses (n=270) e da receção de preservativos gratuitos nos últimos 12 meses (n=271). 53	
Tabela 9	
Distribuição das respostas sobre se alguma vez realizou o teste de deteção do VIH (n=268) e sobre se realizou o mesmo teste nos últimos 12 meses (n=234).....	54
Tabela 10	
Identificação de fatores associados à probabilidade de nunca ter recorrido ao SNS (n=270).....	56

Tabela 11	
Identificação de fatores associados à probabilidade de nunca ter recorrido a um local para obter informações sobre o VIH/Sida (n= 271).	58
Tabela 12	
Identificação de fatores associados à probabilidade de não ter sido abrangido por uma campanha para o VIH/Sida nos últimos 12 meses (n= 270).....	59
Tabela 13	
Identificação de fatores associados à probabilidade de não ter recebido preservativos gratuitamente nos últimos 12 meses (n= 270).	60
Tabela14	
Identificação de fatores associados à probabilidade de não saber que o teste do VIH pode ser gratuito e confidencial (n= 272).	61
Tabela 15	
Identificação de fatores associados à probabilidade de não saber onde recorrer para fazer o teste do VIH (n= 117).....	62
Tabela 16	
Identificação de fatores associados à probabilidade de nunca ter efetuado o teste de deteção do VIH (n= 268).....	63
Tabela 17	
Identificação de fatores associados à probabilidade de não ter efetuado o teste de deteção do VIH nos últimos 12 meses (n= 234).....	65
Tabela 18	
Quadro síntese com os principais resultados.....	66

SIGLAS UTILIZADAS

CAD - Centro de Aconselhamento e Detecção precoce do VIH/Sida

ECDC - European Centre for Disease Prevention and Control

GAT - Grupo Português de Ativistas sobre tratamentos de VIH/Sida

HSH - Homens que têm sexo com Homens

IHMT - Instituto de Higiene e Medicina Tropical

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

ONG – Organizações não governamentais

ONU – Organização das Nações Unidas

OR – Odds Ratio

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

TAMPEP - European Network for HIV/STI Prevention and Health Promotion among Migrant Sex Workers

TS – Trabalhadores sexuais

UNAIDS - Joint United Nations Program on HIV/AIDS

UNGASS – United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

WHO - World Health Organization

1. INTRODUÇÃO E PERTINÊNCIA DO TEMA EM SAÚDE PÚBLICA

Em Abril de 2012, Ban Ki-moon, secretário-geral da Organização das Nações Unidas (ONU), lembrou que na maioria dos países a discriminação relativamente a pessoas que fazem trabalho sexual continua legal, apelando a todos os países que agissem de acordo com os compromissos assumidos. Frisou que em países onde se defendem os direitos humanos existe um maior acesso a serviços de saúde por parte das populações mais vulneráveis, e concluiu que para além da falta de ética que representa a manutenção dessa vulnerabilidade, partindo de uma perspetiva de saúde pública, a mesma não faz qualquer sentido dado afetar todos os grupos populacionais..

Entende-se que uma questão de saúde pública é toda aquela em que o interesse público se sobrepõe ao individual, conduzindo a medidas no sentido de prevenir a doença, prolongar a vida e promover a saúde, controlando infeções, educando as pessoas e contribuindo para a organização dos serviços de saúde.

O trabalhador do sexo é definido como sendo todo e qualquer indivíduo, adulto ou jovem, independentemente do seu género, que recebe dinheiro ou bens em troca de serviços sexuais, independentemente de o fazerem com uma base regular ou de considerarem essa atividade como fonte de rendimento (WHO, 2002).

Esta população está frequentemente associada a fatores de risco estruturais onde se incluem a pobreza, a discriminação e desigualdade de género, bem como aos efeitos da violência física e sexual, do estigma e da exclusão social. Da mesma forma, e tendo em conta as políticas vigentes e legislações aplicáveis, os fatores relacionados com as próprias dinâmicas organizacionais do trabalho sexual, conduzem a um aumento da sua vulnerabilidade ao risco de infeção por VIH. Este contexto restringe drasticamente o acesso deste grupo a serviços preventivos e de tratamento na área do VIH/Sida (Baral *et al.*, 2012) porque como se sabe e já foi estudado, a forma como são utilizados os

serviços de saúde, em âmbito preventivo ou curativo, tem implicações sérias no estado de saúde da população (Gonçalves *et al.*, 2003).

Na maioria dos países, os trabalhadores sexuais são estigmatizados, discriminados, vítimas de violência e de perseguição, sendo muitas vezes vistos como pessoais imorais ou vítimas de exploração. Infelizmente esta atitude é também comum a pessoas que trabalham na área da saúde pública, levando a que esta questão seja muitas vezes esquecida (Wolffers; Beelen, 2003).

No entanto, em países em desenvolvimento, as intervenções com trabalhadores sexuais são das estratégias mais custo-efetivas (Harcourt; Donovan, 2005) e os estudos existentes sobre esta população indicam uma urgente necessidade de investimento em intervenções adequadas às suas necessidades e particularidades, que permitam uma visão não discriminatória.

As variações entre trabalhadores sexuais refletem a diversidade da população geral onde estes se inserem. As diferentes nacionalidades e, conjuntamente, uma multiplicidade de culturas e línguas, desempenham um papel importante na forma como estes se relacionam com os serviços de saúde.

Os trabalhadores sexuais são um dos grupos que, por estarem particularmente vulneráveis à infeção pelo vírus da imunodeficiência humana/ síndrome da imunodeficiência adquirida (VIH/Sida), são considerados prioritários no que diz respeito ao planeamento de estratégias de intervenção nesta área. No entanto, devido ao difícil acesso a estas populações, a informação sobre a prevalência da infeção neste grupo, bem como sobre os fatores que condicionam a sua utilização e acesso a serviços de saúde é praticamente inexistente.

Estima-se que cerca de dois terços dos países de baixo e médio rendimento não tenham uma estimativa do peso da infeção por VIH/Sida nesta população, sendo apresentados como motivos para esta lacuna o estigma social, a criminalização do trabalho sexual em alguns países, bem como a eterna associação com o tráfico de seres humanos, que reduz o financiamento da investigação nesta área e conseqüentemente o potencial interesse de alguns investigadores.

Esta falta de investimento revela-se ainda maior quando se fala de trabalhadores sexuais em contexto de interior, muito devido à invisibilidade desta população. Estima-se no entanto que, proporcionalmente, a sua dimensão seja muito superior à das pessoas que fazem trabalho sexual em contexto de rua. A título de exemplo, no Canadá, estima-se que 80% das pessoas que fazem trabalho sexual o façam em contexto de interior (Bungay *et al.*, 2012)

A dificuldade em aceder a este nicho populacional, bem como o desconhecimento da dimensão do universo em questão, têm sido justificação para este vazio, uma vez que a falta de representatividade ou a validade externa das amostras tem sido fonte de enviesamento (Dias *et al.*, 2009).

A lacuna de dados sobre prevalência da infeção por VIH, bem como sobre aspetos socio-comportamentais no mesmo domínio, relativamente a populações de difícil acesso, levou à criação do projeto PREVIH, tendo como objetivo contribuir para a redução da transmissão da infeção por VIH/Sida em Trabalhadores Sexuais (TS) e em Homens que têm sexo com Homens (HSH). No estudo os seus dados foram recolhidos através de um inquérito por questionário aplicado por inquiridores devidamente treinados e incluiu questões sobre dados sociodemográficos, conhecimentos e atitudes em relação à infeção por VIH/Sida, práticas sexuais, conhecimento do estatuto serológico em relação à infeção por VIH e outras Infeções Sexualmente Transmissíveis (IST), utilização de drogas e comportamentos de risco associados, bem como questões referentes ao acesso a serviços de saúde para informação, prevenção e teste de VIH/Sida.

Este trabalho enquadra-se dentro do referido projeto PREVIH, tendo por base 272 dos questionários aplicados junto de trabalhadores do sexo em contexto de interior na área da Grande Lisboa, tendo a amostra sido alcançada através da técnica não probabilística de bola-de-neve no âmbito de um projeto de intervenção do Grupo Português de Ativistas sobre tratamentos de VIH/Sida (GAT). O estudo propõe-se caracterizar esta amostra e a sua utilização e acesso a serviços de saúde para informação, prevenção e teste de deteção do

VIH, contribuindo para uma estimativa da infeção VIH/Sida na população em estudo;

Com os resultados obtidos pretende-se dar um contributo a nível da saúde pública no planeamento de estratégias orientadas para a prevenção, rastreio e tratamento do VIH/Sida direcionadas para a população em estudo.

O trabalho aqui apresentado foi sistematizado em cinco capítulos que compreendem todo o trabalho de investigação realizado, desde da fase de pesquisa bibliográfica até às conclusões obtidas com o mesmo.

No capítulo 2 apresenta-se uma súpula dos conhecimentos mais relevantes que foram obtidos através da pesquisa bibliográfica referente à investigação que existe sobre a temática, reforçando a sua pertinência de um ponto de vista de saúde pública. Sendo um dos objetivos do estudo a caracterização desta amostra de trabalhadores sexuais em contexto de interior, entendeu-se fundamental dedicar um subcapítulo apenas ao trabalho sexual, definindo o seu âmbito, apresentando as suas características nos diferentes contextos e as múltiplas perspetivas sobre o mesmo. Seguidamente é feita uma caracterização do trabalho sexual na realidade Portuguesa com base nos estudos existentes. Posteriormente são apresentados dados que fazem a ponte entre o trabalho sexual e a infeção por VIH/Sida, bem como para o acesso a serviços de saúde no âmbito desta infeção. Por último é apresentado o projeto PREVIH, no âmbito de qual foram aplicados os questionários que servem de base a este estudo.

No capítulo 3 são discutidas as questões metodológicas, apresentando-se a finalidade do estudo, os objetivos propostos e tipo de estudo a realizar. É também apresentada a população em estudo com os critérios de inclusão no estudo. Seguidamente apresentam-se as fontes de informação e a operacionalização das variáveis e, finaliza-se com a discussão sobre a forma de análise dos dados bem como as limitações e vieses do estudo.

No capítulo 4 apresentam-se os resultados obtidos, distribuídos por cada um dos objetivos propostos. Começa-se por fazer a caracterização

sociodemográfica da população, posteriormente apresenta-se uma estimativa da infeção por VIH com base em informação reportada, e em seguida caracteriza-se a forma com esta amostra acede a serviços de saúde nesta área. Finalmente são estudados os fatores que podem condicionar esse acesso.

No capítulo 5 traz-se à discussão os resultados obtidos, estabelecendo-se uma comparação com os dados existentes na literatura consultada, sendo também apresentadas justificações para os dados mais significativos que foram encontrados na análise dos dados.

Por fim, no capítulo 6, formulam-se as conclusões alcançadas, contribuindo-se com sugestões para investigações futuras junto desta população.

2.ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 TRABALHO SEXUAL

2.1.1 Conceito de trabalho sexual

Sendo o trabalho sexual o objeto de estudo nesta investigação torna-se imperativo definir o seu conceito.

De acordo com o *Joint United Nations Program on HIV/AIDS* (UNAIDS), os trabalhadores do sexo incluem pessoas adultas e jovens, quer sejam femininos, masculinos ou transgéneros, que recebem dinheiro ou bens em troca de serviços sexuais, regularmente ou ocasionalmente, sendo que por “pessoas jovens” se entendem pessoas entre os 18-24 anos. É importante frisar que trabalho sexual é todo aquele onde o sexo é consensual entre adultos, assumindo muitas formas e variando entre e dentro dos países e comunidades, podendo variar no grau em que é mais ou menos *formal* e organizado (WHO, 2012).

O termo *trabalho sexual* tem vindo a ganhar popularidade face ao termo *prostituição* uma vez que as pessoas envolvidas se sentem menos estigmatizadas e referem que a alusão a *trabalho* é a que melhor descreve a sua experiencia (WHO, 2012).

Para Oliveira (2011) trabalho sexual será uma atividade comercial de prestação de serviços em que é desempenhado um comportamento com significado sexual ou erótico para quem compra, presumindo-se que esta troca de serviços é entre adultos e com consentimento.

Os limites do trabalho sexual são extensos, variando desde exibições eróticas, sem contato físico, até comportamentos de elevado risco que envolvem práticas sexuais sem proteção com vários clientes. Ocasionalmente estas pessoas podem receber algum tipo de honorário em troca da prestação de serviços sexuais sem que se revejam como trabalhadores sexuais. Igualmente os motivos que levam alguém a exercer trabalho sexual são variados, sendo que atualmente os motivos económicos se encontram em lugar de destaque, já

que é uma forma de rendimento não só para os próprios como para os seus dependentes, sejam eles familiares, proxenetas, gerentes ou seus subordinados. A prática de trabalho sexual varia assim tanto nas suas formas como no contexto em que ocorre e, do mesmo modo, a sua saúde e segurança pessoal depende do local onde este é exercido (Harcourt; Donovan, 2005).

2.1.2 As múltiplas perspetivas

Segundo Weitzer (2007) a prostituição pode ser encarada segundo três perspetivas: como uma forma de comportamento desviante, como uma forma de opressão de género, ou como uma forma de trabalho.

A primeira, que a vê como uma forma de comportamento desviante, baseia-se na ideia de que a prostituição é imoral, sendo criminalizada na maioria das sociedades. Enquanto atividade criminosa, a prostituição é separada das restantes atividades profissionais, levando à marginalização, estigmatização e maior vulnerabilidade desta população. No entanto, tais consequências são substancialmente reduzidas nos casos em que a prostituição é legal e devidamente regulamentada.

A segunda perspetiva, que vê a prostituição como uma forma de opressão sobre o género feminino, baseia-se na ideia de que esta atividade envolve sempre a dominação masculina, alegando que a exploração, subjugação e a violência estão omnipresentes. Embora não se possa excluir a existência de situações de exploração e violência, os estudos demonstram que a prostituição é muito mais complexa em termos das relações estabelecidas entre trabalhadores, clientes e gerentes.

Durante as últimas duas décadas foi-se sedimentando o paradigma do trabalho sexual, permitindo que o foco passasse a estar dirigido para as dimensões do trabalho, com implicações políticas muito claras, surgindo uma mobilização no sentido da conquista de melhores condições de trabalho (Weitzer, 2007).

Pode dizer-se que atualmente existe uma tensão entre aqueles que apoiam os direitos dos trabalhadores sexuais, tendo em vista uma redução da sua vulnerabilidade face à doença e aqueles que insistem que o trabalho sexual é

uma violação de direitos. Contudo, nos dias de hoje existe um interesse crescente na forma como as questões de direitos humanos e legais relacionadas com o trabalho sexual podem afetar a vulnerabilidade destas pessoas em relação à infeção pelo VIH e a situações de abuso, como sejam o tráfico de seres humanos e a exploração sexual. Os organismos internacionais pediram a sua descriminalização com vista a um acesso mais fácil na prestação de serviços de saúde sexual e reprodutiva (Overs; Hawkins, 2011).

Está amplamente documentado que a criminalização do trabalho sexual limita o acesso destas pessoas a serviços de saúde (Shannon *et al.*, 2009), especialmente nos casos de pessoas migrantes, transgéneras ou utilizadores de drogas, sendo contudo difícil encontrar caminhos que levem a soluções eficazes para a prática de trabalho sexual.

Os trabalhadores sexuais são alvos vulneráveis de discriminação, e habitualmente considerados como responsáveis pela devastação dos valores da família tradicional, da propagação da infeções, do aumento do crime, etc. Esta estigmatização conduz a situações de abuso, violência e criminalização, para além das consequências psicológicas nestas pessoas, com repercussão a nível da sua saúde mental (Rekart, 2005).

Frequentemente os trabalhadores sexuais são vistos como vetores de doenças, como se estabelecessem uma ponte, transportando doenças sexualmente transmissíveis (em especial o VIH) para a população geral. No entanto, vários estudos demonstram que estas pessoas desempenham frequentemente um papel de educadores junto dos clientes e dos seus pares no contexto de trabalho. Aliás, segundo o estudo *Prostituição abrigada em clubes (Zonas fronteiriças do Minho e Trás-os-Montes). Práticas, riscos e saúde* (Ribeiro *et al.*, 2005) as trabalhadoras do sexo que trabalham em contexto de interior, têm comportamentos sexuais ultradefensivos e um conjunto de hábitos motivados por aquele que manifestam ser o seu maior medo: contrair a sida.

A literatura sugere que a maior barreira para as intervenções eficazes junto desta população é precisamente a estigmatização (Scambler; Paoli, 2008)

indicando a urgência da adoção de medidas no sentido de combater a discriminação, a violência e o estigma (Baral *et al.*, 2012). O mesmo se pode dizer em relação a intervenções focadas nas vulnerabilidades a nível sexual e de consumo de drogas ou visando os precursores do início precoce do trabalho sexual (Shannon *et al.*, 2007).

Surgiu recentemente o denominado “modelo nórdico” que defende a criminalização dos clientes do trabalho sexual e que tem estado em vigor na Suécia desde 1999, criminalização essa que se estende também a terceiros que sejam envolvidos na atividade, como é o caso de gerentes, proprietários de bordéis, elementos da segurança, etc. Por outro lado, a venda de trabalho sexual continua a ser legal. Têm sido realizados alguns estudos sobre este modelo e as conclusões apontam no sentido do aumento da repressão, violência e discriminação contra os trabalhadores do sexo. Isso conduz mais uma vez à diminuição do seu acesso a serviços de saúde, bem como de serviços sociais e à habitação, tornando este modelo numa resposta pouco adequada ao trabalho sexual, visto não se coadunar com os princípios dos direitos humanos (NSWP, 2011).

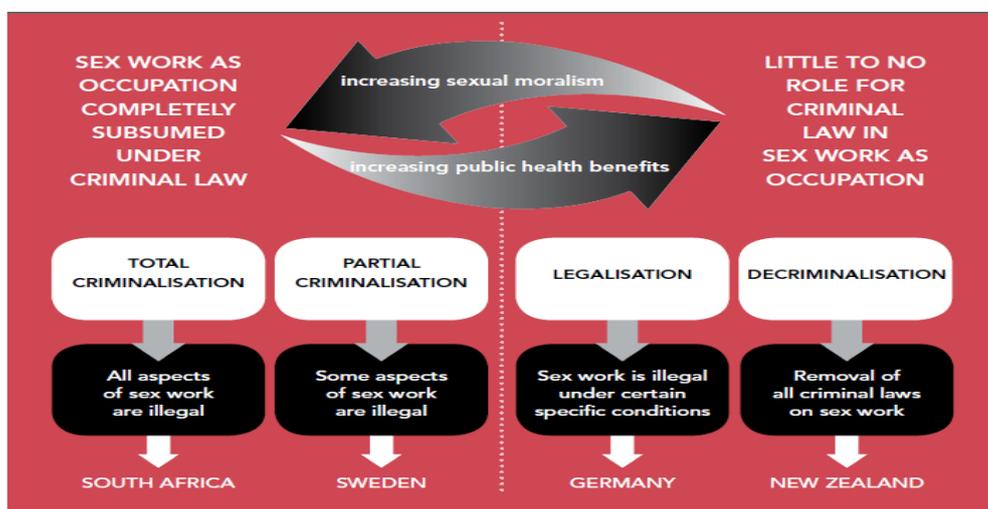


Figura 1 - Diferentes enquadramentos legais para o trabalho sexual (Richter *et al.*, 2010).

De acordo com o modelo proposto (Richter *et al.*, 2010) à medida que aumentam as sanções criminais para o trabalho sexual e a expressão do moralismo, vão diminuindo os benefícios em saúde pública.

2.1.3 Tipos de trabalho sexual

De um modo abrangente pode considerar-se que o trabalho sexual se divide em direto e indireto. Por direto entende-se o trabalho sexual cujo principal objetivo da abordagem será a troca direta de serviços sexuais por algum tipo de honorário. Este trabalho direto terá lugar nas ruas, em bordéis, agências de acompanhantes, em contextos privados (como sejam os apartamentos), em janelas, clubes, bares, saunas, transportes, etc. Considera-se trabalho sexual indireto aquele em que não seja claro que a transação é uma forma de prostituição, representando para a pessoa uma forma complementar da sua atividade laboral ou uma forma de obter algo de que necessita em troca de uma ação, conduzindo a uma maior exposição face a diversos riscos (Harcourt; Donovan, 2005). Muitas das pessoas que trocam serviços sexuais por dinheiro ou mercadorias não se identificam como trabalhadores sexuais e portanto não procuram, nem têm acesso, a serviços de prevenção, aconselhamento ou tratamento direcionados a esta população (UNAIDS, 2012).

O trabalho sexual transcende as fronteiras do género, havendo homens e mulheres a vender e a comprar serviços. Existem múltiplas formas de trabalho sexual que vão desde linhas e chats de carácter erótico, a casas de *strep ou de table dancing*, à pornografia ou à prostituição de rua ou de interior, entre tantas outras formas de intercâmbio sexual. Apesar da variedade, o trabalho sexual feminino em contexto de rua tem sido o mais estudado (Earle *et al.*, 2006). No entanto a maioria das pessoas que fazem trabalho sexual fá-lo em ambientes fechados, sejam eles agências de acompanhantes, bordéis, casas de massagem, saunas ou apartamentos privados, entre outros. O contexto em que ocorre a prostituição representa uma diferença significativa para as pessoas envolvidas, sendo que em geral as prostitutas de rua enfrentam maiores riscos (Wietzer, 2007).

A larga maioria dos estudos existentes sobre trabalho sexual foca-se naquele que é exercido no contexto de rua, não abarcando a população que trabalha em contexto de interior, seja em apartamentos, em hotéis, casas de

massagem, bordeis, bares, etc. Não deixa no entanto de ser curioso que na maioria dos países onde esses estudos foram desenvolvidos (Estados Unidos da América, Austrália, Reino Unido, etc.) a prostituição de rua é exatamente a menos prevalente (Weitzer, 2009), ficando portanto de fora uma grande parte desta população, cuja realidade se mantém desconhecida face à sua quase total invisibilidade. Os poucos estudos existentes envolvem normalmente estudos de caso ou eventualmente pequenas amostras pouco representativas.

	Preços cobrados	Exploração por terceiros (a)	Risco de vitimização violenta (b)	Visibilidade pública	Impacto na comunidade (c)
Call girl independentes	Altos	Baixo a inexistente	Baixo	Nenhuma	Nenhum
Agências de acompanhantes	Altos	Moderado	Baixo a inexistente	Muito baixa	Nenhum
Bordéis	Moderados	Moderado	Muito baixo	Baixa	Nenhum (se discreto)
Casas de massagem	Moderados	Moderado	Muito baixo	Baixa	Baixo (se discreto)
Bares/ Casinos	Baixo a moderado	Baixo a moderado	Baixo a inexistente	Moderada	Equivalente ao bar/casino
Rua	Baixo	Elevada	Muito elevado	Elevada	Prejudicial

- a) Significa que uma terceira parte recebe alguns dos lucros;
b) Refere-se à vitimização da pessoa que exerce trabalho sexual;
c) Impacto na comunidade através do efeito no bairro onde se insira;

Tabela 1 - Tipos de prostituição e características associadas em trabalhadores do sexo femininos (adaptado de Weitzer, 2009).

