



Cotidiano de trabalho e acesso aos serviços de saúde de mulheres profissionais do sexo

Daily work and access to health services of female sex workers

Nayara Santana Brito¹, Jameson Moreira Belém¹, Tayenne Maranhão de Oliveira¹, Grayce Alencar Albuquerque¹, Glauberto da Silva Quirino¹

Objetivo: compreender o cotidiano de trabalho e o acesso aos serviços de saúde de mulheres profissionais do sexo. **Métodos:** pesquisa qualitativa que utilizou o método etnográfico. Para a coleta de dados, foram utilizadas observação participante com registro em diário de campo, entrevista semiestruturada e formulário com dados sociodemográficos. Para a análise dos dados, associou-se à análise temática dos dados à etnografia. **Resultados:** emergiram quatro categorias temáticas: inserção na prostituição; relações familiares; sofrimento e adoecimento; e acesso aos serviços de saúde. **Conclusão:** o cotidiano das mulheres é marcado por condições precárias de trabalho e pela busca por serviços de saúde para resolução de problemas específicos, por iniciativa da mulher. A rotina de trabalho nesse contexto coloca as mulheres em situações de fragilidade clínica e social, expondo-as a vulnerabilidades em saúde.

Descritores: Profissionais do Sexo; Acesso aos Serviços de Saúde; Saúde da Mulher; Promoção da Saúde; Vulnerabilidade em Saúde.

Objective: to understand the daily work and access to health services of female sex workers. **Methods:** qualitative research using the ethnographic method. Participant observation with record in a field journal, semi-structured interviews, and a form with sociodemographic data were used for the data collection. For data analysis, thematic analysis was associated to ethnography. **Results:** four thematic categories emerged: insertion in prostitution; family relationships; suffering and illness; and access to health services. **Conclusion:** the daily life of the women is marked by precarious working conditions and the search for health services to solve specific problems at their own initiative. The work routine in this context places women in situations of clinical and social fragility, exposing them to vulnerabilities in health.

Descriptors: Sex Workers; Health Services Accessibility; Women's Health; Health Promotion; Health Vulnerability.

¹Universidade Regional do Cariri. Crato, CE, Brasil.

Autor correspondente: Nayara Santana Brito
Rua Santo Antônio, 58, São Bento, CEP: 63123-110. Crato, CE, Brasil. E-mail: nayara_santanabrito@hotmail.com

Introdução

A prostituição feminina é considerada a atividade comercial mais antiga da humanidade e constitui-se em relação sexual remunerada onde o vínculo mais importante não é o afeto ou o desejo recíproco, mas a mediação de prazeres sexuais por bens materiais, na qual a mulher vende uma experiência sexual⁽¹⁾.

No Brasil, atualmente, a categoria “profissional do sexo” é reconhecida como trabalho informal pelo Ministério do Trabalho e Emprego. No entanto, do ponto de vista da moral brasileira, essas mulheres continuam marginalizadas socialmente e vítimas de preconceitos e discriminação pelo julgamento social⁽²⁻³⁾.

Os desafios enfrentados pelas profissionais do sexo acarretam demandas específicas de saúde, muitas vezes relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, como gravidezes indesejadas, abortos, problemas de saúde materna e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Além dos riscos para a saúde física, essas mulheres estão em situação de vulnerabilidade relacionada à saúde mental e ao aumento do risco para as violências física e sexual⁽⁴⁻⁵⁾. Tais demandas não devem ser tratadas apenas por ações pontuais, mas devem envolver os determinantes sociais da saúde, a qualidade de vida e a necessidade de ampliar o acesso aos serviços de saúde⁽³⁾.

O acesso aos serviços de saúde é um conceito multidimensional que resulta da interação de diversos fatores individuais e coletivos, que inclui a ausência de barreiras socioculturais, organizacionais, econômicas, geográficas e relacionadas aos gêneros no que tange aos cuidados da saúde, assim como a capacidade dos sistemas de saúde em atender as necessidades das populações em qualquer nível de cuidado, fornecendo infraestrutura adequada, capacidade de recursos humanos e tecnologias da saúde sem causar danos financeiros⁽⁶⁻⁷⁾.

