

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**PRISCILA DE SOUZA AQUINO**

**DESEMPENHO DAS ATIVIDADES DE VIDA POR PROSTITUTAS**

**FORTALEZA**  
**2007**

PRISCILA DE SOUZA AQUINO

DESEMPENHO DAS ATIVIDADES DE VIDA POR PROSTITUTAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área Temática: Saúde Sexual e Reprodutiva

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Karina Bezerra Pinheiro

FORTALEZA  
2007

### Ficha catalográfica

A669d Aquino, Priscila de Souza  
Desempenho das atividades de vida por prostitutas/ Priscila  
de Souza Aquino. 2007.  
128 f. : il.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Karina Bezerra Pinheiro  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará.  
Departamento de Enfermagem, Fortaleza, 2007.

1. Prostituição. 2. Cuidados de Enfermagem. 3. Modelos  
de Enfermagem. 4. Saúde Sexual e Reprodutiva. 5.  
Ginecologia. I. Pinheiro, Ana Karina (Orient.). II. Título.

CDD 610.73

PRISCILA DE SOUZA AQUINO

DESEMPENHO DAS ATIVIDADES DE VIDA POR PROSTITUTAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Data de aprovação \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banca examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Karina Bezerra Pinheiro (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará-UFC

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Escolástica Rejane Ferreira Moura  
Universidade Federal do Ceará-UFC

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ligia Barros Costa  
Universidade Federal do Ceará-UFC

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Albertina Rocha Diógenes  
Universidade de Fortaleza-UNIFOR

Esta pesquisa contou com o financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

**AOS MEUS PAIS,**

José Batista de Aquino (*in memoriam*) e Marina de Souza Aquino, pela dedicação imensurável aos filhos, pelo firme alicerce que ergueram e por sempre sonharem com nosso sucesso. Essa vitória foi construída por vocês ao longo dos anos.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar sempre ao meu lado, não me permitindo fraquejar nem nos momentos mais difíceis e pelas inúmeras bênçãos na minha vida.

Ao meu pai, José Batista de Aquino (*in memoriam*), pela nossa breve convivência permeada por muito amor, respeito e ensinamentos. Suas lições guiaram a construção do que sou. Com certeza, hoje você estaria orgulhoso de mim.

À minha mãe, Marina de Souza Aquino, razão maior da minha busca pelo sucesso, amor incondicional. Por sua força ao lidar com as adversidades da vida, pelas palavras certas nas horas exatas, por ser a amiga de todos os momentos.

Aos meus irmãos, Camila, Patricia e Italo, pelo apoio ao longo dessa caminhada e por todos os momentos de alegria e tristeza compartilhados.

Ao meu amor, Lélío Ivo Andrade do Vale, um lindo presente de Deus recebido em tempos de mestrado, pelo apoio incondicional, pelas palavras de incentivo, pelos conselhos. Você me mostrou o quão intenso pode ser o amor.

Aos meus familiares pelo orgulho demonstrado com minhas aquisições profissionais e pelo entusiasmo constante à minha vitória.

À Prof.<sup>a</sup> Ana Karina Bezerra Pinheiro, grande amiga, mãe, irmã e orientadora, por acompanhar meus passos desde a graduação, estimulando-me a enfrentar grandes desafios na vida profissional. Obrigada pela credibilidade em meu trabalho durante todos esses anos.

À Prof.<sup>a</sup> Escolástica Rejane Ferreira Moura, ser humano na essência da palavra, exemplo de amor e segurança em tudo que faz. Excelente profissional, representa um estímulo a todos que a cercam. Obrigada pelas sábias palavras e pelos ensinamentos repassados durante esses anos de convivência.

À Prof.<sup>a</sup> Lorena Barbosa Ximenes, minha eterna tutora, por encontrar sempre as palavras certas e por proporcionar apoio e motivação em todas as fases de minha vida. Abriu-me muitas portas e permitiu meu desenvolvimento ao longo desses anos.

Aos membros do PET-Enfermagem-UFC, que me permitiram continuar fazendo desse programa minha segunda morada. Por abrirem as portas, me deixarem atuar como colaboradora, e desfrutar das suas companhias e dos seus conselhos. Por todos os momentos vividos e por me possibilitarem não sentir a brusca saída desse programa que tanto amo.

Aos amigos José Stênio, Raul Feitoza, Ana Izabel, Levânia Dias, Leonor Morais, Priscila Bomfim e Ana Márcia. Vocês contribuíram diretamente para a construção dessa pesquisa, disponibilizando tempo, paciência e confiança nesse trabalho.

À Prof.<sup>a</sup> Lígia Barros, que introduziu o Modelo de Vida em minha graduação. Se antes não compreendia o motivo, hoje reformulei minha visão sobre ele. Espero que cada vez mais os profissionais de saúde percebam a dimensão dos instrumentos de enfermagem.

A todos os membros da banca, pela disponibilidade de lerem esse trabalho, contribuindo de forma valiosa para o aprimoramento da pesquisa.

Aos docentes do curso de pós-graduação, que inseriram a temática Promoção da Saúde, mostrando sua relevância para o cuidado de enfermagem. Certamente seus ensinamentos serão lembrados.

Aos colegas de curso, por suas características tão diferentes e complementares. Construímos conhecimento e amizade nesse pouco tempo, compartilharmos sonhos e ideais. Ganhei mães, irmãs e grandes amigos. Que o mestrado represente mais um passo dado na caminhada para nossa vitória.

Aos amigos que incentivaram cada conquista, por acreditarem em meu potencial e proporcionarem momentos de alegria constantes.

À Associação de Prostitutas do Ceará (APROCE), em especial Rosarina, Simone, Sílvia e Caio, que abriram as portas da associação para eu poder adentrar com minhas idéias e percepções. Aprendi muito com vocês e com suas ações. Mostraram-me a relevância do trabalho voltado às prostitutas e ganharam minha adesão a essa causa.

A todas as prostitutas, mães, filhas, esposas, que batalham em busca de melhores condições de vida, enfrentam desafios inigualáveis e sujeitam-se ao estigma social. Vocês merecem o meu respeito. Obrigada por permitirem minha entrada em suas vidas e por me mostrarem uma realidade até então desconhecida.

Às profissionais Maria do Céu, Rosane e Norma, pela competência e pelo carinho com os quais revisaram as normas e o texto dessa dissertação.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a finalização desse trabalho, muito obrigada!



