

PERFIL GINECO – OBSTÉTRICO E REALIZAÇÃO DO EXAME DE PREVENÇÃO POR PROSTITUTAS DE FORTALEZA

GYNECOLOGICAL AND OBSTETRIC PROFILE AND PREVENTION EXAM BY PROSTITUTES FROM FORTALEZA

PERFIL GINECOLÓGICO / OBSTÉTRICO Y REALIZACIÓN DE EXAMEN PREVENTIVO DE PROSTITUTAS DE FORTALEZA

ANA IZABEL OLIVEIRA NICOLAU¹

PRISCILA DE SOUZA AQUINO²

ESCOLÁSTICA REJANE FERREIRA MOURA³

ANA KARINA BEZERRA PINHEIRO⁴

Estudo descritivo, quantitativo cujo objetivo foi identificar o perfil ginecológico e obstétrico de prostitutas de Fortaleza-CE. Foram entrevistadas 81 prostitutas do centro de Fortaleza, por meio de formulário estruturado com questões da história sexual e obstétrica, em outubro de 2005. Os dados foram tabulados no programa estatístico SPSS, versão 11.0 e analisados de acordo com a literatura, disponibilizados por meio de tabelas estatísticas. Verificou-se início sexual precoce, entre 13 e 15 anos. A idade da menarca coincidiu com o início da vida sexual em 46,9% da amostra. Observou-se que 95,1% das mulheres já haviam engravidado e 49,4% realizaram aborto; 95,1% já realizaram o exame de prevenção do câncer de colo uterino, sendo que 51,9% o realizou há menos de um ano. Concluiu-se que as prostitutas apresentaram características ginecológicas e obstétricas preocupantes no concernente às DST/Aids, câncer de colo de útero e mama, apesar de demonstrarem acesso aos serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Perfil de saúde, Prostituição, Saúde pública.

It is a descriptive, quantitative study that aimed to identify the gynecological and obstetrical profile of prostitutes from Fortaleza-CE. The sample consisted of 81 prostitutes of Fortaleza downtown, with a structured interview about the sexual and gynecological history in October of 2005. The data was inserted in the statistical program SPSS version 11.0 and analyzed with the literature, available through statistic tables. Precocious sexual beginning was verified, between 13 and 15 years of age. The age of the first menstrual cycle was the same of the sexual beginning in 46, 9%. It was observed that 95, 1% of the women were already pregnant and 49, 4% had carried through abortion; 95, 1% had already carried out the examination to prevent female cancer, of which 51, 9% had accomplished the exam less than a year before. It was concluded that the prostitutes presented gynecological and obstetrical characteristics which were preoccupying concerning STD/Aids, breast cancer and cervical neoplasia although they had access to health services.

KEYWORD: Health Profile, Prostitution, Public health.

Estudio descriptivo, cuantitativo cuyo objetivo fue identificar el perfil ginecológico y obstétrico de prostitutas de Fortaleza-CE. Fueron entrevistadas 81 prostitutas del centro de Fortaleza, a través de un formulario de entrevista estructurado con cuestiones sobre su historia sexual y obstétrica, en octubre de 2005. Los datos fueron tabulados en el programa estadístico SPSS, versión 11.0 y analizados de acuerdo con la literatura, disponibles a través de las tablas estadísticas. Se verificó iniciación sexual precoz, entre 13 y 15 años. La edad del primer ciclo menstrual coincidió con el inicio de la vida sexual en el 46,9% de la muestra. Se pudo observar que el 95,1% de las mujeres ya habían estado embarazadas y el 49,4% habían hecho aborto; el 95,1% habían realizado el examen de prevención de cáncer de cuello del útero, siendo que el 51,9% lo había realizado hacía menos de un año. Se concluyó que las prostitutas presentaron características ginecológicas y obstétricas preocupantes en lo que concierne a las DST/SIDA, el cáncer de cuello de útero y de mama, a pesar de confirmar acceso a los servicios de salud.

PALABRAS CLAVE: Perfil de salud, Prostitución, Salud pública.

¹ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET). Endereço: Av. João Pessoa, 5053. Apto. 1101- Damas 60425-681- Fortaleza- CE. Endereço eletrônico: anabelpet@yahoo.com.br

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem na Promoção da Saúde pela Universidade Federal do Ceará. Endereço: Rua Cruzeiro do Sul, 221. Bairro Carlito Pamplona. CEP: 60335-190. Fortaleza - CE. Endereço eletrônico: priscilapetenf@yahoo.com.br.