Em revisão integrativa da literatura sobre a assistência à saúde das profissionais do sexo, verificou-

-se que poucos estudos abordavam questões relativas a essa temática no Brasil; e quando abordadas, estavam mais relacionadas às IST e suas formas de transmissão do que à promoção da saúde dessas mulheres⁽⁸⁾. Nesse sentido, uma revisão sistemática apontou que, entre as dificuldades enfrentadas ao buscar os serviços de saúde, estavam o medo do julgamento pelos profissionais de saúde e dos outros usuários; e que, apesar do aumento da disponibilidade de serviços, as profissionais do sexo continuavam enfrentando barreiras individuais, sociais, estruturais e políticas ao acessar os serviços⁽⁵⁾.

Para que o cuidado em saúde aconteça de forma adequada, reforça-se a necessidade de capacitar os profissionais de saúde para que possam estabelecer relações de vínculo com essas usuárias, exigindo uma abordagem educativa da situação vivenciada, com participação efetiva dos envolvidos, em que seja possível proporcionar equidade, empoderamento para a saúde e comportamentos saudáveis⁽⁹⁾. Para atingir tais prerrogativas, aponta-se a necessidade de ampliar o acesso aos serviços de saúde, com atendimento de qualidade, acolhimento adequado e resolutividade⁽³⁾.

Diante disso, conhecer o cotidiano de trabalho dessas usuárias e seu acesso aos serviços de saúde constitui-se em elemento primordial para promover ações de saúde que estejam adequadas às suas reais necessidades.

Assim sendo, fazem-se os seguintes questionamentos: qual o cotidiano de trabalho de mulheres profissionais do sexo? De que forma essas mulheres acessam os serviços de saúde? Para respondê-los, objetivou-se compreender o cotidiano de trabalho e o acesso aos serviços de saúde de mulheres profissionais do sexo.

Métodos

Pesquisa qualitativa que utilizou o método etnográfico para interpretar os significados atribuídos às experiências vivenciadas pelas profissionais do sexo sob a ótica das atrizes sociais em seu contexto

cultural⁽¹⁰⁾. O estudo foi realizado em uma cidade do interior do estado do Ceará, Brasil.

A imersão no campo ocorreu por meio de visitas aos locais de prostituição da cidade no período de janeiro a junho de 2015. Após o mapeamento do espaço, foram escolhidas como lócus as imediações do Mercado Central, onde se observava a presença de sobrados antigos nos quais funcionava o comércio de bebidas alcoólicas e onde as profissionais do sexo ofereciam seus serviços. Inicialmente, foram realizadas visitas introdutórias com o intuito de estabelecer o contato inicial com os responsáveis pelos estabelecimentos, que foram informados sobre os objetivos da pesquisa.

Destaca-se que os locais abordados não eram considerados bordéis ou casas de prostituição, o que os proprietários alegavam é que havia quartos que eram alugados pelos clientes. Esse aspecto ocorria em função da proibição pelo Código Penal Brasileiro da manutenção de casas de prostituição e da prática de rufianismo⁽¹¹⁾. Após o contato, apenas um estabelecimento autorizou a presença dos pesquisadores. Assim, deu-se início à coleta de dados.

Para o recrutamento das participantes, foi utilizada a amostragem por bola de neve, uma forma não probabilística que utiliza cadeias de referência, onde as primeiras entrevistadas indicaram as posteriores até ser encontrado o ponto de saturação⁽¹²⁾. A primeira entrevistada foi indicada pela dona do bar que se configurou como informante-chave. Para participar, foi solicitado ter idade mínima de 18 anos, trabalhar com a prostituição há no mínimo um ano e tê-la como principal fonte de renda. As mulheres entrevistadas foram eleitas de acordo com a disponibilidade para responder as perguntas e pela dinâmica do trabalho de campo. Durante a coleta de dados, foram observadas 13 mulheres, sendo que oito participaram da entrevista.