***“Só ouve direito quem se liberta dos preconceitos;  
e só se liberta dos preconceitos quem é capaz de  
restituir a palavra ao silenciado”  
(Frei Antônio Moser)***

## RESUMO

Diante das peculiaridades que envolvem a prostituição, atividade praticada por muitas mulheres, decidimos desenvolver o estudo. Trata-se de uma pesquisa realizada na cidade de Fortaleza, com os seguintes objetivos: Compreender o desempenho das atividades de vida das prostitutas; Identificar os fatores determinantes das atividades de vida das prostitutas na consulta de enfermagem em ginecologia; Verificar as contribuições do Modelo de Atividades de Vida de Roper, Logan e Tierney no cuidado de enfermagem a prostitutas. Pesquisa fundamentada na abordagem quantitativa e qualitativa, cujos dados foram coletados em dois momentos. No primeiro momento, utilizamos um formulário de entrevista estruturado nos meses de maio e junho de 2007 por ocasião da consulta de enfermagem em ginecologia no Centro de Parto Natural (CPN) e a técnica da observação livre. No segundo momento, utilizamos um roteiro semi-estruturado de entrevista com enfoque nas atividades de vida que apresentaram alterações no primeiro momento. As entrevistas ocorreram nos meses de setembro e outubro de 2007, nos domicílios e locais de trabalho das prostitutas. Os dados iniciais foram anotados pela pesquisadora nos próprios formulários e os dados da observação foram registrados em um diário de campo. No primeiro momento participaram 42 mulheres e no segundo momento 6 mulheres. Utilizamos o Modelo de Atividades de Vida, de Roper, Logan e Tierney como referencial teórico. Categorizamos as falas de acordo com as doze atividades de vida componentes do modelo, que incluem: Manter um ambiente seguro; Comunicar; Respirar; Comer e beber; Eliminar; Higiene pessoal e vestir-se; Controlar a temperatura corporal; Mobilizar-se; Trabalhar e distrair-se; Expressar sexualidade; Dormir e Morrer. Os resultados evidenciaram as principais vulnerabilidades e intercorrências dessa população, que estavam presentes em todas as atividades de vida, fator decisivo para a manutenção da qualidade de vida dessas mulheres. Assim, conforme percebemos, a prostituição pode levar a prejuízos à vida das prostituídas, em virtude de acarretar limitações para a adoção de estilos de vida mais saudáveis. Além disso, a utilização do Modelo de Atividades de Vida de Roper, Logan e Tierney facilitou a abordagem holística do cuidar, mostrando-se capaz de ser adaptado às diversas etapas de vida das pessoas e às diversas populações atendidas. Desse modo, conhecer as atividades de vida das prostitutas poderá condicionar as ações voltadas a essa clientela, uma vez que denota as vulnerabilidades presentes no cotidiano dessas mulheres.

Palavras-chave: Prostituição. Cuidados de enfermagem. Modelos de enfermagem. Saúde sexual e reprodutiva. Ginecologia.

## ABSTRACT

Recognizing the peculiarities involving the prostitution, activity practiced by many women, we decided to undertake this study. This is a survey in the city of Fortaleza, aiming to know the activities of the daily life of prostitutes; to identify the determinants factors specific of the life activities of prostitutes in the gynecological consultation of nursing; Check the contributions of the Model for Life Activities of Roper, Logan and Tierney in the care of nursing with prostitutes. The survey had a quantitative and qualitative approach. The data were collected at two points. In the first moment, we use a form of structured interview in the months of May and June 2007 on the occasion of gynecological consultation at the Center for Natural Childbirth (CPN) and the technique of free observation. For the second time, we used a structured route to interview, with a focus in the activities of life that showed changes in the first time. The interviews were conducted in the months of September and October 2007, in the homes and work places of prostitutes, and the data were recorded by the researcher in own forms and the data of observation were recorded in a diary. Part 42 women for the first time and 6 women in the second time. We use the Model Activity of Life of Roper, Logan and Tierney as a mark theoretical. We organized the words according to the twelve activities of life components of the Model, which include: Maintaining a safe environment, Communicate, Breathing, Eating and drinking, Eliminating, Personal career and dressing, Checking the body temperature, Mobilize, Working and distracting, Expressing sexuality, Sleeping and Death. The results showed the main vulnerabilities and events of this population, who were present in all activities at life of prostitutes, decisive factor for the maintenance for these women's life quality. We can see that prostitution can cause damage to the lives of prostitutes since it entails limits to the adoption styles of living more healthy. Moreover, the use of the Model activity of life for Roper, Logan and Tierney facilitated the holistic approach of caring, showing it is capable of being adapted to the different stages of life and the various people attended. Thus, knowing the activities of life of prostitutes can direct the actions aimed at the customers, because that denotes the vulnerabilities that permeate the daily life of women.

Keywords: Prostitution. Nursing Care. Models, Nursing. Sexual and Reproductive Health. Gynecology.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Dados pessoais e socioeconômicos de prostitutas atuantes em Fortaleza-CE, maio/jun. 2007.....	46
Tabela 2	Fatores relacionados ao ambiente de prostitutas e inclusos na atividade de vida Manter um ambiente seguro. Fortaleza-CE, maio/jun. 2007.....	51
Tabela 3	Fatores relativos à suscetibilidade à violência em domicílio de prostitutas. Atividade de vida Manter um ambiente seguro. Fortaleza-CE, maio/jun. 2007.....	54
Tabela 4	Fatores relativos à suscetibilidade à violência em ambiente laboral de prostitutas. Atividade de vida Manter um ambiente seguro. Fortaleza-CE, maio/jun. 2007.....	57
Tabela 5	Dados relativos ao desempenho da comunicação em domicílio e ambiente de trabalho. Atividade de vida Comunicar. Fortaleza-CE, maio/jun. 2007.....	59
Tabela 6	Distribuição dos fatores influentes na Atividade de vida Respirar de prostitutas. Fortaleza-CE, maio/jun. 2007.....	63
Tabela 7	Fatores influentes na alimentação de prostitutas. Atividade de vida Comer e beber. Fortaleza-CE, maio/jun. 2007.....	67
Tabela 8	Variáveis correspondentes à eliminação das prostitutas entrevistadas. Atividade de vida Eliminar. Fortaleza-CE, maio/jun. 2007.....	72
Tabela 9	Fatores influentes na Atividade de vida Higiene pessoal e vestir-se. Fortaleza-CE, maio/jun. 2007.....	75
Tabela 10	Distribuição dos fatores influentes na Atividade de vida Trabalhar e distrair-se. Fortaleza-CE, maio/jun. 2007.....	81
Tabela 11	Fatores comportamentais adotados na prática sexual com os clientes. Atividade de vida Trabalhar e distrair-se. Fortaleza-CE, maio/jun. 2007.....	84
Tabela 12	Distribuição das atividades de lazer exercidas pelas prostitutas. Atividade de vida Trabalhar e distrair-se. Fortaleza-CE, maio/jun. 2007.....	86
Tabela 13	História obstétrica das prostitutas entrevistadas. Atividade de vida Expressar sexualidade. Fortaleza-CE, maio/jun. 2007.....	88
Tabela 14	História ginecológica de prostitutas incluídas na atividade de vida Expressar Sexualidade. Fortaleza-CE, maio/jun. 2007.....	90
Tabela 15	História reprodutiva e sexual de prostitutas incluídas na atividade de vida Expressar sexualidade. Fortaleza-CE, maio/jun. 2007.....	93
Tabela 16	Fatores influentes na atividade de vida Dormir. Fortaleza-CE, maio/jun. 2007.....	97
Tabela 17	Distribuição dos fatores influenciadores na atividade de vida Morrer. Fortaleza-CE, maio/jun. 2007.....	99

