



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE AMBIENTAL E SAÚDE DO
TRABALHADOR (PPGAT)**

ANA ROSA RIBEIRO ELIAS

**TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS, QUALIDADE E SATISFAÇÃO NA VIDA DE
MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO**

UBERLÂNDIA

2017

ANA ROSA RIBEIRO ELIAS

**TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS, QUALIDADE E SATISFAÇÃO NA VIDA DE
MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia (PPGAT/UFU), Instituto de Geografia, como requisito à obtenção do título de mestre.

Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador.

Orientadora: Profa. Dra. Marcelle Aparecida de Barros Junqueira.

UBERLÂNDIA

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

E42t
2017 Elias, Ana Rosa Ribeiro, 1978-
Transtornos mentais comuns, qualidade e satisfação na vida de
mulheres profissionais do sexo / Ana Rosa Ribeiro Elias. - 2017.
124 f. : il.

Orientadora: Marcelle Aparecida de Barros Junqueira.
Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de
Uberlândia, Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde
do Trabalhador.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2018.915>

Inclui bibliografia.

1. Geografia médica - Teses. 2. Prostitutas - Saúde mental - Teses. 3.
Prostitutas - Qualidade de vida - Teses. 4. Saúde e trabalho - Teses. I.
Junqueira, Marcelle Aparecida de Barros. II. Universidade Federal de
Uberlândia. Programa de Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde
do Trabalhador. III. Título.

CDU: 910.1:61

Gerlaine Araújo Silva – CRB-6/1408

**TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS, QUALIDADE E SATISFAÇÃO NA VIDA DE
MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO**

Dissertação aprovada para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia (PPGAT/UFU), Instituto de Geografia, pela banca examinadora:

Uberlândia, 15 de dezembro de 2017.

Resultado:_____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Marcelle Aparecida de Barros Junqueira - UFU (Orientadora)

Profa. Dra. Eleusa Gallo Rosenburg - UEMG

Profa. Dra. Carla Denari Giuliani - UFU

E aprendi que se depende sempre
De tanta, muita, diferente gente
Toda pessoa sempre é as marcas
Das lições diárias de outras tantas pessoas

E é tão bonito quando a gente entende
Que a gente é tanta gente onde quer que a gente vá
E é tão bonito quando a gente sente
Que nunca está sozinho por mais que pense estar...

Caminhos do Coração-Gonzaguinha

AGRADECIMENTOS

A Deus, que em todos os dias da minha vida me deu forças para seguir.

A meus pais, por me terem dado educação, valores e ensinado a andar. A minha mãe (*in memoriam*), que, onde quer que esteja, acredito que está feliz pela minha conquista. A minha mãe, meu amor eterno. A meu pai, amor incondicional.

A minha família e a meus verdadeiros amigos que sempre me incentivaram e motivaram nesta jornada. A meu esposo, Douglas, e filhas, Giovana e Mariana, sempre me apoiando e suportando nos momentos de ansiedade e nervosismo. Amo vocês!

À Coordenação da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia por me incentivarem nos meus estudos.

A minha orientadora, Profa. Dra. Marcelle Barros, por seu apoio, dedicação, atenção e competência, fundamentais para a conclusão deste trabalho.

À enfermeira residente do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (Uni e Multiprofissional) – Saúde Coletiva da Universidade Federal de Uberlândia-MG, Isabel Noronha, e à estudante do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia-MG, Janaína Pereira, pela ajuda com os questionários da pesquisa e momentos vividos.

À ONG RNP+, pelo seu apoio e colaboração no desenvolvimento da pesquisa.

Quando não souberes para onde ir, olha para trás e sabe pelo menos de onde vens.

Provérbio africano

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo avaliar os indicadores de saúde mental (transtornos mentais comuns, qualidade de vida, satisfação com a vida) entre mulheres profissionais do sexo, que atuam em casas de programa em Uberlândia (MG). Foi desenvolvido um estudo transversal, exploratório e de caráter quantitativo com 158 mulheres profissionais do sexo. Para coleta de dados foi utilizado um questionário sobre informações sociodemográficas, um questionário para avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-BREF), o *Satisfaction With Life Scale* (SWLS) e o *Self Report Questionnaire* (SQR-20). O nível de significância (valor de p) foi estabelecido em 0,05 para todas as variáveis. Foram realizadas análises descritivas dos dados apresentados, em frequência absoluta e relativa; as variáveis quantitativas foram descritas através de média, mediana, desvio padrão máximo e mínimo. Além disso, aplicou-se o teste de normalidade de Shapiro-Wilk. Para as variáveis que apresentaram e seguiram distribuição normal, aplicou-se ANOVA *one-way*, no intuito de comparar os grupos, e para as variáveis quantitativas que não seguiram distribuição normal foi aplicado o teste de Kruskal Wallis. Para avaliar a associação entre variáveis quantitativas utilizou-se o Coeficiente de Correlação de Pearson, além do teste G (Razão de Verossimilhança). As variáveis qualitativas foram descritas e, para isso, foi utilizando o software SPSS v.20. O estudo mostrou que a maioria das mulheres profissionais do sexo declarou ser solteira (75,9%), de etnia parda (51,9%), alfabetizada (99,4%) e residir em casa alugada (58,2%). Quanto aos domínios do WHOQOL-BREF, o domínio 1 – Físico apresentou relevância estatística ($p=0,00495$) e nível de satisfação com um escore médio de 66,48 ($dp\pm 16,02$). Com relação ao SWLS, 46,5% das entrevistadas ($N=73$) responderam que, se pudessem recomeçar a vida, teriam atitudes e escolhas diferentes, o que corresponde ao número 1 da escala (totalmente em desacordo). Também foi percebida a relação entre etnia ($p=0,0301$) e tipo de habitação/casa ($p=0,0046$) com a variável “Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada”. Sintomas de transtorno mental foram identificados em 51,6% das mulheres profissionais do sexo. Houve associação do Domínio 1 – Físico com o grau de escolaridade e anos de estudo, com $p=0,0207$ e $p=0,0027$, respectivamente. Houve também correlação estatística significativa entre renda familiar e Domínio 1 – Físico ($p=0,0133$) e Domínio 4 – Meio ambiente ($p=0,0009$). Concluiu-se que as mulheres profissionais do sexo apresentam sintomas de transtorno mental associados a menores níveis de qualidade e satisfação com a vida, semelhantes aos da população em geral. Constatou-se que a literatura sobre o nível de sintomas de transtornos mentais comuns, qualidade e satisfação de vida e suas correlações entre mulheres profissionais do sexo é escassa e requer mais investigações. Ressalta-se, ainda, a necessidade de políticas públicas mais igualitárias e de profissionais melhor qualificados para atender a essa parcela da população.

Palavras-chave: Profissional do Sexo. Transtorno Mental. Qualidade de vida. Satisfação Pessoal.

ABSTRACT

This study aimed to assess mental health indicators (common mental disorders, life quality, satisfaction with life), among female sex professionals, who work at brothels in Uberlândia (MG). A cross-sectional, exploratory, quantitative study was conducted with 158 female sex professionals. Satisfaction with Life Scale (SWLS), WHOQOL-BREF (about life quality), Self Report Questionnaire (SQR-20) and sociodemographic information were used to collect data. Level of significance (p value) was set at 0.05 for all variables. Descriptive analysis of data in absolute and relative frequency were performed. Quantitative variables were described through mean, median, maximum and minimum standard deviation. Shapiro-Wilk Test also was applied. For variables that presented and followed normal distribution, One-way ANOVA was applied to compare groups. Kruskal-Wallis Test was applied for quantitative variables that did not follow normal distribution. Pearson Correlation Coefficient was used to evaluate the association between quantitative variables, in addition to G-test (likelihood-ratio). About qualitative variables, they were described using a SPSS v.20 software. This research showed the majority of female sex professionals had declared to be single (75.9%), from *pardo* or brown ethnic group (51.9%), literate (99.4%), and living in a rented house (58.2%). For WHOQOL-BREF domains, domain 1 – Physical Health presented statistical relevance ($p=0.00495$) and level of satisfaction with an average score of 66.48 ($dp\pm 16.02$). Concerning about the SWLS, 46.5% of the women ($N=73$) had answered if they could have a new beginning, they would take different attitudes and choices in life, which corresponds to the number 1 of the SWLS (strongly disagree). In this study, a relation between ethnicity ($p=0.0301$) and type of housing ($p=0.0046$) with the statement "If I could live my life over, I would change almost nothing" (SWLS) was detected. Common mental disorder symptoms were identified in 51.6% of female sex professionals. There was an association of domain 1 - Physical Health (WHOQOL-BREF) with level of education ($p=0.0207$), and years of study ($p=0.0027$). A significant statistical correlation between family income and domain 1 - Physical Health ($p=0.0133$) and domain 4 - Environment ($p=0.0009$) was also detected. It was concluded that female sex professionals present mental disorders symptoms, associated with low levels of quality and satisfaction with life, similar to those of population at large. The literature about level of common mental disorders symptoms, quality and life satisfaction, and its correlations among female sex professionals is limited and requires further investigation. This survey also highlight the need for more egalitarian public policies and skilled health professionals to assist those women.

Keywords: Sex professionals. Mental Disorder. Life quality. Personal satisfaction.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características Sociodemográficas das mulheres profissionais do sexo que atuam em casas de programa, Uberlândia-MG, 2017 (N=158)	66
Tabela 2	Características Sociodemográficas das mulheres profissionais do sexo que atuam em casas de programa, Uberlândia-MG, 2017 (N=158)	67
Tabela 3	Estatística descritiva dos domínios do WHOQOL-bref em mulheres profissionais do sexo que atuam em casas de programa, Uberlândia-MG, 2017 (n=158).....	68
Tabela 4	Valores do questionário <i>Satisfaction with Life Scale</i> (SWLS) – traduzido – respondido por mulheres profissionais do sexo que atuam em casas de programa, Uberlândia-MG, 2017 (n=158).....	69
Tabela 5	Distribuição dos itens que compõe o questionário <i>Satisfaction with Life Scale</i> (SWLS) – traduzido – respondido por mulheres profissionais do sexo que atuam em casas de programa, Uberlândia-MG, 2017 (n=158)	70
Tabela 6	Valores do questionário <i>Self Report Questionnaire</i> (SQR-20) – traduzido – respondido por mulheres profissionais do sexo que atuam em casas de programa, Uberlândia-MG, 2017 (n=158).....	71
Tabela 7	Associação entre Características Sociodemográficas e WHOQOL-bref entre mulheres profissionais do sexo que atuam em casas de programa, Uberlândia-MG, 2017 (n=158).....	72
Tabela 8	Associação entre Características Sociodemográficas e <i>Satisfaction with Life Scale</i> (SWLS) – traduzido – entre mulheres profissionais do sexo que atuam em casas de programa, Uberlândia-MG, 2017 (N=158)	74
Tabela 9	Associação entre Características Sociodemográficas e <i>Self Report Questionnaire</i> (SQR-20) – traduzido – entre mulheres profissionais do sexo que atuam em casas de programa, Uberlândia-MG, 2017 (N=158).....	76
Tabela 10	Associação entre WHOQOL-bref e <i>Satisfaction with Life Scale</i> (SWLS) – traduzido – entre mulheres profissionais do sexo que atuam em casas de programa, Uberlândia-MG, 2017 (N=158)	77
Tabela 11	Associação entre WHOQOL-bref e <i>Self Report Questionnaire</i> (SQR-20) – traduzido – entre mulheres profissionais do sexo que atuam em casas de programa, Uberlândia-MG, 2017 (N=158)	78
Tabela 12	Associação entre <i>Satisfaction with Life Scale</i> (SWLS) – traduzido – e <i>Self Report Questionnaire</i> (SQR-20) – traduzido – entre mulheres profissionais do sexo que atuam em casas de programa, Uberlândia-MG, 2017 (N=158).....	79

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AI	Anistia Internacional
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
Aprosmig	Associação de Prostitutas de Minas Gerais
Art.	Artigo
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
CPB	Código Penal Brasileiro
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition</i>
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EUA	Estados Unidos da América
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
MG	Minas Gerais
NEP	Núcleo de Estudos da Prostituição
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organizações Não Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
RNP	Rede Brasileira de Prostitutas
RNP+	Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>

SQR-20	<i>Self Report Questionnaire</i>
SWLS	<i>Satisfaction With Life Scale</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TMC	Transtorno Mental Comum
WHOQOL-bref	<i>World Health Organization Quality of Life Group-bref</i>
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
v. 20	Versão 20

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	REFERENCIAL TEÓRICO	26
2.1	O TRABALHO: ALGUNS MARCOS CONCEITUAIS	26
2.2	VULNERABILIDADES E MARGINALIZAÇÃO NO MUNDO DO TRABALHO	29
2.3	A PROSTITUIÇÃO.....	31
2.3.1	Conceito e história.....	31
2.3.2	A prostituição enquanto trabalho	39
2.3.3	Contexto social e cultural da prostituição.....	47
2.4	TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS, QUALIDADE E SATISFAÇÃO COM A VIDA ENTRE PROSTITUTAS.....	51
3	HIPÓTESES	56
3.1	HIPÓTESES TESTADAS	56
4	OBJETIVOS	57
4.1	GERAL.....	57
4.2	ESPECÍFICOS.....	57
5	METODOLOGIA.....	58
5.1	TIPO DE ESTUDO.....	58
5.2	CONTEXTO DO ESTUDO.....	58
5.3	DEFINIÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	59
5.4	CRITÉRIOS PARA A SELEÇÃO DA AMOSTRA DE MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO.....	59
5.4.1	Critérios de inclusão	59
5.4.2	Critérios de exclusão.....	60
5.5	COLETA DE DADOS.....	60
5.6	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	60
5.6.1	Questionário de caracterização informações sociodemográficas	61
5.6.2	WHOQOL-BREF	61
5.6.3	Satisfaction With Life Scale (SWLS) – Escala de Satisfação com a Vida	62
5.6.4	Questionário Self Report Questionnaire (SQR-20) – traduzido	63
5.7	ANÁLISE DOS DADOS	63
5.7.1	Análise dos dados coletados – quantitativo	63
5.8	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	64
6	RESULTADOS	65
6.1	ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS.....	65
6.2	ANÁLISE EXPLORATÓRIA DOS DADOS	71
7	DISCUSSÃO	80
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
	REFERÊNCIAS	100

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO.....	111
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	112
ANEXO B – QUESTIONÁRIO WHOQOL-BREF.....	114
ANEXO C – QUESTIONÁRIO SATISFACTION WITH LIFE SCALE (SWLS) – TRADUZIDO	117
ANEXO D – QUESTIONÁRIO SELF REPORT QUESTIONNAIRE (SQR-20) – TRADUZIDO	118
ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP/UFU	119

APRESENTAÇÃO

O Mestrado Profissional busca capacitar o profissional para que este possa desempenhar melhor suas funções, conhecer o território no qual está inserido, reconhecendo as demandas locais, organizacionais e do mercado de trabalho. O Mestrado Profissional visa, dessa forma, à promoção, à proteção da saúde dos trabalhadores e à redução da morbimortalidade decorrente dos processos de trabalho.

O curso é uma forma de adquirir e aprofundar conhecimento, com a oportunidade de troca de experiências devido à multidisciplinaridade de profissões, tendo cada um sua experiência profissional, cultural, social e econômica interligados por um bem comum, aperfeiçoar-se. O mestrado propicia o compartilhamento de experiências, informações e vivências, aproximando profissional e academia.

Realizar a pós-graduação foi um grande desafio, pois sentia a necessidade de me especializar, mas tive a dificuldade em conciliar o cumprimento da carga horária prevista para o mestrado com o meu trabalho, onde ocupo a função de coordenadora de unidade de saúde. Mesmo assim, perseverei diante da sobrecarga de atividades, pois necessitava adquirir conhecimento e compartilhar de outras experiências profissionais.

Ao longo do curso, pude desenvolver várias atividades, como seminários, visitas de campo, montagem de vídeos, dentre outros, que sempre estavam relacionados com a minha realidade profissional.

Assim, senti-me realizada em fazer o curso, por sempre estar no meu campo de atuação, como enfermeira na Atenção Primária, aprofundando meu conhecimento e possibilitando aplicar novos ao meu dia a dia, não só profissional como pessoal. Assim, tornei-me ciente da responsabilidade de multiplicar tais conhecimentos, corresponsabilizar não só o usuário, bem como a equipe em que trabalho, quanto ao desempenho das ações de prevenção e promoção, com necessidade de troca de experiências constante, em busca de melhor qualidade de vida pessoal e profissional.

Jamais iria olhar para uma calçada, semáforo, ou até mesmo para pneu e esgoto e enxergar o que as disciplinas mostraram. Foi um campo de estudo muito rico, em que todos deveriam ter consciência das suas ações e consequentes

reações no ambiente. Observei ainda que é necessário trabalhar não só a saúde do trabalhador, mas também o ambiente para buscar novas propostas e práticas inovadoras para a sociedade, através da construção de diagnósticos locais, respeitando tanto as características intrínsecas como extrínsecas destes indivíduos e do meio no qual estão inseridos.

O interesse em trabalhar o tema proposto surgiu em virtude do meu trabalho em uma unidade de saúde da família, localizada no Bairro Bom Jesus, em Uberlândia-MG, área em que a prostituição é bem marcante. A partir da minha experiência profissional, senti a necessidade de auxiliar mais as mulheres profissionais do sexo. Assim, procurei elaborar um projeto em que pudesse contemplá-las e conhecer suas experiências de vida, pois são mulheres que apresentam grande receio em procurar o serviço de saúde mesmo tendo sido visitadas nos estabelecimentos em que desempenhavam suas funções e lhes sendo oferecidos nossos serviços.

Diante disso, durante os atendimentos, identificou-se as mais diversas demandas, e não somente com relação à prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. Eram, muitas vezes, mulheres despidas de seu poder de sedução relatando problemas familiares, psicológicos, dentre outros, e que jamais tinham sido acolhidas com um olhar humanizado, mostrando suas fragilidades e necessidade de escuta.

1 INTRODUÇÃO

A prostituição é uma profissão marcada por heterogeneidades. De modo geral, é considerada como a venda ou permuta de sexo por dinheiro, porém não se limita ao ato sexual em si e, às vezes, nem o inclui. Isso porque engloba trocas, “nem todas econômicas, nem todas sexuais” (SALES, 2014), que vão além do caráter financeiro, como a afetiva ou a de benefícios (PISCITELLI, 2004).

A oferta do serviço de prostituição ocorre em territórios diversos, como em pontos de passagem e de perambulação, como casas noturnas, ruas, hotéis, internet, jornais, dentre outros. Além disso, a organização do trabalho nesse ramo ocorre de maneira variada, inclusive quanto à forma como as profissionais o percebem e se colocam nele, por exemplo, ou quanto à negociação dos programas, o que também é variável, havendo dissonâncias em relação ao modo como se permite e o que se permite (BARRETO; GROSSI; MAYORGA, 2013).

A prostituição é, ainda, considerada como um ato intrinsecamente ruim e o indivíduo que a pratica também é visto como inferior, doente, não digno de respeito (RUBIN, 1998). Sendo assim, necessita-se de legalização, a fim de se inserir a mulher no mercado como indivíduo que é, caracterizada por valores com respeito à atividade desempenhada.

Nesse contexto, propõe-se quatro modelos de regimes legais para se pensar na percepção e ação com relação à prostituição, os quais são: proibicionista (em que a prostituta é vista como delinquente, sendo punida, juntamente com outros indivíduos que exercem a mesma; abolicionista (no qual a profissional é tida como vítima a ser informada e livre, ao mesmo tempo que os outros envolvidos devem ser penalizados); regulamentarista (neste caso, a prostituição é entendida como desventura comum, mas que não é provável de ser extinta, devendo ser monitorada, preservando a sociedade e possibilitando a honra, a dignidade, a saúde); e laboral (em que a mulher é tomada como trabalhadora, é o único modelo que não visa a controlar e a suprimir a atividade e que é resultado de debates com a organização de prostitutas; neste modelo, o trabalho deve ser regimentado por jurisprudência trabalhista e civil comum) (WIJERS, 2004).

Barreto, Grossi e Mayorga (2013) entendem os modelos de maneira um pouco distinta da proposta de Wijers, pois agrupam o proibicionista e abolicionista,

de modo que, no total, há três modelos: **proibicionista/abolicionista**, com concepções de práticas que visam a eliminar a prostituição, entendida como modo de agressão, sujeição feminina, infração, abuso; **regulamentarista**, com a perspectiva de que a prostituição é um mal indispensável, necessitando ser limpa, contida para reprimir seus danos, o que seria integrado a esse regime, como, por exemplo, exames médicos obrigatórios, registro em distrito policial, dentre outros; e o **laboral**, com a visão da prostituta como trabalhadora, o que é resultado da influência da emergência destas como sujeitos políticos, na maioria das vezes, organizadas em movimentos.

Tais autores ainda relatam que ocorrem explorações em virtude do estigma e isolamento, com violência associada ao caráter informal da atividade, verificando-se a necessidade de lutar por melhores condições de trabalho. Com estas o estigma pode ser superado desvinculando-se as prostitutas da prostituição simbólica ou fisicamente, o que tornará legítima a profissão através da formalização do trabalho e garantia dos direitos sexuais. Assim, a prostituição passará a ser em parte resguardada pelo Estado e um pouco mais aceita pela sociedade, para que a prostituta possa continuar sendo profissional do sexo sem morrer, sem sofrer mais do que o já sofrido (SALES, 2014). Em vista disso, a profissional do sexo necessita adquirir direitos como os de qualquer outro profissional, a fim de que possua respaldo legal não só em questões trabalhistas bem como em educação e saúde, visto ser uma minoria que tem melhor nível de escolaridade.

Nos dias atuais, a forma como a prostituição se apresenta está ligada à urbanização massiva e à sociedade de mercado (COLLING; TEDESCHI, 2015). Assim, as profissionais do sexo utilizam seus serviços de forma a adquirir retorno financeiro mais rápido e satisfazer suas necessidades de vida básicas, como por exemplo, alimentação e moradia.

É comum ter-se a ideia de que a pessoa que se prostitui necessita perceber a submissão a que está exposta, que é resultado do trabalho, cujos princípios são obscurecidos pelas concepções, o que resulta, por consequência, em naturalização. Em vista disso, é frequente associar prostituição a comércio do corpo, a fundamentos de que, ao negociar o corpo, a profissional do sexo perde o domínio sobre o mesmo, que fica sob posse masculina, e que este, por sua vez, a submete a seus desejos e vontades (BARRETO; GROSSI; MAYORGA, 2013). Além disso, é fato que, até os dias atuais, no exercício de suas funções, ao se recusarem a

satisfazer as vontades dos clientes, que consideram o ato de pagar como garantia de permissão a qualquer prática sexual, por vezes, a profissional do sexo é violentada ou expulsa do local em que presta serviços. Isso evidencia que se tem homogeneizado as profissionais quanto a suas condições de trabalho, mas nem todas são assujeitadas, pois muitas têm consciência das condições em que trabalham.

Em 1951 o Brasil passou a ser considerado abolicionista, após a assinatura do Tratado Abolicionista Internacional, da Organização das Nações Unidas (ONU). E, apesar da legislação nacional entender como lícita a prostituição, mas ilícitos os negócios associados a esta assim como o rufianismo – ato de tirar proveito da prostituição alheia, seja na participação dos lucros ou pela sustentação por quem a exerça – (BARRETO; GROSSI; MAYORGA, 2013; BRASIL, 2002), esse ramo ainda enfrenta condições precárias de trabalho semelhantes às da escravidão.

Isso se dá, em parte, porque a prostituição envolve questões políticas cercadas de posicionamentos preconceituosos, em que os detentores do poder não têm interesse em reconhecer tal atividade, uma vez que alguns também utilizam dos seus serviços, além de se justificarem pelo argumento de que a atividade é imoral no ponto de vista religioso, bem como por questões econômicas. Porém, tais argumentos não se fundamentam em pesquisas reais que quantificam e permitem conhecer o impacto da legalidade em se tratando de gastos previdenciários e trabalhistas.

Desde os anos de 1980, houve tensão ideológica e estratégica entre militantes e suas aliadas feministas e entre as feministas da corrente abolicionista, quando reconheciam a prostituição como trabalho, e as que a definiam como violência contra as mulheres. Logo, a prostituição é um ponto de cisão política agressivo no âmbito do feminismo internacional. Enquanto umas lutavam contra condições de exploração e violência, as outras consideravam a prostituição como situação extrema de relação de poder entre as categorias de sexo e lutavam para extingui-la (COLLING; TEDESCHI, 2015).

No Brasil, por sua vez, o movimento das prostitutas, em São Paulo, se consolidou em 1979, quando foram inicialmente identificadas como grupo de risco, sendo alvo nas políticas de enfrentamento à epidemia de AIDS. Assim, foram elaboradas propostas, normalmente em associação com Organizações Não Governamentais (ONGs), visando a esse público alvo, todos vinculados à

prevenção, embora também tivessem perspectiva de organização política (BRASIL, 2002).

Essas propostas foram essenciais para a sistematização do grupo e para a consolidação da Rede Brasileira de Prostitutas (RBP) e de outros grupos regionais, mas veiculavam uma imagem da garota de programa como portadora de doença e da prostituição como um problema da saúde. Devido a isso, atualmente, a RBP evita adquirir subsídios no âmbito da saúde, como forma se desvincular-se desta perspectiva para uma mais laboral (BARRETO; GROSSI; MAYORGA, 2013), a fim de evitar a associação da prostituição a doenças e não a uma profissão insalubre como qualquer outra em que o trabalhador está propenso a adquiri-las.

No Brasil, partindo-se da percepção laboral, uma das discussões da organização de prostitutas é por desagregar prostituição e estigma ao ressaltar o reconhecimento da identificação profissional. A RBP, então, tem como luta principal o entendimento da prostituição como um modo de emprego e não como meio de servidão. Desse modo, ao invés de debater sobre as prostitutas, as integra na discussão referente a qualquer tipo de política direcionada aos serviços sexuais, em algumas ocasiões indagando a capacidade do governo para regulamentar o trabalho (WIJERS, 2004).

Igualmente como em qualquer trabalho, a prostituição necessita ser uma opção, mesmo com questões históricas e sociais que a marginalizem. Neste caso, pode-se citar como exemplo a questão de gênero (BARRETO; GROSSI; MAYORGA, 2013), pois a prostituição está tradicionalmente relacionada ao gênero feminino, já que através dos tempos a mulher continua sendo considerada inferior, apesar das conquistas no mercado de trabalho, educação, política, dentre outros setores.

Além disso, a presente análise necessita considerar a questão do gênero. Segundo Butler (2014), gênero é o mecanismo pelo qual a produção e a normalização do feminino e do masculino se manifestam junto com as formas cromossômicas, intersticiais, hormonais, físicas e performativas que se assume. Logo, esses termos podem ser desfeitos e eliminados. Falar em gênero somente pensando no binarismo homem e mulher é manter um procedimento disciplinar que naturaliza a categoria superior e omite a oportunidade de refletir seu rompimento.

Butler (1993) afirma também que sexo e gênero são construções culturais, que legitimam a base para o dimorfismo sexual, e que, para se viver a identidade feminina, é preciso que haja um deslocamento de posição da mulher tradicional para

uma reconstrução identitária a partir do espaço que ocupa (COLLING; TEDESCHI, 2015). No caso da mulher profissional do sexo, as barreiras são ainda maiores, visto o reconhecimento do papel que desempenham associado à vulnerabilidade e à marginalidade a que estão sujeitas, desprovidas de qualquer auxílio para se imporem como mulheres.

Além disso, a questão do contraste entre os gêneros fica mais evidente quanto à prostituição feminina, porque no geral é o homem que faz uso desse serviço, com o qual afirma sua masculinidade ou liberta-se desta, realizando seus desejos das mais diversas formas, mesmo que consideradas impróprias e imorais perante a sociedade. Ou seja, quanto ao gênero, a prostituição feminina, no modo como ocorre hoje torna legítima a posição masculina e naturaliza a marginalização da mulher profissional do sexo.

Em meados dos anos 80, em Porto Alegre, as garotas de programa sentiam muito com a punição policial e violência, sendo consideradas inferiores ao resto da sociedade. Frente a isto, foi criado o Núcleo de Estudos da Prostituição (NEP), como forma de resistência a esses atos, e a Organização das Profissionais do sexo em Porto Alegre, referência em modo de associação e atividade com prostitutas (GARCIA, 2016). Ambos são resultantes de postura de rebeldia contra os agentes do Estado (SALES, 2014).