Além da observação participante com registro em diário de campo, a coleta de dados foi realizada por meio de um formulário com dados sociodemográficos e entrevista semiestruturada. As entrevistas

foram gravadas em áudio e realizadas individualmente, durante os intervalos de trabalho, e duraram entre 45 minutos e uma hora. As questões estavam voltadas para o cotidiano da vida, exercício da prostituição e acesso aos serviços de saúde. As participantes foram identificadas por nomes fictícios escolhidos por elas.

Após a coleta de dados, os áudios foram transcritos. No diário de campo, foram registradas as vivências das mulheres, o cenário, a rotina e a dinâmica social, que foram inseridos de forma analítica às categorias temáticas e ajudaram a descrever fatos do cotidiano dessas mulheres.

Para análise dos dados, aplicou-se a análise temática, utilizando como categorias empíricas as expressões e trechos significativos recorrentes nas falas das entrevistadas⁽¹³⁾. Foram desenvolvidas quatro categorias: inserção na prostituição; relações familiares; sofrimento e adoecimento; e acesso aos serviços de saúde.

A análise de dados etnográficos foi feita associando a análise temática com o registro das observações⁽¹⁴⁾. Essa fase foi realizada em três etapas: na pré-análise, ocorreu a leitura exaustiva das entrevistas, utilizando o método colorimétrico para classificar as falas convergentes. Posteriormente, essas falas foram organizadas de acordo com os temas principais; na exploração do material, as respostas foram organizadas de acordo com os trechos significativos e divididas em categorias; no tratamento dos resultados obtidos e interpretação, os dados organizados foram analisados de forma indutiva e interpretativa. As categorias temáticas foram apresentadas e os significados foram exemplificados por meios dos trechos extraídos dos depoimentos.

O estudo respeitou as normas nacionais de pesquisas que envolvem seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri, sob o Parecer nº 328.925 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética nº 16688113.1.0000.5055.

Resultados

Participaram do estudo oito profissionais do sexo com idade entre 24 e 41 anos e média de 31,3 anos. Em relação à escolaridade, cinco delas concluíram o ensino médio e três o ensino fundamental. Todas se declararam solteiras e cinco tinham filhos.

As entrevistadas relataram permanecer hospedadas no estabelecimento e que os familiares viviam em outras cidades ou em distritos afastados do centro da cidade. Nenhuma delas possuía renda fixa proveniente do trabalho, pois essa variava a cada mês a depender da quantidade de clientes, perfazendo, aproximadamente, um salário mínimo mensal (R\$ 788,00 vigentes à época). No entanto, cinco eram beneficiárias de programas sociais do Governo Federal. No lócus da pesquisa, nas segundas e quartas-feiras, acontecia a feira popular, que atraía pessoas de vários bairros e cidades vizinhas, entre vaqueiros, agricultores, comerciantes e consumidores.

Havia sete bares, que funcionavam em sobrados antigos. O bar no qual a pesquisa ocorreu abria às sete horas e fechava por volta das 19 horas e não funcionava aos domingos, possuía um salão principal que era ocupado por algumas mesas, cadeiras e uma cortina, onde só era possível ultrapassá-la com o consentimento do segurança. Por trás da cortina havia um balcão onde eram vendidas bebidas alcoólicas e, à esquerda, um corredor que levava em direção aos quartos. O recinto possuía pouca luminosidade, música alta e estava localizado próximo ao canal que recebia o esgoto da cidade.

O salão principal do bar possuía apenas o portão de entrada. A ausência de janelas dificultava a circulação do ar. Com isso, o odor de cigarro e álcool estava presente. Uma das participantes do estudo relatou que não estava satisfeita com as condições de higiene: *Não gosto de trabalhar aqui, os quartos são sujos, os homens são sujos. Quando eu vou trabalhar em outras cidades, nós temos lençóis para trocar sempre que o cliente sai, temos camisinha à vontade, aqui não é assim* (Cidinha).