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Diagrama 1	O Modelo de Enfermagem Roper, Logan e Tierney (1995).....	35
------------	---	----

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APROCE Associação de prostitutas do Ceará

CPN Centro de Parto Natural

DM Diabetes Mellitus

DST Doença Sexualmente Transmissível

HAS Hipertensão Arterial Sistêmica

HPV Papilomavírus Humano

ITU Infecção do Trato Urinário

ONU Organização das Nações Unidas

ONG Organização Não-Governamental

PAISM Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PET Programa de Educação Tutorial

PNAISM Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

SSPDS Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social

SUS Sistema Único de Saúde

UFC Universidade Federal do Ceará

WHO World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>20</b>
<b>2.1</b>	<b>Prostituição: resgate histórico e repercussão para a atualidade.....</b>	<b>20</b>
<b>2.2</b>	<b>Políticas de saúde brasileiras que contemplam a prostituição....</b>	<b>25</b>
<b>2.3</b>	<b>Consulta de enfermagem à mulher em ginecologia.....</b>	<b>30</b>
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....</b>	<b>33</b>
<b>3.1</b>	<b>O Modelo de Enfermagem fundamentado no Modelo de Vida...</b>	<b>33</b>
<b>4</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODO.....</b>	<b>37</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo e natureza da pesquisa.....</b>	<b>37</b>
<b>4.2</b>	<b>Ambiente da investigação.....</b>	<b>38</b>
4.2.1	Cenário 1 – O Centro de Parto Natural.....	38
4.2.2	Cenário 2 – A Periferia da cidade de Fortaleza.....	39
4.2.3	Cenário 3 – O centro da cidade de Fortaleza.....	40
<b>4.3</b>	<b>População e amostra.....</b>	<b>41</b>
<b>4.4</b>	<b>Coleta de dados.....</b>	<b>41</b>
<b>4.5</b>	<b>Organização dos dados para análise.....</b>	<b>43</b>
<b>4.6</b>	<b>Aspectos éticos.....</b>	<b>44</b>
<b>4.7</b>	<b>Financiamento.....</b>	<b>45</b>
<b>5</b>	<b>DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....</b>	<b>46</b>
<b>5.1</b>	<b>Caracterização dos sujeitos da pesquisa.....</b>	<b>46</b>
5.1.1	Perfil das prostitutas.....	46
<b>5.2</b>	<b>Desempenho das atividades de vida por prostitutas de Fortaleza.....</b>	<b>50</b>
5.2.1	Atividade de vida Manter um ambiente seguro.....	51
5.2.2	Atividade de vida Comunicar.....	59
5.2.3	Atividade de vida Respirar.....	62
5.2.4	Atividade de vida Comer e beber.....	66
5.2.5	Atividade de vida Eliminar.....	71
5.2.6	Atividade de vida Higiene pessoal e vestir-se.....	74
5.2.7	Atividade de vida Controlar a temperatura corporal.....	77
5.2.8	Atividade de vida Mobilizar-se.....	78
5.2.9	Atividade de vida Trabalhar e distrair-se.....	79
5.2.10	Atividade de vida Expressar sexualidade.....	87
5.2.11	Atividade de vida Dormir.....	96
5.2.12	Atividade de vida Morrer.....	99
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>103</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>106</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>120</b>
	<b>ANEXO.....</b>	<b>128</b>

## 1 INTRODUÇÃO

*Mulheres diversas, dispersas, perdidas. No poste, no quarto, no vácuo sem vida. Mulheres fantasmas, no giro da noite. Na volta do brinco, na pedra que brilha. A boca vermelha, os olhos de estrela. Cabelos de sol, carícias vendidas...*  
(Maria Cristina Castilho de Andrade)

A prostituição é uma prática antiga na sociedade e a compreensão da sua existência passou por fases distintas à época de análise do fenômeno. Quanto à origem, o termo prostituir deriva do latim, *prostituere*, com significado de exposição pública, pôr à venda, entrar na devassidão (ANDRADE, 2002).

Segundo Rey (2003), a prostituição pode ser definida como o conjunto de pessoas ou instituições que promovem ou realizam relações sexuais com objetivo de satisfação fisiológica, psíquica ou mesmo econômica, na qual estão excluídos sentimentos como o amor. É visível a expansão da prostituição. Tal fato deve-se, principalmente, às crises do mercado de trabalho, com grandes repercussões para as mulheres, além do estilo de vida individualista, denotado, sobretudo, pela redução dos casamentos estáveis e da monogamia.

Como afirma Andrade (2002), a prostituição pode ser exercida tanto em ambientes fechados quanto em ambientes abertos. Nos primeiros, as mulheres recebem seus clientes e geralmente são coordenadas por segundos, e, de modo geral, usam drogas e bebidas alcoólicas para beneficiar os lucros da casa. Já a prostituição aberta ou de rua exige a conquista do cliente em ambiente público, com utilização de quartos de hotéis de alta rotatividade para a concretização do programa. Existem também locais de prostituição disfarçados como casas de massagem, geralmente com anúncios nos veículos de comunicação.

Em todos os tempos e, particularmente, hoje, as prostitutas são socialmente responsabilizadas pela transmissão das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), como a sífilis e a gonorréia. Essa responsabilidade é fruto dos padrões morais e machistas dominantes na sociedade, que atribui o cuidado de si e do outro às mulheres, particularmente quando se trata de mulheres que transgridem as normas de conduta preconizadas. Diante da situação surgiram medidas governamentais com diferentes finalidades, as quais ora pretendiam regulamentar a profissão, ora implantavam a idéia de abolição das prostitutas. Tais atitudes refletiam a tentativa constante de controle da prostituição (BRASIL, 1996b).



Neste contexto foram criadas políticas sanitárias. De acordo com o Ministério da Saúde, as políticas sanitárias foram criadas no intuito de tornar a população saudável. Além disso, como os médicos higienistas e criminologistas foram os primeiros a estudar a prostituição, a construção da concepção do termo foi pautada no desvio das regras, o que contribuiu ainda mais para a origem do estigma e preconceito social (BRASIL, 2002a). Segundo Mazzeiro (1998), a prostituição representava uma doença social a ser combatida, com vistas à manutenção das regras sociais. Assim, a medicina e a polícia assumiram a função de controle da sexualidade, em nome da saúde da burguesia e da classe trabalhadora.