³ Enfermeira. Professora Adjunto II da Universidade Federal do Ceará. Doutora em Enfermagem pela UFC. Endereço profissional: Rua:Alexandre Baraúna, 1115. Bairro: Rodolfo Teófilo. CEP: 60430160 - Fortaleza, CE. Endereço eletrônico: escolpaz@yahoo.com.br.

⁴ Enfermeira. Professora Adjunto III da Universidade Federal do Ceará. Doutora em Enfermagem pela UFC. Co-tutora do PET. Endereço profissional: Rua:Alexandre Baraúna, 1115. Bairro Rodolfo Teófilo. CEP: 60430160 - Fortaleza, CE. Endereço eletrônico: anakarinaufc@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

A sexualidade é intrínseca à personalidade do ser humano e seu desenvolvimento depende da realização das necessidades humanas básicas, do desejo de contato, da intimidade e da expressão emocional. A sexualidade é construída pela interação entre indivíduo, família e redes sociais, fundamentais para o bem-estar individual, interpessoal e social¹.

Desde tempos remotos, a mulher não exercia sua sexualidade plenamente. O foco da atenção à saúde era meramente voltado para a maternidade, sobressaindo a função reprodutora em detrimento da sexualidade. As mulheres cujos comportamentos não seguiam rigorosamente as regras contidas nos padrões sociais eram desrespeitadas e ignoradas pelo sistema vigente.

Pela situação de miséria da grande massa populacional, as mulheres passaram a ocupar espaços antes ocupados pelos homens, saindo às ruas em busca de melhores condições de vida. Contudo, a escassa formação e a falta de experiência profissional fizeram com que as mulheres exercessem funções menos valorizadas, com menor remuneração e reconhecimento do trabalho. Nesse contexto, houve um aumento da prostituição nas cidades, o que denota uma forma de essas mulheres complementarem os baixos salários².

Podemos definir prostituição como a comercialização da prática sexual, geralmente em troca de favores ou vantagens monetárias. A existência dessa prática é fato constante e frequente na história da humanidade. Antigamente, em muitas civilizações, a prostituição era considerada um ritual de iniciação para meninas que atingiam a puberdade. As prostitutas eram consideradas sagradas e recebiam honras de divindades em troca de favores sexuais³.

Ao contrário do que ocorria nas antigas civilizações, a imagem da prostituta no Brasil sempre foi atrelada à desvalorização da mulher, associada, geralmente, à aquisição de doenças venéreas. As políticas públicas voltadas para as prostitutas, relacionadas às campanhas higienistas, promoviam o extermínio de tal profissão, considerada responsável por disseminar as doenças.

Existiram e ainda existem muitas tentativas de regulamentação da prostituição em todo o mundo. Países como a Colômbia exigem, para o exercício da prostituição, um

"atestado de segurança" referente aos exames para detecção de alguma Doença Sexualmente Transmissível (DST). Só é possível exercer a profissão de posse dos exames, exigidos por policiais e donos de bares. Tais exames, realizados periodicamente, representam uma falsa garantia de segurança sanitária pelo governo e podem até reduzir o uso do preservativo nas zonas⁴.

Apesar de serem culpadas por disseminar as DSTs, estudos mostram que os índices destas doenças são baixos nessa população. Estudo comparativo na mesma população de prostitutas em dois anos diferentes identificou queda no número de prostitutas com sintomatologia para DST⁵.

Desde seu surgimento até os dias de hoje, a prostituição vem aumentando significativamente a cada ano, estando a cidade de Fortaleza entre os quatro centros do tráfico de mulheres no Brasil, perdendo apenas para São Paulo, Rio de Janeiro e Goiânia⁶. No Brasil, há certa tolerância social quanto à venda do corpo de meninas e mulheres, como alternativa possível para a sobrevivência, talvez devido aos resquícios das questões de gênero que influenciam a sociedade. Com isso, as grandes cidades do país tornaram-se terrenos férteis para o turismo sexual, e viabilizam assim o crescimento da exploração sexual infanto-juvenil. Em Fortaleza, o turismo sexual é uma prática presente, a qual incentiva a vinda de diversas pessoas do interior do Estado para buscar oportunidades na capital com esse tipo de prática⁷.

É comum a migração de mulheres para outras localidades em busca de melhores condições de trabalho, além do fato de estar longe da família para exercer a prostituição sem maiores problemas⁸. Estudo realizado com 515 prostitutas e travestis mostrou que mais da metade destes nasceram em outros estados, além de manterem residência fixa em outras cidades que não a de exercício da prostituição⁹.