Inserção na prostituição

Esta primeira categoria refere-se ao processo de inserção das mulheres na prostituição e suas condições materiais de renda e trabalho.

O tempo de exercício da prostituição variou de seis a 16 anos, com o início na atividade entre os 16 e os 18 anos de idade. Os motivos que levaram as mulheres a exercê-la estavam ligados a fatores econômicos, mediação de pessoas próximas e violência. As condições materiais de subsistência foram determinantes para a situação de prostituição: *Uma mulher da cidade vizinha disse à minha mãe que tinha um emprego para mim, que eu podia trabalhar na casa dela como doméstica. Eu vim e pensava que era para limpar, cozinhar, depois fui percebendo o que era lá, e ela começou a me colocar para fazer programa, tinha que fazer para comer, eu chorava muito* (Juliana). *Depois que fui presa, não consegui emprego, então o jeito que encontrei para ter dinheiro foi esse* (Kelma).

As mulheres falaram sobre a dificuldade de mudar de emprego e ter outra fonte de renda em um contexto de estigma social: *As pessoas que sabem sempre falam, mas eu não tenho o que fazer* (Gabriela). *Lá na cidade em que nasci, eu já trabalhei numa creche, gosto muito de criança, e queria voltar a trabalhar com crianças, mas não tenho mais oportunidade. Depois que as pessoas sabem que a gente se prostitui, fica muito difícil arrumar emprego* (Juliana).

Relações familiares

Nesta categoria, aborda-se a relação das profissionais do sexo com a família. Os pais das mulheres tinham conhecimento da atividade de prostituição. No entanto, os filhos desconheciam o fato: *Meu irmão sabe, meus pais sabem* (Leonora). *“Deus me livre” minha filha saber o que eu faço, mas a minha mãe sabe* (Cidinha).

Sofrimento e adoecimento

Nesta categoria, apreenderam-se as principais causas de sofrimento e adoecimento. Sobre os

sentimentos em relação à prostituição, esses variaram do desconforto à indiferença: *Não me sinto bem, mas não tenho opção* (Juliana). *Não sinto nada não, já estou há muito tempo* (Kelma).

Entre as cinco entrevistadas que tinham filhos, todas afirmaram que o maior sofrimento era saber que eles cresceriam sabendo do seu ofício. Além disso, o fato de terem que se ausentar por longos períodos. As mulheres que ainda moravam com os pais relataram que o sofrimento deles em saber que as filhas se prostituíam era o que mais lhe causavam aflição. Todas já sofreram preconceito, seja por parte da família ou da sociedade: *É ruim ver os filhos da gente crescendo vendo tudo isso* (Emanuela). *“Deus me livre” minha filha saber o que eu faço, ela já tem 11 anos, é uma mocinha, tenho medo dela se revoltar* (Cidinha).

As entrevistadas afirmaram que não apresentavam problemas de saúde, não tinham histórico de IST, e se cuidavam, fazendo uso do preservativo, indo ao médico regularmente e usando anticoncepcional. Entretanto, reconheceram que o exercício da prostituição aumentava a vulnerabilidade em saúde e violência: *Nunca tive nada não, só tive essas coisas de violência, de briga. ...eu acho que tem que fazer exame mesmo, tem que se cuidar, eu me cuido, já fiz até aquele exame que faz no hospital, tem que fazer, a gente fica aqui e não sabe o que tem* (Leonora). *Eu me cuido para não ter doenças, uso preservativo e vou ao médico, tomo anticoncepcional para não engravidar* (Gabriela). *Eu me cuido, porque não quero mais ter filhos, já tenho quase 40 anos* (Neidinha).