Historicamente, a concepção de família e as questões de gênero explícitas nas relações estabelecidas direcionavam o comportamento dominante. Na sociedade brasileira, a sexualidade da mulher está atrelada à condição biológica, vinculada aos fins reprodutivos e associada à tradicional estrutura familiar, portanto, à maternidade. À mulher, as características de submissão, ingenuidade e inferioridade foram fortemente atribuídas. Já ao sexo masculino vinculam-se as atividades públicas, concentradas em valores culturais e materiais, com a delegação da função de provedor do lar e protetor da família. Essas concepções são fundamentadas na herança do tradicionalismo do período patriarcal (BANDEIRA, 1999; BRASIL, 2002a).

Assim, em todos os tempos, é notória a repressão à sexualidade feminina. Para Faria e Nobre (1997), a origem dessa repressão se dá, principalmente, pelo desconhecimento do corpo e imposição de comportamentos definidores da mulher ideal. Porém, os homens também necessitam de outros tipos de mulheres para o exercício da sexualidade sem responsabilidade, voltada para o prazer. Durante vários séculos, a vivência da sexualidade foi rodeada por tabus e mitos segundo os quais as manifestações da sexualidade feminina constituíam um grande pecado.

Em corroboração a essas palavras, conforme relata Mazzeiro (1998), no lar, a relação sexual era regularizada por limites bem definidos, mantendo-se os padrões tradicionais, sempre associados ao respeito e à saudável sexualidade. Contudo, a prostituição foi reconhecida como um “mal necessário”. Para o exercício do desejo sexual, era preciso buscar a prostituição com vistas a lidar com os desvios e as perversões. Mas o meretrício era tolerado apenas nos ambientes fechados, como uma prática de confinamento, devido ao reconhecimento da necessidade social da prostituição como controle da ordem, eliminando os excessos masculinos (BRASIL, 2002a).

Consoante Andrade (2002), existem fatores determinantes da prostituição, sobretudo socioeconômicos e psicológicos. Entre os primeiros, incluem-se a migração para

centros urbanos, a falta de emprego, condições de vida subumanas, a baixa escolaridade e a falta de perspectiva, enquanto as carências afetivas, os traumas e a falta de apoio familiar são aspectos psicológicos influenciadores na inserção ao comércio sexual. Sobre a compreensão da prostituição, Juliano (2005) retrata a forte tendência de segregação do conceito, associado à marginalidade e discriminação. Essa imposição é proposital, uma vez que representa a tentativa de dissuadir o restante das mulheres às normas de conduta. A imagem associada pela população vitimiza a mulher prostituta, e traça seu perfil como mulheres enganadas e manipuladas, à margem das demais profissões. Apresenta-se um discurso moralista disfarçado pela linguagem protecionista.

Para Amaya, Canaval e Viáfara (2005), as próprias prostitutas consideram seu trabalho desvalorizado socialmente, um trabalho indigno, motivo de vergonha. Apesar do estigma social, as prostitutas se resignam nessa atividade, com o desejo de conseguir outro emprego, ou com a esperança de encontrar um companheiro rico que lhes ofereça melhores condições de vida. Alguns fatores, porém, dificultam-lhes sair dessa situação, como o baixo nível de escolaridade, as necessidades básicas e a atração da facilidade de aquisição de dinheiro.

É complexo compreender a prostituição. A compreensão da prostituição está atrelada às amarras sociais, políticas e morais, estreitamente explicadas pela necessidade econômica e sobrevivência pessoal. Essa concepção permite uma tolerância social, culpabilizando o sistema e eximindo as prostitutas. Assim, pode-se ainda esperar uma redenção da prostituta quando a situação econômica melhorar. Até mesmo as prostitutas incorporam essa justificativa na tentativa de amenizar o estigma sofrido. Porém, quando essa justificativa não se adequa, há uma mudança na percepção, resultante em críticas pesadas, aumentando ainda mais o preconceito outrora amenizado. Na verdade, a compreensão envolve uma gama de aspectos sociais, econômicos, culturais e pessoais, não excludentes entre si (BRASIL, 2002a).

Para Guimarães e Merchán-Hamann (2005), as discussões sobre o tema geralmente exaltam o caráter depreciativo da profissão, e esqueceu muitas vezes os principais dilemas e adversidades, como o tráfico de mulheres, o turismo sexual, o comércio sexual de crianças e adolescentes, entre outros. A respeito do tráfico de mulheres, como ressaltam Silva *et al.* (2005), é importante saber distinguir as ações contra o tráfico de mulheres, uma vez que esse argumento é constantemente utilizado como forma de repressão à atividade de prostituição. Em virtude de o tráfico de mulheres estar muito relacionado à prostituição, principalmente em âmbito internacional, alguns autores como Juliano (2005) enfatizam a

relevância do acompanhamento das ações governamentais, pois essas podem estar voltadas somente ao controle e prevenção do tráfico de mulheres em detrimento do incentivo das organizações da prostituição voluntária.

Segundo Passos e Figueiredo (2004), no Brasil ainda é difícil precisar as necessidades dos profissionais do sexo, uma vez que os pesquisadores em saúde e a própria saúde pública têm dispensado pouca atenção aos problemas inerentes a esse público, em parte devido ao estigma. Tal fato gera dificuldades na proposta de estratégias de educação em saúde. Ainda segundo Amaya, Canaval e Viáfara (2005), são poucos os estudos existentes acerca da prostituição e sua relação com concepções de saúde-doença, comportamentos preventivos para infecções e utilização dos serviços de saúde. Ademais, aspectos de vida e saúde das prostitutas são desconhecidos, em decorrência da carência de estudos específicos nesta área.

Para dimensionar o problema, a cada ano, como afirma Alves Filho (2004), o número de prostitutas tem aumentado significativamente, e a cidade de Fortaleza situa-se entre os quatro centros do tráfico de mulheres no Brasil, perdendo apenas para São Paulo, Rio de Janeiro e Goiânia. De acordo com os dados, no Ceará existem 3.200 mulheres sócias da Associação de Prostitutas do Ceará. Contudo, muitas prostitutas exercem sua prática camufladas, com receio de serem descobertas, principalmente quando se trata de prostituição nos níveis socioeconômicos mais altos.

A imagem da prostituta no Brasil sempre foi atrelada à falta de valorização da mulher, associada, geralmente, à aquisição de doenças sexualmente transmissíveis. Esse estereótipo imposto pela elite dominante, ditadora dos bons modos e atitudes respeitáveis, predomina até hoje na mente da maioria das pessoas. Apesar da mudança ocorrida nos costumes sociais ao longo dos anos, as prostitutas ainda são vítimas de preconceitos, e constituem um grupo excluído socialmente. Como observado, na maioria das vezes não são sequer contempladas com ações governamentais que favoreçam suas principais reivindicações, como a oferta de melhor qualidade de vida (AQUINO, 2005).