Nacionalmente, o NEP constitui a Rede Brasileira de Prostitutas e, no exterior, a Rede Internacional de Prostitutas. No Brasil, a Rede organiza um documento de muitas condutas do que sustentam ou condenam. Entre o que é condenado, está a vitimação das prostitutas, ligação com a marginalidade, a comercialização de seres humanos, a gestão sanitária, dentre outros (GARCIA, 2016).

Entre o que se sustenta, está a auto-organização das prostitutas, a admissão ao sistema de saúde global, o trabalho sexual como um direito sexual, que as profissionais se assumam como prostitutas, além de outros pontos. O NEP tem como pauta principal junto a outras organizações nacionais de prostitutas a normatização da prostituição, um sistema de legalização dos direitos e deveres às profissionais (GARCIA, 2016).

Para o NEP, a normatização da prostituição é desejável, tendo em vista, as profissionais deixarem de ser consideradas somente como objetos sexuais, ponto de vista que não as reconhece como trabalhadoras que se mantêm financeiramente e compõem vida em família como qualquer pessoa. Logo, sem a regulamentação,

forma de reconhecimento de cidadania às profissionais, estas continuam reféns da cafetinagem, sem conseguir realizar sua ocupação de modo independente e reconhecido.

O Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, em 2008, abordou o tema relacionado à atuação das prostitutas, com políticas públicas que visam a combater a precarização do trabalho. Para isso, o Plano propõe a vigilância dos ambientes de trabalho, elaboração de canal de atendimento específico para prostitutas em situação de violência e uma atuação mais presente do Estado analisando pontos que preocupam a mulher dentro da prostituição (MARINS NUNES, 2016).

O Plano apresentou como consolidação dos pontos debatidos: a promoção de relações de trabalho não discriminatórias em origem de raça/etnia, sexo, orientação sexual, deficiência ou ascendência, equidade salarial e acesso a cargos de direção. Assim, visa-se a combater a precarização do trabalho, eliminar o trabalho escravo, exploração sexual e tráfico de mulheres e a assegurar a luta contra a agressividade com as mulheres, crianças e jovens vítimas do comércio sexual, que exercem a ocupação da prostituição. Para isso, previu-se a capacitação dos setores de assistência às mulheres em condição de agressão, tanto físico como por operadoras de Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180).

Considerando-se que se passou uma década após a discussão do plano, verifica-se que pouco foi feito, visto as mulheres profissionais do sexo encontrarem-se em locais em que exercem suas atividades com período a cumprir, quantidade de bebidas a consumir e clientes a atender nas mais insalubres condições, sem a mínima segurança e, por vezes, ameaçadas quando não aceitam o que lhes é proposto.

A diferença entre as mulheres prostitutas e não prostitutas, com a demarcação de territórios, questionamento de padrões de condutas, marginalização de direitos justificando as desigualdades e consequente negação da proteção pelos direitos humanos a todas foram fatores empoderantes para as prostitutas marcarem posição, no sentido de questionar critérios das escolhas de ações governamentais (MARINS NUNES, 2016). Além disso, é necessário requerer junto às entidades governamentais intervenções específicas, procurando avançar nas políticas sociais tendo em vista as singularidades das mulheres profissionais do sexo (MARINS NUNES, 2016), na maioria das vezes voltadas somente para questões de prevenção

de infecções sexualmente transmissíveis, ignorando outras necessidades além desta.

Por disposição do Ministério da Saúde, em 2012 ocorreu a instituição da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (BRASIL, 2012), conforme a portaria n.º 1.301, em que ficou estabelecida a participação do Sistema Único de Saúde (SUS) neste contexto, definindo os princípios, diretrizes e as estratégias de atuação nos três níveis de gestão, para o avanço nos cuidados com a saúde do trabalhador, visando no art. 3º de que todos os trabalhadores, homens e mulheres, independente de sua forma de inclusão no trabalho, convencional ou informal sejam sujeitos desta Política. E, no art. 7º,

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora deverá contemplar todos os trabalhadores priorizando, entretanto, pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade, como aqueles inseridos em atividades ou em relações informais e precárias de trabalho, em atividades de maior risco para a saúde, submetidos a formas nocivas de discriminação, ou ao trabalho infantil, na perspectiva de superar desigualdades sociais e de saúde e de buscar a equidade na atenção. (BRASIL, 2012).

Desta forma, podemos considerar que a mulher profissional do sexo se encontra amparada de seus direitos como trabalhadora com base na portaria em questão.

Por outro lado, como a atividade é exercida em condições insalubres, na maioria das vezes sob constantes violências psicológicas, físicas e financeiras, é comum as prostitutas serem constrangidas a exercerem atividade em lugares inadequados. Dessa forma, contraria-se as leis previdenciárias e laborativas comuns, no que compete à assistência individualizada em saúde, atenção ao exercício trabalhista, ou seja, sem a devida atenção do Estado na instituição e organização de políticas públicas próprias (MARINS NUNES, 2016).

O autor ainda afirma que seria dever do Estado proceder de maneira punitiva e preventiva para impedir os excessos, executando as regras trabalhistas, as leis previdenciária e sanitária, tal como ocorre em outras organizações regularizadas, comércios, hospitais, dentre outros, em que são identificadas condições de abuso trabalhista semelhante ao trabalho escravo.

Quanto à prostituição, por sua vez, como ainda não foi devidamente regulamentada, não há fiscalização dos locais reservados para essa finalidade, e as prostitutas não têm onde buscar seus direitos, e fazer valer suas necessidades, não

podendo acusar e processar a respeito de quaisquer ilegalidades praticadas contra elas.

Isso se dá porque a profissional do sexo é reconhecida como uma prestadora de serviço, mas os locais em que desempenha suas atividades não são legalizados. Desta forma, encontra-se ainda na ilegalidade das normas trabalhistas previdenciárias e sanitárias, submissa a ordens e propensas aos mais diversos tipos de violência física, verbal e moral.

Mesmo sendo assegurado legalmente como direito à cidadania a todo povo brasileiro, conforme o artigo 196 da Constituição Federal Brasileira de 1988, as profissionais do sexo, diante do preconceito existente na sociedade há muito tempo, encontram dificuldades de acesso aos sistemas de educação e saúde (CORREA; MATUMOTO; LONARDONI, 2008 apud COSTA et al., 2014). Isso é comum pelo receio de serem identificadas e discriminadas, o que as leva a abandonar os estudos e a procurar atendimento de saúde somente quando estão doentes, deixando de lado práticas preventivas.

O médico, como detentor do conhecimento científico, traz implícito um projeto de normalização higiênica corporal, não só no aspecto físico, bem como moral e social frente à prostituição, vista como doença ameaçadora da saúde moral, física e social da sociedade (MOURA, 1992).

A medicina, sob seu *corpus* de saber e de regras, definia a maneira de viver, modo de relação consigo e com o próprio corpo, alimento, vigília, sono, diferentes atividades e com o meio. Médicos ficavam inquietos com os efeitos das práticas sexuais, recomendando mais a abstenção e a virgindade do que o uso dos prazeres. Já os filósofos condenavam qualquer relação extraconjugal e receitavam aos esposos uma fidelidade rigorosa. Assim, recaía uma desqualificação doutrinal sobre o amor pelos prazeres (FOUCAULT, 2014). Em contraste com tais recomendações, as prostitutas vivem da maneira que julgam ser melhor, com práticas sexuais das mais diversas, prazerosas ou não, ignorando o estado civil do cliente, somente almejando retorno financeiro rápido.

Nos meios acadêmicos da medicina o debate sobre a prostituição envolve também seu sentido de ameaça à saúde física. Assim, a sífilis aparece como doença que causa, sobretudo, o depauperamento da força de trabalho, necessitando que o médico faça da ameaça oculta uma ameaça conhecida e classificada, tornando-a controlável. Nos dias atuais vemos a AIDS como instrumento do controle da

sexualidade não menos sutil, nem tão distinto do que se manteve durante o século XIX e início do XX (MOURA, 1992). E tal ameaça entre as mulheres profissionais do sexo mais jovens é preocupante, pois muitas desconhecem o exame preventivo ginecológico e as sorologias para infecções sexualmente transmissíveis menos ainda, tornando-se propensas a adquirir doenças.

No Brasil, com a emergência da AIDS e os esforços de manejo da doença, levou-se à criação de políticas públicas e a incentivos para instituições que pretendessem diminuir a ocorrência desta neste grupo específico, que com o tempo foi gradualmente limitada a assuntos de saúde que frequentemente nem envolvem a saúde da mulher integralmente, mas somente assuntos sexuais e reprodutivos, caracterizando-se como exemplo de concepção regulamentarista (BARRETO; GROSSI; MAYORGA, 2013). A questão de saúde pública teve abordagem somente de distribuição de preservativos para a prostituta com o objetivo principal não de protegê-las das enfermidades, mas, principalmente, de evitar endemias, como se questões de saúde da prostituta estivessem associadas apenas à entrega de preservativos (MARINS NUNES, 2016).

Esse quadro contribui para o fato de que muitas mulheres profissionais do sexo desconhecem projetos que as contemplem, pois verbalizam realizar testes rápidos somente quando a equipe de um ambulatório de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) do município de Uberlândia realiza visita e trabalha com prevenção em saúde para estas e distribuição de preservativos.

Além disso, apesar das medidas de fiscalização do corpo da prostituta, concebido como mercadoria serem justificadas como necessárias para a proteção da saúde do consumidor (MOURA, 1992), nos atuais dias as prostitutas são avaliadas por serviço médico somente quando tem alguma queixa. Mesmo assim, conforme relatam, não dizem sua profissão por receio de discriminação e exposição desnecessária.

Sendo assim, estudar o perfil sociocultural dessas profissionais é de extrema importância, pois na maioria das vezes possuem como maior fator de risco à saúde a desestruturação familiar e desinformação. Além disso, suas necessidades ainda não estão bem delimitadas, pois há poucos estudos e a própria saúde pública tem dispensado pouca atenção aos problemas relativos a estas profissionais do sexo, em parte pelo estigma. Logo, ocasiona-se dificuldades na proposta de estratégias de

educação em saúde, com poucos referenciais a cerca concepção saúde-doença, utilização dos serviços de saúde e comportamentos preventivos para IST.

É válido considerar também o fato dos aspectos de saúde e qualidade de vida serem desconhecidos, pelo número insuficiente de estudos nesta área. Como relatado no trabalho de Aquino, Nicolau e Pinheiro (2011), em que as profissionais do sexo sentiam dificuldades na manutenção da qualidade de vida decorrentes de atitudes prejudiciais à saúde.

Desta forma, verificou-se o quão importante é identificar como se dá a qualidade de vida das profissionais do sexo, saúde mental e fatores socio – demográficos, a fim de conhecê-las na sua totalidade e não somente no que diz respeito à prevenção de IST/HIV/AIDS. Faz-se necessário, então, construir conhecimentos que possam contribuir para a concepção de uma abordagem educativa e voltada à melhoria da qualidade de vida dessas profissionais, de modo a aprofundar e compartilhar diferentes saberes, buscando contribuir e conhecer os mitos e mistérios que as envolvem.

A aproximação com a realidade das mulheres profissionais do sexo permitirá ampliar o diálogo da academia com os dilemas e desafios vivenciados por tal público, elemento primordial para rompermos com preconceitos e estigmas. Além disso, é importante ressaltar que os instrumentos empregados na pesquisa demandarão processo de escuta que, na perspectiva adotada, valoriza os sujeitos e permite o diálogo sobre as inúmeras dimensões da realidade.

A pesquisa foi desenvolvida no contexto do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia, e tomar essas profissionais do sexo como participantes da pesquisa representa uma ampliação da concepção sobre o trabalho e o rompimento de inúmeros estigmas e preconceitos ainda reinantes em nossa sociedade.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O TRABALHO: ALGUNS MARCOS CONCEITUAIS

Compreende-se o trabalho como uma ação humana sobre a natureza, que muda sua morfologia e constrói a identidade do sujeito, realizado histórica e socialmente. Nesse sentido, a atividade de caráter sexual necessita ser percebida como uma ação laborativa, definida por valores sociais, históricos e culturais construídos sob influências da época e do local em que é praticado (SILVA; COSTA; NASCIMENTO, 2010).

É através do trabalho que a ação de dar importância ao ambiente se realiza; do mesmo modo a relação sujeito-objeto é mediada pelo significado. E quanto mais complexa e completa a relação entre sujeito e trabalho, maior significado o prazer no trabalho. Por outro lado, o rompimento nesta relação de significados na visão do trabalhador gera sofrimento, que pode comprometer a saúde mental (TOLFO; PICCININI, 2007).

Conforme os profissionais estabelecem-se em novo indivíduo sociável, de acordo com o que o campo Saúde do Trabalhador propõe, este passa a ser responsável pelas mudanças, com conhecimentos e práticas sobre sua atividade, divididas coletivamente e, como sujeito, é capaz de opinar e modificar a prática de trabalho, colaborando na fiscalização dos riscos; do estabelecimento de ações preventivas e da estruturação de mecanismos modificadores (LACAZ, 2007).

O trabalho, usualmente está associado à perspectiva de melhorar a qualidade de vida, além de ser uma forma de conseguir independência por meio de benefícios financeiros, segurança e realizações pessoais. Os sujeitos se adaptam aos empregos, dentro das alternativas disponíveis, considerando-se pontos com referência a horários flexíveis, perspectiva de autonomia e ganhos recebidos (MARINS NUNES, 2016).

O trabalho possui uma importância considerável, representa influência sobre o bem-estar, motivação, e rendimento dos trabalhadores. Sua organização deve oferecer aos profissionais a oportunidade de fazer algo que possua significado, de desempenhar e aprimorar suas habilidades, exercer seu julgamento e livre-arbítrio, avaliar a evolução do seu desempenho e se ajustar (MORIN, 2001).

A saúde do trabalhador, por sua vez, é descrita como um assunto multidisciplinar, na busca de consenso entre a experiência prática (dos funcionários) e teórica (dos especialistas), de modo a estabelecer um ambiente de organização coletiva das formas de gerenciamento de conflitos recorrentes no serviço, envolvidos no ciclo saúde-doença (MENDES; DIAS, 1991). Com isso, buscam-se preservar a humanização no trabalho bem como a prevenção de danos à saúde dos trabalhadores, tais como incômodos mal-estares, desgastes, para além dos adoecimentos e incidentes (LACAZ, 2007).

Para Lacaz (2007), a relação entre saúde-doença e emprego parte da concepção do indivíduo como equipamento, o qual se expõe a situações arriscadas. Desse modo, os impactos do trabalho para a saúde são resultado da relação do corpo com os possíveis riscos (agentes biológicos, físicos, mecânicos, químicos), existentes no meio de trabalho. Nessa perspectiva, o trabalho é entendido na prática através dos saberes de caráter multidisciplinar.

Lacaz (2000) afirma também que a qualidade de vida no trabalho trata de princípios como entusiasmo, incentivo, satisfação, proteção e bem-estar, incluindo questões atuais sobre administração e novas tecnologias, com estratégias de intervenção sobre o processo de trabalho, com relação à carga de trabalho, organização e conteúdo deste, duração da jornada, bem como a escolha da tecnologia. Associa-se a qualidade de vida ora às características intrínsecas das tecnologias, ora a elementos econômicos, à saúde mental, física e a segurança e, geralmente, a satisfação daqueles que trabalham.

Vale ressaltar, então, que o sentido do trabalho é entendido como parte da prática social representada e estabelecida, interligada a variáveis sociais e pessoais influenciáveis nas ações das pessoas e à natureza em um determinado período histórico. Sendo assim, os valores associados ao trabalho se estabelecem desde a educação na infância e adolescência com efeito durável na personalidade do indivíduo, mas podem se modificar e adaptar em distintas situações sociais nas diferentes fases da vida. Os valores também podem influenciar as formas de atividade no trabalho, produtividade, flexibilidade dos trabalhadores, visto que engloba as concepções acerca do que é justo e tolerável no trabalho (TOLFO; PICCININI, 2007).

Outro fator importante é o controle, considerado como elemento que explicita a definição de entusiasmo no trabalho, engloba autonomia e poder que o indivíduo

possui sobre sua ocupação, envolvendo precaução e saúde e seu vínculo com a disposição deste. O controle é a possibilidade de o trabalhador conhecer o que lhe faz sofrer, incomoda, adoecer, mata e acidenta com a viabilidade de interferir em tal realidade, ou seja, ser sujeito da situação, podendo ser objetivo (possui familiaridade com o trabalho) ou subjetivo (limite suportável da exigência do trabalho) (LACAZ, 2000). Sendo assim, o controle implica em melhorar as condições de saúde no emprego, identificando os problemas em cada situação, estando envolvido neste processo para replanejá-lo, como um processo de negociação.

É possível pensar o trabalho em três dimensões: individual (nesta considera-se os valores morais da pessoa, se o trabalho é prazeroso, se permite valorização, crescimento e liberdade financeira, se o trabalhador conhece o objetivo do que está sendo realizado e acredita no que faz); organizacional (importa aqui utilidade, relações interpessoais e organização do trabalho, se é desafiador e se o ambiente de trabalho agradável); e social (neste caso, interessa se o trabalho contribui para o desenvolvimento não só do indivíduo, mas da sociedade). Assim, o indivíduo encontra significado no trabalho, dá importância ao trabalho, é valorizado eticamente e tem motivação para trabalhar. Essas variáveis podem sofrer influência da posição do trabalhador sobre o tema dependendo do contexto social e cultural em que estiver inserido (TOLFO; PICCININI, 2007).

A Medicina do Trabalho e a Saúde Ocupacional vinculam a visão sobre a forma de adoecer e morrer como resultado da interação entre os patógenos existentes no ambiente e o trabalhador. Logo, deve-se conhecer os processos de trabalho (LACAZ, 2000).

Assim, segundo Lacaz (2000) surge um novo perfil patológico, na população trabalhadora, de danos à saúde relacionados às doenças crônicas, sem nexo de causalidade como os que ocorriam com o das doenças (e incidentes) associado a ele, as denominadas fatalidades do trabalho. Aumentam então as doenças cardiocirculatórias, psicossomáticas, gastrocólicas, dentre outras associadas ao desgaste mental, físico e patológico e mesmo os óbitos por trabalho excessivo. Além disso, incluem-se nesse quadro os transtornos mentais ligados ao estresse, com um constante predomínio de sintomas como mal estar generalizado além das doenças que acometem a maioria da população, mas cada vez em faixa etária mais precoce em trabalhadores, quando correlacionada com a maioria da população.

Morin (2001), em estudo sobre o sentido do trabalho, afirma com base nos resultados obtidos que o trabalho tem sentido se for realizado de maneira eficiente, se conduz a alguma coisa, beneficia outras pessoas, corresponde às competências e interesses das pessoas, possibilita compreender, praticar e conquistar e facilita expressar-se e exercitar sua capacidade. Ou seja, o sentido existe se o trabalho contribui na construção de sua identidade social.

Nesse contexto, no que diz respeito às mulheres, estas ampliaram sua participação no mercado de trabalho (formal e informal) e ocuparam diversos campos profissionais, mas comumente em atividades de menor remuneração, vulneráveis e precárias, persistindo ainda no desemprego mais do que os homens. Além disso, apesar de aumentarem o orçamento da família e serem chefes destas, continuam responsáveis pelos cuidados dos filhos e atividades domésticas, sobrecarregando seu dia, vivendo numa dupla jornada de trabalho (PINSKY; PEDRO, 2012).

2.2 VULNERABILIDADES E MARGINALIZAÇÃO NO MUNDO DO TRABALHO

Não estando em atividade, as prostitutas limitam-se ao acesso a determinado direito e/ou bem, encontrando-se em vulnerabilidade social, necessitando lançar mão de medidas que consolidem a cidadania da coletividade, o que é impossível dentro da lógica capitalista que as exclui (SILVA, 2011).

Percebe-se como consequência que a luta contra essa exclusão se reduz a uma emergência social, com propostas momentâneas ao contrário de ações preventivas com mudanças reais. O que para alguns autores o conceito de exclusão é incerto, pois o que encontram são vítimas de sistemas sociopolítico-econômicos excludentes (NEUHOLD, 2004).

O conceito de exclusão possui duas características: a primeira relacionada com a ausência de emprego, com indivíduos dispensáveis economicamente; a segunda diz respeito ao indivíduo dispensável socioeconomicamente, que como ameaça social deve ser extinto (OLIVEIRA, 1997).

A sociedade capitalista, segundo o sociólogo José de Souza Martins (1997), maltrata a todos, priva a todos, em circunstâncias diversas, e de inúmeras formas,

torturantes ou não, acabamos desprezados. Ela desenraiza, exclui, para incluir, segundo suas próprias regras, precária, marginal e instável (BRITO, 2008).

O sociólogo afirma que tal passagem de momento implica certa degradação, de modo que a sociedade moderna vem criando uma grande massa da população restante com poucas chances de ser inserida nos modelos de crescimento atuais. Isto é, o que teria de ser temporário acaba tornando-se num meio de vida constante, com a criação de uma sociedade paralela, inclusiva na perspectiva financeira e excludente na perspectiva moral e sociopolítica.

A inclusão ocorre no plano econômico, pois o indivíduo recebe algo para subsistir, porém o mesmo não acontece na área social e nem sem causar deformações morais, encontrando-se na zona de vulnerabilidade (emprego insatisfatório e fragilidade de apoios relacionais). Já a exclusão não é arbitrária, mas legitimamente identificada, consequência de sistemas que constituem um real status.

Pobres adentram o mundo do consumo tornando-se cúmplices do mundo responsável por sua pobreza. O que importa é consumir independente dos meios degradantes, precários, ilícitos e violentos que são necessários para chegar neste (NEUHOLD, 2004).

Dentro desse contexto geral de inclusão, é fundamental pensar, antes do lugar da prostituta, o da mulher. Ainda em meados deste século, a mulher trabalhadora, mesmo com maior aprovação social, continua ocupando, na maioria das vezes, hierarquicamente lugar inferior, associada principalmente à figura da mãe e boa companheira. Soma-se a isso o fato de que casamento e trabalho são para muitos inconciliáveis, seja pelo envolvimento profissional que prejudica a dedicação à família ou porque homens gostam de mulheres dependentes. Como exemplo, nos anos de 1950 e 60, houve proximidade nos sexos em termos numéricos no ensino médio, mas as mulheres seguiram atividades profissionais de menor remuneração e prestígio (PINSKY; PEDRO, 2012).

Com relação ao trabalho e saúde, diversos fatores no cotidiano de trabalho das profissionais do sexo, são capazes de alterar sua saúde mental e física, como, por exemplo, aspectos como violência e agressão física por parte dos atritos com a polícia, clientes, omissão da atividade de parentes e conhecidos, além da divergência de princípios com a realização do sexo rentável, potenciais fontes de estresse e de depressão. Tais fatores são considerados elementos representativos de perigo ao corpo, podendo desencadear desgaste mental e sofrimento, tem-se a

sobrecarga de trabalho, inconstância de turno e ambiente, condições de emprego insatisfatórias, exploração e marginalização social (SILVA; COSTA; NASCIMENTO, 2010).

No que diz respeito à prostituição, a discriminação faz com que o aproveitamento e o abuso nas condições de emprego sejam ainda mais exacerbados. A caracterização penal sem as organizações públicas de proteção social coloca muitos profissionais em desacordo com a normatização da profissão. Pois, caso se criasse um cadastro de profissionais do sexo, as que fossem acometidas por doenças seriam impedidas, mas sem a devida previsão de assistência a doença ou reabilitação profissional por parte do regime de Previdência Social, como exemplo (WESTPHAL; BARBOSA, 2012).

2.3 A PROSTITUIÇÃO

2.3.1 Conceito e história

A palavra prostituição é definida como a prática de entregar-se a relações sexuais por dinheiro. O vocábulo prostituição tem derivação do latim *prosto*, que tem sentido de estar à vista, ao aguardo de quem surgir ou estar explícito ao público. Cabe destacar-se que é indiferente do sexo do indivíduo, identificando-se como o ato de uma pessoa que faz sexo, por um valor combinado de dinheiro ou substitui-o por qualquer outro bem (DECS, 2014; FRANÇA, 2012; GASPAR, 1988 apud OLTRAMARI; CAMARGO, 2004).

Foucault (2014) através da análise do livro de Artemidoro, intérprete dos sonhos do século II d.C., coloca que as mulheres são nos sonhos as cenas das atividades pertinentes ao sonhador. Portanto, independente da mulher e condição em que essa se encontre, é nessa condição que sua ocupação envolverá o sonhador. Pode-se ter acesso a três tipos de mulheres: esposa, amante e prostituta. Entre a esposa e amante não há diferença, o prazer com que se tem com sua relação anuncia o prazer com se terá com os benefícios da relação.

Já quanto à prostituta é diferente. Enquanto objeto do qual se obtém prazer, possui valor positivo; às vezes chamadas pelo vocabulário familiar de trabalhadoras – dispostas a proporcionar esses prazeres sem recusas. Mas, há vergonha e gastos

com usufruir dos serviços desse tipo de mulher. Implica significações favoráveis ao ser chamado de ateliê e de cemitério, o trivial. E o outro lado, evocado pela ética sexual dos médicos e filósofos, o desperdício do esperma sem o benefício da descendência que a mulher pode assegurar que no sonho pode supor a morte relacionar com prostitutas (FOUCAULT, 2014).

A prostituição caracteriza-se como uma prática que desfaz o comportamento socialmente esperado da mulher, com o padrão tradicional, de esposa e mãe. Assim, a sexualidade no casamento é identificada como sadia e a prostituição, ao romper com os níveis de aprovação da sexualidade feminina, representa a doença, o risco de acabar com o casamento (MOURA, 1992).

Além disso, está associada à ideia de perda do patrimônio, mas essencial para a preservação das instituições sociais – dentre as quais a familiar, frente aos desejos masculinos que não conseguem ser contidos, assim como às parafilias consideradas mais graves.

Discutir sobre sexualidade diz respeito a analisar o próprio caráter desta e suas correlações, os eixos que se estabelecem são: formação dos saberes relacionado a ela, os sistemas de poder que regulam sua prática e as formas pelas quais os indivíduos se identificam como sujeitos dessa sexualidade (FOUCAULT, 1984).

O receio da sociedade com relação à prostituição não é porque ela se contrapõe à família, mas sim porque compõe a família, na medida em que está inserida nas relações familiares, considerada parte obscura das muitas relações familiares (MARINS NUNES, 2016).

A prostituição é tão antiga quanto a história da humanidade, sendo associada à desonestidade, degradação e falta de autonomia em decorrência de preconceitos e estigmas. Estando presente em todas as épocas, da mais remota Antiguidade até hoje, e em todos os cantos do mundo (DUARTE; VANZ, 2008; SCHREINER et al., 2004; TOMURA, 2009; TORRES; DAVIM; COSTA, 1999).

Santo Agostinho admitiu a prostituição como um mal necessário; Carlos Magno baixou um édito em seu favor; dentre tantos outros cidadãos ilustres e respeitados que cometeram o erro de transformar a prostituta em maravilha antes de percebê-la como indivíduo. Mulheres anônimas inventando nome para não serem esquecidas, pois o verdadeiro nome que as diferenciava desfez-se em um modo de vida em que tudo se confunde e assemelha-se (FRANÇA, 2012).

A prostituição é também a mais antiga das profissões a sofrer até os dias atuais com a marginalidade, pelas condições sociais impostas, das mais penosas, indigna e estigmatizadas, especialmente em virtude das condições desumanas, degradantes nas quais é exercida, por muitas profissionais do sexo (MARINS NUNES, 2016).

Falar de sexualidade, mesmo que seja nos dias atuais, é polêmico e de difícil abordagem, pois, de maneira mais ou menos intensa, a prostituição sofre restrições sendo colocada à beira da sociedade, visto que é contraditória às normas sociais, despreza os limites exigidos por uma sociedade conservadora que, simultaneamente a incrimina, possui prática semelhante (BASSERMANN, 1968 apud SCHREINER et al., 2004; GOUVEIA et al., 2010; NICOLAU; AQUINO; PINHEIRO, 2008).

Durante o período de colonização do Brasil, os homens que vieram explorar as terras não trouxeram suas famílias. Como forma de satisfazerem seus desejos sexuais e se aproximarem dos índios da terra, mantinham relações sexuais com as índias, que quando as engravidavam, viravam parentes dos índios, obtendo auxiliares para carregar o pau-brasil até os navios (RIBEIRO, 1995 apud PUC-Rio, 2011).