Os trabalhadores do sexo em contexto de rua são mais suscetíveis a desenvolver comportamentos de risco, como sejam o consumo de drogas ou as práticas sexuais desprotegidas, estando também mais expostos a situações de violência. No entanto, isso não significa que o trabalho sexual em contexto de interior seja isento de risco. Para esta população, as condições estruturais ou socioeconómicas potenciam a sua vulnerabilidade, sendo por exemplo fatores fundamentais a sua nacionalidade, a sua situação de permanência num país ou a possível existência de terceiras partes envolvidas na sua atividade.

Na tabela 1 observa-se uma adaptação da categorização proposta por Weitzer (2009) relativamente aos tipos de prostituição feminina e às características que

lhes estão associadas, verificando-se diferenças substanciais de acordo com os contextos em que esta ocorre.

Em relação a situações de violência, parece óbvio que os contextos de casas de massagem, clubes, bordéis, entre outros, são mais seguros para quem lá trabalha, dada à existência de seguranças e de colegas de trabalho no mesmo espaço.

De acordo com Pyett e Warr (1997) as ameaças físicas, a ausência de proteção legal, as situações de extremo isolamento e a lacuna no apoio por pares, conduzem a situações de maior vulnerabilidade aquando da negociação para a utilização de materiais de prevenção, como seja o preservativo.

A interação existente é também diferente em cada um dos contextos. A duração do contacto entre os clientes e os trabalhadores sexuais de rua é relativamente curto, restringindo-se quase exclusivamente ao ato sexual negociado. Por outro lado, em contexto de interior, as interações são mais diversas, envolvendo maior reciprocidade e uma maior duração. É comum que nestas interações possa não chegar a ocorrer um contacto sexual, existindo um ambiente que promove uma relação mais próxima com os clientes, podendo considerar-se que isso se transforme num fator de segurança ou proteção para as pessoas que trabalham neste contexto.

Quando analisada a investigação existente sobre este tema, verificamos que o foco predominante tem sido sobre os trabalhadores do sexo feminino que exercem atividade em contexto de rua e em enquadramentos que tornam a prostituição ilegal. Sistemáticamente têm ficado de fora os clientes e também gerentes desta atividade, assim como os trabalhadores de género masculino ou os transgéneros. O mesmo se pode dizer das pessoas que exercem a sua atividade em contexto de interior, ou em países onde esta é legal. No entanto parece evidente que a segurança das pessoas que exercem trabalho sexual em contexto de interior aumenta quando estas o desempenham em contextos em que a prostituição é legal (Weitzer, 2009).

Se nos debruçarmos sobre a investigação existente acerca da prostituição masculina ou transgénera, verificamos que nos homens o trabalho sexual tem um carácter mais esporádico e transitório, havendo uma tendência para abandonar esta atividade mais cedo que as mulheres. São também menos suscetíveis a ser alvo de situações de violência, bem como à existência de proxenetas que lucrem com a sua atividade, estando portanto numa posição de maior controlo no que respeita às suas condições de trabalho. Por outro lado, são mais estigmatizados na sociedade em geral, pela combinação da homossexualidade com a prostituição. Muito pouco se sabe sobre a prostituição transgénera, mas aparentemente ocupa o lugar mais baixo na hierarquia e experiencia as maiores dificuldades. Sabe-se no entanto que a população transgénera apresenta a mais elevada prevalência de infeção por VIH, obtém em geral menos dinheiro que os trabalhadores dos sexos feminino ou masculino e são mais suscetíveis a assaltos e violações em contexto de trabalho (Weitzer, 2009).

2.1.4 O trabalho sexual em contexto de interior

O trabalho sexual em contexto de interior é geralmente, e por oposição ao trabalho sexual de rua, todo aquele que ocorre dentro de portas, seja em apartamentos, bordeis, casas de massagem, saunas, clubes, bares ou outros. Apesar da sua quase total invisibilidade, é comum a idealização do trabalho sexual de interior como algo glamoroso ou, no outro extremo, como sinónimo de violência e submissão. De acordo com um estudo - *Behind Closed Doors* - realizado em 2005 junto de 52 pessoas que fazem trabalho sexual na cidade de Nova Iorque, a maioria destas pessoas tem vidas surpreendentemente precárias e enfrenta problemas semelhantes aos de quem trabalha na rua, nomeadamente: violência, medo constante de intervenções policiais e falta de serviços de suporte. Estes problemas são exacerbados pela situação de clandestinidade em que vivem e pela natureza do trabalho que realizam. Além disso, a maioria desta população é migrante, deparando-se com todas as

dificuldades associadas, como sejam a precariedade da habitação, discriminação na sociedade onde vivem, desenraizamento na comunidade, etc.

Como conclusões significativas este estudo aponta para as situações de violência a que estes estão expostos, seja nas mãos de clientes, como também de empregadores/gerentes, traficantes e das entidades policiais. É igualmente mencionado o medo de detenções e suas consequências, incluindo o estigma associado. Um dos outros aspetos referidos é a lacuna existente nos serviços de suporte e a situação de extremo isolamento social em relação a amigos, família, vizinhos e outros trabalhadores sexuais, visto que trabalham muitas vezes sozinhos e sem qualquer contato com pessoas que exerçam a mesma atividade. Este fato vem reforçar a importância do trabalho de suporte realizado por pares.

O estudo *Sex in the City: Mapping Commercial Sex Across London* (Dickson, 2004) realizou o rastreio das pessoas que fazem trabalho sexual em contexto de interior na cidade de Londres, com o objetivo de conhecer os locais onde este está a ser exercido. Foram localizados 730 locais – entre apartamentos, saunas, gabinetes, etc. – e foi estimado que entre 2972 e 5861 mulheres fazem trabalho sexual em contexto de interior naquela cidade. Foram identificadas 93 nacionalidades diferentes, sendo que apenas 19% das mulheres eram do Reino Unido, 25% da Europa de Leste, 12% do Sueste Asiático, 12% da Europa Ocidental, 6 % da América do Sul e 2% de África (figura 2).

O mesmo estudo sugere que no futuro sejam investigados outros aspetos além da quantificação desta população, destacando uma caracterização sociodemográfica, das suas motivações e dos métodos para angariação de clientes.

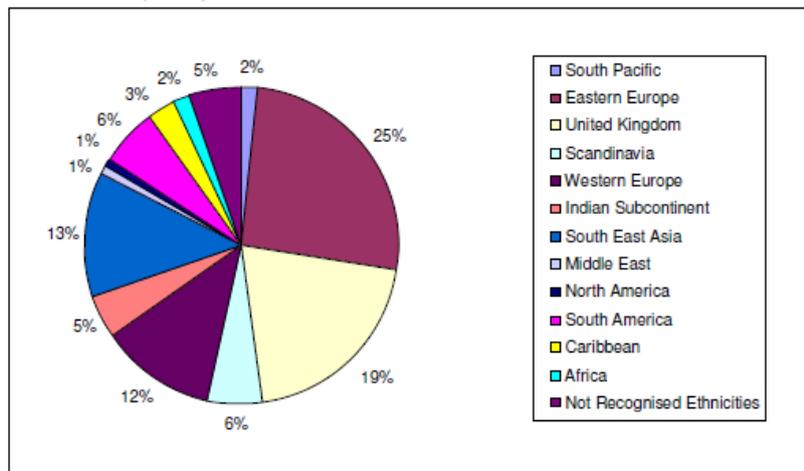


Figura 2 – Distribuição, por nacionalidade, das mulheres que fazem trabalho sexual em contexto de interior, na cidade de Londres (Dickson, 2004).

Também em Nova Iorque foi realizado um estudo, com o objetivo de procurar necessidades, envolvendo acompanhantes masculinos que anunciam serviços através da internet (Parsons; Koken; Bimbi, 2004). Foram abrangidos 46 homens que indicaram como focos primordiais, o apoio não apenas relacionado com as práticas sexuais seguras - nomeadamente a necessidade de saber eleger fontes de informação credíveis - mas também com aspetos de aconselhamento na parte negocial da atividade - no sentido de se poderem organizar melhor com vista a obtenção de maiores lucros - ou de apoio com questões legais - muito relacionado com o facto de serem trabalhadores independentes com óbvias condicionantes, por exemplo no acesso a cuidados de saúde.

Em 2010 o projeto *Indoors* publicou as conclusões de um estudo que envolveu sete cidades Europeias e que tinha como objetivo mapear e caracterizar a prostituição exercida em contexto de interior nessas cidades, sendo que uma das cidades envolvidas foi o Porto. No conjunto das sete cidades foram realizados 1976 contactos, não correspondendo esse número à quantidade de pessoas envolvidas no estudo, visto que algumas organizações contabilizaram antes o número de visitas realizadas. Em termos da forma utilizada para realizar estes contactos, observamos que a maioria pesquisou anúncios em websites, em jornais ou através de outros trabalhadores sexuais. Atendendo à caracterização por género verificou-se que 87% da população é do género

feminino, 7% do género masculino e 6% transgénera. Em termos de distribuição etária, a larga maioria (77%) tem entre os 18 e os 35 anos havendo uma diferença significativa para a prostituição em contexto de rua, em que a distribuição etária é mais uniforme. Na figura 3 podemos ver a relação entre nacionais e migrantes, em cada uma das cidades envolvidas no estudo.

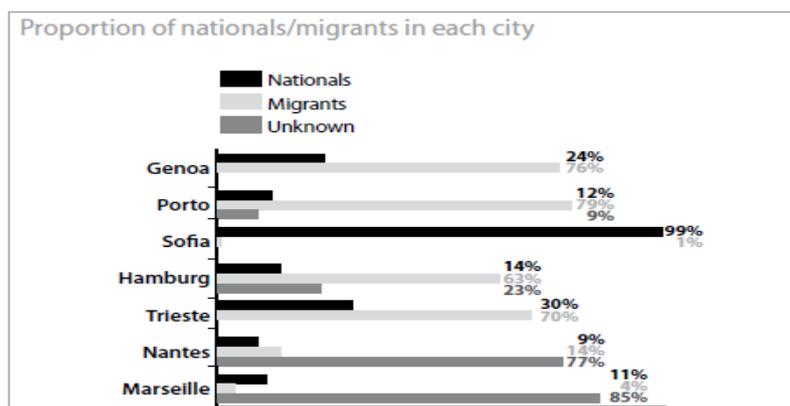


Figura 3 – Proporção de Nacionais face a Migrantes nas sete cidades envolvidas no estudo (Indoors, 2010).

Em termos da distribuição pela nacionalidade pode observar-se na figura 4 a distribuição das nacionalidades mais comuns em cada uma das sete cidades.

	Countries of origin						
	Hamburg	Genoa	Trieste	Sofia	Porto	Marseille	Nantes
1	Thailand	Colombia	Italy	Bulgaria	Brazil	France	France
2	Germany	Italy	Brazil	Ukraine	Portugal	Brazil	Morocco
3	Poland	Dominican Republic	Colombia	Russia	Romania	Romania	Nigeria
4	Bulgaria & Russia	Nigeria	Venezuela	Turkey	Mozambique	Bulgaria	Brazil
5	Lithuania	Ecuador	Spain		Nigeria	Italy	Cameroon
6	Dominican Republic	Romania	Cuba			Senegal	Spain
7	Latvia	Argentina	Romania			Colombia	Italy
8	Romania	Uruguay	Poland			Somalia	
9	Ecuador	Panama	Ukraine			Poland	
10	Estonia & Hungary	Tunisia	Morocco			Algeria	

Figura 4 – Distribuição, por nacionalidade, dos trabalhadores sexuais em contexto de interior, em cada uma das sete cidades envolvidas no estudo (Indoors, 2010).

Atendendo às necessidades manifestadas como mais comuns pela população abrangida, observa-se que as prioridades vão para a saúde, estando discriminadas por género na figura 5. Em termos da necessidade específica de medidas de prevenção para a infeção do VIH e IST verifica-se que continuam a

existir vários mitos sobre a sua prevenção. No caso das populações migrantes a barreira linguística continua a ser o fator de impedimento mais importante para que estas pessoas possam aceder a serviços de prevenção.

Femininos		Masculinos		Transgéneros	
Nacionais	Migrantes	Nacionais	Migrantes	Nacionais	Migrantes
Problemas ginecológicos	Problemas ginecológicos	VIH/Sida	VIH/Sida	Álcool, Tabaco e Dependências	Álcool, Tabaco e Dependências
VIH/Sida	Saúde geral	Hepatite B	Problemas dentários	Saúde geral	Saúde geral
Hepatite C	Problemas dentários	Hepatite C	Cansaço	Terapia hormonal	Terapia hormonal
Hepatite B	VIH/Sida	Álcool, Tabaco e Dependências	Saúde geral		Problemas psicológicos
Teste de gravidez	Álcool, Tabaco e Dependências	Problemas dentários			Hepatite B

Tabela 2 – Necessidades em saúde por género (adaptado de Indoors, 2010).

Em Londres foi efetuado um estudo no sentido de determinar o efeito do estatuto de migrante face à transmissão do VIH e face à situação de violência. Foram envolvidas 268 mulheres que realizam trabalho sexual em contexto de interior e concluiu-se que há uma relação entre a existência de equipas de terreno e a redução do risco de IST, bem como uma relação entre a existência de um parceiro não cliente e um aumento do risco de IST. É também sugerido que exista relação entre as políticas de fiscalização e um maior risco de situações de violência (Platt *et al.*, 2011). De acordo com o mesmo estudo as mulheres migrantes eram mais novas, tinham menos acesso a serviços de saúde, menos utilização de métodos contraceptivos mas poucas reportaram terem sido forçadas a trabalhar ou terem história de consumo de drogas.

Um outro estudo denominado *Community-based HIV and STI prevention in women working in indoor sex markets* (Bungay *et al.*, 2012) defende que os serviços de base comunitária podem ser a porta de entrada para estas pessoas acederem a cuidados de saúde, respondendo à necessidade de prestar cuidados culturalmente competentes a esta população.

Quando comparados os trabalhadores sexuais em contexto de rua, com os que trabalham em contexto de interior, verificamos que os primeiros têm um nível educacional mais baixo, cobram menos pelos serviços prestados e exercem trabalho sexual há mais tempo. Também a proporção de pessoas que diz

utilizar preservativo com os clientes é mais baixa entre os trabalhadores sexuais de rua e apresentam prevalências mais elevadas para IST (Li *et al.*, 2012).

Os múltiplos contextos de interior em que o trabalho sexual é realizado têm sido apontados como locais privilegiados para a implementação de estratégias de prevenção em saúde pública. As pessoas que aí trabalham encontram-se num ambiente geralmente mais seguro, dispendo de apoio de pares, o que facilita a intervenção focada na comunidade e não no indivíduo (Krusi *et al.*, 2012)

No Reino Unido foi realizado um estudo para comparar as necessidades em saúde entre trabalhadoras do sexo em contexto de rua e trabalhadores em casas de massagem. Como resultado dos 71 questionários aplicados a estas pessoas, detetaram-se diferenças consideráveis entre os dois grupos. No geral verificou-se que entre as mulheres que trabalham em contexto de interior (casa de massagem) existe um menor número que cresceu em ambientes sociais pobres, e o mesmo se pode dizer em relação à exposição a comportamentos de risco, tanto os relacionados com o trabalho sexual como com o consumo de drogas. Em termos de necessidades apontadas em saúde, as trabalhadoras sexuais em casas de massagem referem ter necessidade de um serviço de saúde discreto, enquanto o outro grupo reclama intervenções mais abrangentes que cubram também necessidades sociais. Apesar destas diferenças é fundamental reforçar que, mesmo estando os trabalhadores sexuais em contexto de interior aparentemente mais protegidos do que aqueles que trabalham nas ruas, continuam a estar expostos a maiores riscos que a população geral (Jeal; Salisbury, 2007).

Num estudo realizado na Sérvia, foi comparada a utilização de serviços de saúde por trabalhadores sexuais. Foram envolvidos 113 trabalhadores sexuais de rua e 78 trabalhadores sexuais em contexto de interior. Não foram encontradas diferenças significativas em termos de distribuição demográfica, apesar de haver uma percentagem consideravelmente maior de transgéneros na população que trabalha em interior. Também foi em contexto interior que se

encontrou maior número de pessoas com consumo de drogas, bem como os maiores níveis de conhecimento face à infeção por VIH. Relativamente ao acesso a serviços de saúde verificou-se que os trabalhadores sexuais em contexto de interior utilizam significativamente mais os serviços de medicina geral ou outras especialidades (Ilic; Sipetic; Bjegovic, 2010).

Apesar da notória necessidade de mais pesquisa sobre o trabalho sexual em contexto de interior, que representa a maior percentagem nesta atividade, a literatura sugere que foco incida no tipo de trabalho exercido, ou seja, a variável-chave será o facto de estas pessoas trabalharem de forma individual ou organizada bem como o contexto específico. De um modo geral sabe-se que pessoas que trabalham sozinhas estarão em situações de maior isolamento e expostas a um maior risco relativamente à infeção por VIH, havendo também uma probabilidade muito elevada de não serem abrangidas por campanhas de prevenção. Por outro lado, as pessoas que trabalham num local pertencente ao cliente estão mais vulneráveis e têm menor poder de negociação. Aparentemente a heterogeneidade existente entre mulheres que fazem trabalho sexual não se limita ao local onde trabalham mas está também intimamente relacionada com outros fatores sociais como é o caso da migração, as oportunidades de emprego, etc. (Bungay *et al.*, 2011).

2.1.5 O trabalho sexual em Portugal

O estudo da prostituição em Portugal iniciou-se no século XIX tendo como principais objetivos de investigação a propagação de doenças, com especial preocupação relativa à Sífilis. Seguiram-se abordagens focadas nas diferenças fisiológicas e comportamentais da população feminina que se prostituía, procurando estabelecer causas para a sua entrada na prostituição. Na primeira metade do século XX uma série de ciências - Antropologia, Criminologia, Sociologia, Psicologia - manifestou interesse acerca da prostituição. No entanto, em Portugal escasseiam os estudos sobre a temática nesse período, tendo sido apenas no século XXI que a comunidade científica se começou a interessar por esta área (Oliveira, 2011).

a) Enquadramento legal

Em Portugal não existe legislação específica para a prática de trabalho sexual. Em 1983 as penalizações criminais para pessoas que exercem prostituição foram removidas do Código Penal Português e atualmente esta atividade não é regulamentada e não existe qualquer referência na legislação Portuguesa. Ou seja, o trabalho sexual em si não é crime embora não seja reconhecido enquanto profissão, não existindo qualquer estrutura que proteja os direitos destes trabalhadores que estão assim em situação de vulnerabilidade. O Código Penal Português apenas dispõe sobre a prática do lenocínio, estipulando:

“1- Quem, profissionalmente ou com intenção lucrativa, fomentar, favorecer ou facilitar o exercício por outra pessoa de prostituição é punido com pena de prisão de seis meses a cinco anos.

2- Se o agente cometer o crime previsto no número anterior:

a) Por meio de violência ou ameaça grave;

b) Através de ardil ou manobra fraudulenta;

*c) Com abuso de autoridade resultante de uma relação familiar, de tutela ou curatela, ou de dependência hierárquica, económica ou de trabalho;
ou*

d) Aproveitando-se de incapacidade psíquica ou de situação de especial vulnerabilidade da vítima;

é punido com pena de prisão de um a oito anos. ”.

(Art. 169º Código Penal, com a redação da Lei 59/2007)

Assim, as pessoas que exercem trabalho sexual não podem ser presas pelo exercício desta atividade, não havendo no entanto nenhuma estrutura jurídica que proteja os direitos dos trabalhadores do sexo ficando estes sujeitos a uma situação de extrema vulnerabilidade.

Não existem igualmente em Portugal disposições legais específicas para migrantes que exerçam trabalho sexual. Para cidadãos que não pertençam à União Europeia, a atribuição de autorização de residência está dependente do

cumprimento de vários requisitos, consoante os motivos da entrada no país, como por exemplo a apresentação de uma certidão de casamento, de uma prova de estar a estudar ou, de um contrato de trabalho. Sendo que o trabalho sexual não é reconhecido em Portugal como uma atividade profissional ou económica, estas pessoas mantêm-se numa situação ilegal e vulnerável (Oliveira, 2011).

Em relação ao trabalho sexual em contexto de interior, também este não é reconhecido na lei Portuguesa apesar de existir uma proteção legal às pessoas no interior das suas casas, significando que as forças policiais só podem entrar numa casa particular ou com autorização do proprietário, ou perante a ocorrência da prática de um crime ou mediante autorização de um Tribunal.

Desta forma, apenas é considerado crime punível com pena de prisão de 6 meses a 5 anos, aplicada a quem seja o dono/ gestor de um apartamento, a facilitação ou o apoio deste à prostituição dentro da sua propriedade.

b) Características do trabalho sexual em Portugal

Não existe uma estimativa concreta sobre o número total de trabalhadores do sexo em Portugal. De acordo com as organizações que responderam ao último estudo desenvolvido em 2008 pela European Network for HIV/STI Prevention and Health Promotion among Migrant Sex Workers (TAMPEP) foram contabilizadas 9695 pessoas, das quais aproximadamente 56% são migrantes. Relativamente à sua distribuição por género foi apurado que 90% serão do género feminino, 8% do género masculino e 2% serão transgéneros. Se atendermos ao local da prática da atividade podemos dizer que 59% se pratica no interior (bares, apartamentos, clubes, etc.) e 41% no exterior (nas ruas da cidade, parques, florestas, estradas de acesso, etc.) (TAMPEP, 2009).

Distribuindo esta população migrante de acordo com a sua origem, pode constatar-se que a maioria, cerca de 65%, vem da América do Sul (principalmente do Brasil e Colômbia). Cerca de 17% vêm de África (Serra Leoa, Guiné, Nigéria, Camarões, Cabo Verde e Angola) e cerca de 15%

provém da Europa de Leste (como maior incidência para a Roménia e Rússia). Isto deve-se por um lado à facilidade que há a nível da língua falada, bem como ao facto de em Portugal ser relativamente fácil obter-se um visto de turismo pelo prazo de três meses, o que posteriormente poderá permitir a futura passagem para outros países Europeus (TAMPEP, 2009).

No mesmo estudo foi perguntado aos profissionais que exercem funções junto dos trabalhadores sexuais qual a percentagem de utilização de preservativo, tendo sido relatado por 63% que esta será idêntica à da população em geral. Quando lhes foi colocada a mesma questão mas relativamente a trabalhadores sexuais migrantes foi admitido por 75% que a percentagem de pessoas que utiliza preservativo tenderá a ser mais elevada que na restante população. Isto pode dever-se a um possível maior nível de educação e/ ou conhecimento mas principalmente ao facto de, por vários aspetos culturais, a população Brasileira ser mais atenta às questões do corpo (TAMPEP, 2009).