Em face das deficiências de orientações e por conhecer alguns grupos específicos da sociedade, desde a graduação interessou-nos estudar os socialmente excluídos. Por termos afinidade com a temática saúde da mulher e saúde sexual, pesquisamos, inicialmente, adolescentes grávidas, no intuito de identificar suas reações diante da gravidez e os problemas enfrentados. Com esta finalidade, participamos tanto de grupos de pesquisa relacionados a essas temáticas, como do Programa de Educação Tutorial (PET), o que nos propiciou desenvolver atividades de orientação sexual e reprodutiva com alunos de escolas públicas. Em

2005, ao tomar conhecimento da existência de uma associação de prostitutas em Fortaleza decidimos realizar nossa monografia de término de curso com a referida associação.

Ao estudar o comportamento sexual de prostitutas, e principalmente no contato mantido durante a coleta dos dados, alguns relatos evidenciaram a necessidade de intervenções relacionadas aos mais diversos aspectos da saúde. Conforme percebemos, essas mulheres sentiam dificuldades na manutenção da qualidade de vida e adotavam atitudes prejudiciais à saúde. Na tentativa de descobrir as principais necessidades dessa população, como forma de contribuir para a atuação profissional junto a essa clientela, e ante a complexidade das questões inerentes ao ser humano, decidimos trabalhar um referencial teórico que abrangesse as necessidades humanas. Optamos, então, pelo Modelo de Atividades de Vida desenvolvido por Roper, Logan e Tierney, utilizado durante o curso de graduação em enfermagem na Universidade Federal do Ceará (UFC). Resolvemos adequá-lo à consulta de enfermagem em ginecologia por fazer parte da nossa área temática, bem como por reconhecer a importância da manutenção periódica da consulta.

Em 2006, promovemos uma campanha de incentivo e realização da consulta ginecológica, feita pelo PET-Enfermagem e APROCE junto às prostitutas. Nessa experiência percebemos as limitações do instrumento comumente utilizado nas consultas de enfermagem em ginecologia, que impossibilita a descoberta das necessidades intrínsecas dessa população, presentes em alguns relatos. Vimo-nos diante de certos questionamentos acerca de como são desempenhadas as atividades de vida pelas prostitutas, tais como: Que fatores determinantes das atividades de vida das prostitutas podem ser identificados na consulta de enfermagem em ginecologia a essa clientela? Que contribuições o modelo teórico de atividade de vida pode fornecer para a consulta ginecológica a prostitutas?

Ante a escassez de literatura específica, esse estudo se faz relevante e, uma vez confirmada sua aplicabilidade à consulta ginecológica, poderá ser utilizado junto a outras clientelas, com vistas à melhoria da assistência de enfermagem, cada vez mais voltada para o holismo e para a integralidade da assistência, além de valorizar os instrumentos próprios da profissão, como os modelos de enfermagem. Desta forma, tivemos como objetivo geral: compreender o desempenho das atividades de vida das prostitutas; e como objetivos específicos: identificar fatores determinantes das atividades de vida das prostitutas na consulta de enfermagem em ginecologia e verificar contribuições do Modelo de Atividades de Vida no cuidado de enfermagem a prostitutas.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

*Mulheres diversas, dispersas, perdida,  
De alcovas e açoites, a dama da noite.  
Da terra e do porto,  
Garimpo, naufrágio,  
Que é Cinderela no cabaré...  
(Maria Cristina Castilho de Andrade)*

### 2.1 Prostituição: resgate histórico e repercussão para a atualidade

As civilizações antigas praticavam a prostituição na iniciação sexual de meninas que atingiam a puberdade. Havia um ritual para a prática e as prostitutas eram consideradas sagradas, recebiam presentes em troca das relações sexuais. Na Grécia e Roma antigas, muitos admiravam as prostitutas, pois não apenas eram ricas e bonitas, como exerciam poder político e eram reconhecidas por seu intelecto. Usavam vestes que as identificavam, além de pagarem pesados impostos para o exercício da profissão. Já no século VI a.C., foi organizada a indústria da prostituição, arrematando escravas para os prostíbulos e criando altos impostos para a prostituição independente (ALMEIDA, 2002). Porém, na Idade Média, a percepção da prostituição sofreu significativa mudança. A exacerbação da política e da economia incentivava o casamento por interesse, o que reforçava essa prática. Nesta época, o Estado passou a regulamentar a profissão, principalmente devido ao poder que elas exerciam nas questões políticas. Consolidou-se o desprezo pelo corpo feminino e, as prostitutas, portadoras do prazer sexual, passaram a ser agente do demônio, o que repercutiu no estigma até os dias de hoje contra a prostituição. No século XVI, com a reforma religiosa, esta atividade passou a ser exercida de forma clandestina, pois com a disseminação das doenças sexualmente transmissíveis e a influência da percepção de puritanismo imposta pela Igreja, esta decidiu combater as práticas promíscuas exercidas até então (WIKIPÉDIA, 2005).

No Brasil, a prostituição é identificada na sociedade desde o século XIX (MELO *et al.*, 2001). Segundo Mazzeiro (1998), a criminalização das prostitutas era imposta por meio da retenção violenta da polícia, embasada juridicamente por decretos destinados a prezar pela moral pública. Como mostra a história, a exibição escandalosa das prostitutas em sua prática ofendia o pudor e a tradicional vida da sociedade. Apesar de ser uma prática anterior ao capitalismo, assumiu características específicas ao contexto social. Para Gomes (1994), as prostitutas estavam inseridas na condição de atividade remunerada ilegítima e associadas à ociosidade. Embasadas na percepção higienista e na ameaça moral à população, as reflexões médicas da época defendiam o combate a essa prática, relacionando a prostituição à transmissão de doenças sexuais. Fortaleciam-se as ações de controle, cujas tentativas incluíam

a doença física (perversão), a doença moral (depravação) e a doença social (venda do próprio corpo).

Como afirma Rodrigues (2005), a prostituição pode ser vista como uma forma de resistência, pois a mulher ocupa um espaço até então exclusivo dos homens, deixando o ambiente domiciliar para freqüentar as ruas. Diante disto, eles se sentiram ameaçados, o que contribuiu para a origem do estigma. Desse modo, conforme fica claro, os indivíduos que não seguem rigorosamente as regras contidas nos padrões sociais não são respeitados, e podem até ser ignorados pelo sistema vigente. Segundo Ferreira (1999), não se pode deixar de citar os preconceitos e estigmas socialmente constituídos por uma cultura que adotou o modelo da família nuclear burguesa como referência para o padrão sexual, aliando-se com as demandas da Revolução Industrial e com a dominação e subordinação decorrentes da expansão do capitalismo, pautado numa democracia excludente, na qual os meios justificam os fins.

