FERNANDA CESTARO PRADO CORTEZ

**Consumo de álcool e outras drogas, sintomas depressivos, impulsividade e
aspectos dimensionais de personalidade entre homens biológicos profissionais do
sexo**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para Obtenção de
título de Mestre em Ciências

Programa de Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Danilo Antonio Baltieri

São Paulo

2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Prado Cortez, Fernanda Cestaro

Consumo de álcool e outras drogas, sintomas depressivos, impulsividade e aspectos dimensionais de personalidade entre homens biológicos profissionais do sexo / Fernanda Cestaro Prado Cortez. -- São Paulo, 2011.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Psiquiatria.

Orientador: Danilo Antonio Baltieri.

Descritores: 1.Prostituição 2.Gênero 3.Transsexualismo 4.Personalidade
5.Criminalidade 6.DSTs 7.Comportamento de risco

USP/FM/DBD-338/11

Dedicatória

Ao meu esposo, Edmo, cujo amor tem me sustentado por toda uma vida, me transformando em uma pessoa melhor dia a dia,

Aos meus pais, Paulo e Sônia, que me enriqueceram com tantas sementes,

E ao meu orientador, Danilo, responsável pelo cultivo das mesmas.

Agradecimentos

Ao meu orientador, Prof. Dr. Danilo Antonio Baltieri, cujos conhecimentos, ética e orientações têm norteado toda minha formação, sempre com carinho e confiança no meu desenvolvimento profissional, sendo amigo e companheiro em todos os momentos deste trabalho e de minha carreira.

Ao meu esposo Edmo, que me apoiou em todas as fases deste trabalho, estando sempre presente, tolerante e participativo.

À minha família, que compreendeu todos os momentos de ausência e deu sustentabilidade às minhas escolhas.

Ao Ambulatório de Transtornos da Sexualidade das Disciplinas de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina do ABC, que me recebeu como membro, foi solo fértil para o desenvolvimento deste trabalho e cujos pacientes tanto estimulam o meu constante aperfeiçoamento.

A equipe de Redução de Danos do Núcleo de Prevenção DST/AIDS da Prefeitura Municipal de Santo André, que acreditou na realização deste projeto e abriu portas.

Aos motoristas da Central de Transportes da Prefeitura Municipal de Santo André, que viabilizaram minhas idas e vindas durante as investigações de campo, com todo o suporte possível e, por vezes, doando seu tempo além do horário de trabalho.

Ao Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que me acolheu como pós-graduanda.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), cujo apoio foi fundamental para a realização desta pesquisa.

Ao Dr. Fernando Henrique Nadalini Mauá, Dra. Thais Moraes de Sampaio, Dra Fabiana Sue Matuo, amigos com quem iniciei minha caminhada na Psiquiatria, e às eternas amigas Joanna Guimarães Fernandes e Isabela da Costa César, pelo apoio, companheirismo, estímulo e suporte nos momentos de cansaço.

Aos homens profissionais do sexo, principal motivo desta pesquisa.

Franville, com dois anos menos que a srta. Villeblanche, quase não tinha barba, mas boa estatura, e feições as mais delicadas, e os cabelos mais bonitos do mundo; quando o trajavam de mulher, ficava tão bem que sempre enganava os dois sexos, e recebia amiúde, fugindo ao assédio de uns, dos que demonstravam segurança em sua ação, uma grande quantidade de declarações tão objetivas que no mesmo dia seria capaz de se tornar o Antínoo de algum Adriano ou o Adônis de alguma Psique... Um dos maiores prazeres de Augustine era, durante o carnaval, vestir-se de homem, e participar de todos os bailes com esse disfarce, tão análogo a suas inclinações... Ele se disfarça de mulher, enfeita-se, veste-se com toda elegância e propriedade, carrega a maquiagem, prescindindo da máscara, e, acompanhado por uma de suas irmãs, muito menos bonita do que ele próprio, apresenta-se assim no baile, para onde a amável Augustine se dirigia em busca de aventura.... Franville defendia-se com bastante tibieza: é difícil encolerizar-se muito quando se recebe de maneira tão terna o primeiro beijo de quem se adora. Augustine, encorajada, investia com mais força, nisso pondo essa veemência que só com efeito conhecem as mulheres deliciosas, arrebatadas por essa fantasia. Em breve as mãos se desgarram; Franville faz o papel da mulher que cede, igualmente deixa que suas mãos explorem o corpo. Todas as vestes são retiradas, e os dedos se dirigem quase ao mesmo tempo para onde cada um crê encontrar o que lhe convém... Então, Franville muda imediatamente de papel...

**“Augustine de Villeblanche, ou O Estratagema do Amor” em Contos Libertinos,
Marquês de Sade**

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Annelise Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria Vilhena. 2ª Ed. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2005.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

Sumário

Lista de Tabelas

Lista de Siglas

Resumo

Abstract

1. Introdução

1.1 Prostituição

1.1.1. Definição.....	2
1.1.2. Tipologias.....	3
1.1.3. Dados Sociodemográficos.....	6
1.1.4. Fatores Relacionados à Entrada na Prostituição.....	8
1.1.5. Comportamentos de Risco e Doenças Sexualmente Transmissíveis...	9
1.1.6. Álcool e Drogas.....	11
1.1.6.1 Drogas e Criminalidade.....	12
1.1.6.2 Drogas e Comorbidades Psiquiátricas.....	12
1.1.7. Saúde Pública.....	13

1.2. Transtorno de Identidade de Gênero.....	14
--	----

1.3. Modelos de Personalidade.....	22
------------------------------------	----

2. Justificativa do Estudo.....	33
---------------------------------	----

3. Objetivos

3.1. Objetivos Gerais.....	36
3.2. Objetivos Específicos.....	36
3.3. Hipóteses Experimentais.....	37

4. Método

4.1. ABSex – Faculdade de Medicina do ABC.....	40
4.2. Projeto de Pesquisa.....	40
4.3. Instrumentos e Procedimentos.....	44
4.4. Critérios de Inclusão.....	49

4.5. Critérios de Exclusão.....	50
4.6. Fluxograma do Estudo.....	50
4.7. Análise Estatística.....	50
4.8. Aspectos Éticos.....	52
4.9. Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa.....	53
5. Resultados	
5.1 Homens profissionais do sexo com e sem Transtorno de Identidade de Gênero.....	55
5.2 Homens profissionais do sexo com uso consistente ou inconsistente de preservativos durante as atividades sexuais com clientes.....	62
6. Discussão	
6.1. Aspectos Gerais.....	72
6.2. Homens profissionais do sexo com Transtorno de Identidade de Gênero e a presença de altos níveis de Evitação de Danos.....	74
6.3. Comportamento sexual de risco e altos níveis de Dependência de Recompensa.....	78
6.4. Limitações do Estudo.....	81
6.5. Considerações Finais.....	82
7. Conclusões.....	85
8. Bolsa FAPESP.....	88
9. Anexos.....	90
10. Referências Bibliográficas.....	140
11. Apêndices.....	151

Lista de Tabelas

Tabela 1: Aspectos Sociodemográficos e Fatores relacionados à Prostituição entre Homens Profissionais do Sexo com e sem Transtorno de Identidade de Gênero.....	57
Tabela 2: Dimensões de Temperamento e Caráter entre Homens Profissionais do Sexo com e sem Transtorno de Identidade de Gênero.....	59
Tabela 3: Problemas com Álcool e Drogas, Impulsividade e Sintomas Depressivos entre Homens Profissionais do Sexo com e sem Transtorno de Identidade de Gênero.....	60
Tabela 4: Efeitos dos escores de Evitação de Danos, Sintomas Depressivos, Características Sociodemográficas e Fatores Relacionados à Prostituição sobre o grupo de Homens Profissionais do Sexo com Transtorno de Identidade de Gênero (Regressão Logística direta).....	61
Tabela 5: Aspectos Sociodemográficos e Fatores Relacionados à Prostituição entre Homens Profissionais do Sexo com Uso Consistente ou Inconsistente de Preservativos com os Clientes.....	64
Tabela 6: Dimensões de Temperamento e Caráter entre Homens Profissionais do Sexo com Uso Consistente ou Inconsistente de Preservativo Durante o Trabalho.....	66
Tabela 7: Problemas com Álcool e Drogas, Impulsividade e Sintomas Depressivos entre Homens Profissionais do Sexo com Uso Consistente ou Inconsistente de Preservativo Durante o Trabalho.....	67
Tabela 8: Relação entre Envolvimento com Atividades Criminais, Dependência de Gratificação e Autorelato de HIV Positivo entre Homens Profissionais do Sexo com Uso Inconsistente de Preservativo Durante o Trabalho (Regressão Logística – <i>Stepwise</i>).....	68
Tabela 9: Matriz de Correlação entre as Variáveis Incluídas na Análise Multivariada (<i>Pearson's r, phi, Point-biserial</i>).....	69

Lista de Siglas

ABSex – Ambulatório de Transtornos da Sexualidade da Faculdade de Medicina do ABC

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AUDIT – *The Alcohol Use Identification Test*

BDI – Inventário de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory*)

BIS – *Barratt Impulsiveness Scale*

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

DAST – *The Drug Abuse Screening Test*

DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)

DSTs – Doenças Sexualmente Transmissíveis

FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

FMABC – Faculdade de Medicina do ABC

FMUSP – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

ITC – Inventário de Temperamento e Caráter (*Temperament and Character Inventory*)

- BN – Busca por novidades (*novelty seeking*)

- ED – Esquiva ao dano (*harm avoidance*)

- DG – Dependência de Gratificação (*reward dependence*)

- PE – Persistência (*persistence*)
- AD – Autodirecionamento (*self-directedness*)
- C – Cooperatividade (*cooperativeness*)
- AT – Autotranscendência (*self-transcendence*)

LESex – Liga de Estudos em Sexualidade

MANOVA – Múltipla Análise de Variância

MSM – Homens que Fazem Sexo com outros Homens (*Men who have sex with other Men*)

MSW – Homens Profissionais do Sexo (*male sex workers*)

PASS – *Power Analysis and Sample Size*

PMSA – Prefeitura Municipal de Santo André

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

TIG – Transtornos de Identidade de Gênero

TPQ – *Tridimensional Personality Questionary*

VRAG – *Violence Risk Appraisal Guide*

Resumo

PRADO CORTEZ, FC. Consumo de álcool e outras drogas, sintomas depressivos, impulsividade e aspectos dimensionais de personalidade entre homens biológicos profissionais do sexo. São Paulo. Dissertação. (Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2011.

Introdução: Os homens biológicos profissionais do sexo (*male sex workers* – MSW) constituem uma população heterogênea, de forma que uma classificação tipológica poderá promover o desenvolvimento de políticas públicas mais específicas. Embora existam diversas classificações para o homem que se prostitui nas ruas das cidades (*street hustlers*), há poucos estudos que avaliam aspectos psicopatológicos específicos desses indivíduos. Este estudo examina aspectos dimensionais da personalidade, impulsividade, uso de álcool e drogas e envolvimento com atividades criminais entre *street hustlers* da cidade de Santo André/SP. **Método:** Trata-se de um estudo seccional e retrospectivo, realizado pelo Ambulatório de Transtornos da Sexualidade da Faculdade de Medicina do ABC (ABSEx), em associação com o Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (GREa – Ipq – FMUSP). Oitenta e seis sujeitos foram avaliados por meio de questionários autorespondivos, sendo as entrevistas realizadas nas ruas de Santo André/SP, no próprio local de trabalho dos entrevistados, entre 2008 e 2010. **Resultados:** MSW portadores de transtornos de identidade de gênero (TIG) apresentaram maiores níveis de Esquiva ao Dano, mais frequente história de agressão física por parte dos clientes e menor oportunidade de outros empregos quando comparados com MSW sem TIG. MSW com uso inconsistente de preservativos apresentaram mais problemas com uso de álcool e drogas, maiores níveis de Dependência de Gratificação, mais frequente história de tentativas prévias de suicídio e antecedente criminal quando comparados a MSW com uso consistente de preservativos. **Conclusões:** A prostituição masculina é um fenômeno composto de múltiplos aspectos. Há múltiplas variações em termos de motivações e padrões de vida entre os MSW, de forma ser necessário dividi-los em categorias. A identidade e papel de gênero, uso de substâncias psicoativas e aspectos de personalidade são variáveis importantes a serem consideradas quando do desenvolvimento de políticas de saúde pública mais específicas. A habilidade em avaliar tais características pode ser ferramenta importante no desenvolvimento de propostas mais efetivas para o manejo dessa complexa população.

Descritores: Prostituição, Gênero, Transexualismo, Personalidade, Criminalidade, DSTs, Comportamento de Risco.

Abstract

PRADO CORTEZ, FC. Alcohol and other drug consumption, depressive symptoms, impulsiveness and dimensional aspects of personality among male sex workers. São Paulo. Dissertation. [Master]. “Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo”; 2011.

Introduction: Male sex workers (MSW) are a heterogeneous population, and researchers aim to categorize them into typology groups to develop more specific public health policies. Although there are several classifications for MSW who work on streets (street hustlers), there are few studies that evaluate specific psychopathology aspects of these individuals. This study examines the dimensional aspects of personality, impulsiveness, alcohol and drug use, and criminal history among street hustlers in the city of Santo André/SP. **Method:** This is a cross-sectional and retrospective study, carried out by Ambulatory for the Treatment of Sexual Disorders of ABC Medical School (ABSex), in association with the Interdisciplinary Group of Studies on Alcohol and Drugs, Psychiatry Institute – Faculty of Medicine - São Paulo University (GREA - IPQ - FMUSP). Eighty-six subjects were assessed through self-report questionnaires. The interviews were performed on the streets of Santo André/SP, in the workplace of the MSW, from 2008 to 2010. **Results:** MSW with gender identity disorder (GID) showed higher Harm Avoidance levels, more frequent history of physical aggression by clients and less opportunity of other jobs when compared with street MSW without GID. MSW with inconsistent condom use showed more alcohol and drug use problems, higher levels of Reward Dependence, higher frequency of personal history of suicide attempts and criminal history. **Conclusions:** Male prostitution is a phenomenon composed of multiple aspects. Variations of personal motivations and life patterns among MSW are huge. So it is necessary to divide them into clusters. Identity and gender roles, substance abuse, personality aspects, like Harm Avoidance and Reward Dependence, are important variables to be considered for the development of more specific public health policies. The ability to assess such characteristics may be an important tool in developing proposals for more effective management of this complex population.

Keywords: Prostitution, Gender, Transsexualism, Personality, Criminality, STDs, Risk Behavior.

1. Introdução

1. Introdução

1.1. Prostituição

1.1.1. Definição

A prostituição é definida como a troca de serviços sexuais por dinheiro, drogas, moradia ou alimento, sem qualquer envolvimento emocional (Caukins e Coombs, 1976; Elifson et al., 1993a; Rietmeijer et al., 1998; Newman et al., 2004). Ela existe desde os tempos mais antigos e, segundo Caukins e Coombs (1976), ocorre de forma indiscriminada em todas as bases da sociedade. Na Idade Média, iniciou-se uma proibição progressiva da prostituição pela Igreja, mas a venda de favores sexuais por jovens homens continuou, principalmente nas grandes cidades e em locais reservados (Dorais, 2005).

Allen (1980) chamou de *Male Sex Workers* (MSW) os homens que trocam sexo por dinheiro. Já nessa época eram vistos como mais numerosos que as mulheres profissionais do sexo (*Female Sex Workers* – FSW). Caukins e Coombs (1976) afirmaram que, para os MSW atingirem sucesso na profissão, precisam ser jovens, ter boa aparência e disponibilidade para aceitar qualquer tipo de intercurso sexual proposto pelo cliente.

Russell* (1971) apud Allen (1980) referiu-se aos homens que se prostituem como jovens com grande interesse por sexo, baixo interesse por mulheres, que apresentam experiências sexuais em idade precoce, com carência de uma figura masculina para identificação durante a infância e com dificuldades em estabelecer vínculos. Ambos os MSW e as FSW frequentemente apresentam baixo nível socioeducacional, história de abandono do lar, uso de substâncias psicoativas e história de abuso físico / sexual na infância (Burnette et al., 2008).

Os profissionais do sexo compõem uma população de grande diversidade e com conhecidos comportamentos de risco, sendo necessário que mais estudos investiguem suas diversas características, para o melhor direcionamento de investimentos sociais e de saúde para eles.

1.1.2. Tipologias

Como já citado, os profissionais do sexo constituem uma população bastante heterogênea. Mesmo quando consideramos apenas os MSW, a heterogeneidade de comportamentos e ações se evidencia. Algumas diferenças têm sido apontadas ao se observar homens e mulheres profissionais do sexo, a saber:

a) os homens biológicos envolvem-se com a prostituição de forma mais esporádica e transitória do que as mulheres biológicas;

*Russell DH. From the Massachusetts Court Clinics: on the psychopathology of boys prostitutes. *Int J Offender Ther*, 1971;15:49-52.

- b) os homens parecem ser menos dependentes da prostituição para a sobrevivência;
- c) os homens parecem ter menos história de serem sexualmente abusados na infância;
- d) os homens parecem obter mais gratificação sexual durante os atos sexuais com seus clientes, ou seja, eles comumente não podem “fingir” orgasmo durante os programas;
- e) os homens parecem envolver-se com mais formas diferentes de comércio sexual, como agências especializadas, casas de banhos e massagens, boates e ofertas através de páginas da internet (Weitzer, 2005).

Entre os profissionais do sexo biologicamente masculinos, podemos distinguir os indivíduos com identidade sexual masculina propriamente dita e os homens com transtorno de identidade de gênero (TIG), também conhecidos como travestis e transexuais. Estudos que diferenciam estes dois grupos de profissionais do sexo são ainda mais escassos. Boles e Elifson (1994) apontaram alguns fatores que diferenciam estes dois grupos:

- a) entre os profissionais do sexo do gênero masculino, os homens com TIG costumam ser vistos pelos demais profissionais do sexo como um grupo menos valorizado, enfrentando mais problemas com a violência física provocada por seus clientes, bem como obtendo menor recompensa financeira com os programas sexuais;
- b) os profissionais com TIG parecem manifestar maior satisfação pessoal com o seu trabalho do que o outro grupo, tendo em vista a sua exposição nas ruas ou nos anúncios como mulheres ou como capazes de uma “dupla” função (masculina e feminina);
- c) os profissionais com TIG parecem preocupar-se mais intensamente com possíveis manifestações violentas dos seus clientes, e por isso, podem apresentar-se mais agressivos nos casos de rejeição dos últimos.

Em 1980, Allen desenvolveu uma tipologia para classificar MSW jovens sem problemas de identidade de gênero:

- a) Grupo I – jovens que se prostituem na rua ou em bares, como única forma de ganho financeiro (*Street Walkers* e *Bar Hustlers*);
- b) Grupo II – jovens que são sustentados por parceiros fixos (conhecidos como *kept-boys*) ou divulgam os seus serviços sexuais através de classificados de jornais ou de Internet (conhecidos como *Call-boys*);
- c) Grupo III – jovens que se dedicam à prostituição durante parte do seu tempo, reservando o resto para outras formas de trabalho ou emprego;
- d) Grupo IV – jovens que se utilizam da prostituição com a intenção de realizar roubos ou furtos, extorsão ou sequestro e outras formas de crimes.

Utilizando-se de sua classificação, esse mesmo autor avaliou itens como orientação sexual, delinquência, abuso de substâncias psicoativas e variáveis psicossociais, obtendo os seguintes achados:

- a) Orientação Sexual – baseando-se na classificação de Kinsey et al. (1948; 2003), a maioria dos integrantes dos grupos I, II e III aproximaram-se do conceito de bissexualidade, enquanto que o grupo IV mostrou-se mais próximo do conceito de heterossexualidade. Segundo Boyer (1989), a participação de muitos jovens masculinos na prostituição está bastante relacionada com a própria orientação homoerótica que eles já apresentam.
- b) Delinquência – mais de dois terços dos entrevistados não estavam envolvidos com atividades ilícitas. A maioria dos não delinquentes perfaz os grupos II e III. Todos os membros do grupo IV mostraram história de comportamentos ilegais. Já os integrantes

do grupo I revelaram resultados mistos: cerca de metade não revelou qualquer envolvimento com atos ilícitos e a outra metade manifestara envolvimento com crimes do tipo furtos, roubos e relacionados a tóxicos;

c) Abuso de Substâncias Psicoativas - cerca de 40% dos entrevistados estavam envolvidos com o consumo de álcool e 29% com o uso de outras drogas. Os grupos I e IV demonstraram maiores problemas com o consumo de substâncias psicoativas;

d) Abandono do lar – nos grupos I e II, aproximadamente 70% saíram das suas casas em virtude de dificuldades financeiras e relacionais com os pais ou substitutos, sendo que nenhum membro do grupo IV apresentara história de fuga da própria casa.

A importância desses estudos tipológicos é gerar agrupamentos de indivíduos dentro de uma determinada população, objetivando engendrar propostas de ação nas áreas social e de saúde, a partir de indicadores de doença ou de vulnerabilidade nos distintos grupos.

1.1.3. Dados Sociodemográficos

Já em 1976, Calkins e Coombs apontavam para o crescimento em proporções epidêmicas da prostituição masculina.

Os MSW costumam vir de lares instáveis, com pais ausentes ou indiferentes e limitadas oportunidades (Allen, 1980), além da alta frequência de práticas sexuais desprotegidas, uso de drogas e altos níveis de infecção por HIV (Timpson et al., 2007).

A maioria dos estudos já realizados demonstrou uma idade média de 25 anos entre os MSW, com idade mínima de 12 e máxima de 58 anos (Minichiello et al., 2003;

Leuridan et al., 2005). Segundo Marino et al. (2000), os *street* MSW (homens que se prostituem nas ruas) são significativamente mais jovens (idade média de 21,7 anos) que os demais MSW.

Um estudo australiano com 186 MSW demonstrou que 69% dos entrevistados haviam completado o segundo grau e 39% tinham o terceiro grau incompleto (Minichiello et al., 2003). Já um estudo brasileiro mostrou que 82% dos MSW participantes haviam estudado quatro anos ou menos (Grandi et al., 2001).

Segundo a literatura, o baixo nível educacional dos MSW é consequência da baixa idade média dos entrevistados, do limitado acesso às escolas e de seu baixo nível socioeconômico (Passos e Figueiredo, 2004). Além disso, jovens com história de prostituição demonstram baixo nível de habilidades sociais e intelectuais (Pedersen e Hegna, 2003).

Em seu estudo, Allen (1980) entrevistou 98 MSW, com idades entre 14 e 24 anos e início da prostituição aos 14,2 anos, em média. Em 2000, Belza et al. (2000) entrevistaram 132 MSW portadores de TIG. Entre eles, 41% se prostituíam há 10 anos ou mais, 52% começaram a se prostituir antes dos 20 anos e 69% trabalhavam exclusivamente nas ruas.

William et al. (2003) encontraram que 65% dos MSW por eles entrevistados tinham a prostituição como sua única fonte de renda. Doze por cento moravam em casas próprias, 34% com amigos, 14% em hotéis ou albergues e 38% eram moradores de rua. Cinquenta por cento vinham de lares instáveis, sendo que a maioria desses se prostituía nas ruas. Sessenta e sete por cento de toda a amostra haviam fugido de casa e diziam ter encontrado aceitação e compreensão entre seus pares. De acordo com o estudo de

Pedersen e Hegna (2003), há uma associação entre a presença de pais divorciados e história de exposição precoce ao álcool com o comércio de sexo na adolescência.

Na pesquisa de Allen (1980), 75% dos MSW investigados tiveram sua primeira relação sexual com um homem e 25% com mulheres, por volta dos 13 e 12 anos de idade, respectivamente. Essa primeira relação sexual foi consentida por 64% dos sujeitos, sendo que 60% deles receberam dinheiro ou outros favores por esse relacionamento sexual.

1.1.4. Fatores Relacionados à Entrada na Prostituição

As circunstâncias que criam um mercado sexual e predisõem jovens à prostituição são: promessa de dinheiro rápido, solidão, necessidade de aceitação, baixas habilidades vocacionais e poucas oportunidades de empregos, lares instáveis, rejeição parental e falta de suporte psicossocial (Caukins e Coombs, 1976).

A entrada na prostituição pode ser abrupta ou gradual. Em geral, a primeira ocorre em circunstâncias em que há uma quebra repentina de vínculos familiares, como jovens que abandonam o lar. Já um início gradativo costuma ser proposto por prostitutas mais velhas, que paulatinamente apresentam o trabalho com sexo ao futuro prostituto (Allen, 1980).

Machado e Silva (2002) enfatizaram que a motivação econômica é o principal fator de entrada na prostituição, inclusive para o suporte do uso de drogas (de Graaf et al., 1995).

Alguns autores têm aventado uma possível associação entre a “entrada” para a prostituição e história pessoal de abuso sexual na infância entre os MSW (West, 1993; Senn et al., 2007). Senn et al. (2007) apontaram que a gravidade do abuso sexual na infância dos profissionais do sexo, marcada por penetração anal ou emprego de força física pelo perpetrador, constitui variável importante na avaliação do risco de comportamento sexual promíscuo futuro. Segundo West (1993), os *Street Sexual Workers* são os profissionais do sexo com maior prevalência de história de abuso sexual na infância, tanto entre MSW quanto entre FSW.

1.1.5. Comportamentos Sexuais de Risco e Doenças Sexualmente Transmissíveis

Seguramente, os profissionais do sexo representam uma população de alto risco para doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) devido a fatores intrínsecos à prostituição, tais como elevado número de parceiros e relações sexuais de risco. A esses fatores, somam-se características próprias dos profissionais em questão, como pobre acesso à informação, marginalização social, elevado consumo de drogas lícitas e ilícitas e prática de sexo com usuários de substâncias psicoativas (Elifson et al., 1993b; Kenagy, 2005). Além disso, os homens com TIG (transvestismo e transexualismo) parecem mostrar maior vulnerabilidade à infecção para HIV e outras DSTs do que outros homens e mulheres profissionais do sexo (Bockting et al., 1999; Belza et al., 2000; Passos e Figueiredo, 2004; Pisani et al., 2004; Bockting et al., 2005; Leuridan et al., 2005; Sethi et al., 2006), e, quando portadores do vírus da AIDS, apresentam menor aderência ao tratamento médico do que pessoas sem TIG (Melendez et al., 2006). Outro ponto a ser

avaliado é o local em que ocorre a prostituição, visto que a literatura tem demonstrado maior vulnerabilidade às DSTs entre os profissionais do sexo que oferecem seus serviços nas ruas do que entre aqueles que os ofertam através de agências ou anúncios (Leuridan et al., 2005).

