

A PRÁTICA COTIDIANA DE SAÚDE DAS PROFISSIONAIS DO SEXO

Daily practices of health among sex workers

Artigo Original

RESUMO

Objetivo: Descrever as práticas de saúde utilizadas no cotidiano de profissionais do sexo. **Métodos:** Pesquisa qualitativa que teve como cenário os bares em que trabalham as profissionais do sexo em Maceió-AL, Brasil. Integraram o universo dos sujeitos participantes 15 mulheres profissionais do sexo, com idade entre 20 e 39 anos, as quais, durante a pesquisa, estavam sendo assistidas pela equipe de um Consultório de Rua. A pesquisa ocorreu entre os meses de agosto e outubro de 2011 e as mulheres foram aleatoriamente selecionadas. A coleta de dados se deu por meio de entrevista semiestruturada, sendo todas gravadas em áudio e transcritas na íntegra para posterior análise e interpretação. **Resultados:** A partir da análise temática dos dados produzidos e do referencial teórico de promoção em saúde, foi possível categorizar as práticas de saúde presentes no cotidiano dessas mulheres, tais como: a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis; cuidados com o corpo e a estética; atividade física; alimentação; lazer; relacionamentos interpessoais; consumo de álcool e outras drogas; automedicação; e busca pelos serviços de saúde. As formas como se apropriam de tais práticas são condicionadas pela situação de vulnerabilidade social e pelo contexto sociocultural e econômico em que se encontram. **Conclusão:** Apesar das deficiências encontradas no desenvolvimento dessas práticas, as profissionais do sexo buscam preservar hábitos que melhorem sua saúde física, social e mental, assim como procuram por serviços profissionais para a promoção da sua saúde.

Descritores: Cuidados de Saúde; Prostituição; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Objective: To describe the health practices adopted by sex workers in their daily lives. **Methods:** A qualitative study that took place at bars where sex workers of Maceió –AL, Brazil, work. The universe of participant subjects was integrated by 15 female sex workers, aged between 20 and 39 years, assisted by the team of a Street Clinic. The research took place between August and October 2011 and women were randomly selected. Data was collected through semi-structured interviews, which were all audio-recorded and transcribed for further analysis and interpretation. **Results:** Thematic analysis of the data produced and the theoretical framework of health promotion enabled the categorization of the health practices in daily life of these women, such as: prevention of sexually transmitted diseases, body care and aesthetics, physical activity, nutrition, leisure, interpersonal relationships, consumption of alcohol and others drugs, self-medication, and quest for health services. The ways they appropriate themselves of such practices are conditioned by the social vulnerability and economic and sociocultural context they are in. **Conclusion:** Despite the deficiencies found in the development of these practices, sex workers seek to preserve habits that improve their physical, social and mental health, as well as the pursuit of professional care and services to promote their health.

Descriptors: Delivery of Health Care; Prostitution; Health Promotion.

Elouyse Fernandes Leitão⁽¹⁾
Lívia Louise Souto Costa⁽¹⁾
Mércia Zeviani Brêda⁽¹⁾
Maria Cícera dos Santos de
Albuquerque⁽¹⁾
Jorgina Sales Jorge⁽¹⁾

1) Universidade Federal de Alagoas - UFAL
- Maceió (AL) - Brasil

Recebido em: 09/12/2011
Revisado em: 27/03/2012
Aceito em: 16/04/2012

INTRODUÇÃO

A literatura aponta a prostituição como um dos mais remotos produtos de comércio da humanidade, pois está presente em todas as épocas, da mais remota Antiguidade até hoje, e em todos os lugares do mundo^(1,2). As pessoas que trabalham na prostituição são conhecidas como “profissional do sexo, profissional da prostituição, garota de programa, meretriz, messalina, rapariga, puta, cortesã, quenga, moça leviana, mulher de vida fácil, vagabunda, gueixa e prostituta”⁽¹⁾.

A prostituição consiste em uma relação sexual entre pessoas, na qual o vínculo determinante não é o afeto ou o desejo recíproco, mas o ato de proporcionar prazer sexual em troca de dinheiro ou outro tipo qualquer de benefício⁽²⁾.

O “programa” é a unidade elementar da prostituição. Sua execução requer acordos prévios sobre três itens: as práticas, ou o conteúdo do serviço que será prestado; o preço; e o tempo disponível pela prostituta. Refere-se tanto ao ato sexual, em troca de uma quantia em dinheiro, quanto ao fato de o cliente apenas ocupar um determinado tempo com a profissional do sexo para conversar⁽³⁾.

Não existe uma explicação única para a prostituição, porém, vários são os motivos para praticá-la, dentre eles, os mais referidos são: o fator econômico; o abandono familiar; a dificuldade de integração no mercado de trabalho; e a baixa escolaridade⁽³⁾.

Outros determinantes também podem ser considerados, quais sejam: a migração para os centros urbanos; a falta de emprego; condições de vida subumanas; crianças e adolescentes em situações de risco social, submetidos à violência e à violação dos Direitos Humanos; carências afetivas; traumas; e a falta de perspectiva e de apoio familiar durante a infância^(1,2).