A sexualidade indígena era vista como desregradada, ameaçadora ao processo de colonização, pois os prazeres sexuais estavam ligados às concepções culturais dos povos nativos e não aos padrões dos europeus cristãos. Os índios praticavam o sexo no momento em que, do jeito que, com quem e no lugar que queriam, sem proibição. Tinham o costume de ter várias mulheres, transmitir seus valores à noite e práticas sexuais não reprodutivas, como exemplo a sodomia (PRIORE; AMANTINO, 2011).

Porém, tal fato deixou a Igreja Católica apreensiva com a rapidez das gestações e a miscigenação que acontecia. Quando em 1549, o padre Manoel Nóbrega encarregado pelos jesuítas no Brasil, solicitou ao rei que viessem mulheres brancas portuguesas a fim de se casarem e reproduzirem com os colonizadores, com a finalidade de tornar a raça branca predominante (NOBREGA, [15--?] apud PUC-Rio, 2011).

Assim, foram enviadas pelo rei meninas órfãs, prostitutas, assassinas, ladras, com o objetivo de reproduzir com os portugueses na colônia.

No século XVII, São Paulo progrediu com a descoberta do ouro em Goiás, Mato Grosso e Minas Gerais, e devido à dificuldade de acesso, somente por forte

necessidade se justificava ir até este, tornando-se local de refúgio para fugitivos da justiça. Iniciaram-se as primeiras casas de prostituição no século XVIII, com a descoberta do ouro em Cuiabá, como ponto de passagem para forasteiros, criminosos, prostitutas que se preparavam para a exploração das minas. Mas, nesse período, também começou a ocorrer punição para os que perturbavam a ordem, com o isolamento da sociedade, abrangendo tanto prostitutas como adúlteras, que acabaram enviadas para regiões desertas (FONSECA, 1982).

Com a chegada de Dom João VI ao Rio de Janeiro, a prostituição foi enobrecida por outros tipos de mulheres, provenientes dos Açores e França. Assim, o Rio, na segunda metade do século XIX, tinha uma população muito numerosa e a oportunidade de emprego reduzida para indivíduos livres e despossuídos. Assim, as mulheres, com o preconceito que sofriam, acabavam por ter suas ocupações restritas, encontrando na prostituição a opção com maior expressividade de ganhos, com um perfil econômico sociocultural diversificado, composto por escravas, mulheres livres estrangeiras ou brasileiras (ENGEL, 2004).

Em 1845, a prostituição foi dividida no Rio de Janeiro em três classes: aristocratas ou de sobrado (instaladas em bonitas casas, símbolo burguês do negócio, mantidas por fazendeiros e ricos políticos), as de sobradinho ou de rótula (trabalhavam em hotéis ou nas casas de costureiras em Botafogo ou no Jardim Botânico; ficavam em praças, mercados e ao longo das paredes importantes das avenidas à espera de clientes) e as da escória (moradoras de casebres e em cortiços) (PRIORE, 2017).

O prostíbulo servia como uma fuga para a sociedade que trabalhava de dia e possuía várias fraquezas sexuais e morais, com diversas formas de lazer e inclusive negócios políticos eram realizados ao som de músicas animadas e mulheres disponíveis sexualmente (PRIORE, 2017).

No final do século XIX e início século XX, a prostituição ganhou espaço na sociedade brasileira, com homens de várias classes sociais frequentando bordeis e zonas de meretrício. Estas até hoje funcionam com leis, códigos e práticas próprias, consideradas espaço de interação social. A partir daí, começaram a vir mulheres de outros países em contrapartida à diferença entre o número de homens e mulheres que havia e a tal prática não sofrer repressão, o que permitia corrupção nos meios políticos e policiais, permitiu-se até a entrada ilegal destas (RAGO, 2008).

Conhecidas como francesas (falsas ou verdadeiras francesas) e polacas

(provenientes do Leste Europeu de origem judaica), vieram para o Brasil no mesmo período atuar no mundo da prostituição. Experientes ou não, começaram na profissão após serem iludidas por homens pertencentes ao tráfico internacional de mulheres. Viam na emigração uma forma de encontrar trabalho para fazer alguma fortuna e quando chegavam eram obrigadas a se prostituir para sobreviver. Levavam uma vida difícil, propensas a maus-tratos e sob ameaça de rufiões que em troca de não entregá-las para a polícia por serem clandestinas, não pagarem dívidas com a viagem ou hospedagem, ou qualquer outro motivo, detinham o domínio sobre seus corpos. Algumas chegavam a trabalhar por conta própria, outras tornavam-se proprietárias de prostíbulos (PINSKY; PEDRO, 2012).

A procura pelos serviços das profissionais do sexo era determinada por alguns aspectos sociais: as normas de comportamento, os padrões e valores morais vigentes (o patriarcalismo, monogamia, valorização da virgindade) que concederam ao homem libertinagem insuspeita e tolerada socialmente (ENGEL, 2004).

No Brasil, os higienistas responsabilizavam as prostitutas pela degradação moral e física do homem e consequente destruição das famílias e crianças, que a retiravam do mundo e obrigavam a amamentar o filho, domesticando-a. A mulher com perturbação era indispensável ao poder médico, que diante da variabilidade etiológica permitia sua emancipação do patriarca colonial e a submissão ao compromisso higiênico de alimentar tanto os filhos, quanto o machismo masculino (COSTA, 2004).

A fim de manter a estabilidade das famílias e sociedade brasileira, autoridades policiais e médicos empenhavam-se em planos de combate ao aumento e contenção da prostituição, analisando a necessidade de sua regularização. A prostituição era considerada uma ameaça para o trabalho segundo as autoridades policiais, com a visão de uma vida fácil e luxuosa, alcançada com a perda dos bens de muitas famílias, de quem os patriarcas cediam aos atrativos das prostitutas, não medindo gastos para presenteá-las. Somado a isto, representavam para a saúde pública prejuízo com a transmissão de sífilis e outras doenças venéreas, provocando angústia e morte na população (VAINFAS, 1986).

Os brasileiros obtiveram nova cultura sexual com os prostíbulos (PRIORE, 2017). O rito de iniciação sexual passou a ser exercido pelas prostitutas e práticas sexuais diferenciadas eram usadas com os adultos mais velhos, que não poderiam realizá-las com suas esposas. Os mais novos conseguiriam satisfazer parte de seus

desejos sexuais com estas a fim de no futuro se adaptarem e conviverem com suas esposas castas sem grandes excitações (RAGO, 2008).

A partir de meados do século XIX, o discurso médico-sanitarista valorizava a mulher como protetora do lar, com a função divina da maternidade e com predisposição normal de procriação e educação dos filhos, atacando o abandono infantil, a amamentação mercenária e a prostituição, vista como obsessão, necessitando ser represada evitando práticas condenáveis, desconhecidas e clandestinas. As prostitutas são classificadas como pervertidas, com repulsa ao trabalho e obsessão descontrolada por prazer. Políticas médicas e criminológicas são vistas como técnicas de poder destinadas a enclausurar e a domesticar práticas sexuais extraconjugais, como a instituição de padrões de comportamento da mulher honesta da vagabunda (RAGO, 2014).

O médico cria a imagem da prostituta, com a construção da ideia da prostituição como uma doença corporal que o corrói, ameaçando outros corpos, sendo assim a ameaça da contaminação. Assim, a prostituição é vista como lugar da perversão, da esterilidade, da sexualidade doente, além da doença moral, uma ameaça aos costumes das famílias honestas (VAINFAS, 1986).

A conduta familiar estabelecida pela ordem médica solicita com frequência a presença de intervenções disciplinares por parte dos responsáveis pela normatização. Tais intervenções, nos dias atuais, são apontadas como causas da fragmentação familiar, consequência da educação higiênica, normas estas que lhes foram impostas. Através da tutela terapêutica corpo, sexo e relações afetivas entre integrantes da família, começaram a ser utilizados de modo calculado e sistemático, como meio de reprodução e manutenção da ordem social burguesa, um modo de regulação política da vida do indivíduo. O trabalho de persuasão higiênica era construído sobre a ideia de que a saúde e prosperidade da família dependiam da submissão ao Estado (COSTA, 2004).

A comunidade médica, juntamente com a polícia, nos anos de 1870, propôs algumas medidas para combater a expansão desenfreada do meretrício com a criação de locais para controlar a moral e o físico das prostitutas (as consagradas áreas de prostituição); exames médicos periódicos; assinatura de um termo de conveniência, e sua sujeição a normas específicas. Mas as prostitutas acabaram por não ter controle e inspeção médico-policia e nem se localizaram em um local determinado, ficando espalhadas desorganizadamente pela cidade devido à não

política de regularização e normalização do meretrício, que não foi nem cogitada pelos homens com poder (VAINFAS, 1986).

Nos estudos feministas, a prostituição tem sido vista de forma contrária. Para o feminismo radical, com origem no final do século XIX, as prostitutas são vistas como vítimas da opressão masculina, expressão máxima da submissão feminina, devendo ser suprimida a atividade, por permitir a realização dos mais graves crimes de natureza sexual. Já para o feminismo liberal, com sua origem nas décadas de 80 e 90, representado pela atuação dos movimentos organizados de prostitutas, a prostituição é um ato de autodeterminação sexual, sendo um trabalho como outro qualquer, com a sexualidade da mulher pertencente a esta, sendo considerada livre (BARRETO, 2008; RODRIGUES, 2009).

Há no mínimo três motivos que sugerem a necessidade de uma percepção menos inferiorizada da prostituição por parte das feministas, o que permitiria uma parceria mais equitativa e próxima entre feministas e profissionais do sexo (JULIANO, 2004):

- Coerência lógica: não desvalorização da atividade sexual por cobrar por um trabalho que é algo legítimo, e visualização como capacidade de escolha dentre os vários meios como o trabalho se caracteriza.
- Coerência ideológica: ser feminista resulta em um olhar da mulher como ator social preparado para trabalhar com um grau de autonomia.
- Verificação da capacidade de questionamento da prostituição: a perspectiva de prostitutas de preservarem o modo patriarcal sem prejudicar a sociedade (emprego, sistema jurídico, família).

Rago (2014) evidenciou três núcleos de problematização dos anarquistas que procuraram definir uma nova economia do desejo: a emancipação da mulher com ênfase no ataque à Igreja e ao Estado; as relações afetivas e a moral sexual, com crítica ao mito do amor materno, assexualidade, casamento monogâmico, virgindade, dentre outros; e as práticas condenáveis, sobre o carnaval, baile, álcool, fumo e futebol como vícios, promovidos pela classe dominante, que enfraquecem e entorpecem a classe operária.

Desde meados do século XIX até os dias atuais, pode-se citar como exemplo, a prostituição feminina em Portugal, a qual possui tratamento sociopolítico e jurídico-legal sob jurisdição do Estado, com delimitação sobre a sexualidade feminina entre o

contraste das mulheres recatadas e as mulheres não recatadas. Onde na segunda metade do século XIX, à semelhança do que acontecia na Europa ocidental, nesse país ocorreram esforços legislativos tentando evitar a contaminação das mulheres recatadas, procurando maneiras de mantê-las no lar, e concomitantemente empenhou-se em regularizar a prostituição, criando a exigência da inscrição policial para inspeção sanitária periódica. Assim, surgiram regras municipais iniciais contra a prostituição, entre 1858 e 1865 — as prostitutas passariam a ser invisíveis para quem não deveria saber da sua existência, mas visíveis, identificáveis e localizáveis para os poderes, que facilmente exerceriam um controle sobre as mesmas (SILVA, 2007).

As décadas de 1960, 1970 e 1980 assistiram o crescimento das profissionais do sexo em várias partes do mundo, com novas formas de pensar e intervir sobre a prostituição, com características específicas em cada localidade, embora tenham tido origem na luta contra violências policiais e vínculo inicial com grupos religiosos, o momento consolidou também os movimentos de mulheres e feministas. No Brasil, a principal luta era contra a ditadura, o que marcou profundamente o posicionamento dos movimentos feministas e de prostitutas. Já nos EUA ocorria o movimento da guerra dos sexos e luta contra a AIDS/HIV (BARRETO, 2015).

A AIDS/HIV não foi vista inicialmente como pauta feminista, mas sim como um cancro homossexual, que posteriormente foi alterada para abranger outras conhecidas categorias de risco (atualmente conceito não mais utilizado, pensando-se em termos de vulnerabilidades), como o caso das prostitutas. Mas, por dificuldade de algumas feministas em aceitar e legitimar as reivindicações e lutas das profissionais do sexo, somado a isso a colocação destas como grupo de risco e assim como, ponto de intervenção, levou-se, no final de 1980, ao fato de que a pauta de ação e financiamento para intervenção fosse a AIDS nos movimentos de prostitutas (BARRETO, 2015).

No início da década de 1990, começou no Brasil uma organização formada por prostitutas para a reivindicação de seus benefícios sociais como cidadã, assim como a legalização da prostituição como trabalho. Foram fundados a DAVIDA (1992), Prostituição, Direitos Cíveis e Saúde e a edição do jornal Beijo da Rua. Posteriormente, em 1993, foi criado o NEP (Núcleo de Estudos sobre a Prostituição), em Porto Alegre, um movimento de lutas dos assuntos relacionados às políticas

públicas, de engrandecimento da prostituta como profissional solicitando a normatização dessa ocupação (MARINS NUNES, 2016).

A Rede Brasileira de Prostitutas (RBP), associação nacional de proteção dos direitos das profissionais do sexo, formada por mais de 30 organizações de classe e a Organização Não Governamental (ONG) DAVIDA defendem o direito das prostitutas, a regulamentação da profissão e são contra a ideia de vitimização. Em vista disso, exercem e se reconhecem com a expressão prostituta, para fins de cunho político, uma política de confronto, contra a mascaração do termo, mas de utilizar-se do peso do nome posicionando-se politicamente como postura de enfrentamento e identidade do grupo, mesmo que o nome tenha possível conotação negativa (MARINS NUNES, 2016).

2.3.2 A prostituição enquanto trabalho

No sistema capitalista, mercantilista universal, há forte contradição entre a função dos profissionais do sexo e a moral burguesa, onde há uma duplicidade de princípios de acordo com os sexos: do homem estabelece-se um comportamento de progenitor, é permitida a procura constante por sexo fora do matrimônio; da mulher, estabelece-se a lealdade matrimonial aceitando-se o sexo apenas no matrimônio (WESTPHAL; BARBOSA, 2012).

Os autores relatam que o homem encontra como possibilidades o adultério e a prostituição. O adultério constitui um vínculo que resulta em intimidade entre os adúlteros. Já a prostituição apresenta o benefício de dispensar envolvimento amorosos por possibilitar uma profissional que estará à disposição, a qualquer momento, levando a vida de forma obscura e sem dispor de outra realidade além da profissional.

A diferença entre outras atividades laborais e a prostituição consiste, especialmente, nas vulnerabilidades que as profissionais do sexo encaram como trabalhadoras, do qual o desempenho das atividades, assim como em outras profissões, encontra-se permeado por algumas formas de agressão e sem as condições sanitárias, trabalhistas e previdenciárias adequadas, bem como sem atendimento especializado em saúde (MARINS NUNES, 2016).

A prática da prostituição por si só, no Brasil, não é considerada crime. A

exploração, a intermediação e a indução de pessoas à prostituição é que são entendidas crimes perante o Código Penal Brasileiro (CPB). Conforme os artigos 227 e 231 do CPB, no que diz respeito aos crimes contra os costumes, crime é o lenocínio e o tráfico de mulheres, isto é, a especulação da prostituição de outrem (ANDRADE, 2001; ASSIS, 1982 apud SCHREINER et al., 2004; GARCIA, 2016; GOUVEIA et al., 2010; SILVA et al., 1998 apud DUARTE; VANZ, 2008). Sendo assim, os autores afirmam que podem ser enquadrados em crimes proprietários de casas de programa e hotéis e cafetões. Portanto, a prostituição não é julgada crime quando é por vontade própria, mas se a pessoa for induzida, convencida ou atraída por alguém a praticar relação sexual com outros isso caracteriza ação criminosa. Esta ocorre, então, nos casos em que se impede que alguém saia da prostituição, se o indivíduo for sustentado ou tiver lucro com a prostituição de outrem ou possuir estabelecimento de prostituição. Nestas circunstâncias a pena prevista é de reclusão de 1 a 10 anos e multa.

Dentre as formas de prostituição identificadas hodiernamente no Brasil, pode-se enumerar a prostituição de rua (mariposas, *streetwalkers* ou *trottoir*), em prostíbulos (*rendez-vous*, puteiros ou casas de massagem), boates e casas de show e serviços de acompanhantes. Cada uma dessas modalidades possui singularidades que permitem a prestação de serviços diversificada, entre profissionais e o público recebido (WESTPHAL; BARBOSA, 2012).

Quanto às casas de prostituição, a princípio observou-se um crime sem vítima, exceto quando está em discussão a relação com incapaz ou quando a atividade é violenta e causa danos ao corpo da mulher, realizada dentro de localidade marginal que decorre de práticas de extorsão, maus-tratos, cárcere privado, ou detenção contra os envolvidos nas atividades (MARINS NUNES, 2016).

Um fato a ser observado no Código Penal de 1830 é que este não aborda a prostituição e suas formas, mas distingue as mulheres adequadas das prejudiciais, o qual torna-se inconfundível na pena de estupro, no caso da mulher considerada decente para a julgada como vulgar. Além disso, até 2004, só eram considerados consumados crimes de posse sexual mediante fraude e atentado ao pudor se a vítima fosse mulher decente. Somente em 2005 o referido conteúdo foi suprimido do Código Penal, por meio da publicação da Lei 11.106 (BARRETO, 2008).

Destacou-se que em 2012 ocorreu a proposição de atualização do Código Penal Brasileiro, do Projeto de Lei nº 236, que estabelece novas regras a esses

crimes. A exploração sexual é abordada no Título IV 'Crimes contra a dignidade sexual', Capítulo I – 'Crimes contra a liberdade sexual', com a nota no artigo 183: obrigar alguém a exercer a prostituição ou impedir ou dificultar que a abandone. Com esse texto, o legislador distingue prostituição de exploração sexual, proporcionando a oportunidade de reflexão da prostituição como um emprego, devido à diferenciação entre exploração sexual e prostituição (PISCITELLI, 2012).

As prostitutas vivem em condições próximas da clandestinidade, pois, mesmo a atividade sendo legal, é rodeada de condutas e ambientes que manifestam a ilegalidade, circunstância que as condena a trabalharem em muitos transviamentos e estado de vulnerabilidade, com espaços físicos e juridicamente inadequados para atuarem de forma digna no exercício da profissão (MARINS NUNES, 2016).

Estudos indicam que há uma estimativa de que a população de profissionais do sexo no Brasil seja em torno de 1% da população feminina na faixa etária de 15 a 49 anos, ou seja, em torno de meio milhão de mulheres, segundo dados do Ministério da Saúde (2006 apud DAMACENA; SWARCWALD; BARBOSA JÚNIOR, 2011).

Segundo um estudo da fundação francesa Scelles, que luta contra a exploração sexual, no mundo, mais de 40 milhões de pessoas se prostituem atualmente. A grande maioria entre 13 e 25 anos (75%), sendo 90% delas ligadas a cafetões (COLLING; TEDESCHI, 2015).

É possível fazer uma diferenciação da negociação do programa, a qual nem sempre se dá em torno do dinheiro, primeiramente a partir do uso social que as mulheres fazem do próprio corpo, e, em seguida, considerando a questão monetária. O que está em questão é se a mulher possui estrutura física ou não para a prática sexual requisitada pelo cliente. É evidente que o dinheiro deixa de ser importante, tornando-se significativo o uso que o indivíduo faz do próprio corpo (ALVES, 2011).

Através desta análise, demonstram-se diversas implicações no ambiente prostitucional, dentre elas os limites corporais simbólicos, criados para o contato social, com práticas e algumas partes do corpo indisponíveis aos clientes, disponibilizadas apenas por quem as prostitutas possuem afeição. Entre estas está, por exemplo, beijar, fazer sexo anal, não usar preservativo e dormir com a pessoa envolvida (ALVES, 2011). Existe, então, uma diferenciação entre a vida das profissionais do sexo no exercício da função e fora dela, entendendo-se, para isso, as particularidades dos sujeitos sociais que são, o que abarca além do cuidado com

o uso do preservativo, a não disposição do toque nas mamas, muito menos fazer sexo oral e anal (PASINI, 2000).

Algumas profissionais do sexo consideram que quanto menor o tempo com o cliente, mais profissional é a relação – entendendo que os contatos rápidos permitem menos conflitos. Já as mulheres não tão jovens, distintivamente, dizem que a competência se dá utilizando métodos que façam com que o cliente se prenda a elas e volte com o tempo de atendimento maior e conseguinte acréscimo no valor do programa (GARCIA, 2016).

Como podemos notar em várias ocupações, o trabalho se coloca como fonte de realização e prazer, mas, ao mesmo tempo, como lugar de sofrimento e opressão. Quanto a isso, no caso das prostitutas, estas possuem como reclamação o fato de ter que fazer sexo com pessoas que não gostam ou que estejam bêbadas ou drogadas. Algumas conseguem recusar clientes ou práticas que não queiram, tendo como ponto negativo maior a questão do preconceito e discriminação a que estão submetidas, o que faz com que muitas não tornem pública sua ocupação (BARRETO, 2008; SANTOS et al., 2008). Entretanto, há aquelas profissionais que veem o próprio prazer durante a atividade sexual como positivo, e escolhem técnicas que lhes são mais agradáveis e convenientes, sendo o orgasmo durante o programa natural, afinal pode acontecer de sentirem prazer (GARCIA, 2016).

Elas permutam o prazer que são capazes de oferecer por alguma coisa que possa garantir, ainda que minimamente, a manutenção de suas necessidades diárias. Faz parte do trabalho a negociação do preço do programa que se quer praticar, sendo o sexo oral ou anal mais caro, que pode ser negociado durante o programa, correndo o risco de o cliente não querer pagar. O encontro também pode ser combinado pela vontade da profissional do sexo, que escolhe com quem quer fazê-lo, pois para algumas o cliente tem que ter algo a mais (SILVA; COSTA; NASCIMENTO, 2010).

Há um raciocínio de família/negócio do sexo onde não se pode sentir prazer ao se deitar com vários clientes, mas somente conseguir dinheiro na construção do planejamento pessoal (SALES, 2014).

O aburguesamento da sociedade sistematizou como ideal de sexualidade humano a unidade em amor, sexo, matrimônio e procriação. Dessa forma, a sexualidade fora do casamento (coito pré ou extraconjugal, amor livre), a sexualidade sem amor (masturbação, prostituição), ou a sexualidade sem procriação

(sexualidade infantil, homossexualidade, sexualidade do climatério) passaram a ser ilícitas (COSTA, 2004).

Para Foucault (1988), se há rigor na repressão do sexo, é por ser incompatível como trabalho, o qual ao se explorar sua força, poder-se-ia terminar em prazer. Sexo e seus efeitos não são fáceis de entender, mas sua repressão é facilmente analisada. Falar de sexo e sua repressão seria soar como infração instituída.

Considerando o cenário brasileiro, ocorreu no ano de 2002 a inclusão da prostituição na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), que é o documento que identifica e agrupa as atividades que tem importância no mercado brasileiro, o que significa grande avanço nas políticas públicas com relação ao tema prostituição (RODRIGUES, 2009; SOUSA, 2007).

Importa frisar que essa inclusão só ocorreu devido à habilidade de discutir a prostituição enquanto ocupação profissional por várias associações de prostitutas (GARCIA, 2016).

No documento do CBO, a família 'profissionais do sexo', de número 519, evidencia a diversidade de formas de trabalho que se encaixam sob esta. O termo profissionais do sexo recebe alguns sinônimos (BRASIL, 2017): garota(o) de programa, messalina, michê, meretriz, prostituta, mulher da vida e trabalhador do sexo. Tais nomenclaturas evidenciam não ser a prostituição uma ocupação exclusivamente feminina, podendo ser desempenhada também por homens (michês, garotos de programa), travestis e transexuais. O debate a respeito da denominação atribuída à prostituição é frequente, tanto na associação de prostitutas como na academia (BARRETO, 2008).

A CBO apresenta como descrição sumária da profissão: buscar programas sexuais; atender e acompanhar clientes; participar de ações educativas no campo da sexualidade. A profissão é desempenhada segundo regras e comportamentos que reduzem a fragilidade da profissão (BRASIL, 2017). Esta apresenta como condição geral de exercício: trabalho autônomo em ambientes e turnos variados, podendo estar expostas às intempéries e discriminação social. Além disso, ameaça de contaminação de IST, agressão, maus-tratos e morte (BRASIL, 2017).

A prostituição requer ainda como formação e experiência: participação em oficinas sobre sexo seguro, ser maior de 18 anos; escolaridade média no intervalo entre o quarto e o sétimo ano do ensino fundamental (BRASIL, 2017).

No item área de atividades, estes tópicos são mais claros. Abaixo, são

apresentados alguns dos itens que estão mais diretamente relacionados ao trabalho de profissionais do sexo:

- Buscar programa: agendar o programa; produzir-se visualmente; esperar possíveis clientes; seduzir o cliente; abordar o cliente.
- Minimizar as vulnerabilidades: negociar com o cliente o uso do preservativo; usar preservativos; utilizar gel lubrificante à base de água; participar de oficinas de sexo seguro; identificar Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) [termo em desuso, atualmente identifica-se como Infecções Sexualmente Transmissíveis]; fazer acompanhamento da saúde integral; denunciar violência física; denunciar discriminação; combater estigma; administrar orçamento pessoal.
- Atender clientes: preparar o kit de trabalho (preservativo, acessórios, maquiagem); especificar tempo de trabalho; negociar serviços; negociar preço; realizar fantasias sexuais; manter relações sexuais; fazer streap tease; relaxar o cliente; acolher o cliente; dialogar com o cliente.
- Acompanhar clientes: acompanhar cliente em viagens; acompanhar cliente em passeios; jantar com o cliente; pernoitar com o cliente; acompanhar o cliente em festas.
- Promover a organização da categoria: promover valorização profissional da categoria; participar de cursos de auto-organização; participar de movimentos organizados; combater a exploração sexual de crianças e adolescentes; distribuir preservativos; multiplicador de informação; participar de ações educativas no campo da sexualidade (BRASIL, 2017).

A prostituta necessita apresentar como competências pessoais: demonstrar capacidade de comunicação, persuasão e ouvir, realizar fantasias sexuais e sensualidade, paciência; planejar o futuro; demonstrar solidariedade aos colegas de profissão; cuidar da higiene pessoal, manter sigilo profissional (BRASIL, 2017).

Como recursos para o trabalho estão: guarda-roupa de trabalho, preservativo, comprovantes de identificação, cartões de visita, papel higiênico, lenços umedecidos, gel à base de água, maquiagem, álcool, acessórios, agenda e celular (BRASIL, 2017).

Em ambos os tópicos (descrição sumária e área de atividade), constatamos os diversos tipos de prática que fazem parte do cotidiano dessas profissionais, e que

nem todas realizam tais atividades. É um trabalho por vezes sem associação à relação sexual em si, sendo que a profissional do sexo pode desempenhar o papel somente de acompanhante dos clientes. A diversidade de práticas permite um conhecimento peculiar das profissionais do sexo. Não basta fazer sexo, é necessário conhecer como cativar e realizar a vontade do cliente (BARRETO, 2008).

Segundo Lim (2004, apud BARRETO, 2008), a prostituição, na maioria das vezes, é uma alternativa de emprego mais rápida, com turno de trabalho reduzido e bem gratificada do que outros trabalhos. Suas bases são sólidas, com lucro não só para a prostituta e sua família, mas para os que estão envolvidos nessa atividade, algumas vezes organizada, diversificada e sofisticada. Diz que, como qualquer atividade, estabelece trabalho e rendimentos, mas não permite o acesso a direitos, devido a prejulgamentos morais, financeiros ou sociais (LIM, 2004 apud BARRETO, 2008).

Já Bindman (2004, apud BARRETO, 2008) aponta alguns problemas encontrados por prostitutas em sua atividade, como trabalho noturno, longos turnos, proprietários obtendo vantagens e a falta de segurança, indicando como poderia ser regulamentado como ocorre com outras profissões, já que todo indivíduo tem direito à liberdade (BINDMAN, 2004 apud BARRETO, 2008).

As prostitutas possuem inúmeras dificuldades no dia a dia. Constantemente veem colegas de serviço sendo violentadas e que a polícia e até mesmo a segurança privada dos prédios onde alugam salas para trabalhar não tratam os casos com a importância que tratam comumente quando chamados por outras pessoas. Revelam que já ocorreram furtos, estupros e ameaças de clientes, diante das quais sentiram frustração e resistência, devido ao tratamento distinto (e marginalizado) que recebem, prevendo que para sua reivindicação certamente não terá avanço investigatório (GARCIA, 2016).