De acordo com as entrevistadas, na cidade existia um programa de atenção às profissionais do sexo, com entrega de preservativos e anticoncepcionais, porém não conseguia garantir que todas as mulheres utilizassem esse serviço em decorrência do movimento migratório entre as cidades, que impossibilitava que houvesse uma continuidade da assistência: *Lá na outra cidade que eu trabalho, as coisas já são bem organizadas, a equipe faz reunião com as meninas do bar onde eu trabalho, nós temos um cartão, por onde a equipe faz o controle dos exames, anticoncepcionais e dos preservativos. O que eu tomo foi escolhido depois de uma consulta com a enfermeira, e no cartão diz o dia que eu devo tomar* (Cidinha).

Acesso aos serviços de saúde

Nesta categoria, apresentam-se as informações sobre o acesso das entrevistadas aos serviços de saúde e de que forma eram atendidas.

As profissionais do sexo apresentaram resistência quanto à procura pelos serviços de saúde de forma preventiva. Apenas uma delas afirmou ir frequentemente à unidade básica de saúde para realização de consultas e para receber anticoncepcionais e preservativos: *Vou ao posto buscar anticoncepcional e camisinha; e se não tiver, eu compro. Mas se eu engravidar, não vou abortar* (Cidinha). *Só procuro atendimento quando sinto alguma coisa* (Kelma).

Por outro lado, as que buscavam os serviços públicos encontravam dificuldades no que se refere ao acesso às consultas e exames, optando em algumas situações por serviços privados.

A maioria das mulheres afirmou que realizava o exame de prevenção ginecológica regularmente e que havia feito há menos de um ano. Nenhuma delas relatou situação de maus tratos por parte dos profissionais que as atenderam: *Vou mais para pegar anticoncepcional e preservativos* (Gabriela). *Nunca fui maltratada, o ruim é a demora, o atendimento demora demais. A gente tem que esperar muito pelo atendimento* (Emanuela). *Sou bem atendida, não tenho do que reclamar. Aqui, os meninos do posto vêm, eles entregam camisinha, entregam anticoncepcional, é muito bom. Eles marcam os exames para a gente ir fazer; e quando a gente vai, é bem atendida* (Cidinha). *Quando eu sinto uma dor, uma coisa, eu faço logo é pagar. Pagando, eles atendem* (Leonora).

Discussão

O estudo apresentou como limitação a realização da coleta em apenas um estabelecimento, o que ocorreu em decorrência da negativa dos outros locais abordados.

O início precoce da atividade sexual, gravidez e uso frequente de bebidas alcoólicas são elementos comumente observados entre as profissionais do sexo⁽¹⁵⁾. O perfil etário influencia diretamente no

exercício da prostituição, resultando em maior quantidade de clientes em função da juventude. O ingresso na prostituição tem as condições socioeconômicas como uma das causas, que também são responsáveis pela prática duradoura de tal ofício. Entretanto, nem sempre as condições de saúde e de vida, bem como financeira, melhoram, e a mulher permanece na prostituição⁽¹⁾.

A falta de oportunidades de emprego, a migração para os grandes centros urbanos, mães solteiras que precisam sustentar seus filhos, carências afetivas e traumas na infância e adolescência estão entre os principais fatores socioeconômicos e psicológicos determinantes para a inserção na prostituição. Apesar disso, configura-se como um trabalho que existe, sustenta muitas mulheres e suas famílias, mas, por ser considerado sujo e profano, é marcado por preconceitos⁽¹⁶⁾.

Notou-se que as profissionais do sexo viviam sob condições insalubres, o que as expunham ao risco e ao aumento das vulnerabilidades. Elas não desenvolveram mecanismos para romper com o ciclo de exploração do corpo feminino, o que produz uma expropriação do seu trabalho.