Relativamente à exposição a fatores de vulnerabilidade, não existem grandes alterações a assinalar se considerarmos o estudo anterior, realizado em 2006. No entanto é considerado que tem havido uma diminuição na vulnerabilidade quanto ao uso de preservativo, provavelmente devido à aposta em campanhas de sensibilização e à distribuição gratuita de preservativos junto desta população. Os aumentos mais significativos quanto à exposição a fatores de vulnerabilidade estão associados à exclusão social e ao isolamento, à prática de violência e a questões legais (TAMPEP, 2009).

De acordo com o relatório *Mapping of the prostitution scene in 25 European countries*, publicado em 2009, os cinco fatores de vulnerabilidade identificados pelos entrevistados são a violência dos clientes, a polícia e os organizadores dentro da indústria do sexo (23%), a exclusão social (16%), estigma (14%), o consumo de drogas e álcool (10%), falta de direitos de trabalho e a falta de acesso aos cuidados de saúde e serviços sociais (7%) (TAMPEP, 2009).

Desde o estudo anterior, em 2006, ocorreram na Europa uma série de mudanças significativas nos sistemas de proteção social que vieram implicar maiores limitações no acesso a serviços de saúde. Houve um aumento na privatização destes serviços, criando barreiras adicionais para o acesso dos trabalhadores sexuais serviços aos mesmos visto que as suas atividades não

são reconhecidas no mercado de trabalho. Simultaneamente este não reconhecimento, bem como uma tendência crescente para a criminalização, têm contribuído para que não sejam criadas políticas ou programas de apoio a este grupo de profissionais. A exclusão social, bem como a estigmatização têm levado a uma deterioração do acesso a cuidados de saúde (TAMPEP, 2009).

c) Trabalho sexual em contexto de interior em Portugal

Em 2012, o projeto INDOORS apresentou resultados específicos para o Porto sendo que num período de 15 meses, foram contactados 234 trabalhadores sexuais em contexto de interior. A maioria (90,2%) dessas pessoas eram mulheres, 6,4% eram transgéneros e 3,4% eram homens. Atendendo à distribuição etária, mais de 67% dos contatos foram pessoas entre os 26-45 anos, sendo também referido que 15% das pessoas têm mais de 46 anos de idade. Mais de 70% das pessoas contactadas são migrantes, dos quais 95,2% são Brasileiros. A elevada percentagem de indivíduos migrantes adverte para potenciais situações de vulnerabilidade e de isolamento, visto que os nacionais têm uma maior tendência para se conhecerem uns aos outros, trabalhando com uma rede mais alargada de contactos.

Atendendo ao local onde é realizado o trabalho verifica-se que a larga maioria trabalha em apartamentos (85,5%), havendo também quem trabalhe em bares, hotéis, clubes e casas de massagem. Das pessoas que referem trabalhar em apartamentos, 76,6% diz viver num local diferente daquele em que trabalha e 19,6% diz trabalhar na própria casa. Estes apartamentos são normalmente geridos por alguém que se encarrega de organizar os turnos de trabalho. Habitualmente estes apartamentos oferecem serviços 24 horas por dia. Muitas destas pessoas vivem nestes espaços por períodos que podem ir de duas a seis semanas, sem que no entanto os considerem como suas casas. Atendendo à autonomia com que exercem a sua atividade, 66,3% diz ter aparentemente algum nível de controlo das suas condições de trabalho, tanto através da negociação do seu horário de trabalho (34,7%) ou das condições de arrendamento do local onde trabalham (27,2%).

As necessidades de saúde mais comuns são relativas à vacinação, teste de deteção do VIH e hepatites, sendo que o acesso a cuidados públicos de saúde é uma preocupação especialmente manifestada por migrantes que são condicionados pelo estigma, falta de informação e medo de serem expulsos do país. São referidas necessidades a nível de tratamento psicológico/ psiquiátrico bem como a nível da saúde oral. A população transgénera expressa igualmente necessidade de obter tratamento hormonal bem como de obter informação específica sobre transexualidade, sendo que este grupo é particularmente vulnerável para a prática de comportamentos de riscos, sejam eles o tratamento hormonal ou a prática de sexo anal. Novamente, os fatores estigmatizantes anteriormente referidos levam a que muitas vezes não sejam abrangidos por campanhas de informação e prevenção.

Em relação à necessidade específica de prevenção na área da infeção VIH verifica-se que aqueles que trabalham há mais tempo possuem também melhores conhecimentos sobre formas de prevenção da infeção. Além disso sabe-se que aqueles que trabalham em ambientes mais isolados revelam maiores lacunas nesta área, veiculando entre esta população inúmeros mitos sobre a infeção. No caso da população migrante é mais uma vez referida a barreira linguística no impedimento de obter mais informação sobre a infeção pelo VIH, sendo defendido que deve ser estimulado nestas pessoas o sentimento de comunidade que permita a troca de informações e de conhecimentos entre si.

2.2. O TRABALHO SEXUAL E A INFEÇÃO PELO VIH

A síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA) foi identificada pela primeira vez em 1981 nos Estados Unidos da América. É uma doença provocada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) sendo que existem dois tipos de vírus. O VIH-1 predomina em todo o mundo, enquanto o VIH-2 é mais comum na África ocidental, surgindo ocasionalmente na África oriental, Europa, Ásia e América Latina, sendo a sua progressão mais lenta. A transmissão ocorre pelo

contacto com fluidos corporais que contenham partículas de VIH suficientes para provocar infeção, como o esperma, os fluidos vaginais, os fluidos retais, o sangue e o leite materno. A transmissão da infeção pode ocorrer pelo contato com sangue infetado, através de transmissão vertical, nos contatos sexuais, pela partilha de material de injeção ou pela utilização de material não esterilizado, nomeadamente na realização de tatuagens e piercings.

Não existe ainda cura para a infeção pelo VIH, limitando o seu controlo a dois pilares de intervenção: por um lado a prevenção da infeção e por outro o tratamento da infeção ativa, prevenindo recorrências.

2.2.1 O contexto internacional

De acordo o relatório *Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections for sex workers in low- and middle-income countries* (WHO, 2012) estima-se que a nível mundial 34 milhões de pessoas viviam com o VIH no final de 2011, correspondendo a aproximadamente 0,8% da população adulta. O número de países que reporta dados relativos a tendências epidemiológicas ou à cobertura de serviços para trabalhadores sexuais tem vindo a aumentar significativamente permitindo estimar que a prevalência da infeção pelo VIH nesta população rondará os 12%, atribuindo às mulheres que fazem trabalho sexual 13,5 mais probabilidades de viverem com o VIH quando comparadas com as outras mulheres (Baral *et al*, 2012). Apesar de cada vez mais dados estarem disponíveis, continua a ser difícil realizar comparações entre países. Observando o mesmo relatório, Portugal é um dos países que não reporta dados na área (WHO, 2012).

Se atendermos à proporção de pessoas transgéneras que realizam trabalho sexual, faz sentido analisar a especificidade deste grupo. A WHO (2012) estima que os 15 milhões de pessoas transgéneras que vivem em todo o mundo, têm um risco desproporcionado de adquirir a infeção por VIH, com uma taxa de prevalência que pode chegar aos 68%. Adicionalmente estas pessoas são alvo de situações de violência baseadas no género, e de elevados níveis de discriminação e estigmatização. Esta vulnerabilidade é exacerbada pelo acesso

inadequado a informação, a serviços e a oportunidades económicas. Todos estes fatores conduzem a que muitas destas pessoas se refugiem no trabalho sexual como forma de sustento e até de sobrevivência, estimando-se que aproximadamente 44% das pessoas transgéneras façam trabalho sexual. Um estudo realizado por Harawa e Bingham (2009) indicava que mesmo na população transgénera que nunca tinha realizado trabalho sexual a prevalência para a infeção por VIH se situava nos 18%.

A UNAIDS publicou em 2012 um guia sobre o VIH e o Trabalho Sexual onde chama a atenção para o fato de, embora esta relação ter sido reconhecida desde o início da epidemia, a maioria dos estudos continuar a indicar que o acesso destas pessoas a serviços de prevenção e rastreio é inadequado. Acredita-se aliás, que o acesso seja ainda mais reduzido no que diz respeito a serviços de tratamento e apoio e menos de 1% do financiamento mundial para prevenção do VIH é usado em pessoas que fazem trabalho sexual. Este desinvestimento reflete-se nos dados epidemiológicos referentes à infeção pelo VIH nesta população e nos seus clientes, chamando a atenção para a necessidades de respostas urgentes em termos de saúde pública.

Em muitos países as leis e políticas existentes são discriminatórias e estigmatizantes, impedindo o sucesso de programas de apoio e levando a que esta população tenha acesso condicionado a serviços de saúde adequados, bem como a materiais de prevenção como sejam os preservativos, lubrificantes, à profilaxia pós-exposição em caso de necessidade, ou ainda a serviços de rastreio e tratamento para a infeção pelo VIH e IST.

Estas dificuldades no acesso a serviços de saúde são agravados em populações migrantes – regulares ou irregulares – particularmente pelas barreiras linguísticas, pelo desconhecimento de redes de apoio, pela situação de isolamento em que se encontram, e também pelas barreiras económicas, visto muitas vezes não disporem de recursos para acederem aos serviços.

2.2.2 O contexto nacional

Ao longo dos últimos anos Portugal tem apresentado uma tendência favorável com a descida de novos casos de infeção por VIH/SIDA mas continua a apresentar uma elevada taxa de incidência com cerca de 158 novos casos diagnosticados por 1.000.000 habitantes. No entanto, quando comparado com anos anteriores, o padrão epidemiológico têm sofrido alterações significativas, havendo um aumento do número de casos de transmissão heterossexual (63%) e homo/bissexual (16,5%) e um decréscimo de casos associados ao consumo de drogas (17,5%) (INSA, 2012).

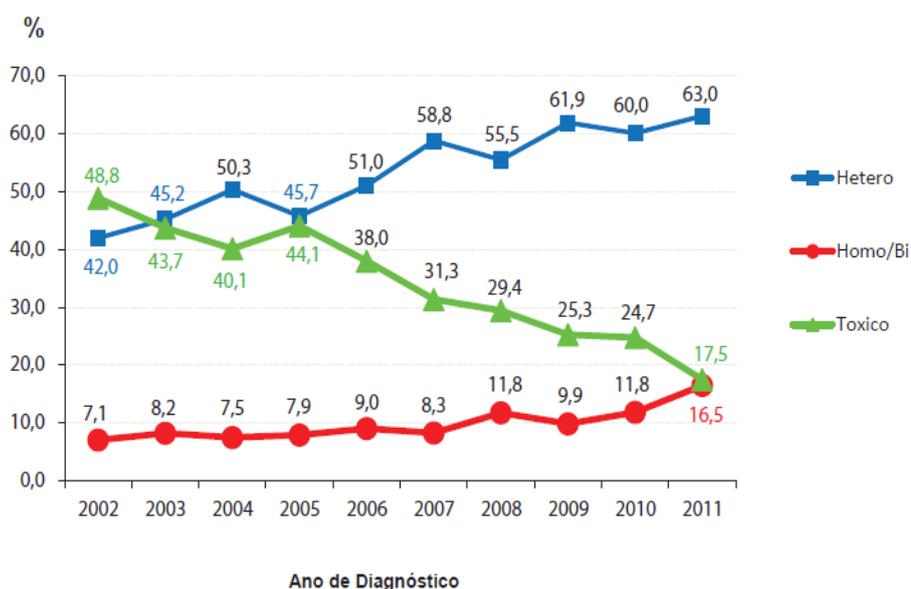


Figura 5 - Casos de SIDA: tendências temporais nas 3 principais categorias de transmissão (INSA, 2012).

De acordo com o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção VIH/sida 2011-2015, em Portugal a infeção é do tipo concentrado, havendo uma maior prevalência em populações com comportamentos vulneráveis, como sejam os homens que têm sexo com homens, as pessoas que usam drogas por via injetável ou os trabalhadores do sexo. Estes números tornam Portugal num dos países da Europa com maior número de novos casos de infeção, sugerindo a urgência na tomada de medidas que permitam controlar a expansão da epidemia.

Segundo dados prévios do projeto PREVIH: Infecção pelo VIH/SIDA nos trabalhadores sexuais: Prevalência, Determinantes, Intervenções de Prevenção e Acesso aos Serviços de Saúde (2011), considerando uma amostra de 1040 trabalhadores do sexo de diversas regiões do país, a maioria dos inquiridos tem entre 26-35 anos (38,9%). Quanto à nacionalidade 56,5% são Portugueses e 43,5% estrangeiros, sendo o Brasil o país de origem com maior representação (65%). Relativamente ao estatuto serológico, 10,1% refere desconhecer o seu estatuto e dos 7,2% que reportaram um estatuto serológico positivo, apenas dois terços afirmou estar em tratamento (62,1%). Neste estudo foi oferecida aos participantes a possibilidade de realizar o teste rápido para deteção do VIH e dos 213 que acederam realizá-lo 8,9% obtiveram um resultado reativo. A maioria dos participantes que obteve este resultado (58,8%) afirmou desconhecer o seu estatuto serológico à data da realização do teste.

2.3. O ACESSO À SAÚDE E A INFEÇÃO POR VIH/SIDA

2.3.1 O contexto internacional

A UNAIDS propõe três pilares para uma resposta eficaz, baseada na evidência na área do VIH e do trabalho sexual. O primeiro pilar é assegurar o acesso universal a medidas abrangentes de prevenção, tratamento, cuidados e apoio na infeção por VIH. Estas medidas incluem por exemplo: a remoção de barreiras estruturais no acesso universal à saúde; a prestação de serviços de saúde a trabalhadores sexuais migrantes, independentemente da sua situação de permanência no país, permitindo o seu ingresso nos serviços de saúde nacionais; a prestação de serviços de informação e educação na área; a distribuição de materiais preventivos; a realização de esforços no sentido de eliminar a violência dirigida a trabalhadores sexuais.

O segundo pilar refere-se à construção de ambientes favoráveis, fortalecimento de parcerias e ampliação de escolhas referindo-se à necessidade de criar

hipóteses alternativas de trabalho para trabalhadores sexuais que vivem com a infeção do VIH.

O terceiro pilar refere-se à redução das vulnerabilidades e à abordagem das questões estruturais, recordando que quaisquer esforços de prevenção da infeção pelo VIH não terão sucesso a longo prazo, se as causas adjacentes à vulnerabilidade não forem devidamente abordadas.

De acordo com a *Global Health Sector Strategy on HIV/AIDS 2011-2015*, conhecer uma epidemia exige conhecer onde, como e entre quem surgem novos casos de infeções e para isso é fundamental identificar as condições sociais, legais e económicas que potenciam o aumento do risco de transmissão da infeção, alertando para a importância de se alcançar populações minoritárias de difícil acesso e que por sua vez têm acesso limitado a informação e serviços de saúde na área do VIH/SIDA (WHO, 2011).

O mesmo documento propõe como objetivos para 2015: a redução em 50% do número de novas infeções na população jovem entre os 15-24 anos; a redução em 90% do número de novas infeções em crianças; a redução em 25% do número de mortes relacionadas com a infeção por VIH; e a redução em 50% do número de mortes por Tuberculose. Desta forma pretende-se alcançar o acesso universal a estratégias abrangentes de prevenção, cuidado e tratamento na área do VIH/Sida e contribuir para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio, nomeadamente o 6 – Combater o VIH/Sida, malária e outras doenças, enquanto se trabalha no sentido de alcançar os objetivos 3 - Igualdade entre sexos e valorização da mulher; 4 - Redução da mortalidade infantil; 5 - Melhorar a saúde materna e 8 - Criar uma parceria mundial para o desenvolvimento.

A World Health Organization (WHO) recomenda ainda quatro direções estratégicas no sentido do alcance dos objetivos propostos, sendo elas: otimização dos resultados de prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidado na área do VIH/Sida; obtenção de resultados mais amplos em saúde através das respostas na área do VIH/Sida; construção de sistemas fortes e sustentáveis e

por último, redução de vulnerabilidades e barreiras estruturais no acesso a serviços.

Para operacionalizar estas estratégias, a WHO sugere um alargado número de ações, de entre as quais se destaca a prestação de serviços integrados para populações-chave, como é o caso dos trabalhadores sexuais, dos homens que têm sexo com homens e das pessoas transgéneras.

As evidências obtidas em saúde pública devem ser utilizadas noutros setores, nomeadamente na revisão de políticas, leis e diretivas, assegurando que estas não aumentam a vulnerabilidade das pessoas afetadas pela infeção VIH/Sida.

É recomendado pela WHO que as políticas e os programas nacionais na área da infeção do VIH/SIDA incluam estratégias que visem a redução do estigma e da discriminação dos trabalhadores do sexo melhorando o seu acesso a serviços de saúde, sendo sugerido que as organizações que trabalham no terreno, bem como as redes de pares, se envolvam no planeamento e prestação destes serviços (WHO, 2011).

Em 2012 a WHO disponibilizou um documento designado *Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections for sex workers in low- and middle-income countries: recommendations for a public health approach* onde são elencadas quatro recomendações de boas práticas nesta área:

1. Todos os países devem trabalhar no sentido de descriminalizar o trabalho sexual e eliminação da aplicação injusta de leis e regulamentações contra os trabalhadores sexuais;
2. Os governos devem estabelecer legislação no sentido de proteger os trabalhadores do sexo contra a discriminação, violência e outras violações dos seus direitos humanos, reduzindo a sua vulnerabilidade face à infeção por VIH e o impacto da Sida.
3. Os serviços de saúde devem ser disponibilizados de forma a serem acessíveis aos trabalhadores do sexo com base nos princípios da prevenção do estigma, da não discriminação e do direito à saúde.

4. A violência contra trabalhadores do sexo é um fator de risco para a infecção por VIH e deve ser prevenida em parceria com trabalhadores sexuais e organizações que trabalham juntos destes.

Observando as implicações da recomendação 3 destaca-se o fato de ser essencial que os serviços de saúde para trabalhadores sexuais incluam acesso a preservativos femininos e masculinos, lubrificantes, serviços de saúde sexual e reprodutiva e que exista equidade no acesso a todos os restantes serviços de saúde, incluindo os cuidados de saúde primários.

Em relação à questão específica dos serviços de aconselhamento e teste para a infecção pelo VIH a WHO (2012) define como princípios a utilização voluntária dos serviços de teste, a obtenção de consentimento informado, a confidencialidade durante todo o processo, a disponibilização de serviços de aconselhamento, a comunicação de resultados corretos para os testes e a referência para serviços de saúde, quando necessário.

No sentido de permitir avaliar o cumprimento dos objetivos propostos foram definidos vários indicadores. Alguns exemplos dos que podem ser aplicados especificamente à situação dos trabalhadores sexuais são:

- Primeira experiência sexual antes dos 15 anos;
- Multiplicidade de parceiros sexuais;
- Utilização de preservativo na última relação sexual com um cliente;
- Utilização de preservativo na última relação com parceiro;
- Número de trabalhadores sexuais que realizaram o teste de deteção o VIH nos últimos 12 meses;
- Número de trabalhadores sexuais que receberam o resultado do teste nos últimos 12 meses;
- Número de trabalhadores sexuais com resultado positivo no teste de deteção do VIH;
- Número de trabalhadores sexuais que receberam preservativos gratuitamente nos últimos 12 meses;

A WHO definiu em 2003 os direitos humanos dos imigrantes no país de acolhimento, fazendo especial referência aos direitos associados à saúde. Assim, foi consagrada a acessibilidade tendo em conta a capacidade de pagar, esclarecendo que o direito à saúde requer que todos possam ter acesso a estes serviços independentemente do seu custo, devendo o seu pagamento ser baseado no princípio da equidade. Adicionalmente a WHO define ainda o direito à acessibilidade física aos serviços de saúde por parte de toda a população, dando especial destaque aos grupos mais marginalizados e vulneráveis. De acordo com o documento, a localização dos serviços, bem como os horários de atendimento, devem ser tidos em conta no planeamento de intervenções, assim como a prestação de cuidados culturalmente sensíveis, adequados às populações com quem se trabalha. Neste conceito estão incluídas as ferramentas que permitam ultrapassar as barreiras linguísticas e culturais.

2.3.2 O contexto nacional

Os serviços de saúde em Portugal estão disponíveis para os cidadãos nacionais e migrantes, mediante o pagamento de uma taxa, que é reduzida para aqueles que fazem contribuições para a Segurança Social. As consultas pré-natal e de cuidados materno-infantis são gratuitas para todos. O teste de deteção do VIH é voluntário, anónimo e gratuito para todos. O tratamento para o VIH/Sida e outras IST estão também disponíveis para todos gratuitamente. Os profissionais de saúde estão sujeitos ao segredo profissional e todas as informações fornecidas são confidenciais (INDOORS, 2010).

A lei de bases da saúde refere que “*o estado promove e garante o acesso de todos os cidadãos a cuidados de saúde*”, sendo a proteção da saúde um direito dos indivíduos e da comunidade.

Em Portugal todas as pessoas têm direito a aceder ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) e o acesso por parte de cidadãos estrangeiros em situação regular é regulado pelo Despacho n.º 25.360/2001. No entanto, cidadãos

migrantes em situação irregular estão sujeitos ao pagamento de uma taxa determinada para cada serviço a que acedam, a qual é substancialmente mais elevada que aquela paga pelas cidadãos nacionais. Alguns serviços, considerados de saúde pública (caso das consultas de planeamento familiar, consultas de saúde materna, diagnóstico e tratamento de VIH, etc.) são gratuitos mesmo para cidadãos migrantes nestas condições. No entanto, atualmente, existem barreiras burocráticas que dificultam e atrasam o acesso destas pessoas a esses serviços.

A Constituição Portuguesa refere que os cuidados médicos não podem ser negados a ninguém em quaisquer circunstâncias e portanto, uma pessoa que não tenha condições de pagar a taxa aplicável não pode ver a sua entrada recusada no SNS. Além disso as estruturas de saúde não estão autorizadas a reportar quaisquer situações de irregularidade às autoridades competentes. No entanto, a maioria dos migrantes desconhece esta informação, levando a que evitem aceder a estes serviços.

Atendendo à percentagem de pessoas migrantes que faz trabalho sexual torna-se importante esclarecer a forma como estes acedem à saúde. Dados do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) no final de 2012 indicavam que a população estrangeira residente em Portugal totalizava 417.042 cidadãos,. Deste universo, cerca de metade é oriundo de países de língua oficial portuguesa (48%), destacando-se o Brasil (25,3%), Cabo Verde (10,3%), Angola (4,9%) e Guiné-Bissau (4,3%). Entre as demais nacionalidades, as mais relevantes são a Ucrânia (10,6%) e a Roménia (8,4%).