Além desses fatores citados, já bastante conhecidos, provavelmente existem outros, tais como: desagregação familiar; apelo social ao consumo; e desejo de ascensão social, os quais, somados ao deficiente amparo social, engrossam a lista de motivações para a prostituição.

As profissionais do sexo são mais suscetíveis ao preconceito e à exclusão devido à representação social que está vinculada a sua conduta social. Atualmente, ainda persiste a figura da prostituta associada à transmissão das infecções sexualmente transmissíveis (IST), ao uso de drogas e à violência, em virtude do comportamento sexual assumido, considerado pervertido e relacionado ao desvio do modelo padrão comportamental moralista⁽²⁾.

Essa representação social, somada à falta de conhecimento pelos órgãos governamentais sobre a realidade vivida por essas mulheres, encobre a condição de cidadãs e trabalhadoras destas⁽⁴⁾, contribuindo para a pouca atenção por parte das instituições públicas no

Brasil e comprometendo um melhor conhecimento de suas necessidades para a formulação e adequação de projetos e/ou programas de atenção à saúde direcionados a esse público⁽⁵⁾.

Um estudo realizado com profissionais do sexo em Ribeirão Preto/SP revelou que as perspectivas de futuro e ascensão social dessas mulheres estavam relacionadas a uma profissão, um trabalho e uma renda fixa⁽⁶⁾.

A Constituição Federal brasileira de 1988, em seu artigo 196⁽⁷⁾, traz:

“Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Desse modo, políticas sociais e econômicas estão sendo construídas, ações e serviços estão sendo organizados com vistas a promover e recuperar a saúde, reduzir o risco de doença e outros agravos⁽⁷⁾.

Entretanto, observa-se, na realidade investigada, que o público feminino inserido na prática da prostituição ainda apresenta muita dificuldade de ingresso a esses serviços e aos bens de saúde.

Um caminho para suprir essa lacuna seria considerar a contribuição das práticas em saúde que visem o desenvolvimento do bem estar físico, psíquico e social desse grupo específico, o que, por sua vez, poderia fornecer subsídios para o delineamento de ações e dispositivos adequados para uma atenção integral voltada a essas mulheres.

Nesse sentido, o presente artigo objetiva descrever as práticas de saúde utilizadas no cotidiano das profissionais do sexo.

MÉTODOS

Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, que trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes⁽⁸⁾.

Integraram o universo dos sujeitos participantes desta pesquisa 15 mulheres profissionais do sexo, com idade situada entre 20 e 39 anos, que, no momento da pesquisa, trabalhavam em bares localizados no município de Maceió-AL, Brasil, e estavam sendo assistidas pela equipe de um Consultório de Rua, um dispositivo do Ministério da Saúde destinado à atenção da população em situação de risco e vulnerabilidade social⁽⁹⁾. A pesquisa ocorreu entre os meses de agosto e outubro de 2011 e as mulheres foram aleatoriamente selecionadas.

Foi no contexto dos bares em que ocorreram as entrevistas com as profissionais do sexo. Para manter suas identidades preservadas, utilizou-se de pseudônimos relativos às flores, estratégia que, ao ser escolhida pela primeira entrevistada, acabou sendo adotada pelas entrevistadas seguintes. Quando a escolha das flores que as representavam era repetida, elas foram diferenciadas pelas pesquisadoras com numerações seguindo a ordem cronológica de realização das entrevistas.

Diante dos aspectos mencionados, o estudo assegurou o sigilo das informações coletadas e o anonimato dos sujeitos, providos de consciência e esclarecimento sobre a pesquisa a ser realizada e sobre a utilização dos dados obtidos apenas para fins científicos.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas com o protocolo de número 005329/2011-79.

Para a produção dos dados, empregou-se a técnica de entrevista semiestruturada, guiada por questões objetivas, referentes à caracterização dos sujeitos; e subjetivas, as quais serviram de base para responder o objetivo proposto. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas pelas próprias pesquisadoras.

Para o tratamento e interpretação dos dados produzidos, utilizou-se a análise temática⁽⁸⁾ e o referencial teórico de promoção em saúde⁽¹⁰⁾, tornando possível categorizar as práticas de saúde, tais como: medidas de prevenção de doenças transmissíveis; cuidados com o corpo; atividade física; alimentação; lazer; relacionamentos interpessoais; consumo de álcool e outras drogas; e busca pelos serviços de saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 15 mulheres profissionais do sexo pesquisadas, 10 eram solteiras, 3 separadas e 2 viúvas. O nível de escolaridade apresentou-se baixo, pois 1 delas era analfabeta, 9 tinham o fundamental incompleto, 3 o fundamental completo, 1 encontrava-se concluindo o ensino médio e apenas 1 possuía o ensino médio completo com formação em curso técnico.

Quanto ao tempo de trabalho como profissional do sexo, variou entre 3 meses e 23 anos; e sua renda, entre R\$300,00 e R\$5.000, sendo observado entre as mulheres com renda mais elevada, a inserção na profissão há menos de um ano.

Sete mulheres possuem outro trabalho, em sua totalidade, atividades domésticas sem vínculo empregatício, principalmente as que precisavam, sozinhas, manter o lar e sustentar seus filhos.