Pesquisas apontam para o fato da prevalência de DSTs e dos comportamentos sexuais de risco serem mais frequentes entre os MSW do que entre as FSW (Belza, 2005; Leuridan et al., 2005). No estudo de Rietmeijer et al. (1998) com homens que fazem sexo com outros homens (MSM), os MSW representaram 50% dos casos de AIDS e 43% dos casos de HIV positivo. Em 2001, no Brasil, as taxas de infecção por HIV entre os MSW giravam em torno de 31 a 62%, sendo maiores entre os travestis (Grandi et al., 2001).

O tempo de prostituição foi relacionado ao risco de infecção por HIV por Elifson et al. (1993a), que encontraram taxas de soropositividade de 45% entre os MSW que se prostituíam há 10 ou mais anos, de 20,3% para os que se prostituíam há mais de cinco e menos de 10 anos e 13,6% entre os MSW que se prostituíam há menos de cinco anos.

A prática de técnicas preventivas contra DSTs é irregular entre os profissionais do sexo. De acordo com a pesquisa de Leuridan et al. (2005), 67% dos MSW entrevistados usavam preservativo durante o sexo oral e 79% durante o sexo anal. Para muitos autores, o uso de preservativo pelos MSW é mais inconsistente com os parceiros fixos do que com os clientes, sendo o risco de infecção maior durante as práticas de sexo anal do que durante o sexo vaginal e oral (Elifson et al., 1993a; Belza et al., 2000; Grandi et al., 2001; Williams et al., 2003).

Tanto os profissionais do sexo como seus clientes são populações com alto risco para DSTs, requerendo atenção especial dos sistemas de vigilância epidemiológica (Belza et al., 2000).

1.1.6. Álcool e Drogas

O uso de álcool e drogas é muito comum entre os profissionais do sexo, sendo que o consumo de substâncias psicoativas pode interferir na capacidade de julgamento e decisão do indivíduo (Laurindo da Silva, 2006). Apesar disso, os profissionais do sexo alegam que o álcool e as drogas facilitam a interação com o cliente, diminuem possíveis sentimentos negativos em relação à profissão e facilitam a ereção (de Graaf et al., 1995).

Segundo Minichiello et al. (2001), em sua amostra de 185 MSW, as substâncias mais comumente consumidas foram álcool, nicotina, maconha e ecstasy. Já Cohan et al. (2006), comparando homens e mulheres profissionais do sexo, constataram que os homens sem transtornos da identidade de gênero usavam substâncias psicoativas mais freqüentemente, em especial metanfetaminas. Segundo estes autores, os homens com TIG relataram mais freqüentemente história de uso de drogas injetáveis do que os outros grupos de homens e mulheres profissionais do sexo. Deve-se atentar que, para os homens que se engajam na prostituição essencialmente como uma forma de angariar dinheiro para comprar drogas (conhecidos como *sex-traders*), a prevalência de problemas com o consumo de substâncias psicoativas, principalmente cocaína / crack tende a ser muito maior (Newman et al., 2004). Além disso, entre os profissionais que se

engajam na troca de sexo por drogas, as atividades sexuais de risco tendem a aumentar (Timpson et al., 2007).

1.1.6.1. Drogas e Criminalidade

Vinte e cinco por cento da amostra de MSW estudada por Allen (1980) reportou envolvimento prévio com atividades ilícitas. Já Cohan et al. (2006) encontraram quase metade de sua amostra de 783 profissionais do sexo com antecedentes criminais, sendo esses compostos predominantemente por *street* MSW. Muitos profissionais do sexo já apresentam atividades criminais antes mesmo de ingressarem na prostituição. Entre esses, os *sex-traders* são maioria, sendo que inicialmente sustentam o consumo de álcool / drogas por meio de furtos, roubos, comércio de drogas ilícitas, entre outros, com início da prostituição quando as atividades ilícitas tornam-se insuficientes para o sustento do uso de drogas (West, 1993; de Graaf et al., 1995).

1.1.6.2. Drogas e Comorbidades Psiquiátricas

El-Bassel et al. (2000), Edwards et al. (2006) e Risser et al. (2006) apontaram grande prevalência de comorbidades psiquiátricas, como ansiedade, depressão e altos níveis de impulsividade, entre os indivíduos que trocam sexo por drogas. Estudos sobre problemas psiquiátricos entre MSW têm sido seriamente negligenciados. Quanto às mulheres profissionais do sexo, encontramos algumas pesquisas que apontam vários problemas psiquiátricos, como depressão, problemas relacionados ao abuso de álcool e outras drogas e transtornos de personalidade (Chudakov et al., 2002; Gilchrist et al., 2005; Roxburgh et al., 2006).

Em resposta ao estilo de vida muitas vezes caótico dos MSW, Simon et al. (1992) referiram que eles demonstram maior nível de psicopatologia do que homens que não compartilham destas atividades. Na literatura, é bem conhecida a associação entre abuso de substâncias psicoativas e transtornos da personalidade (Lopez Duran e Becona Iglesias, 2006), sendo que Compton et al. (1995) afirmaram que, entre usuários de cocaína e portadores de transtorno de personalidade anti-social, os comportamentos sexualmente impulsivos e de risco são maiores do que entre os usuários de cocaína sem esta comorbidade. Apesar disso, os poucos autores que investigaram a prevalência de transtorno de personalidade antisocial entre MSW não encontraram níveis maiores que na população geral (Cates e Markley, 1992).

1.1.7. Saúde Pública

De acordo com a literatura, os profissionais do sexo necessitam de acesso regular à saúde e de programas públicos específicos para atender suas demandas individuais (Leuridan et al., 2005). Mas como a prostituição é ilegal em muitos países e em outros, como o Brasil, não é uma profissão regulamentada, esses trabalhadores costumam ficar à margem de proteção social em relação à saúde ocupacional. Além disso, as características próprias da profissão e o valor moral que geralmente lhe é imputado dificultam o acesso aos serviços de saúde pelos profissionais do sexo (Chudakov et al., 2002). As ações públicas a eles destinadas costumam se restringir à medidas educativas para a prevenção de DSTs, ignorando as necessidades de saúde como um todo e o bem estar geral desses indivíduos (Romans et al., 2001).

Programas específicos de saúde pública devem ser elaborados para os profissionais do sexo, visto os riscos sociais e de saúde a que eles estão expostos. Eles devem contar com agentes de saúde treinados e informados sobre as demandas individuais dos diferentes tipos de profissionais do sexo. Um dos principais objetivos dos programas é a redução de comportamentos de risco por meio de informação. A educação tem potencial de diminuir o consumo de drogas, transmissão de doenças, violência e exploração (Rekart, 2005). Mas as características dessa população tão heterogênea devem ser consideradas, visto que as individualidades de cada subgrupo de MSW e FSW podem interferir na adesão aos programas de saúde.

De uma forma geral, existem muitas dúvidas sobre o funcionamento psicossocial dos MSW. Sabendo que são pessoas vulneráveis às DSTs, é mister determinar as características e necessidades específicas desta população, objetivando tanto a elaboração de programas de prevenção quanto o desenvolvimento de políticas públicas eficientes para a abordagem desta população.

1.2. Transtorno de Identidade de Gênero

Visto que os homens portadores de TIG compõem uma parcela significativa dos MSW, faz-se necessário um melhor entendimento das características desse transtorno e de como ele afeta os indivíduos que dele padecem.

Os primeiros estudos ditos científicos sobre a sexualidade humana datam do século XIX. A homossexualidade era um dos temas abordados na época, inclusive no

livro que marca o início dos estudos médicos sobre o tema e publicado em 1886 por Richard Von Krafft-Ebing, o *Psychopathia Sexualis* (Person, 1999).

Esse autor teorizou que fatores biológicos, educacionais e ambientais influenciam o desenvolvimento das características psicosssexuais do indivíduo, que se tornam imutáveis após o término de sua maturação. Dessa forma, se o desenvolvimento dessas características for alterado, o indivíduo será portador de uma personalidade psicosssexual anormal (Von Krafft-Ebing, 1999).

Von Krafft-Ebing descreveu então a sexualidade antipática: “... a total falta de sentimento pelo sexo oposto. Concentra-se toda a sexualidade em seu próprio sexo. Só as propriedades físicas e psíquicas de pessoas do mesmo sexo produzem efeito afrodisíaco e despertam desejo de união sexual. Isto é uma anomalia puramente psíquica, na qual o instinto sexual não corresponde de nenhuma maneira às características sexuais primárias e secundárias. Em detrimento da diferenciação sexual total e do desenvolvimento e atividade normal das glândulas sexuais, o homem é dirigido sexualmente a outro homem, porque consistentemente ou qualquer que seja o motivo ele tem instintos de fêmea” (Von Krafft-Ebing, 1999). O autor descreve diferentes graus da chamada sexualidade antipática, desde sentimentos e instintos homossexuais até a inversão sexual, entendida como a busca pela transformação corporal para o sexo desejado.

Já no século XX, o médico alemão Magnus Hirschfeld publica diversos casos clínicos em que descreve indivíduos que sentem necessidade de se vestir com roupas do sexo oposto ao que pertencem, titulando-os de travestis (Saadeh, 2004).

Hirschfeld discutiu diversas variações e motivações para o transvestismo, sendo as duas mais importantes (Docter, 1990):

- 1- Travesti completo: transveste-se e deseja a cirurgia de redesignação de sexo – atualmente denominado como transexual;
- 2- Travesti parcial: necessita utilizar roupas do sexo oposto, mas não deseja a cirurgia de redesignação de sexo – corresponde à denominação atual do travesti;

Os primórdios da cirurgia de redesignação de sexo (mudança de sexo) ocorreram com as cirurgias de adequação de sexo, utilizadas como terapêutica de hermafroditas. Já na década de 20, na Alemanha, o pintor Einar Wegener foi submetido à cirurgia para retirada de seus testículos e pênis, conseguindo, posteriormente, a mudança de seu nome para Lili Elbe (Docter, 1990).

Na década de 30, a Dinamarca aprovou o Ato Dinamarquês de Esterilização e Castração, permitindo a castração física e química nos casos em que a sexualidade do paciente induzia-o a atos ilícitos ou quando graves patologias psiquiátricas estavam envolvidas. A partir desse ato, diversas pessoas que não se sentiam confortáveis com seu próprio sexo conseguiram utilizar hormônios do sexo oposto e realizar cirurgias para a retirada dos genitais. Na época, não se realizava a construção de um neopênis ou uma neovagina (Saadeh, 2004).

O termo identidade de gênero foi cunhado na década de 70 por Money e Ehrhardt, que o definiram como: a identidade de alguém como masculina (homem), feminina (mulher) ou ambivalente, em maior ou menor grau, especialmente como ela é experimentada com sua própria consciência e comportamento. A identidade de gênero é

a experiência privada do papel de gênero, sendo esse a expressão pública da identidade de gênero. O papel de gênero é tudo o que a pessoa diz ou faz e que indica aos outros e para ela mesma seu grau de masculinidade, feminilidade ou ambos. A resposta sexual está aqui incluída, mas não se restringe a ela (Money e Ehrhardt, 1996).

Dessa forma, o sexo passa a ser entendido não só por sua forma biológica (cromossomos, características anatômicas e fisiológicas), mas também em sua forma psicológica (identidade e papel de gênero e orientação sexual). É também na década de 70 que o transexualismo foi oficialmente aceito e descrito, sendo desenvolvidas pesquisas e programas de tratamento para a síndrome.

Docter (1990), a partir das publicações de Hirschfeld e na tentativa de diferenciar pessoas que se transvestem e suas motivações para tal comportamento, elabora a seguinte classificação:

A: Padrões de comportamento heterossexual com transvestismo:

- 1- Fetichismo: o comportamento transvêstico é parcial (nunca completo) e objetiva a excitação sexual – após o orgasmo, encerra-se o comportamento transvêstico. Não há a tentativa de se passar por uma pessoa do sexo oposto; não apresenta disforia de gênero.
- 2- Transvestismo Fetichista: história de forte excitação sexual com o transvestismo e de mais forte orientação heterossexual que o grupo de Transvestismo Marginal, além de um melhor ajustamento pessoal e menor disforia de gênero. O transvestismo é periódico, mas ser reconhecido como pertencente ao sexo oposto em público é altamente valorizado.

- 3- Transvestismo Marginal: história de excitação sexual com o transvestismo. Orientação heterossexual mais fraca que no grupo anterior. A disforia de gênero é persistente, sendo a hormonioterapia sempre procurada, além de informações sobre possíveis intervenções cirúrgicas. Procura viver como os transexuais e acompanhado deles, apesar de não ser um deles. O transvestismo não ocorre em tempo integral.
 - 4- Transgênero: muito próximo do grupo marginal, mas vive no papel de gênero do sexo oposto em tempo integral. Fazem uso de hormonioterapia e outros tratamentos estéticos, sendo que podem ou não considerar a cirurgia de redesignação de sexo. Podem ser de orientação hetero, homo ou bissexual.
 - 5- Transexualismo Secundário (tipo transvético): história de alguma excitação sexual em se transvestir. Vive no papel de gênero oposto ao seu sexo biológico em tempo integral, por meio de hormônios e tratamentos estéticos. A disforia de gênero aumenta progressivamente, independente da realização ou não da cirurgia de redesignação de sexo. Fortes padrões de personalidade narcísica ou borderline.
- B: Padrões de comportamento homossexual com transvestismo:
- 1- Transexualismo Primário: disforia de gênero presente durante toda a vida, com sensação de pertencer ao sexo oposto; início dos sintomas na infância. Ausência de fetichismo relacionado ao comportamento transvético. Orientação sexual usualmente homoerótica.
 - 2- Transexualismo Secundário (tipo homossexual): história de vida homossexual, sem a presença de comportamento transvético ou disforia de

gênero prolongados. Esses comportamentos muitas vezes ocorrem como resposta a um evento estressor; fortes padrões de personalidade narcísica ou borderline.

- 3- “Drag-queens”: denominação para homens que se transvestem e se prostituem. Subgrupo muitas vezes envolvido com atividades ilícitas.
- 4- “Female Impersonators” (transformistas): homens que se transvestem e que se sentem confortáveis no papel de gênero feminino, utilizando o transvestismo como ferramenta de trabalho para shows e apresentações artísticas. Geralmente homossexuais, mas podem ser hetero ou bissexuais.

Com o aumento progressivo dos estudos nessa área, houve a necessidade de uma uniformização das classificações e uma melhor estruturação dos critérios diagnósticos para as diversas alterações da identidade de gênero. Em busca disso, a Associação Americana de Psiquiatria acrescenta o termo Transtorno de Identidade de Gênero pela primeira vez na terceira versão de seu Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III). Desde então, seus critérios diagnósticos e descrição sofreram constantes revisões, até a versão atual (DSM-IV), que entende por TIG (APA, 2000):

A: Uma forte e persistente identificação com o gênero oposto (não meramente um desejo em obter quaisquer vantagens culturais relacionadas ao sexo oposto). Em crianças, a perturbação é manifestada por quatro ou mais dos seguintes sintomas: (1) desejo declarado em ser (ou insistência de que é) do sexo oposto; (2) preferência pelo uso de roupas tipicamente utilizadas por pessoas do sexo oposto; (3) preferência em participar de brincadeiras ou jogos estereotípicos do sexo oposto; (4) em brincadeiras de faz-de-conta ou fantasias, persistentemente

interpreta papéis do sexo oposto; (5) forte preferência por companhias do sexo oposto.

Em adolescentes e adultos, a patologia se manifesta (1) pelo desejo declarado em pertencer ao sexo oposto; (2) frequentemente passar-se por alguém do sexo oposto; (3) desejo de viver e ser tratado como alguém do sexo oposto; (4) convicção de ter sentimento e reações típicas do sexo oposto.

B: Desconforto persistente com o próprio sexo (disforia de gênero) e/ou sentimento de inadequação no papel de gênero deste sexo.

Em crianças, a perturbação manifesta-se: em meninos, pela afirmação de que seu pênis ou testículos são repulsivos, de que seria melhor não tê-los e aversão por brincadeiras e atividades típicas de meninos; em meninas, pela afirmação de que desenvolverão um pênis e de que não desejam desenvolver mamas, rejeição em urinar sentadas, aversão por brincadeiras e roupas femininas.

Em adolescentes e adultos, há a preocupação constante em se livrar das características sexuais primárias e secundárias (por meio da utilização de hormônios sexuais, realização de cirurgias e outros procedimentos que modifiquem suas características sexuais) e crença de ter nascido com o sexo errado.

C: A perturbação não é concomitante com uma condição intersexual física.

D: A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo e/ou prejuízo no funcionamento social / ocupacional ou em outras áreas da vida do indivíduo.

O DSM-IV classifica o TIG aquele de início na infância e aquele de início na adolescência ou na fase adulta. Orienta ainda que seja especificada a orientação sexual

do indivíduo: por homens, por mulheres, por ambos os sexos ou ausência de atração sexual por quaisquer dos sexos. Há também outra categoria, TIG sem outra especificação, incluída para codificar as condições intersexuais, os comportamentos transvésticos transitórios e condições em que há uma preocupação persistente com a castração ou penectomia, mas sem o desejo em adquirir as características sexuais do sexo oposto.

O Código Internacional de Doenças [CID-10] (OMS, 1993) estabelece como possibilidades diagnósticas para o TIG:

Transexualismo: um desejo de viver e ser aceito como um membro do sexo oposto, usualmente acompanhado por uma sensação de desconforto ou impropriedade com o próprio sexo anatômico e um desejo de se submeter a tratamento hormonal e cirurgia para tornar seu corpo tão congruente quanto possível com o sexo preferido. A identidade sexual deve estar presente por pelo menos dois anos e não deve ser um sintoma de outro transtorno mental ou estar associada a qualquer anormalidade intersexual, genética ou do cromossomo sexual.

Transvestismo de Duplo Papel: o uso de roupas do sexo oposto durante parte da existência para desfrutar a experiência temporária de ser membro do sexo oposto, mas sem qualquer desejo de uma mudança de sexo mais permanente ou cirurgia associada. Nenhuma excitação sexual está associada à troca de roupas, distinguindo-o do Transvestismo Fetichista. Inclui o TIG da adolescência ou da idade adulta, tipo não transexual.

Transtorno de Identidade Sexual na Infância: Transtorno que usualmente primeiro se manifesta no início da infância (e sempre bem antes da puberdade), caracterizado por um persistente sofrimento com relação a pertencer a um dado sexo, junto com o desejo de ser (ou a insistência de que se é) do outro sexo. Há uma preocupação persistente com a roupa e as atividades do sexo oposto e repúdio do próprio sexo.

O CID-10 utiliza o termo transexualismo, enquanto o DSM-IV o abandona, fazendo uso apenas do termo TIG. Segundo a literatura, a última categorização segue a tendência atual, que visa a homogeneizar os diversos conceitos sobre a identidade sexual a partir do conceito de que o Transexualismo corresponde ao tipo de maior gravidade dentro do espectro dos TIG (Saadeh, 2004), conceito esse adotado também nesta pesquisa.

1.3. Modelos de Personalidade

A origem etimológica da palavra personalidade, *persona* – máscara usada pelos atores gregos, se refere à personalidade como organização interna do indivíduo, uma vez que *persona* é aquilo que serve para, externamente, identificar o personagem interpretado pelo sujeito e, ao mesmo tempo, ampliar sua voz, permitindo a exteriorização do elemento interno, subjetivo (Allport, 1937).

Desde a Antiguidade, tenta-se entender o comportamento humano e sua enorme variedade de protótipos, ou seja, padrões de comportamentos amplamente descritivos e caracterizados por traços típicos, predominantes e facilmente reconhecíveis (Oldham et al., 2009).

O modelo dos Quatro Humores de Hipócrates é seguramente uma das mais antigas formas de entender a personalidade humana de nossa civilização. Na antiga medicina grega, há cerca de 2500 anos atrás, a saúde era assegurada pelo balanço ideal entre os quatro fluidos corpóreos: sangue, fleuma, bile negra e bile amarela. Assim, Hipócrates propôs que a predominância de determinado humor corpóreo originava um padrão específico de comportamento no indivíduo. Dessa forma, a predominância de bile negra trazia consigo um padrão melancólico; a predominância de fleuma correspondia a um padrão impassível, apático, estóico; o predomínio de sangue correspondia a um padrão de comportamento intenso, otimista, sociável e diligente; e o predomínio de bile amarela era associado a um padrão de comportamento colérico, irritável e inconstante (Phillips et al., 2006).

Entre o período que data do fim das antigas civilizações greco-romanas e o início do Iluminismo, o estudo da personalidade e das doenças mentais foi substituído pela abordagem religiosa, onde a etiologia de alterações de comportamento estaria na relação do indivíduo com Deus e o Mal. Mas, entre os séculos XIX e XX, acirram-se estudos científicos a respeito das diversas manifestações de comportamento dos indivíduos.

Durante boa parte do século XIX, a personalidade foi associada a aspectos do comportamento relacionados à preservação dos níveis de consciência, sendo os relatos de alterações da personalidade associados às alterações dos mecanismos de percepção do eu e a fenômenos de desintegração da consciência. Já o termo caráter era entendido como o cerne imutável do comportamento dos indivíduos, diferenciando-os um dos outros. É nessa época que nasce a Caracterologia, ciência que estudava o caráter (Allport, 1937; Berrios, 1993).

No início do século XX, Kurt Schneider substitui a palavra caráter pela palavra personalidade e a definiu como um composto estável de sentimentos, valores, tendências e vontades, excluindo dessa definição as funções cognitivas e as sensações corporais (Schneider, 1948). O caráter passa a ser uma parte constituinte da personalidade, relacionado à manutenção de comportamentos de acordo com regras sociais e a conceitos desenvolvidos como resultado do aprendizado e da relação com o meio ambiente (Allport, 1937; Cloninger, 1996).

Mas foram as teorias que abordam os traços de personalidade – definidos como tendências emocionais, cognitivas e comportamentais em relação às quais os indivíduos variam – que permitiram maior avanço da pesquisa empírica no campo do estudo da personalidade (Oldham et al., 2009). O pioneiro dessa linha teórica, Gordon Allport (1937), partiu da hipótese de que os atributos de personalidade são expressos em palavras utilizadas na linguagem cotidiana (teoria léxica da personalidade) e realizou uma extensa compilação das palavras relacionadas a descrições de atributos de personalidade existentes em um grande dicionário da língua inglesa na década de 30.

Allport definiu personalidade como “a organização interna e dinâmica de sistemas psicofísicos do indivíduo que determina seu ajuste único ao ambiente”. O entendimento da personalidade como uma “organização interna” sugere que, apesar de ter sua expressão exteriorizada no comportamento dos indivíduos, ela é resultado da percepção interna que o sujeito tem de si, do meio ambiente e de suas experiências subjetivas (Svrakic et al., 1993). Já seu entendimento como “organização dinâmica” reflete que a personalidade resulta não apenas da expressão do mundo interno do indivíduo, mas também da constante interação entre componentes internos e os componentes da realidade externa (meio ambiente). Dessa forma, a personalidade, apesar de estável, possui potencial de flexibilidade (Oldham et al., 2009). Para Allport (1937), caracterizar a personalidade como dinâmica significa entendê-la como “algo em constante desenvolvimento e mudança, que é motivacional e se autoregula”. Os estudos de Allport originaram diversas outras propostas teóricas de modelos de personalidade.

Hans Eysenck (1970), psicólogo alemão que acreditava que os traços de personalidade do indivíduo eram eminentemente hereditários, propôs que a personalidade é constituída de três dimensões básicas: neuroticismo, extroversão e psicoticismo. O neuroticismo representa a dimensão do afeto negativo, com características de suscetibilidade, ansiedade, medo e tristeza, além de incluir características de impulsividade. A extroversão reflete a dimensão do afeto positivo, a tendência a ser sociável, assertivo e a expressar entusiasmo. Já o psicotismo representa um padrão de agressividade, hostilidade e motivações não afetivas.

Entretanto, foi o Modelo dos Cinco Fatores, desenvolvido em seguida e a partir do Modelo de Personalidade de Eysenck, o que mais se destacou. Esse modelo identifica as dimensões de neuroticismo, extroversão e acrescenta outras três dimensões: conscienciosidade, cordialidade e abertura. A conscienciosidade representa a capacidade do indivíduo em ser determinado e disciplinado no alcance de seus objetivos, com a adoção de escrúpulos morais. Cordialidade corresponde à dimensão da relação interpessoal e abrange um *continuum* que vai do antagonismo à compaixão, e envolve a avaliação do grau de honestidade, altruísmo, empatia e espírito de cooperação para com o outro. Por fim, abertura reflete o grau de curiosidade e de flexibilidade em relação às experiências de ordem estética e intelectual (McCrae e Costa, 1997).

O Modelo dos Cinco Fatores pode ser considerado um dos mais proeminentes corpos teóricos contemporâneos na abordagem dos traços de personalidade (Oldham et al., 2009). Entretanto, revisões têm sido necessárias, visto a falta de especificidade e heterogeneidade clínica da dimensão neuroticismo (que agrega, além da afetividade negativa, impulsividade e elementos de identidade), questionamentos em relação à abertura (que talvez não reflita um componente de personalidade, mas represente aspectos de acesso à educação e atividade intelectual) e a ausência de uma dimensão exclusiva que descreva aspectos de identidade, como grau de integração do eu e qualidade da autopercepção (Tavares, 2006; Cloninger et al., 1993).

A relação entre a personalidade e os demais transtornos mentais aumenta na década de 80, com a publicação da terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação de Psiquiatria Americana (DSM-III / APA). Nele,

os transtornos de personalidade foram dispostos, pela primeira vez, de maneira independente em relação aos demais diagnósticos em Psiquiatria. O DSM-III introduziu um sistema diagnóstico multiaxial e fez a distinção entre os transtornos psiquiátricos entre eixos I e II. No eixo I, foram incluídos aqueles transtornos considerados de manifestação episódica, caracterizados por exacerbações e remissões, e com uma indubitável mudança no funcionamento psíquico do indivíduo, tais como as psicoses, os transtornos de humor e ansiedade. Já no eixo II ficaram os transtornos de personalidade e as oligofrenias, considerados condições persistentes, inflexíveis e de início precoce, que determinam uma má adaptação do indivíduo ao meio ao longo de seu desenvolvimento (APA, 2000).

A classificação proposta pela APA na terceira edição do DSM, e também nas edições seguintes, corresponde a uma classificação diagnóstica categórica, em que diversas alterações da personalidade foram minuciosamente descritas e agrupadas. Essa proposta tem o grande mérito de facilitar e homogeneizar o diagnóstico, porém dificulta a avaliação das características dinâmicas da personalidade. Dessa forma, a identificação de um modelo que considere os aspectos psicológicos e biológicos da personalidade torna-se de grande utilidade.