A partir dos anos 80, as prostitutas começaram a se organizar e lutar por seus direitos, bem como pela regulamentação da profissão. Para tanto, foi imprescindível uma maior mobilização e articulação delas, que passaram a ter consciência de seus direitos como cidadãs. No Ceará, em 1990, foi criada a Associação das Prostitutas do Ceará (APROCE), que passou a defender os ideais da categoria, desenvolver trabalho educativo sobre sexualidade, prevenção de DST/Aids, distribuição de preservativos, além de incentivar a busca pelos serviços de saúde por prostitutas e adolescentes¹⁰.

O fato da maioria das prostitutas não comparecer aos serviços de saúde, por vergonha, temor de sofrer discriminação, ou dificuldade de acesso, leva essa clientela a representar uma parcela da população descoberta das ações de saúde. Todavia, a compreensão da promoção da saúde não deve se restringir a um campo de prática, pois o conceito de saúde deve ser entendido em sua amplitude e de forma positiva, como conceito em construção em que os diversos saberes e ações direcionam para um novo modelo que favoreça a capacitação dos indivíduos na sua construção. Assim, compete ao sistema de saúde garantir a equidade, de maneira a incluir todo cidadão brasileiro como seu beneficiário.

Para um programa de saúde sexual e reprodutiva ser de qualidade, é preciso conhecer as reais necessidades da população-alvo, bem como os principais problemas existentes. Esse fato pode contribuir efetivamente na atuação dos profissionais junto à clientela específica.

Tratando-se de uma população exclusivamente feminina, com peculiaridades inerentes ao sexo, são poucos os estudos que ajudam a conhecer o perfil dessa clientela. Portanto, considerando-se o pouco conhecimento dos profissionais de saúde em relação às prostitutas e perante o compromisso de atendê-las no seu contexto real, indagou-se: quais as características ginecológicas e obstétricas desse grupo específico? Quais as atitudes de busca de saúde sexual e reprodutiva dessa população? Assim, decidiu-se realizar o presente estudo cujo objetivo foi identificar o perfil ginecológico e obstétrico de prostitutas de Fortaleza-CE.

Nesse contexto, ressaltamos o enfermeiro como membro da equipe de atenção básica à saúde, com participação destacada na educação em saúde da população. Porém, é necessário que os valores e preceitos inerentes à formação profissional dêem espaço ao conhecimento das necessidades da clientela, livre de preconceitos e julgamentos, para que tais ações sejam efetivas¹¹.

A consulta de enfermagem em ginecologia surge como uma proposta de interação entre profissional e cliente, pois ao mesmo tempo em que a cliente procura o serviço de saúde para solucionar o seu problema, o enfermeiro busca garantir a resolubilidade desse, oferecendo oportunidades de esclarecimento, identificando necessidades reais e promovendo a saúde.

Acredita-se que o estudo poderá contribuir para a reorientação da dinâmica de atendimento a essa clientela,

uma vez que os resultados indicam a situação diagnóstica dessa população, revelando lacunas que conduzirão a estratégias educativas para a construção do processo de humanização da atenção à saúde.

Espera-se ainda, que as conclusões possam servir de subsídios para estudos posteriores, pois a prostituição ainda é tema pouco abordado pelos profissionais de saúde⁹.

MÉTODOS

Estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa. No estudo quantitativo, o pesquisador parte do ponto inicial (a colocação da questão) para o ponto final (a obtenção de uma resposta), em uma seqüência lógica de passos que é similar em todos os estudos. A finalidade dos estudos descritivos é observar, descrever e documentar os aspectos da situação. Os delineamentos transversais são especialmente apropriados para descrever a situação, o status do fenômeno ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo¹².

Participaram do estudo 81 prostitutas cadastradas na Associação de Prostitutas do Ceará (APROCE). A referida associação possui 3.200 mulheres cadastradas em todo estado, com 500 trabalhando no centro de Fortaleza, correspondendo à população do estudo. A amostra referiu-se a 16,2% da população. A seleção da amostra foi por conveniência, porém essa obedeceu aos seguintes critérios: ser mulher, prostituta, estar cadastrada na APROCE, ter idade superior a 21 anos e aceitar participar livremente do estudo.