Nesta época, em virtude da situação de miséria da grande massa populacional, as mulheres passaram a ocupar o espaço antes ocupado pelos homens. Elas saíram às ruas em busca de melhores condições de vida. A partir de então, contribuíam ativamente na renda familiar, ao assumirem, junto ao parceiro, a função de provedora do lar. Contudo, a escassa formação e a falta de experiência profissional obrigaram as mulheres a exercer funções menos valorizadas, com menor remuneração e reconhecimento do trabalho. Nesse contexto, houve um aumento da prostituição na cidade, talvez como uma forma de complementar os baixos salários (AQUINO, 2005).

A prostituição era vista como resultado do meio social, relacionada principalmente à miséria. Tornou-se, então, inevitável a entrada de mulheres para essa prática, por ser esta a única forma de sobrevivência para elas. Consoante Mazzeiro (1998), as prostitutas faziam parte da classe trabalhadora, especificamente de uma parcela dos despossuídos, que vendiam o corpo como objeto sexual. Conforme Gomes (1994), as representações sociais dos diferentes atores que vivenciam o processo devem ser relevadas, pois a inserção de mulheres na prostituição é influenciada pelo caráter machista adotado socialmente. Por isso não se deve associar a prática a uma cultura específica.

Rodrigues (2005) relata que a Organização das Nações Unidas (ONU), em 1949, buscou articular medidas para o controle da prostituição no mundo. Desde o início do século XX, os países ocidentais tentaram desvincular a prostituição do mundo do crime, devido à exploração sexual exercida pelos criminosos. De acordo com o Ministério da Saúde, há tempos os vários países vêm observando as vantagens e desvantagens da regulamentação, proibição ou tolerância da prostituição. Porém, as perspectivas adotadas são incoerentes, uma

vez que muitos países reconhecem a indústria do sexo, mas tornam ilegal todos os aspectos relacionados a ela, como a gerência desse trabalho. Esse tipo de tolerância também pode ser discriminatório, sobretudo no uso exagerado de eufemismos para tentar amenizar o preconceito e a discriminação (BRASIL, 2002a). No Brasil, por exemplo, o ato de prostituir-se não é crime, mas o Código Penal (1940) pune qualquer pessoa que incentive, contribua ou receba vantagens do negócio sexual. Segundo Guimarães e Merchán-Hamann (2005), a legalização da profissão só foi conseguida graças à divulgação do movimento para a sociedade e a associação de informações que aliavam a legalização à prevenção da vulnerabilidade. Outros países, ao regulamentarem a prostituição, criam registros e controles oficiais sobre a situação de saúde e o tempo de permanência no ofício, o que impõe barreiras à organização dessas mulheres e aumenta o estigma social. Conforme Amaya, Canaval e Viáfara (2005), na Colômbia o exercício da prostituição exige um “atestado de segurança” referente aos exames para detecção de alguma 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 zonas.

A partir das décadas de 1950 e 1960, com a Revolução Sexual e com a forte tendência de emancipação social da mulher, muitos acreditaram ser o fim da prostituição. Esta, no entanto, permaneceu no cenário das interações sexuais e nas discussões morais, bem como expandiu sua área de atuação, deixando os limites das zonas para ingressar em todo convívio social (SANTOS, 2006; GUIMARÃES; MERCHÁN-HAMANN, 2005). São inúmeras as tentativas de explicação dos motivos que estimulam a inserção de mulheres nessa prática. Para Amaya, Canaval e Viáfara (2005), a violência intrafamiliar associada à situação econômica leva-as a fugirem de casa e buscarem diferentes alternativas. Destas, a prostituição é uma das mais fáceis.

No decorrer dos anos, as prostitutas, em várias partes do mundo, se organizaram em busca do reconhecimento da profissão, pela garantia dos direitos trabalhistas e melhores condições de vida. Nessa busca, recebem apoio de diversos segmentos sociais, bem como são discriminadas e violentadas, principalmente pela polícia (MOURA, 2007).

Desde os anos 1980, as prostitutas começaram a articular uma maior organização, pois passaram a ter consciência dos seus direitos como cidadãs. Ganharam o apoio de feministas e a difusão da ideologia do movimento rapidamente se espalhou por todo o mundo. Segundo o Ministério da Saúde, a feminista Josephine Butler, ainda no século XIX, fundou a Federação pela Abolição da Regulemantação Governamental da Prostituição no intuito de

combater a ordem governamental de registro dos exames ginecológicos obrigatórios das prostitutas com vistas à diminuição das doenças contagiosas. Além disso, motivou sindicalistas e mulheres da classe média a apoiar as lutas pelos direitos humanos, defendendo explicitamente a liberdade civil das prostitutas (BRASIL, 1996b).

De acordo com o Ministério da Saúde, a primeira prostituta que se manifestou publicamente foi Margot St. James, nos Estados Unidos. Ela criou uma organização chamada Coyote, com integrantes de diversas categorias trabalhistas, destinada a combater o controle excessivo do Estado nas práticas da prostituição, como os testes compulsórios de gonorréia e a quarentena associada, além da mudança na lei que proibia o exercício dessa atividade. No Brasil, a primeira manifestação a favor das causas da prostituição ocorreu em São Paulo, no ano de 1979, no centro da cidade, conhecida como Boca do Lixo. A prática de prisão e violência indiscriminada a todos os tipos de profissionais do sexo, como travestis, prostitutas e michês, adotada por um delegado, resultou na morte de dois travestis e de uma mulher grávida. Após o incidente, uma passeata denunciou as atrocidades acometidas, e recebeu apoio da sociedade civil (BRASIL, 2002a).

Quanto à primeira organização de prostitutas, surgiu na Alemanha Ocidental, em 1980 e, a partir de então, outras organizações surgiram em diversos países do mundo (CEARÁ, 1998). Rodrigues (2005) afirma que em 1987, por ocasião do Primeiro Encontro Nacional de Prostitutas, foi criada a rede brasileira de prostitutas, hoje formada por 25 associações. Estas objetivam promover maior articulação política das prostitutas e o fortalecimento da identidade profissional da categoria, buscando o exercício pleno da cidadania, o resgate da auto-estima, a redução do estigma e da discriminação, além da melhoria da qualidade de vida na sociedade. A primeira associação brasileira foi instituída em 1988, no Rio de Janeiro, denominada Associação da Vila Mimosa. As associadas conseguiram um local próprio para a sede e hoje a zona se constitui da associação de vários estabelecimentos comerciais nas ruas, interligados pela atividade sexual, com base na estruturação comercial e social (PASINI, 2005; BRASIL, 2002a).