O peso do fator nacionalidade no acesso à saúde é amplamente reconhecido. Além das barreiras burocráticas que são apresentadas a estas pessoas, são também destacadas as barreiras linguísticas e socioculturais como fator limitativo do seu acesso aos serviços (Dias *et al*, 2004).

Apesar de todos os migrantes terem acesso tendencialmente gratuito a clínicas de saúde sexual em quase todos os países da Europa, a verdade é que muitos não utilizam estes serviços por receio que lhes sejam pedidas informações sobre a sua atividade ou que a confidencialidade não seja mantida. Além disso o acesso a cuidados de saúde especializados implica que o utilizador esteja dentro do sistema, exigindo um registo completo de dados pessoais e

obrigando a que tenham autorizações legais, caso venham de outro país. Assim, com o receio de serem expulsos ou deportados, a maioria opta por não procurar cuidados de saúde, até porque, muitas vezes, não dispõem de informação sobre como aceder aos mesmos, nem sobre quais os locais onde podem fazê-lo de forma gratuita. Deste modo torna-se necessário garantir a ampla divulgação de informação sobre serviços de saúde disponíveis para esta população, garantindo a sua forma confidencial e/ou anónima e preferencialmente gratuita, devendo ainda haver uma preocupação em proporcionar esta informação em outras línguas, recorrendo a mediadores culturais que possam cooperar na informação dos migrantes sobre os seus direitos em relação ao acesso a serviços de saúde (Oliveira, 2011).

Em Portugal o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção VIH/sida 2011-2015 identifica áreas prioritárias de atuação que englobam objetivos como o aumento da proporção de indivíduos pertencentes às populações mais vulneráveis que acedem à informação, aos meios preventivos e aos serviços de saúde, o assegurar do acesso universal ao conhecimento do estado serológico, bem como o acesso ao melhor tratamento e à melhor prestação de cuidados, de acordo com o estado da arte, a todas as pessoas que vivem com infeção VIH.

De acordo com o estudo do TAMPEP (2009), existem abordagens essenciais para melhorar o acesso a serviços de saúde, nomeadamente garantir o financiamento de serviços de saúde com profissionais e equipamentos preparados para o fim e incluir o trabalho sexual como parte da diversidade e treinar os profissionais para trabalhar com esta população.

Por outro lado Oliveira (2011) propõe que a intervenção junto deste grupo se direcione para três níveis: a intervenção para a redução de riscos associados ao trabalho sexual; a intervenção em grupos específicos com problemáticas não decorrentes do trabalho sexual; e a intervenção com vista ao empoderamento. Em relação ao primeiro destes níveis de intervenção é especificada a necessidade de intervir na prevenção da violência, no apoio aos imigrantes em situação irregular e no apoio a homens e transexuais.

Relativamente ao acesso a serviços de saúde para informação, prevenção e teste de deteção do VIH, os dados preliminares do estudo PREVIH (2011) indicavam que mais de metade das pessoas abrangidas pelo estudo (n=1040) não tinha participado em nenhuma campanha de prevenção nos últimos 12 meses. Por outro lado, quando questionados quanto ao acesso a preservativos gratuitos, a maioria das pessoas responde ter tido acesso: 91,4% na população feminina, 86,9% na população masculina e 92,6% na população transgénera. Quando questionados sobre a realização do teste de deteção do VIH, 90,2% afirmou já o ter feito, na maioria das vezes por exames de rotina (55%) e no Serviço Nacional de Saúde (61,4%). No entanto, quando questionados sobre terem ou não realizado o teste de deteção do VIH nos últimos 12 meses, apenas 70,7% diz que o realizou.

De acordo com dados da UNAIDS relativos a Portugal, em 2012 a percentagem de trabalhadoras sexuais femininas que reporta ter utilizado preservativo na última relação sexual situava-se nos 96,7% e a percentagem destas pessoas que estaria infetada pelo VIH seria de 8%.

2.4. O PROJETO PREVIH

Esta investigação conta com a utilização de dados recolhidos no âmbito do projeto *PREVIH: Infeção pelo VIH/SIDA nos grupos de homens que têm sexo (HSH) com homens e trabalhadores sexuais (TS): Prevalência, Determinantes, Intervenções de Prevenção e Acesso aos Serviços de Saúde*.

Esse projeto, com supervisão científica do Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) e cofinanciado pelo programa ADIS/Sida da Coordenação Nacional pra a Infeção VIH/Sida, pretendeu contribuir para a redução da transmissão da infeção VIH/Sida nesta população.

Foram integrados no projeto dois estudos de linha de base com o intuito de caracterizar os conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas com o VIH nas populações HSH e TS, permitindo identificar fatores comportamentais e sociais

associados à infeção e estimar a sua prevalência. Ambos os estudos consistiram na realização de um questionário e na aplicação do teste rápido de deteção do VIH.

O questionário foi desenvolvido com base nos indicadores da United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS (UNGASS), da WHO e do European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), tendo sido submetido a um pré-teste e à apreciação por parte das associações parceiras. No caso do estudo direcionado para a população de TS, o instrumento de recolha de dados inclui questões sobre características sociodemográfica dos inquiridos, condições do trabalho sexual, conhecimentos e atitudes relativos à infeção por VIH/Sida, práticas sexuais, consumo de drogas, teste de deteção do VIH e acesso a serviços para prevenção, informação e encaminhamento na área do VIH/Sida.

Tendo em vista o alcance destas populações de difícil acesso, utilizou-se uma técnica de amostragem por bola de neve. Recorreu-se a uma abordagem inclusiva e participativa que envolveu aproximadamente trinta parceiros da sociedade civil, nos quais se incluíram elementos da comunidade de TS, organizações governamentais e outras não governamentais, que realizam trabalho junto a pessoas que praticam atividades de venda de relações sexuais, de danças eróticas, de striptease ou de conversas eróticas (por telefone, internet ou ao vivo) em diferentes contextos como sejam as casas particulares, cases de alterne, bares, ou nas ruas. Em termos de distribuição geográfica os questionários foram aplicados nas regiões da Grande Lisboa, Grande Porto, na Zona Norte, Zona Centro e no Algarve.

Os critérios de inclusão no estudo PREVIH direcionado a TS exigiam ser-se maior de 18 anos, declarar fazer ou ter feito trabalho sexual no último ano e aceitar livremente participar no estudo.

Os dados foram recolhidos por inquiridores indicados pelas organizações parceiras, devidamente treinados para a aplicação do questionário.

Foram atendidas considerações éticas no decorrer do estudo e a participação no mesmo foi voluntária. Todos os participantes deram o seu consentimento oral para a participação no estudo, tendo o inquiridor assinado a declaração de consentimento, informando e garantindo a confidencialidade dos dados recolhidos. Aos participantes foi comunicada a possibilidade de abandonarem o estudo quando o desejassem, sendo-lhes entregues os contatos da equipa de investigação.

A entidade promotora do projeto PREVIH foi o GAT, instituição que conta com um projeto de intervenção direcionado para pessoas que fazem trabalho sexual em contexto de interior na área da Grande Lisboa. Esse projeto, iniciado em 2006, começou por ser exclusivamente dirigido à população masculina e transgénera, sendo que apenas em 2010 começou a abarcar também a população feminina que exerce trabalho sexual neste contexto. A abordagem à população é sempre iniciada pela oferta de materiais de prevenção, nomeadamente preservativos e gel lubrificante, sendo os TS contactados e procurados através dos anúncios dos próprios sobre os seus serviços em sites e jornais. No final de 2012 este projeto abrangia 397 TS (49% género feminino; 30% género masculino; 21% transgénero) distribuídos pela área da Grande Lisboa. Os questionários PREVIH aplicados no âmbito desse projeto, aos quais se obteve acesso para efeitos de elaboração do presente estudo, servem-lhe de base, conforme descrito no capítulo 3.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

No desenho de qualquer investigação é fundamental a fase de definição metodológica, através do delineamento de finalidades e objetivos, tipo de estudo e população abrangida, seus critérios de inclusão e exclusão, bem como as fontes de informação a utilizar. Posteriormente deve proceder-se à operacionalização das variáveis, seguida da análise dos dados. É fundamental que se tenha em conta que todos os estudos têm limitações e vieses e as considerações éticas não devem ser descuidadas em qualquer momento do processo.

3.1. Finalidade

Com o estudo proposto, pretende-se contribuir para o conhecimento sobre pessoas que fazem trabalho sexual em contexto de interior, que permita o planeamento futuro de estratégias orientadas para a prevenção, rastreio e tratamento do VIH/SIDA direcionadas para esta população.

3.2 Objetivo geral

Definiu-se como objetivo geral para este estudo a caracterização da utilização e acesso a serviços de saúde para informação, prevenção e teste de VIH em trabalhadores do sexo indoor na área da grande Lisboa,

3.3 Objetivos específicos

No sentido de alcançar este objetivo geral, foram traçados os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar a população que faz trabalho sexual em contexto de interior na área da Grande Lisboa;
- Contribuir para a estimativa da infeção VIH/Sida na população em estudo;
- Caracterizar a utilização e acesso aos serviços de saúde para informação, prevenção e teste de VIH pela população em estudo;

- Identificar fatores que estão associados à utilização e acesso a serviços de saúde para informação, prevenção e teste de VIH pela população em estudo;

3.4 Tipo de estudo

A investigação proposta contará com a utilização de dados recolhidos num estudo transversal realizado no âmbito do projeto *PREVIH: Infeção pelo VIH/SIDA nos trabalhadores sexuais: Prevalência, Determinantes, Intervenções de Prevenção e Acesso aos Serviços de Saúde*. A amostra foi alcançada através da técnica não probabilística de bola-de-neve, no âmbito do projeto de intervenção do GAT, anteriormente descrito no enquadramento teórico.

A recolha destes dados ocorreu entre Agosto de 2011 e Setembro de 2012, tendo os questionários sido aplicados por um entrevistador treinado para o efeito.

Os estudos transversais, aplicados em amostras da população que se pretende estudar, são úteis na avaliação das necessidades em cuidados de saúde, permitindo focar características pessoais e demográficas bem como doenças e hábitos relacionados com a saúde (Beaglehole; Bonita; Kjellström, 2003).

Foi realizada uma abordagem analítica permitindo não apenas a descrição do fenómeno em estudo mas também a análise da relação entre variáveis.

3.5 População em estudo

A amostra estudada é composta por 272 indivíduos que dizem realizar trabalho sexual em contexto de interior na área da Grande Lisboa.

3.6 Critérios de inclusão

Os critérios para inclusão neste estudo foram:

- Fazer parte do conjunto de indivíduos abrangidos pelo projeto de intervenção do GAT;
- Realizar trabalho sexual em contexto de interior, mesmo que não em exclusividade, independentemente do local onde esse trabalho fosse realizado;

3.7 Fontes de informação

A informação que serviu de base para este estudo provém do questionário elaborado no âmbito do projeto PREVIH, tendo sido selecionadas as questões relativas à caracterização sociodemográfica, dados relativos ao teste ao VIH, ao estatuto serológico reportado para a infeção VIH/Sida, e ao acesso aos serviços de saúde para informação, prevenção e teste.

3.8 Definição e operacionalização de variáveis

Das variáveis existentes no questionário foram selecionadas aquelas que permitiam responder aos objetivos propostos, estando descritas na tabela seguinte:

Variável	Tipo	Valores
Variáveis sociodemográficas		
Género	Nominal	Feminino/ Masculino/ Transgénero
Idade	Quantitativa contínua agrupada em classes	[18-25]; [26-35]; [36-45]; [≥46]
Nacionalidade	Nominal dicotómica	Portuguesa/ Estrangeira
País de origem	Nominal	PALOP; Brasil; Outros países da América Latina; Europa Ocidental ou Central; Europa de Leste; Ásia

Situação de permanência no país	Nominal dicotómica	Regular/ Irregular
Habilitações	Nominal	Sem grau académico/ Primeiro ciclo/ Segundo ciclo/ Terceiro ciclo/ Ensino Secundário/ Ensino Superior
Situação perante o trabalho	Nominal	Empregado a tempo inteiro/ Empregado a tempo parcial/ Desempregado/ Estudante/ Trabalhador-estudante
Rendimento mensal do agregado	Nominal	[<250€]; [251-500€]; [501-750€]; [751-1000€]; [1001-2000€]; [2001-3000€]; [>3000€]
Frequência de trabalho sexual	Nominal dicotómica	Tempo inteiro/ Ocasional
Local de trabalho	Nominal	Pensões o Hotéis/ Casas de massagem ou de convívio/ Apartamentos/ Bares ou clubes/ Rua ou Automóvel
Variáveis para cálculo de prevalência		
Alguma vez fez o teste para o VIH?	Nominal dicotómica	Sim/ Não
Estatuto serológico reportado	Nominal	Negativo/ Positivo/ Desconhecido
Variáveis sobre acesso a saúde para informação e prevenção		
Alguma vez recorreu ao SNS	Nominal dicotómica	Sim/ Não
Último acesso ao SNS	Ordinal	últimos 3 meses/ 3-6 meses/ 6 meses a 1 ano/ há mais de 1 ano/ nunca recorreu;
Classificação do último atendimento no SNS	Ordinal	Muito bom/ Bom/ Aceitável/ Mau;
Alguma vez recorreu a um serviço para obter informação sobre VIH/Sida	Nominal dicotómica	Sim/ Não
Local onde recorreu para obter informação sobre VIH/Sida	Nominal	Nunca recorreu/ ONG/ Unidade móvel/ Centro de saúde/ Hospital público/ CAD;
Fonte mais frequente para informação sobre VIH/Sida	Nominal	Não consegue obter informação/ ONG/ profissional de saúde/ Amigos e parentes/ Professores/ Internet/ Meios de comunicação social/ Outros;
Participação em campanhas de prevenção nos últimos 12 meses	Nominal dicotómica	Sim/ Não
Receção gratuita de preservativos nos últimos 12 meses	Nominal dicotómica	Sim/ Não
Local onde recebeu os preservativos gratuitamente	Nominal	ONG/ Unidade móvel/ Centro de saúde/ Amigos/ Outro;

Variáveis sobre acesso a teste de deteção do VIH		
Alguma vez fez o teste de deteção do VIH	Nominal dicotómica	Sim/ Não
Local onde fez o teste de deteção do VIH	Nominal	ONG/ Centro de saúde/ Unidade móvel/ Hospital público/ Hospital ou clínica privada/ Laboratório privado/ CAD;
Fez o teste de deteção do VIH nos últimos 12 meses	Nominal dicotómica	Sim/ Não
Sabe que o teste de deteção do VIH pode ser gratuito e confidencial	Nominal dicotómica	Sim/ Não
Sabe onde recorrer para fazer o teste de deteção do VIH	Nominal dicotómica	Sim/ Não
Motivo para nunca ter realizado o teste de deteção do VIH	Nominal	Nunca teve comportamentos de risco/ Não sabe onde fazer/ Tem medo do resultado/ Não quer saber o resultado/ Não pensa nisso/ Outro
Motivo para ter realizado o teste de deteção do VIH	Nominal	Não se sentia bem/ Porque o preservativo rompeu/ Por ter um parceiro seropositivo/ Devido a intervenção cirúrgica/ Gravidez/ Por ter tido um comportamento de risco/ Para um emprego ou empréstimo bancário/ Para doação de sangue/ Exames de rotina/ Porque o parceiro pediu/ Por outro motivo;

Tabela 3: Operacionalização das variáveis

3.9 Tratamento e análise de dados

Inicialmente procedeu-se à inserção dos dados constantes nos questionários numa base de dados construída para o efeito no programa SPSS 20.0 (Statistical Package for the Social Sciences).

A análise dos dados foi realizada em quatro etapas:

- Inicialmente foi feita a **análise descritiva** das variáveis socioeconómicas, por forma a dar resposta ao primeiro objetivo, relativo à caracterização da amostra. Nesse sentido foram calculadas as frequências das variáveis qualitativas (nominais e ordinais) e determinadas medidas de tendência central (média, mediana e moda) e de dispersão para variáveis quantitativas.
- Em seguida estimou-se a **taxa de prevalência** da infeção por VIH por género, tendo sido utilizado como denominador o número de pessoas que diz alguma vez ter realizado o teste para deteção da infeção, com o

intuito de responder ao objetivo 2 e contribuir para uma estimativa da infeção.

- Posteriormente procedeu-se à **análise descritiva** das variáveis relativas ao acesso a serviços de saúde para informação, prevenção e teste, respondendo ao objetivo 3 que ambicionava a sua caracterização.
- Finalmente foi utilizada a **análise bivariada** para comparar as distribuições das variáveis utilizando um nível de significância de 5%. Realizou-se o teste de independência do **qui-quadrado** para caracterizar a existência de diferenças significativas nas variáveis socioeconómicas e nas variáveis relativas ao acesso a serviços de saúde tanto para informação, como para prevenção ou teste. Nos casos em que se obtiveram diferenças significativas foi calculada a **odds ratios** (OR) e respetivos intervalos de confiança a 95% com a finalidade de verificar a força da associação entre as variáveis.

3.10 Limitações e vieses

Todos os estudos apresentam limitações relativas à sua validade interna ou externa. Sendo esta uma população de difícil acesso, recorrer a um mediador comunitário com largos anos de interação com estas pessoas revela-se uma forma bem sucedida de lhes conseguir aceder, favorecendo a quantidade de pessoas que podem ser abrangidas neste tipo de estudos. Por outro lado, é fundamental frisar que esse mesmo facto pode também ser uma desvantagem e a proximidade existente entre entrevistador e entrevistado pode ser prejudicial, conduzindo à precipitação ou falta de exatidão em algumas respostas. A título de exemplo temos: as questões relativas à caracterização sociodemográfica (como o rendimento mensal, habilitações académicas ou situação de permanência no país que podem ser intimidantes quando questionadas por alguém que os visita regularmente); a questão relativa ao local onde a pessoa obteve preservativos gratuitamente (quando esta é a técnica de abordagem utilizadas para os primeiros contactos neste projeto); a questão sobre o estatuto serológico reportado (que pela proximidade ao

entrevistador poderá não corresponder com exatidão à verdade); Torna-se assim essencial ter em mente que estas pessoas dependem do trabalho sexual como forma de subsistência e temem o facto de se exporem perante alguém que trabalha com outros colegas seus e com quem nem sempre têm uma relação de elevada confiança.

4. RESULTADOS

Ao longo deste capítulo serão apresentados os resultados obtidos através da análise dos questionários, pretendendo dar-se resposta a cada um dos objetivos propostos para este estudo. A amostra total de participantes neste estudo é composta por 272 trabalhadores do sexo, que exercem a sua atividade em contexto de interior.

Objetivo 1 - Caracterizar a população de TS em contexto de interior na área da Grande Lisboa;

Sendo esta uma população onde a questão do género é particularmente relevante optou-se por fazer a sua caracterização atendendo ao género indicado por si na resposta ao questionário. Na amostra em estudo a maioria dos TS identifica-se como sendo do género feminino (52,2%; n=140), havendo 31,7% (n=85) que se identificam com o género masculino e 16% (n=43) transgéneros (gráfico 1).

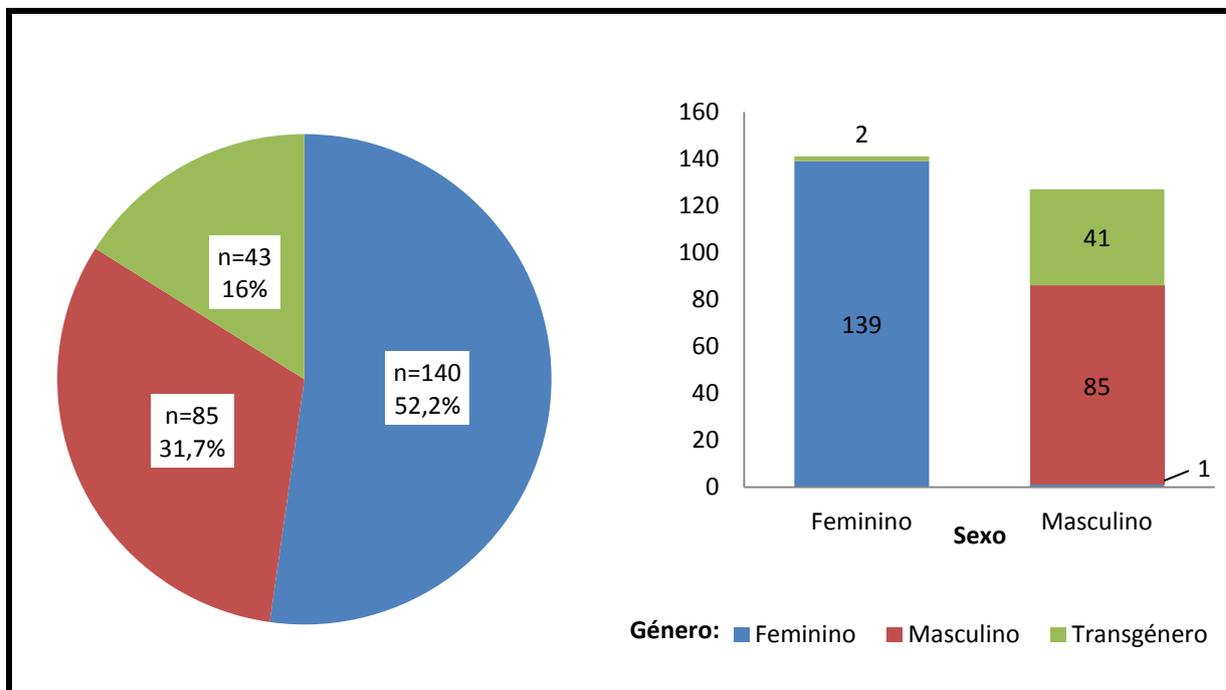


Gráfico 1: Caracterização da amostra por sexo e género (n=268)

Atendendo à caracterização sociodemográfica da amostra, pela observação da tabela 4, verifica-se que em termos de distribuição etária grande parte dos TS tem entre os 26 e os 35 anos (48,9%; n=131) e a média de idade situa-se nos 30,76 anos (DP=8,02), Os TS masculinos e transgéneros são em média mais novos com médias de idades de 28 (DP=7) e 29 (DP=6) anos respetivamente em comparação com a média das TS femininas de 33 anos (DP=9).