As condições de trabalho às quais estavam submetidas as mulheres investigadas eram notadamente desfavoráveis

para manter uma boa qualidade de vida, considerando-se o ambiente de trabalho como um fator de maior influência na saúde das profissionais do sexo. Exemplo disso são os bares receptores de clientes à procura, principalmente, de programas sexuais e do consumo de bebidas alcoólicas. Nesses lugares, existem quartos onde o programa é facilitado; há pouca luminosidade, música alta e higiene deficitária. Cada bar tem um dono e este não interfere diretamente nos programas sexuais, mas obtém lucro com o aluguel dos quartos, o consumo de bebidas alcoólicas e a alimentação. Embora nenhuma profissional do sexo faça do bar a sua residência, é nesse espaço físico onde passam a maior parte do seu tempo. Ressalta-se que a maioria delas vive com familiares e os eles não têm conhecimento sobre a sua ocupação profissional.

A promoção da saúde compreende: ação individual, ação da comunidade, e ação e compromisso dos governos na busca de uma vida mais saudável. E, como campo de ações, defende a saúde em todas as suas dimensões, através do diálogo abrangente e efetivo com a sociedade⁽¹⁰⁾.

Ao saber como essas práticas se realizam e estão presentes no cotidiano dessas mulheres, identificam-se vulnerabilidades e necessidades importantes que, se supridas, poderão abrir frestas para uma vida saudável.

A saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, lugar, classe social, estilo de vida, valores individuais, concepções científicas, religiosas, filosóficas e culturais⁽¹¹⁾.

Para os sujeitos entrevistados, essa representação provavelmente tem guiado as práticas de vida adotadas, sejam elas medidas de prevenção de doenças ou adequação aos hábitos saudáveis de vida, como a alimentação, prática de atividade física e o lazer, fatores que estão intrinsecamente relacionados à promoção da saúde.

Desse modo, ao serem questionadas sobre como realizavam o cuidado com a sua saúde percebeu-se que as práticas desempenhadas eram influenciadas, principalmente, pela sua ocupação.

As perspectivas de Orquídea 1, Lótus e Margarida 2 envolvem, sobretudo, realização de exames de rotina, o uso do preservativo e **medidas de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis**, como demonstrado nas falas a seguir:

Faço meus exames periódicos de 6 em 6 meses, me previno, trabalho, não faço sexo oral sem camisinha, não gosto que façam sexo oral em mim, não beijo na boca, não faço sexo anal, e qualquer forma de sexo que eu faça, só com camisinha. Vou pro ginecologista, faço exames, faço meus exames de DSTs, faço o papanicolau, normal. O de HIV também eu faço pelo menos uma vez por ano (Orquídea 1).

De 6 em 6 meses, eu faço exames de rotina, tanto de prevenção como de sangue, urina. E no sexo, sempre uso camisinha. Em qualquer relação, se for oral ou não, é sempre com camisinha, e me cuido assim (Lótus).

Faço citologia, vou pra médico... (Margarida 2).

Fica explícito que cuidados mais sutis, como não beijar na boca e não realizar determinadas modalidades de sexo que para elas apresentam maior risco, configuram-se em práticas de cuidado cotidianamente adotadas. Tais práticas demonstram o conhecimento das formas de prevenção contra infecções sexualmente transmissíveis.

Pela suscetibilidade desse público-alvo, devem ser reforçadas as ações de saúde voltadas para o uso do preservativo, objetivando uma relação segura e a prevenção de doenças transmitidas pelo sexo⁽⁶⁾.

Quanto às medidas relacionadas à prevenção dessas doenças, as entrevistadas mencionaram como principal método **o uso do preservativo**, uma vez que a maioria ressaltou o seu uso como principal forma de prevenção para evitar essas afecções. Embora essa seja a principal medida para se evitar a contaminação por essas infecções, algumas práticas importantes também foram acrescidas aos relatos, tais como:

Usando sempre camisinha, gel, lubrificante. (Jasmim 2)

Nunca saio sem preservativo e conhecer muito bem a pessoa que a gente tá, porque não pode sair com qualquer pessoa. (Lírio)

Evitar sexo oral em mim e no parceiro sem camisinha. Sempre que for fazer programa no quarto, lavar as mãos bem lavadas. Eu não gosto que penetrem dedo em mim, nada de roçar sem camisinha, isso também eu não gosto, esse tipo de coisa. (Orquídea 1)

Novamente, os relatos apontaram para a realização de práticas sutis de saúde que, para as participantes do estudo, produzem maior segurança ao trabalho desenvolvido (conhecer a pessoa, lavar as mãos, evitar a penetração de dedos, acrescentar o gel lubrificante na camisinha), embora não garantam proteção total.

Dessa forma, para não adoecerem, essas mulheres desenvolvem um cuidado minucioso com a manipulação do corpo, que é, talvez, um dos principais ênus dessa profissão.

Dentre os **cuidados com o corpo**, a higiene corporal, além de proporcionar conforto e bem-estar, constitui-se um fator importante para a promoção e recuperação da saúde⁽¹²⁾. As práticas de higiene corporal realizadas pelas profissionais do sexo constituíram-se basicamente por banho, higiene bucal e higiene íntima. A maioria das

entrevistadas justificou o uso do sabonete íntimo e líquido para garantia de uma proteção maior.