No Ceará, em 1990, foi criada a APROCE, primeira associação que levou o nome das prostitutas. Nela são desenvolvidos trabalhos educativos sobre sexualidade, prevenção de DST/Aids, distribuição maciça de preservativos masculinos e femininos, além do incentivo pela busca dos serviços de saúde para mulheres prostitutas e adolescentes. A associação possui uma posição contrária à exploração sexual e prostituição infantil. Atualmente é reconhecida como um local de referência à prevenção das DST e é procurada por atores dos mais diversos níveis socioculturais. Como observado, a associação adotou o modelo de



educação aos pares, que consiste na atuação de educação em saúde realizada por prostitutas capacitadas para essa atividade. De acordo com Moura (2007), as educadoras sociais conhecem todas as prostitutas das zonas, pois seus cadastros são feitos por elas. Promovem atividades educativas, como palestras e oficinas, e recebem uma ajuda de custo da associação, dependente de financiamentos de projetos, doações e pagamento das associadas.

Em 2002, a prostituição passou a ser reconhecida pelo Ministério do Trabalho, na categoria de trabalhos informais, compondo o Código Brasileiro de Ocupações. Porém, os direitos trabalhistas não foram garantidos, e, atualmente, representam uma importante reivindicação do movimento. Além disso, as organizações de prostitutas no Brasil mantêm encontros anuais na perspectiva de socialização dos ganhos obtidos para a categoria, bem como participam de estratégias governamentais e formulação de políticas públicas que beneficiem essa clientela.

Com o advento da epidemia da Aids nos anos 1980 e a formulação do conceito de “grupos de risco”, que incluía homo/bissexuais, presos e drogados, além dos profissionais do sexo, como prostitutas, michês e travestis, houve um aumento do estigma que vincula a mulher prostituta à disseminação de doenças sexualmente transmissíveis (SANTOS, 2006; SCHAURICH; PADOIN, 2004; FERREIRA, 1999). Segundo Guimarães e Merchán-Hamann (2005), o HIV/Aids foi integrado no movimento brasileiro de prostitutas, considerando a síndrome um componente expressivo no exercício da profissão. O estigma foi considerado responsável pela violência, risco de transmissão de doenças e maior vulnerabilidade. Essa percepção da prostituição reflete-se também na auto-imagem da prostituta e influencia suas relações comerciais e sua busca pelos serviços de saúde. Apesar das prostitutas terem um elevado número de parceiros sexuais, conforme Martins (2002) ressalta devemos lembrar que basta um parceiro com comportamento sexual de risco ou usuário de drogas com compartilhamento de seringa para aumentar a vulnerabilidade das mulheres monogâmicas.

Por isso, a partir da década de 1990, ocorreu uma mudança na contextualização da Aids. Esta passa a ser encarada como uma epidemia de todos, na qual se enfatiza não mais a idéia de risco individual e sim a vulnerabilidade social. Desse modo, percebe-se o comportamento individual para a prevenção da infecção como resultado do meio social no qual o indivíduo está inserido, direcionando suas condutas e seu grau de consciência. Desde 1994, a epidemia do HIV/Aids vem impondo estratégias governamentais de desenvolvimento de projetos para prevenção e assistência de DST/Aids, o que viabilizou uma melhor estruturação social, e resultou em uma resposta eficaz (BRASIL, 2003b).

Com isso, o consumo de preservativos nas zonas de prostituição vem aumentando, proporcionalmente, de forma bem mais rápida que em outros segmentos populacionais, igualmente vulneráveis à aquisição de DSTs. Isso se deve talvez à adoção da concepção do risco na prática profissional imposta no início da epidemia e adquirida pelas prostitutas (BRASIL, 1996b). Em detrimento a essa afirmativa, Amaya, Canaval e Viáfara (2005) ressaltam que as instituições de saúde pública ainda embasam seus atendimentos em pressupostos estabelecidos, como grupo de risco para as infecções sexuais, o que pode ocasionar um receio do preconceito sofrido na procura dos atendimentos oferecidos.

Mas é preciso enfrentar o preconceito. Como Melo *et al.* (2001) defendem, lutar contra o preconceito existente na sociedade em relação ao referido grupo é lutar a favor da igualdade entre seres humanos, dando-lhes o direito de exercer plenamente a cidadania. Não se trata de caridade e assistencialismo. Nem cabe aos estudiosos estabelecer formas de “salvação” para as prostitutas, ou incentivar a representação negativa acerca da prostituição. Devemos lutar contra os estereótipos e atuar com vistas a colaborar para uma melhor qualidade de vida destas pessoas.

Com esta finalidade, evidenciamos a relevância de estudar o cotidiano de vida e saúde de prostitutas, bem como verificar estratégias nas quais as alterações das atividades de vida neste grupo de mulheres possam ser identificadas de modo que possibilitem intervenções efetivas.

## **2.2 Políticas de saúde brasileiras que contemplam a prostituição**

No Brasil, desde as primeiras décadas do século XX, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde, mas os programas se limitavam à atenção materno-infantil, com ênfase no pré-natal e controle de partos. Neste âmbito, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) é considerado um marco histórico, pois orientou um novo enfoque nas políticas públicas voltadas para a Saúde da Mulher e Saúde Reprodutiva, priorizando um atendimento integral e equitativo, envolvendo a saúde da mulher em todas as fases de seu ciclo vital (BRASIL, 2005a). Segundo Osis (1998), a criação desse programa, em 1984, surgiu com a constatação da limitação do cuidado da saúde da mulher. As ações envolviam uma atenção integral, clínico-ginecológica e educativa, com aperfeiçoamento do pré-natal, parto e puerpério, controle das DSTs, do câncer cérvico-uterino e mamário e assistência para concepção e contracepção. De acordo com Formiga Filho (1999), o programa almejava, em suas linhas de ação, um modelo assistencial abrangendo a

integralidade e a equidade da saúde da mulher. As atividades consistiam em ações educativas, de prevenção, diagnósticas, de tratamento e/ou recuperação, que objetivavam a melhoria da saúde da população feminina. Como ressaltam Díaz e Díaz (1999), quando se discutiu saúde da mulher nas conferências internacionais do Cairo e Beijing, o processo já se encontrava bastante avançado conceitualmente no Brasil.

Conforme Oliveira (2005), o movimento feminista vem acompanhando o programa desde sua elaboração. Este é fruto do debate sobre controle de fecundidade e natalidade. Contudo, diante das intensas políticas de distribuição de pílulas anticoncepcionais e a realização de laqueaduras tubárias, as feministas passaram a supor que se tratasse de um programa de controle de natalidade, em virtude da exclusão do homem no planejamento. Apesar disso, ao longo dos anos, o PAISM mostrou ser um avanço na assistência à mulher, contemplando questões até então esquecidas.