		Género							
		Feminino		Masculino		Transgénero		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Idade (n=268)	18-25	28	20,0%	33	38,8%	13	30,2%	74	27,6%
	26-35	67	47,9%	40	47,1%	24	55,8%	131	48,9%
	36-45	31	22,1%	9	10,6%	6	14,0%	46	17,2%
	≥46	14	10,0%	3	3,5%	0	0,0%	17	6,3%
Nacionalidade (n=267)	Portuguesa	53	38,1%	27	31,8%	3	7,0%	83	31,1%
	Estrangeira	86	61,9%	58	68,2%	40	93,0%	184	68,9%
País de origem (n=194)	PALOP	9	10,5%	0	0,0%	0	0,0%	9	4,9%
	Brasil	73	84,9%	54	94,1%	39	97,5%	166	90,7%
	Outros Países da América Latina	2	2,3%	0	0,0%	0	0,0%	2	1,1%
	Europa Ocidental ou Central	0	0,0%	0	0,0%	1	2,5%	1	0,5%
	Europa de Leste	2	2,3%	2	3,4%	0	0,0%	4	2,1%
	Ásia	0	0,0%	2	3,4%	0	0,0%	2	1,1%
Situação (n=183)	Regular	48	53,9%	38	66,7%	10	27%	96	52,5%
	Irregular	41	46,1%	19	33,3%	27	73%	87	47,5%

Tabela 4: Caraterização sociodemográfica da amostra por idade, nacionalidade, país de origem e situação de permanência no país.

A amostra em estudo é maioritariamente constituída por indivíduos de nacionalidade estrangeira (68,9%; n=184), face a 27,3% (n=73) de nacionalidade Portuguesa, com distribuições similares em qualquer dos géneros. É de assinalar que 93% (n=40) das pessoas transgéneras são estrangeiras.

Entre as pessoas estrangeiras verifica-se que 89,2% (n=173) tem nacionalidade Brasileira sendo a distribuição por géneros feita do seguinte

modo: 46,2% (n=80) do género feminino, 31,2% (n=54) do género masculino e 22,5% (n=39) transgénero. Relativamente à distribuição por outras nacionalidades observa-se 5,7% (n=11) TS com origem nos países africanos de língua oficial Portuguesa (PALOP), 2,1% (n=4), da Europa de Leste, 1,5% (n=3) de outros países da América Latina e 1% (n=2) da Ásia.

Atendendo à situação de permanência no país verifica-se que 52,5% (n=96) diz estar em situação regular, face a 47,5% (n=87) em situação irregular.

Quando analisadas as habilitações literárias (tabela 5) verifica-se que a maioria da amostra completou o ensino secundário (50,6%; n=135) e comparativamente 31,1% completou o terceiro ciclo (n=83), havendo 6% da amostra com habilitações ao nível do ensino superior (n=16).

		Género							
		Feminino		Masculino		Transgénero		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Habilitações literárias (n=267)	Sem grau académico	1	0,7%	1	1,2%	0	0,0%	2	0,7%
	Primeiro ciclo	5	3,6%	0	0,0%	1	2,3%	6	2,2%
	Segundo ciclo	16	11,5%	5	5,9%	4	9,3%	25	9,4%
	Terceiro ciclo	48	34,5%	21	24,7%	14	32,6%	83	31,1%
	Ensino Secundário	61	43,9%	51	60,0%	23	53,5%	135	50,6%
	Ensino Superior	8	5,8%	7	8,2%	1	2,3%	16	6,0%
Situação perante o trabalho (n=267)	Empregado a tempo inteiro	8	5,8%	14	16,5%	0	0,0%	22	8,2%
	Empregado a tempo parcial	9	6,5%	12	14,1%	1	2,3%	22	8,2%
	Desempregado	119	85,6%	56	65,9%	42	97,7%	217	81,3%
	Estudante	3	2,2%	2	2,4%	0	0,0%	5	1,9%
	Trabalhador-estudante	0	0,0%	1	1,2%	0	0,0%	1	0,4%
Montante mensal total dos rendimentos do agregado familiar (n=266)	<250€	3	2,2%	4	4,7%	0	0,0%	7	2,6%
	251-500€	5	3,6%	7	8,2%	3	7,1%	15	5,6%
	501-750€	20	14,4%	13	15,3%	4	9,5%	37	13,9%
	751-1000€	38	27,3%	24	28,2%	6	14,3%	68	25,6%
	1001-2000€	38	27,3%	22	25,9%	12	28,6%	72	27,1%
	2001-3000€	22	15,8%	10	11,8%	11	26,2%	43	16,2%
	>3000€	12	8,6%	4	4,7%	5	11,9%	21	7,9%
	Não responde	1	0,7%	1	1,2%	1	2,4%	3	1,1%

Tabela 5: Caracterização sociodemográfica da amostra por habilitações literárias, situação perante o trabalho e montante total de rendimentos no agregado familiar.

No que diz respeito à situação face ao emprego a larga maioria da amostra diz estar desempregada (81,3%; n= 217). Quando analisado por género verificamos que 85,6% (n=119) dos TS femininos diz estar desempregado, face a 97,7% (n=42) dos TS transgéneros e a 65,9% (n=56) dos TS masculinos.

Relativamente ao montante total de rendimentos mensais no agregado familiar 27,1% (n=72) refere auferir entre 1001-2000€ mensais e 25,6% (n=68) entre 751-1000€. Em proporção as TS transgéneras são as que mais reportam ter rendimentos superiores a 3000€ (11,9%; n= 5).

A maioria dos indivíduos refere exercer TS a tempo inteiro (78,4%; n=210). Dentro do grupo dos TS transgéneros, 97,7% (n=42) dos indivíduos diz trabalhar a tempo inteiro.

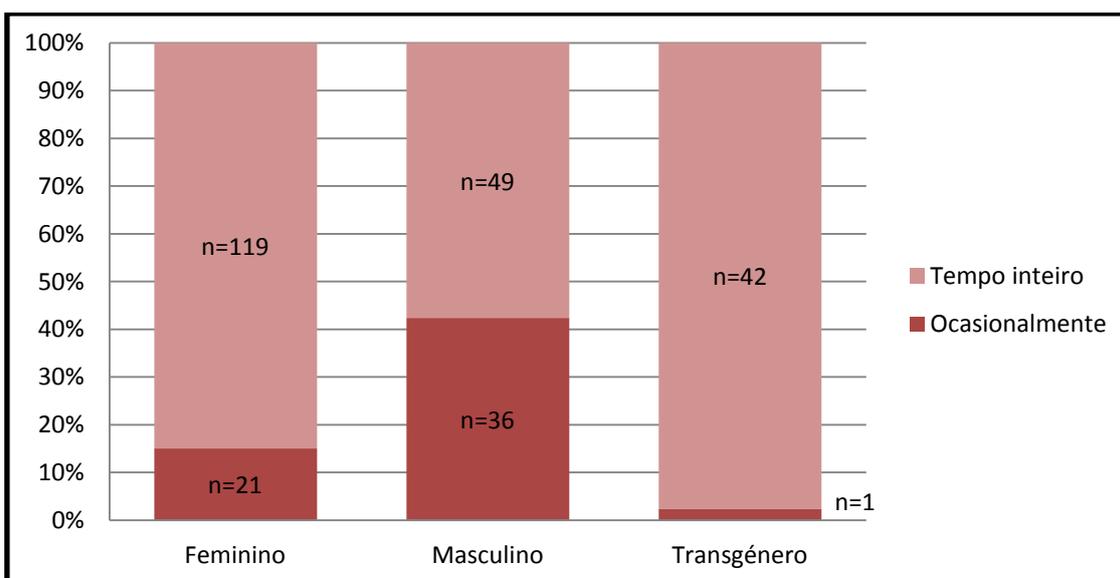


Gráfico 2: Distribuição da frequência de trabalho sexual por género (n=268).

Na pergunta sobre o local onde exercem trabalho sexual, que permitia resposta múltipla, verifica-se que, dos 268 respondentes, a quase totalidade trabalha em apartamentos (n=263) e 20 destas pessoas dizem também trabalhar na rua/ automóveis ou noutros contextos de interior (gráfico 3).

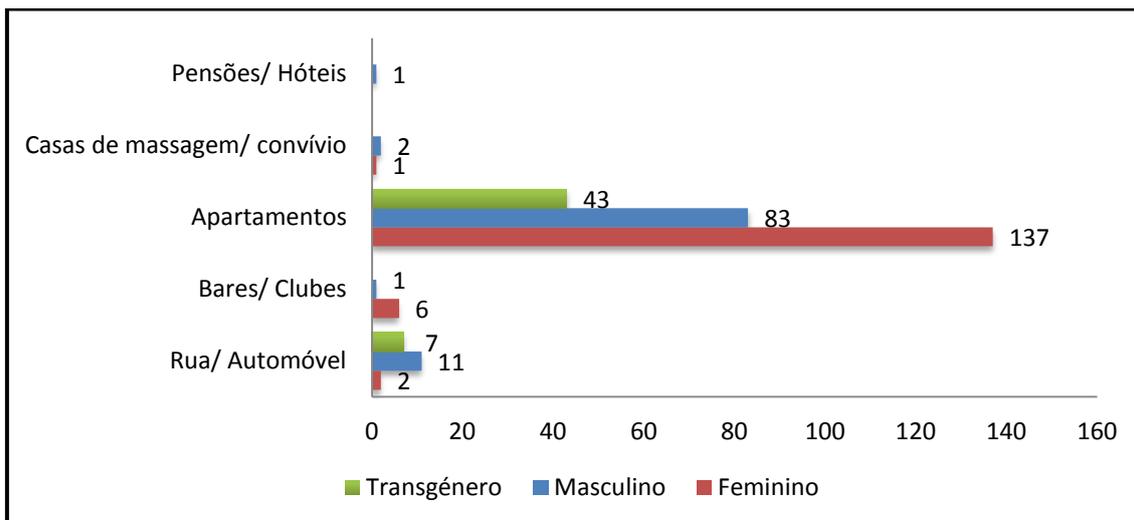


Gráfico 3: Caracterização do local onde exerce trabalho sexual por género (n=268).

Objetivo 2 - Contribuir para a estimativa da prevalência da infeção VIH/Sida na amostra em estudo;

A estimativa da infeção VIH/Sida para a amostra em estudo foi calculada tendo como base as respostas à questão: “Já fez o teste para o VIH, mesmo que não saiba o resultado” e cuja distribuição se encontra na tabela 6.

	Género							
	Feminino		Masculino		Transgénero		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Não	25	17,9%	10	11,8%	2	4,7%	37	13,8%
Sim	115	82,1%	75	88,2%	41	95,3%	231	86,2%

Tabela 6: Distribuição da amostra que diz ter realizado o teste para o VIH (n=268).

Do total dos respondentes (n=222) à questão relativa ao seu estatuto serológico para o VIH, 7,7% (n=17) referiu ser seropositivo (tabela 7). Analisando as respostas por género obtemos que 3,6% (n=4) das TS femininas diz ser seropositiva para o VIH, face a 9,6% (n=7) dos TS masculinos e 15,4% (6) dos TS transgéneros.

		Género							
		Feminino		Masculino		Transgénero		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Situação atual relativa à infeção pelo VIH (n=222)	Seronegativo	106	96,4%	66	90,4%	33	84,6%	205	92,3%
	Seropositivo	4	3,6%	7	9,6%	6	15,4%	17	7,7%

Tabela 7: Caracterização da amostra por estatuto serológico auto-reportado (n=222).

Objetivo 3 - Caracterizar a utilização e acesso aos serviços de saúde para informação, prevenção e teste de VIH pela amostra em estudo;

Para responder a este objetivo selecionaram-se as questões que dão resposta à forma como esta amostra acede aos serviços de saúde nas três vertentes estudadas: informação, prevenção e teste de VIH.

Pela observação do gráfico 4, relativo à última vez que recorreu ao Serviço Nacional de Saúde, verificamos que 33% diz ter recorrido nos últimos 3 meses, 16% entre 3 e 6 meses, 15% entre 6 meses e um ano, 20% recorreu pela última vez há mais de um ano e 16% diz nunca ter recorrido ao SNS.

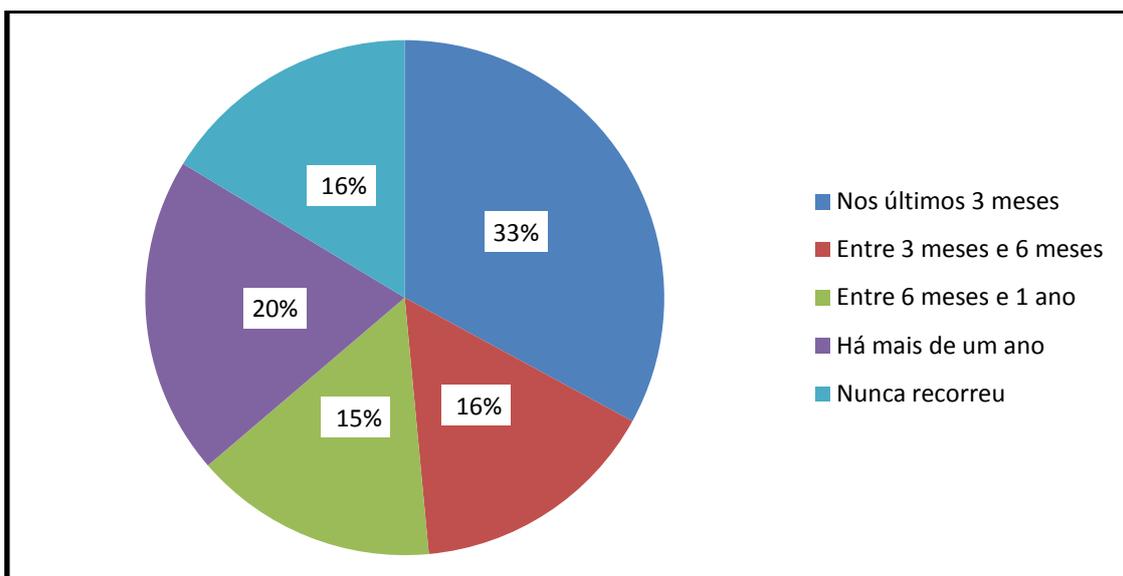


Gráfico 4: Distribuição pela última vez que recorreu ao SNS (n=270).

Quando questionados sobre se alguma vez recorreram a algum serviço para obtenção de informações sobre o VIH/Sida, que permitia resposta múltipla, 83% (n=225) dos respondentes indicaram nunca ter recorrido. Dos que afirmaram já ter recorrido, 11% (n=30) referem ter-se dirigido a ONG. Os restantes respondentes indicam que o local para obter informações foi um centro de saúde (n=7), um hospital público (n=5), um Centro de

aconselhamento e deteção precoce do VIH/Sida - CAD (n=3) ou uma unidade móvel (n=2), conforme distribuído no gráfico 5.

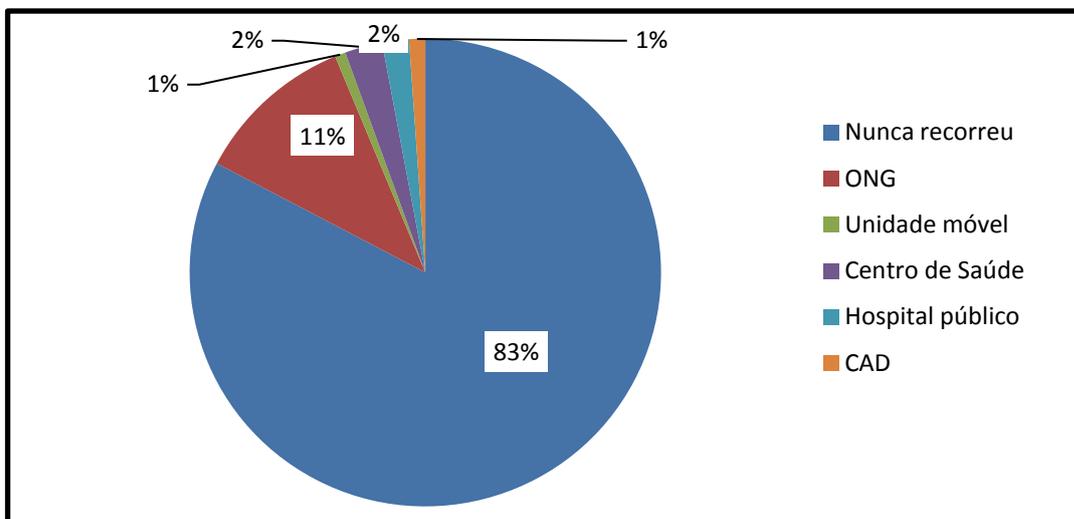


Gráfico 5: Distribuição pelo local onde recorreu para obter informação sobre o VIH/Sida (n=272).

Na questão relativa à fonte de informação a que recorre mais frequentemente (gráfico 6), 103 pessoas (38%) refere a Internet como fonte primordial de informação. Em seguida surgem os meios de comunicação social (n=81; 30%), as ONG (n=30; 11%), 10,3% e os amigos e parentes (n=28; 7%). Só depois surgem os Profissionais de Saúde para obter informação sobre o VIH/Sida (n=18; 6,6%).

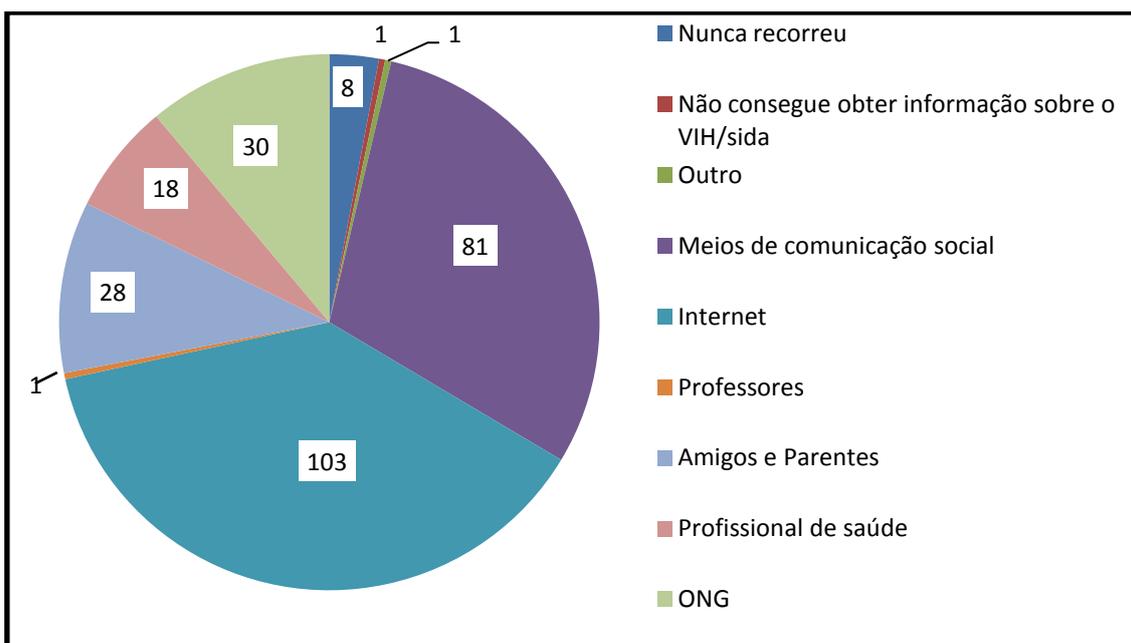


Gráfico 6: Distribuição pela fonte a que recorre mais frequentemente para obter informação sobre VIH/Sida (n=271)

Em relação a ter sido abrangido por alguma campanha de prevenção para o VIH/Sida nos últimos 12 meses a distribuição das respostas é equilibrada, havendo 51% (n=139) das pessoas que responde não ter sido abrangido e 49% (n=131) que diz ter sido abrangido. Por outro lado, quando questionados se receberam preservativos gratuitamente nos últimos 12 meses, 72% (n=194) afirma ter recebido e 28% (n=77) diz não ter recebido (tabela 8)

	Sim	Não
Participou em campanhas de prevenção nos últimos 12 meses? (n=270)	131 (49%)	139 (51%)
Recebeu preservativos gratuitos nos últimos 12 meses? (n=271)	194 (72%)	77 (28%)

Tabela 8: Distribuição da participação em campanhas de prevenção nos últimos 12 meses (n=270) e da receção de preservativos gratuitos nos últimos 12 meses (n=271).

Dos 194 respondentes que referiram ter recebido preservativos gratuitamente no último ano a maioria (n=181; 92%) diz que os recebeu através de ONG. Os restantes referem como fonte para obter preservativos gratuitos os centro de saúde (n=3; 1,5%), unidade móveis (n=2;1%) ou amigos (n=1; 0,5%) havendo 9 (4,5%) que referem outros locais (gráfico 7).

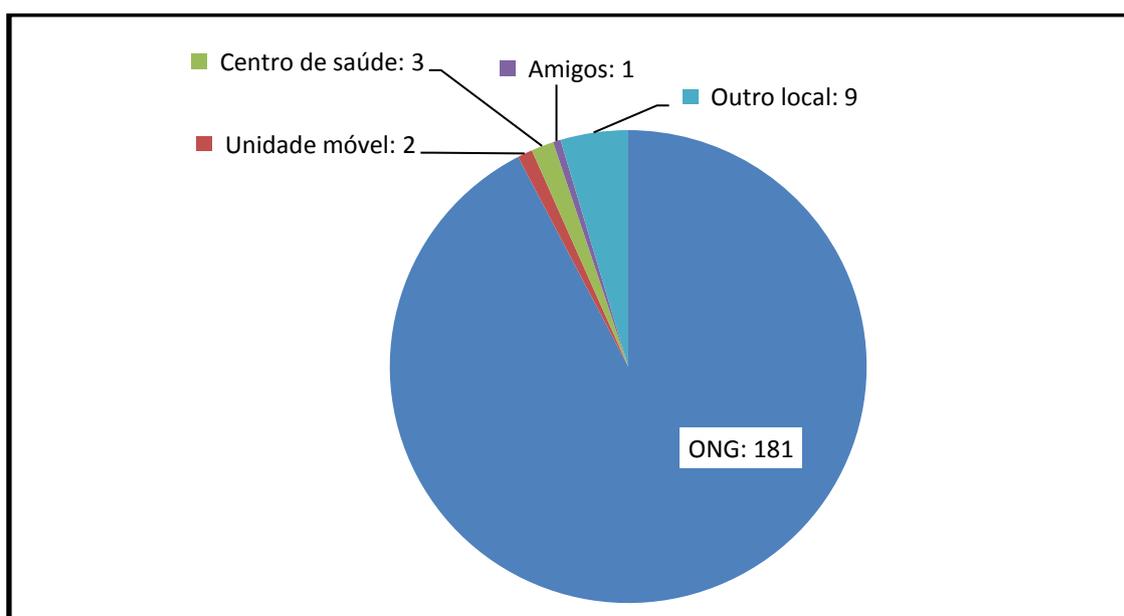


Gráfico 7: Distribuição do local onde recebeu os preservativos gratuitamente (n=194).

Na tabela 9 observamos as respostas à questão sobre se alguma vez realizaram o teste de deteção do VIH, havendo 86% (n=231) das pessoas que afirma já o ter feito face a 14 % (n= 37) que diz nunca ter feito o teste. Na caracterização da forma como a amostra acede à realização do teste de deteção do VIH nos últimos 12 meses observa-se que 59% (n=139) diz ter realizado o teste, havendo 41% (n=95) da amostra que diz não o ter realizado.