Garcia (2016) afirma ainda que esse tipo de tratamento não assusta, pelo fato de que a sociedade separa as mulheres entre morais e imorais, frequentemente imputando às reprováveis a denominação de prostitutas. O que implica estigma ao trabalho desenvolvido pelas prostitutas, já que não são vistas como profissionais, mas sim como mulheres de categoria inferior, pelo que carregam de rejeição moral. Tal fato tem sua origem na ideia de pecado, onde qualquer relação sexual é condenável se não for para fins reprodutivos.

A contradição entre os aspectos positivos e negativos direciona ao fato de que muitas mulheres têm a intenção de sair da prostituição, mas continuam fazendo programa eventualmente (BARRETO, 2008) seja pelo término de um relacionamento amoroso, com dependência financeira, ou por incompatibilidade com a sua inclusão no comércio do sexo, por vontade própria ou da pessoa com quem se relacionava (BARRETO, 2015).

Há mulheres profissionais do sexo que realizam o trabalho com exclusividade, outras por necessidade (quitar gastos), ou prazer (próprio ou com cliente que recompense bem), no espaço entre empregos (férias ou demissão), quando estão na cidade (a viagem ou se dirigem exclusivamente para fazer programa sem risco de serem reconhecidas por familiares) e até mesmo para inteirar os proventos (BARRETO, 2015).

As profissionais referem omitir seu emprego, especialmente de seus familiares, mesmo sendo um trabalho como outro, mas não aceito. Os vínculos que possuem são frágeis, não somente nas relações interpessoais, bem como no local de trabalho com alta rotatividade de trabalhadoras nestes (SANTOS et al., 2008).

As atividades realizadas, na maioria das vezes, estão na ilegalidade, pois são realizadas corriqueiramente nas ruas, dentro de veículos, em locais não reconhecidos (casas de programa), e em todos esses lugares a atividade do sexo é infração, com relação aos dois primeiros, crime especificado no código penal artigo 233 – “Praticar ato obsceno em lugar público, aberto ou exposto ao público”, pena de detenção de três meses a um ano, ou multa – com relação ao último, o artigo 229 determina que “Manter estabelecimento em que ocorra exploração sexual”, prisão, de dois a cinco anos, e multa (MARINS NUNES, 2016).

Assim, para as prostitutas, fica explícita a abordagem judiciária diferenciada que possuem por serem profissionais do sexo. Um abuso não é julgado estupro quando cometido contra uma profissional do sexo, visto que estão sempre ao dispor. Um assalto realizado em um ambiente de prostituição não tem importância, visto que os lucros desta atividade não são considerados justificáveis de segurança, visto que são provenientes de uma atividade imoral (GARCIA, 2016).

O meretrício está exposto à exploração assim como qualquer outro trabalho informal ou formal, se não houver regulamentação, fiscalização, proteção jurídica e social. Por isso, são organizadas lutas por reconhecimento pelas prostitutas, por

mudanças nas condições sociais e trabalhistas além da batalha contra anulação e submissão dos seus discursos (MARINS NUNES, 2016).

Marins Nunes (2016) cita como exemplo dessa luta o fato de, em 27 de agosto de 2015, o Conselho Internacional da Anistia internacional, com matriz em Dubai, aprovar a decisão pela descriminação da prostituição, pela defesa dos direitos humanos das profissionais do sexo. Tal ação autorizava a Junta Diretiva Internacional a compor e reconhecer políticas próprias que discorre a temática com maior especificidade. A secretária-geral da Anistia Internacional (AI) afirmou que os trabalhadores sexuais são uma das classes mais excluídas mundialmente e, na maioria das vezes, vivem sobre ameaça frequente de agressão, estupro e preconceitos.

O Conselho Internacional da Anistia Internacional propõe a organização de política que defenda a descriminação absoluta dos serviços sexuais, e prevê que os governos assegurem aos profissionais do sexo: amparo jurídico imparcial e total, perante situações de violência, abuso e tráfico; redução de danos; integridade física e psicológica (MARINS NUNES, 2016).

O trabalho do sexo deveria ser regulamentado pela legislação laboral e civil comuns às demais categorias profissionais, com o objetivo de que as mulheres sejam reconhecidas como trabalhadoras e que se busquem melhorias em suas condições de trabalho (WIJERS, 2004), atendimento das condições sanitárias, exercício livre da prostituição sem coações e extorsões, aposentadoria por contribuição e associação sindical (MARINS NUNES, 2016).

Mas, mesmo sendo a prostituição reconhecida como trabalho, isso não garantirá o fim das formas de dominação sobre as profissionais do sexo, pois, inúmeros trabalhos são regulamentados e não se assegura a ausência da exploração (BARRETO, 2008).

2.3.3 Contexto social e cultural da prostituição

A prostituição no Brasil é identificada desde o século XIX. E a cada ano vem aumentando significativamente, sendo a miséria econômica um dos principais motivos para início no mundo da prostituição (AQUINO; NICOLAU; PINHEIRO, 2011; CARVALHO; BORGES, 2003; BRAGA, 1982 apud TORRES; DAVIM; COSTA, 1999; DUARTE; VANZ, 2008; GASPAR, 1998 apud; NICOLAU; AQUINO; PINHEIRO,

2008).

São considerados como fatores para o início nas atividades de prostituição, a miséria e pobreza, a promiscuidade das habitações coletivas, a ausência de educação e serviço, os lares desfeitos, o alcoolismo paterno, a infância desamparada. Somando-se a isso há ainda o motivo de buscar por um status social, com possibilidade real de gerar renda rápida e suficiente (CUNHA, 2014; FRANÇA, 2012; GOUVEIA et al., 2010; SOUSA, 2007), além da busca por horários flexíveis, ausência de vontade de ser empregada e o desejo de independência econômica (BARRETO, 2015).

Os autores citam, também, como fatores de risco à submissão, uso de drogas ilícitas e abuso de bebidas alcoólicas, o que leva todos estes aspectos ligados à prostituição a ter importância dentro das ações em saúde, buscando-se atuar na prevenção de riscos ou até mesmo redução de danos com esta população mais vulnerável socialmente que não pode ou não quer abster-se. E, há aquelas que exercem suas práticas camufladas, com medo de serem descobertas, principalmente quando a estão exercendo nos níveis socioeconômicos mais altos (AQUINO; NICOLAU; PINHEIRO, 2011; SALMERON; PESSOA, 2012).

Estas profissionais estão sujeitas ao desenvolvimento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), além de violência (agressões, abusos e ofensas), e discriminação, seja pela multiplicidade de parceiros, más condições de trabalho desfavoráveis à prática sexual segura e baixo nível de escolaridade que facilite a percepção do risco (SALMERON; PESSOA, 2012).

Um dos principais desafios enfrentados pela profissional do sexo é a necessidade de convencer o cliente a usar o preservativo (AQUINO et al., 2008).

A escassez de clientes e a concorrência fazem com que as profissionais do sexo tenham dificuldades em comercializar o programa e consentir práticas inseguras. A profissional do sexo sabe da necessidade do preservativo para sua segurança; por outro lado, o cliente nega o cumprimento do pagamento se usá-la (GUIMARÃES; MERCHAN-HAMANN, 2005).

Assim, a fim de evitar a perda do controle de suas ações preventivas e consequente vulnerabilidade, as mulheres também evitavam exagerar na bebida (OLTRAMARI; CAMARGO, 2004).

Na perspectiva da pobreza, a prostituição seria uma forma de comercialização

do corpo por falta de oportunidades, estando diretamente relacionada à desigualdade social no país e à questão de gênero (COLLING; TEDESCHI, 2015). Classificada como doença social, representaria uma ameaça à riqueza da nação, visto ser foco de separação do trabalho e da propriedade, produzindo indivíduos inúteis, incapazes para o exercício da cidadania, sendo associada à ideia de luxo, ociosidade, ambição e desperdício (VAINFAS, 1986).

Tendo também as carências afetivas, traumas, ausência de apoio familiar como fatores psicológicos a influenciarem a iniciar no comércio sexual. A prostituição é, muitas vezes, a forma de sobrevivência e consumo (AQUINO; NICOLAU; PINHEIRO, 2011).

Nas sociedades tradicionais, esse menosprezo era feito pela associação com o pecado, mas na sociedade presente, a valorização é associada à posição de trabalhador/a. Assim, negar a indivíduos sua situação de trabalhadores resulta na redução de suas possibilidades de inserção na sociedade como sujeitos plenos de direitos (BARRETO, 2008).

Rua e prostituição, além de estarem relacionadas às doenças infectocontagiosas de cunho sexual, denotam risco para diversos tipos de violência além de comorbidades psicobiológicas, tais como depressão, pânico e ansiedade, impactando a saúde pública (PERES, 2002; VILLELA; MONTEIRO, 2015).

Pode-se observar que a prostituição tem relação com uma variedade de práticas, sentimentos e ações. Assim, muitos movimentos de prostitutas têm buscado uma visão da prostituição como um trabalho e, como tal, sujeito a explorações (BARRETO, 2008). Mas, a exploração sexual não tem associação com o local em que é realizada, caracteriza-se pela existência de um explorador que obriga a mulher contra o seu desejo, com regulação sobre o provento das partes envolvidas na prestação do serviço, sem cumprimento às acomodações do estabelecimento, que englobam saúde, segurança e condições sanitárias, além das normas trabalhistas (MARINS NUNES, 2016).

A proprietária estipula regras de funcionamento da casa como: não trazer consigo e nem utilizar drogas ilícitas no local (implica em risco para a dona do estabelecimento), não beijar o cliente em público, sair da casa por no máximo vinte minutos durante o expediente, que vai até o último cliente. Caso as regras não sejam cumpridas, a dona do estabelecimento poderia multar as profissionais (SANTOS et al., 2008).

Kempadoo (1998) aponta que ver o trabalho sexual como passível de exploração, tal qual qualquer outro trabalho, pode implicar em bases para a mobilização e lutas por melhores condições de trabalho, direitos e benefícios, bem como para a resistência à opressão, permitindo o surgimento de estratégias para a busca por mudanças (KEMPADOO, 1998 apud BARRETO, 2008).

Contudo, o forte estigma relacionado à prostituição, seu status ilegal e sua exclusão de assistências sociais que normalmente são oferecidas a outras profissões compreendem numa maior vulnerabilidade à transgressão de direitos. Consequentemente, as prostitutas não se reconhecem dignas de direitos e, quando poucas buscam auxílio das autoridades, não o obtém, uma vez que há forte discriminação policial e judiciária (BINDMAN, 2004 apud BARRETO, 2008).

Considerada alternativa de sobrevivência para a mulher pobre, desempregada ou com baixos salários, a prostituição, com a perspectiva de melhores salários, além da viabilização de uma condição mais independente e autônoma, necessita ser vista como espaço de luta contra o ideal da mulher submissa e frágil (MOURA, 1992).

São poucas as pessoas que realmente conhecem a vida na noite e que já conversaram com uma prostituta ou cliente. Há várias tentativas de explicar tal fenômeno, mas nem sempre baseados em saberes de experiência, mas com base em preconceitos e julgamentos morais, ao invés de reconhecer essa prática, acabam por ocultá-la (SOUSA, 2007).

As profissionais do sexo trabalham, na maioria das vezes em locais que não lhes oferecem condições de trabalho adequadas ao exercício de sua atividade, enfrentam situações muito precárias de higiene e segurança. O preço do programa, que varia de acordo com a qualidade do serviço inclui também o valor do aluguel do quarto, com higiene precária e limpeza quase inexistente do ambiente, onde lençóis e toalha não são substituídos com frequência, forma de transmissão de diversas doenças (SILVA; COSTA; NASCIMENTO, 2010).

A violência praticada pelos clientes também é outra situação bastante citada, destacando-se: o xeixo (quando o cliente não quer pagar o combinado); exigência de modalidade de sexo recusada pela profissional (oral e/ou anal); ou a violência moral, quando a mulher sente-se humilhada (SILVA; COSTA; NASCIMENTO, 2010).

Na prostituição, o não pagamento pelo programa significa um desprezo total da mulher, pois as atividades realizadas não são sequer respeitadas como profissionais (RUSSO, 2007).

A previdência social estuda pontos na perspectiva de legalizar a ocupação, mas levanta alguns problemas, como por exemplo, o reconhecimento dos profissionais do sexo vivendo com HIV. O uso de preservativo não elimina o risco de contágio por completo. Dessa forma, o profissional do sexo vivendo com HIV coloca em risco a comunidade e explicaria, por exemplo, o direcionamento para reabilitação profissional do segurado. Mas esta solicita que o beneficiário apresente escolaridade apropriada e competências que, dependendo do estado de vulnerabilidade social a que está sujeita grande parte dos profissionais, impossibilitaria a reabilitação e resultaria em aposentadoria por invalidez (WESTPHAL; BARBOSA, 2012).

Os autores citam outra questão, a do trabalho de gestantes, caso em função da gravidez a profissional estivesse impedida de exercer seu ofício, estaria, em tese, caracterizada a incapacidade para o trabalho. Assim, o simples reconhecimento da profissão repercute na instituição previdenciária, que não dispõe de dados epidemiológicos e estudos para prever a repercussão da legalização dessa profissão para o Instituto Nacional do Seguro Social.

2.4 TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS, QUALIDADE E SATISFAÇÃO COM A VIDA ENTRE PROSTITUTAS

Parte-se do pressuposto de que a prostituição, além de ser um meio de sobrevivência para muitas mulheres, é um meio de buscar sentido para a vida, que muda de acordo com a pessoa e a situação, visto que a existência de cada pessoa apresenta um caráter único e as situações em que se está envolvido são incomparáveis (CORREA; HOLANDA, 2012).

Para algumas prostitutas, além da questão econômica, há a fantasia de ser desejada e amada pelo sexo masculino. Assim, além de buscar o pagamento, há o prazer sexual, podendo ocorrer momentos de amizade, afeto, e companheirismo entre a profissional e o cliente, o que mostra que há sentimentos e emoções envolvidas; onde ela pode ser e vivenciar livremente a sexualidade (CORREA; HOLANDA, 2012).

Considerando-se como uma experiência subjetiva referente à qualidade de vida, e mais detalhadamente ao bem-estar subjetivo – satisfação consigo mesma e com o ambiente no qual está inserida, satisfazer as necessidades seria fundamental para a felicidade, e não satisfazer implicaria em infelicidade. Isso, em países mais

pobres, demonstra correlação entre satisfação com a vida e a renda (GOUVEIA et al., 2010).

O desenvolvimento de doenças psiquiátricas, como depressão e outros transtornos podem estar ligados à baixa autoestima, resultado da falta de estudo e qualificação (CUNHA, 2014).

O trabalho diário como profissional do sexo expõe ao risco de discriminação, estigma e violência muitas mulheres, tornando-as propensas à depressão. Transtornos mentais comuns estão relacionados a sintomas como insônia, cefaleia, fadiga, sofrimento psíquico, dificuldade de concentração, tristeza, irritabilidade, esquecimento, preocupação somática e ansiedade (DELL'AGNOLO et al., 2012; GOLDBERG; HUXLEY, 1992).

As mulheres profissionais do sexo representam um considerável custo econômico e social, pois se incapacitantes, levam a dias perdidos de trabalho além do aumento da demanda nos serviços de saúde. Na atenção primária é comum mulheres com condição socioeconômica inferior serem consideradas grupo de risco especial para transtornos mentais comuns. Em outros países, ações já estão sendo desenvolvidas a fim de que sejam cuidadas na atenção primária com ações em saúde mental (AQUINO; NICOLAU; PINHEIRO, 2011; FORTES et al., 2011; KASPPER; SCHERMANN, 2014; LUDERMIR; MELO FILHO, 2002; VIDAL et al., 2014).

Há grandes desafios à inclusão social e um deles é a violência física e psicológica constante na vida das mulheres em situação de prostituição, seja nas relações com clientes, gerentes de hotéis e entre elas mesmas, com intensidade e frequência de práticas agressivas permanecendo impunes (CUNHA, 2014).

Relata-se nos estudos que, dependendo da população em estudo e dos critérios de diagnóstico, a prevalência de transtornos mentais fica entre 12% e 50%, sendo cerca de 90% desses casos de transtornos não psicóticos, principalmente depressão e ansiedade com queixas somáticas. E observa-se também que as mulheres profissionais do sexo, devido às longas jornadas, condições insatisfatórias de trabalho, dificuldade de atendimento nos serviços de saúde, exposição à violência sexual, psicológica ou física parecem apresentar maior vulnerabilidade na saúde que outros grupos da população. Associando-se a isso os transtornos mentais comuns o uso do álcool, tabaco e sedentarismo além de fatores socioeconômicos e baixa escolaridade e o uso de medicações (KASPPER; SCHERMANN, 2014; VIDAL et al.,

2014).

O Transtorno Mental Comum (TMC) se refere à situação de saúde de um indivíduo que não integra os critérios para diagnóstico de depressão e/ou ansiedade, segundo as classificações DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition) e CID-10 (Classificação Internacional de Doenças – 10a Revisão), mas que apresenta sintomas importantes que trazem uma incapacidade prática similar ou até inferior do que condições crônicas constituídas (MARAGNO et al., 2006).

Portanto, pode-se inferir que essas profissionais têm alta possibilidade de ter menor qualidade de vida, que está relacionada às condições e estilos de vida, promoção dos direitos sociais e, por fim, aos níveis de bem-estar e aprovação que determinada sociedade estabelece.

Essas mulheres possuem o nível mínimo material no sentido de se discutir qualidade de vida, com as satisfações das necessidades básicas: alimentação, acesso à água potável, emprego, moradia, educação, lazer e saúde, elementos que têm como direção princípios correlacionados de bem estar, satisfação e realização pública e individual.

E, não ter qualidade de vida, seria o desemprego, exclusão social e a violência, elementos susceptíveis de apreciação, mesmo que considerando a utilidade de relacioná-los culturalmente no tempo e espaço. Estes fatores levam as mulheres a se prostituírem.

Sendo a saúde considerada um modo de bem-estar biopsicossocial e não apenas a inexistência de doença para a Organização Mundial de Saúde (OMS). Afirmativa de Gabriela Leite, ex-prostituta fundadora da ONG Davida que vinha lutando pela questão de direitos humanos, que denuncia quanto à violência policial, prevenção de HIV/AIDS, e ainda diz que se deve trabalhar a saúde da mulher como um todo, e não ficar no jogo, da moral, que prostituta fica doente só da cintura pra baixo, só tem IST (LEITE, 2012; ORLEY et al., 1998 apud FLECK et al., 1999).

Promover saúde de forma sistemática necessita de comunicação interdisciplinar, abrangendo preditores socioambientais que impactem diretamente na saúde pública, favorecendo a autonomia dos sujeitos vulneráveis, seja com diagnósticos situacionais ou propostas de intervenções em saúde (PAIM, 2009).

A ideia de boa ou excelente qualidade de vida é a que proporcione um mínimo de oportunidades para que a pessoa seja capaz de melhorar ao extremo suas

capacidades, sejam estas: amar ou sentir, viver, trabalhar, gerando empregos e posses, construindo conhecimento ou habilidades. Indicadores criados para medi-la são baseados no sentido de custo benefício, sendo econômicos, psicométricos e bioestatísticos, não levando em conta o contexto social, cultural de história de vida e percurso do indivíduo da qual qualidade de vida deseja verificar (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Minayo, Hartz e Buss (2000) avaliam qualidade de vida como uma importante percepção humana, que tem sido aproximada ao nível de satisfação identificado na vida social, amorosa, familiar e ambiental e à própria empatia, com elementos não concretos como amor, amizade, autonomia, realização pessoal e vivência coletiva.

Em estudo com prostitutas na cidade de Porto Alegre, verificou-se associação significativa entre a presença de sintomas depressivos, uso de álcool e história de infecções sexualmente transmissíveis. As mulheres profissionais do sexo associam a prática religiosa como fator de proteção em relação à presença de sintomas depressivos, reduzindo o seu risco ao longo da vida e o restabelecimento da qualidade de vida (SCHREINER et al., 2004).

Com relação ao TMC, é uma das possíveis formas de classificação de indivíduos com queixas comuns, como dores de cabeça e no corpo, nervosismo e insônia, com uma variedade de manifestações que poderiam caracterizar como sintomas tempestuosos, ansiosos ou depressivos (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008).

OS TMC causam inaptidão e danos funcionais semelhantes ou mais graves que os transtornos crônicos (MARAGNO et al., 2006), e o dobro de queixas de doenças físicas quando comparado aos usuários que não apresentam TMC de serviços de saúde, estando relacionados a uma série de questões sociais, como por exemplo, a dificuldade de colocação no mercado de trabalho. Os indivíduos em situação de desigualdade social estão propensos aos transtornos mentais comuns devido a sua condição de vida (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008).

Em virtude das circunstâncias dos sintomas e consequente deficiência nos acolhimentos e atendimentos, não corresponderem aos protocolos psiquiátricos diagnósticos, não reduz o nível de angústia do indivíduo. Se o profissional não for capacitado a atender esse paciente, acarretará encaminhamentos e exames dispensáveis (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008).

Os autores destacam que é importante diferenciar a manifestação de sofrimento como somatização, sendo os somatizadores verdadeiros e somatizadores de apresentação. Os primeiros seriam aqueles que acreditam em uma conjectura física, sem associação emocional. E os segundos seriam aqueles que associam sua dor e sofrimento a diversas causas.

Existem poucos estudos relacionados a sintomas ou TMC e qualidade e satisfação com a vida de profissionais do sexo, e nenhum estudo realizado em Uberlândia-MG foi encontrado pela autora. Os estudos destinam-se a outras populações-alvo, o que leva a se buscar conhecimento sobre o tema com esta população que tem legalizada a profissão, mas ainda sem regulamentação das atividades.

Aprender a pesquisar é um processo de aprendizagem constante, marcado pela incerteza, em busca da integralidade. Permeado pela troca de saberes à procura de novos conhecimentos, práticas e olhares (SOUSA, 2007).

3 HIPÓTESES

3.1 HIPÓTESES TESTADAS

- a) Mulheres profissionais do sexo apresentarão níveis sintomáticos de TMC acima da média populacional geral.
- b) Mulheres profissionais do sexo apresentarão médias de qualidade e satisfação com a vida abaixo da média populacional geral.
- c) Mulheres profissionais do sexo com maiores níveis sintomáticos de TMC apresentarão menores níveis de qualidade e satisfação com a vida.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o nível de sintomas de TMCs, qualidade de vida e satisfação com a vida, e suas correlações entre mulheres profissionais do sexo.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever características sociodemográficas das mulheres profissionais do sexo;
- Identificar o nível de qualidade de vida das mulheres profissionais do sexo;
- Descrever o índice de satisfação com a vida das mulheres profissionais do sexo;
- Identificar sinais e sintomas de TMC entre mulheres profissionais do sexo;
- Correlacionar o nível de sinais e sintomas de TMC com características sociodemográficas, qualidade e satisfação com a vida.

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Foi realizado um estudo transversal, exploratório, de caráter quantitativo. Os estudos transversais são recomendados quando se necessita estimar a frequência com que um determinado evento de saúde se manifesta em uma população específica, e os fatores associados com o mesmo. Determina-se a ausência ou presença do desfecho e a exposição para cada um dos indivíduos considerados (BASTOS; DUQUIA, 2007).

Com relação à pesquisa exploratória, seu objetivo é proporcionar maior entendimento do problema, de forma a deixá-lo mais claro ou a constituir hipóteses, aprimorando as ideias ou descobrindo intuições (GIL, 2002).

Na abordagem quantitativa adotam-se estratégias sistemática, objetivas e rigorosas para gerar e refinar o conhecimento. Frequentemente quantifica-se relações entre variáveis (SOUSA; DRIESSNACK; MENDES, 2007).

5.2 CONTEXTO DO ESTUDO

O projeto foi desenvolvido na cidade de Uberlândia, no estado de Minas Gerais, que é considerada a Capital da Logística nacional, localizada em posição estratégica, sendo ponte para interligar diversas regiões do Brasil, com cerca de 604.013 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, com a estimativa atual de 676.613 habitantes (BRASIL, 2017).

As mulheres que fizeram parte do estudo foram as mesmas que trabalham no mercado do sexo da cidade e que são cadastradas na Organização Não Governamental Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS-Núcleo Uberlândia/Minas Gerais.

A ONG RNP+ é uma organização social de interesse público, presente em Uberlândia desde 1999, que presta serviços de assistência e prevenção a portadores do vírus HIV e/ou a pessoas com infecções sexualmente transmissíveis: AIDS e hepatites virais. Oferece ainda suporte e orientação a familiares ou companheiros de seu público-alvo, através de serviço voluntário de profissionais da

área da saúde, como psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas (RNP+, 2017).

A coleta de dados foi executada no local de trabalho da mulher, com endereço fornecido pela ONG, a critério da própria participante, fora do seu horário de expediente.

5.3 DEFINIÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

A população do estudo foi constituída por mulheres profissionais do sexo da cidade de Uberlândia-MG, Brasil, que vivem e atuam em casas de prostituição cadastradas na “Organização Não Governamental Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids-Núcleo Uberlândia/Minas Gerais (ONG RNP+)”. A população estimada de mulheres profissionais do sexo cadastradas na ONG é de 290 prostitutas.

Vale ressaltar que a população em estudo cadastrada junto à ONG RNP+ não é necessariamente portadora de HIV/Aids, visto a ONG realizar trabalho de orientação e prevenção junto às casas de programa independente de a mulher possuir o diagnóstico para HIV/Aids ou não.

5.4 CRITÉRIOS PARA A SELEÇÃO DA AMOSTRA DE MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO

O plano de amostragem foi definido como quantitativo. A amostra quantitativa foi formada através de sorteio simples e de ordem aleatória. Sendo assim, a amostra do projeto foi de 203 mulheres que trabalham no mercado do sexo de Uberlândia-MG, cadastradas na ONG RNP+, utilizando um cálculo de amostragem simples, com uma margem de erro amostral de 5% e com um nível de confiança de 95% (COCHRAN, 1986).

5.4.1 Critérios de inclusão

Quanto aos critérios de inclusão, todas as profissionais do sexo vinculadas à ONG foram convidadas a participar e as que iniciaram atividades nos locais em estudo que manifestarem interesse após esclarecimentos sobre este e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Estas profissionais foram escolhidas para participarem porque desenvolvem atividades sexuais que as expõem a maior vulnerabilidade e risco de infecção, além de se conhecer fatores como qualidade de vida, alterações de humor e satisfação com a vida destas.

Foi critério de inclusão todas as mulheres profissionais do sexo maiores de 18 anos que aceitaram participar do estudo.

5.4.2 Critérios de exclusão

Como critério de exclusão tivemos as mulheres profissionais do sexo que não aceitaram participar do estudo.

5.5 COLETA DE DADOS

O procedimento de recrutamento ocorreu da seguinte forma: os pesquisadores visitaram a ONG e/ou os locais de trabalho das mulheres profissionais do sexo com horários e datas pré-agendados mediante abordagem na ONG, contato telefônico e quando necessário, visita *in loco*, e abordaram as participantes individualmente, as quais foram convidadas a se dirigir a um local reservado para a entrevista.

Todas as mulheres que, a princípio, contemplaram os critérios de inclusão, foram abordadas. Após a apresentação dos objetivos do estudo e mediante os devidos esclarecimentos, foi solicitado o consentimento da participante para se iniciar o procedimento metodológico.

5.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Trata-se de um questionário estruturado, com perguntas fechadas, dividido

em quatro partes: informações sociodemográficas, WHOQOL-Bref, Satisfaction with Life Scale (SWLS) – Escala de Satisfação com a Vida, Questionário *Self Report Questionnaire* (SQR-20).

5.6.1 Questionário de Caracterização Informações Sociodemográficas

Para traçar o perfil das entrevistadas, o Questionário Sociodemográfico contém nove questões divididas da seguinte maneira: gênero, sexo de nascimento, idade, estado civil, etnia, escolaridade-alfabetizado, citação dos anos de estudo e grau de escolaridade, renda familiar e tipo de habitação. Entendeu-se que essas questões permitiram detalhar o perfil das participantes do estudo (Apêndice A).

5.6.2 WHOQOL-Bref

O WHOQOL-100 foi um questionário desenvolvido pela OMS, a fim de avaliar o nível da qualidade de vida da população. Muito conhecido e amplamente aplicado, o questionário original contém 100 questões para que se possa chegar a uma avaliação fidedigna com a realidade da pessoa questionada (FLECK et al., 1999).

O Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde considerou qualidade de vida como a concepção do sujeito sobre ele mesmo, no âmbito da moral e costumes em que vivencia seus propósitos, exigências, perspectivas e responsabilidades. Para isso foi desenvolvido um instrumento com perspectiva transcultural para uso internacional. Inicialmente possuía 100 questões (WHOQOL-100), mas devido à necessidade de um instrumento curto para preenchimento em pouco tempo, e com características psicométricas satisfatórias, desenvolveu-se sua versão resumida, o WHOQOL-bref (FLECK et al., 2000).

Posteriormente, esse questionário foi sintetizado em apenas 26 questões, referindo-se a duas questões comuns de qualidade de vida e as demais 24 consistem cada uma das 24 facetas que compreende o instrumento inicial. Assim, diferente do WHOQOL-100, em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de quatro questões, no WHOQOL-bref cada faceta é analisada somente por uma questão, e o instrumento utiliza os seguintes domínios: físico (7 facetas), psicológico

(6 facetas), relações sociais (3 facetas) e meio ambiente (8 facetas) (FLECK et al., 2000).

Esse questionário contempla suas respostas a partir de duas semanas antes de ele ser aplicado. Essas 26 questões são respondidas no estilo Likert, tendo uma variável de 1 até 5, sendo divididas entre nada e completamente (Anexo B).

O domínio 1-Físico tem relação com dor, energia e fadiga, sono, locomoção, atividades da vida diária, dependência medicação ou tratamento e trabalho. Já o domínio 2-Psicológico abrange os sentimentos positivos e negativos, raciocínio, concentração, autoestima, aparência física e crenças pessoais. O domínio 3-Relações Sociais engloba as relações pessoais, apoio pessoal e vida sexual. E, finalmente, o domínio 4-Meio Ambiente está relacionado à satisfação com a segurança, ambiente onde reside, acesso aos serviços de saúde, sociais e de transporte, ambiente físico salubre, recursos financeiros e oportunidade de novas informações e lazer.

5.6.3 *Satisfaction with Life Scale (SWLS)* – Escala de Satisfação com a Vida

A Escala de Satisfação com a Vida (Satisfaction with Life Scale-SWLS) foi criada, desenvolvida e validada por Diener e colaboradores (1985) com o intuito de avaliar o bem-estar subjetivo das pessoas, isso é entendido como a maneira de enfrentar e viver a vida, seja ela de forma positiva ou negativa.

O instrumento foi validado compondo cinco categorias e variando em cinco respostas, no estilo Likert, sendo elas: 1 – discordo muito; 2 – discordo um pouco; 3 – não concordo nem discordo; 4 – concordo um pouco; 5 – concordo muito. Variando assim os resultados entre 5 pontos até 25 pontos, sendo 20 pontos a média (PAVOT; DIENER, 1993).

Cada categoria tem a finalidade de avaliação subjetiva de cada indivíduo, respeitando a peculiaridade de cada indivíduo quanto à forma de enfrentar a vida. Essas categorias sintetizam de maneira global todos os aspectos de que o indivíduo tem para com a vida, sendo assim, facilita uma avaliação global de todos os quesitos avaliados (Anexo C).

5.6.4 Questionário *Self Report Questionnaire* (SQR-20) – Traduzido

Esse questionário tem como função avaliar de forma sucinta a saúde mental dos entrevistados, de forma geral avaliar TMCs que acometem uma grande parcela da população. O questionário contém 20 questões subdividas em quatro grandes grupos que variam de acordo com variações de humor, sintomas somáticos, decréscimos de energia vital e também pensamentos depressivos.

Sendo assim, vai ao encontro da literatura que afirma que os TMCs caracterizam-se por sintomas não psicóticos, como: insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas (GOLDBERG; HUXLEY, 1992).

O questionário tem somente duas variáveis de respostas, que compreendem entre, SIM ou NÃO, sendo assim computado para cada resposta positiva um ponto e zero para cada negativa. Ao final, faz-se uma somatória dos respectivos pontos e, se o resultado for maior ou igual a sete, confirma-se algum transtorno mental para o entrevistado (Anexo D).

5.7 ANÁLISE DOS DADOS

5.7.1 Análise dos Dados Coletados – Quantitativo

Os dados foram inseridos no Programa *Microsoft Office Excel*® 2007. Foram realizadas digitações por pessoas independentes, em dupla entrada e, em seguida, validação dos dados para conferência da consistência das planilhas eletrônicas. Para correção das diferenças encontradas, o questionário original foi consultado.

Posteriormente, os dados foram importados no Programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 20.0, onde foi realizada a análise estatística. Foram realizadas análises descritivas dos dados a partir da apuração de frequências simples (absolutas e percentuais) para as variáveis categóricas e medidas de centralidade (média, mediana, moda, posto médio) e de dispersão (desvio padrão, mínimo e máximo) para variáveis quantitativas. Também foi feita a análise bivariada

dos dados utilizando os seguintes testes: G (Razão de Verossimilhança), ANOVA, Kruskal Wallis, Shapiro Wilk e Pearson. Todos os testes foram conduzidos utilizando uma significância de 5% ($p < 0,05$).

5.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Este projeto foi submetido à apreciação e avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres-Humanos (CEP) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), seguindo os preceitos da Resolução 466/12, e aprovado com o Parecer número 1.864.944 (Anexo E). As participantes assinaram o Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento (Anexo A) após elucidação da metodologia e objetivos do estudo, estando livres para aceitarem ou não participar deste. Não houve prejuízo para as pessoas envolvidas, principalmente no que diz respeito à menção de nomes das participantes da pesquisa. Os dados foram mantidos sob a guarda dos pesquisadores responsáveis, sendo garantido o sigilo e confidencialidade das participantes.

6 RESULTADOS

A pesquisa foi realizada em 34 casas de programa do município de Uberlândia-MG vinculadas à ONG RNP+, sendo os questionários entregues para todas as mulheres profissionais do sexo que atuam nestes locais, nos meses de janeiro a março de 2017.

A população estimada para participar da pesquisa era de 290 mulheres profissionais do sexo vinculadas à ONG RNP+, totalizando uma amostra de 203 mulheres, que trabalham no mercado do sexo, utilizando um cálculo de amostragem simples, com uma margem de erro amostral de 5% e com um nível de confiança de 95%. Porém, 22,17% das convidadas se recusaram ou devolveram o instrumento sem respostas, sendo excluídas da pesquisa. Dessa forma, o número total de mulheres profissionais do sexo participantes da pesquisa foi de 158, perfazendo, então, a amostra deste estudo.

6.1 ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS

A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica das mulheres profissionais do sexo que responderam aos questionários, sendo 75,9% com estado civil solteiro (N=120) e 51,9% declararam possuir etnia parda (N=81). No item escolaridade, 99,4% são alfabetizadas (N=157), e com relação ao grau de escolaridade, 34,2% possuem ensino médio completo (N=54). Quanto ao tipo de habitação/casa, 58,2% residem em casa alugada (N=92).

Tabela 1 – Características Sociodemográficas das mulheres profissionais do sexo que atuam em casas de programa, Uberlândia-MG, 2017 (N=158)

Variável	N	%
ESTADO CIVIL		
Solteiro	120	75,9
Casado	7	4,4
Divorciado/Separado	13	8,2
Viúvo	1	6
União Estável (amigado)	17	10,8
ETNIA		
Branca/caucasiana	41	26,3
Negra	29	18,6
Parda	81	51,9
Amarela/oriental	4	2,6
Vermelha/ Indígena	1	0,6
ESCOLARIDADE – ALFABETIZADO		
Sim	157	99,4
Não	1	0,6
GRAU DE ESCOLARIDADE		
Ensino Fundamental Incompleto	24	15,2
Ensino Médio Incompleto	45	28,5
Ensino Fundamental Completo	17	10,8
Ensino Médio Completo	54	34,2
Curso Técnico	2	1,3
Superior Completo	7	4,4
Ensino Superior Incompleto	9	5,7
TIPO DE HABITAÇÃO/CASA		
Própria (Quitada)	39	24,7
Alugada	92	58,2
Financiada	15	9,5
Outros	12	7,6

Fonte: A autora.

A Tabela 2 apresenta a caracterização sociodemográfica das mulheres profissionais do sexo com relação às variáveis quantitativas: idade (N=158), onde se obteve a idade mínima de 18 e máxima de 62 anos, com uma média de 27,49 ($\pm 6,98$). Com relação aos anos de estudo (N=149), o mínimo de estudo declarado foi de 3 e máximo de 17 anos, com uma média de 10,23 ($\pm 2,57$). No item renda (N=151), o valor mínimo declarado foi de 300 e máximo de 10.000 reais, e a média de 3.016,56 ($\pm 2.008,61$).

Tabela 2 – Características sociodemográficas das mulheres profissionais do sexo que atuam em casas de programa, Uberlândia-MG, 2017 (N=158)

Variável	N	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio padrão
Idade	158	18	62	27,49	27,00	6,98
Anos de estudo	149	3	17	10,23	11,00	2,57
Renda familiar	151	300	10.000,00	3.016,56	2.500,00	2.008,61

Fonte: A autora.

A Tabela 3 apresenta as estatísticas descritivas dos domínios do WHOQOL-bref, no qual o domínio 1 (Físico) não apresentou distribuição normal de probabilidade ($p=0,0495$) e nível de satisfação com um escore médio superior de 66,48 ($\pm 16,02$), indicando que as participantes apresentam melhor qualidade de vida relacionada ao Domínio Físico de QV (atividades vida cotidiana, capacidade de trabalho, sono e repouso, energia e fadiga, dor e desconforto, mobilidade, dependência de medicação ou de tratamentos) em comparação aos demais. Já os domínios 2 (Psicológico), 3 (Relações Sociais) e 4 (Meio-ambiente) apresentaram distribuição normal, com $p=0,4022$, $p=0,2248$ e $p=0,9395$, respectivamente. E o menor escore médio foi 55,3 \pm 24,26, do domínio 3 (Relações Sociais), porém sem diferença estatisticamente significativa.

Tabela 3 – Estatística descritiva dos domínios do WHOQOL-bref em mulheres profissionais do sexo que atuam em casas de programa, Uberlândia-MG, 2017 (n=158)

Domínios WHOQOL-bref	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio padrão	p valor*
Domínio 1 – Físico	7,14	100,00	66,48	64,29	16,02	0,0495
Domínio 2 – Psicológico	15,00	100,00	65,34	66,88	14,62	0,4022
Domínio 3 – Relações Sociais	0,00	100,00	55,38	54,17	24,26	0,2248
Domínio 4 – Meio- ambiente	15,63	100,00	56,21	59,38	16,51	0,9395

*Teste de Shapiro Wilk.

Fonte: A autora.

Em relação à satisfação com a vida, a Tabela 4 apresenta a relação de satisfação com a vida de mulheres profissionais do sexo, verificado pelo SWLS. Percebe-se que 31,4% das profissionais (N=49) relataram discordar muito com relação à vida parecer, em quase tudo, com o que desejaria que fosse; 28,6% das profissionais (N=44) concordam um pouco com suas condições de vida serem boas. As que relatam estarem satisfeitas com suas vidas concordando um pouco são 29% (N=45), e que até agora têm conseguido as coisas importantes da vida que desejaram, são 32,1% (N=50). Mas, quando questionadas sobre se pudessem recomeçar a vida, se não mudariam quase nada, parte das profissionais (N=73), 46,5% responderam que discordam muito, ou seja, se pudessem recomeçar a vida, mudariam.

Tabela 4 – Valores do questionário *Satisfaction with Life Scale* (SWLS) – traduzido respondido por mulheres profissionais do sexo que atuam em casas de programa, Uberlândia-MG, 2017 (n=158)

	Discordo muito		Discordo um pouco		Não concordo, nem discordo		Concordo um pouco		Concordo Muito	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que fosse.	49	31,4	36	23,1	29	18,6	33	21,2	9	5,8
2. As minhas condições de vida são muito boas.	17	11,0	37	24,0	33	21,4	44	28,6	23	14,9
3. Estou satisfeito (a) com a minha vida.	32	20,6	17	11,0	24	15,5	45	29,0	37	23,9
4. Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que eu desejaria.	22	14,1	29	18,6	21	13,5	50	32,1	34	21,8
5. Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.	73	46,5	22	14,0	11	7,0	23	14,6	28	17,8

Fonte: A autora.

A Tabela 5 aponta para o quanto as participantes concordam ou discordam com os itens cognitivos globais de satisfação com a vida. Percebe-se que não houve distribuição normal de probabilidade para os itens ($p < 0,0001$). Houve a menor média 2,43 ($\pm 1,598$) no item 5 quanto à afirmação “se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada”. Por outro lado, o item 4, com a afirmação “até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que eu desejaria” apresentou a média mais alta de concordância com valores de 3,25 ($\pm 1,461$).

Tabela 5 – Distribuição dos itens que compõe questionário *Satisfaction with Life Scale* (SWLS) – traduzido respondido por mulheres profissionais do sexo que atuam em casas de programa, Uberlândia-MG, 2017 (n=158)

	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	p valor*
1. A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que fosse (n=156).	2,47	2,00	1,287	1	5	< 0.0001
2. As minhas condições de vida são muito boas (n=154).	3,12	3,00	1,249	1	5	< 0.0001
3. Estou satisfeito (a) com a minha vida (n=155).	3,25	4,00	1,461	1	5	< 0.0001
4. Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que eu desejaria (n=156).	3,29	4,00	1,368	1	5	< 0.0001
5. Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada (n=157).	2,43	2,00	1,598	1	5	< 0.0001

*Teste de Shapiro Wilk.

Fonte: A autora.

A Tabela 6 apresenta a presença/ausência de algum sintoma de transtorno mental comum, através do questionário que foi aplicado em mulheres profissionais do sexo que atuam em casas de programa, Uberlândia-MG. Assim, 51,6% (N=81) apresentaram algum sintoma de transtorno mental comum (vide final da Tabela). 74,4% (N=116) assinalaram que se sentem nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a); 60,3% (N=94) tem se sentido triste ultimamente; 55,6% (N=85) têm dificuldades para tomar decisões; 54,9% (N=84) dormem mal, e 45,8% (N=71) disseram ter dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa-lhe sofrimento).

Tabela 6 – Valores do questionário *Self Report Questionnaire* (SQR-20) – traduzido, respondido por mulheres profissionais do sexo que atuam em casas de programa, Uberlândia-MG, 2017 (n=158)

	Sim		Não	
	N	%	N	%
1. Você tem dores de cabeça frequentes?	63	40,1	94	59,9
2. Tem falta de apetite?	46	29,7	109	70,3
3. Dorme mal?	84	54,9	69	45,1
4. Assusta-se com facilidade?	71	45,2	86	54,8
5. Tem tremores nas mãos?	44	28,4	111	71,6
6. Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	116	74,4	40	25,6
7. Tem má digestão?	42	26,8	115	73,2
8. Tem dificuldades de pensar com clareza?	65	41,9	90	58,1
9. Tem se sentido triste ultimamente?	94	60,3	62	39,7
10. Tem chorado mais do que de costume?	60	38,2	97	61,8
11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	61	39,1	95	60,9
12. Tem dificuldades para tomar decisões?	85	55,6	68	44,4
13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento?)	71	45,8	84	54,2
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	51	32,5	106	67,5
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	54	34,4	103	65,6
16. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	31	19,9	125	80,1
17. Tem tido ideia de acabar com a vida?	31	19,7	126	80,3
18. Sente-se cansado (a) o tempo todo?	51	32,5	106	67,5
19. Você se cansa com facilidade?	64	41,0	92	59,0
20. Têm sensações desagradáveis no estômago?	54	34,4	103	65,6
PRESENÇA DE TMC	81	51,6	76	48,4

Fonte: A autora.

6.2 ANÁLISE EXPLORATÓRIA DOS DADOS

A Tabela 7 mostra associação entre características sociodemográficas e o WHOQOL-bref pelas mulheres profissionais do sexo que atuam em casas de

programa, Uberlândia-MG. Esta Tabela evidencia a associação do Domínio 1-Físico com o grau de escolaridade em nível médio (28,5%) e anos de estudo, com $p=0,0207$ e $p=0,0027$, respectivamente. Houve também correlação estatística significativa entre a renda familiar e o domínio 1-Físico ($p=0,0133$) e o domínio 4 – meio-ambiente ($p=0,0009$).

Tabela 7 – Associação entre características sociodemográficas e WHOQOL-bref entre mulheres profissionais do sexo que atuam em casas de programa, Uberlândia-MG, 2017 (n=158)

			DOM 1 - Físico	DOM 2 - Psicológico	DOM 3 - Relações Sociais	DOM 4 - Meio ambiente
	N	%	p valor*	p valor*	p valor*	p valor*
Estado civil			0,2618*	0,9370***	0,7327***	0,1629***
Solteiro	120	75,9				
Casado	7	4,4				
Divorciado/Separado	13	8,2				
Viúvo	1	6				
União Estável (amigado)	17	10,8				
Etnia			0,4496*	0,7542***	0,3191***	0,3435***
Branca/caucasiana	41	26,3				
Negra	29	18,6				
Parda	81	51,9				
Amarela/oriental	4	2,6				
Vermelha/ Indígena	1	0,6				
Escolaridade			0,7193*	0,7502***	0,4188***	0,3428***
Alfabetizado						
Sim	157	99,4				
Não	1	0,6				
Grau de escolaridade			0,0207*	0,7763***	0,8618***	0,2690***

Continua...

Ensino Fundamental Incompleto	24	15,2				
Ensino Médio Incompleto	45	28,5				
Ensino Fundamental Completo	17	10,8				
Ensino Médio Completo	54	34,2				
Curso Técnico Superior Completo	2	1,3				
Ensino Superior Incompleto	7	4,4				
	9	5,7				
Tipo de habitação/casa			0,1012*	0,8636***	0,3399***	0,1873***
Própria (Quitada)	39	24,7				
Alugada	92	58,2				
Financiada	15	9,5				
Outros	12	7,6				
Idade	~ = 27,9		0,5017**	0,4250**	0,6547**	0,1080**
Anos de Estudo	~ = 10,23		0,0027**	0,5042**	0,1652**	0,0597**
Renda familiar	~ = 3.016,50		0,0133**	0,2275**	0,1881**	0,0009**

* Teste de Kruskal Wallis.

** Teste de Correlação de Pearson.

*** Teste ANOVA.

Fonte: A autora.

A Tabela 8 apresenta a associação entre características sociodemográficas e *Satisfaction with Life Scale* (SWLS) – traduzido, entre mulheres profissionais do sexo que atuam em casas de programa, Uberlândia-MG. Nota-se que há relação entre a etnia parda (51,9%) ($p=0,0301$) e tipo de habitação/casa alugada (58,2%) ($p=0,0046$) com a variável “Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada” e a renda familiar ($\sim = 3.016,50$) ($p=0,065$) com a variável “minhas condições de vida

são muito boas”. Para as demais variáveis, não foram encontradas associações significativas.

Tabela 8 – Associação entre características sociodemográficas e *Satisfaction with Life Scale* (SWLS) – traduzido, entre mulheres profissionais do sexo que atuam em casas de programa, Uberlândia-MG, 2017 (N=158)

			A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que fosse.	As minhas condições de vida são muito boas.	Estou satisfeito (a) com a minha vida.	Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que eu desejaria.	Se eu pudesse recomendar a minha vida, não mudaria quase nada.
	N	%	p valor*	p valor*	p valor*	p valor*	p valor*
Estado civil			0,8928	0,7913	0,5481	0,7337	0,6607
Solteiro	120	75,9					
Casado	7	4,4					
Divorciado/Separado	13	8,2					
Viúvo	1	6					
União Estável (amigado)	17	10,8					
Etnia			0,2341	0,3113	0,4766	0,3991	0,0301
Branca/caucasiana	41	26,3					
Negra	29	18,6					
Parda	81	51,9					
Amarela/oriental	4	2,6					
Vermelha/ Indígena	1	0,6					
Escolaridade-alfabetizado			0,4942	0,5793	0,4385	0,6827	0,8197
Sim	157	99,4					
Não	1	0,6					

Continua...

Grau de escolaridade			0,6787	0,8362	0,7233	0,0652	0,4838
Ensino Fundamental Incompleto	24	15,2					
Ensino Médio Incompleto	45	28,5					
Ensino Fundamental Completo	17	10,8					
Ensino Médio Completo	54	34,2					
Curso Técnico	2	1,3					
Superior Completo	7	4,4					
Ensino Superior Incompleto	9	5,7					
Tipo de habitação/casa			0,3096	0,1483	0,2131	0,2590	0,0046
Própria (Quitada)	39	24,7					
Alugada	92	58,2					
Financiada	15	9,5					
Outros	12	7,6					
Idade	~= 27,9		0,8745	0,2582	0,4394	0,2428	0,2038
Anos de estudo	~= 10,23		0,2484	0,4508	0,3372	0,8130	0,3705
Renda familiar	~= 3.016,50		0,5443	0,0265	0,3142	0,1874	0,8207

*Teste de Kruskal Wallis.

Fonte: A autora.

A Tabela 9 apresenta a associação entre características sociodemográficas e o SQR-20 traduzido, que avalia a presença/ausência de sintoma de transtorno mental comum em mulheres profissionais do sexo que atuam em casa de programa, Uberlândia-MG. Mostra-se que não houve associação entre os caracteres sociodemográficos e TMC, com $p=0,2802$ (estado civil); $p=0,5674$ (etnia); $p=0,2489$ (escolaridade/alfabetizado); $p=0,1538$ (grau de escolaridade); $p=0,1237$ (tipo de habitação/casa), respectivamente.

Tabela 9 – Associação entre características sociodemográficas e *Self Report Questionnaire* (SQR-20) – traduzido entre mulheres profissionais do sexo que atuam em casas de programa, Uberlândia-MG, 2017 (N=158)

	Presença de TMC				p valor*
	Não		Sim		
	N	%	N	%	
ESTADO CIVIL					
Solteiro	59	77,6	60	74,1	0,2802
Casado	2	2,6	5	6,2	
Divorciado/Separado	4	5,3	9	11,1	
Viúvo	1	1,3	0	0,0	
União Estável (amigado)	10	13,2	7	8,6	
ETNIA					
Branca/caucasiana	22	29,7	18	22,2	0,5674
Negra	12	16,2	17	21,0	
Parda	37	50,0	44	54,3	
Amarela/oriental	2	2,7	2	2,5	
Vermelha/indígena	1	1,4	0	0,0	
ESCOLARIDADE – ALFABETIZADO					
Sim	76	100,0	80	98,8	0,2489
Não	0	0,0	1	1,2	
GRAU DE ESCOLARIDADE					
Ensino Fundamental Incompleto	8	10,5	16	19,8	0,1538
Ensino Médio Incompleto	19	25,0	25	30,9	
Ensino Fundamental Completo	8	10,5	9	11,1	
Ensino Médio Completo	28	36,8	26	32,1	
Curso Técnico	2	2,6	0	0,0	
Superior Completo	4	5,3	3	3,7	
Ensino Superior Incompleto	7	9,2	2	2,5	
TIPO DE HABITAÇÃO/CASA					
Própria (Quitada)	24	31,6	15	18,5	0,1237
Alugada	39	51,3	52	64,2	
Financiada	9	11,8	6	7,4	
Outros	4	5,3	8	9,9	

*Teste G (Razão de Verossimilhança).

Fonte: A autora.

A Tabela 10 apresenta a associação entre WHOQOL-bref e a SWLS – traduzido, entre mulheres profissionais do sexo que atuam em casas de programa, Uberlândia-MG. Nota-se que todos os domínios da qualidade de vida possuem correlação estatística com quase todos os itens de avaliação de satisfação com a vida, exceto na relação entre o domínio 2-Psicológico e o item 2 (As minhas condições de vida são muito boas) ($p = 0,1647$). Destaca-se que o item 5 da escala de satisfação com a vida (Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada) não teve nenhuma correlação com os domínios do WHOQOL- BREF.

Tabela 10 – Associação entre WHOQOL-bref e *Satisfaction with Life Scale* (SWLS) – traduzido, entre mulheres profissionais do sexo que atuam em casas de programa, Uberlândia-MG, 2017 (N=158)

	A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que fosse.	As minhas condições de vida são muito boas.	Estou satisfeito (a) com a minha vida.	Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida que eu desejaria.	Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.
	p valor*	p valor*	p valor*	p valor*	p valor*
Domínio 1 – Físico	0,0089**	0,0000**	0,0000**	0,0075**	0,2154**
Domínio 2 – Psicológico	0,0029*	0,1647*	0,0000*	0,0002*	0,0742*
Domínio 3 – Relações Sociais	0,0000*	0,0004*	0,0000*	0,0000*	0,1335*
Domínio 4 – Meio ambiente	0,0000*	0,0000*	0,0000*	0,0000*	0,0661*

*Teste de ANOVA.

** Teste de Kruskal Wallis.

Fonte: A autora.

A Tabela 11 apresenta a associação entre WHOQOL-bref e *Self Report Questionnaire* (SQR-20) – traduzido, entre mulheres profissionais do sexo que atuam em casas de programa, Uberlândia-MG. Nota-se que há associação estatística significativa entre sintomas de transtorno mental comum e níveis menores de

WHOQOL-bref. Assim, os domínios: 1-Físico (N=157) $p=0,000$, com média para associação para presença de TMC de 59,87 (N=81); 2-Domínio Psicológico com 62,63 (N=81) de média para presença de TMC; 3-Relações Sociais com 45,06 para presença de TMC (N=81), e 4-Meio-ambiente, com 49,78 para presença de TMC (N=81).

Tabela 11 – Associação entre WHOQOL-bref e *Self Report Questionnaire* (SQR-20) – traduzido, entre mulheres profissionais do sexo que atuam em casas de programa, Uberlândia-MG, 2017 (N=158)

	Ausência de TMC		Presença de TMC		p valor*
	N	Média	N	Média	
Domínio 1 – Físico	76	73,61	81	59,87	0,0000*
Domínio 2 – Psicológico	76	68,09	81	62,63	0,0191**
Domínio 3 – Relações Sociais	76	66,45	81	45,06	0,0000**
Domínio 4 – Meio ambiente	76	63,01	81	49,78	0,0000**

*Teste Kruskal Wallis.

**Teste ANOVA.

Fonte: A autora.

A Tabela 12 apresenta associação entre a discordância nas respostas da variável 2, “as minhas condições de vida são muito boas”, ($p=0,0344$), onde 32,1% (N=25) das mulheres com presença de TMC discordam um pouco da afirmação, em contraposição a 15,8% (N=12) de mulheres sem presença de sintomas de TMC. O mesmo ocorreu com a variável 3, “estou satisfeito (a) com a minha vida”, ($p=0,0100$) e a presença de sintomas de TMC em níveis maiores; na qual 15,2% (N=12) das mulheres com presença de TMC discordam um pouco da afirmação, em contraposição de 6,6% (N=05) de mulheres sem presença de sintomas de TMC.

Tabela 12 – Associação entre *Satisfaction with Life Scale* (SWLS) – traduzido, e *Self Report Questionnaire* (SQR-20) – traduzido, entre mulheres profissionais do sexo que atuam em casas de programa, Uberlândia-MG, 2017 (N=158)

		Ausência de TMC		Presença de TMC		p valor
		N	%	N	%	
A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que fosse.	Discordo muito	19	25,0	30	37,5	0,1094
	Discordo um pouco	15	19,7	21	26,3	
	Não concordo, nem discordo	16	21,1	13	16,3	
	Concordo um pouco	22	28,9	11	13,8	
	Concordo muito	4	5,3	5	6,3	
As minhas condições de vida são muito boas.	Discordo muito	6	7,9	11	14,1	0,0344
	Discordo um pouco	12	15,8	25	32,1	
	Não concordo, nem discordo	18	23,7	15	19,2	
	Concordo um pouco	24	31,6	20	25,6	
	Concordo muito	16	21,1	7	9,0	
Estou satisfeito (a) com a minha vida.	Discordo muito	9	11,8	23	29,1	0,0100
	Discordo um pouco	5	6,6	12	15,2	
	Não concordo, nem discordo	12	15,8	12	15,2	
	Concordo um pouco	27	35,5	18	22,8	
	Concordo muito	23	30,3	14	17,7	
Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que eu desejaria.	Discordo muito	9	11,8	13	16,3	0,1343
	Discordo um pouco	11	14,5	18	22,5	
	Não concordo, nem discordo	10	13,2	11	13,8	
	Concordo um pouco	23	30,3	27	33,8	
	Concordo muito	23	30,3	11	13,8	
Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.	Discordo muito	30	39,5	43	53,1	0,1153
	Discordo um pouco	12	15,8	10	12,3	
	Não concordo, nem discordo	3	3,9	8	9,9	
	Concordo um pouco	13	17,1	10	12,3	
	Concordo muito	18	23,7	10	12,3	

*Teste G (Razão de Verossimilhança).