No Brasil, Leme Lopes (1980) propuseram um diagnóstico multidimensional dinâmico que previa a integração de três fatores distintos para a conformação da personalidade: personalidade pré-mórbida (e seus componentes biológicos, psicológicos e sociais), a caracterologia sindrômica (ou a apresentação psicopatológica) e a constelação etiológica (presumível ou objetivamente verificada). Akiskal et al. propuseram que os

transtornos de personalidade podem ser condições pré-mórbidas para o desenvolvimento futuro de doenças mentais, condições subclínicas de um transtorno psiquiátrico, a expressão fenotípica desse transtorno ou até mesmo a seqüela do mesmo. Segundo esses autores, as relações entre personalidade e transtornos psiquiátricos não são estanques, sendo que um exerce influência sobre o outro, determinando uma nova forma do sujeito se relacionar com o ambiente e podendo afetar sua personalidade de forma temporária ou definitiva (Akiskal et al., 1983).

Em 1987, Cloninger et al. desenvolveram o *Tridimensional Personality Questionary* (TPQ), com a finalidade de construir um instrumento de avaliação global da personalidade, sob uma perspectiva psicobiológica. A estrutura da TPQ foi elaborada com base em informações provenientes de estudos genéticos, filogenéticos e neurobiológicos a respeito da organização funcional das redes cerebrais que regulam o condicionamento clássico em animais (Cloninger, 1986). O modelo foi fundamentado na divisão clássica entre temperamento e caráter. O temperamento foi definido como o conjunto de traços de determinação hereditária, cuja expressão é apenas parcialmente afetada pelas influências ambientais. Ele está relacionado ao aprendizado associativo e ao sistema de memória perceptiva, envolvendo projeções cortico-estriatais subjacentes ao processo de informações visuoespaciais, valência afetiva e formação inconsciente de hábitos (Cloninger et al., 1993). O caráter foi definido como o conjunto de traços definidos ao longo do desenvolvimento, como resultado de experiências de aprendizagem, determinando a boa ou má adaptação dos traços hereditários às contingências ambientais em que vive o indivíduo (Svrakic et al., 1993). O caráter está associado ao sistema de memória conceitual, que envolve projeções cortico-límbico-

diencefálicas subjacentes ao processamento consciente de significado simbólico e aprendizado de conceitos (Svrakic et al., 1993).

A TPQ reúne três escalas e cada uma investiga uma dimensão de temperamento: busca por novidades (BN), esquiva ao dano (ED), dependência de gratificação (DG).

O modelo do TPQ de Cloninger mostrou ter boa correlação com a classificação categórica do DSM (Svrakic et al 1993). Contudo, o modelo de personalidade fundamentado apenas nas características hereditárias da personalidade - temperamento não se mostrou um bom preditor da presença ou não de transtornos da personalidade. Assim, na expectativa de identificar um fator de vulnerabilidade aos TP, Cloninger elabora o Inventário de Temperamento e Caráter (ITC), que avalia a personalidade por meio de sete fatores. Foram incluídos, ao instrumento TPQ, três novos fatores que representam a dimensão caráter da personalidade e foi acrescido o quarto fator de temperamento - persistência (Cloninger et al., 1993). Os fatores de caráter avaliam diferenças individuais quanto à percepção de si mesmo. São eles: autodirecionamento (AD), cooperatividade (C) e autotranscendência (AT).

A persistência (PE) foi originalmente estruturada como um subfator da DG. No entanto, estudos demonstraram que a PE possui características hereditárias independentes, sendo, então, incluída como um fator independente de temperamento.

O ITC permitiu a avaliação das características temperamentais de acordo com sua adaptação ao meio, o que depende da conformação caracterológica de cada pessoa, possibilitando o diagnóstico diferencial entre subtipos de transtornos de personalidade (Svrakic et al. 1993; Goldman et al., 1994).

Cada um dos fatores do ITC divide-se em subfatores que expressam conceitos particulares, conforme descrito a seguir:

BN: tendência hereditária de ativação e iniciação de comportamentos por estímulos novos e suscetibilidade comportamental à estimulação ambiental. BN1: excitabilidade exploratória VS rigidez; BN2: impulsividade VS reflexão; BN3: extravagância VS reserva; BN4: desordenação VS organização.

ED: tendência hereditária a inibir ou cessar comportamentos frente aos sinais de estímulos aversivos, a fim de se evitar punição. ED1: preocupação antecipatória vs otimismo; ED2: medo da incerteza vs confiança; ED3: timidez vs sociabilidade; ED4: fadigabilidade e astenia vs vigor.

DG: tendência hereditária a responder de maneira intensa a sinais de recompensa, visando à obtenção de prêmio. DG1: sentimentalismo vs insensibilidade; DG2: este subfator foi realocado como independente (PE); DG3: apego vs desapego; DG4: dependência vs independência.

PE: tendência hereditária a persistir em responder de determinada forma, a despeito dos reforços intermitentes. Persistência vs falta de determinação.

AD: identificação de si mesmo como um indivíduo autônomo. AD1: responsabilidade vs atribuição de culpa a outrem; AD2: determinação vs metas não objetivas; AD3: desembaraço vs apatia; AD4: autoaceitação vs autorecusa; AD5: segunda natureza congruente (características da forma de pensar ou agir que não correspondem à tendência natural do indivíduo, mas sim que são aprendidas e desenvolvidas no decorrer da vida e passam a fazer parte constituinte da personalidade).

C: identificação de si mesmo como uma parte integrante da sociedade e da humanidade. C1: aceitação social vs intolerância; C2: empatia vs desinteresse social; C3: utilidade vs inutilidade; C4: compaixão vs vingança; C5: generosidade vs egoísmo.

AT: identificação de si mesmo como parte integrante da unidade de todas as coisas, de modo interdependente. AT1: altruísmo vs autoconsciência; AT2: identificação transpessoal; AT3: aceitação espiritual vs materialismo.

Os fatores de caráter mostram-se promissores ao complementarem o modelo psicobiológico com aspectos que contemplam as experiências de aprendizagem na conformação final da personalidade. Svrakic et al. (1993) demonstraram a possível aplicação dos fatores de caráter na identificação de delineamento dos transtornos de personalidade, com potenciais de implicação futuras para o tratamento farmacológico e psicoterápico. Cloninger considera que o ITC pode ser utilizado na interface entre determinados transtornos psiquiátricos e componentes temperamentais de personalidade, facilitando a determinação dos constituintes psicopatológicos de personalidade presentes nos mais diversos tipos de alteração de comportamento (Cloninger, 1996; Oldham et al., 1996).

O ITC concebe o desenvolvimento da personalidade como sendo um processo epigenético interativo, no qual fatores de temperamento herdados motivam aprendizados e *insight* de autoconceitos, os quais modificam o significado e a intensidade de estímulos percebidos, ao qual o indivíduo responde. Em outras palavras, o temperamento regula o que é percebido e, por sua vez, o caráter modifica seu significado. Assim, a saliência e o significado de toda experiência depende de ambos, temperamento e caráter, e a interação

dos dois determina o comportamento e define a personalidade do indivíduo (Svrakic et al, 2002).

Atualmente, entende-se personalidade como “um conjunto de características que conferem uma identidade e um padrão de relacionamentos únicos e próprios de cada indivíduo. Essas são forjadas pela interação entre disposições naturais e experiência que define a forma como esse indivíduo processa, armazena e responde à informação e a estímulos externos, e é consideravelmente estável ao longo do tempo. Assim, a personalidade confere simultaneamente previsibilidade e flexibilidade do comportamento para garantir o melhor ajuste ao ambiente” (Tavares, 2006). O estudo da personalidade dos indivíduos pode, portanto, auxiliar na identificação de possíveis alterações e patologias e, principalmente, promover o melhor entendimento do comportamento humano.

2. Justificativa

2. Justificativa

No Brasil, os estudos que avaliam MSW são escassos, sendo as políticas de saúde pública destinadas a esta população baseadas em estudos sobre a prostituição feminina ou em estudos internacionais.

Os *street hustlers* tendem a ser o grupo de mais difícil acesso entre os MSW e, conseqüentemente, também o grupo cujas particularidades mais são desconhecidas. A investigação de características psicométricas e de personalidade desses indivíduos pode facilitar a elaboração de tipologias específicas para os *street hustlers*. Conhecendo-os melhor, os profissionais da saúde poderão acessar essa população de uma forma mais rotineira e eficaz, de forma a viabilizar um investimento público mais direcionado nas reais necessidades desses indivíduos, com maior potencial de obtenção de adesão e sucesso.

Tendo em vista que os estudos nacionais sobre este tema têm abordado apenas as características sócio-demográficas e o risco de doenças sexualmente transmissíveis nessa população, o presente trabalho representa uma atraente linha de pesquisa tanto na área médica quanto sociológica.

3. Objetivos

3.1. Objetivos Gerais

- Investigar a presença de sintomas de abuso e/ou dependência de álcool e outras drogas entre MSW;
- Investigar a presença de sintomas depressivos entre MSW;
- Investigar aspectos gerais da sexualidade, em termos de orientação sexual, práticas sexuais atuais e pretéritas e história de abuso sexual entre MSW;
- Investigar aspectos da personalidade e impulsividade entre MSW;
- Investigar a presença de antecedentes criminais entre MSW.

3.2. Objetivos Específicos

- Correlacionar aspectos dimensionais de personalidade (temperamento e caráter) e impulsividade ao uso consistente ou inconsistente de preservativos durante as atividades sexuais com clientes entre MSW;
- Correlacionar o consumo de álcool e outras drogas ao uso consistente ou inconsistente de preservativos durante as atividades sexuais com clientes entre MSW;

- Correlacionar aspectos dimensionais da personalidade (temperamento e caráter) e impulsividade com a presença ou não de TIG entre MSW;
- Correlacionar o consumo de álcool e outras drogas à presença ou não de TIG entre MSW;
- Investigar demanda dos MSW para tratamento em serviços especializados em Saúde Mental.

3.3. Hipóteses Experimentais

- Homens biológicos profissionais do sexo com TIG apresentam problemas distintos dos MSW sem perturbação da identidade de gênero em termos de:
 - escores médios de sintomas depressivos;
 - consumo de álcool e outras drogas;
 - escores médios de traços dimensionais de personalidade;
 - níveis de impulsividade;
 - história de violência física / sexual na infância;
 - envolvimento pessoal e familiar com atividades ilegais.
- Homens biológicos profissionais do sexo com uso inconsistente de preservativo durante as práticas sexuais com clientes apresentam problemas distintos dos MSW com uso consistente de preservativo em termos de:
 - escores médios de sintomas depressivos;
 - consumo de álcool e outras drogas;

- escores médios de traços dimensionais de personalidade;
- níveis de impulsividade;
- história de violência física / sexual na infância;
- envolvimento pessoal e familiar com atividades ilegais.

4. Método

4.1. ABSex – Faculdade de Medicina do ABC (FMABC)

O Ambulatório de Transtornos da Sexualidade das Disciplinas de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina do ABC (ABSex) foi fundado em março de 2003, destinado à assistência, pesquisa e ensino em sexualidade humana e seus transtornos.

Atualmente, o ambulatório conta com um psiquiatra coordenador, dois psiquiatras colaboradores, duas psicólogas colaboradoras, médicos residentes em Psiquiatria e acadêmicos da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), atendendo uma média de 100 pacientes por mês.

Em outubro de 2004, foi criada a Liga de Estudos em Sexualidade (LESex), com o objetivo envolver os acadêmicos da FMABC no estudo e pesquisa dos transtornos da sexualidade.

O presente trabalho foi idealizado pelo ABSex, com o apoio de alunos da LESex.

4.2. Projeto de Pesquisa

O presente estudo foi desenvolvido pelo Ambulatório de Transtornos da Sexualidade das Disciplinas de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina do ABC (ABSex).

Trata-se de uma pesquisa com característica de estudo descritivo, seccional e retrospectivo, baseada na coleta de informações por meio de questionários e inventários padronizados.

A pesquisa avaliou MSW que fazem ou não uso de indumentárias femininas e que trabalham nas ruas de Santo André – São Paulo, com o objetivo de ganho financeiro através da oferta de serviços sexuais. O acesso a esses profissionais foi viabilizado pela parceria com o Núcleo de Prevenção de DSTs/ AIDS da PMSA.

O presente estudo visou avaliar 40 MSW com e sem TIG, visando um N de 80 participantes. Como não existiam estudos semelhantes na literatura internacional e, conseqüentemente, não haviam dados confiáveis sobre a prevalência de sintomas depressivos, traços de personalidade e problemas com o consumo de álcool e outras drogas nessa população, preferimos, no planejamento inicial deste projeto, basear o tamanho da amostra deste trabalho em estudos previamente publicados (West, 1993; Dorais, 2005).

Os MSW que fazem uso de indumentárias femininas, apresentando papel de gênero feminino durante o trabalho, foram classificados posteriormente em travestis ou transexuais. Esta diferenciação baseou-se na manifestação clara e verbal destes homens sobre a intenção de realização de cirurgia de redesignação de sexo, além de considerar sintomas típicos, tais como forte e persistente identificação com o gênero oposto; grande desconforto com o próprio sexo (disforia de gênero), utilização de indumentárias femininas em tempo integral, utilização de hormônios femininos a fim de diminuir caracteres sexuais secundários, capacidade em viver no papel do gênero oposto em tempo integral (Docter e Prince, 1997).

As entrevistas foram realizadas pela autora da pesquisa no próprio local de trabalho dos entrevistados, no período noturno. Objetivando não violar o princípio da confidencialidade, as entrevistas ocorreram dentro de carro oficial da prefeitura, estando presentes apenas a entrevistadora e o entrevistado durante as entrevistas. A entrevistadora manteve distância mínima para que os entrevistados pudessem preencher o questionário sem nenhuma interferência, garantindo a confiabilidade dos dados.

O carro oficial acima citado já comparece às ruas e avenidas da cidade de Santo André para fornecer informações e apoio aos profissionais do sexo, como parte do programa de prevenção do Núcleo de Prevenção às DSTs/AIDS da PMSA. Esse programa objetiva identificar indivíduos que se encontrem em algum risco de saúde / social, tais como moradores de rua, usuários de substâncias psicoativas e profissionais do sexo. A partir do mapeamento dessas pessoas, medidas para diminuir os riscos são ofertadas. No caso dos profissionais do sexo, a equipe do Núcleo de Prevenção às DSTs/AIDS regularmente leva preservativos a eles, orienta sobre DSTs e sobre os locais para atendimento médico, além de agendar atendimentos médicos em casos de maior urgência. A entrevistadora acompanhou a rotina noturna do Núcleo de Prevenção às DSTs/AIDS, a fim de identificar os MSW da cidade de Santo André/SP e convidá-los a participar da pesquisa. Dessa forma, a entrevistadora sempre esteve acompanhada por algum dos membros desse núcleo, exceto durante as entrevistas. Além disso, as entrevistas realizadas *in lócus* favorecem a coleta de dados dos homens biológicos que realmente se envolvem com o trabalho sexual.

O tempo médio para o entrevistado responder aos questionários foi de uma hora e meia.

A pesquisa foi projetada com duração inicial de 30 meses, tendo iniciado em dezembro de 2007.

Os MSW selecionados para o atual projeto foram entrevistados e seu consentimento solicitado por escrito, conforme as normas de ética em pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e da FMABC (anexo 01). Todos os entrevistados foram certificados de que as informações obtidas têm caráter estritamente científico e confidencial. Também foram informados de que a participação é voluntária.

Foi estipulado para esta pesquisa que, caso o número de profissionais do sexo disponíveis para a pesquisa excedesse o N proposto para este trabalho, o que seria inédito diante dos fatos relatados em pesquisas previamente realizadas, todos os requerentes seriam entrevistados. Caso o número de profissionais do sexo disponíveis para a pesquisa não atingisse o N proposto, solicitaríamos aos entrevistados que divulgassem a pesquisa aos seus pares, dentro de um modelo de *Snowball*. Inicialmente entrevistamos 12 sujeitos, que divulgaram a pesquisa aos seus colegas profissionais do sexo, avisando dias e horários em que costumávamos ir às ruas para a realização das entrevistas (*Snowball*). Vinte e oito MSW se recusaram a participar do estudo, principalmente por não haver uma recompensa financeira pelo tempo despendido com o preenchimento dos questionários. Ao final, atingimos um N de 86 profissionais do sexo.

Todos os MSW foram entrevistados apenas uma vez. Todavia, foram incentivados à coleta de exames sorológicos para Hepatites A, B e C, HIV e Sífilis e informados dos locais disponíveis para a realização dos mesmos. Além disso, uma devolutiva dos resultados das avaliações lhes foi ofertada, caso lhes fosse de interesse.

4.3. Instrumentos e Procedimentos

Os instrumentos e procedimentos foram aplicados uma vez para cada homem profissional do sexo, após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Os inventários foram:

a) Protocolo Comum (Anexo 02)

O protocolo comum disponibiliza questões sobre dados sócio-demográficos dos entrevistados, inclusive questões envolvendo a história pessoal e familiar do consumo de bebidas alcoólicas e outras drogas, orientação e comportamento sexual, além de investigação categorial de abuso físico, sexual e emocional.

Este protocolo foi utilizado em outros trabalhos realizados no Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Baltieri, 2005).

b) AUDIT (Anexo 03)

O AUDIT (*The Alcohol Use Identification Test*), com adaptação para a língua portuguesa do Brasil (Méndez, 1999), é um instrumento de rastreamento que pode ser aplicado facilmente no início do processo diagnóstico, com o objetivo de identificar bebedores com uso nocivo ou dependência de álcool. Foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (Babor et al., 1992; Saunders et al., 1993) e avaliado por mais de duas décadas, mostrando-se muito preciso para medidas de risco relacionado à idade, sexo e cultura (Saunders et al., 1993; Allen et al., 1997). O teste é autorresponsivo e formado por 10 questões sobre uso de álcool recente, sintomas de dependência alcoólica e problemas relacionados ao uso de álcool. Sua aplicação leva de dois a cinco

minutos, com escores que variam de zero a 40. A pontuação igual ou superior ao escore oito indica a necessidade de um diagnóstico mais específico.

O método consiste em selecionar itens que melhor distinguem os consumidores de baixo risco dos de alto risco. Ao contrário de outros testes, o AUDIT foi formulado para identificar precocemente dependência ao álcool. O total de pontos do escore final possui alta sensibilidade - 90% (porcentagem de casos positivos que o teste identificou corretamente) e especificidade - 80% (porcentagem de casos negativos que o teste identificou corretamente) para distinguir indivíduos com padrão inadequado de consumo de bebidas. O AUDIT difere de outros testes, pois possui um maior enfoque na identificação de consumidores nocivos e não tanto na dependência de longa data. Além disso, enfatiza os sintomas primários que ocorreram em um passado recente (Babor et al., 1992). Um grande número de estudos foi feito para avaliar a validade e a confiabilidade do teste em diferentes amostras (Allen et al., 1997). Os escores do AUDIT comprovaram a correlação entre os dados obtidos e as medidas das consequências do consumo de álcool, vulnerabilidade para dependência, humor deprimido após o consumo de álcool e razões para o consumo (Bohn et al., 1995).

c) DAST (Anexo 04)

DAST - *The Drug Abuse Screening Test* (Gavin et al., 1989) é uma escala dicotômica de 28 itens, que procura contextualizar os principais aspectos em torno do consumo de drogas. O teste aborda as várias consequências relacionadas com o consumo — sintomas físicos e psicológicos, aspectos sociais e relacionais, entre outros. Os sujeitos são inquiridos a respeito de experiências de consumo de drogas e problemas relacionados nos últimos 12 meses. O DAST é normalmente autorespondivo (método

aqui por nós utilizado), mas também pode ser realizado em formato de entrevista. Essa escala providencia um resultado que pode variar entre zero e 28, refletindo as alterações no consumo de drogas ao longo dos 12 meses. As respostas são do tipo sim / não, sendo que cada resposta afirmativa equivale a um ponto. Gavin et al., (1989) demonstrou que pontuações acima de 5 ou 6 representa uma sensibilidade de 96% e uma especificidade de 81% na detecção de pessoas com problemas com o consumo de drogas. Skinner (1982) sugere que os resultados do DAST podem ser comparados em diferentes períodos de avaliação e de seguimento, para monitorizar mudanças no número e consequências experimentadas pelo abuso de substâncias ao longo do tempo.

Essa escala, em sua tradução para a língua portuguesa do Brasil, foi selecionada por fornecer uma avaliação simples e rápida do nível de gravidade do consumo de drogas.

d) BIS-11 (Anexo 05)

A Escala de Impulsividade de Barratt (BIS – *Barratt Impulsiveness Scale*) é um dos mais tradicionais e mais utilizados questionários de impulsividade de autopreenchimento. Ela foi primeiramente desenvolvida em 1959 e tem sua base em um modelo unidimensional de impulsividade, que o incluiu como parte de grupos maiores de personalidades propensas à extroversão, busca de sensações e falta de controles inibitórios comportamentais. A versão 11 da Escala de Impulsividade de Barratt (BIS-11) é a mais recente versão do teste e foi desenvolvida a fim de determinar os níveis de impulsividade em população clínica e não clínica. O BIS identifica três componentes de impulsividade, ou seja, o componente ideomotor (Impulsividade Motora), definido como “agir sem pensar” e cujos escores variam entre 10 e 40; o componente sobre atenção

(Impulsividade Atencional), definido como “prestar atenção em detalhes” (efeito cognitivo/ decisões rápidas) e com escores que vão de oito a 32; e o componente sobre planejamento (Falta de Planejamento), definido como “orientação em direção ao futuro” (impulsividade não-planejada/ orientação presente) e com escores que variam entre 12 e 48. Os escores totais do instrumento variam de 30 a 120.

A atual versão do instrumento (BIS-11), em sua versão para a língua portuguesa do Brasil (Diemen et al., 2007), consiste em 30 itens. Os escores possíveis variam de 30 a 120. Não há escores padronizados para essa escala, mas estudos prévios verificaram uma média (desvio padrão) de 76,3 (11,9) para apenados, 63,8 (10,2) para estudantes, 69,3 (10,3) para pacientes internados por problemas com álcool e drogas e 71,4 (12,6) para pacientes internados em clínica psiquiátrica geral (Patton et al., 1995). Todos os itens do teste são analisados utilizando-se de uma escala de quatro pontos Likert (1= raramente ou nunca a 4 = quase sempre ou sempre).

e) Inventário de Temperamento e Caráter (ITC) (Anexo 06)

O ITC, conforme citado anteriormente, é um questionário autoresponsivo, composto por 240 itens do tipo “verdadeiro ou falso”, que possibilita o diagnóstico diferencial entre subtipos de transtornos de personalidade e outros transtornos psiquiátricos (Fuentes et al., 2000). Avalia quatro dimensões de temperamento (busca por novidade, esquiva ao dano, dependência de gratificação e persistência) e três de caráter (autodirecionamento, cooperatividade e autotranscendência) (Fuentes et al., 2000; Svrakic et al., 2002). É um instrumento bastante estudado em amostras clínicas e não-clínicas, entre diferentes grupos culturais e étnicos (Cloninger, 1996; Svrakic et al., 2002). É validada no Brasil e dados apontam boa qualidade e confiabilidade da versão

em português (Fuentes et al., 2000). Pesquisas pretéritas demonstraram que uma baixa pontuação nas dimensões de caráter, principalmente autodirecionamento e cooperatividade, associa-se com maior sintomatologia para qualquer transtorno de personalidade, sendo que os quatro traços de temperamento interagem entre si, formando um perfil único de correlação com cada um dos clusters do DSM e com cada subtipo de transtorno de personalidade (Svrakic et al., 2002).

Nesse estudo, utilizamos não apenas os escores totais obtidos no TCI, mas também sua conversão para *T-scores*, visto esse fornecer uma distribuição normal, com uma média de 50 e desvio padrão de 10.

f) Inventário de Depressão de Beck (Anexo 07)

Este inventário autorespondivo foi desenvolvido para medir manifestações comportamentais relacionadas à depressão entre adultos e adolescentes. Nesse instrumento, 21 manifestações comportamentais são avaliadas, sendo que cada item é composto por quatro afirmações, em ordem crescente de gravidade de sintomas depressivos. As mais recentes diretrizes sugerem que pontuações de zero a nove correspondem a mínimos sintomas depressivos ou nenhum, 10 a 16 relacionam-se com sintomas depressivos médios, 17 a 29 sugerem sintomas moderados, e 30 a 63 sintomas graves. Os escores deste inventário podem ser subdivididos em fator afetivo e fator somático. Existem adequadas evidências de consistência interna, tanto em contextos clínicos como em não clínicos (Beck e Steer, 2000).

Esse instrumento tem mostrado alta confiabilidade e validade em vários estudos já realizados, inclusive no Brasil (Gorenstein e Andrade, 2000), com confiabilidade variando de 76% a 95% e a validade de 55 a 96% (Beck e Steer, 2000).

g) História Criminal (Anexo 08)

Alguns itens utilizados em pesquisa prévia (Baltieri, 2005) para investigar problemas legais entre apenados foram aplicados nesta pesquisa. Como não há instrumentos validados para investigar a história criminológica no Brasil, utilizamos alguns itens do VRAG (Violence Risk Appraisal Guide) (Quinsey et al., 2003), como:

- Convivência com pais até os 16 anos de idade;
- Problemas de ajustamento na escola;
- Religião;
- História de problemas com o consumo de bebidas alcoólicas (entre os pais e com o próprio entrevistado);
- História criminal para crimes violentos e não violentos;
- Idade das ofensas e das vítimas envolvidas (se houver)

Embora seja um instrumento não validado no Brasil, algumas pesquisas internacionais têm apontado validade preditiva do VRAG para comportamento violento entre pessoas que já cometeram algum crime violento. Como exemplo, Harris et al. (2004) adaptaram alguns itens deste instrumento para amostras de pessoas que referem comportamentos violentos.

4.4. Critérios de Inclusão

- a) Sexo masculino;
- b) Idade entre 18 e 50 anos;

- c) Profissional do sexo que trabalhem na cidade de Santo André, São Paulo;
- d) Consentimento para participação da pesquisa.

4.5. Critérios de Exclusão

- a) Sexo feminino;
- b) Agenciadores que não ofertem os próprios serviços sexuais;
- c) Recusa na participação da pesquisa.

4.6. Fluxograma do Estudo

4.7. Análise Estatística

Foram realizadas duas diferentes análises da amostra. Para a primeira, os MSW foram divididos em dois grupos: os com TIG e os com papel de gênero masculino

durante o exercício da prostituição. Em uma segunda análise, os MSW avaliados novamente foram divididos em dois grupos: aqueles com uso consistente de preservativo e aqueles com uso inconsistente de preservativo com os seus clientes.