Utilizou-se como instrumento de coleta de dados um formulário estruturado de entrevista, com questões acerca da história ginecológica e obstétrica dessas mulheres. Os dados foram coletados em outubro de 2005, em visita das pesquisadoras às quatro zonas de prostituição do centro de Fortaleza: Praça da Estação, Passeio Público, Rua 24 de Maio e Praça José de Alencar. Antes de iniciar a pesquisa de campo, foi solicitado à diretora da APROCE auxílio na escolha das zonas a serem visitadas, bem como na definição dos horários mais adequados para se efetuar a coleta dos dados. Além disso, educadoras sociais da APROCE acompanharam as pesquisadoras no trabalho de campo.

Existiram algumas dificuldades durante a coleta de dados, pois as prostitutas foram entrevistadas em suas zonas de trabalho, durante o expediente. Entrevistas foram

interrompidas por interferências várias e algumas informantes não demonstraram confiança e não se sentiram à vontade com as entrevistadoras.

Os dados foram digitados em planilha do Microsoft Excel e apurados no Sistema Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 11.0. Esses foram apresentados e discutidos de acordo com a literatura pertinente.

As normas e diretrizes instituídas pelo Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução N° 196/96, para a pesquisa em saúde envolvendo seres humanos, foram seguidas durante o desenvolvimento da pesquisa. O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, tendo obtido aprovação, que fora informada sob o protocolo no 289/05. Antes de iniciar a entrevista, cada prostituta assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo conhecimento de que poderia desistir da pesquisa em qualquer momento, se assim desejasse.

RESULTADOS

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE PROSTITUTAS SEGUNDO VARIÁVEIS GINECO-OBSTÉTRICAS. FORTALEZA, CEARÁ. 2005.

Variáveis	N°	%
Idade (em anos) (n=81)		
21-25	21	25,9
26-30	18	22,2
31-35	11	13,6
36-40	13	16,1
41-45	8	9,9
>45	10	12,3
Idade da menarca (em anos) (n=81)		
10-12	19	23,4
13-15	54	66,7
16-18	8	9,9
Idade de iniciação sexual (em anos) (n=81)		
?15	45	55,5
16-19	31	38,8
20-22	5	6,2
Número de gestações (n=77)		
1-2	20	26,2
3-4	36	46,0
5-6	12	16,0
7-12	9	11,8
Número de filhos vivos (n=74)		
1-2	31	41,9
3-4	35	47,3
5-6	8	10,8
Ocorrência de aborto(s) (n=81)		
Sim	40	50,6
Não	41	49,4
Aborto(s) provocado(s) (n=26)		
1-2	19	73,0
3-4	6	23,0
10	1	4,0

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE PROSTITUTAS SEGUNDO DINÂMICA DE REALIZAÇÃO DO EXAME DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO. FORTALEZA-CE, 2006.

Dinâmica de realização do exame	N°	%
História de realização do exame		
Sim	77	95,1
Não	4	4,9
Intervalo de realização do último exame (em ano)		
Menos de 1	40	51,9
De 1 a 3	28	36,3
Mais de 3	9	11,8
Periodicidade com que realiza (n=77)		
Anual	47	61,1
Quando apresenta sintomas	17	22,0
Semestral	9	11,7
Sem critério	4	5,2

DISCUSSÃO

A idade das prostitutas variou de 21 a mais de 45 anos, porém 21 (25,9%) tinham entre 21 e 25 anos e 18 (22,2%) tinham de 26 a 30 anos, ou seja, 39 (48,1%) mulheres do grupo investigado pertenciam a uma faixa etária jovem (21 a 30 anos), ressaltando-se o intervalo de 21 a 25 anos como o mais prevalente. Quando indagadas acerca da renda familiar mensal, observou-se 42 (51,9%) prostitutas com uma renda de 1 a 3 salários mínimos e 32 (39,5%) com renda menor que um salário mínimo.

A faixa de idade da menarca variou de 10 a 18 anos, sendo que 54 (66,7%) tiveram a primeira menstruação entre 13 e 15 anos e 19 (23,4%) apresentaram menarca entre 10 e 12 anos. A menarca é um indicador da maturação sexual feminina e é definida como a idade em que ocorre a primeira menstruação¹³. Estudo realizado com escolares brasileiras em Londrina (PR) mostrou que a idade prevalente da menarca foi de 12,09 anos¹⁴. Diversos fatores estão associados à idade de ocorrência da menarca como: condições nutricionais, físicas, genéticas e ambientais¹⁵. A menarca precoce, ou seja, abaixo dos 11 anos, associada a outros fatores como uso crônico do álcool, alta ingestão de gorduras, entre outros, representa fator de risco secundário para o câncer de mama¹⁶.