Esfregar bem com a ducha, coisa assim, sabonete íntimo também, que ajuda na limpeza higiênica. (Rosa)

O aumento do uso de sabonete íntimo é decorrente de uma divulgação da indústria de cosméticos, pois as práticas de higiene íntima feminina vêm acompanhando o desenvolvimento global, uma vez que as mulheres estão usando mais calças *jeans* apertadas, ou outros tecidos que dificultam a ventilação na região pubiana, propiciando o surgimento de infecções ginecológicas⁽¹³⁾.

Outras práticas de saúde são realizadas para melhorar a higiene íntima, como o uso de plantas, roupas íntimas pessoais e pomada lubrificante.

Ah! Eu sempre gosto de me banhar com ervas, com babatimão, com aroeira, essas coisas assim do dia a dia. Como eu não tenho dinheiro para comprar medicação, eu uso mais ervas... Eu coloco uma toalhinha na geladeira, aí quando ela fica pedrada eu coloco nas minhas rugas. (Jasmim 1)

Usar roupas dos outros, eu não uso, principalmente calça, short. Short é uma peça íntima. Pra quem não sabe, é íntimo, porque tá ali grudado o tempo todinho. (Lótus)

Eu gosto de usar uma pomada, porque, às vezes, quando demora a ter relações, que a gente só transa com preservativo, aí resseca o útero da mulher, aí eu uso a pomada pra ficar mais molhadinho. (Margarida 3)

O uso das ervas citadas por Jasmim 1 é fortemente influenciado pelo contexto cultural a que estão inseridas.

Os **cuidados com a estética** se juntam às medidas de proteção. São eles: depilação; o uso de hidratantes, protetores de calcinhas e protetor solar; cuidados com os cabelos e com as unhas. Elas investem na aparência física, frequentando salões de beleza e esteticistas.

Vou ao salão, faço meu cabelo no final de semana, faço a minha unha, me maqueio (sic). (Rosa Vermelha 2)

Sempre vou num esteticista fazer limpeza de pele, alguma coisa assim. Cabeleireira, maquiagem, que não pode faltar maquiagem, né?! (Lótus)

Esse cuidado com a aparência física, com a estética, é um ponto importante para esse grupo de mulheres. Trata-se de uma necessidade que não pode ser negligenciada, pois desse corpo e aparência depende sua sobrevivência

material. Contudo, a intensidade de cuidado foi identificada de forma muito diferente no que correspondeu à atividade física.

Em relação à **atividade física**, está comprovado que quanto mais ativa é uma pessoa, menos limitações físicas ela tem. Dentre os inúmeros benefícios que a prática de exercícios físicos promove, um dos principais é a proteção da capacidade funcional em todas as idades⁽¹⁴⁾.

No público entrevistado, constatou-se uma deficiência na prática de atividades físicas. Das 15 entrevistadas, a minoria declarou praticar alguma atividade, e dentre essas, o exercício de escolha é a “atividade física”, definida como movimento realizado pelo sistema esquelético com gasto de energia⁽¹⁵⁾.

Hoje, sim. Malho, corro, caminho... (Lótus)

Entre a maior parte delas, a atividade física se interpõe às realizadas em seu cotidiano.

Mulher, de onde eu moro, todo dia eu faço o percurso de uma hora pra levar meu filho na escola, isso pra mim já é uma caminhada. (Rosa)

Não! Mas também a caminhada que eu dou pra chegar de casa até o ponto, já é uma caminhada. (Lírio)

Outra parte dessas profissionais está representada nas falas abaixo e retrataram o abandono de atividades físicas já realizadas.

Jogava handebol, mas parei, eu (Jasmim 2).

Mulher, eu fazia aula de dança e academia, só que eu parei os dois. Só que eu estou precisando muito e não faço porque dá uma preguiça... (Margarida 3)

Percebe-se, então, que há o entendimento da necessidade de se realizar atividade física e subentende-se uma dificuldade em conciliá-la com o trabalho e as demandas domésticas.

Considerando que, em qualquer delineamento de ações voltadas à promoção de saúde, devem estar presentes estratégias que visem à adoção de práticas corporais, oferecer projetos sociais para realização de atividades físicas regulares que se moldem às necessidades dessas mulheres é um desafio que merece ser superado.

Outra prática referendada pelas entrevistadas diz respeito à **alimentação**. Sabe-se que a Promoção da Alimentação Saudável (PAS) é um eixo estratégico da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)⁽¹⁰⁾, que ratifica o compromisso do Ministério da Saúde na ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde. As vertentes

de atuação do Ministério da Saúde na Alimentação Saudável procuram viabilizar as escolhas alimentares saudáveis à população⁽¹⁶⁾.

Entretanto, para o público em questão, essa prática mostra-se prejudicada em virtude do horário irregular da rotina de vida.