Fonte: A autora.

7 DISCUSSÃO

Com relação às informações sociodemográficas (Tabela 1), observou-se, quanto ao estado civil, que 75,9% das entrevistadas declararam ser solteiras. Em outros estudos, a taxa encontrada foi semelhante. No Ceará, 74,1% das mulheres profissionais do sexo declaram-se solteiras, na pesquisa em São Paulo 76,0%, e na de João Pessoa, 71% (AQUINO et al., 2008; GOUVEIA et al., 2010; SALMERON; PESSOA, 2012).

Importante destacar que 4,4% das entrevistadas declararam ser casadas e 10,8% mantém relação estável, e em outros estudos a taxa foi maior. Em um município no norte do Paraná, 37,5% (N=3) possuíam companheiro (COSTA et al., 2014). Demonstra-se que o desempenho das atividades não as impede de manter um relacionamento estável. Mas, durante a realização das entrevistas, grande parte das profissionais do sexo relataram que os parceiros desconhecem suas atividades, aos quais dizem que têm outra profissão, bem como afirmaram que os companheiros que sabem utilizam de seus ganhos em benefício próprio.

No estudo de Krumrei-Mancuso (2017), com mulheres profissionais do sexo da Holanda, quanto à vida familiar, 30,7% eram solteiras sem filhos, 20,5% eram solteiras com crianças, 13,6% eram casadas ou com união estável sem filhos, e 9,1% eram casadas ou com união estável e com filhos.

Quanto à etnia (Tabela 1), 51,9% afirmaram serem pardas e 26,3% branca/caucasiana. Em Porto Alegre, 66,6% informaram serem brancas (SCHREINER et al., 2004). Fato que justifica essa diferença seria a região Sul do país possuir mais descendentes europeus e nas demais regiões do país ocorrer maior miscigenação.

Com relação à escolaridade/alfabetização (Tabela1), 99,4% declararam serem alfabetizadas. Constatou-se que 34,2% possuem ensino médio completo, seguido de 28,5% com ensino médio incompleto. No estudo em São Paulo, 58% declararam ter ensino médio, para os autores, ter nível sociocultural melhor propicia maior rendimento e condição de trabalho melhor (SALMERON; PESSOA, 2012).

Comparado a outros estudos, encontrou-se baixa escolaridade, com 62,5% das mulheres com ensino fundamental incompleto no norte do Paraná, e 46,9% com

ensino fundamental, em Fortaleza (COSTA et al., 2014; NICOLAU; AQUINO; PINHEIRO, 2008).

Quanto ao tipo de habitação/casa (Tabela 1), 58,2% declararam que residem em casa alugada. No estudo em São Paulo foi de 56,0% a informação (SALMERON; PESSOA, 2012).

De acordo com a Tabela 2, os dados encontrados para a variável idade foram entre 18 e 62 anos, com média de 27,49. Idade inferior a outros estudos, como o realizado em Porto Alegre, de 29,6 e em Fortaleza, de 31,8 (COSTA et al., 2014; SCHREINER et al., 2004). Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Krumrei-Mancuso (2017), onde a amostra com 88 participantes do sexo feminino tinha mulheres entre 20 e 70 anos, com média de 33,45.

No estudo realizado em Chittagong, Bangladesh, a idade média para início no trabalho sexual é de 18,5 anos, e algumas mulheres começam já com 10 anos de idade (HENGARTNER, 2015). Comparado aos dados apresentados por esses estudos, a presente pesquisa deparou-se com uma idade média feminina inferior aos demais estudos, com exceção do de Bangladesh, demonstrando que as mulheres estão cada vez mais cedo desempenhando a profissão, o que pode ser em decorrência do nível de escolaridade, que não propicia melhores condições de trabalho e rendimento, e desempenhar a profissão de profissional do sexo vislumbra um retorno financeiro rápido com esforços mínimos.

Com relação aos anos de estudo (Tabela 2), o mínimo encontrado foi de 3 anos e o máximo de 17 anos, com média 10,23. Dado que não foi explorado em outros estudos brasileiros analisados, e que pode sofrer variação em decorrência da idade e região (SALMERON; PESSOA, 2012). Além disso, na maioria das vezes as mulheres com menos anos de estudo que escolhem a prostituição são excluídas de aprendizagem e sem perspectiva profissional (NICOLAU; AQUINO; PINHEIRO, 2008). No estudo de Krumrei-Macuso (2017), 15,9% relataram ter cursado faculdade, 25% escola profissionalizante, 22,8% o ensino médio e 8% a escola primária.

Ao perguntar sobre a renda familiar (Tabela 2) das participantes, muitas perdem a noção do ganho mensal por receberem diariamente, além do fato de utilizá-lo nos próprios locais para o consumo de bebidas e drogas. Tendo sido encontrado um mínimo de 300 e máximo de 10.000 reais, com média de 3.016,56. Valor um pouco acima quando comparado a outros estudos, em que a média foi de 1

e 3 salários, como no do norte do Paraná, com 62,5% (1 e 3 salários), Fortaleza 51,9% (1 e 3 salários), São Paulo 46% (1 e 3 salários) (COSTA et al., 2014; NICOLAU; AQUINO; PINHEIRO, 2008; SALMERON; PESSOA, 2012). Vale lembrar de que o valor do salário mínimo na época do estudo era de 937,00 reais.

No estudo de Krumrei-Mancuso (2017), o dinheiro obtido através da prostituição por semana era de 50 a 1500 euros, com uma média de 592,27 euros por semana. O que em questão de conversão da moeda para a utilizada no Brasil, seria o equivalente a R\$ 4,24 centavos. Ou seja, um ganho em média de R\$2511,22 por semana, que poderia ser de R\$ 212,00 a R\$ 6360,00, dentro do encontrado neste estudo. No estudo com 89 profissionais do sexo, de Hong Kong, entre outubro de 2003 e fevereiro de 2004, mais da metade das mulheres relataram ganhar US\$ 641 por mês (59,6%), e cerca de um terço referiu ganho entre US \$ 641 e US \$ 1282 por mês (34,8%) (WONG et al., 2006). Dados que convertidos para a nossa moeda corrente no período acima referido variaram entre R\$2,85 a R\$2,91, ou seja, sofreram variação de R\$ 1826,25 por mês e entre R\$1826,25 e R\$1865,31 a R\$3653,70 e 3739,62. Valor que, segundo os autores, era gasto com seus dependentes, restando pouco para si.

A avaliação da qualidade de vida não é uma tarefa simples. Para exemplificar estudos realizados em adultos com a população geral em países ricos que utilizaram o WHOQOL Bref, como, por exemplo, no estudo realizado no Brasil com 751 indivíduos em Porto Alegre, os resultados foram domínio 1-Físico com um escore médio de 58,9, inferior aos demais domínios, 2-Psicológico de 65,9, 3-Relações Sociais de 76,2 e Meio-ambiente de 59,9 (CRUZ, et al., 2011). Já outros estudos realizados em países pobres como Uganda, com 446 entrevistados no centro de Uganda, obteve escore médio para o domínio 1-Físico de 12,34, 2-Psicológico de 13,04, 3-Relações Sociais de 12,90 e 4-Meio ambiente de 11,9 (MUHWEZI; OKELLO; TURIHO, 2010).

Quanto à qualidade de vida, nos domínios do WHOQOL-bref, o domínio 1 (Físico) apresentou relevância estatística ($p=0,00495$) e nível de satisfação com um escore médio de 66,48 ($dp\pm 16,02$) superior aos demais domínios. Já os domínios 2 (Psicológico), 3 (Relações Sociais) e 4 (Meio-ambiente) não tiveram significância estatística, com 65,34, 55,38 e 56,21 ($p=0,4022$, $p=0,2248$ e $p=0,9395$), respectivamente. E o menor escore médio ($dp\pm 24,26$) foi o do domínio 3 (Relações Sociais) com média de 55,3.

No estudo de Fleck et al. (2000), realizado em Porto Alegre com $n=300$, sendo 50 indivíduos voluntários controle e 250 pacientes, os indivíduos controle apresentaram escores superiores em cada um dos quatro domínios, sendo que os domínios 1 (Físico) e 2 (Psicológico) discriminaram de forma estatisticamente significativa um grupo do outro (Físico: 16,6 (controle) e 13,4 (paciente) e Psicológico 15,6 (controle) e 14,5 (paciente)) com $p=0,0001$ e $p=0,01$, respectivamente. E o domínio 4 (Meio ambiente) apresentou teste de significância limítrofe (14,0 (controle) e 13,4 (paciente) com $p=0,006$ e o domínio 3 (relações sociais) não apresentou diferença estatisticamente significativa entre ambos (15,5 (controle) e 15,3 (paciente) com $p=0,66$).

Com relação ao domínio físico, possui relação com algumas necessidades humanas básicas quando associa-se dor física, energia para o dia a dia, mobilidade, sono e desempenho de atividades da vida cotidiana. Assim, as profissionais do sexo no presente estudo descreveram sua qualidade de vida no aspecto físico como sendo boa, mesmo que distante do considerado ideal de qualidade de vida, ou seja, com escore mais próximo de 100.

Já com relação ao domínio meio ambiente, compreendendo transporte, ambiente físico, atividades de lazer, disponibilidade de informações, cuidados de saúde e sociais, recursos financeiros e segurança, pode-se deduzir que as condições de trabalho inadequadas, vínculo, remuneração, dentre outros fatores podem influenciar no baixo escore na satisfação das entrevistadas.

No estudo com profissionais do sexo feminino encontradas em locais de prostituição em Criciúma, Santa Catarina, observou-se que ser profissional do sexo requer energia e disposição para o trabalho como qualquer outra profissão, apresentando-se psicologicamente estáveis, aceitando a situação em que estão inseridas e conformando-se com sua imagem corporal, mas que convivem com a discriminação, não só pelo fato de ser mulher bem como pelo agravante de ser profissional do sexo. Observou-se que as prostitutas mantêm relação de amor e admiração pelos filhos, demonstrando preocupação em mudar de vida, e estudar para dar exemplo aos filhos. Além da insegurança pelo medo de serem agredidas pelo cliente e policiais, e histórias de insultos verbais (DUARTE; VANZ, 2008).

Quanto ao nível de satisfação com o trabalho, algumas mulheres são pressionadas, enquanto outras escolhem o trabalho sexual como resultado de situações angustiantes, e outras ainda se dedicam ao trabalho sexual para serem

gerentes e oferecerem locais seguros para outras mulheres atenderem clientes (SARDANA; MARCUS; VERDELI, 2016).

Duarte e Vanz (2008) observaram melhor percepção da qualidade de vida das profissionais do sexo no aspecto físico (domínio 1) e psicológico (domínio 2), seguidos de relações sociais (domínio 3) e meio ambiente (domínio 4).

Shukla e Mehrotra (2014), em estudo com 30 mulheres profissionais do sexo em Kucknow-Índia, observaram que, dos quatro domínios avaliados de qualidade de vida, obteve-se maior correlação do psicológico, e que à medida que este aumentava, aumentava também a qualidade de vida das profissionais do sexo. Obteve-se como correlação entre os domínios físico (0,614), psicológico (0,752), social (0,456), meio-ambiente (0,710) e qualidade de vida. E a média encontrada com relação aos domínios foi de 14,93 (1-físico), 10 (2-psicológico), 6,633 (3-relações sociais) e 12,83 (4-meio ambiente). Da mesma forma, se o domínio 4-meio ambiente indica que as trabalhadoras do sexo vivem melhor, melhor será sua saúde física e consequente melhoria na qualidade de vida. E o domínio 3 – relação social teve o menor valor de correlação, demonstrando ter menos efeito sobre a qualidade de vida.

Com relação à satisfação com a vida (Tabela 4), percebe-se que 31,4% das profissionais (N=49) relataram discordar muito com relação à vida parecer, em quase tudo, com o que desejaria que fosse; 28,6% das profissionais (N=44) concordam um pouco de que suas condições de vida são boas. Relatam estarem satisfeitas com suas vidas concordando um pouco 29% (N=45), e que até agora têm conseguido as coisas importantes da vida que desejaram 32,1% (N=50). Mas, quando questionadas sobre se pudessem recomeçar a vida, não mudariam quase nada, quase a metade das profissionais (N=73), 46,5%, responderam que discordam muito, ou seja, se pudessem recomeçar a vida mudariam.

Satisfação com a vida, felicidade ou prazer são as definições dadas pelos leigos ao Bem-Estar Subjetivo (BES). Não há consenso em diversas publicações sobre o conceito de BES. Seria para alguns autores o sinônimo de qualidade de vida experimentada, com indivíduos com alto nível de BES, satisfeitos e felizes, identificando-se um elemento intelectual (satisfação) e outro emocional (como bem-estar, ou como estima) (COSTA; PEREIRA, 2007).

Quanto à qualidade de vida, divide-se em dois componentes principais: bem-estar objetivo, sendo consideradas as condições de vida (por exemplo, renda,

saúde, dentre outros) e o bem-estar subjetivo, caracterizado por experiências subjetivas e indicadores emocionais (GOUVEIA et al., 2010).

Assim sendo, a prostituição é vista como uma estratégia de sobrevivência que muitas mulheres encontram para satisfazer suas necessidades mais básicas, acreditando ser a felicidade o poder de consumir sem limites (CORREA; HOLANDA, 2012).

A felicidade entendida como característica é vista como dependente de habilidade a interpretar as experiências da vida de forma positiva, tendo as emoções breves a intervenção de fatores situacionais. A satisfação parece ser em função do tipo de objetivo que se pretende alcançar (COSTA; PEREIRA, 2007).

A felicidade é vista como uma emoção ou estado de sentimento, considerando que a satisfação de vida refere-se a um processo mais cognitivo, crítico. Condições insignificantes de bem-estar com a vida, em um estudo de Lewinsohn, Redner e Seeley (1991), resultariam em fator de risco para depressão iminente.

Existe uma ilusão de felicidade, buscando poder e status. Considera-se o sexo com os clientes também como razão para o prazer, ocultando práticas que não obtêm fora da profissão (CORREA; HOLANDA, 2012).

Trabalho, bons relacionamentos sociais, atividades de lazer também mostram boa relação com a felicidade. Considera-se também como determinante da felicidade, o indivíduo ser saudável, possuir vida familiar e amizades, além do fato de ser casado. Afirma-se que, em geral, pessoas casadas são mais felizes do que aquelas que são solteiras (LEWINSOHN; REDNER; SEELEY, 1991).

A satisfação ainda parece ser em função do tipo de objetivo que se pretende alcançar, seja uma experiência com perspectiva crescente ou decrescente, com o objetivo alcançado ou sendo a sua inviabilidade, ou seja, a acomodação a uma realidade inalterável. No primeiro caso, a satisfação da vitória e, no segundo, a da conformação. Esta última podendo levar a um sentimento de angústia, carência e injustiça, bem como o distanciamento às situações vigentes, buscando esforços para vencê-la (COSTA; PEREIRA, 2007).

A satisfação pode ser administrada no bom entendimento e modificada no mau entendimento, segundo Michalos (1980, apud LEWINSOHN; REDNER; SEELEY, 1991), sendo um bem-estar subjetivo, que diz respeito à satisfação consigo mesma e com o ambiente em que está inserida, tomando a vida como um

todo. Um fundamento para a felicidade que, não atendida, determinaria a infelicidade (GOUVEIA et al., 2010).

Quanto à satisfação com a vida, a Tabela 5 aponta para o quanto as participantes concordam ou discordam com os itens cognitivos globais de satisfação com a vida. As entrevistadas demonstraram não estarem tão satisfeitas com suas vidas, como desejavam que fosse e se pudessem recomeçar suas vidas mudariam algo, já com relação às condições de vida serem muito boas e terem conseguido coisas importantes da vida que desejaram, demonstraram leve satisfação.

Assim, manifestaram suas experiências subjetivas referentes ao bem-estar subjetivo, ou seja, a satisfação consigo mesmas e com o ambiente em que estão inseridas.

No estudo com profissionais de enfermagem na Região do Cariri Cearense (2017), podemos observar que as maiores médias, em termos de concordar totalmente, também foram nos itens 3 – “estou satisfeito (a) com minha vida” e 4 – “dentro do possível tenho conseguido coisas importantes que quero da vida” (8% em cada um, respectivamente), refletindo um sentimento de autorrealização (MOREIRA; SUGETTE; BEZERRA, 2017).

Hengartner et al. (2015), em uma pesquisa com 224 mulheres profissionais do sexo em Chittagong-Bangladesh, obteve como resposta que as participantes têm vontade de abandonar o trabalho sexual, mas que trabalham como profissionais do sexo para sustentar a família, e também porque eram obrigadas a isso.

A dimensão satisfação com a vida é um julgamento da percepção do indivíduo de algum domínio específico em algum momento da vida; uma concepção e avaliação geral da própria vida, bem como uma comparação com o meio social, cultural e histórico no qual está inserido (SCORSOLINI-COMIN, 2009).

O dinheiro não é tão importante quando as necessidades básicas são contempladas. Riqueza (bem-estar material) e felicidade/satisfação com a vida (bem-estar subjetivo) podem não ter relação alguma. A vida para o indivíduo é boa, mas poderia ser considerada melhor ou pior (GOUVEIA et al., 2010).

A satisfação pode ser em decorrência do que se almeja alcançar. Indivíduos satisfeitos possuem metas mais agradáveis, fáceis e importantes do que indivíduos insatisfeitos com objetivos com recompensa em longo prazo, gerando pouca motivação a curto prazo (COSTA; PEREIRA, 2007).

Estudos têm mostrado que fatores como dinheiro, segurança material, e ostentação, não são garantia de felicidade, qualidade de vida e segurança (SCORSOLINI-COMIN; RUWER, 2010).

No oposto destes estudos, os pesquisadores entendem que, no Ocidente, os chineses identificam a felicidade como uma sensação de satisfação e bem-estar subjetivo. Conceitos de bondade fazem parte da cultura chinesa, mas a palavra felicidade é nova na língua chinesa, que a associa à saúde física, abundância material e vida tranquila, sem desejo de morte. Já na Tailândia está relacionada a fatores inter e intrapessoais, bem como boa saúde e renda associadas ao bem-estar subjetivo. O sentimento positivo sobre o bem-estar econômico relativo, como fundamental para a felicidade (MONK-TURNER; TURNER, 2010).

Assim, compreender o bem-estar subjetivo implica autoavaliação do indivíduo de sua vida. Este pode receber outras denominações, tais como satisfação, afeto positivo, felicidade, estado de espírito, e também ser considerado como uma avaliação subjetiva da qualidade de vida para alguns autores, mas são definições que se encontram em desenvolvimento (ALBUQUERQUE; TRÓCCOLI, 2004).

Em relação aos sintomas de transtorno mental comum (Tabela 6), 51,6% (N=81) das mulheres entrevistadas nas casas de programa, Uberlândia-MG, apresentaram algum. Obteve-se como resultado que, 74,4% (N=116) assinalaram que se sentem nervosas, tensas ou preocupadas; 60,3% (N=94) têm se sentido tristes ultimamente; 55,6% (N=85) têm dificuldades para tomar decisões; 54,9% (N=84) dormem mal, e 45,8% (N=71) disseram ter dificuldades no serviço não, lhe causa sofrimento).

A prevalência de TMC na pesquisa com mulheres usuárias de um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) da região Nordeste de Canoas/RS foi de 52,1%, o que indica ser superior na população em estudo. Estudos internacionais demonstraram uma prevalência de TMC entre 24,6% e 45,3% no público geral (KASPPER; SCHERMANN, 2014; RIBEIRO et al., 2009).

No estudo de Hengartner et al. (2015), verificou-se que a prevalência de transtornos mentais estava associada a diferentes motivos, sendo menos comum em mulheres que foram forçadas a entrar no negócio, e mais prevalentes nas mulheres que fizeram esse trabalho para prover suas famílias e quitar suas dívidas. Embora algumas mulheres entrem voluntariamente na indústria do sexo comercial, a maioria

é forçada, apresentando uma grande variedade de características e motivações, seja pelo tráfico ilegal, droga, pobreza, abuso ou coerção.

No estudo com mulheres cadastradas na Associação de Prostitutas de Minas Gerais (Aprosmig), a prevalência global de provável TMC obtida por meio do SRQ foi de 57,9%, bem mais elevado que o encontrado na população geral. No Brasil, a prevalência populacional de TMC observada em diversos estudos variou em torno de 38%, ocorrendo com maior frequência em mulheres (acima de 40%) (VIDAL et al., 2014). No estudo de Hengartner et al. (2015), a estimativa de qualquer tipo de transtorno mental foi de 38,6%, dado bem acima da média de prevalência medida na população geral, que era de 12,2 e 16,1% em Bangladesh.

No estudo de Suresh, Furr e Srikrishnan (2009), realizado com 57 mulheres profissionais do sexo na cidade de Chennai-Índia, constatou-se que aproximadamente 11% das participantes relataram ter um pouco de transtorno de estresse pós-traumático, 42% moderado, 35% bastante e 12% relataram sintomas no nível máximo; 89% das trabalhadoras do sexo, portanto, declararam níveis de transtorno de estresse pós-traumático moderados a máximos.

Os autores afirmaram ainda que profissionais do sexo que foram vítimas de violência no trabalho têm maior possibilidade de evoluir para depressão e transtorno de estresse pós-traumático. Para as profissionais, o trabalho sexual não é visto como estressante ou humilhante, mas a violência que enfrentam é mais angustiante e dolorosa, especialmente quando ocorre com mais frequência. Geralmente as mulheres que foram identificadas como tendo transtorno de estresse pós-traumático e depressão grave referiram sofrimento constante em sua vida, negligência na infância, miséria, violência no trabalho e abuso sexual adulta, sendo quase 95% vítima de negligência e violência pelos companheiros viciados em álcool ou drogas.

O transtorno de estresse pós-traumático caracteriza-se por exposição a um acontecimento com possível ameaça de morte ou lesões profundas para si ou para outros, com consequente medo, desproteção ou pânico, desencadeando sintomas como sofrimento, esquiva de impulsos a ele relacionados e excitação constante (FIGUEIRA; MENDLOWICZ, 2003).

Sardana, Marcus e Verdeli (2016), em estudo com 60 profissionais do sexo na Índia rural, identificaram vários desafios na saúde mental com altos níveis de sofrimento psicológico, com 66,7% mulheres com ideação suicida, 80% concordaram com o desejo de morte, e 38,3% concordaram com a ideia de autoextermínio

frequente. As mulheres relataram a opção pelo trabalho sexual devido ao abuso emocional, pobreza e casamento infantil, em decorrência de agressão e infidelidade do marido, necessidade de apoio financeiro e ausência de apoio médico e social, importantes fatores para suas experiências de sofrimento e até ideação suicida. Recorrendo à fé quando necessitaram de suporte à saúde mental e não havia ninguém para ouvi-las.

Assim, o instrumento de pesquisa Self-Reporting Questionnaire (SQR) foi elaborado com o objetivo de avaliar os transtornos mentais em países em desenvolvimento. Considerando, para isso, o contexto cultural destes países e o impacto que esses problemas poderiam causar e a necessidade de uma avaliação adequada desses transtornos mentais (SANTOS; ARAUJO; OLIVEIRA, 2009).

Estudos epidemiológicos mostram que milhões de pessoas sofrem algum tipo de transtorno mental mundialmente e que essa quantidade vem aumentando progressivamente, principalmente nos países em desenvolvimento. No Brasil, ainda é muito pequeno o número de investigações epidemiológicas de base populacional, especialmente na área de saúde mental (MARAGNO et al., 2006).

Os sintomas neuróticos avaliados pela versão de 20 itens do SRQ (SRQ-20) aproximam-se dos TMC, que se caracterizam por sintomas não psicóticos, como dificuldade de concentração, fadiga, insônia, esquecimento, irritabilidade e queixas somáticas. No Brasil, a análise do desempenho do SRQ-20 até então é restrita (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008; SANTOS et al., 2010).

Os TMC também compreendem os quadros ansiosos, depressivos e somatoformes classificáveis nos manuais diagnósticos, o que indica que o indivíduo pode ter necessidade de terapia medicamentosa e atenção individual em saúde mental. Ou seja, é uma população que necessita de cuidados, mas não necessariamente é portadora de um diagnóstico padrão encontrado nos manuais (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008; MARAGNO et al., 2006).

A profissional do sexo encontra como inconvenientes ao procurar atendimento em saúde mental o estigma verificado ao falar sua condição de trabalhador sexual, dificuldade de expressar o transtorno mental além de serviços de saúde mental inadequados. Assim, sugere-se um modelo de redução de danos, com conhecimentos de cuidados e prevenção em saúde, segurança ocupacional e educação entre pares (SARDANA; MARCUS; VERDELI, 2016).

Na maioria das vezes, esse quadro de TMC não faz o indivíduo procurar o atendimento necessário e, muitas vezes, quando procura, é subdiagnosticado, podendo, desta forma, não receber o tratamento adequado (MARAGNO et al., 2006).

Regra à parte, foi encontrado no estudo de Sagtani et al. (2013), com mulheres profissionais do sexo no Leste do Nepal ($n=210$), a prevalência de depressão de 82,4%. Já no estudo realizado na Nova Zelândia com, 29 mulheres profissionais do sexo, verificou-se que a frequência de problemas de saúde mental não era superior ao da amostra geral, mas com relação à exposição ao abuso sexual e físico de adultos houve aumento (ROMANS et al., 2001).

É um consenso na literatura a associação entre os TMCs e o baixo nível de estudo, baixa renda, assim como a maior prevalência dessas manifestações em mulheres, em comparação com homens (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002; MARAGNO et al., 2006).

As profissionais do sexo, como uma categoria marginalizada, estão predispostas à saúde mais vulnerável que outras categorias semelhantes da população. Devido a fatores como situações precárias de trabalho, períodos longos de trabalho, maior risco à agressão física ou sexual e dificuldade de admissão ao sistema de saúde (VIDAL et al., 2014). Os efeitos nocivos do trabalho como profissional do sexo se acumulam ao longo do tempo e os danos psicológicos esgotam-se e o indivíduo não é capaz de lidar com tais adversidades, o que implica no aumento do risco de um transtorno mental enquanto membro desta indústria do sexo (HENGARTNER, 2015).

São profissionais vítimas de violência no ambiente de trabalho dos mais diversos tipos, tendo como agressores clientes, cafetões e a polícia, manifestando transtorno do estado emocional, com sintomas dos mais variados, como por exemplo, traços perturbadores, taquicardia, exaustão, dentre outros, quando se lembram desses episódios estressores (SURESH; FURR; SRIKRISHNAN, 2009).

A Tabela 7 evidenciou a associação do Domínio 1 Físico com o grau de escolaridade e anos de estudo, com $p=0,0207$ e $p=0,0027$, respectivamente. Ou seja, quanto maior a escolaridade e consequente ano de estudo, melhor a qualidade de vida com relação aos domínios físicos.

Houve também correlação estatística significativa entre a renda familiar e o domínio 1 Físico ($p=0,0133$) e o domínio 4 Meio Ambiente ($p=0,0009$). Desta forma,

as mulheres que declararam ter renda melhor, apresentaram os domínios físico e meio ambiente satisfatório.

No estudo de Duarte e Vanz (2008), com 54 mulheres profissionais do sexo da região de Criciúma, não houve descrição entre a associação das características sociodemográficas e o WHOQOL-bref. Entretanto, se tivesse conhecimento existia a possibilidade de mudar de vida ou um futuro melhor, com relação ao domínio psicológico embora a maioria tenha apresentado baixo nível de escolaridade.

Comparando ao estudo de Cruz et al. (2011), com a população geral de Porto Alegre, encontramos escores semelhantes, onde quanto maior a classe econômica e os anos de estudo, melhor a qualidade de vida com relação aos domínios 1 (físico) ($p < 0,001$ e $0,014$, respectivamente), 2 (psicológico) ($p = 0,001$, $0,002$, respectivamente), 3 (relações sociais) ($p = 0,045$ e $0,048$, respectivamente) 4 (meio-ambiente) ($p < 0,001$ e $0,000$, respectivamente).