Confirmando o pensamento anterior, a iniciação sexual variou de 15 a 22 anos e quase metade da amostra, 38 (46,9%), teve sua primeira relação sexual na mesma idade em que ocorreu a menarca. Constatou-se 76 (93,8%) mu-

lheres com idade da primeira relação sexual até os 19 anos, ou seja, ainda na adolescência. Pesquisas constataram redução da idade de iniciação sexual ao se analisar essa prática na juventude, revelando a percepção dos jovens sobre essa fase, como propícia para a liberdade de experimentar o prazer da vida, o sexo¹⁷. Em concordância, pesquisas revelaram que a atividade sexual tem sido iniciada precocemente e mantida entre adolescentes de forma frequente¹⁸. A idade da primeira relação sexual está entre 15 anos para os homens e 17 anos para as mulheres¹⁹.

Durante a adolescência homens e mulheres passam por profundas transformações e por experiências relativas à sexualidade, mas nem sempre se encontram preparados para a iniciação sexual, podendo se submeter a riscos e frustrações. A atividade sexual na adolescência encontra-se como fator de risco para aquisição de uma DST, em conjunto com o aumento do número de parceiros sexuais, dentre outros²⁰. Portanto, é necessário que o/a adolescente esteja plenamente esclarecido/a quanto à sua sexualidade, alterações inerentes a essa fase da vida e métodos de promoção de sua saúde sexual, que podem ser orientados pelos profissionais da saúde.

No que diz respeito ao número de gestações, este variou de 1 a 12, em que 77 (95%) prostitutas entrevistadas já haviam engravidado. Destas, 36 (46%) tinham tido de 3 a 4 gestações. Vale ressaltar que 9 (11,8%) mulheres tiveram mais que sete gestações. Totalizando o número de gestações, encontramos 302 gestações. Se considerarmos a viabilidade de todas as gestações, encontramos uma média de 3,92 gestações por mulher, o que ultrapassa a taxa de fecundidade total (TFT) nacional da população geral que é de 2,3 filhos por mulher, com dados para a região Nordeste de 2,39 e para o Ceará, 2,42 filhos²¹.

A maioria dos sujeitos do estudo tinha filhos vivos, 75 (92,6%). Dentre estas, 23 (30,7%) possuíam três filhos, 17 (22,7%) dois filhos, 14 (18,7%) um filho e 12 (16%) quatro filhos.

O número médio de filhos por mulher, em 1991, era de quase quatro filhos por mulher cearense. Já em 2000, este número diminuiu para quase três filhos, situação praticamente igual ao resto do Brasil e do Nordeste²². Percebe-se então, que nessa amostra a TFT corresponde à de há 15 anos, fator que instiga a necessidade de se oferecer aten-

ção adequada ao planejamento familiar do grupo investigado. Ademais, o elevado índice de gestações desse grupo populacional permite inferir a prática sexual sem preservativo, o que as torna expostas ao risco de contrair DSTs e o HIV/Aids.

Planejar a família é um direito reprodutivo e enquanto ação dos serviços de saúde tem como principal objetivo garantir aos cidadãos o direito de ter ou não ter filhos²³. Portanto, os serviços de saúde devem garantir o acesso aos meios para se evitar gravidez, além de consultas ginecológicas e ações educativas para a escolha livre e consciente do método. O planejamento familiar é, atualmente, direito legal do cidadão brasileiro, conforme Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regulamenta o parágrafo 7º do artigo 226 da Constituição Federal de 1988²⁴.

Analisando o número de partos, observou-se que este não corresponde ao número de gestações. Enquanto foram referidas 302 gravidezes, ocorreram 227 partos, ou seja, 75 (24,8%) se perderam. Essa análise evidencia a prática do aborto provocado, uma vez que se estima ser em torno de 10% a percentagem de abortamentos espontâneos entre mulheres grávidas em geral. Todavia, essa realidade não é restrita a mulheres prostitutas, pois percentual semelhante é identificado na população geral de mulheres grávidas.

Quando indagadas acerca da ocorrência de aborto, 40 (49,4%) mulheres entrevistadas já haviam vivenciado tal intercorrência, considerando que três delas nunca haviam engravidado. Portanto, excluindo estas, a incidência de aborto na amostra do estudo chega a alcançar mais da metade dessas mulheres. Estudo realizado mostrou que as principais razões para a realização do aborto estão relacionadas a fatores socioeconômicos, difícil relação com o companheiro, falta de apoio familiar, idade, entre outros²⁵.