Em cada uma das duas análises, os dados foram processados utilizando-se os programas estatísticos SPSS 18.0 e *Power Analysis Sample Size* (PASS). Os grupos foram descritos em suas características sociodemográficas e psicológicas, mediante a média e o desvio padrão para variáveis contínuas e percentuais para as variáveis categóricas. Para todos os testes estatísticos utilizados, as diferenças entre os grupos foram consideradas significativas quando atingiram níveis iguais ou inferiores a 0,05 para testes bicaudais.

Os resultados das escalas utilizadas foram organizados em tabelas e analisados estatisticamente. Para as variáveis qualitativas ou categóricas, foram utilizados o teste Qui-Quadrados de *Pearson* e o teste exato de *Fisher*, este último aplicado quando uma das “caselas” tinha valor menor do que cinco.

Para as variáveis contínuas, o teste de *Mann-Whitney* ou o teste *t* de *Student* foram utilizados, dependendo da distribuição da amostra.

A Múltipla Análise de Variância (MANOVA) foi utilizada para a avaliação de múltiplas variáveis dependentes, visto que uma análise univariada poderia aumentar a probabilidade de perda de dados. Para o estudo da homogeneidade das matrizes de variância - covariância, usamos o teste *Box's M*.

Técnicas de regressão múltipla também foram utilizadas, objetivando determinar até que ponto as variáveis independentes conseguem prever o resultado das variáveis dependentes: MSW com e sem TIG e MSW com uso consistente ou inconsistente de

preservativos. De acordo com Hosmer e Lemeshow (2000), as variáveis incluídas nesse método devem apresentar níveis de significância entre 0,10 e 0,20.

Foram realizadas matrizes de correlação com as variáveis incluídas na análise multivariada. Os testes de *Pearson's r*, *Phi* e Correlação de coeficientes *Point-biserial* foram utilizados para a análise das relações entre duas variáveis contínuas, duas variáveis categóricas e entre uma variável contínua e uma categórica, respectivamente.

4.8. Aspectos Éticos

Antes do início da entrevista, os sujeitos do estudo foram informados sobre os procedimentos a serem realizados, bem como sobre os objetivos da pesquisa, e seu consentimento foi solicitado por escrito, de acordo com as normas éticas e regulamentares vigentes na FMUSP e na FMABC. Foi informado aos entrevistados que a recusa à participação na pesquisa não acarretaria quaisquer prejuízos junto aos benefícios que porventura recebessem dos programas de prevenção às DSTs/AIDS. Aos participantes foi oferecida a possibilidade de uma devolutiva do pesquisador no final da entrevista, a partir dos resultados obtidos com os questionários e instrumentos utilizados.

As entrevistas foram realizadas dentro de carro oficial da Prefeitura Municipal de Santo André, nas ruas de Santo André – São Paulo, sem a presença de terceiros nos momentos das entrevistas, objetivando assegurar a confidencialidade da pesquisa.

4.9. Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa

O presente estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FMUSP, da FMABC e da PMSA, recebendo aprovação de todos para o desenvolvimento do trabalho, conforme cartas de aprovação (anexos 09, 10 e 11).

5. Resultados

5.1. Homens profissionais do sexo com e sem Transtorno de Identidade de Gênero

Análise Descritiva

Oitenta e seis MSW foram entrevistados entre fevereiro de 2008 e abril de 2010. Entre eles, 45 (52,33%) eram portadores de TIG (travestis ou transexuais) e 41 (47,67%) apresentavam papel de gênero masculino durante a prática da prostituição. A idade média dos entrevistados, no momento da participação no estudo, foi de 24,7 anos (desvio padrão: 7,33), não havendo diferenças significativas entre os dois grupos. Também não houve diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos em relação ao estado civil, nível educacional, raça e religião (Tabela 1).

Foram frequentes os relatos de antecedentes pessoais de abuso sexual / físico entre os MSW, mas não houve diferenças estatísticas entre os grupos, conforme havíamos pressuposto. Foram encontradas taxas encontradas de autorelato de HIV positivo acima de 13% e de uso inconsistente de preservativos durante as atividades de prostituição acima de 30%, mas sem diferenças entre os MSW com e sem TIG. Os MSW comumente apresentaram relatos de tentativas prévias de suicídio, fugas de casa e antecedente pessoais com atividades ilícitas, mas aqui também não foram encontradas diferenças estatísticas entre os MSW com e sem TIG. (Tabela 1).

MSW com TIG apresentaram renda mensal maior que a dos MSW sem TIG, assim como mais frequente história de antecedentes de agressão por parte dos clientes e

de terem pensões e albergues como moradia. Dezenove (46,34%) dos MSW sem TIG tinham outras profissões além da prostituição, contra apenas cinco (11,11%) dos MSW com TIG. Além disso, MSW com papel de gênero masculino também apresentaram mais frequente história de antecedentes familiares de história criminal e de antecedentes pessoais de problemas disciplinares durante a vida escolar que os MSW com TIG, o que coincide com nossas hipóteses iniciais (Tabela 1).

Tabela 1. Aspectos Sociodemográficos e Fatores Relacionados à Prostituição entre Homens Profissionais do Sexo com e sem Transtorno de Identidade de Gênero.

Variáveis	MSW com TIG (n = 45)	MSW sem TIG (n = 41)	Teste	p
Idade, média (DP)	25,09 (8,12)	24,27 (6,42)	t = 0,59, 84 df	0,59 ^a
Raça (autorelato) n (%)				
Branca	15 (33,33)	13 (31,71)	$\chi^2 = 0,28$, 2 df	0,87 ^b
Negra	3 (6,67)	4 (9,75)		
Mulata	27 (60)	24 (58,54)		
Estado civil, n (%)				
Casado	4 (8,89)	4 (9,76)	$\chi^2 = 2,29$, 2 df	0,32 ^b
Solteiro	40 (88,89)	33 (80,48)		
Separado	1 (2,22)	4 (9,76)		
Nível educacional, n (%)				
Oito anos ou menos	23 (51,11)	15 (36,59)	$\chi^2 = 1,83$, 1 df	0,17 ^b
Mais de oito anos	22 (48,89)	26 (63,41)		
Religião, n (%)				
Cristã	25 (55,55)	21 (51,22)	$\chi^2 = 5,40$, 2 df	0,07 ^b
Afro-Brasileira	4 (8,89)	11 (26,83)		
Nenhuma	16 (35,56)	9 (21,95)		
Renda mensal (em Reais), média (DP)	1847,67 (1710,65)	880,37 (788,74)	U = 534,50	< 0,01 ^{**c}
Outras profissões além da Prostituição, n (%)	5 (11,11)	19 (46,34)	$\chi^2 = 13,23$, 1 df	< 0,01 ^{**d}
Pensões, albergues ou afins como moradia, n (%)	19 (42,22)	5 (12,19)	$\chi^2 = 9,61$, 1 df	< 0,01 ^{**d}
HIV negativo - autorelato, n (%)	30 (66,67)	25 (60,97)	$\chi^2 = 0,58$, 1 df	0,58 ^b
HIV positivo - autorelato, n (%)	6 (13,33)	7 (17,07)	$\chi^2 = 0,23$, 1 df	0,77 ^d
Uso inconsistente de preservativos com clientes, n (%)	15 (33,33)	13 (31,71)	$\chi^2 = 0,03$, 1 df	0,87 ^b
Agressão física por parte dos clientes, n (%)	28 (62,22)	14 (34,15)	$\chi^2 = 6,77$, 1 df	< 0,01 ^{**b}
História de abuso sexual na infância, n (%)	10 (22,22)	5 (12,19)	$\chi^2 = 1,50$, 1 df	0,26 ^d
História de abuso físico na infância, n (%)	6 (13,33)	7 (17,07)	$\chi^2 = 0,23$, 1 df	0,77 ^d
Fuga de casa durante a infância / adolescência, n (%)	18 (40)	9 (21,95)	$\chi^2 = 3,24$, 1 df	0,07 ^b

* p < 0,05;

** p < 0,01

^a t Student test; ^b Pearson chi-square test; ^c Mann-Whitney test; ^d Fisher's Exact test

MSW = Homens Biológicos Profissionais do Sexo; TIG = Transtorno de Identidade de Gênero

Continua

Tabela 1. Aspectos Sociodemográficos e Fatores Relacionados à Prostituição entre Homens Profissionais do Sexo com e sem Transtorno de Identidade de Gênero (Conclusão).

Variáveis	MSW com TIG (n = 45)	MSW sem TIG (n = 41)	Teste	p
Graves problemas disciplinares durante a vida escolar, n (%)	9 (20)	17 (41,46)	$\chi^2 = 4,69, 1 \text{ df}$	0,03* ^b
Tentativa de suicídio, n (%)	9 (20)	10 (24,39)	$\chi^2 = 0,24, 1 \text{ df}$	0,62 ^b
Envolvimento pessoal com atividades criminais, n (%)	14 (31,11)	9 (21,95)	$\chi^2 = 0,92, 1 \text{ df}$	0,34 ^b
Envolvimento familiar com atividades criminais, n (%)	1 (2,22)	7 (17,07)	$\chi^2 = 5,61, 1 \text{ df}$	0,02* ^d

* p < 0,05;

** p < 0,01

^a t Student test; ^b Pearson chi-square test; ^c Mann-Whitney test; ^d Fisher's Exact test

MSW = Homens Biológicos Profissionais do Sexo; TIG = Transtorno de Identidade de Gênero

Avaliações Psicométricas

Uma análise 2 X 4 MANOVA foi realizada com ambos os grupos (com TIG e com papel de gênero masculino) como variáveis dependentes e os fatores de temperamento e caráter de personalidade (BN, ED, DG, PE, AD, C, AT) como variáveis independentes. A análise do método estatístico mostrou-se significativa (*Pillai's F* (4,81) = 3,08, p = 0,02, $\eta^2 = 0,13$). A análise univariada de cada variável demonstrou diferenças significativas somente para o escore total de ED, corroborando com nossas hipóteses iniciais. Nenhuma das outras variáveis dependentes provou ser estatisticamente significativa. O modelo MANOVA demonstrou variância homogênea, o que foi verificado por meio do Teste *Box'M* (M = 13,31, F = 1,26, p = 0,24). As médias e desvios-padrão de cada análise encontram-se na Tabela 2.

Tabela 2. Dimensões de Temperamento e Caráter entre Homens Profissionais do Sexo com e sem TIG

Variáveis	MSW com TIG (n = 45)	MSW sem TIG (n = 41)	Teste	p
BN, média (DP) T escore	49,09 (9,69)	50,99 (10,35)	t = - 0,88, 84 df	0,38 ^a
Escore Total	19,84 (4,76)	20,78 (5,08)		
ED, média (DP) T escore	53,33 (9,74)	46,58 (9,13)	t = 3,31, 84 df	< 0,01 ** ^a
Escore Total	17,95 (4,89)	14,56 (4,58)		
DG, média (DP) T escore	49,51 (8,56)	49,88 (12,14)	U = 889	0,77 ^b
Escore Total	13,35 (2,90)	13,48 (4,07)		
PE, média (DP) T escore	48,52 (9,15)	51,81 (10,65)	t = - 1,54, 84 df	0,13 ^a
Escore Total	4,60 (1,45)	5,12 (1,69)		
AD, média (DP) T escore	49,60 (9,45)	50,33 (10,58)	t = - 0,34, 84 df	0,73 ^a
Escore Total	23,57 (6,05)	24,04 (6,78)		
C, média (DP) T escore	49,80 (8,88)	49,92 (11,27)	U = 895,50	0,81 ^b
Escore Total	26,48 (5,44)	26,56 (6,90)		
AT, média (DP) T escore	49,63 (10,11)	49,96 (10,28)	t = - 0,15, 84 df	0,88 ^a
Escore Total	22,97 (4,97)	23,14 (5,05)		

* p < 0,05; ** p < 0,01

^a t *Student test*^b *Mann-Whitney test*

BN = Busca por Novidades; ED = Esquiva ao Dano; DG = Dependência por Gratificação; PE = Persistência; AD = Autodirecionamento; C = Cooperatividade; AD = Autotranscendência; MSW = Homens Biológicos Profissionais do Sexo; TIG = Transtorno de Identidade de Gênero

Uma segunda análise 2 X 4 MANOVA foi realizada com os mesmos dois grupos de MSW como variáveis dependentes e os escores de DAST, AUDIT, BIS-11 e BDI total como variáveis independentes. Esse modelo também foi significativo (*Pillai's F* (4,81) = 3,79, p = < 0,01, η^2 = 0,16). Na análise univariada dos efeitos das variáveis, o BDI mostrou-se significativamente diferente entre os dois grupos, com escores maiores entre os MSW com TIG, de acordo com a nossa hipótese inicial. Entretanto, os MSW com e sem TIG demonstraram ser semelhantes em relação ao consumo de álcool e drogas e comportamentos impulsivos. Esse modelo também apresentou variância homogênea (*Box'M test* = 11,88, F = 1,13, p = 0,34). Médias e desvios padrão estão listados na Tabela 3.

Tabela 3. Problemas com Álcool e Drogas, Impulsividade e Sintomas Depressivos entre MSW com e sem TIG

Variáveis	MSW com TIG (n = 45)	MSW sem TIG (n = 41)	Teste <i>t</i> (df = 84)	p
AUDIT, média (DP)	7,02 (8,49)	9,64 (8,64)	- 1,40	0,16
DAST, média (DP)	7,51 (6,40)	5,95 (6,91)	1,09	0,28
BIS-11, média (DP)	69,93 (9,71)	71,95 (13,46)	- 0,80	0,42
BDI, média (DP)	14,84 (11,42)	10,32 (8,92)	2,03	0,04*

* $p < 0.05$

AUDIT = *The Alcohol Use Disorders Identification Test*; DAST = *The Drug Abuse Screening Test*; BIS-11 = *Barratt Impulsiveness Scale*; BDI = *Beck Depression Inventory*; MSW = Homens Biológicos Profissionais do Sexo, TIG = Transtorno de Identidade de gênero

Uma Regressão Logística Direta foi realizada utilizando os preditores com níveis de significância inferior a 0,10: Esquiva ao Dano, sintomas depressivos, renda mensal, religião, ter outras profissões, moradia, história de agressão física por parte dos clientes, história de fuga de casa, graves problemas disciplinares durante a vida escolar, história familiar de envolvimento com o crime. A análise completa de todos os preditores *versus* a constante do modelo demonstrou ser confiável ($\chi^2 = 63,25$, 10 df, $p < 0,01$). A variância entre os membros de cada grupo foi $R^2 = 0,69$ (*Nagelkerke*). A predição de sucesso foi de 84,9%. O modelo foi avaliado com os testes de *Hosmer e Lemeshow*: $\chi^2 = 5,44$, 8 df, $p = 0,71$. Cinco variáveis demonstraram confiabilidade para a predição dos grupos de MSW com e sem TIG, seguindo os critérios de *Wald* (Tabela 4). Assim, os MSW com TIG, quando comparados aos MSW com identidade de gênero masculina:

- possuem maiores escores de Esquiva ao dano;
- menos frequentemente possuem outras profissões além da prostituição;
- possuem maior renda mensal;

- mais frequente relato de morar em pensões ou albergues;
- antecedentes pessoais de graves problemas disciplinares durante a vida escolar em menor frequência.

Tabela 4. Efeitos dos Escores de Esquiva ao Dano, Sintomas Depressivos, Caracteres Sociodemográficos e Fatores Relacionados à Prostituição sobre o Grupo de Homens Profissionais do Sexo com Transtorno de Identidade de Gênero (Regressão Logística Direta)

	S.E.	Wald	Df	p	OR	IC (95%)
Constante	2,50	7,64	1	<0,01**	<0,01**	--
Esquiva ao dano (ED)	0,05	5,37	1	<0,02*	1,12	1,02-1,23
Ter outras profissões além da prostituição	0,88	8,03	1	< 0,01**	0,08	0,01-0,46
Renda Mensal	<0,01	6,18	1	0,01*	1,01	1,00-1,02
Graves problemas disciplinares durante a vida escolar	0,88	4,98	1	0,03*	0,14	0,02-0,79
Pensões, albergues ou afins como moradia	0,94	3,99	1	0,04*	6,59	1,04-41,94
Fuga de casa durante a infância / adolescência	0,89	2,47	1	ns	4,05	0,71-23,18
Religião	1,12	1,88	1	ns	0,21	0,02-1,93
Sintomas depressivos (escores do BDI)	0,04	0,60	1	ns	1,03	0,96-1,11
Envolvimento familiar com atividades criminais	4,91	1,60	1	ns	0,01	0,01-30,09
Ser fisicamente agredido por clientes	0,73	1,75	1	ns	2,64	0,63-11,12

* p < 0,05

** p < 0,01

BDI = *Beck Depression Inventory*

Análise do Poder da Amostra

O programa estatístico PASS foi utilizado com o Teste t para duas amostras independentes e de variância comum para o cálculo do poder do tamanho da amostra. A amostra total atingiu um poder de 90,3% para a detecção de diferenças entre os MSW transgêneros e os com papel de gênero masculino, como visto por meio dos escores de ED. Esse cálculo assume uma diferença média de 6,7, com um desvio padrão comum a ambos os grupos de 9,4. Além disso, o tamanho dessa amostra permite que reportemos diferenças médias entre os grupos com precisão (intervalo de confiança de 95%), de + ou - 4,03 pontos.

5.2. Homens profissionais do sexo com uso consistente ou inconsistente de preservativos durante as atividades sexuais com clientes

Análise Descritiva

Nenhum dos MSW entrevistados respondeu “nunca” quando questionados se eles usam preservativos durante as atividades sexuais com clientes. Vinte e oito sujeitos (32,56%) responderam “nem sempre” para a mesma pergunta, categorizando um grupo de MSW com uso inconsistente de preservativos, enquanto 58 sujeitos (67,44%) reportaram “sempre” usar preservativos durante as relações sexuais com clientes.

Ao dividirmos os MSW de acordo com a consistência do uso de preservativo durante as atividades de prostituição, a idade média encontrada foi de 24,6 (desvio padrão: 7,44), sem diferenças significativas entre os grupos. Também não foram encontradas diferenças no que se refere a estado civil, nível educacional, religião, renda

mensal, moradia, comportamento transvéstico ou trabalhar em outras ocupações além da prostituição. No que se refere ao autorelato da raça, os MSW com uso consistente de preservativos são predominantemente da raça branca, enquanto aqueles com uso inconsistente de preservativos são compostos por maioria mulata. Novamente os relatos de agressão física / sexual na infância, fuga de casa na infância / adolescência e história de ter sofrido agressões por parte dos clientes foram frequentes, mas sem diferenças entre os grupos (Tabela 5).

Dez (35,71%) dos MSW com uso inconsistente de preservativos e nove (15,52%) dos MSW com uso consistente de preservativos reportaram antecedentes pessoais de tentativa de suicídio ($\chi^2 = 4,47$, 1 df, $p = 0,03$). O autorelato de HIV positivo entre os MSW com uso inconsistente de preservativos foi de 28,57%, contra 8,62% no outro grupo ($\chi^2 = 5,86$, 1 df, $p = 0,02$) (Tabela 5). A correlação de *Phi* entre tentativa de suicídio e autorelato de HIV positivo demonstrou ser confiável e altamente positiva ($\Phi = 0,32$, $p < 0,01$).

Conforme hipótese inicial, quase metade dos MSW com uso inconsistente de preservativo apresentou história positiva de envolvimento com atividades criminais (principalmente furto e roubo), enquanto apenas 17,24% dos MSW com uso consistente de preservativo referiram o mesmo ($\chi^2 = 8,21$, 1 df, $p < 0,01$) (Tabela 5).

Tabela 5. Aspectos Sociodemográficos e Fatores Relacionados à Prostituição entre Homens Profissionais do Sexo com Uso Consistente ou Inconsistente de Preservativos com os Clientes.

Variáveis	MSW com uso consistente de preservativo (n = 58)	MSW com uso inconsistente de preservativo (n = 28)	Teste	p
Idade, média (DP)	25,37 (8,08)	23 (5,69)	t = 1,39, 84 df	0,17 ^a
Raça (autorelato), n (%)				
Branca	26 (44,83)	2 (7,14)	$\chi^2 = 13,17$, 2 df	< 0,01**^b
Negra	5 (8,62)	2 (7,14)		
Mulata	27 (46,55)	24 (85,72)		
Estado civil, n (%)				
Casado	6 (10,35)	2 (7,14)	$\chi^2 = 0,34$, 2 df	0,84 ^b
Solteiro	49 (84,48)	24 (85,72)		
Divorciado	3 (5,17)	2 (7,14)		
Nível educacional, n (%)				
Oito anos ou menos	25 (43,10)	13 (46,43)	$\chi^2 = 0,08$, 1 df	0,77 ^b
Mais de oito anos	33 (56,90)	15 (53,57)		
Religião, n (%)				
Cristã	31 (53,45)	15 (53,57)	$\chi^2 < 0,01$, 2 df	0,99 ^b
Afro-brasileira	10 (17,24)	5 (17,86)		
Nenhuma	17 (29,31)	8 (28,57)		
Renda mensal (em Reais), média (DP)	1235,86 (1236,06)	1698,57 (1748,92)	t = - 1,41, 84 df	0,16 ^a
Outras profissões além da prostituição, n (%)	16 (27,59)	8 (28,57)	$\chi^2 < 0,01$, 1 df	0,92 ^b
Comportamento transvêstico, n (%)	28 (48,28)	15 (53,57)	$\chi^2 = 0,03$, 1 df	0,87 ^b
HIV negativo – autorelato, n (%)	41 (70,69)	14 (50,0)	$\chi^2 = 3,51$, 1 df	0,06 ^b
HIV positivo - autorelato, n (%)	5 (8,62)	8 (28,57)	$\chi^2 = 5,86$, 1 df	0,02*^c
História de abuso sexual na infância, n (%)	8 (13,79)	7 (25,0)	$\chi^2 = 1,65$, 1 df	0,20 ^c
História de abuso físico na infância, n (%)	6 (10,34)	7 (25,0)	$\chi^2 = 3,16$, 1 df	0,07 ^b
Não ter moradia, n (%)	4 (6,90)	0	$\chi^2 = 2,02$, 1 df	0,16 ^c
Agressão física por parte dos clientes, n (%)	25 (43,10)	17 (60,71)	$\chi^2 = 2,34$, 1 df	0,13 ^b

* p < 0,05

** p < 0,01

^a t Student test

^b Pearson chi-square test

^c Fisher's Exact test

MSW = Homens Biológicos Profissionais do Sexo

Continua

Tabela 5. Aspectos Sociodemográficos e Fatores Relacionados à Prostituição entre Homens Profissionais do Sexo com Uso Consistente ou Inconsistente de Preservativos com os Clientes (Conclusão).

Variáveis	MSW com uso consistente de preservativo (n = 58)	MSW com uso inconsistente de preservativo (n = 28)	Teste	p
Fuga de casa na infância / adolescência, n (%)	18 (31,03)	9 (32,14)	$\chi^2 = 0,01, 1 \text{ df}$	0,92 ^b
Tentativa de suicídio, n (%)	9 (15,52)	10 (35,71)	$\chi^2 = 4,47, 1 \text{ df}$	0,03 ^{*b}
Envolvimento pessoal com atividades criminais, n (%)	10 (17,24)	13 (46,43)	$\chi^2 = 8,21, 1 \text{ df}$	< 0,01 ^{**b}

* p < 0,05

** p < 0,01

^a t Student test

^b Pearson chi-square test

^c Fisher's Exact test

MSW = Homens Biológicos Profissionais do Sexo

Avaliações Psicométricas

Os grupos de MSW com uso consistente ou inconsistente de preservativo foram avaliados como variáveis dependentes em uma análise MANOVA 2 X 4, sendo as variáveis independentes os escores totais dos fatores de temperamento e caráter (BN, ED, DG, PE, AD, C, AT). O modelo foi significativo (*Pillai's F* (4, 81) = 2,70, 4 df, p = 0,04, $\eta^2 = 0,12$). A análise univariada demonstrou diferenças significativas para o escore total de DG, com maiores escores entre os MSW com uso inconsistente de preservativo. Os grupos não apresentaram diferenças em relação aos demais traços dimensionais de personalidade (Tabela 6).

Tabela 6. Dimensões de Temperamento e Caráter entre Homens Profissionais do Sexo com Uso Consistente ou Inconsistente de Preservativo Durante o Trabalho

Variáveis	MSW com uso consistente de preservativo (n = 58)	MSW com uso inconsistente de preservativo (n = 28)	Teste	p
BN, média (DP) T Escore	49,27 (10,07)	51,51 (9,86)	t = - 0,98, 84 df	0,33 ^a
Escore Total	19,93 (4,94)	21,04 (4,94)		
ED, média (DP) T Escore	49,98 (10,85)	50,36 (8,09)	t = - 0,16, 84 df	0,87 ^a
Escore Total	16,28 (5,46)	16,46 (4,07)		
DG, média (DP) T Escore	47,93 (10,24)	53,31 (9,80)	t = - 2,35, 84 df	0,02^{*a}
Escore Total	12,83 (3,46)	14,64 (3,29)		
PE, média (DP) T Escore	51,36 (8,12)	47,44 (12,76)	U = 694,50	0,27 ^b
Escore Total	5,05 (1,29)	4,43 (2,03)		
AD, média (DP) T Escore	50,28 (9,60)	49,25 (10,78)	t = 0,45, 84 df	0,65 ^a
Escore Total	24,02 (6,16)	23,36 (6,91)		
C, média (DP) T Escore	49,26 (9,79)	51,10 (10,57)	t = - 0,80, 84 df	0,43 ^a
Escore Total	26,16 (6,01)	27,29 (6,47)		
AT, média (DP) T Escore	49,32 (10,61)	50,75 (9,17)	t = - 0,61, 84 df	0,54 ^a
Escore Total	22,83 (5,22)	23,54 (4,51)		

* p < 0,05

^a t Student test

^b Mann-Whitney test

BN = Busca por Novidades; ED = Esquiva ao Dano; DG = Dependência por Gratificação; PE = Persistência; AD = Autodirecionamento; C = Cooperatividade; AT = Autotranscendência; MSW = Homens Biológicos Profissionais do Sexo

Outra análise MANOVA 2 X 4 foi aplicada, mas agora com os escores totais de DAST, AUDIT, BIS-11 e BDI como variáveis independentes e mantendo-se as variáveis dependentes da análise anterior. Novamente o modelo foi significativo (*Pillai's F* (4, 81) = 2,90, 4 df, p = 0,03, $\eta^2 = 0,12$). Na avaliação univariada, as variáveis DAST e AUDIT apresentaram escores estatisticamente superiores entre os MSW com uso inconsistente de preservativos, corroborando com nossas hipóteses iniciais. Entretanto, não foram encontradas diferenças entre os grupos em relação às escalas que avaliaram sintomas depressivos e impulsividade (Tabela 7).