	Sim	Não
Alguma vez realizou o teste de deteção do VIH? (n=268)	234 (86%)	38 (14%)
Realizou o teste de deteção do VIH nos últimos 12 meses? (n=234)	139 (59%)	95 (41%)

Tabela 9: Distribuição das respostas sobre se alguma vez realizou o teste de deteção do VIH (n=268) e sobre se realizou o mesmo teste nos últimos 12 meses (n=234).

Relativamente ao local onde pela última vez realizou o teste de deteção do VIH 27% (n=61) dos indivíduos diz que o realizou num hospital público, 23% (n=51) refere uma ONG, 17% (n=38) indica que o realizou num centro de saúde e 13% (n=30) indica que foi num CAD que realizou o último teste (gráfico 8).

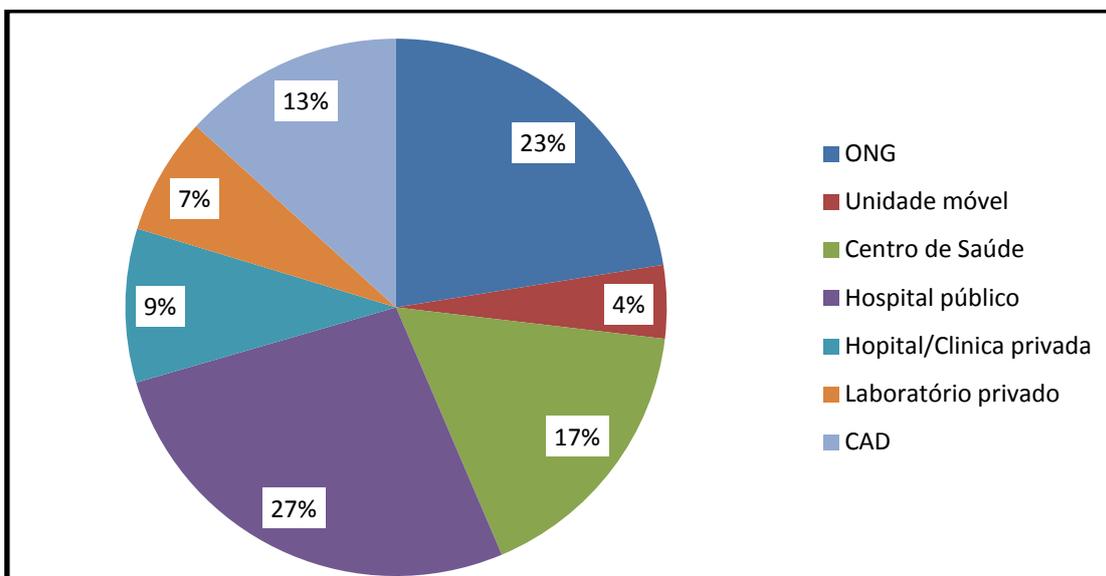


Gráfico 8: Distribuição pelo local onde efetuou o teste (n=227)

Objetivo 4 - Identificar fatores que estão associados à utilização e acesso a serviços de saúde para informação, prevenção e teste de VIH pela amostra em estudo.

Para identificar fatores que possam condicionar a forma como esta amostra acede aos serviços de saúde na área da informação, prevenção e teste de VIH foram cruzadas as suas respostas às questões mais significativas nesta área com algumas das suas características sociodemográficas que possam estar associadas a desigualdades neste acesso, nomeadamente: género, idade, nacionalidade e situação de permanência no país. De forma a facilitar a análise de cada um dos aspetos estudados dividiu-se o objetivo em dois sub-objetivos: o primeiro direcionado para o acesso a serviços para informação e prevenção, e o segundo para acesso a serviços de teste de deteção de VIH.

a) Acesso a serviços para informação e prevenção

Da análise dos fatores que podem estar associados ao evento *nunca ter recorrido ao SNS* (tabela 10) verificam-se diferenças significativas ao nível do género, sendo que os indivíduos transgéneros têm 3,582 ($p=0,003$) mais probabilidades de nunca ter recorrido ao SNS e os indivíduos do género masculino têm 1,771 ($p=0,147$) mais probabilidades do mesmo evento em relação aos indivíduos do género feminino, não sendo esta última estatisticamente significativa.

Analisando a distribuição das respostas na classe etária, apesar de não ser estatisticamente significativa, verifica-se que a classe dos 26-35 anos parece ser protetora (OR=0,804) face à probabilidade nunca recorrerem ao SNS, quando comparada com a classe entre os 18-25 anos.

		Alguma vez recorreu ao Serviço Nacional de Saúde					
		Já recorreu n (%)	Nunca recorreu n (%)	Total n (%)	p	OR	IC 95%
Género	Feminino *	124 (89,2%)	15 (10,8%)	139 (100%)	0,012		
	Masculino	70 (82,4%)	15 (17,6%)	85 (100%)	0,147	1,771	0,817-3,839
	Transgénero	30 (69,8%)	13 (30,2%)	43 (100%)	0,003	3,582	1,542-8,323
Idade	18-25 *	60 (81,1%)	14 (18,9%)	74 (100%)	0,917		
	26-35	112 (84,2%)	21 (15,8%)	133 (100%)	0,565	0,804	0,381;1,693
	36-45	37 (80,4%)	9 (19,6%)	46 (100%)	0,930	1,042	0,410;2,648
	>= 46	17 (100%)	0 (0%)	17 (100%)	0,998	0,000	
Nacionalidade	Portuguesa *	83 (100%)	0 (0%)	83 (100%)	a)		
	Estrangeira	143 (76,9%)	43 (23,1%)	186 (100%)			
Situação	Regular *	75 (76,5%)	23 (23,5%)	98 (100%)	*		
	Não regular	68 (78,2%)	19 (21,8%)	87 (100%)	0,792	0,911	0,457-1,818

a) Dado que a totalidade dos nacionais recorreu ao SNS, a cálculo matemático do odds ratio não faz sentido.

* Classe de referência

Tabela 10: Identificação de fatores associados à probabilidade de nunca ter recorrido ao SNS (n=270).

Outra das variáveis que pode estar associada ao acesso a estes serviços é o grau de satisfação face aos mesmos (gráfico 9). Quando questionados sobre o grau de satisfação no último atendimento no SNS, 39,17% (n=85) dos indivíduos classifica o atendimento como *muito bom* , 32,72% (n=71) como *bom* , 21,66% (n=47) como *aceitável* e 6,45% (n=14) como *mau* .

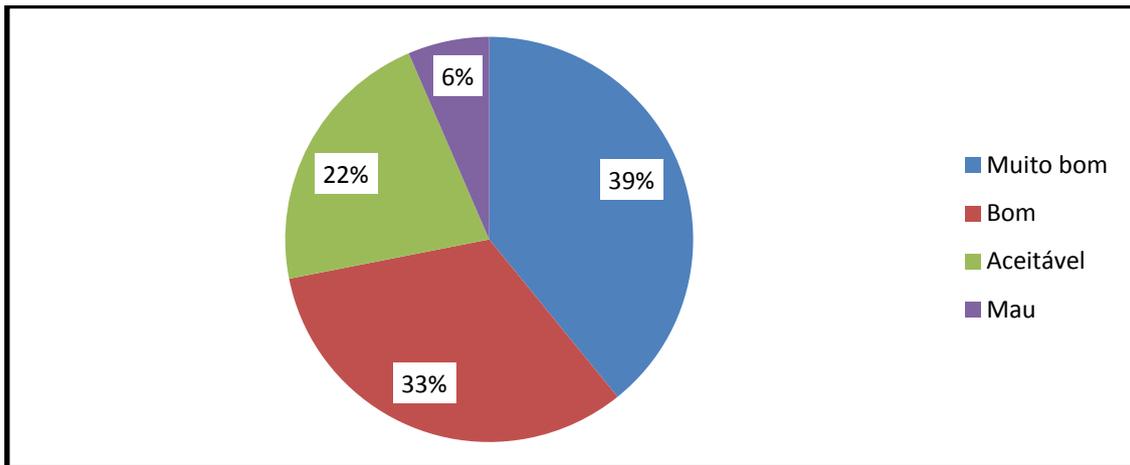


Gráfico 9: Classificação do último atendimento no SNS (n=217).

Analisando a tabela 11, observa-se a distribuição das respostas para o evento *nunca ter recorrido a um local para obter informação sobre o VIH/Sida* face às variáveis sociodemográficas selecionadas. Verifica-se que o género masculino e transgénero parecem ser protetores face à probabilidade de aceder a estes locais - 0,313 e 0,367 respetivamente ($p=0,002$ e $p=0,028$), quando comparados com os indivíduos do género feminino, ou seja, recorrem mais a locais para obter informação sobre VIH/Sida.

Apesar de não ser estatisticamente significativo, os dados sugerem também que os indivíduos com idades entre os 26 e os 45 (66,1% da amostra) terão uma maior probabilidade de nunca aceder a estes locais (OR: 1,283 e 2,136 respetivamente) quando comparados com a classe etária dos 18 aos 25 anos. O mesmo se verifica em relação à nacionalidade e à situação de permanência, em que os cidadãos estrangeiros poderão ter 1,11 mais probabilidade de não aceder a estes serviços, e os que se encontram em situação irregular, 1,795 mais probabilidade do mesmo evento ($p=0,763$ e $0,152$ respetivamente), quando comparados com cidadãos nacionais ou em situação regular, respetivamente. Contudo estes valores não são estatisticamente significativos.

Alguma vez recorreu a algum local para obter informações sobre o VIH/Sida?							
		Já recorreu n (%)	Nunca recorreu n (%)	Total n (%)	p	OR	IC 95%
Género	Feminino *	14 (10%)	126 (90%)	140 (100%)	0,006		
	Masculino	22 (26,2%)	62 (73,8%)	84 (100%)	0,002	0,313131	0,150;0,654
	Transgénero	10 (23,3%)	33 (76,7%)	43 (100%)	0,028	0,366667	0,149;0,900
Idade	18-25 *	15 (20,3%)	59 (79,7%)	74 (100%)	0,497		
	26-35	22 (16,5%)	111 (83,5%)	133 (100%)	0,503	1,283	0,619;2,657
	36-45	5 (10,6%)	42 (89,4%)	47 (100%)	0,171	2,136	0,720;6,331
	>= 46	4 (23,5%)	13 (76,5)	17 (100%)	0,766	0,826	0,235;2,901
Nacionalidade	Portuguesa *	15 (18,1%)	68 (81,9%)	83 (100%)			
	Estrangeira	31 (16,6%)	156 (83,4%)	187 (100%)	0,763	1,11	0,563;2,189
Situação	Regular *	20 (20,4%)	78 (79,6%)	98 (100%)			
	Não regular	11 (12,5%)	77 (87,5%)	88 (100%)	0,152	1,795	0,806;3,996

* Classe de referência

Tabela 11: Identificação de fatores associados à probabilidade de nunca ter recorrido a um local para obter informações sobre o VIH/Sida (n= 271).

Na tabela 12, relativamente ao indicador que se refere à probabilidade do evento *não ter sido abrangido por campanhas de prevenção nos últimos 12 meses* observamos que há evidência estatística de que os elementos do género feminino têm 3,671 mais probabilidades de não terem sido abrangidos ($p=0,001$) e os elementos do género masculino têm 2,645 mais probabilidades do mesmo evento ($p=0,016$), quando comparados com os indivíduos transgéneros.

Na distribuição etária verifica-se que as pessoas com mais de 46 anos têm 3,079 mais probabilidade de não terem sido abrangidos por nenhuma

campanha no último ano ($p=0,068$), quando comparados com a classe etária dos 18-25 anos.

Por outro lado há evidência de que ser estrangeiro será um fator protetor para este evento (OR: 0,487, $p=0,008$), quando comparados com indivíduos nacionais, isto é acedem mais a campanhas de prevenção.

Foi abrangido por alguma campanha para o VIH/sida nos últimos 12 meses?							
		Não n (%)	Sim n (%)	Total n (%)	p	OR	IC 95%
Género	Feminino	81 (58,7%)	57 (41,3%)	138 (100%)	0,001	3,671	1,738;7,753
	Masculino	43 (50,6%)	42 (49,4%)	85 (100%)	0,016	2,645	1,200;5,830
	Transgénero *	12 (27,9%)	31 (72,1%)	43 (100%)	0,003		
Idade	18-25 *	38 (51,4%)	36 (48,6%)	74 (100%)	0,211		
	26-35	67 (50,4%)	66 (49,6%)	133 (100%)	0,893	0,962	0,545;1,698
	36-45	21 (45,7%)	25 (54,3%)	46 (100%)	0,544	0,796	0,381;1,664
	≥ 46	13 (76,5%)	4 (23,5%)	17 (100%)	0,068	3,079	0,918;10,323
Nacionalidade	Portuguesa *	53 (63,9%)	30 (36,1%)	83 (100%)			
	Estrangeira	86 (46,2%)	100 (53,8%)	186 (100%)	0,008	0,487	0,286;0,829
Situação	Regular *	51 (52,0%)	47 (48,0%)	98 (100%)			
	Não regular	36 (41,4%)	51 (58,6%)	87 (100%)	0,148	0,651	0,363;1,165

* Classe de referência

Tabela 12: Identificação de fatores associados à probabilidade de não ter sido abrangido por uma campanha para o VIH/Sida nos últimos 12 meses (n= 270).

Realizando o mesmo raciocínio para o indicador que reflete o evento *não ter recebido preservativos gratuitos nos últimos 12 meses* (tabela 13) observa-se uma maior probabilidade (OR=2,235) das pessoas do género feminino não terem tido acesso a estes materiais de prevenção ($p=0,062$) quando comparadas com as transgéneras. Também na distribuição etária se verificam diferenças significativas para os indivíduos com mais de 46 anos de idade que

têm 3,094 ($p=0,041$) mais probabilidades de não terem acesso a preservativos gratuitos quando comparadas com a classe dos 18-25 anos.

Nos últimos 12 meses recebeu preservativos gratuitamente?							
		Não n (%)	Sim n (%)	Total n (%)	p	OR	IC 95%
Género	Feminino	47 (33,8%)	92 (66,2%)	139 (100%)	0,062	2,235	0,960;5,201
	Masculino	20 (23,5%)	65 (76,5%)	85 (100%)	0,525	1,346	0,538;3,368
	Transgénero *	8 (18,6%)	35 (81,4%)	43 (100%)	0,084		
Idade	18-25 *	20 (26,7%)	55 (73,3%)	75 (100%)	0,176		
	26-35	36 (27,1%)	97 (72,9%)	133 (100%)	0,950	1,021	0,539;1,934
	36-45	12 (26,1%)	34 (73,9%)	46 (100%)	0,944	0,971	0,422;2,234
	>= 46	9 (52,9%)	8 (47,1%)	17 (100%)	0,041	3,094	1,049;9,121
Nacionalidade	Portuguesa *	29 (34,9%)	54 (65,1%)	83 (100%)			
	Estrangeira	48 (25,7%)	139 (74,3%)	187 (100%)	0,121	0,643	0,368;1,123
Situação	Regular *	33 (33,3%)	66 (66,7%)	99 (100%)			
	Não regular	16 (18,4%)	71 (81,6%)	87 (100%)	0,023	0,451	0,227;0,894

* Classe de referência

Tabela 13: Identificação de fatores associados à probabilidade de não terem recebido preservativos gratuitamente nos últimos 12 meses (n= 270).

b) Acesso a serviços de teste e deteção de VIH

Na análise que pretende dar resposta ao segundo sub-objetivo, um dos elementos que pode influenciar este acesso é o evento *não saber que o teste de deteção do VIH pode ser gratuito e confidencial*. Analisando a distribuição das respostas a esta questão face às variáveis sociodemográficas (tabela 14), comparativamente à classe das pessoas transgéneras verifica-se que as pessoas do género feminino parecem ter uma maior probabilidade (OR=2,24 e $p=0,16$) de não terem este conhecimento, apesar de não ser estatisticamente significativo.

Na variável idade, há evidência estatística de que as pessoas na classe dos 36-45 terão um fator protetor no que diz respeito à probabilidade de não saberem que o teste é gratuito e confidencial (OR=0,152 e $p=0,015$) quando comparados com os da classe dos 18-25 anos, isto é, têm maior conhecimento quanto à gratuidade e confidencialidade do teste.

Sabe que o teste do VIH pode ser gratuito e confidencial?							
		Não n (%)	Sim n (%)	Total n (%)	p	OR	IC 95%
Género	Feminino	26 (18,6%)	114 (81,4%)	140 (100%)	0,16	2,224	0,730;6,772
	Masculino	8 (9,4%)	77 (90,6%)	85 (100%)	0,984	1,013	0,287;3,573
	Transgénero *	4 (9,3%)	39 (90,7%)	43 (100%)	0,106		
Idade	18-25 *	17 (22,7%)	58 (77,3%)	75 (100%)	0,063		
	26-35	18 (13,5%)	115 (86,5%)	133 (100%)	0,094	0,534	0,256;1,113
	36-45	2 (4,3%)	45 (95,7%)	47 (100%)	0,015	0,152	0,033;0,691
	>= 46	2 (11,8%)	15 (88,2%)	17 (100%)	0,326	0,455	0,095;2,189
Nacionalidade	Portuguesa *	10 (12,0%)	73 (88,0%)	83 (100%)			
	Estrangeira	29 (15,4%)	159 (84,6%)	188 (100%)	0,466	1,331	0,616;2,877
Situação	Regular *	15 (15,2%)	84 (84,8%)	99 (100%)			
	Não regular	14 (15,9%)	74 (84,1%)	88 (100%)	0,886	1,059	0,480;2,340

* Classe de referência

Tabela14: Identificação de fatores associados à probabilidade de não saber que o teste do VIH pode ser gratuito e confidencial (n= 272).

Em 117 dos questionários realizados, foi incluída a questão sobre o conhecimento de onde pode recorrer para realização do teste de deteção do VIH, e 57,3% (n=67) indica ter conhecimento de onde o pode fazer, face a 42,7% (n=50) que dizem não saber onde recorrer.

Analisando a distribuição destas respostas pelas variáveis sociodemográficas (tabela 15), e apesar de não existir significância estatística, há sugestão de uma maior probabilidade das pessoas transgéneras *não saberem onde fazer o teste* (OR=1,735 e $p=0,321$) assim como as pessoas estrangeiras (OR=1,921 e

$p=0,109$) e em situação irregular ($OR=2,25$ e $p=0,081$), quando comparadas respetivamente com o género feminino, pessoas nacionais e em situação regular.

Sabe onde recorrer para fazer o teste do VIH?							
		Não n (%)	Sim n (%)	Total n (%)	p	OR	IC 95%
Género	Feminino *	34 (54,8%)	28 (45,2%)	62 (100%)	0,151		
	Masculino	26 (68,4%)	12 (31,6%)	38 (100%)	0,18	0,56	0,240;1,308
	Transgénero	7 (41,2%)	10 (58,8%)	17 (100%)	0,321	1,735	0,585;5,148
Idade	18-25 *	19 (61,3%)	12 (38,7%)	31 (100%)	0,820		
	26-35	29 (53,7%)	25 (46,3%)	54 (100%)	0,498	1,365	0,555;3,354
	36-45	15 (62,5%)	9 (37,5%)	24 (100%)	0,927	0,950	0,317;2,848
	>= 46	4 (50%)	4 (50%)	8 (100%)	0,564	1,583	1,583;7,558
Nacionalidade	Portuguesa *	27 (67,5%)	13 (32,5%)	40 (100%)			
	Estrangeira	40 (51,9%)	37 (48,1%)	77 (100%)	0,109	1,921	0,865;4,269
Situação	Regular *	27 (62,8%)	16 (37,2%)	43 (100%)			
	Não regular	15 (42,9%)	20 (57,1%)	35 (100%)	0,081	2,25	0,904;5,597

* Classe de referência

Tabela 15: Identificação de fatores associados à probabilidade de não saber onde recorrer para fazer o teste do VIH (n= 117).

Verificando os fatores associados ao evento *nunca ter feito o teste para deteção do VIH* (tabela 16) observamos evidência estatística para uma probabilidade 4,457 vezes maior das pessoas do género feminino não terem nunca realizado este teste ($p=0,048$) quando comparados com os elementos transgéneros.

Já fez o teste para o VIH, mesmo que não saiba o resultado?							
		Não n (%)	Sim n (%)	Total n (%)	p	OR	IC 95%
Gênero	Feminino	25 (17,9%)	115 (82,1%)	140 (100%)	0,048	4,457	1,011;19,651
	Masculino	10 (11,8%)	75 (88,2%)	85 (100%)	0,208	2,733	0,571;13,075
	Transgénero *	2 (4,7%)	41 (95,3%)	43 (100%)	0,094		
Idade	18-25 *	12 (16,0%)	63 (84,0%)	75 (100%)	0,432		
	26-35	21 (15,8%)	112 (84,2%)	133 (100%)	0,968	0,984	0,454;2,134
	36-45	3 (6,4%)	44 (93,6%)	47 (100%)	0,128	0,358	0,095;1,343
	>= 46	2 (11,8%)	15 (88,2%)	17 (100%)	0,662	0,700	0,141;3,465
Nacionalidade	Portuguesa *	12 (14,5%)	71 (85,5%)	83 (100%)			
	Estrangeira	25 (13,3%)	163 (86,7%)	188 (100%)	0,798	0,907	0,432;1,907
Situação	Regular *	13 (13,1%)	86 (86,9%)	99 (100%)			
	Não regular	11 (12,5%)	77 (87,5%)	88 (100%)	0,897	0,945	0,400;2,233

* Classe de referência

Tabela 16: Identificação de fatores associados à probabilidade de nunca ter efetuado o teste de deteção do VIH (n= 268).

Quando questionados sobre os motivos para nunca terem feito o teste de deteção do VIH, 25,7% (n=9) diz ter medo do resultado e 22,9% (n=8) afirma não saber onde o pode realizar. Também 17,1% (n=6) diz não pensar nisso e 14,3% (n=5) afirma nunca ter tido comportamentos de risco (gráfico 10).