Eu largo de 3 da manhã e vou dormir numa base de 4 da manhã, aí eu durmo a manhã inteira, acordo, almoço, passo o dia inteiro, o resto da tarde inteira, aí não lancho porque não sou muito de lanchar, aí a noite janto no trabalho, na boate mesmo. Pronto, aí já vou pro outro dia. (Orquídea 1)

Mal eu como. Às vezes, eu faço 2, 3; às vezes, eu faço nenhuma (refeição)... Almoço comida: arroz, feijão, macarrão, carne. Janto às vezes, quando eu não estou muito “biritada”. (JASMIM 2)

Observa-se, portanto, um prejuízo na realização das três refeições diárias, justificado por fatores ligados às condições de trabalho, pois elas não possuem carga horária fixa de trabalho e ainda fazem uso abusivo de bebida, muito presente nos locais onde trabalham, interferindo na adoção de hábitos saudáveis para a saúde.

Exemplo disso é o **lazer**, essencial para manutenção da saúde, integridade física e mental de qualquer pessoa. Lazer pode ser definido como toda atitude e/ou atividade que proporcione bem-estar, vivenciada no tempo disponibilizado para tal, seja uma ação prática ou contemplativa. Quanto ao seu conteúdo, abrange os propósitos que formam a globalidade do ser humano, como os aspectos lúdicos, intelectuais, interativos, criativos, estético, físico-esportivos, artísticos, socioculturais, afetivos, político e econômico; todos se inter-relacionando⁽¹⁷⁾.

O lazer, como uma forma de manter o bem-estar, considera o contexto de vida de cada pessoa e nele insere suas medidas de diversão. Está incluído como uma das ações específicas da PNPS.

Com relação a essa prática, a maior parte dos relatos das mulheres ressaltou que, apesar de a prostituição ter seu lado negativo, algumas delas ainda conseguem fazer do seu trabalho uma diversão.

Todo dia é aqui, eu já trabalho, converso com as minhas colegas, já me divirto um pouco. (Girassol)

Entretanto, outras delas têm sua diversão baseadas em momentos próximos aos seus familiares, principalmente com seus filhos, atribuindo à companhia deles sua atividade de lazer.

Eu gosto de sair assim: final de semana com meus filhos. Vou para uma pizzaria, pra uma sorveteria, se tiver um parque, eu levo, ou senão vou pra praia. (Rosa)

Algumas mulheres demonstram nas suas falas que a diversão está relacionada à presença de uma segunda pessoa, como na fala de Girassol e Rosa, mostrando, dessa forma, a importância das **relações interpessoais**, seja no ambiente de trabalho, em casa ou qualquer outro lugar.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define “saúde mental” como o estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe suas próprias habilidades, sabe lidar com o estresse normal da vida, trabalha de forma produtiva e é capaz de fazer uma contribuição para sua comunidade⁽¹⁸⁾. Dessa forma, a saúde mental é tão importante quanto a saúde física para o bem-estar dos indivíduos, das sociedades e dos países.

Assim, buscou-se descrever os relacionamentos em suas diversas formas e os fatores que o influenciam, como o grau de felicidade e a satisfação com o trabalho, com a vida conjugal, familiar e pessoal, para, posteriormente, analisar se há alguma prática que elas realizem para manter a saúde mental.

Quando perguntadas se eram felizes no contexto em que se encontravam, grande parte das entrevistadas respondeu que sim, justificando essa felicidade, na maioria das vezes, pela presença de pessoas queridas, pela bebida e pelo dinheiro adquirido com o programa, conforme se observa nas falas a seguir:

Sou, porque eu tenho os meus filhos, graças a Deus. Só sou feliz por causa disso; se não fosse isso, eu não era. (Margarida 1)

Quando eu estou bebendo, sim, só não no outro dia, que eu adoço. (Rosa Vermelha 1)

Eu me sinto feliz assim em termo dos meus filhos, quando eles pedem uma coisa e você dá, né? E em termos assim de alimentação, que eu faço o possível pra dar de tudo que eles precisam. (ROSA)

Percebeu-se que elas buscam proporcionar à família aquilo que não obtiveram, podendo se configurar em uma boa prática para sua saúde mental. A família representa a força maior para elas continuarem, principalmente quando Rosa diz fazer “o possível” para dar o que os filhos necessitam.

Pode-se observar, no entanto, através da fala de Orquídea 2, citada a seguir, uma referência negativa à profissão, fazendo com que ela busque um apoio nas relações com seus familiares e deseje para eles uma vida diferente da que vive.

Essa vida não presta! Vou encaminhar minhas filhas pro bom caminho, porque eu não quero que elas sigam o mesmo caminho que eu segui. (Orquídea 2)

A referência negativa à profissão (“mau caminho”) aponta para o desejo de um projeto de vida diferente para os filhos.

Enquanto isso, Cravo tenta ressignificar o preconceito e a discriminação social vivenciada, o que ajuda a manter sua saúde mental.

Tem muita discriminação com garota de programa, mas eu não ligo não. Não dependo da sociedade pra nada. Ninguém paga as minhas dívidas nem nada, com certeza! Eu vou baixar a minha cabeça por causa de fulano e cicrano? É ruim! (Cravo)

A execução do programa requer uma estrutura emocional para a qual, muitas vezes, a mulher não está preparada. Os acordos sobre as práticas, o conteúdo do serviço que será prestado, o preço e o tempo disponível precisam ser previamente pactuados⁽¹⁹⁾.