Apesar do preconceito existente, a maior preocupação é com a aceitação da família⁽¹⁷⁾. Em outro estudo, as profissionais do sexo entrevistadas relataram que existe rejeição dos vizinhos, familiares e amigos devido ao trabalho exercido por elas⁽¹⁾. Todavia, para além da moralidade da prostituição, o maior problema é o estigma ligado à sua ocupação e à marginalização, que acaba por criar obstáculos para o acesso à saúde e a outras demandas sociais, em especial o seu efeito negativo sobre as condições de trabalho, vida pessoal e saúde sexual⁽¹⁸⁾. Por outro lado, a família representa a força maior para continuarem, principalmente para dar aos filhos o que necessitam e oferecer uma melhor condição financeira⁽³⁾. As profissionais do sexo entendiam que sua atividade laboral era marcada por limites sociais, e isso fazia com que elas se preocupassem com que os filhos não viessem a sofrer ao ter ciência

do exercício da prostituição.

A prostituição apresenta vulnerabilidades decorrentes da própria natureza da atividade e das condições em que é exercida. As mulheres estão expostas constantemente a IST, submissão e uso abusivo de álcool e de drogas ilícitas⁽⁴⁾. Mesmo diante da exposição aos fatores de risco, elas acabam por buscar atendimento apenas quando outras medidas como a automedicação não suprem suas necessidades⁽³⁾.

Ressalta-se a dificuldade dessas profissionais em se perceberem como mulheres que necessitam de atenção integral, e não somente concentrada nas questões reprodutivas e sexuais⁽¹⁶⁾. Nessa população, as práticas em saúde então centradas na realização de consultas médicas (tão logo apresentem sinais ou sintomas de patologias), exames de rotina, uso do preservativo e medidas de prevenção de IST^(3,17).

Logo, o cuidado com a saúde se faz indispensável. Uma pesquisa sobre o autocuidado realizada com profissionais do sexo mostrou que, além do fato de somente buscar atendimento em casos de emergência, elas não citaram lazer, esporte, cultura, ambiente e segurança como meios de cuidar da saúde⁽¹⁶⁾. Assim, as mulheres profissionais do sexo ainda são incluídas em ações de saúde limitadas às medidas de prevenção das IST e contracepção, sendo tal posição determinante na reafirmação da marginalização social desse grupo⁽⁸⁾. Neste escopo, há carência de ações de promoção da saúde voltadas para esse grupo populacional vulnerável, pois o cuidado em saúde centrava-se, fundamentalmente, na prevenção de agravos.

O exercício da prostituição em si não pode ser tomado como causa de maior vulnerabilidade à aquisição de doenças, sexuais ou não. É necessário aprimorar e ampliar serviços que se aproximem do cotidiano das profissionais do sexo e das estratégias que elas já utilizam para lidar com sua saúde⁽¹¹⁾. Ao necessitar de cuidados de saúde e buscar atendimento, as mulheres preferem pagar para garantir que receberão um atendimento em tempo hábil, em decorrência da demora em conseguir consultas na rede pública.

Nesse sentido, a busca pelos serviços privados se dá pela facilidade de acesso e retorno de exames⁽³⁾. A existência de serviços de saúde na comunidade não se traduz necessariamente na sua utilização, uma vez que as profissionais do sexo não se sentem à vontade de procurar os profissionais de saúde que vivem na comunidade⁽⁶⁾.

Diante desse cenário, as profissionais do sexo optam pelo serviço privado, buscando o serviço público apenas quando há restrições financeiras. A frequência de consultas é maior entre as que dizem que vão sempre que precisam, e menor entre as que só vão, em casos de emergência⁽⁶⁾. Os serviços de emergência são utilizados devido à dificuldade em conseguir atendimento. No entanto, essa procura gera descontinuidade na assistência⁽⁵⁾.

O acesso aos serviços de saúde é influenciado pela prevalência de barreiras institucionais, que incluem os longos tempos de espera e horários de funcionamento limitados⁽¹⁹⁾. Diante da dinâmica do seu trabalho, é inconveniente aguardar atendimento durante um dia inteiro e, muitas vezes, voltar para casa sem receber o serviço almejado⁽⁶⁾.

Outra barreira institucional tem relação com a migração e a mobilidade inerentes ao trabalho sexual, o que limita o acesso aos serviços de saúde comunitários, visto que tais serviços necessitam da comprovação do local de residência⁽⁴⁾. Essas barreiras geram descontinuidade da assistência nos pontos da rede de cuidados e podem, potencialmente, aumentar as iniquidades de um sistema de saúde que deve ser universal, equânime e integral.