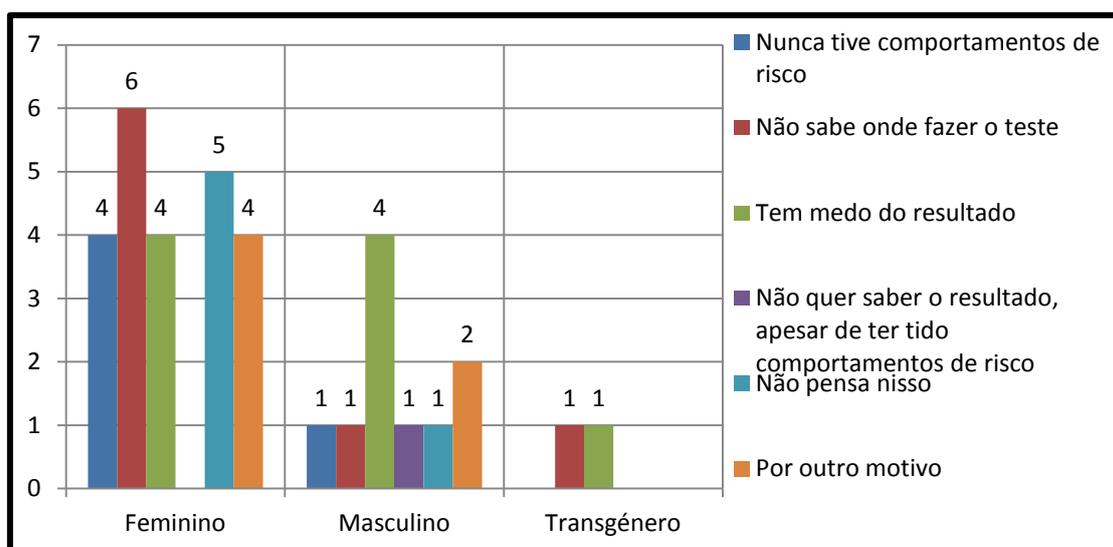


Gráfico 10: Distribuição dos motivos para nunca terem realizado o teste de deteção do VIH pelo género (n=35).

Nos elementos do género feminino, o motivo mais comum para não terem realizado o teste de deteção do VIH, é não saber onde o fazer.

Por outro lado, relativamente ao motivo para ter realizado o teste, a maioria (58,9%; n=136), diz que o realizou como exame de rotina. Em seguida existem 11,7% (n=27) que dizem ter feito o teste em contexto de gravidez e 11,3 % (n=26) que dizem que o realizou por ter tido comportamentos de risco (gráfico 11).

Comparando as respostas por género verificou-se que o segundo motivo mais comum para realização do teste de deteção do VIH no género feminino é a gravidez, no género masculino é por ter tido comportamentos de risco (16%; n=12) e nos indivíduos transgéneros é devido a realização de intervenção cirúrgica (14,6%; n=6).

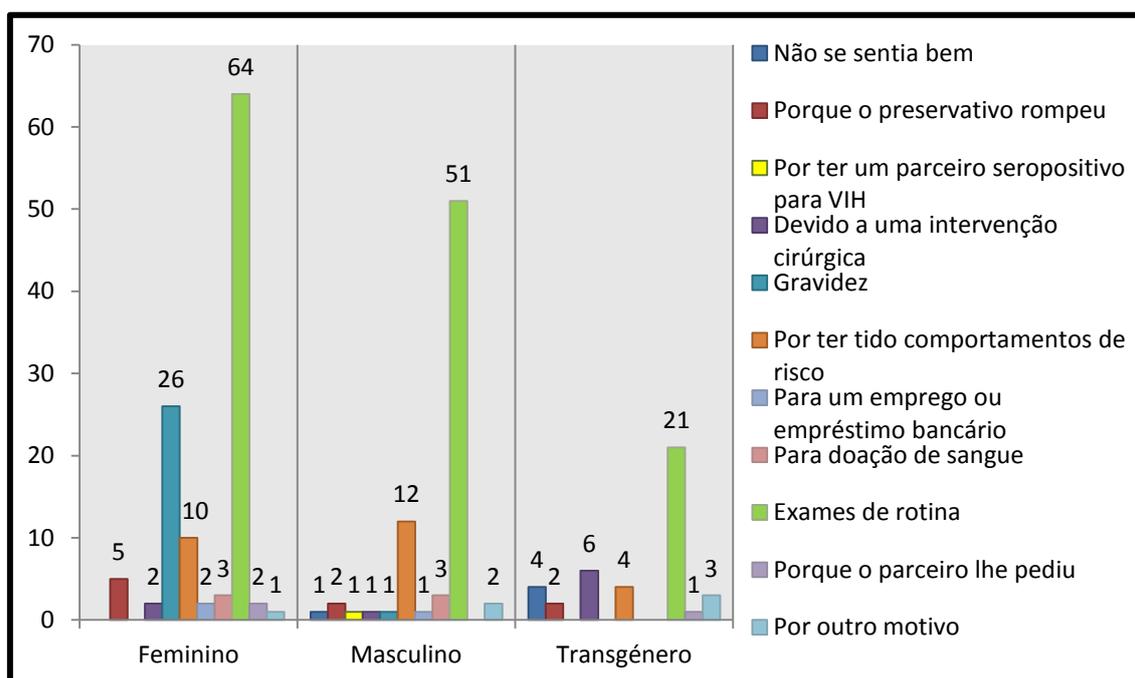


Gráfico 11: Distribuição dos motivos para alguma vez terem realizado o teste de deteção do VIH, por género (n=231).

Por último, analisaram-se as respostas ao evento *não ter realizado o teste de deteção do VIH nos últimos 12 meses* (tabela 17) face às variáveis

sociodemográficas selecionadas, verificando-se que ser do género masculino é um fator protetor para este evento (OR=0,339 e $p=0,01$), isto é, têm maior probabilidade de o ter feito. Ser do género feminino sugere uma maior probabilidade de não o ter realizado, quando comparado com os elementos transgéneros, apesar de não ser estatisticamente significativo.

Efetuou o teste para o VIH nos últimos 12 meses?							
		Não n (%)	Sim n (%)	Total n (%)	p	OR	IC 95%
Género	Feminino	59 (51,3%)	56 (48,7%)	115 (100%)	0,586	1,22	0,597;2,492
	Masculino	17 (22,7%)	58 (77,3%)	75 (100%)	0,01	0,339	0,150;0,769
	Transgénero *	19 (46,3%)	22 (53,7%)	41 (100%)	0,01		
Idade	18-25 *	20 (31,7%)	43 (68,3%)	63 (100%)	0,196		
	26-35	46 (41,1%)	66 (58,9%)	112 (100%)	0,223	1,498	0,782;2,872
	36-45	20 (45,5%)	24 (54,5%)	44 (100%)	0,151	1,792	0,808;3,971
	>= 46	9 (60,0%)	6 (40,0%)	15 (100%)	0,048	3,225	1,010;10,300
Nacionalidade	Portuguesa *	29 (40,8%)	42 (59,2%)	71 (100%)			
	Estrangeira	66 (40,5%)	97 (59,5%)	163 (100%)	0,96	0,985	0,559;1,738
Situação	Regular *	27 (31,4%)	59 (68,6%)	86 (100%)			
	Não regular	39 (50,6%)	38 (49,4%)	77 (100%)	0,013	2,243	1,185;4,244

* Classe de referência

Tabela 17: Identificação de fatores associados à probabilidade de não ter efetuado o teste de deteção do VIH nos últimos 12 meses (n= 234).

Relativamente ao fator idade há evidência estatística de uma maior probabilidade de indivíduos com idade superior a 46 anos não ter realizado o teste no último ano.

Também na variável da situação de permanência no país, há uma forte evidência estatística que as pessoas em situação irregular terão 2,243 ($p=0,013$) mais probabilidades de não terem feito o teste de deteção do VIH nos últimos 12 meses.

QUADRO RESUMO

PRINCIPAIS RESULTADOS
Objetivo 1 - Caracterizar a população de TS em contexto de interior na área da Grande Lisboa;
Género: 52,2% Feminino; 31,7% Masculino; 16% Transgénero;
Idade: 27,6% [18-25]; 48,9% [26-35]; 17,2% [36-45]; 6,3% [≥46];
Nacionalidade: 31,1% Portuguesa; 68,9% Estrangeira;
País de origem: 90,7% Brasil; 4,9% PALOP
Situação: 52,5% Regular; 47,5% Irregular;
Habilitações: 9,4% Segundo ciclo; 31,1% Terceiro ciclo; 50,6% Ensino Secundário; 6% Ensino Superior;
Situação perante o trabalho: 81,3% Desempregado; 8,2% Empregado a tempo inteiro; 8,2% Empregado a tempo parcial;
Rendimento mensal: 13,9% [501-750€]; 25,6% [751-1000€]; 27,1% [1001-2000€]; 16,2% [2001-3000€]; 7,9% [> 3000€];
Frequência de TS: 78,4% Tempo inteiro; 21,6% Tempo parcial;
Local de trabalho: 99,6% Apartamentos;
Objetivo 2 - Contribuir para a estimativa da prevalência da infeção VIH/Sida na amostra em estudo;
Seropositivo para o VIH (reportado): 3,6% Feminino; 9,6% Masculino; 15,4% Transgénero;
Objetivo 3 - Caracterizar a utilização e acesso aos serviços de saúde para informação, prevenção e teste de VIH pela amostra em estudo;
<ul style="list-style-type: none">• 16% Nunca recorreu ao SNS;• 83% Nunca recorreu a um serviço para obter informação sobre VIH/Sida;• Fonte preferencial de informação sobre VIH/Sida: 38% Internet; 30% Meios de comunicação social;• 51% Não participou em campanhas de prevenção para o VIH/Sida nos últimos 12 meses;• 28% Não recebeu preservativos gratuitos nos últimos 12 meses;• Dos que receberam preservativos nos últimos 12 meses (72%) 92% refere tê-los

recebido através de ONG;

- 14% Nunca realizou o teste de deteção do VIH;
- 41% Não realizou o teste de deteção do VIH nos últimos 12 meses;
- Dos 86% que já alguma vez realizaram o teste de deteção do VIH, 27% diz que o realizou num Hospital Público, 23% numa ONG, 17% num Centro de Saúde e 13% num CAD;

Objetivo 4 - Identificar fatores associados à utilização e acesso a serviços de saúde para informação, prevenção e teste de VIH pela amostra em estudo.

Evento “nunca ter recorrido ao SNS”

Indivíduos transgéneros OR=3,582 ($p=0,003$);

Todas as pessoas nacionais recorreram ao SNS;

Evento “nunca ter recorrido a um local para obter informação sobre VIH/Sida”

Os indivíduos masculinos e transgéneros recorrem mais ($p=0,002$ e $p=0,028$);

Evento “não terem sido abrangidos por uma campanha de prevenção nos últimos 12 meses”

Indivíduos femininos OR=3,671 ($p=0,001$);

Indivíduos masculinos OR=2,645 ($p=0,016$);

Indivíduos ≥ 46 anos OR=3,079 ($p=0,068$);

Estrangeiros OR=0,487 ($p=0,008$);

Evento “não ter recebido preservativos gratuitos nos últimos 12 meses”

Indivíduos femininos OR=2,235 ($p=0,062$);

Indivíduos ≥ 46 anos OR=3,094 ($p=0,041$);

42,7% Diz não saber onde pode fazer o teste de deteção do VIH/Sida;

Evento “nunca ter feito o teste de deteção do VIH”

Indivíduos femininos OR=4,457 ($p=0,048$);

25,7% diz nunca ter feito o teste por medo do resultado;

Evento “não ter realizado o teste de deteção do VIH nos últimos 12 meses”

Indivíduos ≥ 46 anos OR=3,225 ($p=0,048$);

Indivíduos em situação irregular OR=2,243 ($p=0,013$);

Tabela 18 - Quadro síntese com os principais resultados

5. DISCUSSÃO

Procedendo à caracterização da amostra em estudo observa-se que esta é maioritariamente feminina apesar da elevada representatividade dos outros dois géneros. Praticamente metade dos indivíduos tem entre 26 e 35 anos sendo na sua maioria de nacionalidade Brasileira. Relativamente às habilitações que possuem, mais de metade completou o Ensino Secundário sendo mínima a quantidade de pessoas sem habilitações literárias. Em termos de rendimentos mensais no agregado familiar encontram-se maiores disparidades não sendo no entanto claras as diferenças em termos de distribuição por género. Para os indivíduos que constituem esta amostra o trabalho sexual é uma forma exclusiva de trabalho que exercem, na maioria dos casos, a tempo inteiro e em apartamentos.

Analisando pormenorizadamente cada um dos critérios de caracterização sociodemográfica e cruzando os resultados obtidos sobre a amostra em estudo com a literatura consultada, conclui-se que em relação à distribuição por género esta é uma amostra onde estão mais representadas as pessoas do género masculino e as transgéneras. Este facto estará diretamente relacionado com o facto de os dados terem sido colhidos no âmbito de um projeto de intervenção dirigido inicialmente, em 2006, apenas a população masculina que faz trabalho sexual em contexto de interior e somente em 2010 ter sido alargado o seu âmbito, passando a abranger também mulheres. Ainda assim este facto acabou por ser encarado como uma oportunidade, permitindo estudar um grupo populacional que a literatura unanimemente caracteriza como vulnerável pela estigmatização a que está sujeito, e contudo continua a ser pouco abrangido em estudos epidemiológicos. Aliás, em 2011 o *Institute of Medicine* emitiu um documento onde se chama a atenção para a importância da realização de estudos acerca das necessidades específicas de saúde das pessoas transgéneras, incluindo-as em estudos epidemiológicos que permitam analisá-las separadamente.

Atendendo à distribuição etária, verifica-se uma concordância com os restantes estudos disponíveis, situando-se a maioria da amostra na classe dos 26-35

anos. No entanto, quando comparado com os resultados prévios do estudo PREVIH (2001) para a população de trabalhadores sexuais a nível nacional e independentemente do contexto, verifica-se nas habilitações literárias uma tendência para um maior grau de instrução (50,6% diz ter concluído o ensino secundário). Também no que diz respeito aos rendimentos mensais do agregado familiar, parece haver uma tendência para esta população ter rendimentos mais elevados. Apenas 8,2% das pessoas refere auferir <500€ enquanto nos dados anteriores relativos ao estudo supra mencionado essa percentagem estava nos 25,6%. Nas classes de rendimentos mais elevadas verifica-se que 24,1% diz ter rendimentos superiores a 2000€, ao passo que nos dados preliminares do estudo, que incluía as pessoas que fazem trabalho sexual em contexto de rua, a percentagem se situava nos 15,8%. Esta aparente diferença vai ao encontro dos estudos que compararam contextos de trabalho sexual e concluem que quem trabalha em contexto de interior tem, em média, rendimentos mais elevados, bem como uma maior capacidade de negociação na prestação dos serviços, face às pessoas que trabalham em contexto de rua.

Em respeito à caracterização desta amostra face à sua nacionalidade, verificamos uma distribuição semelhante à obtida no estudo Indoors realizado no Porto, o qual versava igualmente sobre pessoas que trabalham em contexto de interior e apresenta também uma percentagem à volta dos 70% para população migrante. Por outro lado, quando comparados com os dados preliminares do PREVIH (2011), parece haver uma percentagem maior de migrantes. O mesmo se passa quando analisada a distribuição por nacionalidades, sendo a larga maioria da amostra (91%) de origem Brasileira, tal como se verificou no estudo realizado na cidade do Porto (Indoors, 2012). Esta percentagem de pessoas de nacionalidade Brasileira deve-se aos fortes laços históricos e culturais que Portugal tem com o Brasil, reforçados por uma língua comum e políticas de imigração que são favoráveis aos seus cidadãos. Observando a situação dos inquiridos quanto à permanência no país, verificamos que a percentagem de pessoas em situação irregular (47,5%) é maior do que a percentagem reportada no relatório Indoors (2012) relativa à

população do Porto que trabalha no mesmo contexto (38%), o que gera uma preocupação acrescida relativamente à forma como estas pessoas acedem aos serviços de saúde; como referido anteriormente, existe uma maior probabilidade de não conseguirem aceder da forma que seria desejável, atendendo à sua vulnerabilidade.

Os dados recolhidos sobre o local onde é realizado o trabalho sexual, revelam que a quase totalidade das pessoas inquiridas trabalha em apartamentos, apesar desta informação ser pouco detalhada, sendo importante saber como vivem e, principalmente, se trabalham sozinhas ou acompanhadas por pares. A literatura sugere uma vulnerabilidade substancialmente maior para pessoas que fazem trabalho sexual de forma isolada, sem uma rede social de suporte, especialmente se considerarmos as populações migrantes, como é o caso da maioria destas pessoas (Bungay *et al.*, 2011).

Igualmente importante de assinalar, e no que respeita à frequência com que as pessoas transgéneras realizam trabalho sexual, é o facto de 98% destas pessoas viver exclusivamente desta atividade. Este aspeto evidencia ainda mais a importância de se aprofundar o conhecimento sobre as necessidades reais deste grupo populacional, bem como o estudo de formas de intervir junto do mesmo, com respostas que possam de alguma forma colmatar as vulnerabilidades a que estão sujeitos os que o integram (Koon Teh, 2008).

O conhecimento adquirido pela experiência do contato direto com esta população permite concluir que, apesar destas pessoas terem conhecimento sobre a importância da prevenção da infeção por VIH e IST, continua a existir muito desconhecimento, com crenças e mitos enraizados que é urgente trabalhar. A administração continuada de hormonas, bem como a aplicação rotineira de silicone industrial sem supervisão clínica, são comportamentos cujas consequências nunca foram suficientemente investigadas. Aliado à sua exposição ao risco, está a discriminação de que são alvo e que as mantém afastadas dos serviços de saúde, seja por questões burocráticas, por desconhecimento sobre como lhes podem aceder, pela falta de preparação dos profissionais de saúde para lidarem com as suas especificidades ou ainda

pelas dificuldades económicas com que vivem (Ramalho, Barroso e Santos, 2013). Este conjunto de fatores indiciou desde o início deste estudo que fosse espectável o resultado obtido na estimativa da probabilidade destas pessoas nunca terem acedido ao SNS, sobre o qual adiante se fará nova referência.

Um dos objetivos para este estudo é contribuir para uma estimativa da infeção VIH/Sida nesta população. Mediante os resultados obtidos, quando comparados com a amostra total abrangida pelo estudo PREVIH (2011) verifica-se uma proporção significativamente menor de pessoas que diz desconhecer o seu estatuto serológico - apenas 3,9% face a 10,1% nos dados anteriores, referentes à população abrangida pelo PREVIH. Atendendo à distribuição por género, verificamos que, entre as pessoas que afirmam já ter realizado o teste de deteção do VIH, a percentagem de homens que diz ser seropositivo para o VIH (9,6%) é substancialmente maior que na amostra geral do estudo PREVIH (4,8%). Ao contrário, na amostra feminina a percentagem é de 3,6% comparativamente aos 6,6% da amostra geral de trabalhadores sexuais femininos em Portugal abrangidos pelo referido estudo. Qualquer destes números é substancialmente mais baixo que o número sugerido pela WHO para a infeção por VIH, que nesta população ronda os 12% (WHO, 2011). Esta diferença pode ser explicada pelos motivos indicados como limitações a este estudo e que se prendem com o fato destas pessoas viverem do trabalho sexual e temerem as consequências da *má publicidade* que pode ser gerada ao assumirem a infeção a alguém que também trabalha com outros colegas. As diferenças encontradas nas prevalências do género masculino sugerem um desinvestimento nesta população que é também muitas vezes deixada de fora nos projetos de intervenção, maioritariamente dirigidos a mulheres. Além disso a população de homens que têm sexo com homens, pelas suas especificidades, é também considerada um grupo de intervenção prioritária na área do VIH/Sida.

A análise do acesso ao SNS e os fatores que podem condicionar esse mesmo acesso, através da interrogação sobre a última vez que recorreu a este serviço, permite concluir que entre os nacionais não houve ninguém que nunca tivesse recorrido ao SNS, por contraposição com os 23% de migrantes que nunca

recorreu. Esta diferença indica graves falhas no acesso destas pessoas a serviços de saúde, tal como é alias suportado pela literatura existente sobre o tema. E tal como referido anteriormente, existe forte evidência estatística de que do mesmo modo a população transgénera não acede a serviços de saúde, havendo uma probabilidade mais elevada em relação aos outros géneros, de nunca acederem ao SNS. O fator qualidade não parece ser condicionante para as pessoas não acederem ao SNS, visto que 72% dos inquiridos classifica o último atendimento como Bom ou Muito Bom.

Em relação ao acesso a informação, verifica-se que a larga maioria (83%) nunca recorreu a nenhum local para obter informação sobre o VIH/Sida. Além disso, as mulheres parecem recorrer menos a este tipo de locais, quando comparadas com os outros géneros. Isto pode dever-se a facto de temerem expor-se na sua deslocação a locais para pedir informação. Se aliarmos a esta informação o conhecimento proveniente do contacto com estas pessoas, pode afirmar-se que existe uma clara necessidade de investir em formas que lhes permitam ter informação sem que tenham de se deslocar a algum local com esse propósito. As suas referências constantes a situações de discriminação por parte dos profissionais em instituições de saúde levam a que haja um afastamento destas pessoas das estruturas físicas, e altamente burocratizadas, onde por norma são prestados serviços de saúde. Por outro lado verifica-se que as fontes mais frequentes de informação sobre VIH/Sida são a Internet e os meios de comunicação social. Este dado vai ao encontro do que é sugerido pela literatura onde aliás se reforça a importância do investimento em campanhas eficazes de informação através destes meios. Realça-se o facto de a maioria das pessoas que disse alguma vez ter recorrido a um local para obter informação, ter apontado uma ONG como o local onde se dirigiu; isto pode dever-se mais uma vez à circunstância de o projeto de intervenção através do qual foram recolhidos os dados ser inicialmente dirigido apenas a homens, e conduzido por uma ONG, apelando a que estes se lá se dirigissem para obter informação.

Observando a forma como os inquiridos acederam a campanhas de prevenção do VIH/Sida nos últimos 12 meses verifica-se que metade da amostra (51%)

não teve acesso, o que revela o fraco investimento na intervenção junto deste grupo populacional e que contraria aquilo que é proposto pela WHO para uma abordagem eficaz de saúde pública junto de pessoas que fazem trabalho sexual. De entre as pessoas que não tiveram acesso a campanhas de prevenção, o género feminino parece ser aquele em que essa lacuna é mais evidente reforçando mais uma vez a importância do investimento em campanhas adequadas às especificidades desta população. Parece no entanto importante mencionar o fato de a probabilidade das pessoas estrangeiras terem sido abrangidas por alguma campanha de prevenção ser maior que na restante amostra. Apesar de não se saber ao certo onde foi que essas pessoas tiveram acesso às campanhas de informação, o fato de 85% das pessoas estrangeiras serem de origem Brasileira, país reconhecido pelo seu investimento em campanhas de saúde pública (Baral *et al.*, 2012), pode estar na origem desta grande diferença.