No começo, eu me sentia nervosa, tensa e até chorava, mas, hoje em dia, é tranquilo. (Orquídea 1)

Eu converso, porque, às vezes, a conversa é o melhor meio pra chegar a um acordo, né? Ai eu sempre converso, e se der de combinar pra eu ficar com aquela pessoa, bem; se num (sic) der, ele arruma outra pessoa. (Rosa)

Geralmente, para enfrentar a realidade desses programas, essas mulheres usam substâncias psicoativas. **O consumo de drogas** é uma prática referida por todas as mulheres da pesquisa. O álcool e o tabaco foram as substâncias de maior prevalência.

Me sentia muito deprimida. Eu me sentia um cachorro na rua por eu andar nessa vida, por eu me prostituir. E pra me dar coragem pra vencer o dia a dia... Ela que me dava força e coragem pra eu vir ficar na prostituição. (Jasmim 1)

Eu acho que logo quando eu comecei aqui, eu bebia pra sentir coragem de chegar até os homens (Rosa).

O uso dessas substâncias é justificado por proporcionar a diminuição do sofrimento e o alívio da dor no cotidiano dessas mulheres. Os motivos relatados para o uso de álcool e outras drogas estavam relacionados ao seu bem-estar psicológico e social, como: fuga de problemas; alívio do

estresse e do sofrimento; diversão; e encorajamento para enfrentar a realidade na qual se encontram.

Porque é a única forma que eu acho para me divertir. (Rosa Vermelha 1)

Rapaz, porque eu fiquei numa situação depois que eu deixei meu marido, numa depressão que eu cheguei até a me cortar. Aí, pra me livrar, eu entrei no mundo das drogas. (Rosa Vermelha 2)

Segundo o que foi observado no relato da maioria das mulheres entrevistadas, o uso de drogas não se traduz em risco ou prejuízo para saúde e integridade física; e quando se traduz, a consciência, por si só, não é suficiente para afastá-las do uso.

Não, prejuízo num (sic) me causa muito não, né?! Risco, também acho que não. Eu só tenho medo de a polícia ver eu (sic) fumando, né?! (Orquídea 2)

O cigarro, às vezes, eu tento diminuir, mas não consigo. Tanto é que até hoje eu tenho cansaço, mas eu não evito em nada, eu fumo, fumo, fumo... (Lótus)

Elas, porém, ao fazer uso de drogas, realizam alguns cuidados que podem ser considerados estratégias de redução de danos, pois diminuem os riscos e prejuízos à saúde decorrentes do uso de drogas⁽²⁰⁾. O uso da goma de mascar para afastar a vontade de fumar, e a presença ou não de pessoas que as acompanhavam durante o uso integravam tais estratégias. Ao serem questionadas sobre tais estratégias relatam:

Eu diminui mais o cigarro. No lugar d'eu (sic) fumar uma carteira, eu fumo 2, 3 cigarros por dia. Em casa, eu não fumo não... (Margarida 1)

Eu quero deixar de fumar cigarro, mas tô (sic) evitando. Quando dá vontade de fumar, eu chupo chiclete. (Orquídea 2)

Não corro risco porque é assim: quando eu cheiro (cocaína), geralmente eu cheiro sozinha, sem ninguém. (Cravo)

Eu tinha uns amigos que também fumavam (crack), aí a gente fumava junto. (Girassol)

Paralelo ao uso de drogas ilícitas, observou-se ainda o consumo de drogas lícitas, como o tabaco, o álcool e a **automedicação**. Esta é definida como:

O uso de medicamentos sem prescrição médica, no qual o próprio paciente decide qual fármaco utilizar. Inclui-se nessa designação genérica a prescrição (ou orientação) de medicamentos por pessoas não habilitadas, como amigos,

familiares ou balconistas de farmácia; nesses casos, também denominados de “exercício ilegal da medicina”^(21,3).

Quase a totalidade das entrevistadas relata o uso de medicamento para dor sem prescrição médica, utilizados para dor de cabeça, febre e anticoncepção. Ao serem inquiridas sobre essa prática, responderam:

Só remédio de dor de cabeça, gripe, que é uma coisa que não precisa ir pro médico, assim, né?! (Girassol)

Não! Só injeção para anticoncepcional, de mês em mês, por conta própria. (Lírio)

Uso. Quando eu tô (sic) com dor de cabeça, tomo ali um Dorflex ou qualquer coisa para passar a dor: (Jasmim 2)

Como na população em geral, percebe-se uma banalização no uso das medicações mais populares. Entretanto, o uso indevido de substâncias psicoativas e até mesmo de drogas consideradas banais pela população, como os analgésicos, pode acarretar diversas consequências, como reações de hipersensibilidade, dependência, sangramento digestivo, sintomas de retirada, e aumento do risco para determinadas neoplasias⁽²¹⁾. Além disso, o alívio momentâneo dos sintomas encobre a doença de base, que passa despercebida e pode, assim, progredir.

Em contrapartida, o uso desses medicamentos é justificado por proporcionar a diminuição do sofrimento, ao produzir cura ou alívio da dor, seja física ou psíquica. E está intimamente ligado às relações de acessibilidade aos serviços e profissionais de saúde.