No estudo realizado por Wong et al. (2006), com 89 mulheres profissionais do sexo recrutadas na rua, os resultados foram consideravelmente menores no WHOQOL-bref em comparação às trabalhadoras não profissionais do sexo. A idade média foi de 36,1 anos, com nível de educação até o ensino médio de 84,2%, e das trabalhadoras não profissionais do sexo com 40,4%.

Valores próximos foram observados no estudo de Holroyd et al. (2008), com 89 mulheres profissionais do sexo de rua em Hong Kong, com idade média de 36,1 anos, e que em sua maioria não receberam mais do que a educação básica, sendo cerca da metade das mulheres pesquisadas casadas (49,4%). Os escores médios das profissionais do sexo foram 12,56; 12,18; 1,96 e 12,10 nos domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, respectivamente. Conclusões que, quando confrontadas com as trabalhadoras não profissionais do sexo foram estatisticamente e consideravelmente menores em todos os domínios, com exceção das relações sociais ($p = 0,83$). Eles descreveram uma baixa satisfação geral com a qualidade de vida (2,69 em comparação com 3,55 em trabalhadoras não-sexuais; $p < 0,002$), mas uma satisfação semelhante com o estado geral de saúde (3,63 vs. 3,47 em trabalhadoras não-sexuais; $p = 0,32$).

Delgado et al. (2016), em estudo na cidade de Bucaramanga-Colômbia, com 60 mulheres profissionais do sexo, verificaram com relação à saúde física que há um prejuízo associado ao esgotamento em virtude dos altos níveis de risco metabólico e

cardiovascular, do tempo de atividade na prostituição, e problemas relacionados ao consumo de álcool, substâncias psicoativas e tabaco.

No estudo de Holroyd et al. (2008), verificou-se, após análise, que as profissionais do sexo obtiveram no domínio ambiental 12,10, dado que, quando comparado à população geral, alcançou resultados estatisticamente significativos menores, com muitas mulheres afirmando sentirem-se inseguras e presas devido a ameaças ambientais. Fatores como recursos financeiros escassos, ausência de habitação e lazer, insuficientes para suas necessidades básicas, podem refletir em um ambiente de trabalho perigoso, contribuindo para maior ansiedade em comparação a outras questões de qualidade de vida, além de fatores como o trabalho e moradia no mesmo local, jornadas de trabalho muito longas e o risco de assédio policial e público em virtude de trabalharem nesses locais.

Com relação à associação entre características sociodemográficas e Satisfaction with Life Scale (SWLS) – traduzido, (Tabela 8), observou-se que houve relação entre a etnia ($p=0,0301$) e tipo de habitação/casa ($p=0,0046$) com a variável “Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada”. Onde 5,3% ($n=81$) declararam etnia parda, quanto a se pudessem recomeçar a vida discordaram muito, ou seja, mudariam alguma coisa, e 58% ($n=91$) que declararam possuir habitação/casa alugada, não discordaram e nem concordaram em que se pudessem recomeçar a vida, mudariam alguma coisa.

No instrumento de estudo SWLS, os quatro primeiros itens apresentam uma orientação no presente, enquanto o item 5 apresenta uma orientação passada.

O SWLS avalia o conceito de satisfação de vida com o julgamento do indivíduo sobre sua vida, com base nos seus valores ao invés de uma lista imposta pelo pesquisador (GOUVEIA et al., 2009).

Nos diversos estudos referenciados por Monk-Turner e Turner (2010) com mulheres que trocam sexo por dinheiro na China e Tailândia e homens que trocam dinheiro por sexo na China, a satisfação com a vida estava relacionada positivamente à boa saúde, casamento e renda e em países de baixa renda a educação também foi associada positivamente a um melhor bem-estar. A relação entre idade e satisfação entre jovens e homens mais experientes foi de que ficavam mais felizes em comparação com outros. Não encontraram diferenças significativas no bem-estar relatado por gênero, idade ou saúde (para a amostra geral); no entanto, essas variáveis foram significativas em trabalhos anteriores explorando

diferenças de bem-estar entre indivíduos na China urbana. Na China, a idade foi um preditor de bem-estar para mulheres mais jovens. Já na Tailândia as mulheres com maior nível de estudo e lucro significativo tiveram maior perspectiva de referir felicidade.

Sentimentos como depressão e humilhação são identificados no nível de bem-estar emocional, atribuíveis à frequente exposição à marginalização, insatisfação, estigmatização, abuso e recusa do direito a uma vida digna. As mulheres pesquisadas em Bucaramanga não tiveram auxílio social, familiar, emocional ou econômico, tomando suas decisões de forma autônoma (DELGADO et al., 2016).

Com relação à associação entre características sociodemográficas e o SQR-20 traduzido (Tabela 9), que avalia a presença/ausência de sintoma de transtorno mental comum em mulheres profissionais do sexo que atuam em casa de programa, Uberlândia-MG, verificou-se que não houve associação entre os caracteres sociodemográficos e TMC.

Em estudos realizados na Holanda, país que reconhece a prostituição como ocupação regular, verificou-se que depressão e transtorno de estresse pós-traumático estavam entre as características de saúde mental mais analisada na pesquisa sobre mulheres na prostituição. Nesses estudos, a proporção de mulheres atingiu graus elevados de depressão, que variou de 10 a 100%, e a proporção de mulheres com estresse pós-traumático variou de 13 a 89% (KRUMREI-MANCUSO, 2017).

Nesse estudo, verificou-se ainda que a educação foi associada a maior atenção na conquista, com relacionamentos mais relevantes, respeito e menos sintomas depressivos, somado a isso, quanto à variável idade, quanto maior, menor era a expectativa de conseguir outra opção de emprego.

Nos países ocidentais, a depressão é um dos transtornos mentais mais comuns, sendo responsável pelo aumento de morbimortalidade de condições médicas e diminuição da qualidade de vida. Tem como fatores importantes na variabilidade da prevalência dados sociodemográficos como idade, sexo, estado civil, educação e renda (AKHTAR-DANESH; LANDEEN, 2007).

Quanto à associação entre depressão e o tratamento para uso de substâncias para indivíduos envolvidos na prostituição, nas pesquisas analisadas na Holanda não foram encontradas diferenças, sendo estas somente associadas ao grau de

ansiedade e número de tentativas de suicídio. A liberdade e violência que as mulheres vivenciam também foram temas na literatura que explicaram as taxas de prevalência relatadas de depressão e estresse pós-traumático entre mulheres em prostituição. Estes fatores são influenciados pelo contexto legal e sociocultural em que a prostituição é praticada (KRUMREI-MANCUSO, 2017).

Rössler et al. (2010), em estudo com 193 mulheres profissionais do sexo em Zurique-Suíça, obtiveram a idade média de 32,1 anos, com variação de 18 a 63 anos; dois terços tinham uma educação básica e uma minoria não tinha nenhum estudo. Cerca de 40% das mulheres afirmaram apreciar esse trabalho, e aproximadamente um terço das mulheres ofereciam serviços sexuais por desinteresse. Dessa forma, o trabalho sexual, evidentemente, significa motivos muito particulares, e tem outros motivos importantes como de pagar dívida, adquirir droga, suporte financeiro à família e não serem capazes de encontrar outro emprego. A renda média de mais de 1000 euros por semana era relativamente elevada em comparação com a renda mensal média de 3600 euros da população suíça geral em 2004 (valor do euro em 2004 aproximadamente R\$3,63).

A associação entre qualidade de vida e satisfação com a vida entre mulheres profissionais do sexo que atuam em casas de programa, Uberlândia-MG (Tabela 10), demonstrou relação entre os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente com as variáveis 1, 3 e 4 que indicam satisfação com a vida do indivíduo parecendo em quase tudo que desejaria que fosse, estando satisfeita com a vida, bem como conseguindo as coisas importantes da vida que desejou, e que considera suas condições de vida muito boas (variável 2), o que tem associação com os domínios físico, relações sociais e meio-ambiente, respectivamente.

Holroyd et al. (2008) relataram que, enquanto as prostitutas aguardavam muitas horas os clientes, o ritmo de trabalho bem como a incapacidade de previsão do mesmo causava estresse e consequente insatisfação e piora na qualidade de vida.

Referindo-se à associação entre qualidade de vida e TMC (Tabela 11), entre mulheres profissionais do sexo que atuam em casas de programa, Uberlândia-MG, podemos observar que houve associação estatística significativa entre sintomas de TMC e níveis menores de qualidade de vida. Assim, o domínio 1-Físico (N=157), $p=0,000$, apresentou média para associação com ausência de TMC de 73,61 (N=76) e presença de TMC de 59,87 (N=81) e o 2-Domínio Psicológico (N=157), $p=0,0191$,

com 68,09 (N=76) para ausência de TMC e 62,63 (N=81) de média para presença de TMC.

Krumrei-Mancuso (2017) defendeu a hipótese de que qualidade de vida está associada a menores níveis de depressão e estresse pós-traumático quando o indivíduo possui desejo de transformação, boas relações, religião, emprego e aceitação em sociedade. E quando ocorre violência na prostituição resulta maior estresse pós-traumático.

Alguns estudos na Índia detectaram fatores de risco para transtornos mentais entre profissionais do sexo, incluindo a falta de recursos econômicos, educacionais e de saúde. Além disso, foi mencionada a desigualdade de gênero, o estupro e problemas na área de saúde reprodutiva e sexual como fatores de risco para TMC, como a ansiedade e depressão (SARDANA; MARCUS; VERDELI, 2016).

Hengartner et al. (2015), em estudo realizado em Bangladesh, ficaram surpresos ao observar que, entre as mulheres profissionais do sexo que estavam totalmente insatisfeitas com a qualidade de vida, a maior parte (60,2%) não manifestava transtorno mental, ao mesmo tempo em que no subgrupo de mulheres profissionais do sexo que estavam muito satisfeitas com sua vida, a maioria (61,1%) apresentou critérios para qualquer transtorno mental. Isso conduz à reflexão sobre se a conclusão foi devido a um ponto de vista deturpado de mulheres com transtornos mentais graves ou se realmente representa uma correlação assertiva entre satisfação e psicopatologia, o que pareceria absurdo.

Holroyd et al. (2008) afirmam que locais de trabalho e moradia inseguros podem ser motivo para maior ocorrência de sintomas de transtorno mental quando comparados com a população geral na análise da qualidade de vida no domínio psicológico do WHOQOL-BREF.

Verificando-se a satisfação com a vida e TMC (Tabela 12) observou-se a discordância nas respostas da variável “as minhas condições de vida são muito boas”, onde 3,1% (N= 5) das mulheres com presença de TMC discordam um pouco da afirmação, em contraposição de 15,8% (N=12) de mulheres sem presença de sintomas de TMC. O mesmo ocorreu com a variável 3 “estou satisfeito (a) com a minha vida” e a presença de sintomas de TMC em níveis maiores. Na qual 15,2% (N=12) das mulheres com presença de TMC discordam um pouco da afirmação, em contraposição a 6,6% (N=05) de mulheres sem presença de sintomas de TMC.

No estudo realizado por Krumrei-Mancuso (2017), os resultados indicaram que os níveis de sintomas depressivos eram mais baixos quanto mais tempo as participantes desejassem continuar na prostituição (25,6%) após melhoria grau de escolaridade. Observou-se também que o desejo de abandoná-la antecipou os níveis de depressão e estresse pós-traumático, representando 11,4% da variação nos sintomas depressivos além do grau de escolaridade. Considerando a intenção de sair da prostituição, a variância foi de 26% com relação ao estresse pós-traumático.

Informações atuais sugerem que um quarto da amostra do estudo na Holanda relatou que desejo sexual ou curtição fazem com que as profissionais permaneçam na prostituição, ao contrário de outros estudos realizados, em que 89% das mulheres, em nove países relataram desejo em sair da prostituição, diferente de 40% da amostra de um estudo na Suíça que relataram gostar de trabalhar na prostituição. Estes dados também mostram que a situação financeira leva a envolver-se na prostituição, gerando insegurança de que são capazes de conseguir outro emprego e sair da prostituição, relacionando-se a maiores sintomas de transtorno mental (KRUMREI-MANCUSO, 2017).

O receio de policiamento realça o estigma do trabalho sexual como responsável pela deturpação sexual e infecções sexuais. Na China, o Estado atua de forma enérgica, corretiva evidenciando as convicções de vulnerabilidade inadmissíveis do trabalho sexual, passível de colaborar para o sofrimento psicológico dessas mulheres profissionais do sexo (HOLROYD et al., 2008).

Comparado à população geral, estudos mostram que as taxas de transtornos mentais entre as prostitutas são superiores, bem como a necessidade de tratamento. As sequelas de saúde mental na prostituição têm sido argumentadas experimentalmente em populações variadas, com maior prevalência de sintomas como isolamento, sofrimento, depressão, fobia, abuso de drogas e álcool e transtorno de estresse pós-traumático, tendo como fatores desencadeantes a violência física e sexual, pobreza, abuso de substâncias, conhecimento dos riscos para a saúde e a estigmatização quando iniciam no mercado do trabalho sexual (SURESH; FURR; SRIKRISHNAN, 2009).

Rössler et al. (2010), concluem que é indispensável respeitar a diversidade do trabalho sexual feminino, assim como identificar várias associações de profissionais do sexo no que diz respeito a taxas de transtornos mentais. A violência a que as

profissionais do sexo feminino estão sujeitas constantemente é um significativo correlato de transtorno mental.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção desta pesquisa, com seu referencial teórico, análise dos resultados e discussão, revelou e correspondeu aos objetivos propostos ao assunto em questão, pois apresentou a ocorrência de sintomas de TMCs, qualidade de vida e satisfação com a vida e suas correlações entre mulheres profissionais do sexo. Verificou-se que as mulheres profissionais do sexo entrevistadas apresentaram médias baixas nos diferentes domínios semelhantes nos aspectos da vida, físico (66,48), psicológico (65,34), relação social (55,38) e ambiente (56,21), demonstrando baixa qualidade de vida nestes, pois, quanto mais próximo de 100, melhor a qualidade de vida.

E o mesmo ocorreu com relação à satisfação com a vida, demonstraram não estarem tão satisfeitas com suas vidas como gostariam que fosse e se pudessem recomeçar suas vidas mudariam algo, apresentando somente leve satisfação com relação às condições de vida serem muito boas e terem conseguido coisas importantes da vida que desejaram.

Com relação aos sintomas de transtorno mental comum, 51,6% das mulheres entrevistadas apresentaram algum sintoma de transtorno mental comum, dado este que, quando comparado a estudos internacionais, com prevalência de TMC entre 24,6% e 45,3% na população geral, se mostram elevados.

Assim, diante das hipóteses levantadas, verificou-se que a população do estudo apresentou nível sintomático de TMC acima da média populacional geral, bem como menores níveis de qualidade e satisfação com a vida.

Uma das limitações observadas neste trabalho foi na perda de dados pela recusa das profissionais em participar da pesquisa. Na avaliação feita sobre isso, é possível afirmar que essa dificuldade ocorreu pelo receio das mulheres profissionais do sexo de serem identificadas, mesmo sendo assegurado o anonimato, além do fato de algumas chegarem às casas somente quando a mesma ia abrir, dificultando o tempo necessário para a aplicação do instrumento de pesquisa.

Este foi o primeiro estudo a avaliar qualidade e satisfação de vida em uma população de mulheres profissionais do sexo e correlação com TMC no estado de Minas Gerais. Os instrumentos de avaliação permitiram avaliar os indicadores de

saúde mental (transtornos mentais comuns, qualidade e satisfação com a vida) de mulheres profissionais do sexo.

No decorrer da revisão de literatura e discussão desta dissertação, observou-se que a literatura nacional é escassa. O referencial encontrado reporta a estudos em sua maioria de países asiáticos, em que a cultura é bem diferente da brasileira. Em comum, foi encontrado que a prostituição é reconhecida em alguns países, mas a atividade exploratória sobre esta ilícita, levando estas mulheres a viverem no anonimato com medo de possíveis punições e a serem vulneráveis aos mais diversos tipos de violência e discriminação.

Constatou-se que existe uma carência de tratamentos para transtornos mentais, além da exploração, marginalização e estigmatização que as mulheres profissionais do sexo vivenciam, sendo ignoradas e criminalizadas em público e pelas políticas de saúde. Assim, como profissionais e formadores de opinião no campo da saúde pública, é preciso que a comunidade acadêmica reconheça que a profissional do sexo necessita de apoio profissional e acesso aos serviços de saúde, com tratamentos psicológicos e apoio social, trabalhando a prevenção e a redução de danos.

Para isso, faz-se necessário o desenvolvimento de mais estudos em relação à abordagem, acolhimento e atendimento às profissionais do sexo, com profissionais capacitados e sensíveis a acolhê-las e atendê-las em suas necessidades. Bem como é fundamental a disponibilidade de serviços sociais e econômicos para as que desejarem sair da prostituição.

Espera-se que esse conhecimento permita uma valorização das percepções dessa população em relação às diversas áreas de sua vida e, não somente aspectos prioritários para a prevenção a IST e AIDS.

Vale ressaltar que são necessários ainda estudos mais detalhados em todos os aspectos da prostituição, visto ser exercida por grupos heterogêneos.

REFERÊNCIAS

- AKHTAR-DANESH, N; LANDEEN, J. Relation between depression and sociodemographic factors. **International Journal of Mental Health Systems**, United Kingdom, v. 1, n.4, 2007. Disponível em: <<http://www.ijmhs.com/content/1/1/4>>. Acesso em: 28 out. 2017.
- ALBUQUERQUE, A. S.; TROCCOLI, B. T. Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 20, n. 2, p. 153-164, agosto de 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722004000200008&lng=pt_BR&nrm=iso>. Acesso em: 28 out. 2017.
- ALVES, F. L. Etnografia dos usos sociais do corpo da garota de programa. In: **Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad – RELACES**, Córdoba, n. 7. ano 3. p. 07-16, Dezembro-2011/março-2012.
- ANDRADE, M. C. C. Mulheres prostituídas. **Revista Videtur-Letras** [internet], 2001. Disponível em: <<http://www.hottopos.com/seminario/sem2/cris1.htm>>. Acesso em: 24 ago. 2014.
- AQUINO, P. S. et al. Perfil sociodemográfico e comportamento sexual de prostitutas de Fortaleza - CE. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 427-434, set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 ago. 2014.
- AQUINO, P. S.; NICOLAU, A. I. O.; PINHEIRO, A. K. B. Desempenho das atividades de vida de prostitutas segundo o Modelo de Enfermagem de Roper, Logan e Tierney. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 1, fev. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 ago. 2014.
- BARRETO, L. C. **Prostituição, gênero e sexualidade: hierarquias sociais e enfrentamentos no contexto de Belo Horizonte**. 2008. 154 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.
- BARRETO, L. C. **Somos sujeitas políticas de nossa própria história: Prostituição e feminismos em Belo Horizonte**. 2015. 287 f. Dissertação (Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas), Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.
- BARRETO, L. C.; GROSSI, M. P.; MAYORGA, C. Pensando a Prostituição, a Pesquisa e a Militância. **Anais do III Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades**, Salvador, Bahia, UNEB, junho 2013. Disponível em: <<http://www.uneb.br/enlacandosexualidades/files/2013/06/Pensando-a-prostitui%C3%A7%C3%A3o-a-pesquisa-e-a-milit%C3%A2ncia.pdf>>. Acesso: em: 31 jul. 2017.

BASTOS, J. L. D.; DUQUIA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 229-232, 2007. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/%20scientiamedica/article/viewFile/2806/2634>>. Acesso em: 08 jul. 2017.

BRASIL. IBGE. **Censo Demográfico**, 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/uberlandia/panorama>>. Acesso em: 01 dez. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Profissionais do sexo: documento referencial para ações de prevenção das DST e da Aids** / Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: [s.n.], 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1823, de 23 de agosto de 2012**. Aprova a Política Nacional de Saúde do Trabalhador. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Brasília, 24 ago. 2012; Seção 1, p.46-51.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. 2017. **CBO (Classificação Brasileira de Ocupações) Profissionais do sexo**. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/pesquisas/ResultadoFamiliaDescricao.jsf>>. Acesso em: 27 jul. 2017.

BRITO, J. **Resumo sobre "Exclusão Social e a nova desigualdade"**. 2008. Disponível em: <<http://ppgpsi-ufes.blogspot.com.br/2008/09/resumo-sobre-excluso-social-e-nova.html>>. Acesso em: 30 jul. 2017.

BUTLER, J. Regulações de gênero. **Cad. Pagu**, Campinas, n. 42, p. 249-274, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332014000100249&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 ago. 2017.

CARVALHO, E. R.; BORGES, S. M. **Babados e batalhas - A difícil vida fácil dos profissionais do sexo em Curitiba**. [2003]. Disponível em: <http://www.utp.br/tuiuticienciaecultura/TCC_online/Babados/Babados%20e%20batalhas-%20a%20dif%C3%ADcil%20vida%20f%C3%A1cil%20das%20profissionais%20do%20sexo%20em%20curitiba.doc>. Acesso em: 12 set. 2014.

COCHRAN, W. **Sampling Techniques**. 3. ed. New York: John Wiley & Sons, 1986.

COLLING, A. M.; TEDESCHI, L. A. (Org.). **Dicionário Crítico de Gênero**. Dourados-MS: UFGD, 2015.

CORREA, W. H.; HOLANDA, A. F. Prostituição e sentido de vida: relações de significado. **Psico-USF**, Itatiba, v. 17, n. 3, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712012000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 ago. 2014.

COSTA, A. B. et al. Situação de saúde de profissionais do sexo em um município do norte do Paraná. **Rev. Odontologia (ATO)**, Bauru, v. 14, n. 4, p. 257-276, abr. 2014. Disponível em: <http://www.actiradentes.com.br/revista/2014/textos/15RevistaATO-Saude_e_Sexo-2014.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2014.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2004.

COSTA, L. S. M.; PEREIRA, C. A. A. Bem-estar subjetivo: aspectos conceituais. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 59, n. 1, p. 72-80, 2007. Disponível em: <<http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/127/117>>. Acesso em: 06 ago. 2014.

CRUZ, L. N. et al. Quality of life in Brazil: normative values for the Whoqol-bref in a Southern general population sample. **Qual Life Res**, v. 20, p. 1123-1129, 2011. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9845-3>

CUNHA, L. A. **Mulheres em situação de prostituição**: um desafio à inclusão. Disponível em: <<http://proex.pucminas.br/sociedadeinclusiva/VIseminario/trabalhos.php>>. Acesso em: 31 ago. 2014.

DAMACENA, G. N.; SZWARCOWALD, C. L.; BARBOSA JUNIOR, A. Implementation of respondent-driven sampling among female sex workers in Brazil, 2009. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, supl. 1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 ago. 2014.

DeCS. **Descritores em Ciências da Saúde**. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>>. Acesso em: 12 nov. 2014.

DELGADO, N. et al. Evaluación de la calidad de vida en mujeres que ejercen la prostitución y participan en un programa de resocialización liderado por una Comunidad Religiosa en Bucaramanga. **Rev. Fac. Cienc. Salud UDES**, Bucaramanga, v. 3, n. 1, s. 1, p. 23-24, jan./jun., 2016.

DELL'AGNOLO, C. M. et al. Sintomas depressivos em mulheres Profissionais do Sexo. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 26, n. 3, p. 612-619, set./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/6600/6699>>. Acesso em: 20 out. 2016.

DIENER, E. et al. The Satisfaction with life scale. **Journal of Personality Assessment**, 49, 71-75, 1985. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13

DUARTE, R. O.; VANZ, D. Qualidade de vida das profissionais do sexo de Criciúma, Santa Catarina, Brasil. **Congresso Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder**, v. 22, n. 8, p. 1-7, 2008. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST26/Duarte-Vanz_26.pdf>. Acesso em: 06

ago. 2014.

ENGEL, M. **Meretrizes e doutores**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

FIGUEIRA, I.; MENDLOWICZ, M. Diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 25, supl. 1, p. 12-16, Junho 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462003000500004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 jan. 2018.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 2, abr. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101999000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 ago. 2014.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, abr. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 ago. 2014.

FONSECA, G. **História da Prostituição em São Paulo**. São Paulo: Resenha Universitária, 1982, p. 160.

FONSECA, M. L. G.; GUIMARÃES, M. B. L.; VASCONCELOS, E. M. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: Uma revisão bibliográfica. **Revista APS**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 285-294, 2008. Disponível em: <<https://aps.uff.br/emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/342/120>>. Acesso em: 28 jul. 2017.

FORTES, S. et al. Common mental disorders in Petrópolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 150-156, jun. 2011.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade 1: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. **História da Sexualidade 2: o uso dos prazeres**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

_____. **História da Sexualidade 3: o cuidado de si**. São Paulo: Paz e terra, 2014.

FRANÇA, G. V. **Prostituição: um enfoque político-social**. [2012]. Disponível em: <<http://www.derechoycambiosocial.com/revista029/Prostitui%C3%A7%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2014.

GARCIA, T. O. Pagando bem, que mal tem? Ponderações sobre a regulamentação da atividade do sexo, marginalização e criminalização. Congresso latino-americano de gênero e religião, 4., 2016, São Leopoldo. **Anais do Congresso Latino-Americano de Gênero e Religião**. São Leopoldo: EST, v. 4, 2016.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.
 GOLDBERG, D. P.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model**.
 Tavistock/Routledge, 1992.

GOUVEIA, V. V. et al. Life Satisfaction in Brazil: Testing the Psychometric Properties of the Satisfaction With Life Scale (SWLS) in Five Brazilian Samples. **Soc Indic Res** v. 90, p.267–277, 2009.
<https://doi.org/10.1007/s11205-008-9257-0>

GOUVEIA, R. S. V. et al. Se são prostitutas, por que são felizes? Correlatos materiais da satisfação com a vida. **Revista Bioética**, Brasília, v. 18, n. 3, p. 603-21, 2010. Disponível em:
 <http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/588/594>. Acesso em: 06 ago. 2014.

GUIMARAES, K.; MERCHAN-HAMANN, E. Comercializando fantasias: a representação social da prostituição, dilemas da profissão e a construção da cidadania. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 525-544, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2005000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 ago. 2014.

HENGARTNER, M. P. et al. Mental Health and Functioning of Female Sex Workers in Chittagong, Bangladesh. **Frontiers in Psychiatry**, v. 6, p. 176-181, 2015.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2015.00176>

HOLROYD, E. A., et al. Environmental health and safety of Chinese sex workers: A cross-sectional study. **International Journal of Nursing Studies**, n. 45, v. 6, p. 932–941, 2008.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.04.020>

JULIANO, D. El peso de la discriminación debates teóricos y fundamentaciones. In: OSBORNE, R (Ed.). **Trabajadoras Del sexo**: derechos, migraciones y tráfico en el siglo XXI. Barcelona: Edicions Bellaterra, Cap. 1, p. 43-55, 2004.

KASPPER, L. S.; SCHERMANN, L. B. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em usuárias de um Centro de Referência de Assistência Social de Canoas/RS. **Aletheia**, Canoas, n. 45, p. 168-176, dez. 2014.

KRUMREI-MANCUSO, E. J. Sex Work and Mental Health: A Study of Women in the Netherlands. **Arch Sex Behav**, n. 46, p. 1843-1856, 2017.
<https://doi.org/10.1007/s10508-016-0785-4>

LACAZ, F. A. C. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 151-161, 2000. Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 jul. 2017.

_____. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cad. Saúde Pública**; v. 23, n. 4, p. 757-766, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n4/02.pdf>>. Acesso em: 27 jul.

2017.

LEITE, G. **Transformadores 2012**. Site Trip transformadores. 2012. Disponível em: <<http://revistatrip.uol.com.br/transformadores/site/homenageados/index.php?cod=9>>. Acesso em: 24 ago. 2014.

LEWINSOHN, P. M.; REDNER, J.; SEELEY, J. R. The relationship between life satisfaction and psychosocial variables: New perspectives. **Subjective well-being: An interdisciplinary perspective**, p. 141-169, 1991.

LUDERMIR, A. B.; MELO FILHO, D. A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 213-221, abr. 2002.
<https://doi.org/10.1590/S0034-89102002000200014>

MARAGNO, L. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1639-1648, ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 jul. 2017.

MARINS NUNES, P. C. Prostituição, políticas públicas e relações de poder: prostitutas no exercício da sua profissão. **IX Seminário Internacional de Direitos Humanos da UFPB**, Brasil, out. 2016. Disponível em: <<http://www.ufpb.br/evento/lti/ocs/index.php/ixsidh/ixsidh/paper/view/4452/1784>>. Acesso em: 31 jul. 2017.

MARTINS, J. S. Exclusão social e a nova desigualdade. 2. ed. São Paulo: Paulus, 1997.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n.5, p. 341-349, 1991.
<https://doi.org/10.1590/S0034-89101991000500003>

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 ago. 2014.