A construção de uma sociedade mais justa e de uma saúde de qualidade requer a desconstrução de estereótipos e a consolidação de canais efetivos, onde seja possível a identificação das demandas e necessidades das profissionais do sexo, e mais importante, considerar a premissa de que não é possível discutir saúde sem levar em conta os direitos humanos, as relações de gênero, a divisão sexual do trabalho e o modo como a sociedade percebe a ocupação exercida por essas mulheres⁽²⁾.

Para aprimorar o acesso aos serviços, as melhorias devem se concentrar no respeito pelas usuárias, na confidencialidade e em ajustes de políticas e abordagens que possam dificultar o acesso aos serviços, incluindo formas que atendam às necessidades de mobilidade dessas mulheres⁽⁶⁾. Também é necessário incluir ações programáticas que fomentem o conhecimento acerca do cuidado e do funcionamento dos serviços de saúde, bem como apresentar a essas mulheres seus direitos e deveres⁽¹⁷⁾.

Nesse sentido, os enfermeiros se destacam por serem os protagonistas das ações de prevenção de agravos e promoção da saúde realizadas na atenção básica, ações que devem transpor os tabus, preconceitos e valores culturais⁽⁸⁾. Assim, nenhuma ação de promoção da saúde avançará sem a participação do componente educativo, o qual deve possibilitar às pessoas a oportunidade de se tornarem sujeitos multiplicadores desse processo^(1,17).

Diante do exposto, é necessário reforçar a capacitação dos enfermeiros desde a sua formação acadêmica, de modo a serem capazes de prestar um cuidado que atenda às demandas dessas mulheres, com o desenvolvimento de práticas de orientação e aconselhamento sobre as IST, para prevenção desses agravos, através de busca ativa para o acompanhamento em consultas ginecológicas, e de ações de promoção da saúde. É importante destacar que essas ações devem ser realizadas intersetorialmente, inclusive com participação de associações de profissionais do sexo⁽¹⁾.

Conclusão

O cotidiano de trabalho das mulheres em situação de prostituição é marcado pela atuação em diferentes locais, o que resulta na mudança constante entre as cidades, na ausência dos direitos trabalhistas, em precárias condições de higiene e na indisponibilidade dos insumos inerentes ao trabalho. Assim, entende-se que a rotina de trabalho nesse contexto coloca as mulheres em situações de fragilidade clínica e social, expondo-as a vulnerabilidades em saúde.

Quanto ao acesso aos serviços de saúde, percebe-se que é dificultado pelas barreiras institucionais e sociais. Diante disso, torna-se necessário criar estratégias voltadas para essa população, como dias e horários flexíveis e de acordo com sua disponibilidade. Além disso, programas de promoção da saúde para as mulheres são necessários, para que seja possível a realização de um cuidado digno e equânime.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, pela concessão de bolsa de Iniciação Científica, Processo nº 127785/2014-0.