Em relação ao acesso a formas de prevenção, analisando a questão sobre terem recebido preservativos gratuitos nos últimos 12 meses, constata-se que quase 30% das pessoas reporta não ter tido acesso, sendo que mais uma vez o género feminino parece ser aquele que está mais desprotegido nesta área. Sendo a distribuição gratuita de preservativos a estratégia primordial para a abordagem desta amostra, seria expectável que esta percentagem fosse mais baixa. Cabe no entanto referir que muitos dos questionários foram aplicados em primeiros contactos com os indivíduos, o que permite concluir que sem essa intervenção não teriam acedido gratuitamente ao material. Neste aspeto é ainda fundamental referir que, daqueles que dizem ter recebido preservativos gratuitos nesse período, 92% aponta as ONG como fonte de obtenção desse material, reforçando a importância do trabalho que é realizado por estas organizações no terreno, numa abordagem de proximidade junto destas populações.

Por fim, outro dos elementos fundamentais para o estudo da forma como o grupo populacional em causa acede a serviços de saúde, é a sua utilização de serviços para a realização do teste de deteção do VIH. Ainda existe uma quantidade significativa de pessoas que diz nunca ter feito o teste (14%) e a

distribuição por variável sociodemográfica permitir identificar que são as mulheres quem apresenta uma maior probabilidade de nunca o ter realizado. Em relação à realização do teste no último ano, 40% dos inquiridos diz não o ter realizado, contrariando aquelas que são as recomendações internacionais para a realização do teste em pessoas particularmente vulneráveis com uma periodicidade de 6 meses. As classes em que existe maior probabilidade deste evento são as das pessoas com mais de 46 anos mas também a das pessoas em situação irregular. Também o conhecimento sobre o local onde poderão fazer o teste parece ser escasso, havendo apenas 57% dos inquiridos a responder que sabem onde se dirigir. Este desconhecimento aponta novamente para a necessidade de investimento em campanhas de informação, até porque da análise dos fatores que condicionam a realização do teste nos últimos 12 meses, se verifica que há uma probabilidade mais elevada das pessoas migrantes em situação irregular não o terem realizado. Como já foi sublinhado anteriormente, tal é reflexo das desigualdades encontradas no acesso a serviços de saúde por pessoas migrantes, detetadas ao longo deste estudo, comprovadas pelos seus resultados e reforçadas pela literatura existente (Dauvrin et al., 2012).

6. CONCLUSÕES

Apesar do trabalho sexual ser um fenómeno universal, é também frequentemente visto como uma atividade ilegal e clandestina, tornando difícil o acesso a esta população e, conseqüentemente, a sua caracterização e a monitorização de alterações. Esta é uma população particularmente vulnerável à infeção pelo VIH/Sida por uma multiplicidade de fatores, entre os quais a permanente exposição a situações de risco físico e psicológico, e estigmatização por parte sociedade, dificultando o acesso às estruturas de saúde existentes. Adicionalmente uma grande parte desta população é simultaneamente imigrante - potencialmente em situação irregular - conduzindo a dificuldades acrescidas no acesso a serviços de saúde. Além disso o contexto em que exercem o seu trabalho leva muitas vezes a que estejam sujeitos a pressões para terem relações sexuais desprotegidas, havendo simultaneamente uma maior exposição a situações de violência.

No caso específico desta investigação, a população em estudo é considerada por muitos como invisível. Além de reunir as características acima enunciadas para os trabalhadores do sexo de uma forma geral, apresenta ainda características próprias inerentes ao facto de trabalharem de forma totalmente oculta, sendo que muitas vezes a única forma de lhes aceder é através de anúncios em jornais ou em sites na internet. A natureza do seu trabalho potencia situações de extremo isolamento - particularmente para aqueles que trabalham por sua conta, sem qualquer rede de apoio - criando assim uma barreira adicional para a utilização e o acesso a serviços de saúde para informação, prevenção e rastreio na área do VIH/Sida.

Apesar da dimensão da amostra este estudo permitiu caracterizar uma população desconhecida, reforçando o conhecimento empírico que advém do trabalho de proximidade com esta população e revelando uma realidade preocupante no que concerne a forma como acedem a serviços de saúde na área desta infeção.

De entre as principais conclusões deste estudo destaca-se a existência de diferenças entre as pessoas que fazem trabalho sexual em contexto de interior,

conhecimento que vem lançar novas questões cujo estudo é pertinente, nomeadamente no que respeita às diferenças no tipo de contexto de interior em que cada pessoa trabalha. Conforme apontam outros estudos, a forma como está organizado o trabalho sexual é determinante para a exposição destas pessoas ao risco – seja ele físico, psíquico, social – e também para a forma como acedem a serviços de saúde. As diferenças encontradas apontam para um maior rendimento mensal e, aparentemente, isso poderá estar relacionado com um maior poder de negociação por parte das mesmas. Interessa pois saber se estas pessoas trabalham maioritariamente sozinhas, em situação de isolamento social, ou se possuem uma rede de suporte que venha também reforçar a sua segurança a todos os níveis.

Os maiores condicionamentos encontrados no acesso a serviços de saúde para informação, prevenção e teste de VIH/Sida encontram-se nas populações minoritárias e mais suscetíveis a discriminação, tanto na questão do género como da nacionalidade.

São inquietantes os resultados obtidos na população feminina uma vez que, apesar da maioria dos projetos de intervenção existentes serem direcionados a mulheres, estas revelam ser quem menos acede a campanhas de prevenção na área do VIH/Sida e também quem tem maiores probabilidades de nunca ter realizado o teste de deteção da infeção. Além disso, o facto de nesta amostra ser igualmente o género feminino quem menos recebe preservativos gratuitamente indicia lacunas na intervenção junto da população que realiza trabalho sexual em contexto de interior revelando-se esta uma área crucial para investimento em termos de saúde pública.

Foram detetadas situações de elevada vulnerabilidade na população transgénera que nesta amostra vive exclusivamente do trabalho sexual, apresenta elevada prevalência reportada para a infeção por VIH e tem maiores dificuldades no acesso à saúde. Torna-se portanto fundamental que os estudos epidemiológicos incluam este *terceiro género* nas suas variáveis, mas também que se invista na sensibilização dos profissionais de saúde para as especificidades desta população e se aposte em projetos de intervenção que visem atuar nas vulnerabilidades desta população.

Em relação à população migrante, onde se detetam também condicionamentos ao acesso a serviços de saúde, é urgente que se percebam os diferentes fatores que condicionam a utilização de serviços de saúde por este subgrupo, e que se invista no sentido de ultrapassar as barreiras burocráticas que dificultam este processo. Paralelamente, a capacitação dos profissionais de saúde de competências linguísticas e culturais permitirá providenciar respostas mais competentes à população migrante.

Conclui-se também que é preciso apostar em campanhas de informação e prevenção, sendo que os modos preferenciais serão a Internet e os meios de comunicação social. Por outro lado, da análise dos locais onde esta população recebe informação e materiais de prevenção, destaca-se a importância de uma abordagem participativa e de proximidade com as populações mais vulneráveis, que permitam intervenções direcionadas para as suas necessidades reais.

Existe portanto ainda muito desconhecimento sobre as pessoas que fazem trabalho sexual em Portugal, principalmente no que se refere àquelas que o exercem em contexto de interior. Salienta-se ainda que a amostra estudada se encontra na região de Grande Lisboa onde, em comparação com outras grandes cidades do país, existem projetos focados nesta população. No entanto, o conhecimento obtido sobre esta população levanta questões sobre a realidade com que se deparam trabalhadores sexuais que exercem a sua atividade em locais mais remotos e onde os projetos de intervenção não chegam.

O sucesso das ações realizadas junto da população que faz trabalho sexual exige um esforço conjunto por parte das várias entidades com responsabilidades na área da saúde. O estabelecimento de parcerias entre as entidades que trabalham no terreno pode permitir uma rede mais eficaz de respostas para uma população particularmente vulnerável. A sensibilização e a formação dos técnicos que lidam com esta realidade deve ser o ponto de partida para possibilitar o sucesso deste contacto. A dificuldade em aceder a esta população, decorrente também da sua inconstância em termos de localização geográfica, pode ser transposta através do recurso ao trabalho de

pares que, conhecendo outras perspectivas desta realidade, enriquecem e facilitam as intervenções em saúde.

A continuidade do investimento nesta área do conhecimento permitirá reforçar conclusões sobre a urgência de criar legislação e políticas aplicadas a trabalhadores sexuais que permitam reduzir as suas vulnerabilidades, mas também desenhar intervenções adaptadas a esta realidade que tende a ser desconsiderada nas políticas de saúde pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABEL, G. M.; FITZGERALD, L. J.; BRUNTON, C. - The Impact of Decriminalisation on the Number of Sex Workers in New Zealand. **Journal of Social Policy**. 38:03 (2009) 515.
- AFONSO, A e NUNES, C. – Estatística e Probabilidades – Aplicações e Soluções em SPSS. Lisboa: Escolar Editora, 2011.
- BARAL, S. *et al.* - Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet infectious diseases**. 12:7 (2012) 538–549.
- BARAL, S. *et al.* - Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet infectious diseases**. 13:3 (2013) 214–222.
- BEAGHOLE, R., BONITA, R e KJELLSTRÖM, T. – Epidemiologia Básica. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2003.
- BOURNE, P.; CHARLES, C. - Sexual behavior and attitude towards HIV testing among non-HIV testers in a developing nation: A public health concern. **North American journal of medical sciences**. 2:9 (2010) 419–426.
- BUNGAY, V. *et al.* - Community-based HIV and STI prevention in women working in indoor sex markets. **Health promotion practice**. 14:2 (2012) 247–255.
- BUNGAY, V. *et al.* - Structure and agency: reflections from an exploratory study of Vancouver indoor sex workers. **Culture, health & sexuality**. 13:1 (2011) 15–29.
- CDC. HIV infection among transgender people. (2011) [Consult. 27 Junho de 2013] Disponível em www.cdc.gov/hiv.
- DAUVRIN, M. *et al.* - Health care for irregular migrants: pragmatism across Europe: a qualitative study. **BMC research notes**. 5:99 (2012).
- DEERING, K. N. *et al.* - Sex work and the public health impacts of the 2010 Olympic Games. **Sexually transmitted infections**. 88:4 (2012) 301–303.

- Despacho n.º 25.360/2001. D.R. II Série. 286 (01-12-12) 20597-20898.
- DIAS, S. - Vigilância Epidemiológica e Teste VIH em Populações em Maior Risco e de Difícil Acesso. **Arquivos de Medicina**. 23:2 (2009) 70–71.
- DIAS, S. *et al.* – Infecção VIH/Sida nos grupos de homens que têm sexo com homens e trabalhadores sexuais: prevalência, determinantes, intervenções de prevenção e acesso aos serviços de saúde: relatório comunitário – estudo com trabalhadores do sexo. Lisboa: Projeto PREVIH. IHMT, 2011.
- DIAS, S. *et al.* - Risco de infecção por VIH/SIDA. Utilização-acesso aos Serviços de Saúde numa comunidade migrante. **Acta Médica Portuguesa**. 17:3 (2004) 211–8.
- Dias, S. *et al.* - Teste do VIH, prevalência e tratamento em trabalhadores do sexo: Resultados de um inquérito com aplicação de teste rápido. VIH Portugal (2011)
- Dickson, S. - Sex in the City: Mapping Commercial Sex Across London. [Em linha] London: The POPPY Project, 2004. [Consult. 2 Mai.2013] Disponível em <http://www.turnofftheredlight.ie/wp-content/uploads/2011/02/Report-Poppy-Sex-in-the-city.pdf>
- EARLE, S.; SHARP, K. - Dirty whores and invisible men: sex work and the public health. In Douglas, J. [*et al.*] - A Reader in Promoting Public Health: Challenge and Controversy. [Em linha] UK: Sage, 2006. 95-102. [Consult. 22 Jun. 2013] Disponível em <http://www.sagepub.co.uk/booksProdDesc.nav?prodId=Book230505>
- GONÇALVES, A. *et al.* - Acesso aos cuidados de saúde de comunidades migrantes: problemas e perspectivas de intervenção. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 21:1 (2003) 55–64.
- HARAWA, N. T.; BINGHAM, T. A. - Exploring HIV prevention utilization among female sex workers and male-to-female transgenders. **AIDS education and prevention**. 21:4 (2009) 356–371.
- HARCOURT, C. *et al.* - The health and welfare needs of female and transgender street sex workers in New South Wales. **Australian and New Zealand journal of public health**. 25:1 (2001) 84–89.

- HARCOURT, C.; DONOVAN, B. - The many faces of sex work. **Sexually Transmitted Infections**. 81:3 (2005) 201–206.
- ILIĆ, D.; SIPETIĆ, S.; BJEGOVIĆ, V. - Risk of HIV infection among indoor and street sex workers and their use of health services in Belgrade, Serbia. **Srpski arhiv za celokupno lekarstvo**. 138:3-4 (2010) 219–224.
- INDOORS. Indoor sex work – the manual. [Em linha] Marseille: Indoors - Support and empowerment of female sex workers and trafficked women working in hidden places (2010) [Consult. 12 Set.2012] Disponível em http://www.indoors-project.eu/documents/Indoor_Sex_Work-Indoors_1.pdf
- INDOORS. Outreach in indoor sex work setting – the report. [Em linha] Marseille: Indoors - Support and empowerment of female sex workers and trafficked women working in hidden places (2012) [Consult. 16 Jan.2013] Disponível em http://www.indoors-project.eu/documents/Outreach_Report-Indoors_2.pdf
- INSA. Infecção VIH / SIDA - A situação em Portugal em 31 de Dezembro de 2011. [Em linha] Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis. 2012. [Consult. 5 Fev.2013] Disponível em: <http://www.insarj.pt>
- Institute of Medicine - The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding. [Em linha] Washington, DC: The National Academies Press, 2011. [Consult. 26 Jun.2013] Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64806/pdf/TOC.pdf>
- JEAL, N.; SALISBURY, C. - Health needs and service use of parlour-based prostitutes compared with street-based prostitutes: a cross-sectional survey. **BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology**. 114:7 (2007) 875–881.
- JEFFREYS, E. - Mandatory Testing for HIV and Sexually Transmissible Infections among Sex Workers in Australia: A Barrier to HIV and STI Prevention. **World Journal of AIDS**. 02:03 (2012) 203–211.
- KENAGY, G. P. - HIV among transgendered people. **AIDS Care**.14:1 (2002) 127–134.
- KRÜSI, A. *et al.* - Negotiating safety and sexual risk reduction with clients in unsanctioned safer indoor sex work environments: a qualitative study. **American journal of public health**. 102:6 (2012) 1154–1159.

- KOON TEH, Y. - HIV-related needs for safety among male-to-female transsexuals (mak nyah) in Malaysia. **SAHARA J: journal of Social Aspects of HIV/AIDS** Research Alliance / SAHARA , Human Sciences Research Council. 5:4 (2008) 178–185.
- Lei n.º 48/90. D.R. Série I. 195 (90-08-24) 3452-3462.
- Lei n.º 59/2007. D.R. Série I. 170 (07-09-04) 6181-6258.
- LI, Y. *et al.* - Difference in risk behaviors and STD prevalence between street-based and establishment-based FSWs in Guangdong Province, China. **AIDS and behavior**. 16:4 (2012) 943–951.
- Ministério da Saúde. PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO VIH e sida 2011-2015. [Em linha] Lisboa: Ministério da Saúde (2011) [Consult. 17 Jun. 2013] Disponível em http://sm.vectweb.pt/media/64/File/Actualidades/NoticiasGerais/PROGRAMA_NACIONAL_2011-2015%20hb.pdf
- NSWP. The criminalization of clientes. [Em linha] UK: NSWP – Global Network of Sex Work Projects, 2011. [Consult. 15 Jun. 2013] Disponível em <http://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/Criminalisation%20of%20Clients-c.pdf>
- OLIVEIRA, A. - Andar na vida: Prostituição de rua e reação social. Coimbra: Edições Almedina, S.A., 2011.
- OPEN SOCIETY FOUNDATIONS. Laws and policies affecting sex work. [Em linha] New York: Open Society Foundations, 2012. [Consult. 26 Jun. 2013]. Disponível em <http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/sex-work-laws-policies-20120713.pdf>
- OPEN SOCIETY FOUNDATIONS. Transforming Health: International Rights-Based Advocacy for Trans Health. [Em linha] New York: Open Society Foundations, 2013. [Consult. 26 Jun. 2013]. Disponível em <http://www.opensocietyfoundations.org/reports/transforming-health>

- OVERS, C.; HAWKINS, K. - Can rights stop the wrongs? Exploring the connections between framings of sex workers' rights and sexual and reproductive health. **BMC International Health and Human Rights**. 11:Suppl 3 (2011) S6.
- PARSONS, J. T.; KOKEN, J. A.; BIMBI, D. S. - The use of the Internet by gay and bisexual male escorts: sex workers as sex educators. **AIDS care**.16:8 (2004) 1021–1035.
- PITPITAN, E. *et al.* - HIV/STI risk among venue-based female sex workers across the globe: a look back and the way forward. **Current HIV/AIDS reports**. 10:1 (November 2012) 65–78.
- PLATT, L. *et al.* - Risk of sexually transmitted infections and violence among indoor-working female sex workers in London: the effect of migration from Eastern Europe. **Sexually Transmitted Infections**. 87:5 (2011) 377–384.
- PYETT, P. M.; WARR, D. J. - Vulnerability on the streets: female sex workers and HIV risk. **AIDS care**. 9:5 (1997) 539–547.
- Ramalho, N.; Santos, B.; Barroso, C. - Género e vulnerabilidade: intervenção com população transgénero em contexto de prostituição de rua. In 1st INTERNATIONAL CONFERENCE LGBT PSYCHOLOGY AND RELATED FIELDS, Lisboa, 20 a 22 de Junho 2013. Lisboa: ISCTE.
- REKART, M. L. - Sex-work harm reduction. **Lancet**. 366:9503 (2005) 2123–2134.
- REMPLE, V.. *et al.* - Conducting HIV/AIDS research with indoor commercial sex workers: reaching a hidden population. **Progress in community health partnerships: research, education, and action**. 1:2 (2007) 161–168
- RIBEIRO, M, *et al.* – Prostituição abrigada em clubes (zonas transfronteiriças do Minho e Trás-os-Montes. Práticas, riscos e saúde. Lisboa: CIDM. 2005.
- RICHTER, M. L. *et al.* - Sex work and the 2010 FIFA World Cup: time for public health imperatives to prevail. **Globalization and Health**. 6:1 (2010) 1.
- SANDERS, T. - A continuum of risk? The management of health, physical and emotional risks by female sex workers. **Sociology of health & illness**. 26:5 (2004) 557–574.

- SCAMBLER, G.; PAOLI, F. - Health work, female sex workers and HIV/AIDS: global and local dimensions of stigma and deviance as barriers to effective interventions. **Social science & medicine** (2008). 66:8 (2008) 1848–1862.
- SEF. Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo – 2012. [Em linha] Lisboa: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2013) [Consult. 7 Jun. 2013] Disponível em <http://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa%202012.pdf>
- Sex Workers Project at the Urban Justice Center - Behind closed doors. An analysis of indoor sex work in New York City. [Em linha] New York: Sex Workers Project at the Urban Justice Center, 2005. [Consult. 26 Jun. 2013]. Disponível em <http://sexworkersproject.org/downloads/BehindClosedDoors.pdf>
- SHANNON, K. *et al.* - Sexual and drug-related vulnerabilities for HIV infection among women engaged in survival sex work in Vancouver, Canada. **Canadian journal of public health = Revue canadienne de santé publique**. 98:6 (2007) 465–469.
- SHANNON, K. *et al.* - Structural and Environmental Barriers to Condom Use Negotiation With Clients Among Female Sex Workers: Implications for HIV-Prevention Strategies and Policy. **American Journal of Public Health**. 99:4 (2009) 659–665.
- SHANNON, K.; MONTANER, J. S. - The politics and policies of HIV prevention in sex work. **The Lancet Infectious Diseases**. 12:7 (2012) 500–502.
- SIROTIN, N. *et al.* - A comparison of registered and unregistered female sex workers in Tijuana, Mexico. **Public Health Reports**. 125: Supl 4 (2010) 101.
- STURROCK, C. J. *et al.* - Community-based sexual health care works: a review of the ACT outreach program. **Sexual Health**. 4:3 (2007) 201.
- TAMPEP. A report on the intersections of legislations and policies regarding sex work, migration and health in Europe. [Em linha] Amsterdam: TAMPEP International Foundation, 2009. [Consult. 2 Jun. 2013] Disponível em http://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/Sexworkmigrationhealth_final%20tampep.pdf

- TAMPEP. Sexwork in Europe: A mapping of the prostitution scene in 25 European countries. [Em linha] Holanda: TAMPEP International Foundation. 2009. [Consult. 4 Jun. 2013] Disponível em <http://tampep.eu/documents/TAMPEP%202009%20European%20Mapping%20Report.pdf>
- UNAIDS - UNAIDS guidance note on HIV and sex work. [Em linha] Geneva: UNAIDS, 2012. [Consult. 26 Jun. 2013] Disponível em http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2009/JC2306_UNAIDS-guidance-note-HIV-sex-work_en.pdf
- UNAIDS . Sex work and HIV/AIDS. UNAIDS Technical Update. [Em linha] UNAIDS, 2002. [Consult.. 26 Jun. 2013]. Disponível em <http://www.unaids.org>
- UNAIDS. Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS epidemic. [Em linha] Geneva: UNAIDS, 2012 [Consult. 2 Jul. 2013]. Disponível em www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_en.pdf
- WEINBERG, M. S.; SHAVER, F. M.; WILLIAMS, C. J. - Gendered sex work in the San Francisco tenderloin. **Archives of sexual behavior**. 28:6 (1999) 503–521.
- WEITZER, R. - Sociology of Sex Work. **Annual Review of Sociology**. 35:1 (2009) 213–234.
- WEITZER, R. - Prostitution as a Form of Work. **Sociology Compass**. 1:1 (2007) 143–155.
- WHITTAKER, D.; HART, G. - Research note: Managing risks: The social organization of indoor sex work. **Sociology health & illness**. 18:3 (1996) 399–414.
- WHO. Global health sector strategy on HIV/AIDS 2011-2015. [Em linha] Geneva: World Health Organization, 2011. [Consult. 26 Jun. 2013]. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501651_eng.pdf
- WHO. International migration, health and human rights. [Em linha] Geneva: World Health Organization, 2003 [Consult. 16 Mai. 2013] Disponível em <http://www.who.int/hhr/activities/en/FINAL-Migrants-English-June04.pdf>

- WHO. Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections for sex workers in low- and middle-income countries. [Em linha] Geneva: World Health Organization, 2012. [Consult. 22 Jun. 2013]. Disponível em www.who.int/hiv/pub/guidelines/sex_worker/en/index.html
- WI, T. *et al.* - STI declines among sex workers and clients following outreach, one time presumptive treatment, and regular screening of sex workers in the Philippines. **Sexually transmitted infections**. 82:5 (2006) 386–391.
- WOLFFERS, I.; BEELEN, N. VAN - Public health and the human rights of sex workers. **The Lancet**. 361:9373 (2003) 1981.