MONK-TURNER, E.; TURNER, C. Subjective Well-being Among Those Who Exchange Sex and Money, Yunnan, China and Thailand. **Social Indicators Research**, v. 99, p. 13-23, 2010.
<https://doi.org/10.1007/s11205-009-9568-9>

MOREIRA, J. J. L.; SUGETTE, J. F. V.; BEZERRA, M. M. M. Satisfação e qualidade de vida em profissionais de enfermagem na Região do Cariri Cearense. **Id on Line Rev. Psic.**, Jaboaão dos Guararapes, v. 11, n. 35, p. 590-606, maio 2017. Disponível em: <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/762/1067>>. Acesso em: 31 jul. 2017.

MORIN, E. M. Os sentidos do trabalho. **Rev. adm. empres.**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 08-19, set. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902001000300002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 nov. 2017.

MOURA, E. B. B. Meretrizes e Doutores: saber médico e prostituição no Rio de Janeiro (1840-1890). **Revista de História**, São Paulo, n. 125-126, p. 163-169, jul. 1992. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revhistoria/article/view/64347/67018>. Acesso em: 27 jul. 2017.

MUHWEZI, W. W.; OKELLO, E.S.; TURIHO, A.K. Gender-based profiling of Quality of Life (QOL) of primary health care (PHC) attendees in central Uganda: a cross sectional analysis. **African Health Sciences**, v. 10, n. 4, p. 374-385, dez. 2010.

NEUHOLD, R. R. O conceito exclusão e seus dilemas. **Revista Urutágua** (Online), Maringá, PR, Brasil, v. n. 5, p. 19, 2004. Disponível em: http://www.urutagua.uem.br/005/19soc_neuhold.pdf. Acesso em 27 jul. 2017.

NICOLAU, A. I. O.; AQUINO, P.S; PINHEIRO, A. K. B. Caracterização social de prostitutas diante da visão integral da saúde. **REME Rev Mineira Enferm.**, Belo Horizonte, v. 12, n. 1, p. 11-16, 2008. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/232>. Acesso em: 06 ago. 2014.

OLIVEIRA, L. Os excluídos existem? Notas sobre a elaboração de um novo conceito. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 12, n. 33, p. 49-61, 1997. Disponível em: http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_33/rbcs33_04. Acesso em: 31 jul. 2017.

OLTRAMARI, L. C.; CAMARGO, B. V. Representações sociais de mulheres profissionais do sexo sobre a AIDS. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 9, n. 2, ago. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2004000200013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 ago. 2014.

PAIM, J. S. Vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D., FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 165-181.

PASINI, E. Limites simbólicos corporais na prostituição feminina. **Cadernos Pagu**, Campinas, SP, n. 14, p. 181-200, 2000. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8635351/3145>. Acesso em: 28 jul. 2017.

PAVOT, W.; DIENER, E. Review of the satisfaction with life scale. **Psychol Assess**, [S.l.], v. 5, p. 164-72, 1993.

PERES, W. S. Biossociabilidade contemporânea e a expressão travesti. **Revista de Psicologia da UNESP**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 8-17, 2002.

PINSKY, C. B.; PEDRO, J. M. (Org.). **Nova história das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2012.

PISCITELLI, A. On “gringos” and “natives”: gender and sexuality in the context o international sex tourism in Fortaleza, Brazil. **Vibrant**, v. 1, n. 1/2, p. 87-114, 2004.

PISCITELLI, A. Exploração sexual, trabalho sexual: noções e limites. **Seminário: Corpos, sexualidades e feminilidades**, UERJ, Rio de Janeiro, setembro de 2012. Disponível em:

<https://www.academia.edu/2390837/EXPLORA%C3%87%C3%83O_SEXUAL_TRABALHO_SEXUAL_NO%C3%87%C3%95ES_E_LIMITES_paper_apresentado_no_semin%C3%A1rio_Corpos_sexualidades_e_feminilidades_UERJ_setembro_de_2012>. Acesso em: 28 jul. 2017.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO (PUC-Rio). Breve histórico da Prostituição no Brasil. In: <http://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/tesesabertas/0912457_2011_cap_2.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2017.

PRIORE, M. L. M. (Org.). **História do amor no Brasil**. 10. ed. São Paulo: Contexto, 2017.

PRIORE, M. L. M; AMANTINO, M. S. (Org.). **História do corpo no Brasil**. São Paulo: Unesp, 2011.

RAGO, M. **Os prazeres da noite**. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

_____. Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar-Brasil 1890-1930. 4.ed. São Paulo: Paz e Terra, 2014.

RIBEIRO, W.S. et al. Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 31, s. 2, p. S49-57, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 ago. 2014.

RNP+: Rede Nacional de Pessoas Vivendo e Convivendo com HIV/AIDS Núcleo Uberlândia, Uberlândia, 2017. Disponível em: <<https://www.rnpvhauberlandia.org/rnp-uberlandia>>. Acesso em 28 jul. 2017.

RODRIGUES, M. T. A prostituição no Brasil contemporâneo: um trabalho como outro qualquer? **Rev. katálisis**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 68-76, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802009000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 ago. 2014.

ROMANS, S.E., et al. The mental and physical health of female sex workers: a comparative study. **Aust N Z J Psychiatry**, n. 35, p. 75–80, 2001. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2001.00857.x>

RÖSSLER, W. et al. The mental health of female sex workers. **Acta Psychiatr Scand**, n.122, p.143–152, 2010.

<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01533.x>

RUBIN, G. Thinking sex: notes for a radical theory of politics of sexuality. In VANCE, C. S. (Ed.). **Pleasure and danger: exploring femaly sexuality**. London: Pandora, 1998.

RUSSO, G. No labirinto da prostituição: o dinheiro e seus aspectos simbólicos. **Cad. CRH**, Salvador, v. 20, n. 51, p. 497-514, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792007000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 jul. 2017.

SAGTANI, R. A. et al. Violence, HIV risk behavior and depression among female sex workers of eastern Nepal. **BMJ Open**, n. 3, p. 1-7, 2013.

SALES, A. P. L. OLIVAR, os Miguel Nieto. Devir puta: políticas da prostituição nas experiências de quatro mulheres militantes. **Cadernos de Campo (São Paulo, 1991)**, São Paulo, v. 23, n. 23, p. 343-347, dez. 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/cadernosdecampo/article/view/84364>>. Acesso em: 26 ago. 2017.

SALMERON, N. A.; PESSOA, T. A. M. Profissionais do sexo: perfil socioepidemiológico e medidas de redução de danos. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 549-554, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 ago. 2014.

SANTOS, M. A. et al. Intervenção em saúde do trabalhador com profissionais do sexo. **Cad. psicol. soc. trab.**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 101-110, jun. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172008000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 jul. 2017.

SANTOS, K. O. B.; ARAUJO, T. M.; OLIVEIRA, N. F. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 214-222, jan. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000100023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 jul. 2017.

SANTOS, K. O. B. et al. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do self-reporting questionnaire (SRQ-20). **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 544-560, 2010. Disponível em: <<http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/viewFile/54/54>>. Acesso em: 28 jul. 2017.

SARDANA, S.; MARCUS, M.; VERDELI, H. Narratives of violence, pathology, and empowerment: mental health needs assessment of home-based female sex Workers in Rural India. **Journal of Clinical Psychology**, n. 72, v. 8, p. 827-838, 2016. <https://doi.org/10.1002/jclp.22364>

SCHREINER, L. et al. Prevalência de sintomas depressivos em uma amostra de prostitutas de Porto Alegre. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 26, n. 1,

abr. 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082004000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 ago. 2014.

SCORSOLINI-COMIN, F.. **Casar, verbo (in)transitivo**: bem-estar subjetivo, conjugalidade e satisfação conjugal na perspectiva da Psicologia Positiva. 2009. 178 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-30072009-161216/pt-br.php>>. Acesso em: 27 jul. 2017.

SCORSOLINI-COMIN, F.; RUWER, L. M. E. O bem-estar subjetivo como dimensão de análise da saúde do trabalhador. In: SEMINARIO DE SAUDE DO TRABALHADOR DE FRANCA, 7., 2010, Franca. **Proceedings online...** Unesp Franca. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000112010000100025&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 27 jul. 2017.

SHUKLA, A.; MEHROTRA, D. Quality of life among female sex workers. **Indian Journal of Health and Wellbeing**, v. 5, n. 10, p. 1222-1224, 2014.

SILVA, E. F.; COSTA, D. B.; NASCIMENTO, J. U. O trabalho das profissionais do sexo em diferentes lócus de prostituição da cidade. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 109-122, 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872010000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 jul. 2017.

SILVA, E. S. As entrelinhas da inclusão/exclusão social na atualidade: uma discussão conceitual. In: V Jornada Internacional de Políticas Públicas (JOINPP), 2011, São Luís-MA. **Anais [da] V Jornada Internacional de Políticas Públicas (JOINPP): Estado, Desenvolvimento e Crise do Capital**, São Luís, 22 a 26 de Agosto de 2011. São Luís: UFMA, 2011. P. 1-9.

SILVA, S. Classificar e silenciar: vigilância e controlo institucionais sobre a prostituição feminina em Portugal. **Anál. Social**, Lisboa, n. 184, p. 789-810, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0003-25732007000300005&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 31 ago. 2017.

SOUSA, F. R. **Saberes da vida na noite: percepções de mulheres que prestam serviços sexuais sobre o educar-se nas relações com seus clientes**. 2007. 166f. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.processoseducativos.ufscar.br/dissertacao2.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2014.

SOUSA, V. D.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I. A. C. An overview of research designs relevant to nursing: Part 1: quantitative research designs. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 502-507, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000300022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 ago. 2014.

SURESH, G.; FURR, L. A.; SRIKRISHNAN, A. K. An assessment of the mental health of street-based sex workers in Chennai, India. **Journal of Contemporary Criminal Justice**, v. 25, n. 2, p.186–201, 2009.
<https://doi.org/10.1177/1043986209333590>

TOLFO, S. R.; PICCININI, V. Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 19, n. spe, p. 38-46, 2007. Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 ago. 2017.

TOMURA, M. A prostitute's lived experiences o stigma. **J Phenomenol Psychol.**, Netherlands, v. 40, n. 1, p. 51-84, 2009. Disponível em:
 <<http://home.hccnet.nl/r.ermers/MOPerspectief/doc/Tomura-prostitute-stigma.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2014.

TORRES, G. V.; DAVIM, R. M. B.; COSTA, T. N. A. Prostituição: causas e perspectivas de futuro em um grupo de jovens. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, jul. 1999. Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691999000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 ago. 2014.

VAINFAS, R. (Org.). **História e sexualidade no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

VIDAL, C. E. L. et al. Preditores de prováveis transtornos mentais comuns (TMC) em prostitutas utilizando o Self-Reporting Questionnaire. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 3, p. 205-212, set. 2014. Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852014000300205&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 jul. 2017.

VILLELA, W. V.; MONTEIRO, S. Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/Aids entre mulheres. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 531-540, 2015. Disponível em:
 <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n3/2237-9622-ress-24-03-00531.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2017.

WESTPHAL, D. L.; BARBOSA, C. M. Trabalhadores Invisíveis: A Situação dos Profissionais do Sexo no Brasil. **Revista Jurídica Cesumar-Mestrado**, v. 12, n. 2, 2012. Disponível em:
 <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/revjuridica/article/viewFile/2552/175>>. Acesso em: 27 jul. 2017.

WIJERS, M. Criminal, victim, social evil or working girl: Legal approaches to prostitution and their impact on sex workers. Paper presented at *Trabajador@s Del Sexo, Derechos, Migraciones y Trafico En El Siglo Xxi*, Madrid, Spain, 2004.

WONG, W. C. W. et al. Female street sex workers in Hong Kong: Moving beyond sexual health. **Journal of Women's Health**, v. 15, n. 4, p. 390-399, 2006.
<https://doi.org/10.1089/jwh.2006.15.390>

APÊNDICE A – Questionário Sociodemográfico

1. Gênero: (1) Homem (2) mulher (3) Transexual (4) Travesti (5) Homossexual (6) outra
2. Sexo de nascimento: (1) feminino (2) masculino
3. Idade: _____ anos
4. Estado Civil: (1) Solteiro (2) Casado (3) Divorciado / Separado (4) Viúvo (5) União Estável (amigado)
5. Etnia (raça): (1) Branca/caucasiana (2) Negra (3) Parda (4) Amarela/oriental (5) Vermelha/ Indígena
6. Escolaridade – Alfabetizado? (1) Sim. (2) Não.
7. Cite anos de estudo, sem incluir repetições: _____
 - 7.1. Grau de Escolaridade:
 - () 1. Ensino Fundamental Incompleto () 3. Ensino Fundamental Completo
 - () 2. Ensino Médio Incompleto () 4. Ensino Médio Completo
 - () 5. Curso Técnico () 7. Ensino Superior Incompleto
 - () 6. Superior Completo () 8. Sem Alfabetização
8. A Renda Familiar (soma dos valores que recebem na casa) é de: _____
9. Tipo de habitação /casa:
 - (1) Própria (Quitada);
 - (2) Alugada;
 - (3) Financiada;
 - (4) Outros:_____.

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada: **SAÚDE MENTAL, VULNERABILIDADE INDIVIDUAL E DO AMBIENTE DE TRABALHO NO COTIDIANO DE PROFISSIONAIS DO SEXO**, sob a responsabilidade dos pesquisadores **Marcelle Aparecida Barros Junqueira (coordenadora), Ana Rosa Ribeiro Elias e Lauro Ricardo de Lima Santos**.

Nesta pesquisa nós estamos buscando avaliar indicadores de saúde mental (transtornos mentais comuns, qualidade de vida, satisfação com a vida, traumas na infância) e de vulnerabilidade individual e do ambiente de trabalho (uso de drogas, comportamentos de risco ao HIV/AIDS, violência no ambiente de trabalho) entre travestis e mulheres profissionais do sexo.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pelos pesquisadores: **Marcelle Aparecida Barros Junqueira (coordenadora), Ana Rosa Ribeiro Elias e Lauro Ricardo de Lima Santos**. O termo será recolhido momentos antes da entrevista, após ser esclarecido, realizada a leitura e explicada toda a finalidade do trabalho.

Na sua participação você será **entrevistada, utilizando-se questionários, a fim de que cada questionário seja respondido em uma ordem subsequente. As entrevistas serão gravadas e logo em sequência a transcrição das mesmas, todas as gravações serão apagadas, para assegurar o sigilo das entrevistadas. Em nenhum momento você será identificada. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.**

Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa.

Os riscos para você **podem estar relacionados com a possibilidade da participante sentir-se triste, ansiosa ou desconfortável com perguntas de cunho pessoal, contidas nos questionários. Caso isto aconteça, o pesquisador estará à disposição para ouvir e dar todo o apoio necessário ao participante. Será garantida a total privacidade e será mantido sigilo sobre as informações fornecidas, evitando o risco da perda da confidencialidade e sigilo sobre as informações.**

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você. Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com:

Marcelle Aparecida Barros Junqueira (coordenadora), Ana Rosa Ribeiro Elias e Lauro Ricardo de Lima Santos, pelos os telefones (34) 3225-8603 e (34) 3236-2408, na Universidade Federal de Uberlândia, Campus Umuarama - Bloco 2U, Av. Pará, 1720 - Bairro Umuarama, Uberlândia - MG - CEP 38400-902. Poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 34-3239-4131. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, dede 201.....

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa

ANEXO B – Questionário WHOQOL-bref

QUESTIONÁRIO WHOQOL-Bref

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade,	1	2	3	4	5

ANEXO C – Questionário *Satisfaction with Life Scale* (SWLS) – traduzido

QUESTIONÁRIO *SATISFACTION WITH LIFE SCALE* (SWLS) - TRADUZIDO

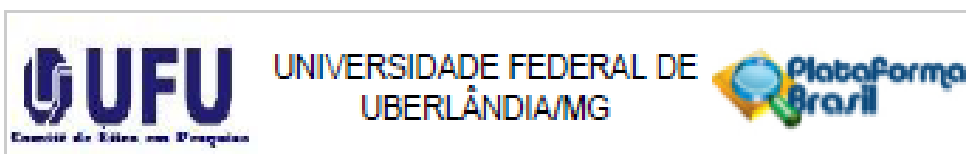
Esta escala compreende cinco frases com as quais poderá concordar ou discordar. Utilize a escala de 1 a 5 e marque uma cruz (X) no quadrado que melhor indica a sua resposta.

Perguntas	Discordo muito (1)	Discordo um pouco (2)	Não concordo, nem discordo (3)	Concordo um pouco (4)	Concordo muito (5)
1. A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que fosse.					
2. As minhas condições de vida são muito boas.					
3. Estou satisfeito (a) com a minha vida.					
4. Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que eu desejaria.					
5. Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.					

ANEXO D – Questionário *Self Report Questionnaire* (SQR-20) – Traduzido

PERGUNTAS	RESPOSTAS	
	SIM	NÃO
1- Você tem dores de cabeça frequente?		
2- Tem falta de apetite?		
3- Dorme mal?		
4- Assusta-se com facilidade?		
5- Tem tremores nas mãos?		
6- Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?		
7- Tem má digestão?		
8- Tem dificuldades de pensar com clareza?		
9- Tem se sentido triste ultimamente?		
10- Tem chorado mais do que costume?		
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?		
12- Tem dificuldades para tomar decisões?		
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa- sofrimento?)		
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?		
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?		
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?		
17- Tem tido ideia de acabar com a vida?		
18- Sente-se cansado (a) o tempo todo?		
19- Você se cansa com facilidade?		
20- Têm sensações desagradáveis no estômago?		

ANEXO E - Parecer Consubstanciado CEP/UFU



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE MENTAL, VULNERABILIDADE INDIVIDUAL E DO AMBIENTE DE TRABALHO NO COTIDIANO DE PROFISSIONAIS DO SEXO

Pesquisador: Marcelle Aparecida de Barros Junqueira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 60242216.7.0000.5152

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.854.944

Apresentação do Projeto:

Nas palavras dos pesquisadores: "Será realizado um estudo transversal, descritivo, de caráter quantitativo e qualitativo.

A população do estudo será constituída por mulheres e travestis profissionais do sexo da cidade de Uberlândia-MG, Brasil.

A população se constituirá pelas mulheres profissionais do sexo que vivem em casas de prostituição cadastradas na "Organização Não Governamental Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids- Núcleo Uberlândia/Minas Gerais (ONG RNP+)" e as travestis serão as participantes do "Rede Nacional de Pessoas Trans do Brasil" que tem como profissão a prostituição.

O estudo contará com uma população de 290 mulheres profissionais do sexo e de 40 travestis que trabalham com a prostituição.

O plano de amostragem está definido em duas dimensões: a quantitativa e a qualitativa.

A amostra quantitativa será constituída através de sorteio simples e de ordem aleatória.

Sendo assim, a amostragem do projeto será de 203 mulheres e de 38 travestis, que trabalham no mercado do sexo, utilizando um cálculo de amostragem simples, com uma margem de erro amostral de 5% e com um nível de confiança de 99%.

O plano amostral da dimensão qualitativa ocorrerá num segundo momento, após a conclusão da

Endereço: Av. João Neves de Ávila 3121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
UF: MG Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer 1.864/2011

quantitativa. Para tanto, aplicar-se-á a amostra intencional, que consiste na seleção de informantes identificadas ao longo do processo de coleta, que possam ser representativas da população estudada em relação à idade, tempo de atuação como profissional do sexo e nível de escolaridade. Estima-se a coleta de dados qualitativos com 10 (dez) profissionais do sexo." Portanto, "Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de caráter quantitativo e qualitativo. Que terá como objetivo avaliar indicadores de saúde mental (transtornos mentais comuns, qualidade de vida, satisfação com a vida, traumas na infância) e de vulnerabilidade individual e do ambiente de trabalho (uso de drogas, comportamentos de risco ao HIV/AIDS, violência no ambiente de trabalho) entre travestis e mulheres profissionais do sexo. Espera-se encontrar altos índices de Transtornos Mentais Comuns e demais indicadores de saúde mental, bem como abuso de drogas, violência no trabalho e comportamentos de riscos ao HIV/AIDS entre mulheres e travestis profissionais do sexo."

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário: Avaliar indicadores de saúde mental (transtornos mentais comuns, qualidade de vida, satisfação com a vida, traumas na infância) e de vulnerabilidade individual e do ambiente de trabalho (uso de drogas, comportamentos de risco ao HIV/AIDS, violência no ambiente de trabalho) entre travestis e mulheres profissionais do sexo.

Objetivo Secundário:

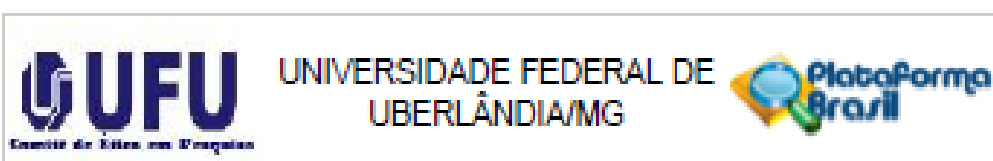
- Identificar o nível de qualidade de vida de profissionais do sexo;
- Descrever o índice de satisfação com a vida de profissionais do sexo;
- Verificar a presença de traumas na infância entre profissionais do sexo;
- Identificar sinais e sintomas de Transtornos Mentais Comuns (TMC) entre profissionais do sexo;
- Conhecer os comportamentos preditivos para infecção de HIV/AIDS entre as profissionais do sexo;
- Verificar o uso de drogas entre as profissionais do sexo;
- Conhecer o grau de violência sofrida por profissionais do sexo em seu ambiente de trabalho;
- Compreender a percepção das profissionais do sexo sobre seu trabalho, as situações de vulnerabilidade, os estigmas sociais e os impactos em sua condição de saúde."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores:

"Riscos: Os riscos para cada participante podem estar relacionados com a possibilidade de,

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.405-144
UF: MG Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3229-4131 Fax: (34)3229-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 1.864.644

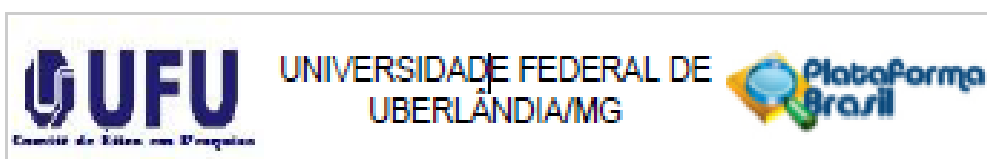
durante o processo de coleta de dados, sentir-se triste, ansiosa ou desconfortável com perguntas de cunho pessoal, contidas nos questionários e no roteiro de entrevista. Caso isto aconteça, a equipe de pesquisa estará à disposição para ouvir e dar todo o apoio necessário à participante. Será garantida a total privacidade e será mantido sigilo sobre as informações fornecidas, evitando o risco da perda da confidencialidade e sigilo sobre as informações. Além disso, será assegurada a participante, total liberdade para aceitar ou não participar desta pesquisa e de deixar de participar a qualquer momento sem precisar se justificar, retirando seu consentimento em qualquer fase do estudo. Os resultados do estudo serão utilizados para fins científicos e serão divulgados em eventos, revistas e meios de comunicação, sendo mantido o caráter confidencial de todas as informações relacionadas à privacidade e ao anonimato da participante. Este projeto será submetido à apreciação e avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), seguindo os preceitos da Resolução 466/12. As participantes assinarão o Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento após elucidar a metodologia e objetivos do estudo, estando livres para aceitarem ou não participar do estudo. Não haverá prejuízo para as pessoas envolvidas, principalmente no que diz respeito à menção de nomes das participantes do projeto. Os dados serão mantidos sob a guarda dos pesquisadores responsáveis, sendo garantido o sigilo e confidencialidade das participantes.

Benefícios: Não é esperado que as participantes recebam benefícios diretos (remuneração) pela sua participação nesta pesquisa. Entretanto, acredita-se que com este estudo será possível que as entidades governamentais e não governamentais entendam a realidade das profissionais do sexo da cidade de Uberlândia-MG e possam lançar propostas para melhorarem a qualidade de vida, reduzir danos e vulnerabilidades a esta população."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia: "Procedimento para coleta de dados: O procedimento de recrutamento ocorrerá da seguinte forma: os pesquisadores visitarão a ONG e/ou os locais de trabalho das travestis e mulheres profissionais do sexo com horários e datas pré-agendados mediante abordagem na ONG, contato telefônico, e quando se necessário, visita in loco, e abordarão as participantes individualmente, as quais serão convidadas a se dirigir a um local reservado para a entrevista. Todas as mulheres e travestis que, a princípio, contemplarem os critérios de inclusão, serão abordadas. Após a apresentação dos objetivos do estudo e mediante os devidos esclarecimentos, será solicitado o consentimento do participante para se iniciar o procedimento metodológico. Serão aplicados 7 questionários e uma entrevista semi-estruturada." Ao final da coleta de dados com os

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
UF: MG Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 1.884.844

sete instrumentos acima descritos, as participantes serão convidadas a conceder entrevista semiestruturada sobre seu trabalho, situações de vulnerabilidade, os estigmas sociais e os impactos em sua condição de saúde. Caso manifestem interesse e disponibilidade, será agendado novo horário e dia para o processo de coleta. A entrevista semiestruturada será audiogravada e transcrita na íntegra para fins de análise. As participantes serão informadas sobre todos os procedimentos antes do processo de coleta". Local: " Como explicitado no item 4.5, a coleta de entrevistas ocorrerá em local e horário a ser pactuado com as profissionais do sexo afim de não atrapalhar sua rotina e trabalho. Preferencialmente, a coleta ocorrerá em sala reservada no Rede Nacional de Pessoas Trans do Brasil, ou na ONG RNP+, e se preferirem no próprio local de serviço, fora do seu horário de expediente."

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos presentes e corretos.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

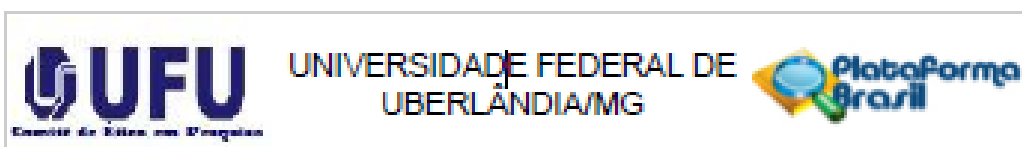
Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: Março de 2018.

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 466/12, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 204 - Campus Sta. Mônica
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3238-4131 Fax: (34)3238-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 1.864.644

Resolução CNS 466/12, não implicando na qualidade científica do mesmo.

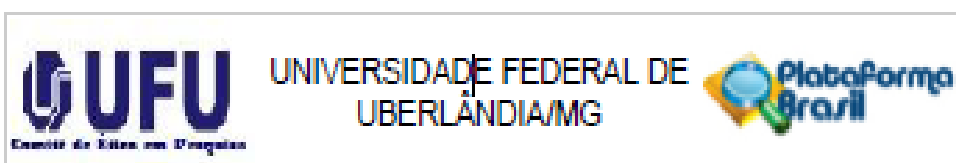
Orientações ao pesquisador :

- 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 e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- 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. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, Item III.2.e).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_730539.pdf	22/09/2016 16:45:30		Acelto
TICLÉ / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLERIS/COLINHA26.pdf	21/09/2016 19:02:03	Marcelle Aparecida de Barros Junqueira	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	temocarimbadoimp.pdf	21/09/2016 14:57:47	Lauro Ricardo de Lima Santos	Acelto
Declaração de	temocarimbadoredetrans.pdf	21/09/2016	Lauro Ricardo de	Acelto

Endereço: Av. João Neves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 1.004.644

Instituição e Infraestrutura	termocarimbadoredetrans.pdf	14:57:27	Lima Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	PROJETO2.pdf	13/09/2016 09:29:49	Lauro Ricardo de Lima Santos	Aceito
Investigador				
Outros	curriculos.pdf	13/09/2016 09:28:16	Lauro Ricardo de Lima Santos	Aceito
Outros	questionarios.pdf	09/09/2016 17:11:41	Lauro Ricardo de Lima Santos	Aceito
Folha de Rosto	fderosto.pdf	09/09/2016 17:04:53	Lauro Ricardo de Lima Santos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	pesquisadores.pdf	09/09/2016 17:02:01	Lauro Ricardo de Lima Santos	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

UBERLÂNDIA, 05 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Sandra Terezinha de Farias Furtado
(Coordenador)

Endereço: Av. João Neves de Ávila 2121 - Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
UF: MG Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br