O que chama atenção nesse aspecto é o modo como as profissionais do sexo procuram os serviços de saúde, e o acolhimento dos profissionais, os quais, por sua vez, favorecem ou dificultam o acesso ao cuidado.

A **busca pelos serviços de saúde** compreende consultas médicas, hospitalizações, realização de exames e diagnósticos. A utilização desses serviços é resultante da interação entre o indivíduo que procura cuidados e o profissional que o conduz, sendo mais importante para esta pesquisa a busca desses indivíduos pelos serviços⁽²²⁾.

Quando perguntadas se procuravam os serviços públicos de saúde, a maioria respondeu que sim; outras achavam melhor os serviços particulares, pelas facilidades de acesso e de retorno de exames. Das mulheres que responderam positivamente, muitas afirmaram a procura através da equipe do Consultório de Rua e, geralmente, quando estavam apresentando problemas relacionados à ginecologia.

Percebeu-se uma relação de confiança entre as profissionais do sexo e os profissionais do Consultório de

Rua, pois as garotas de programa se sentem à vontade para tratar de seus problemas com eles. Há, portanto, um apoio muito importante para a saúde dessas pessoas, apesar de ainda estar distante de um cuidado integral, tendo em vista a prioridade dada à área ginecológica.

Eu procuro as meninas [referindo-se aos redutores do Consultório de Rua], mas antes delas era muito ruim, aí eu não me tratava não, não procurava não. Agora, com esse plano de rua ficou bem melhor. (Rosa Vermelha 2)

Quanto ao acesso aos serviços públicos de saúde, algumas só procuravam a assistência quando era extremamente necessário.

Só quando é preciso mesmo e não tem outro caso, aí eu procuro. Já quando eu tiver bem mal mesmo, quando eu tiver assim, com uma doença assim... que eu vou na farmácia e compro remédio, não precisa ir. (Girassol)

Procuro. Quando eu tô (sic) bem mal mesmo, quando eu tô (sic) sentindo alguma dor por dentro. (Rosa Vermelha 2).

Assim, a procura pelos serviços de saúde se dá apenas em situações nas quais outras medidas não suprem sua necessidade, pois preferem usar outros meios, como a automedicação, para aliviar seus problemas antes de buscar as Unidades de Saúde.

Assim, a busca pela assistência à saúde em instituições públicas ou privadas só ocorre em situações extremas e, quando ocorre, não há o acolhimento desejado, influenciando negativamente no comportamento dessas mulheres em relação à sua saúde.

Por fim, apesar das carências evidenciadas na realização das práticas até aqui identificadas, pode-se afirmar que as profissionais do sexo buscam preservar hábitos que melhorem sua saúde física, social e mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da proposta de investigação desta pesquisa e das entrevistas realizadas, foi possível descrever as práticas de saúde cotidianamente adotadas por mulheres profissionais do sexo a partir de suas próprias perspectivas.

A análise temática e o referencial teórico de promoção em saúde possibilitaram a categorização das práticas de saúde presentes no cotidiano dessas mulheres, dentre elas: a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis; cuidados com o corpo; cuidados com a estética; atividade física; alimentação; lazer; relacionamentos interpessoais;

consumo de álcool e outras drogas; automedicação; e busca pelos serviços de saúde.

Apesar das deficiências encontradas no desenvolvimento dessas práticas, as profissionais do sexo buscam preservar hábitos que melhorem sua saúde física, social e mental, aliados à procura por cuidados de profissionais e serviços condizentes com os eixos prioritários para promoção da saúde.

Apesar da situação de vulnerabilidade à saúde, havia, no momento em que esta pesquisa foi realizada, uma prevalência de práticas saudáveis de vida, muitas vezes sutis e relacionadas, sobretudo, às medidas de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, aos cuidados com o corpo e à estética. A forma como se apropriam de tais práticas são influenciadas pelo tipo de ocupação e vulnerabilidades vivenciadas, bem como pelo contexto sociocultural e econômico.

Foram também descritas práticas que, embora não sejam consideradas saudáveis, como o uso indevido de drogas, incluindo as medicações sem prescrição, tem contribuído para o seu bem-estar.

A procura pelos serviços de saúde evidencia a dificuldade de acesso e só ocorre em situações nas quais medidas substitutivas, como a automedicação, não suprem suas necessidades. Tais resultados apontam a necessidade do desenvolvimento de ações informativas e educativas para a mudança de comportamentos, associadas à garantia do acesso aos serviços públicos de saúde, com acolhimento adequado e resolutividade.

Desenvolver esta pesquisa favoreceu a aproximação das pesquisadoras com esse grupo de mulheres e, embora tenha sido realizada exclusivamente em seu contexto de trabalho, possibilitou uma compreensão de outras dimensões de suas vidas. Tal compreensão é primordial para a atuação do profissional em saúde junto a essas mulheres.

Ao descrever as práticas em saúde adotadas no cotidiano das profissionais do sexo, sujeitos desta investigação, subsídios valiosos são fornecidos para o delineamento de ações e programas que visem ao atendimento dos problemas e necessidades inerentes a essa população, a fim de minimizar as diferentes vulnerabilidades e possibilitar um cuidado integral, mais efetivo e de qualidade.