Tabela 7. Problemas com Álcool e Drogas, Impulsividade e Sintomas Depressivos entre MSW com Uso Consistente ou Inconsistente de Preservativo Durante o Trabalho

Variáveis	MSW com uso consistente de preservativo (n = 58)	MSW com uso inconsistente de preservativo (n = 28)	Teste	p
AUDIT, média (DP)	6,72 (8,05)	11,43 (8,99)	t = - 2,44, 84 df	0,02*
DAST, média (DP)	5,60 (5,31)	9,18 (8,41)	t = - 2,44, 84 df	0,02*
BIS-11, média (DP)	70,72 (11,53)	71,25 (12,02)	t = - 0,19, 84 df	0,85
BDI, média (DP)	11,72 (10,26)	14,68 (10,87)	t = - 1,23, 84 df	0,22

* p < 0,05

AUDIT = *The Alcohol Use Disorders Identification Test*; DAST = *The Drug Abuse Screening Test*; BIS-11 = *Barratt Impulsiveness Scale*; BDI = *Beck Depression Inventory*; MSW = Homens Biológicos Profissionais do Sexo

Considerando os tipos de MSW conforme o uso de preservativo como variáveis dependentes, e variáveis que apresentaram nível de significância inferior a 0,10 como preditores, uma regressão logística por passos (*stepwise*) foi conduzida. Escolhemos o método *stepwise* por ele ser capaz de detectar situações em que uma variável anula o efeito preditivo de outras, de acordo com sua associação.

No primeiro passo (*Step 1*), o método estatístico selecionou a variável “envolvimento com atividades criminais” como preditor, com boa confiabilidade do modelo ($\chi^2 = 7,88$, 1 df, $p < 0,01$). A variância entre os grupos foi baixa, com *Nagelkerke* $R^2 = 0,12$. O poder preditivo total dessa variável foi de 70,9%. No segundo passo (*Step 2*), dois preditores (“envolvimento com atividades criminais” e “níveis de DG”) foram selecionados como ferramentas estatísticas, sendo esse modelo também significativo: $\chi^2 = 6,99$, 1 df, $p < 0,01$. Houve uma alta variância entre os grupos ($R^2 = 0,22$) e um poder de predição de sucesso de 74,4%. No terceiro passo (*Step 3*), três

preditores (“envolvimento com atividades criminais”, “níveis de DG” e “autorelato de HIV positivo”) foram selecionados como ferramentas estatísticas e novamente o modelo foi significativo ($\chi^2=4,59$, 1 df, $p = 0,03$). Nesse terceiro passo, a variância entre os grupos foi ainda maior ($R^2 = 0,28$), com níveis de predição de sucesso de 73,3% (Tabela 8).

Tabela 8. Relação entre Envolvimento com Atividades Criminais, Dependência de Gratificação e Autorelato de HIV Positivo entre MSW com Uso Inconsistente de Preservativo Durante o Trabalho (Regressão Logística – *Stepwise*)

	S.E.	Wald	df	p	OR	IC (95%)
<i>Step 1</i>						
Constante	0,29	15,46	1	< 0,01**	0,31	-
Envolvimento com atividades criminais	0,51	7,69	1	< 0,01 **	4,16	1,52-11,39
<i>Step 2</i>						
Constante	1,54	9,50	1	< 0,01**	< 0,01	-
Envolvimento com atividades criminais	0,56	8,99	1	< 0,01 **	5,28	1,78-15,67
DG	0,03	6,03	1	0,01 *	1,07	1,01-1,13
<i>Step 3</i>						
Constante	1,60	10,08	1	< 0,01**	< 0,01	-
Envolvimento com atividades criminais	0,57	8,05	1	< 0,01 **	4,99	1,64-15,17
DG	6,0	5,99	1	0,01 *	1,07	1,01-1,14
Autorelato de HIV positivo	4,37	4,37	1	0,04 *	4,26	1,09-16,59

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

DG = Dependência de Gratificação

MSW = Homens Biológicos Profissionais do Sexo

Correlações

A correlação de Phi entre “tentativa de suicídio” e “autorelato de HIV positivo” foi significativa ($\Phi = 0,32$, $p < 0,01$). As correlações entre “envolvimento com atividades criminais” e “problemas com drogas” ($\text{Point-biserial} = 0,33$, $p < 0,01$), assim

como com “problemas com álcool” (*Point-biserial* = 0,24, $p = 0,03$) demonstraram ser positivas e estatisticamente significativas.

É preciso considerar que, além da forte associação entre as variáveis “envolvimento com atividades criminais” e “uso inconsistente de preservativos” - demonstrada pela análise de Regressão Logística - outras variáveis também estão fortemente relacionadas com antecedentes pessoais de história criminal, como “uso de álcool”, “uso de drogas”, “tentativas de suicídio prévias”, “história de abuso físico na infância” (tabela 9).

Tabela 9. Matriz de Correlação entre as Variáveis Incluídas na Análise Multivariada (*Pearson's r*, *Phi*, *Point-biserial*)

Variáveis	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
(1) AUDIT	-						
(2) DAST	0,63**	-					
(3) DG	0,05	0,12	-				
(4) Envolvimento com atividades criminais	0,24*	0,33**	- 0,04	-			
(5) Tentativa de suicídio	0,14	0,25*	- 0,02	0,25*	-		
(6) Autorelato de HIV positivo	0,30**	0,20	0,01	0,11	0,32**	-	
(7) História de abuso físico nas infância	0,28**	0,23*	- 0,06	0,26*	0,32**	0,18	-

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

AUDIT = *The Alcohol Use Disorders Identification Test*; DAST = *The Drug Abuse Screening Test*; DG = Dependência de Gratificação

Análise do Poder da Amostra

O programa estatístico PASS foi utilizado, no modelo de Regressão Logística, para uma variável contínua (Dependência de Gratificação) e uma variável categórica (Envolvimento com atividades criminais) para o cálculo do poder do tamanho da amostra. A amostra total atingiu um poder de 79% para a detecção de diferenças entre os MSW com uso consistente ou inconsistente de preservativo durante o trabalho em

ambos os cálculos. O primeiro cálculo assumiu como preditores valores entre 49,7 e 60,3, sendo a expectativa de sucesso (*event rates*) de 0,16 e 0,07, respectivamente. A *odds ratio* correspondente foi de 0,40, *beta* (*log odds ratio*) de -0,09, e um risco relativo de 0,44. O segundo cálculo revelou uma taxa de sucesso (*event rates*) de 0,17 para o primeiro grupo e de 0,46 para o segundo grupo. Esses cálculos utilizaram critério de significância (*alpha*) de 0,05, sendo os testes bicaudais.

6. Discussão

6.1. Aspectos Gerais

De forma geral, os dados mostraram que MSW com e sem TIG e MSW com uso consistente ou inconsistente de preservativos diferem entre si em relação às variáveis sociodemográficas, vulnerabilidade e traços dimensionais de personalidade, sendo que muitos dos dados obtidos são sustentados por achados prévios da literatura.

Um aspecto relevante do estudo foi a utilização de instrumentos psicométricos para avaliar a relação entre traços dimensionais de personalidade, sintomas depressivos e abuso de substâncias psicoativas com a identidade de gênero e os comportamentos sexuais de risco dos MSW.

No Brasil, a maioria dos MSW transgêneros são migrantes de cidades pequenas e com menor desenvolvimento socioeconômico, onde prevalecem os valores morais mais conservadores (Kulick, 1998). Dessa forma, é comum que esses indivíduos migrem em busca de melhores oportunidades econômicas e um maior grau de liberdade sexual. Entretanto, devido à presença de escassos recursos financeiros, baixo nível educacional e carência de apoio emocional e familiar, esses homens encontram grande dificuldade em ingressar no mercado de trabalho regular, frequentemente recorrendo à prostituição (Garcia, 2009).

Na metrópole de São Paulo, os MSW transgêneros costumam viver em comunidades específicas, que são não apenas estigmatizadas, como também

marginalizadas da sociedade em geral. Portanto, a identidade de gênero desses indivíduos acaba por se sobrepor a outras formas de vulnerabilidade, tais como pobreza, desemprego, alta prevalência de HIV e falta de moradia (Kulick, 1998; Hwang e Nuttbrock, 2007).

Nesta pesquisa, os MSW com TIG normalmente viviam juntos, residindo em pensões / albergues. Compartilham seu espaço e experiência, organizando-se como uma “família” e criando uma forte estrutura social baseada na identidade de gênero compartilhada. Por outro lado, embora os MSW com identidade de gênero masculina também dividissem suas vidas com seus pares, eles comumente migravam de localização de trabalho e até mesmo de cidade, a fim de não serem reconhecidos por amigos e / ou familiares (Collumbien et al., 2009). Essa característica migratória dos MSW é um dos grandes fatores limitadores de pesquisas na área, sendo difícil estimar tamanhos de amostras e realizar estudos longitudinais (Shaver, 2005). Mas a análise tipológica tende a facilitar a aproximação de equipes de saúde e pesquisa aos MSW, auxiliando também em um mais completo entendimento de suas particularidades.

Os profissionais do sexo que se prostituem nas ruas correspondem à parte mais visível da indústria do sexo. Essa visibilidade, associada a fatores intrínsecos dos MSW, como sua carência de habilidades profissionais / sociais, baixo nível econômico e educacional e ausência de suporte social / familiar, aumentam sua vulnerabilidade, limitando sua habilidade em lidar com situações de risco no trabalho. Apesar disso, dificilmente aderem a programas de saúde pública e educacionais, sempre se esquivando de ações que possam modificar o estilo de vida a que eles se habituaram.

Essa pesquisa foi elaborada baseando-se em uma divisão dos *street* MSW aqueles com e sem alteração da identidade de gênero. Ao longo do estudo, outra divisão mostrou ser importante: MSW com e sem comportamentos sexuais de risco, de forma que uma análise aprofundada sobre cada um desses subgrupos se faz necessária.

6.2. Homens profissionais do sexo com Transtorno de Identidade de Gênero e a presença de altos níveis de Esquiva ao Dano

Os MSW transgêneros, quando comparados com os MSW sem TIG, demonstraram maiores níveis de ED; maior frequência de graves sintomas depressivos; maior renda mensal; mais frequente de história de agressões físicas por parte dos clientes e de residirem em pensões / albergues; menos antecedentes de graves problemas disciplinares na vida escolar e menor frequência de terem de outras profissões além da prostituição.

Apesar de ambos os grupos frequentemente reportarem envolvimento com atividades criminais, os MSW sem TIG demonstraram história de antecedentes familiares criminais com frequência significativamente superior.

Mais de um quarto de todos os MSW entrevistados apresentavam história pessoal de fuga de casa durante a infância / adolescência, além de altas taxas antecedentes de violência física / sexual na infância. Essa precoce separação da família pode contribuir para a geração de sentimentos de solidão, baixa autoestima, inutilidade e autopunição na vida adulta, principalmente na presença de antecedentes pessoais de violência física e / ou sexual pelos familiares (Stoltz et al., 2007; Liu et al., 2009). Acrescentamos que os

portadores de TIG não costumam ter uma completa aceitação da sociedade e mesmo de sua família, o que é um solo fértil para o desenvolvimento de graves problemas psicológicos.

A literatura sustenta os dados aqui obtidos de que pessoas com TIG costumam apresentar graves sintomas depressivos e altos índices de tentativa de suicídio ao longo da vida (Baltieri et al., 2009). Mas, mesmo quando eles manifestam desejo de realizar tratamento psiquiátrico e / ou psicoterápico, encontram dificuldade de acesso a tratamento especializado em diversas localidades do mundo (Herbst et al., 2008), o que contribui para que esses indivíduos se esquivem ainda mais de possíveis tentativas em modificar seu estilo de vida.

Nossos dados mostraram que MSW com e sem TIG consomem álcool e outras drogas, e isso parece não os distinguir um dos outros. Diferentes autores já descreveram as relações entre o uso de substâncias psicoativas e comportamentos sexuais de risco, sendo que a presença desses não deve ser negligenciada e necessita de adequadas intervenções (Rietmeijer et al., 1998; Estcourt et al., 2000; Lau et al., 2009; Norris et al., 2009).

De acordo com prévio estudo brasileiro, MSW com TIG frequentemente descrevem seus clientes como jovens executivos, de condição socioeconômica média a alta, que pagam por sexo anal receptivo (Grandi et al., 2000). Essa talvez seja a explicação para esse grupo de MSW apresentar maiores ganhos financeiros com a prostituição que os demais. Além disso, durante as entrevistas foi possível perceber que os MSW costumavam direcionar os lucros da prostituição para o sustento de suas

famílias, enquanto os MSW sem TIG gastavam sua renda com excessos pessoais, sem planejamento prévio.

Também em concordância com a literatura (West, 1993; Dorais, 2005), os MSW sem TIG aqui entrevistados reportaram escolaridade superior aos MSW com TIG. Isso contribui para uma menor dificuldade em adquirir conhecimento e habilidades profissionais e, conseqüentemente, em adquirir outros empregos. Mas o mais baixo traço de ED dos MSW sem TIG, associado a uma mais frequente história familiar de envolvimento com atividades criminais, pode expô-los a situações de risco, apesar disso não ter sido comprovado por nosso estudo.

Como já referido, os MSW costumam ser estigmatizados e discriminados pela sociedade, principalmente aqueles com identidade de gênero feminina. Frequentemente os MSW com TIG mantêm o papel de gênero feminino em tempo integral, sendo identificados e taxados mesmo fora do ambiente / horário de trabalho, o que pode intensificar experiências negativas de rejeição prévias.

Certamente, o comportamento humano, emoções e pensamentos são influenciados por motivos interpessoais em obter aceitação e / ou evitar rejeições. Emoções negativas que advêm de experiências de rejeição e o conseqüente ostracismo social podem levar à diminuição da autoestima (Smart Richman e Leary, 2009). Indivíduos rejeitados ou taxados, como os MSW com TIG, costumam procurar aceitação em grupos compostos por pares, acatando suas regras e comportamentos para não perder a aceitação do grupo. Altos escores de ED, como traço de temperamento, estão positivamente correlacionados com estratégias negativas de enfrentamento e de manejo do estresse, como ruminação, fuga, resignação e autopunição. Dessa forma, os traços de

temperamento podem influenciar a vulnerabilidade ao estresse e a capacidade de resiliência, não apenas interferindo nas estratégias de enfrentamento, mas também prejudicando a capacidade de avaliação do potencial de estresse das situações (Ravaja et al., 2006). Portanto, a associação entre altos níveis de ED e presença de TIG encontrada neste estudo torna os MSW ainda mais expostos aos riscos sociais intrínsecos à prostituição, além de interferir na habilidade desses indivíduos em detectar esses riscos e tentar evitá-los ou modificá-los.

Na realidade, sentimentos constantes de estigmatização e rejeição podem alterar a percepção que uma pessoa tem em relação às reações de outras, levando à evitação de situações sociais (Ando et al., 2002; Shelton et al., 2005). Este estudo, assim como outros na literatura, demonstrou que MSW com TIG sofrem violência física com maior frequência que os demais profissionais do sexo (Cohan et al., 2006; Rhodes et al., 2008). É fato que a violência física está associada a estresse e baixa autoestima. Além disso, as agressões físicas e sexuais contra portadores de TIG tendem a se repetir, fomentando seu ostracismo e evitação de interação social (Stotzer, 2009). Dessa forma, as circunstâncias em que vivem os MSW com TIG criam situações cíclicas de reforço de comportamentos de esquiva ao dano. Em outras palavras, novos estímulos, mesmo que positivos, são temidos e entendidos como aversivos, reforçando a manutenção de comportamentos prévios (saudáveis ou não) e a evitação de mudanças no estilo de vida.

6.3. Comportamento sexual de risco e altos níveis de Dependência de Gratificação

Analisando os MSW em relação ao uso de preservativos, os MSW com uso inconsistente de preservativos apresentaram um maior envolvimento com atividades criminais, maior DG e mais frequente autorelato de serem portadores do vírus HIV. Esses achados sustentam resultados de outros estudos, que já apontaram para uma relação positiva entre comportamentos sexuais de risco e delinquência (Teplin et al., 2003; Broaddus e Bryan, 2008) e entre comportamentos sexuais de risco e soropositividade para HIV (Halkitis e Parsons, 2003; Parsons et al., 2003; Kelly et al., 2009). Contrariamente a estudos prévios, a presente pesquisa não demonstrou diferenças significativas entre MSW com e sem uso consistente de preservativo em relação aos traços de BN. Pode-se compreender, portanto, que o uso inconsistente de preservativos não é apenas uma busca por emoção. Nossos achados sugerem que esses indivíduos estão mais interessados em obter gratificação ou recompensa na forma de aceitação de seus pares, como um alívio ao seu sofrimento e / ou estilo de vida caótico. Para tal, aceitam prontamente solicitações de clientes e pares, independente dessas os exporem a riscos de saúde e /ou sociais.

Há uma vasta literatura referente às muitas adversidades que colocam jovens indivíduos em contato com a criminalidade e ao elevado número de comportamentos de risco e seus negativos desfechos sociais e para a saúde. Indivíduos com envolvimento criminal geralmente vivem em ambiente familiar adverso e / ou possuem história de agressões físicas, coerção e negligência na infância. Além disso, esses fatores são frequentemente agravados por um ambiente de pobreza e desvantagem social. Todos

esses fatores, combinados ao consumo de drogas e altos níveis de DG, podem gerar desastrosos estilos e estratégias de enfrentamento.

Pessoas com dificuldades em tolerar frustrações, rejeições e tristezas tentam escapar desses sentimentos procurando atividades agradáveis, em busca de melhorar o humor ou obter alívio, independente de seus riscos. Geralmente, essas pessoas estão mais interessadas na recompensa de aceitar um determinado comportamento, como abdicar do uso de preservativos durante atividades sexuais, que nas consequências associadas a um comportamento inseguro. Zelenski e Larsen (1999) apontaram que pessoas sensíveis a recompensas podem mudar seu estilo de vida em prol de evitar sentimentos negativos. Em 2008, Clements-Nolle et al., relataram uma associação entre o uso inconsistente de preservativo durante o sexo anal e sentimentos de baixa autoestima. Esse tipo de suscetibilidade disposicional poderia tornar as pessoas menos cuidadosas em relação a quaisquer comportamentos de risco. Na verdade, a pressão dos clientes, insistindo em sexo anal desprotegido e dispostos a pagar mais por isso, pode ser difícil de resistir, especialmente para aqueles MSW intrinsecamente menos propensos a fazê-lo, como aqueles com altos níveis de DG. Além disso, o uso de álcool e drogas durante os intercursos sexuais pode diminuir os comportamentos inibitórios e tornar os MSW menos prudentes, inclusive em relação às práticas de sexo seguro.

Na realidade, a preocupação com a contribuição de MSW para a alta incidência da AIDS tem estimulado a investigação sobre suas práticas sexuais inseguras. Autores prévios já confirmaram que os profissionais do sexo apresentam maior risco de contaminação pelo vírus do HIV durante intercursos sexuais com seus parceiros não-pagantes, com quem costumam ser menos cautelosos do que com os seus clientes

(Elifson et al., 1993b; Estcourt et al., 2000; Williams et al., 2003; Pisani et al., 2004). No entanto, nosso estudo mostra altas taxas de HIV positivo entre MSW que não se protegem adequadamente durante as relações sexuais com clientes e uma alta proporção de MSW que apresentam tais comportamentos de risco. Alguns autores atribuem essas práticas de sexo inseguro ao efeito do álcool e drogas usados no momento da atividade sexual comercial, principalmente entre os indivíduos que trocam sexo por drogas. No entanto, nosso estudo demonstra que, além do abuso de álcool / drogas, os traços de DG são altamente relacionados ao uso inconsistente de preservativos, sendo que esses fatores agem de forma independente um do outro.

De acordo com Wong et al. (2007), a frequência do uso do preservativo não está relacionada apenas a fatores pessoais dos profissionais do sexo e seus clientes, como sua percepção sobre AIDS, do próprio risco de infecção, da eficácia do uso de preservativos e de gostar ou não de usá-los. Estes autores apontam também outras razões para o não uso de preservativos, como a flexibilidade dos trabalhadores do sexo em fazer sexo sem limites morais, a alteração que um intenso desejo sexual pode causar na capacidade de julgamento e o grande consumo de álcool durante o intercurso sexual. De fato, tanto esta pesquisa quanto a literatura demonstraram que os conhecimentos relacionados ao HIV não foram preditivos para o uso de preservativo, e que o fornecimento de informações sobre sexo seguro, como as ofertadas por programas governamentais, não tem sido eficaz em modificar comportamentos sexuais de risco (Gehring et al., 1998; Lau et al., 2002; Pisani et al., 2004).

Nossos resultados têm implicações para a prevenção do HIV entre MSW e seus clientes. Podemos argumentar que apenas a instrumentalização dos profissionais do sexo

com habilidades de negociação para o uso de preservativo não pode resolver o problema. Além disso, mesmo depois de considerados fatores extrínsecos, tais como a necessidade financeira, nossos resultados sugerem que fatores intrínsecos parecem ter um papel crucial na definição de qual MSW exige usar preservativos e quem não o faz. Se fatores intrínsecos, tais como as dimensões da personalidade e autopercepção negativa, podem afetar a capacidade de autoproteção contra a possibilidade de graves problemas sociais e de saúde, os programas de educação e saúde pública que não abrangerem essas demandas não terão eficácia.

Os profissionais envolvidos com políticas de saúde pública e, principalmente, os agentes de saúde que possuem contato direto com os MSW devem ser instrumentalizados quanto às avaliações de personalidade e quanto ao manejo de situações em que certos traços de personalidade tornem um determinado indivíduo mais ou menos vulnerável a diversos comportamentos de risco e, conseqüentemente, às DSTs. Se faz necessário viabilizar que esses indivíduos vejam como seu comportamento é desastrosamente poderoso, podendo criar um desejo de superar o problema.

6.4. Limitações do Estudo

- A presente pesquisa assumiu um viés de seleção de amostra, visto que a utilização do método *snowball* para o recrutamento dos sujeitos pode não representar os *street hustlers* em sua totalidade;
- O presente estudo não avaliou o uso de preservativos durante intercursos sexuais com parceiros não pagantes, o que poderia ser de grande interesse

para comparações com o padrão de uso do preservativos com parceiros pagantes;

- Não houve o recrutamento de um grupo controle para comparações entre os MSW com outros grupos de homens que fazem sexo com outros homens (MSM), o que poderia trazer maior confiabilidade aos resultados encontrados;
- Os resultados desse estudo são baseados em questionários autoaplicativos, que podem estar associados à vieses;
- Este foi um estudo transversal, impedindo inferências causais.

6.5. Considerações Finais

Longe de comporem um único grupo, os MSW são uma população heterogênea, sendo que as políticas públicas devem se atentar a isso, evitando ações que os generalizem. Nesse estudo, os MSW com e sem TIG estavam igualmente expostos ao uso inconsistente de preservativos. Mas cada dia fica mais evidente que a transmissão por via sexual do HIV não pode ser vista apenas pela vertente dos indivíduos deliberadamente decidirem ou não por práticas sexuais desprotegidas. Apesar do sexo desprotegido ainda ser a maior causa de transmissão do HIV, motivações como “falta de conhecimento”, “estimação de riscos inadequada” e “falta de responsabilidade” não são suficientes para justificar esse comportamento (Caceres, 2002). A (in) habilidade em negociar sexo seguro com o parceiro e mesmo em recusar sexo anal receptivo pode ser

extremamente difícil para diversas pessoas (inclusive MSW), dependendo de sua cultura, valores morais, perspectivas, desejos, impulsividade e traços de personalidade.

A prostituição de rua parece atrair indivíduos mais vulneráveis, com educação, treinamento técnico, autodisciplina e suporte social / familiar precários. E as dificuldades do profissional do sexo aumentam com o tempo de trabalho, uma vez que os clientes exigem a manutenção de uma boa e jovem aparência. Dessa forma, apesar da transição para um trabalho convencional não ser fácil, principalmente para indivíduos com grande deficiência de treinamento profissional especializado, ela é mais difícil para alguns grupos que para outros. Entre os portadores de TIG, não só os prejuízos sociais, mas também alguns traços de temperamento podem contribuir para uma maior dificuldade em uma transição ou combinação entre a prostituição e um emprego convencional.

Programas de saúde pública especializados devem incluir rigorosa avaliação das características e necessidades de cada MSW. Por meio desse estudo, recomendamos que os profissionais de saúde e assistência social que trabalham com essa população tentem promover intervenções específicas e diretivas, com programas estruturados para os MSW que englobem educação, treinamento de habilidades sociais e profissionais, além de campanhas sociais que abordem os prejuízos da discriminação contra os profissionais do sexo. Nos casos em que haja uma suspeita e / ou detecção de traços disfuncionais de personalidade, a equipe não deve medir esforços para aderir o indivíduo em um tratamento específico. De fato, não é tarefa fácil aderir pessoas portadoras de certos Transtornos de Personalidade em programas terapêuticos, mas capacitar o indivíduo a perceber como seu comportamento lhe acarreta prejuízos pode precipitar o

desejo de melhora. Estudos apontam que as pessoas são mais bem sucedidas nas mudanças de comportamento desejadas quando recebem um adequado suporte social para tal (Herbst et al., 2000). Portanto, a identificação dos mais diversos tipos de MSW e a detecção, por parte das equipes de apoio, de suas necessidades específicas, é altamente desejável para uma melhor promoção da saúde entre os MSW.

7. Conclusões

Os MSW compõem uma população bastante heterogênea, sendo que a identificação de características que determinem sua divisão em subcategorias tende a facilitar a estruturação de ações sociais e de saúde mais específicas e de maior eficácia, permitindo um real investimento em indivíduos com maior potencial de risco social e risco de transmissão / contaminação de DSTs.

O presente estudo foi capaz de identificar as seguintes variáveis que diferenciam MSW com e sem TIG:

- maiores escores de Esquiva ao Dano entre os MSW com TIG;
- mais graves sintomas depressivos entre os MSW com TIG;
- salários mais altos, advindos da prostituição, entre os MSW com TIG;
- mais frequente história de agressões físicas por parte dos clientes entre os MSW com TIG;
- os MSW sem TIG trabalham em outros empregos além da prostituição mais frequentemente que os MSW com TIG;
- mais frequente presença de antecedentes criminais entre os MSW sem TIG.

Os MSW com uso inconsistente de preservativos durante os intercursos sexuais com clientes demonstraram as seguintes características, quando comparados com os MSW com uso consistente de preservativos:

- maiores escores de Dependência de Gratificação;

- mais frequente história de tentativa de suicídio;
- mais frequente história de antecedentes familiares de envolvimento criminal;
- mais problemas com o uso de álcool e outras drogas;
- mais frequente autorelato de serem portadores do HIV.