No Brasil, cerca de 1,2 milhões de abortos são realizados anualmente, responsáveis por 9% das mortes maternas e 25% das esterilidades, além de 250 mil casos de complicações. Respondem à quinta causa de internações hospitalares. Além disso, os riscos dos procedimentos incluem hemorragias, perfurações vesicais, uterinas e intestinais, entre outros^{26,27}.

Quando indagadas acerca da realização do exame de prevenção do câncer de colo uterino, 77 (95,1%) prostitutas já o realizaram alguma vez na vida. O número de exa-

mes realizados para detecção precoce do câncer do colo do útero teve um crescimento a partir do ano 2000 significativo: foram registrados no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) do SUS 7,0 milhões de exames citopatológicos em 2000, 8,6 milhões em 2001 e 10,4 milhões em 2002²⁸. O número de casos novos de câncer de colo do útero esperados para o Brasil, em 2006, foi de 19.260, com um risco estimado de 20 casos a cada 100 mil mulheres, representando o sétimo câncer mais comum na população brasileira. A estimativa para o ano de 2006 de número de casos novos para o Ceará foi 780 casos e para Fortaleza 250 casos²⁹.

A respeito do intervalo de realização do exame de prevenção, 40 (51,9%) mulheres o haviam realizado há menos de um ano, 28 (36,3%) há mais de um ano e menos de três e 9 (11,8%) há mais de três anos. Vale ressaltar que 4 (4,9%) mulheres nunca haviam realizado o exame. Estudo chama a atenção para o fato de que, embora a maioria das mulheres relate que realiza o exame de prevenção anualmente, essas se contradizem ao revelarem a última vez que realmente realizaram o exame³⁰. Alguns fatores de risco para o câncer de colo uterino estiveram presentes no estudo ora realizado. A incidência prevalece em pessoas com dificuldades socioeconômicas mais acentuadamente que outros fatores de risco como multiparidade, precocidade sexual, déficits nutricionais e higiene precária³¹.

Independente da existência de fatores de risco, toda mulher com vida sexual ativa deve submeter-se ao exame preventivo anualmente, passando a trienal após o achado de dois exames citopatológicos anuais consecutivos negativos³². Essa prática favorece a detecção precoce de possíveis lesões precursoras do câncer e mostrou-se bastante favorável no grupo pesquisado.

Em relação à periodicidade da realização do exame, constatou-se que do total de mulheres que se previnem, 47 (61,1%) realizam o exame anualmente, 9 (11,7%) semestralmente e 17 (22%) só o realizam quando apresentam alguma queixa. Apesar das taxas de cobertura da assistência ginecológica estarem aumentando, ainda é elevado o número de mulheres que não realizam o exame anualmente³³. A população feminina precisa ser informada e estimulada acerca da importância da realização anual do exame ginecológico como método barato e eficaz de prevenir o

câncer de colo uterino, além das diversas patologias que podem ser prevenidas e tratadas durante o atendimento. A consulta por médicos ou enfermeiros representa uma oportunidade ímpar de interação profissional-cliente, na qual várias dúvidas podem ser sanadas, além de o profissional aproveitar essa oportunidade para identificar possíveis fatores de risco para os agravos.

CONCLUSÃO

A prostituição como problema social relevante da cidade de Fortaleza, necessita de ações para reduzir o estímulo à inserção da população feminina neste comércio, bem como carece de medidas dos serviços de saúde para garantir uma atenção especial a esse grupo populacional, cujo perfil ginecológico e obstétrico apresentou características preocupantes para a aquisição de DST/Aids, do câncer de colo uterino e mama.

Apresentaram características ginecológicas e obstétricas que denotaram risco à saúde sexual e reprodutiva, como: o início precoce da atividade sexual, muitas vezes coincidindo com a menarca e os baixos níveis socioeconômicos, o que aumenta a chance de se contrair as DST/HIV/aids e, por conseguinte, danos físicos e danos psicológicos. Além disso, o início precoce da atividade sexual, associada ao elevado número de clientes constituem importantes fatores de risco para o câncer de colo de útero, uma vez que estão por mais tempo expostas à aquisição do HPV. A menarca precoce também representa um fator de risco nessa população, uma vez que estão sujeitas à ação do estrógeno por mais tempo, o que acarreta riscos de câncer de mama. Identificou-se, também, paridade elevada, que se inicia precocemente e os abortamentos provocados são frequentes, reproduzindo a falta de conhecimento e de acesso aos serviços de planejamento familiar e de atenção básica em geral. Essa prática representa riscos à saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres, pois as conseqüências de um aborto mal sucedido acarretam, além de danos psicológicos decorridos da prática, danos físicos, como o risco de infecções, esterilidade e complicações. Portanto, o perfil das prostitutas, sinaliza para a necessidade de se tornar os serviços de atenção básica abrangentes e eficazes e que estas sejam inseridas naturalmente nesse sistema, com equi-