AGRADECIMENTOS

À equipe do Consultório na Rua “Fique de Boa!” por facilitar o desenvolvimento desta pesquisa, pela disposição em nos acompanhar nos bares e pela articulação com os donos dos estabelecimentos para que fosse possível a realização das entrevistas.

REFERÊNCIAS

1. Duarte RO, Vanz D. Qualidade de vida das profissionais do sexo de Criciúma, Santa Catarina, Brasil [periódico na Internet]. *Fazendo Gênero*. 2008 [acesso em 2011 Mar 14]; 8:1-7. Disponível em: http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST26/Duarte-Vanz_26.pdf.
2. Moraes ML, Costa PB, Aquino OS, Pinheiro AK. Educação em saúde com prostitutas de Fortaleza: relato de experiência. *Rev Eletr Enf* [periódico na Internet]. 2008 [acesso em 2011 Fev 18]; 10(4):1144-51. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a27.htm>.
3. Machado JN, Silva SC. Perfil Psicossocial da prostituição masculina em Belém [acesso em 2011 Fev 21]. Belém: Universidade da Amazônia; 2002. Disponível em: http://www.nead.unama.br/site/bibdigital/monografias/MANIFESTACOES_CIUME_RELACOES_HETEROSSEXUAIS2.PDF
4. Aquino PS, Ximenes LB, Pinheiro AK. Políticas públicas de saúde voltadas à atenção à prostituta: breve resgate histórico. *Enferm Foco* [periódico na Internet]. 2010 [acesso em 2011 Ago 11]; 1(1):18-22. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4>.
5. Passos AD, Figueiredo JF. Fatores de risco para doenças sexualmente transmissíveis entre prostitutas e travestis de Ribeirão Preto (SP). *Rev Panam Salud Publica* [Periódico na Internet]. 2004 [acesso em 2011 Fev 11]; 16(2):95-101. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v16n2/22243.pdf>.
6. Torres GV, Davim RMB, Costa TNA. Prostituição: causas e perspectivas de futuro em um grupo de jovens. *Rev. Latinoam Enferm* [periódico na Internet]. 1999 [acesso em 2011 Nov 4]; 7(3):9-15. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13471.pdf>.
7. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
8. Minayo MC. O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
9. Ministério da Saúde (BR). Consultórios de Rua do SUS: material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. EPJN-Fiocruz: Brasília; 2010..
10. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
11. Scliar M. História do conceito de saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva* [periódico na Internet]. 2007 [acesso em 2011 Mar 10]; 17(1):29-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>
12. Ministério da Saúde (BR). Guia prático do cuidador. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
13. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO. Orientações sobre higiene íntima feminina. [acesso em 2011 Nov 15]. Disponível em: http://www.higieneintima.com.br/content/pdf/Folheto_orientacoes.pdf. (Baseado no Guia de condutas sobre higiene genital feminina da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia).
14. Franchi KM, Montenegro RM. Atividade física: uma necessidade para a boa saúde na Terceira idade. *Rev Bras Promoç Saúde* [periódico na Internet]. 2005. [acesso em 2011 Dez 6]; 18(3):152-6. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/408/40818308.pdf>.
15. Ministério da Saúde (BR). Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
16. Gentil AB, Goulart D, Pinheiro M, Oliveira TP. Estratégias de promoção da alimentação saudável para o nível local [relatório online]. Brasília: Coordenação-geral da política de alimentação e nutrição; 2007. Disponível em: http://nutricao.saude.gov.br/docs/geral/doc_tecnico_pas_nivel_local.pdf.
17. Oliveira CB. Sobre lazer, tempo e trabalho na sociedade de consumo. *Conexões* [periódico na Internet]. 2004 [acesso em 2011 Dez 7]; 2(1):20-34. Disponível em: http://www.facape.br/ruth/adm-filosofia/Texto_1_-_Lazer_tempo_e_trabalho.pdf.
18. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, prácticas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004.
19. Oltramari LC, Camargo BV. Representações sociais de mulheres profissionais do sexo sobre a AIDS. *Estud Psicol* [periódico na internet] 2004 [acesso em 2011 Fev 17]; 9(2):317-23. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2004000200013&lng=en&nrm=iso.
20. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

21. Vilarino JF, Soares IC, Silveira CM, Rödel AP, Bortoli R, Lemos RR. Perfil da automedicação em município do Sul do Brasil. Rev Saúde Pública [periódico na Internet]. 1998 [acesso em 2011 Out 21]; 32(1):43-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101998000100006&script=sci_arttext.
22. Travassos C, Martin M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saúde Pública [periódico na Internet]. 2004 [acesso em 2011 Dez 3]; 20(2):190-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf>.

Endereço primeiro autor(a):

Elouyse Fernandes Leitão
Rua Doutor Jorge de Lima, 251
Bairro: Trapiche da Barra
CEP: 51010-382 - Maceió - AL - Brasil
E-mail: elouysefernandes@yahoo.com.br

Endereço para correspondência:

Lívia Louise Souto Costa
Rua 21 de Abril, 297
Bairro: Prado
CEP: 57010-225 - Maceió - AL - Brasil
E-mail: livialow@hotmail.com