O presente estudo obteve dados que comprovam as hipóteses experimentais, embora alguns resultados não tenham sido previstos.

Dessa forma, conclui-se que o risco de transmissão / infecção de DSTs não deve ser atribuído apenas ao ato sexual isolado, sendo necessária sua contextualização perante as variáveis psicológicas de personalidade e autoestima dos indivíduos envolvidos. Dessa forma, a investigação dessas variáveis tem papel fundamental na elaboração de intervenções de saúde pública mais diretivas e baseadas em evidências científicas.

8. Bolsa FAPESP

A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) concedeu uma Bolsa de Iniciação Científica, vinculada a este projeto de pesquisa, para a aluna de graduação em Medicina da FMABC - Ivana Sesar, em novembro de 2008 (anexo 12). Em janeiro de 2009, a FAPESP agraciou a presente pesquisa com Auxílio à Pesquisa – Projeto regular (anexo 13). Essa verba foi utilizada para cobrir gastos financeiros com o transporte da pesquisadora responsável pela pesquisa de campo, uma a duas vezes por semana, desde a sede do Núcleo de Prevenção de DSTs/AIDS da Prefeitura Municipal de Santo André até os locais de trabalho dos entrevistados. A aquisição de materiais de informática, como notebook, netbook, desktop, pen drives e outros acessórios de informática, destinados à armazenagem e backup de dados, tabulação de protocolos de pesquisa, acesso à internet e utilização de softwares de análise estatística (SPSS 18.0 e PASS), também representou gastos financeiros. Não houve nenhum ônus para a FMUSP ou para a FMABC.

Anexo 01 -

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME: :.....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE CEP:.....

TELEFONE: DDD (.....)

2. RESPONSÁVEL LEGAL

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)

DOCUMENTO DE IDENTIDADE :SEXO: M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO: Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE:CEP:

TELEFONE: DDD (.....).....

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Pesquisa sobre o consumo de álcool e outras drogas, sintomas depressivos, impulsividade e aspectos dimensionais de personalidade entre homens biológicos profissionais do sexo.

2. PESQUISADOR : Prof. Dr. Danilo Antonio Baltieri

CARGO/FUNÇÃO: médico assistente

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 87745

UNIDADE DO HCFMUSP: Grupo Interdisciplinar de Estudos em Álcool e Drogas do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo – GREa

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO ☒ RISCO MÉDIO ☐ RISCO BAIXO ☐ RISCO
MAIOR ☐

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 30 meses

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

1. Desenho do Estudo e Objetivos: O senhor está sendo convidado a participar desta pesquisa, que inclui coleta de informações por meio de uma entrevista com o senhor. Esta pesquisa visa a avaliar aspectos do consumo de álcool e drogas, da personalidade, da presença de doenças psiquiátricas e dados sócio-demográficos entre os homens profissionais do sexo. O senhor poderá interromper a entrevista, caso tenha dúvidas ou por qualquer outro motivo. O senhor poderá deixar de participar desta pesquisa a qualquer tempo, sem quaisquer prejuízos médicos ou outros. Todas as informações obtidas através da entrevista serão totalmente confidenciais e nenhuma informação poderá ser associada à sua identidade.

2. Descrição dos Procedimentos: A pesquisa consiste em uma entrevista, onde várias perguntas sobre a sua vida pregressa e comportamentos atuais serão realizadas. Esta pesquisa dependerá das suas respostas às perguntas de vários questionários. Desta forma, contamos com a sua colaboração na veracidade das respostas. Não haverá quaisquer exames invasivos, como de sangue ou de outra espécie, mas haverá um incentivo para que o senhor realize exames sorológicos para HIV.

3. Relação dos procedimentos rotineiros e como são realizados: A entrevista consiste na aplicação de um questionário, em local reservado, com a presença apenas do entrevistador. Cada participante será entrevistado uma única vez.

4. Descrição dos Desconfortos e Riscos Esperados nos Procedimentos: Como se trata de uma pesquisa que depende das suas respostas, nós contamos com a sua colaboração. Não haverá quaisquer riscos para o senhor, em termos médicos. Todavia, caso se sinta desconfortável durante a entrevista, o senhor poderá interrompê-la, sem quaisquer prejuízos para o senhor.

5. Benefícios para o participante: Sua participação neste estudo poderá ser muito útil, visto que poderemos conhecer melhor os problemas psicológicos, médicos e legais a que estão sujeitos homens profissionais do sexo, bem como estabelecer futuramente propostas mais eficientes de saúde pública.

6. Relação de procedimentos alternativos que possam ser vantajosos, pelos quais o paciente pode optar: O senhor pode ter conhecimentos de possíveis problemas psicológicos e médicos por meio de consulta médica ambulatorial.

7. Garantia de acesso: Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Dr. Danilo Antonio Baltieri, que pode ser encontrado no endereço R. Dr. Ovídio Pires de Campos, 785. Telefone: (11) 30669-6960. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 – E-mail: cappesq@hcnet.usp.br

8. É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição;

9. Direito de confidencialidade: As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes. Lembro que todas as informações colhidas serão totalmente confidenciais, ou seja, nenhuma informação que o senhor fornecer será relacionada ao seu nome. Lembro, novamente, que as publicações científicas que poderão derivar desta pesquisa não estarão relacionadas ao seu nome ou identidade.

10. Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores: Você terá acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.

11. Despesas e compensações: Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

12. Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa: Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "Pesquisa sobre o consumo de álcool e outras drogas, sintomas depressivos, impulsividade e aspectos dimensionais de personalidade entre homens biológicos profissionais do sexo". Eu discuti com o Dr. Danilo Antonio Baltieri sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente/representante legal Data ____ / ____ / ____

Assinatura da testemunha Data ____ / ____ / ____
para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo Data ____ / ____ / ____

Anexo 02 – PROTOCOLO COMUM

Disciplinas de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina do ABC

Grupo Interdisciplinar de Estudos em Álcool e Drogas do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo – GREa

Sobrenome, nome:

01 RGI | | | | | | | | |

02 Sexo

1 - masculino

2 - feminino

03 Cor

1 - branca

2 - preta

3 - parda

4 - amarela

5 - outra

04 Idade | | |

05 Estado Civil

1 - casado

2 - solteiro

3 - viúvo

4 - separado

5 - amasiado

06 Situação Profissional

1 - empregado com registro

2 - empregado sem registro

3 - “bicos”

4 - desempregado

5 - aposentado por álcool

6 - aposentado por doença

7 - aposentado por tempo de serviço

14 - aposentado por idade

10 - “caixa” por álcool

11 - “caixa” por doença

12 - autônomo

13 - dona-de-casa

98 - não disponível

07 Salário Mensal | | |

OBS: Verter a quantia citada em número de salários mínimos.

08 Grau de Instrução

- 1 - analfabeto
- 2 - primário incompleto
- 3 - primário completo
- 4 - ginásio incompleto
- 5 - ginásio completo
- 6 - segundo grau incompleto
- 7 - segundo grau completo
- 8 - superior incompleto
- 9 - superior completo

09 Local de Nascimento

- 1 - São Paulo - Capital
- 2 - São Paulo - Interior
- 3 - Sul
- 4 - Outros estados do Sudeste
- 5 - Nordeste - Norte
- 6 - Outros estados
- 7 - outros países

10 Nome do entrevistador

INFORMAÇÕES SOBRE O USO DO ÁLCOOL

11 Idade de Início de Ingestão		
--------------------------------	--	--

12 Idade de Aumento | |

13 Idade de Início de Problema com Álcool (Físico, Psíquico ou Social)

14 Tipo de Bebida

- 01 - pinga
02 - cerveja
04 - vinho
08 - uísque
32 - conhaque
64 - vodka
16 - outros

OBS: No caso de o paciente fazer uso de mais de uma bebida, cada uma delas deve ser somada. Ex: cerveja (02) + vinho (04) = 06

15 Quantidade de Etanol | | |
 No Momento da Consulta (gramas/dia)

OBS: Quantidade = volume x densidade do álcool (0.8) x percentagem de álcool na bebida. 1 dose = 50 ml. Levar em consideração a pior semana do último mês.

Percentagem de álcool:

-cerveja: 3%

-vinho: 12%

-conhaque :40%

-pinga, vodka, uísque: 50%

16 Tratamento Anterior Para Alcoolismo

 Número de Internações

 001 - ambulatorial

 002 - internação psiquiátrica

 004 - internação clínica

 008 - A.A.

 016 - psicoterapia

 032 - antabuse

 064 - religioso

 128 - alternativos

 256 - GREA Entrada (ano) | | |

 Alta (ano) | | |

 998 - Sem tratamento prévio

OBS: no caso de haver mais de um tipo de tratamento, devem ser somados. Ex: ambulatorial (001) + A.A. (008) = 009

17 Familiares com Problemas com Álcool

 001 - pai

 002 - mãe

 004 - filho

 008 - irmão

 064 - avós paternos

 128 - avós maternos

 256 - tios paternos

 512 - tios maternos

 1024 - primos paternos

 2048 - primos maternos

 4096 - marido

 8192 - outros

 998 - Não tem antecedentes familiares

OBS: no caso de haver mais de um familiar devem ser somados

18 USO DE DROGAS

- 001 - nunca
- 002 - não injetável
- 004 - injetável, não no momento
- 016 - injetável, em uso

19 Tipo de Droga

- 001 - cannabis
- 002 - cocaína
- 004 - barbitúricos
- 008 - anfetaminas
- 016 - opióides
- 032 - benzodiazepínicos
- 064 - outras
- 998 - não faz uso de droga.

OBS: 064 discriminar:.....

No caso de haver mais de um tipo de droga, devem ser somadas.

Informações sobre o uso de drogas

20 Idade de Início de Consumo | | |

21 Idade de Aumento | | |

22 Idade de Início de Problema com Drogas | | |
(Físico, Psíquico ou Social)

23 Tratamento Anterior para Farmacodependências

Número de internações

- 001 - ambulatorial
- 002 - internação psiquiátrica
- 004 - internação clínica
- 008 - psicoterapia
- 032 - antabuse
- 064 - religioso
- 128 - alternativos

256 - GREA Entrada (ano) | | |
 Alta (ano) | | |

998 - sem tratamento prévio

OBS: no caso de haver mais de um tipo de tratamento, devem ser somados.

24 Familiares com problemas com drogas

- 001 - pai
- 002 - mãe
- 004 - filho
- 008 - irmão
- 064 - avós paternos
- 128 - avós maternos
- 256 - tios paternos
- 512 - tios maternos
- 1024 - primos paternos
- 2048 - primos maternos
- 4096 - marido
- 8192 - outros
- 998 - não tem antecedentes familiares

OBS: no caso de haver mais de um familiar devem ser somados

25 Uso de Seringas e Materiais contaminados

- 01 - sempre
- 02 - nunca
- 03 - às vezes
- 04 - sem, há mais de 5 anos
- 98 - não se encaixa.

Informações Gerais

26 Vulnerabilidade para Doenças Sexualmente Transmissíveis:

- 01 - homossexualidade
- 02 - transfusão
- 08 - uso de drogas injetáveis
- 16 - contactante sexual de um dos grupos acima
- 32 - promiscuidade
- 98 - não se enquadra

OBS: no caso de haver mais de um, devem ser somados.

27 Tentativa de Suicídio

- 01 - não
- 02 - sim, quando alcoolizado
- 03 - sim, não alcoolizado
- 04 - sim, intoxicado por outras drogas
- 05 - sim, não intoxicado por drogas

28 Você conhece o seu estado sorológico para HIV ?

- 01 – Sim
- 02 – Não

Se Sim, qual é ?

29 Você desconfia do seu estado sorológico para HIV ?

01 – Sim

02 – Não

Se Sim, qual é ?

30 Você já pensou em modificar definitivamente seu sexo biológico ?

01 – Sim

02 – Não

31 Você faz uso de preservativos durante o seu trabalho ?

01 – Sim, sempre

02 – Sim, na maioria das vezes

03 – Sim, freqüentemente

04 – Sim, às vezes

05 – Não

32 Você já sofreu algum tipo de violência durante o seu trabalho ?

01 – Sim

02 – Não

Se Sim, qual foi ?

33 Você tem um lugar para morar no presente ?

01 – Sim

02 – Não

Se Sim, qual o tipo de lugar ? (casa, apartamento, flat, albergue, hotel, pensão)

Alugado ou próprio ?

34 Em quantos locais diferentes você já morou nos últimos 6 meses ?

35 Durante a sua infância, você sofria abusos físicos ? Quais tipos ?

36 Durante a sua infância, você sofreu algum abuso sexual ? Como foi ?

37 Você fugia de casa, quando era criança ?

38 Você tem algum outro trabalho durante o dia ?

Anexo 03 - AUDIT - THE ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST

1. Qual a frequência do seu consumo de bebidas alcoólicas?

- (0) Nenhuma
- (1) Uma ou menos de uma vez por mês
- (2) 2 a 4 vezes por mês
- (3) 2 a 3 vezes por semana
- (4) 4 ou mais vezes por semana

2. Quantas doses contendo álcool você consome num dia típico quando você está bebendo?

- (0) Nenhuma
- (1) 1 a 2
- (2) 3 a 4
- (3) 5 a 6
- (4) 7 a 9
- (5) 10 ou mais

3. Qual a frequência que você consome 6 ou mais doses de bebida alcoólica em uma ocasião?

- (0) Nunca
- (1) Menos que mensalmente
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Diariamente ou quase diariamente

4. Com que frequência, durante os últimos 12 meses, você percebeu que não conseguia parar de beber uma vez que havia começado?

- (0) Nunca
- (1) Menos que mensalmente
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Diariamente ou quase diariamente

5. Quantas vezes durante o ano passado deixou de fazer o que era esperado devido ao uso de bebidas alcoólicas?

- (0) Nunca
- (1) Menos que mensalmente
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Diariamente ou quase diariamente

6. Quantas vezes durante os últimos 12 meses você precisou de uma primeira dose pela manhã para sentir-se melhor depois de uma bebedeira?

- (0) Nunca
- (1) Menos que mensalmente
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Diariamente ou quase diariamente

7. Quantas vezes no ano passado você se sentiu culpado ou com remorso depois de beber?

- (0) Nunca
- (1) Menos que mensalmente
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Diariamente ou quase diariamente

8. Quantas vezes durante o ano passado você não conseguiu lembrar o que aconteceu na noite anterior porque você estava bebendo?

- (0) Nunca
- (1) Menos que mensalmente
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Diariamente ou quase diariamente

9. Você foi criticado pelo resultado das suas bebedeiras?

- (0) Nunca
- (1) Menos que mensalmente
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Diariamente ou quase diariamente

10. Algum parente, amigo, médico ou qualquer outro trabalhador da área de saúde referiu-se às suas bebedeiras ou sugeriu a você parar de beber?

- (0) Nunca
- (1) Menos que mensalmente
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Diariamente ou quase diariamente

Total de pontos _____

Anexo 04 - DAST: THE DRUG ABUSE SCREENING TEST

1. Você tem usado outras drogas além daquelas para uso médico?

() **sim** () não

2. Você tem abusado de drogas prescritas?

() **sim** () não

3. Você abusa de mais do que uma droga?

() **sim** () não

4. Você consegue atravessar uma semana sem fazer uso das drogas (exceto daquelas prescritas por médico)?

() **sim** () não

5. Você é sempre capaz de parar de usar uma droga quando você quer?

() **sim** () não

6. Você abusa de qualquer droga de forma contínua?

() **sim** () não

7. Você tenta limitar o uso de drogas à determinadas situações?

() **sim** () não

8. Você já teve “blackouts” ou “flashbacks” como um resultado do uso de drogas?

() **sim** () não

9. Você já se sentiu mal por causa do seu abuso de drogas?

() **sim** () não

10. A sua esposa (ou pais) já se queixaram sobre o seu envolvimento com drogas?

() **sim** () não

11. Seus amigos ou parentes sabem ou suspeitam sobre seu abuso de drogas?

() **sim** () não

12. O abuso de drogas já criou problemas entre você e a sua esposa?

() **sim** () não

13. Algum membro da sua família já procurou ajuda para problemas relacionados ao seu consumo de drogas?

() **sim** () não

14. Você já perdeu amigos em virtude do seu consumo de drogas?

() **sim** () não

15. Você já negligenciou sua família ou perdeu algum trabalho por causa do consumo de drogas?

() **sim** () não

16. Você já esteve em problemas no trabalho por causa do seu uso de drogas?

() **sim** () não

17. Você já perdeu algum trabalho por causa do uso de drogas?

() **sim** () não

18. Você tem se envolvido em brigas após ingerir drogas?

() **sim** () não

19. Você já foi preso por causa de algum comportamento não usual provocado pelo consumo de drogas?

() **sim** () não

20. Você já foi preso por dirigir sob a influência de drogas?

() **sim** () não

21. Você já se engajou em atividades ilegais para obter drogas?

() **sim** () não

22. Você já foi preso por posse de drogas ilegais?

() **sim** () não

23. Você já manifestou sintomas de abstinência resultante do uso pesado de drogas?

() **sim** () não

24. Você já teve problemas médicos resultantes do seu consumo de drogas (exemplos, perda da memória, hepatite, convulsões, sacramentos...)?

() **sim** () não

25. Você já procurou alguma pessoa para pedir ajuda por causa de drogas?

() **sim** () não

26. Você já esteve em um hospital por causa de problemas médicos relacionados ao uso de drogas?

() **sim** () não

27. Você já participou de alguma forma de tratamento para dependência química?

() **sim** () não

28. Você já participou de algum tratamento ambulatorial para problemas relacionados ao consumo de drogas?

() **sim** () não

Scoring: Each item in bold = 1 point

5 or more = substance use problem (abuse or dependence)

Anexo 05 -

BIS
(ESCALA DE IMPULSIVIDADE DE BARRATT - VERSÃO 11)
Avaliação Pessoal

Iniciais do Paciente: _____

Nº do Paciente: _____

Visita: _____

Data: ____/____/____

Instruções: As pessoas divergem nas formas em que agem e pensam em diferentes situações. Isto é um teste para avaliar algumas das maneiras que você age ou pensa. Leia cada afirmação e preencha o círculo apropriado no lado direito da página. Não gaste muito tempo em cada afirmação. Responda rapidamente e honestamente.

	Raramente ou nunca	De vez em quando	Com frequência	Quase sempre ou sempre
1. Eu planejo tarefas cuidadosamente				
2. Eu faço coisas sem pensar				
3. Eu sou despreocupado (confio na sorte – (“desencanado”)				
4. Eu tenho pensamentos rápidos				
5. Eu planejo viagens com bastante antecedência				
6. Eu sou controlado				
7. Eu me concentro facilmente				
8. Eu poupo regularmente				
9. Eu acho difícil ficar sentado sem mexer por longos períodos de tempo				
10. Eu sou um pensador cuidadoso				
11. Eu faço planos para ter estabilidade no emprego				
12. Eu falo coisas sem pensar				
13. Eu gosto de pensar em problemas complexos				
14. Eu troco de trabalho				
15. Eu ajo por impulso				
16. Eu fico facilmente entediado quando estou resolvendo problemas mentalmente				

17. Eu faço “check-up” médico e odontológico regularmente				
18. Eu atuo irrefletidamente levado pelas circunstâncias				
19. Eu sou um pensador equilibrado				
20. Eu troco de moradia				
21. Eu compro coisas por impulso				
22. Eu acabo o que começo				
23. Eu ando e mexo rápido				
24. Eu resolvo problemas por tentativa e erro				
25. Eu gasto ou compro a prestação mais do que ganho				
26. Eu falo rápido				
27. Eu tenho idéias fora do contexto quando estou pensando				
28. Eu estou mais interessado no presente do que no futuro				
29. Eu fico inquieto em palestras ou conversas				
30. Eu faço planos para o futuro				

Anexo 06 - INVENTÁRIO DE TEMPERAMENTO E CARÁTER (ITC)

Neste encarte, você encontrará afirmações que as pessoas usam para descrever suas ações, opiniões e outros sentimentos pessoais.

Cada afirmação pode ser respondida como VERDADEIRO ou FALSO. Leia as afirmações e decida qual alternativa descreve melhor você.

Tente descrever como você NORMALMENTE ou GERALMENTE age e sente e não apenas como você está se sentindo exatamente agora.

Nós pedimos que você preencha este questionário à caneta. Quando você tiver terminado, por favor, devolva o encarte.

COMO RESPONDER AO QUESTIONÁRIO:

- Para responder cada questão, basta assinalar o círculo correspondente à letra V, que significa **Verdadeiro**, ou à letra F, que significa **Falso**, no número correspondente à questão.
- Leia cada frase com atenção, mas não perca tempo demais para decidir a resposta.
- Responda a TODAS as questões, mesmo que você não tenha certeza se a resposta melhor é: VERDADEIRO ou FALSO.
- Lembre-se: não há respostas certas ou erradas – apenas descreve suas opiniões pessoais e sentimentos.

QUESTÕES

1	Muitas vezes, tento coisas novas apenas por divertimento ou emoção, mesmo que a maioria das pessoas ache isso uma perda de tempo.	V	F
2	Em geral, confio em que tudo dará certo, mesmo em situações que deixem muitas pessoas preocupadas.	V	F
3	Muitas vezes, fico profundamente comovido por uma fala delicada ou por uma pessoa.	V	F
4	Muitas vezes, sinto que sou vítima das circunstâncias.	V	F
5	Geralmente, consigo aceitar as pessoas como elas são, mesmo quando elas são muito diferentes de mim.	V	F
6	Acredito que milagres aconteçam.	V	F
7	Gosto de me vingar de quem me agride.	V	F
8	Muitas vezes, quando estou concentrado em alguma coisa, perco a noção da passagem do tempo.	V	F
9	Freqüentemente, sinto que minha vida tem pouco objetivo ou significado.	V	F
10	Gosto de ajudar a encontrar soluções para problemas para que todo mundo possa seguir em frente.	V	F
11	Eu, provavelmente, conseguiria realizar mais do que faço, mas não vejo finalidade para me esforçar mais do que o necessário para ir levando.	V	F
12	Muitas vezes, sinto-me tenso e preocupado em situações novas, mesmo quando os outros acham que há pouco com o que se preocupar.	V	F

13	Muitas vezes, faço as coisas baseado em como me sinto no momento, sem pensar em como elas eram feitas no passado.	V	F
14	Geralmente, faço as coisas à minha maneira – ao contrário de ceder às vontades de outras pessoas.	V	F
15	Muitas vezes, sinto-me tão ligado às pessoas ao meu redor que é como se não houvesse separação entre nós.	V	F
16	Geralmente, não gosto de pessoas que tenham idéias diferentes de mim.	V	F
17	Na maioria das situações, minhas reações naturais são baseadas em bons hábitos que eu tenha desenvolvido.	V	F
18	Eu faria praticamente qualquer coisa dentro da lei para me tornar rico e famoso, mesmo que perdesse a confiança de muitos dos velhos amigos.	V	F
19	Sou muito mais reservado e controlado do que a maioria das pessoas.	V	F
20	Com frequência, tenho que parar o que estou fazendo porque começo a me preocupar sobre o que pode estar errado.	V	F
21	Gosto de discutir abertamente minhas experiências e sentimentos com meus amigos ao invés de guardá-los comigo.	V	F
22	Tenho menos energia e me canso mais rapidamente do que a maioria das pessoas.	V	F
23	Muitas vezes, sou chamado de “distraído”, pois fico tão envolvido no que estou fazendo que perco de vista todo o resto.	V	F
24	Raramente me sinto à vontade para escolher o que eu quero fazer.	V	F
25	Muitas vezes, levo em consideração os sentimentos dos outros tanto quanto os meus próprios.	V	F
26	Na maior parte do tempo, eu preferiria fazer alguma coisa um pouco arriscada (como correr de automóvel em descidas muito altas e curvas fechadas), ao contrário de ficar quieto e inativo por algumas horas.	V	F
27	Muitas vezes, evito encontrar estranhos, porque fico inseguro com pessoas que não conheço.	V	F
28	Gosto de agradar os outros o tanto quanto posso.	V	F
29	Gosto muito das maneiras “antigas e comprovadas” de fazer as coisas do que experimentar maneiras “novas e melhoradas”.	V	F
30	Em geral, não sou capaz de fazer as coisas segundo a prioridade que elas têm para mim, devido à falta de tempo.	V	F
31	Freqüentemente, faço coisas para ajudar e proteger animais e plantas em extinção.	V	F
32	Muitas vezes, gostaria de ser mais esperto do que todos os outros.	V	F
33	Fico satisfeito ao ver meus inimigos sofrerem.	V	F
34	Gosto de ser muito organizado e, sempre que posso, estabelecer regras para as pessoas.	V	F
35	É difícil para mim manter os mesmos interesses por muito tempo, porque minha atenção freqüentemente se desloca para outras coisas.	V	F
36	Pela repetição de certas práticas, adquiri bons hábitos que são mais fortes do que meus impulsos momentâneos ou do que a persuasão.	V	F

37	Em geral, sou tão determinado que continuo a trabalhar muito depois de várias pessoas terem desistido.	V	F
38	Fico fascinado por muitas coisas na vida que não podem ser explicadas cientificamente.	V	F
39	Tenho inúmeros maus hábitos que gostaria de superar.	V	F
40	Muitas vezes, espero que alguém providencie uma solução para os meus problemas.	V	F
41	Com frequência, gasto dinheiro até ficar “liso” ou então ficar cheio de dívidas.	V	F
42	Acho que terei muita sorte no futuro.	V	F
43	Recupero-me mais devagar de pequenas doenças ou do estresse, do que a maioria das pessoas.	V	F
44	Não me aborreceria de ficar sozinho o tempo todo.	V	F
45	Muitas vezes, tenho lampejos inesperados da clareza de algo ou intuições enquanto estou descansando.	V	F
46	Não me importa muito se os outros gostam de mim ou da maneira como faço as coisas.	V	F
47	Em geral, tento conseguir o que quero para mim mesmo, pois, de qualquer modo, não é possível satisfazer os outros.	V	F
48	Não tenho paciência com pessoas que não aceitam minhas opiniões.	V	F
49	Acho que não compreendo muito bem as pessoas.	V	F
50	Não é preciso ser desonesto para ter sucesso nos negócios.	V	F
51	Algumas vezes, sinto-me tão ligado à natureza que tudo parece fazer parte de um único organismo vivo.	V	F
52	Nas conversas, me saio muito melhor ouvindo do que falando.	V	F
53	Perco a paciência mais depressa do que a maioria das pessoas.	V	F
54	Quando tenho que encontrar um grupo de estranhos, fico mais tímido do que a maioria das pessoas.	V	F
55	Sou mais sentimental do que a maioria das pessoas.	V	F
56	Pareço ter um “sexto sentido” que, algumas vezes, me permite saber o que está para acontecer.	V	F
57	Quando alguém me machuca de alguma forma, geralmente tento revidar.	V	F
58	Minhas atitudes são, em grande parte, determinadas por influências fora do meu controle.	V	F
59	A cada dia procuro dar mais um passo em direção aos meus objetivos.	V	F
60	Muitas vezes, gostaria de ser mais forte do que todos os outros.	V	F
61	Gosto de pensar a respeito das coisas por um longo tempo antes de tornar uma decisão.	V	F
62	Sou mais trabalhador do que muita gente.	V	F
63	Muitas vezes, preciso tirar um cochilo ou um período de descanso, pois me canso facilmente.	V	F
64	Gosto de ser útil aos outros.	V	F