Colaborações

Brito NS e Quirino GS contribuíram na concepção e projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Belém JM, Oliveira TM e Albuquerque GA contribuíram na redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Penha JC, Aquino CBQ, Neri EAR, Reis TGO, Aquino PS, Pinheiro AKB. Risk factors for sexually transmitted diseases among sex workers in the interior of Piauí, Brazil. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015; 36(2):63-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.52089>
2. Sousa FR. Educação Popular em Saúde e participação de prostitutas: contribuições para a gestão participativa do SUS. *Interface (Botucatu).* 2014; 18(Suppl 2):1568-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0406>
3. Szwarcwald CL, Almeida WS, Damacena GN, Souza-Júnior PRB, Ferreira-Júnior OC, Guimarães MDC. Changes in attitudes, risky practices, and HIV and syphilis prevalence among female sex workers in Brazil from 2009 to 2016. *Medicine.* 2017; 97(1 suppl):46-53. doi: <http://doi.org/10.1097/MD.00000000000009227>
4. Wahed T, Alam A, Sultana S, Rahman M, Alam N, Martens M, et al. Barriers to sexual and reproductive healthcare services as experienced by female sex workers and service providers in Dhaka city, Bangladesh. *PLoS One.* 2017; 12(7):e0182249. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182249>
5. Love R. Street level prostitution: a systematic literature review. *Issues Ment Health Nurs.* 2015; 36(8):568-77. doi: <https://doi.org/10.3109/01612840.2015.1020462>
6. Wanyenze R, Musinguzi G, Kiguli J, Nuwaha F, Mujisha G, Musinguzi J, et al. When they know that you are a sex worker, you will be the last person to be treated”: Perceptions and experiences of female sex workers in accessing HIV services in Uganda. *BMC Int Health Hum Rights.* 2017; 17(1). doi: <http://doi.org/10.1186/s12914-017-0119-1>
7. Pan American Health Organization. Strategy for universal access to health and universal health coverage. *Proceedings of the 53rd Directing Council (CD53/5, Rev. 2)* [Internet]. 2014 [cited out 31, 2018]. Available from: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-e.pdf>
8. Villa EA, Cândido MCRM, Siste LF. A assistência à saúde das profissionais do sexo no Brasil: uma revisão integrativa. *J Nurs Health.* 2016; 1(1):92-102. doi: <http://dx.doi.org/10.15210/jonah.v6i1.6054>
9. Mastrocola EL, Taylor AK, Chew-Graham C. Access to healthcare for long-term conditions in women involved in street-based prostitution: a qualitative study. *BMC Fam Pract.* 2015; 16:118. doi: <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0331-9>
10. Draper J. Ethnography: principles, practice and potential. *Nurs Stand.* 2015; 29(36):36-41. doi: <http://dx.doi.org/10.7748/ns.29.36.36.e8937>
11. Marques MC, Gomes LSV. As profissionais do sexo e a justiça do trabalho. *Brasiliana J Braz Stud.* 2013; 2(2):113-40. doi: <https://doi.org/10.25160/v2.i2/d5>
12. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas* [Internet]. 2014 [citado 2018 set 13]; 22(44):203-20. Disponível em <https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/tematicas/article/view/2144/1637>

13. Minayo MCS. *Manuais acadêmicos: pesquisa social*. Petrópolis: Vozes; 2016.
14. Boubonnais A. L'ethnographie pour la recherche infirmière, une méthode judicieuse pour mieux comprendre les comportements humains dans leur contexte. *Rech Soins Infirm*. 2015; 1(120):23-34. doi: <https://doi.org/10.3917/rsi.120.0023>
15. Prakash R, Manthri S, Tayyaba S, Joy A, Raj SS, Singh D, et al. Effect of physical violence on sexually transmitted infections and treatment seeking behaviour among female sex workers in Thane District, Maharashtra, India. *PLoS One*. 2016; 11(3):e0150347. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0150347>
16. Marques DMD, Costa DR. A saúde e a "vida" das profissionais do sexo. *Investig Qual Saúde [Internet]*. 2015 [citado 2018 dez 13]; 2:198-202. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ/article/view/522/517>
17. Paiva LL, Araujo JL, Nascimento EGC, Alchieri JC. Vivência das profissionais do sexo. *Saúde Debate*. 2013; 37(8):467-76. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000300010>
18. Benoit C, Jansson SM, Smith M, Flagg J. Prostitution stigma and its effect on the working conditions, personal lives, and health of sex workers. *J Sex Res*. 2018; 55(4-5):457-71. doi: <http://doi.org/10.1080/00224499.2017.1393652>
19. Oliveira GS, Nogueira JA, Costa GPO, Silva FV, Almeida SA. Access by lesbians, gays, bisexuals and transvestites/transsexuals to the Basic Family Health Units. *Rev Rene*. 2018; 19:e3295. doi: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2018193295>