dade. Não foi identificado qualquer aspecto que justifique serem atendidas com atividades específicas, segregadas, o que só contribuiria para fortalecer preconceitos. Se as prostitutas são discriminadas na sociedade, estas uma vez organizadas deverão exercer sua cidadania e conquistar seus direitos, porém, como usuárias de serviços de saúde, nenhuma característica foi encontrada que determine serem tratadas de forma diferente.

Ao contrário do que se esperava, o exame de prevenção do câncer de colo uterino mostrou-se acessível às prostitutas, aspecto observado pela frequência com que fazem o exame e percentual das que já realizaram alguma vez. Esse achado faz amenizar os riscos aos quais estão submetidas, visto que proporciona o diagnóstico precoce das alterações e agravos.

O Brasil tem tido papel especialmente importante no cenário internacional de desenvolvimento de políticas sociais e de saúde, criativas e efetivas, preocupadas com a inclusão social e com o combate à discriminação, incluindo setores da sociedade civil organizada, tanto na saúde da mulher quanto no campo das DST/Aids^{34,35}. Assim, ao identificarmos o perfil gineco-obstétrico de prostitutas atuantes no centro de Fortaleza, concluímos que essas mulheres necessitam de assistência básica no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, devendo ser abrangidas pelas equipes do Programa Saúde da Família, nos campos prioritários para a saúde da mulher, definidos na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/2001). As equipes de PSF devem assistir em concepção e contracepção, assistência pré-natal, prevenção do câncer de colo uterino e DST/HIV/Aids. Ações educativas são fundamentais para promover maior conhecimento, autocuidado, auto-estima e contribuir para a construção de uma cultura pró-ativa, de respeito aos direitos humanos, entre os quais se incluem os direitos sexuais e reprodutivos.

Enfim, os profissionais de saúde que compõem a equipe de atenção básica, devem estar sensibilizados para as necessidades de saúde dessa população e como co-responsáveis pela saúde dela, estabelecer estratégias para sua normal inclusão nas atividades do PSF, destacando os prostíbulo como pontos de intervenção e programação extra-muro.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Guia de prevenção das DST/Aids e cidadania para homossexuais. Brasília; 2002.
2. Aquino PS. Comportamento sexual de prostitutas: risco para aquisição de DST? [monografia]. Fortaleza: Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da UFC; 2005.
3. Wikipédia. Enciclopédia livre. 2005; p. 1.[online]. [Acesso em: 2005 set 13]. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Prostitui%C3%A7%C3%A3o>.
4. Amaya A, Canaval GE, Viáfara E. Estigmatización de las trabajadoras sexuales: influencias en la salud. *Colomb. Med*, 2005 jul/sept; 36(3 supl.2): 65-74.
5. Benzaken AS, Garcia EG, Sardinha JCG, Pedrosa VL, Loblein O. Percepção de risco de DST e mudanças no comportamento sexual de trabalhadoras do sexo no Município de Manacapuru, do interior do Amazonas, Brasil. *J Bras Doenças Sex Transm*, 2002; 14(4): 9-12.
6. Alves Filho M. Asas do desejo. *Jornal da UNICAMP 2004 out 1*; [acesso 2005 abr 18]. Disponível em: http://www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje/ju/outubro2004/ju269pag12.html
7. Carvalho QCM, Frota MA. Exploração sexual na infância e na adolescência: cotidiano e perspectivas. *Rev. RENE*, 2005 set/dez; 6(3): 63-70.
8. Oltramari LC, Camargo BV. Representações sociais de profissionais do sexo sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e contracepção. *Rev Psicologia: Teoria e prática*, 2004 ago; 6(2): 75-87.
9. Passos ADC, Figueiredo JFC. Fatores de risco para DST entre prostitutas e travestis de Ribeirão Preto (SP), Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, 2004 ago; 16(2): 95-101.
10. Ministério da Saúde (BR). Profissionais do sexo: documento referencial para ações de prevenção das DST e da Aids. Brasília; 2002.
11. Cano MAT, Ferriani MGC, Gomes R. Sexualidade na adolescência: um estudo bibliográfico. *Rev Latinoam Enfermagem* 2000 abr; 8(2): 18-24.
12. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos da pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed; 2004.