65	Mesmo que exista algum problema temporário que eu precise resolver, sempre acho que tudo acabará bem.	V	F
66	É difícil para mim gostar de gastar dinheiro comigo, mesmo tendo economizado bastante.	V	F
67	Em geral, fico calmo e seguro em situações que, para muitas pessoas, representariam um perigo físico.	V	F
68	Gosto de guardar meus problemas para mim mesmo.	V	F
69	Não me importo em discutir meus problemas pessoais com pessoas que conheci há pouco tempo ou superficialmente.	V	F
70	Gosto mais de ficar em casa do que viajar ou conhecer novos lugares.	V	F
71	Não acho que seja inteligente ajudar pessoas fracas que não podem ajudar a si mesmas.	V	F
72	Não consigo ficar com a consciência tranqüila se eu tratar outras pessoas injustamente, mesmo que sejam injustas comigo.	V	F
73	As pessoas geralmente me dizem como se sentem.	V	F
74	Muitas vezes, gostaria de ficar jovem para sempre.	V	F
75	Normalmente, fico mais aborrecido pela perda de um grande amigo do que a maioria das pessoas.	V	F
76	Algumas vezes, me senti como se fizesse parte de algo sem limites ou fronteiras no tempo e espaço.	V	F
77	Algumas vezes, sinto uma ligação espiritual com outras pessoas que não posso explicar em palavras.	V	F
78	Tento ser atencioso aos sentimentos dos outros, mesmo que eles tenham sido injustos comigo no passado.	V	F
79	Gosto quando as pessoas podem fazer tudo o que querem sem regras nítidas ou regulamentos.	V	F
80	Provavelmente, ficaria descontraído e seguro ao encontrar um grupo de estranhos, mesmo se eu fosse comunicado de que eles não eram cordiais.	V	F
81	Normalmente, fico mais preocupado com que alguma coisa possa dar errado no futuro do que a maioria das pessoas.	V	F
82	Em geral, penso sobre todos os fatos detalhadamente antes de tomar uma decisão.	V	F
83	Acho mais importante ser simpático e compreensível com os outros do que ser prático e racional.	V	F
84	Muitas vezes, sinto uma forte sensação de unidade com tudo que está ao meu redor.	V	F
85	Muitas vezes, gostaria de ter poderes especiais como o Super-Homem.	V	F
86	As pessoas me controlam demais.	V	F
87	Gosto de compartilhar o que aprendi com outras pessoas.	V	F
88	As experiências religiosas me ajudaram a compreender o verdadeiro propósito da minha vida.	V	F
89	Freqüentemente, aprendo muito com as pessoas.	V	F

90	A repetição de certas práticas tem me permitido ficar bom em muitas coisas que me ajudam a ser bem-sucedido.	V	F
91	Em geral consigo fazer os outros acreditarem em mim, mesmo quando sei que o que estou dizendo é exagerado ou mentiroso.	V	F
92	Preciso de muito descanso extra, de apoio e de que me transmitam confiança para me recuperar de pequenas doenças ou tensões.	V	F
93	Sei que há regras no modo de viver que ninguém pode violar sem que venha a sofrer mais tarde.	V	F
94	Não quero ser mais rico que todos.	V	F
95	Eu arriscaria de bom grado a própria vida para fazer do mundo um lugar melhor.	V	F
96	Mesmo depois de pensar a respeito de alguma coisa por um longo tempo, aprendi a confiar mais nos meus sentimentos do que em minhas razões lógicas.	V	F
97	Algumas vezes, senti que minha vida estava sendo dirigida por uma força espiritual maior que qualquer ser humano.	V	F
98	Geralmente, gosto de ser malvado com quem foi malvado comigo.	V	F
99	Tenho reputação de ser muito prático e de não agir pelas emoções.	V	F
100	É fácil para mim organizar meus pensamentos, enquanto falo com alguém.	V	F
101	Muitas vezes, reajo tão fortemente à notícias inesperadas que digo ou faço coisas de que me arrependo.	V	F
102	Fico profundamente comovido por apelos sentimentais (por exemplo, quando me pedem para ajudar crianças aleijadas).	V	F
103	Normalmente, me esforço muito mais do que a maioria das pessoas, pois quero sempre fazer o melhor.	V	F
104	Tenho tantos defeitos que não gosto de mim.	V	F
105	Tenho pouquíssimo tempo para procurar soluções a longo-prazo para meus problemas.	V	F
106	Muitas vezes, não posso lidar com os problemas porque não sei o que fazer.	V	F
107	Muitas vezes, gostaria de poder parar o tempo.	V	F
108	Odeio tomar decisões baseadas somente em minhas primeiras impressões.	V	F
109	Prefiro gastar dinheiro a economizá-lo.	V	F
110	Normalmente, tenho facilidade em exagerar a verdade para contar uma história mais engraçada ou fazer uma piada com alguém.	V	F
111	Mesmo havendo problemas numa amizade, quase sempre tento mantê-la apesar de tudo.	V	F
112	Se eu ficar embaraçado ou humilhado, supero isso rapidamente.	V	F
113	É extremamente difícil ajustar-me a mudanças em minha forma costumeira de fazer as coisas, porque fico muito tenso, cansado ou preocupado.	V	F
114	Normalmente, exijo razões práticas muito boas antes de aceitar mudar minhas antigas maneiras de fazer as coisas.	V	F
115	Preciso muito da ajuda dos outros para me treinar a adquirir bons hábitos.	V	F
116	Acho que a percepção extra-sensorial (PES, como telepatia ou premonição) seja realmente possível.	V	F

117	Gostaria de ter amigos próximos e calorosos ao meu lado a maior parte do tempo.	V	F
118	Com frequência, fico tentando a mesma coisa repetidas vezes, mesmo não tendo tido muito sucesso por um longo tempo.	V	F
119	Quase sempre estou relaxado e despreocupado, mesmo quando todos estão com medo.	V	F
120	Acho filmes e canções tristes um tanto chatos.	V	F
121	As circunstâncias, muitas vezes, forçam-me a fazer coisas contra a minha vontade.	V	F
122	Sinto dificuldade em tolerar pessoas que sejam diferentes de mim.	V	F
123	Acho que a maioria das coisas tidas como milagres são apenas acaso.	V	F
124	Gostaria de ser mais gentil ao invés de me vingar quando alguém me agride.	V	F
125	Muitas vezes, fico tão encantado com o que estou fazendo que fico totalmente concentrado naquilo – é como se eu estivesse “desligado” do tempo e do espaço.	V	F
126	Não acho que eu tenha um verdadeiro sentido de objetivo para minha vida.	V	F
127	Tento cooperar com os outros tanto quanto é possível.	V	F
128	Estou satisfeito com as minhas realizações e tenho pouco desejo de fazer melhor.	V	F
129	Muitas vezes, sinto-me tenso e preocupado em situações desconhecidas, mesmo quando os outros acham que não há risco algum.	V	F
130	Muitas vezes, sigo meus instintos, palpites ou intuições sem examinar completamente todos os detalhes.	V	F
131	As outras pessoas muitas vezes acham que sou independente demais porque não faço o que elas querem.	V	F
132	Muitas vezes, sinto uma forte ligação espiritual ou emocional com todos que me cercam.	V	F
133	Em geral, é fácil para mim gostar de pessoas que tenham valores diferentes dos meus.	V	F
134	Tento trabalhar o mínimo possível, mesmo quando os outros esperam mais de mim.	V	F
135	Ter bons hábitos tornou-se uma “segunda natureza” em mim – eles são ações espontâneas e automáticas quase o tempo todo.	V	F
136	Não me preocupa o fato de que, muitas vezes, os outros saibam mais do que eu a respeito de alguma coisa.	V	F
137	Em geral, tento me imaginar no local da outra pessoa, para poder realmente compreendê-la.	V	F
138	Princípios como justiça e honestidade desempenham papel pequeno em alguns aspectos da minha vida.	V	F
139	Sei economizar dinheiro melhor que a maioria das pessoas.	V	F

140	Raramente deixo-me aborrecer ou frustrar: quando as coisas não vão bem, simplesmente passo para outras atividades.	V	F
141	Mesmo quando os outros acham que isso não é importante, freqüentemente insisto em fazer as coisas de modo rigoroso e ordeiro.	V	F
142	Sinto-me muito confiante e seguro, em quase todas as situações sociais.	V	F
143	Meus amigos têm dificuldade em saber como me sinto, porque raramente lhes falo a respeito das minhas opiniões pessoais.	V	F
144	Odeio mudar meu modo de fazer as coisas, mesmo se muita gente me diz que há um modo novo e melhor de fazê-las.	V	F
145	Acho tolice acreditar em coisas que não podem ser explicadas cientificamente.	V	F
146	Gosto de imaginar meus inimigos sofrendo.	V	F
147	Tenho mais energia e demoro mais a me cansar que a maioria das pessoas.	V	F
148	Gosto de prestar muita atenção aos detalhes em tudo o que faço.	V	F
149	Muitas vezes, paro o que estou fazendo, porque fico preocupado, mesmo quando meus amigos me dizem que tudo vai dar certo.	V	F
150	Muitas vezes, gostaria de ser mais poderoso que todo mundo.	V	F
151	Em geral, sou livre para escolher o que vou fazer.	V	F
152	Com freqüência, fico tão envolvido no que estou fazendo que, por algum tempo, esqueço onde estou.	V	F
153	Membros de uma equipe raramente recebem sua parte justa.	V	F
154	Na maior parte do tempo, eu preferiria fazer alguma coisa arriscada (como saltar de pára-quedas ou voar de asa delta) que ficar quieto e inativo por algumas horas.	V	F
155	Como eu, freqüentemente, gasto muito dinheiro impulsivamente, fica difícil para mim economizar dinheiro, mesmo para algum projeto especial como umas férias.	V	F
156	Não mudou meu jeito de ser para agradar outras pessoas.	V	F
157	Não fico tímido com estranhos de jeito nenhum.	V	F
158	Freqüentemente, cedo aos desejos dos amigos.	V	F
159	Gasto a maior parte do tempo fazendo coisas que parecem necessárias, mas não realmente importantes para mim.	V	F
160	Não acho que princípios religiosos ou éticos acerca do que é certo ou errado devam ter muita influência em decisões de negócio.	V	F
161	Muitas vezes, tento colocar de lado meus próprios julgamentos, de modo que eu consiga compreender melhor o que as outras pessoas estão vivenciando.	V	F
162	Muitos dos meus hábitos tornam difícil para mim realizar objetivos que valham a pena.	V	F
163	Tenho feito verdadeiros sacrifícios pessoais com a intenção de fazer do mundo um lugar melhor – como tentar evitar guerras, pobreza e injustiças.	V	F
164	Nunca me preocupo com coisas terríveis que poderiam acontecer no futuro.	V	F
165	Quase nunca fico tão agitado a ponto de perder o controle.	V	F

166	Muitas vezes, desisto de um trabalho se ele demora muito mais do que pensei que fosse demorar.	V	F
167	Prefiro começar uma conversa do que ficar esperando que os outros falem comigo.	V	F
168	Na maior parte do tempo, perdôo logo qualquer um que tenha agido errado comigo.	V	F
169	As minhas ações são, em grande parte, determinadas por influências fora do meu controle.	V	F
170	Muitas vezes, tenho de mudar minhas decisões, porque eu tivera um palpite falso ou me enganara em minha primeira impressão.	V	F
171	Prefiro esperar que alguém tome a iniciativa e indique o modo de fazer as coisas.	V	F
172	Em geral, respeito as opiniões dos outros.	V	F
173	Tive algumas experiências que tornaram meu papel na vida tão claro para mim, que me senti muito entusiasmado e feliz.	V	F
174	Divirto-me em comprar coisas para mim.	V	F
175	Acredito ter eu mesmo experimentado a percepção extra-sensorial.	V	F
176	Acredito que meu cérebro não esteja funcionando adequadamente.	V	F
177	Meu comportamento é fortemente guiado por certos objetivos que estabeleci para minha vida.	V	F
178	De modo geral, é tolice promover o sucesso de outras pessoas.	V	F
179	Muitas vezes, gostaria de viver para sempre.	V	F
180	Normalmente, gosto de ficar indiferente e “desligado” das outras pessoas.	V	F
181	É mais provável eu chorar em um filme triste que a maioria das pessoas.	V	F
182	Recupero-me de pequenas doenças ou estresse mais rapidamente que a maioria das pessoas.	V	F
183	Muitas vezes, quebro regras e regulamentos, quando acho que posso me safar bem disso.	V	F
184	Preciso exercitar muito mais o desenvolvimento de bons hábitos, antes que seja capaz de confiar em mim mesmo em diversas situações tentadoras.	V	F
185	Gostaria que as pessoas não falassem tanto quanto falam.	V	F
186	Todos deveriam ser tratados com dignidade e respeito, mesmo que eles pareçam ser insignificantes ou maus.	V	F
187	Gosto de tomar decisões rápidas para que eu possa levar adiante o que tem que ser feito.	V	F
188	Em geral, tenho sorte em tudo o que tento fazer.	V	F
189	Em geral, estou certo de que posso facilmente fazer coisas que muitas pessoas considerariam perigosas (como, por exemplo, dirigir um automóvel em alta velocidade numa pista molhada ou escorregadia).	V	F
190	Não vejo sentido em continuar trabalhando em algo, a não ser que haja uma grande possibilidade de que dê certo.	V	F
191	Gosto de explorara novas maneiras de fazer as coisas.	V	F

192	Gosto mais de economizar dinheiro do que gastá-lo com divertimentos ou emoções.	V	F
193	Os direitos individuais são mais importantes que as necessidades de qualquer grupo.	V	F
194	Já tive experiências pessoais nas quais me senti em contato com um poder espiritual divino e maravilhoso.	V	F
195	Já tive momentos de muita alegria nos quais subitamente tive uma sensação clara e profunda de estar intimamente ligado a tudo que existe.	V	F
196	Bons hábitos tornam mais fácil para mim fazer as coisas da maneira que quero.	V	F
197	A maioria das pessoas parece mais desembaraçada do que eu.	V	F
198	Os outros e as circunstâncias, muitas vezes, são os responsáveis por meus problemas.	V	F
199	Tenho muito prazer em ajudar os outros, mesmo que eles tenham me tratado mal.	V	F
200	Muitas vezes, sinto-me como parte da força espiritual da qual depende toda a vida.	V	F
201	Mesmo quando estou com amigos, prefiro “não me abrir muito”.	V	F
202	Em geral, posso ficar ocupado o dia inteiro sem ter que me forçar a isso.	V	F
203	Quase sempre penso a respeito de todos os fatos detalhadamente antes de tomar uma decisão, mesmo quando as pessoas exigem uma decisão rápida.	V	F
204	Não sou muito bom em me justificar para me livrar das enrascadas quando sou apanhado fazendo algo errado.	V	F
205	Sou mais perfeccionista que a maioria das pessoas.	V	F
206	O fato de algo estar certo ou errado é apenas uma questão de opinião.	V	F
207	Acho que minhas reações naturais são agora, em geral, condizentes com meus princípios e meus objetivos a longo prazo.	V	F
208	Acredito que toda a minha vida dependa de algum poder ou ordem espiritual que não possam ser completamente explicados.	V	F
209	Acho que ficaria confiante e relaxado ao encontrar estranhos, mesmo se eu fosse informado de que eles estão zangados comigo.	V	F
210	As pessoas acham fácil recorrer a mim em busca de ajuda, apoio e um “ombro amigo”.	V	F
211	Demoro mais que a maioria das pessoas para me empolgar com novas idéias e atividades.	V	F
212	Tenho problemas em mentir, mesmo quando pretendo poupar os sentimentos de alguém.	V	F
213	Existem algumas pessoas de quem eu não gosto.	V	F
214	Não quero ser mais admirado que todos os outros.	V	F
215	Muitas vezes, quando olho alguma coisa comum, ocorre algo maravilhoso – tenho a sensação de estar vendo essa novidade pela primeira vez.	V	F
216	A maioria das pessoas que conheço preocupam-se apenas com elas mesmas, não importa quem fique ferido.	V	F

217	Em geral, sinto-me tenso e preocupado quando tenho que fazer algo novo e desconhecido.	V	F
218	Muitas vezes, esforço-me ao ponto da exaustão ou tento fazer mais do que realmente posso.	V	F
219	Algumas pessoas acham que sou muito avarento ou pão-duro com meu dinheiro.	V	F
220	Relatos de experiências místicas são provavelmente apenas interpretações de desejos e esperanças.	V	F
221	Minha força de vontade é fraca demais para vencer as fortes tentações, mesmo sabendo que sofrerei as conseqüências.	V	F
222	Odeio ver alguém sofrer.	V	F
223	Sei o que quero fazer na minha vida.	V	F
224	Regularmente, levo um tempo considerável avaliando se o que estou fazendo é certo ou errado.	V	F
225	As coisas costumam dar errado para mim a menos que eu seja muito cuidadoso.	V	F
226	Se estou me sentindo aborrecido, em geral me sinto melhor ao redor de amigos do que sozinho.	V	F
227	Não acho que seja possível compartilhar sentimentos com alguém que não tenha passado pelas mesmas experiências.	V	F
228	Muitas vezes, as pessoas acham que estou em outro mundo, porque fico completamente desligado de tudo o que está acontecendo ao meu redor.	V	F
229	Gostaria de ter aparência melhor do que todos os outros.	V	F
230	Menti bastante nesse questionário.	V	F
231	Geralmente, evito situações sociais em que teria que encontrar estranhos, mesmo se estou seguro de que eles serão amigáveis.	V	F
232	Adoro o desabrochar das flores na primavera tanto quanto adoro rever um velho amigo.	V	F
233	Em geral, encaro uma situação difícil como um desafio ou oportunidade.	V	F
234	As pessoas envolvidas comigo precisam aprender como fazer as coisas do meu modo.	V	F
235	A desonestidade só causa problemas se você for apanhado.	V	F
236	Em geral, sinto-me muito mais confiante e com energia que a maioria das pessoas, mesmo depois de uma pequena doença ou estresse.	V	F
237	Gosto de ler tudo quando me pedem para assinar qualquer papel.	V	F
238	Quando nada de novo está acontecendo, geralmente, começo a procurar algo que seja emocionante ou excitante.	V	F
239	Às vezes, fico aborrecido.	V	F
240	De vez em quando, falo das pessoas “por trás”.	V	F

Anexo 7 - INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0,1,2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Se várias afirmações em um grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1.

0 Não me sinto doente

1 Eu me sinto triste

2 Estou sempre triste e não consigo sair disto

3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar

2.

0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro

1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro

2 Acho que nada tenho a esperar

3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar

3.

0 Não me sinto um fracasso

1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum

2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos

3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso

4.

0 Tenho tanto prazer em tudo como antes

1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes

2 Não encontro um prazer real em mais nada

3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo

5.

0 Não me sinto especialmente culpado

1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo

2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo

3 Eu me sinto sempre culpado

6.

0 Não acho que estou sendo punido

1 Acho que posso ser punido

2 Creio que serei punido

3 Acho que estou sendo punido

7.

0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo

1 Estou decepcionado comigo mesmo

2 Estou enjoado de mim

3 Eu me odeio

8.

0 Não me sinto, de qualquer modo, pior que os outros

1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros

2 Eu me culpo sempre por minhas faltas

3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece

9.

0 Não tenho quaisquer idéias de me matar

1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria

2 Gostaria de me matar

3 Eu me mataria se tivesse oportunidade

10.

0 Não choro mais do que o habitual

1 Choro mais agora do que costumava

2 Agora, choro o tempo todo

3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira

11.

0 Não sou mais irritado agora do que já fui

1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava

2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo

3 Não me irrita mais com as pessoas que costumavam me irritar

12.

0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas

1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar

2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas

3 Perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas

13.

0 Tomo decisões tão bem quanto antes

1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava

2 Tenho mais dificuldade em tomar decisões do que antes

3 Não consigo mais tomar decisões

14.

- 0 Não acho que minha aparência esteja pior do que costumava ser
- 1 Estou preocupado por estar parecendo mais velho ou sem atrativos
- 2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer sem atrativos
- 3 Acredito que pareço feio

15.

- 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes
- 1 Preciso de um esforço extra para fazer alguma coisa
- 2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa
- 3. Não consigo mais fazer trabalho algum

16.

- 0 Consigo dormir tão bem como o habitual
- 1 Não durmo tão bem quanto costumava
- 2 Acordo uma a duas horas mais cedo que habitualmente e tenho dificuldade em voltar a dormir
- 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir

17.

- 0 Não fico mais cansado do que o habitual
- 1 Fico cansado mais facilmente do que costumava
- 2 Sinto-me cansado ao fazer qualquer coisa
- 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa

18.

- 0 O meu apetite não está pior do que o habitual
- 1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser
- 2 Meu apetite está muito pior agora
- 3 Não tenho mais nenhum apetite

19.

- 0 Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum recentemente
- 1 Perdi mais de dois quilos e meio
- 2 Perdi mais de cinco quilos
- 3 Perdi mais de sete quilos

Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: () sim () não

20.

0 Não estou mais preocupado com minha saúde do que o habitual

1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou prisão de ventre

2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa

3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa

21.

0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo

1 Estou menos interessado por sexo do que costumava estar

2 Estou muito menos interessado por sexo atualmente

3 Perdi completamente o interesse por sexo

SCORE FINAL:_____

Anexo 08 - ITENS DO VIOLENCE RISK APPRAISAL GUIDE (VRAG) E HISTÓRIA CRIMINAL

1. Viveu com ambos os pais biológicos até os 16 anos (exceto se algum dos pais morreu)

-Sim ()

-Não ()

2. Desajustes na escola

-Sem problemas ()

-Poucos ou moderados problemas ()

-Graves (comportamento agressivo, expulsão ou suspensão) ()

3. História de problemas com álcool

-Abuso de álcool entre os pais: Sim () Não ()

-Problemas pessoais com álcool na adolescência: Sim () Não ()

-Álcool envolvido em ofensa prévia: Sim () Não ()

-Álcool envolvido na ofensa atual: Sim () Não ()

4. Dados sócio-demográficos

- Religião

5. Dados Psiquiátricos

- Histórico prévio de tratamento / internação psiquiátrica. Por quê ?

- Histórico familiar de doença mental. Qual ? Quem ?

6. Dados Legais

- Crime praticado atual

- Ofensas criminais pretéritas

- Medida adotada pela justiça (pena / medida sócio-educativa)

- Início das atividades delitivas

- Idade das vítimas

- História familiar de problemas com a justiça

7. Morfologia do crime

- Circunstâncias pré-delito

- Motivo aparente do crime

- Vítima

- Instrumento utilizado (arma de fogo, arma branca, venenos etc.)

- Modo de ação

- Foco (se roubo, o que foi roubado, onde, em quais circunstâncias; se homicídio, qual o *modus operandi*, local do crime, região do corpo atingida)

- Ambiente do crime

Anexo 09 – CARTA DE APROVAÇÃO PELA CAPPesq – FMUSP **APROVAÇÃO**

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 04/11/2009, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **1068/09**, intitulado: "**PESQUISA SOBRE O CONSUMO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, SINTOMAS DEPRESSIVOS, IMPULSIVIDADE E ASPECTOS DIMENSIONAIS DE PERSONALIDADE ENTRE HOMENS BIOLÓGICOS PROFISSIONAIS DO SEXO**" apresentado pelo Departamento de **PSIQUIATRIA**, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: **Danilo Antonio Baltieri**

Pesquisador (a) Executante: **Fernanda Cestaro Prado Cortez**

CAPPesq, 05 de Novembro de 2009

Prof. Dr. Eduardo Massad
Presidente da Comissão de
Ética para Análise de Projetos
de Pesquisa

recebido em
06/11/2009
[assinatura]

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HCFMUSP e da FMUSP Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo Rua Ovídio Pires de Campos, 225, 5º andar - CEP 05403 010 - São Paulo – SP Fone: 011 3069 6442 Fax: 011 3069 6492 e-mail: cappesq@hcnet.usp.br / secretariacappesq2@hcnet.usp.br

Anexo 10 – CARTA DE APROVAÇÃO PELO CEP – FMABC

Comitê de Ética em Pesquisa
Faculdade de Medicina do ABC
Mantida pela Fundação do ABC

Santo André, 20 de Junho de 2007.

PROTOCOLO CEP/FMABC, REGISTRADO SOB O Nº 114/2007

Ilmo(a). Sr(a).

DANILO ANTONIO BALTIERI

Prezado (a) Senhor (a):

Projeto intitulado: **PESQUISA SOBRE O CONSUMO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, SINTOMAS DEPRESSIVOS, IMPULSIVIDADE E ASPECTOS DIMENSIONAIS DE PERSONALIDADE ENTRE HOMENS BIOLÓGICOS PROFISSIONAIS DO SEXO.**

Vimos por meio desta, informar que em reunião do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina do ABC, realizada em **20/06/2007**, foi **aprovado** o protocolo de pesquisa acima mencionado.

O Comitê de Ética em Pesquisa da FMABC, em obediência à Resolução 196/96, deverá encaminhar a CONEP/MS, relatórios anuais dos projetos de pesquisa que se encontra em andamento. Solicitamos informar sobre o andamento do seu projeto *anualmente isto é, se já foi concluído, suspenso ou se ainda está em andamento: neste último caso comunicar qual o tempo previsto para a conclusão do mesmo, e encaminhar breve resumo dos resultados obtidos no estudo.*

Sem mais para o momento, subscrevemo-nos com os protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Elie Fiss
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa da FMABC

Anexo 11 – CARTA DE APROVAÇÃO PELO CEP – PMSA **PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANDRÉ**

Secretaria de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

Parecer 37/2007

Santo André, 29 de novembro de 2007.