13. Moreira DM, Fragoso MIJ, Oliveira Júnior AV. Níveis maturacional e socioeconômico de jovens sambistas do Rio de Janeiro. *Rev Bras Med Esporte* 2004 fev; 10(1): 16-23.
14. Borges AG, Pires R. Idade da menarca em adolescentes de Londrina - PR. *Rev Bras Atividade Física Saúde* 2000; 5(3): 5-11.
15. Acetta SG, Abeche AM, Herter LD, D'Agostini C. Ginecologia infanto-puberal: puberdade e menarca, distúrbio menstrual e dismenorréia. In: Freitas F, Menke CH, Rivoire WA, Passos EP. Rotinas em ginecologia. São Paulo: Artmed; 2006. p. 60-8.
16. Menke CH, Biazús JV, Cavalheiro JA, Rabin, EG, Cericatto R, Bittelbrunn AC et al. Câncer de mama. In: Freitas F, Menke CH, Rivoire WA, Passos EP. Rotinas em ginecologia. São Paulo: Artmed; 2006. p. 419-36.
17. Rieth F. A iniciação sexual na juventude de mulheres e homens. *Rev Horizonte Antropológico* 2002 jun; 8(17): 77-91.
18. Aquino PS, Eduardo KGT, Barbosa RCM, Pinheiro AKB. Reações da adolescente frente à gravidez. *Esc Anna Nery Rev de Enf* 2005 ago; 9(2): 214-20.
19. Fonseca MG, Bastos FI, Derrico M, Andrade CLT, Travassos C, Szwarcwald CL. AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. *Cad Saúde Pública* 2000; 16(1): 77-87.
20. Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (BR). Indicadores demográficos. Brasília; 2007. [online]. [Acesso 2007 set 14]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
22. Holanda MC, Petterini FC. Saúde no Ceará: a década de 1990. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Ceará; 2004.
23. Ministério da Saúde (BR). Assistência em planejamento familiar - Manual técnico. Brasília; 2002.
24. Ministério da Saúde (BR). Portaria 144 de 20 de Novembro de 1997. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília; nº227 de 24 nov 1997.
25. Oliveira MS, Barbosa ICFJ, Fernandes AFC. Razões e sentimentos de mulheres que vivenciaram a prática do aborto. *Rev RENE*, 2005 set/dez; 6(3): 23-30.
26. Ministério da Saúde (BR). Contribuição da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres para as Conferências Estaduais. Brasília; 2004.
27. Savaris RF. Abortamento. In: Freitas F, Menke CH, Rivoire WA, Passos EP. Rotinas em ginecologia. São Paulo: Artmed; 2006.p.70-7.
28. Instituto Nacional do Câncer (INCA) (BR). Prevenção e controle do câncer e assistência oncológica. Brasília; 2006. [online]. [Acesso 2006 abr 04]. Disponível em: http://www.abrasil.gov.br/avalppa/RelAvalPPA2002/content/av_prog/244/prog244.htm.
29. Fernandes RAQ, Narchi NZ. Conhecimento de gestantes de uma comunidade carente sobre os exames de detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mama. *Rev Bras Cancerol*, 2002 abr/jun; 48(2): 223-30.
30. Lucarini ACBS, Campos, CJG. The search for the accomplishment of the preventive examination of cancer cytology: a qualitative study. *Online Braz J Nurs* [online] 2007 [acesso 2006 abr 4]; 6(1): 3. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/viewarticle.php?id=913&layout=html>.
31. Rivoire WA, Reis R, Monego HI, Appel M, Capp E. Carcinoma invasor do colo uterino. In: Freitas F, Menke CH, Rivoire WA, Passos EP. Rotinas em ginecologia. São Paulo: Artmed; 2006. p. 321-30.
32. Instituto Nacional do Câncer (INCA) (BR). Normas e recomendações do INCA. Periodicidade de realização do exame preventivo do câncer de colo de útero. *Rev Bras Cancerol*, 2002; 48(1): 13-5.
33. Martins TA. Doenças sexualmente transmissíveis em mulheres grávidas: um estudo sobre prevalência e fatores de risco. [dissertação]. Fortaleza: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará; 2002..
34. Ministério da Saúde (BR). Políticas e diretrizes de prevenção das DST/Aids entre mulheres. Brasília; 2003.p.35.

RECEBIDO: 21/08/2007

ACEITO: 10/12/07