Prezada Senhora

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde de Santo André **APROVOU**, de acordo com a resolução 196/96, o protocolo de pesquisa **“Pesquisa sobre o consumo de álcool e outras drogas, sintomas depressivos, impulsividade e aspectos dimensionais de personalidade entre homens biológicos profissionais do sexo”**, registro 37/2007 – CEP/SSSA, de autoria da pesquisadora: Fernanda Cestaro Prado Cortez.

Salientamos os seguintes aspectos a serem considerados pela pesquisadora:

- 1) O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Res. CNS 196/96).
- 2) Os pesquisadores deverão desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.
- 3) O relatório final da pesquisa deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Atenciosamente

Dr. Nivaldo Carneiro Junior
Coordenador do CEP - SSSA

Anexo 12 – CARTA DE CONCESSÃO DE BOLSA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA FAPESP

FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DO ESTADO DE SÃO PAULO

São Paulo, 04 de Novembro de 2008.

Confirmação de interesse na Concessão

Ref.: Proc. FAPESP número 08/55379-6

Prezado(a) Senhor(a)

A solicitação de bolsa apresentada no processo acima referido foi concedida nas condições abaixo especificadas. Para prepararmos o respectivo termo de outorga, solicitamos a sua Confirmação de Interesse, a qual pode ser feita devolvendo esta carta devidamente preenchida e assinada, anexando a documentação complementar especificada abaixo.

Alertamos que a concessão desta bolsa será cancelada se esta carta e a documentação complementar não tiverem sido recebidas pela Fapesp, até 35 dias após a data de emissão da mesma. Esta medida é necessária para que se possibilite, caso não exista mais interesse de sua parte, a chamada de outro candidato de tal forma a usarmos todas as bolsas disponíveis na quota aprovada pelo Conselho Superior da Fundação.

Diretoria Científica

Bolsa no País - Nível IC Área: MEDICINA

Projeto: CONSUMO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS, SINTOMAS DEPRESSIVOS, IMPULSIVIDADE E ASPECTOS DIMENSIONAIS DE PERSONALIDADE.

Instituição onde se desenvolve o projeto:

FAC MEDICINA ABC/FUABC

Orientador/Supervisor (para Pós-Doutorado):

DANILO ANTONIO BALTIERI

Início: 01/11/08 Duração: 12 Término: 31/10/09

Valor mensal: R\$ 424,80

Relatório(s) Científico(s) em 10/04/09 10/11/09

O contrato não será emitido até que sejam apresentadas as pendências abaixo:

Débitos de outros processos associados ao interessado:

1- Para alteração de dados marque 'X' e preencha as alterações:

- () Área do projeto: _____
- () Título do projeto: _____
- () Instituição onde se desenvolve o projeto: _____
- () Orientador/Supervisor: _____
- () Início: ____/____/____ () Duração: _____

2- Marque 'X' , em caso de concordância, nos itens a seguir:

- () Solicitamos o cancelamento da concessão.
- () Confirmamos nosso interesse na bolsa concedida.
- () Solicitamos alteração dos dados acima, conforme justificativa anexa.
- () Declaro que, caso bolsa para a mesma finalidade, seja concedida por outra agência, optarei pela bolsa ora concedida pela FAPESP.

Declaração - Estamos cientes de que a bolsa exige dedicação integral à pesquisa, estando o bolsista impedido de exercer qualquer atividade profissional ou prestação de serviços, remunerados ou não, bem como receber vencimentos, salários, gratificações, bolsas ou auxílios. O descumprimento dessa exigência implicará no imediato cancelamento da bolsa, ficando o bolsista obrigado a restituir à FAPESP todos os recursos - mensais e reserva técnica, se houver - recebidos em desacordo com esta cláusula.

Data: ____/____/____

Assinatura(s):

DANILO ANTONIO BALTIERI

IVANA SESAR

ATENÇÃO: Este documento é enviado ao bolsista e ao orientador/supervisor. Uma das vias deverá ser devolvida à FAPESP/Diretoria Científica/Secretaria/Programa de Bolsas, preenchida e assinada por ambos.

RUA PIO XI, 1500 - CEP 05468-901 - SÃO PAULO-SP - TEL: (011)3838.4000 - FAX: (011)3645.2421

Anexo 13 – CARTA DE CONCESSÃO DE AUXÍLIO À PESQUISA FAPESP – PROJETO REGULAR

FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DO ESTADO DE SÃO PAULO	
TERMO DE OUTORGA E ACEITAÇÃO DE AUXÍLIO PROCESSO Nº 2008/55399-7	
O Conselho Técnico-Administrativo da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, doravante denominada OUTORGANTE , usando das atribuições que lhe confere o Artigo 14, letra "b", da lei Estadual no 5.918, de 18 de outubro de 1960, e de acordo com as especificações, cláusulas e condições descritas a seguir e nos Anexos, que são parte integrante deste Termo, concede:
OUTORGADO DANILO ANTONIO BALTIERI CPF: 171.668.898-10
INSTITUIÇÃO 06 055 001 - FAC MEDICINA ABC/FUABC

LINHA DE FOMENTO AUXILIO PESQUISA - REGULAR	
PROJETO CONSUMO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS, SINTOMAS DEPRESSIVOS, IMPULSIVIDADE E ASPECTOS DIMENSIONAIS DE PERSONALIDADE ENTRE HOMENS BIOLOGICOS PROFISSIONAIS DO SEXO	
ÁREA 04010000 - MEDICINA	PERÍODO 01/01/2009 a 31/12/2010
RELATÓRIOS CIENTÍFICOS ATÉ: 30/12/2009, 30/01/2011	PRESTAÇÃO DE CONTAS ATÉ: 28/02/2010, 28/02/2011
OBSERVAÇÕES - Qualquer alteracao na destinacao dos recursos concedidos, inclusive a utilizacao de saldos resultantes de diferenca entre os precos previstos no projeto e os precos efetivamente pagos, deve ser previamente autorizada pela Outorgante. - Material de consumo (se houver): Caso sejam adquiridos materiais que nao sejam manifestamente necessarios a realizacao deste projeto, a Outorgante podera impugnar as despesas correspondentes na prestacao de contas. - Imediatamente apos a apresentacao do relatorio cientifico estabelecido pela FAPESP como relatorio final, o saldo acaso existente sera automaticamente cancelado. - O Outorgado reconhece que o auxilio concedido, nos termos aqui descritos, viabilizam plenamente a execucao do projeto, salvo circunstancias imprevisiveis no ato da assinatura. Solicitacoes de qualquer alteracao de orcamento, exceto em casos emergenciais, poderao ser apresentadas por ocasio da apresentacao do(s) relatorio(s) cientifico(s). - A aquisicao de material radioativo, nacional ou importado, fica condicionada a entrega a FAPESP do comprovante de registro do Outorgado e da Instituicao na CNEN. - As instrucoes para a prestacao de contas deverao ser consultadas atraves do portal da FAPESP no endereco: www.fapesp.br/formularios .	

10. Referências Bibliográficas

10. Referências Bibliográficas

- Akiskal HS, Hirschfeld RM, Yerevanian BI. The relationship of personality to affective disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1983;40(7):801-10.
- Allen DM. Young male prostitutes: a psychosocial study. *Arch Sex Behav*. 1980;9(5):399-426.
- Allen JP, Litten RZ, Fertig JB, Babor T. A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcohol Clin Exp Res*. 1997;21(4):613-19.
- Allport GW. Personality: A psychological interpretation. New York: Holt, Rinehart, & Winston; 1937.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistic manual of mental diseases: text revision*. 4rd ed. Washington (DC): APA; 2000.
- Ando J, Ono Y, Yoshimura K, Onoda N, Shinohara M, Kanba S, Asaj M. The genetic structure of Cloninger's seven-factor model of temperament and character in a japonese sample. *J Pers*. 2002;70(5):583-609.
- Babor TF, De La Fuente JR, Saunders J, Grant M. *AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in Primary Health Care*. Geneva: WHO; 1992.
- Baltieri DA, Prado Cortez FC, de Andrade AG. Ethical conflicts over the management of transsexual adolescents: Report of two cases. *J Sex Med*. 2009;6(11):3214-20.
- Baltieri DA. *Consumo de Álcool e Drogas e Impulsividade Sexual entre Agressores Sexuais* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2005.
- Beck AT, Steer RA. Beck Depression Inventory (BDI). In: American Psychiatric Association. *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington: APA; 2000. p. 519-23.
- Belza MJ, Llacer A, Mora R, de la Fuente L, Castilla J, Noguer I, Canellas S. Social characteristics and risk behaviors for HIV in a group of transvestites and male transsexuals engaging in street prostitution. *Gac Sanit*. 2000;14(5):330-7.
- Belza MJ. Risk of HIV infectoin among male sex workers in Spain. *Sex Transm Infect*. 2005;81(1):85-8.

- Berrios GE. European views on personality disorders: a conceptual history. *Compr Psychiatry*. 1993;34(1):14-30.
- Bockting WO, Robinson BE, Forberg J, Scheltema K. Evaluation of a sexual health approach to reducing HIV/STD risk in the transgender community. *AIDS Care*. 2005;17(3):289-303.
- Bockting WO, Rosser BRS, Scheltema K. Transgender HIV prevention: implementation and evaluation of a workshop. *Health Educ Res*. 1999;14(2):177-83.
- Bohn MJ, Babor TF, Kranzler HR. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation of a screening instrument for use in medical settings. *J Stud Alcohol*. 1995;56(4):423-32.
- Boles J, Elifson KW. The social organization of transvestite prostitution and AIDS. *Soc Sci Med*. 1994;39:85-93.
- Boyer D. Male prostitution and homosexual identity. *J Homosex*. 1989;17(1-2):151-84.
- Broadus MR, Bryan A. Consistent condom use among juvenile detainees: the role of individual differences, social bonding, and health beliefs. *AIDS Behav*. 2008;12(1):59-67.
- Burnette ML, Lucas E, Ilgen M, Frayne SM, Mayo J, Weitlauf JC. Prevalence and health correlates of prostitution among patients entering treatment for substance use disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(3):337-44.
- Caceres CF. HIV among gay and other men who have sex with men in Latin America and the Caribbean: a hidden epidemic? *Aids*. 2002;16(suppl 3):S23-33.
- Cates JA, Markley J. Demographic, clinical, and personality variables associated with male prostitution by choice. *Adolescence*. 1992;27(107):695-706.
- Caukins SE, Coombs NR. The psychodynamics of male prostitution. *Am J Psychother*. 1976;30(3):441-51.
- Chudakov B, Ilan K, Belmaker RH, Cwikel J. The motivation and mental health of sex workers. *J Sex Marital Ther*. 2002;28(4):305-15.
- Clements-Nolle K, Guzman R, Harris SG. Sex trade in a male-to-female transgender population: psychosocial correlates of inconsistent condom use. *Sex Health*. 2008;5(1):49-54.

Cloninger CR, Svrakic DM, Pryzbeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50(12):975-90.

Cloninger CR. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatr Dev*. 1986;3:167-226

Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Arch Gen Psychiatry*. 1987;44:573-88.

Cloninger CR. Assessment of impulsive-compulsive spectrum of behavior by seven-factor model of temperament and character. In: Oldham JM, Hollander E, Skodol AE, editors. *Impulsivity and compulsivity*. Washington (DC): American Psychiatric Press Inc; 1996.p.59-95.

Cohan D, Lutnick A, Davidson P, Cloninger C, Herlyn A, Breyer J, Cabaugh C, Wilson D, Klausner J. Sex worker health: San Francisco style. *Sex Transm Infect*. 2006;82(5): 418-22.

Collumbien M, Qureshi AA, Mayhew SH, Rizvi N, Rabbani A, Rolfe B, Rehman H, Naveed-i-Rahat. Understanding the context of male and transgender sex work using peer ethnography. *Sex Transm Infect*. 2009;85(S2):ii3-7.

Compton WM, Cottler LB, Shillington AM, Price RK. Is antisocial personality disorder associated with increased HIV risk behaviors in cocaine users? *Drug Alcohol Depend*. 1995;37(1):37-43.

de Graaf R, Vanwesenbeeck I, van Zessen G, Straver CJ, Visser JH. (1995) Alcohol and drug use in heterosexual and homosexual prostitution and its relation to protection behavior. *AIDS Care*. 1995;7(1):35-47.

Diemen LV, Szobot CM, Kessler FHP, Pechansky F. Adaptation and construct validation of the Barratt Impulsiveness Scale BIS 11 to Brazilian Portuguese for use in adolescents. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(2):153-6.

Docter RF, Prince V. Transvestism: a survey of 1032 cross-dressers. *Arch Sex Behav*. 1997;26(6):589-605.

Docter RF. *Transvestites and transsexuals: toward a theory of cross-gender behavior*. New York: Plenum Press; 1990.

Dorais M. *Rent Boys. The World of Male Sex Workers*. London: Mc-Gill-Queen's University Press; 2005.

Edwards JM, Halpern CT, Wechsberg WM. Correlates of exchanging sex for drugs or money among women who use crack cocaine. *AIDS Educ Prev*. 2006;18(5):420-9.

El-Bassel N, Schilling RF, Gilbert L, Faruque S, Irwin KL, Edlin BR. Sex trading and psychological distress in a street-based sample of low-income urban men. *J Psychoactive Drugs*. 2000;32(3):259-67.

Elifson KW, Boles J, Sweat M. Risk factors associated with HIV infection among male prostitutes. *Am J Public Health*. 1993a;83(1):79-83.

Elifson KW, Boles J, Posey E, Sweat M, Darrow W, Elsea W. Male transvestite prostitutes and HIV risk. *Am J Public Health*. 1993b;83:260-2.

Estcourt CS, Marks C, Rohrsheim R, Johnson AM, Donovan B, Mindel A. HIV, sexually transmitted infections, and risk behaviours in male commercial sex workers in Sydney. *Sex Transm Infect*. 2000;76(4):294-8.

Eysenck HJ. *The structure of human personality*. 3rd edition. London: Methuen & Co. Ltda; 1970.

Fuentes D, Tavares H, Camargo CHP, Gorenstein C. Inventário de temperamento e caráter de Cloninger – validação e versão em Português. In: Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW, editores. *Escala de Avaliação em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos; 2000.p.363-76.

Garcia MRV. Identity as a ‘patchwork’: Aspects of identity among low-income Brazilian travestis. *Cul Health Sex*. 2009;11(6):611-23.

Gavin DR, Ross HE, Skinner HA. Diagnostic validity of the drug abuse screening test in the assessment of DSM-III drug disorders. *Br J Addict*. 1989;84(3):301-7.

Gehring TM, Widmer J, Kleiber D, Steffen R. Are preventive HIV interventions at airports effective? *J Travel Med*. 1998;5(4):205-9.

Gilchrist G, Gruer L, Atkinson J. Comparison of drug use and psychiatric morbidity between prostitute and non-prostitute female drug users in Glasgow, Scotland. *Addict Behav*. 2005;30(5):1019-23.

Goldman RG, Skodol AE, McGrath PJ, Oldham JM. Relationship between the tridimensional personality questionnaire and DSM-III-R personality traits. *Am J Psychiatry*. 1994;151(2):272-76.

Gorenstein C, Andrade LHSG. Inventário de Depressão de Beck – Propriedades psicométricas da versão em Português. In: Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW,

editores. *Escala de Avaliação em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos, 2000. p.89-96.

Grandi JL, Goihman S, Ueda M, Rutherford GW. HIV infection, syphilis, and behavioral risks in Brazilian male sex workers. *AIDS Behav*. 2000;4(1):129-35.

Grandi, J. L., Ueda, M., Goihman, S., Santos, S. A., Amorim, A. S. HIV and syphilis infection in Brazilian male sex workers. *Folha Med*. 2001;3(120):187-93.

Halkitis PN, Parsons JT. Intentional unsafe sex (barebacking) among HIV-positive gay men who seek sexual partners on the internet. *AIDS Care*. 2003;15(3):367-78.

Harris GT, Rice ME, Camilleri JA. Applying a forensic actuarial assessment (the Violence Risk Appraisal Guide) to nonforensic patients. *J Interpers Violence*. 2004;19(9):1063-74.

Herbst JH, Jacobs ED, Finlayson TJ, McKleroy VS, Neumann MS, Crepaz N. Estimating HIV prevalence and risk behaviors of transgender persons in the United States: a systematic review. *AIDS Behav*. 2008;12(1):1-17.

Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied Logistic Regression*. New York: John Wiley; 2000.

Hwang SJ, Nuttbrock L. Sex workers, fem queens, and cross-dressers: differential marginalizations and HIV vulnerabilities among three ethnocultural male-to-female transgender communities in New York City. *Sex Res Social Policy*. 2007;4:36-59.

Kelly BC, Bimbi DS, Izienicki H, Parsons JT. Stress and coping among HIV-positive barebackers. *AIDS Behav*. 2009;13(4):792-7.

Kenagy GP. Transgender health: findings from two needs assessment studies in Philadelphia. *Health Soc Work*. 2005;30(1):19-26.

Kinsey AC, Pomeroy WR, Martin CE. *Sexual Behavior in the Human Male*. Philadelphia: WB Saunders; 1948.

Kinsey AC, Pomeroy WR, Martin CE. Sexual behavior in the human male. 1948. *Am J Public Health*. 2003;93(6):894-8.

Kulick D. *Travesti: Sex, gender and culture among Brazilian transgendered prostitutes*. Chicago: University of Chicago Press; 1998.

Lau JT, Cai WD, Tsui HY, Chen L, Cheng JQ. Psychosocial factors in association with condom use during commercial sex among migrant male sex workers living in

Shenzhen, mainland China who serve cross-border Hong Kong male clients. *AIDS Behav.* 2009;13(5):939-48.

Lau JT, Siah PC, Tsui HY. Behavioral surveillance and factors associated with condom use and std incidences among the male commercial sex client population in Hong Kong- results of two surveys. *AIDS Educ Prev.* 2002;14(4):306-17.

Laurindo da Silva L. Modalities of drug consumption among male prostitutes. *Sante Publique.* 2006;18(2): 207-21.

Leme Lopes J. Diagnóstico em Psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Cultura Médica, 1980.

Leuridan E, Wouters K, Stalpaert M, Van Damme P. Male sex workers in Antwerp, Belgium: a descriptive study. *Int J STD AIDS.* 2005;16(11):744-8.

Liu Z, Li X, Ge X. Left too early: the effects of age at separation from parents on Chinese rural children's symptoms of anxiety and depression. *Am J Public Health.* 2009;99(11):2049-54.

Lopez Duran A, Becona Iglesias E. Patterns and personality disorders in persons with cocaine dependence in treatment. *Psicothema.* 2006;18(3):578-83.

Machado JNC, Silva SCS. Perfil psicossocial da prostituição masculina em Belém [Monografia]. Belém: Universidade da Amazônia; 2002.

Marino R, Browne J, Minichiello V. An instrument to measure safer sex strategies used by male sex workers. *Arch Sex Behav.* 2000;29(3):217-28.

McCrae RR, Costa PT Jr. Personality trait structure as a human universal. *Am Psychol.* 1997;52(5):509-16.

Melendez RM, Exner TA, Ehrhardt AA, Dodge B, Remien RH, Rotheram-Borus MJ, Lightfoot M, Hong D. Health and Health Care Among Male-to-Female Transgender Persons Who Are HIV Positive. *Am J Public Health.* 2006;96(6):1034-7.

Méndez EB. *Uma Versão Brasileira do AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)* [dissertação]. Pelotas: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas; 1999.

Minichiello V, Marino R, Browne J, Jamieson M, Peterson K, Reuter B, Robinson K. Male sex workers in three Australian cities: socio-demographic and sex work characteristics. *J Homosex.* 2001;42(1): 29-51.

Minichiello V, Marino R, Khan MA, Browne J. Alcohol and drug use in australian male sex workers:its relationship to the safety outcome of the sex encounter. *AIDS Care*. 2003;15(4):549-61.

Money J, Ehrhardt AA. *Man & women, boy & girl*. New Jersey: Jason Aronson Inc; 1996.

Newman PA, Rhodes F, Weiss RE. Correlates of sex trading among drug-using men who have sex with men. *Am J Public Health*. 2004;94(11):1998-2003.

Norris AH, Kitali AJ, Worby E. Alcohol and transactional sex: how risky is the mix? *Soc SciMed*. 2009;69(8):1167-76.

Oldham JM, Hollander E, Skodol AE. *Impulsivity and compulsivity*. Washington (DC): American Psychiatric Press Inc, 1996.

Oldham JM, Skodol AE, Bender DS. *Essentials of personality disorders*. Washington (DC): American Psychiatric Publishing, 2009.

Organização Mundial de Saúde. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: OMS; 1993.

Parsons JT, Halkitis PN, Wolitski RJ, Gomez CA. Correlates of sexual risk behaviors among HIV-positive men who have sex with men. *AIDS Educ Prev*. 2003;15(5):383-400.

Passos ADC, Figueiredo JFC. Fatores de risco para doenças sexualmente transmissíveis entre prostitutas e travestis de Ribeirão Preto (SP), Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2004;16(2):95-101.

Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol*. 1995;51(6):768-74.

Pedersen W, Hegna K. Children and adolescents who sell sex: a community study. *Soc Sci Med*. 2003;56(1):135-47.

Person ES. *The sexual century*. New York: Yale University Press; 1999.

Phillips KA, Yen S, Gunderson JG. Transtornos de Personalidade. In: Hales RE, Yudofsky SC, editors. *Tratado de psiquiatria clínica*. Trad: Dornelles C, Monteiro C, Costa RC. 4ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2006.p.759-86.

Pisani E, Girault P, Gultom M, Sukartini N, Kumalawati J, Jazan S, Donegan E. HIV, syphilis infection, and sexual practices among transgenders, male sex workers, and other men who have sex with men in Jakarta, Indonesia. *Sex Transm Infect.* 2004;80(6):536-40.

Quinsey VL, Harris GT, Rice ME, Cormier CA. *Violent Offenders. Appraising and Managing Risk.* Washington: American Psychological Association; 2003.

Ravaja N, Keltikangas-Jarvinen L, Kettunen J. Cloninger's temperament dimensions and threat, stress, and performance appraisals during different challenges among young adults. *J Pers.* 2006;74(1):287-310.

Rekart LM. Sex-work harm reduction. *Lancet.* 2005;366(9503):2123-34.

Rhodes T, Simic M, Baros S, Platt L, Zikic B. Police violence and sexual risk among female and transvestite sex workers in Serbia: qualitative study. *BMJ.* 2008;30(337):a811.

Rietmeijer CA, Wolitski RJ, Fishbein M, Corby NH, Cohn DL. Sex hustling, injection drug use, and non-gay identification by men who have sex with men. Associations with high-risk sexual behaviors and condom use. *Sex Transm Dis.* 1998;25(7):353-60

Risser JM, Timpson SC, McCurdy SA, Ross MW, Williams ML. Psychological correlates of trading sex for money among African American crack cocaine smokers. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2006;32(4):645-53.

Romans SE, Potter K, Martin J, Herbison P. The mental and physical health of female sex workers: a comparative study. *Aust N Z J Psychiatry.* 2001;35(1):75-80.

Roxburgh A, Degenhardt L, Copeland J. Posttraumatic stress disorder among female street-based sex workers in the greater Sydney area, Australia. *BMC Psychiatry.* 2006;6:24.

Saadeh A. *Transtorno de identidade sexual: um estudo psicopatológico do transexualismo masculino e feminino* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2004.

Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction.* 1993;88(6):791-804.

Schneider K. *Las personalidades psicopáticas y problemas de patopsicología y de psiquiatria clínica*. Versão espanhola de Bartolome Llopis e Luis Valenciano. 2ª edição. Madrid: Ediciones Morata; 1948.

Senn TE, Carey MP, Venable PA, Coury-Doniger P, Urban M. Characteristics of Sexual Abuse in Childhood and Adolescence Influence Sexual Risk Behavior in Adulthood. *Arch Sex Behav*. 2007;36(5):637-45.

Sethi G, Holden BM, Greene L, Gaffney J, Ward H. Hepatitis B vaccination for male sex workers: the experience of a specialist GUM service. *Sex Transm Infect*. 2006;82(1):84-5.

Shaver FM. Sex work research: methodological and ethical challenges. *J Interpers Violence*. 2005;20(3):296-319.

Shelton JN, Richeson JA, Salvatore J, Trawalter S. Ironic effects of racial bias during interracial interactions. *Psychol Sci*. 2005;16(5):397-402.

Simon PM, Morse EV, Osofsky HJ, Balson PM, Gaumer HR. Psychological characteristics of a sample of male street prostitutes. *Arch Sex Behav*. 1992;21(1):33-44.

Skinner HA. The drug abuse screening test. *Addict Behav*. 1982;7(4):363-71.

Smart Richman L, Leary MR. Reactions to discrimination, stigmatization, ostracism, and other forms of interpersonal rejection: a multimotive model. *Psychol Rev*. 2009;116(2):365-83.

Stoltz JA, Shannon K, Kerr T, Zhang R, Montaner JS, Wood E. Associations between childhood maltreatment and sex work in a cohort of drug-using youth. *Soc Sci Med*. 2007;65(6):1214-21.

Stotzer RL. Violence against transgender people: a review of United States data. *Aggress Violent Behav*. 2009;14(3):170-9.

Svrakic DM, Draganic S, Hill K, Bayon C, Przybeck TR, Cloninger CR. Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;106(3):189-95.

Svrakic DM, Whitehead C, Przybeck TR, Cloninger CR. Differential diagnosis of personality disorders by seven-factor model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50(12):991-9.

Tavares H. Personalidade, temperamento e caráter. In: Busatto Filho G, editor. *Fisiopatologia dos transtornos psiquiátricos*. São Paulo: Editora Ateneu, 2006.p.191-205.

Teplin LA, Mericle AA, McClelland GM, Abram KM. HIV and AIDS risk behaviors in juvenile detainees: implications for public health policy. *Am J Public Health*. 2003;93(6):906-12.

Timpson SC, Ross MW, Williams ML, Atkinson J. Characteristics, drug use, and sex partners of a sample of male sex workers. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2007;33(1):63-9.

Von Krafft-Ebing R. *Psychopathia sexualis*. Trad: Peter O'Neil. Burbank: Bloat; 1999.

Weitzer R. New directions in research on prostitution. *Crime Law Soc Change*. 2005;43:211-35.

West DJ. *Male Prostitution*. New York: The Haworth Press; 1993.

Williams ML, Timpson S, Klovdal A, Bowen AM, Ross MW, Keel KB. HIV risk among a sample of drug using male sex workers. *AIDS*. 2003;17(suppl 9):1402-04.

Wong ML, Chan RK, Koh D. HIV prevention among travelers: why do men not use condoms when they engage in commercial sex overseas? *Sex Transm Dis*. 2007;34(4):237-44.

Zelenski JM, Larsen RJ. Susceptibility to affect: a comparison of three personality taxonomies. *J Personal*. 1999;67(5):761-91.