Em continuidade às iniciativas nesta área, no ano de 1985, a criação do Programa Nacional de DST/Aids veio confirmar a priorização de estratégias relacionadas à área de saúde sexual e reprodutiva no Brasil, principalmente no tocante à disseminação do HIV. De acordo com o Ministério da Saúde, os homossexuais e, posteriormente, as prostitutas foram os bodes expiatórios no início da epidemia. Este fato, porém, torna-se compreensível, ao se levar em conta a constituição de uma sociedade machista e moralista. No caso de mulheres que transgridem as normas morais e sociais de conduta, todo o ônus recai sobre elas (BRASIL, 1996b). Foi nesse período que surgiu o conceito de grupo de risco, envolvendo atores sociais marginalizados, com foco de ações a esse grupo. A partir de 1994, com o apoio técnico e financeiro para projetos de controle das DST/Aids, houve uma melhor estruturação das redes sociais nos trabalhos de prevenção e assistência, resultando numa melhor resposta ao impacto social da epidemia (BRASIL, 2003b). Atualmente, o termo grupo de risco entrou em desuso, e adotou-se a expressão comportamento de risco, com significado relacionado a práticas sexuais que oferecem mais risco de infecção, independente da orientação sexual (BRASIL, 2002b).

Conforme determinados documentos, a prevenção e o controle da transmissão das DST/HIV têm como principal estratégia a realização de atividades educativas que priorizem: mudanças no comportamento sexual, percepção do risco, além da oferta de informações que garanta a adoção de medidas preventivas, com ênfase no uso do preservativo (CEARÁ, 2002). O novo panorama da doença apresenta a feminização, a pauperização e a interiorização da epidemia. Além disso, reconhece a necessidade de desenvolvimento de ações junto às

mulheres, com diversidade social de gênero, identidade sexual, raça e etnia, estabelecendo estratégias para as diferentes populações femininas (BRASIL, 2003b).

Martins (2002) afirma que a feminização da Aids revelou-se com um crescimento proporcional significativo de mulheres infectadas, apesar dos homens apresentarem maior número de casos. A partir da década de 1990, a vulnerabilidade de mulheres mostrou visibilidade para as autoridades de saúde. Essa situação de feminização da Aids, segundo Schaurich e Padoin (2004), reflete a não priorização desse segmento nas campanhas de prevenção da década de 1980, voltadas exclusivamente para o sexo masculino e para os homossexuais, além das precárias políticas públicas de saúde destinadas à mulher. As relações de desigualdade, historicamente construídas, que colocavam a mulher em situação de vulnerabilidade, evidenciaram a necessidade de agregar conceitos elucidativos, como conceito de gênero às políticas públicas (BRASIL, 2003b).

Como podemos perceber, a prevenção tornou-se uma questão política, pois depende da construção de redes de mobilização que permitam as transformações necessárias à redução da vulnerabilidade ao HIV/Aids. A vulnerabilidade envolve desde a baixa auto-estima, falta de informação sobre os riscos à saúde e sentimento de exclusão, até aspectos relacionados à inserção na sociedade e ao desenvolvimento de ações institucionais voltadas para a Aids, como informação, educação, saúde e não-discriminação (BRASIL, 2005b). De acordo com o Ministério da Saúde, uma das estratégias de prevenção das DST/Aids em mulheres relaciona-se à capacidade de lideranças femininas, entre estas, prostitutas, como multiplicadoras de saúde. Ademais, garantir a distribuição de preservativos femininos nos serviços de saúde e preservativos masculinos e femininos junto a populações específicas facilita a negociação do uso, auto-estima e dupla proteção (BRASIL, 2003b). Consoante afirmam, os elevados índices de DST e sua relação com o HIV justificam a inclusão da atenção às DST/Aids nas ações de Saúde Reprodutiva, por sua ocorrência ser maior em pessoas em idade fértil (CEARÁ, 2002). No Brasil, estima-se que 600 mil pessoas sejam portadoras do HIV e que 30 milhões estejam infectadas por alguma DST (BRASIL, 2005b).

Em 2001 surgiu a Política de Preservativos Masculinos e Femininos, do Ministério da Saúde, como parte integrante do Programa Nacional de DST/Aids. Em 2003, foram distribuídos 256,7 milhões de preservativos masculinos e 2,5 milhões de preservativos femininos. Essa distribuição alcançou populações vulneráveis, a exemplo de usuários de drogas e prostitutas (BRASIL, 2005a).

Como uma resposta concreta à situação, foi criado o Previna, primeiro projeto da Coordenação Nacional de DST/Aids direcionado exclusivamente a profissionais do sexo.

Considerado revolucionário, foi formulado por ativistas de ONGs, membros das associações, instituições estrangeiras que trabalhavam com prostitutas e estudiosos. Implantou a idéia de educação aos pares, elaboração de estratégias para prevenção de DST, como distribuição de preservativos e cartilhas ilustrativas, propôs o financiamento de projetos envolvendo prostitutas. Enfim, representou a primeira manifestação de preocupação do Ministério da Saúde com essa população e estimulou ainda mais a organização das prostitutas, ao lhes propiciar poder de voz (BRASIL, 2002a).

Em continuidade, diversas ações têm sido realizadas junto a prostitutas, proporcionando-lhes visibilidade. Em 2002, ocorreu em Brasília, o Seminário Nacional Aids e Prostituição, convocado e patrocinado pelo Ministério da Saúde. Este seminário objetivou discutir as políticas de prevenção das DST/ Aids para essa população e buscar estratégias de incorporação governamental nessa área. Uma das principais reivindicações estava relacionada à disponibilização do preservativo feminino como forma de promover a autonomia feminina, ao garantir condições de independência à argumentação e ao consentimento do parceiro. Assim, os métodos de barreira podem favorecer as mulheres, pois, muitas vezes, a utilização desses métodos é inegociável para o cliente, que chega a oferecer mais pela prática desprotegida (BRASIL, 2002b).

Mesmo com o incentivo à proteção do HIV/Aids e apesar de estar de acordo com ela, as prostitutas não se encontram efetivamente equipadas para negociar o sexo seguro nos programas com clientes resistentes (BRASIL, 1996b). Apesar das dificuldades, as discussões sobre o tema têm sido produtivas. O documento resultado do seminário abordou a preparação dos serviços para o atendimento e acolhimento integrais. Além disso, sugeriu que a instituição de horários e agendamentos adaptados às necessidades das prostitutas, das trabalhadoras e dos usuários de drogas permitiriam melhor inserção deles nos serviços. Porém, fez referência à discriminação positiva, conhecida como o ato de privilegiar determinadas classes que outrora foram marginalizadas pela sociedade, pois reconheceu que as dificuldades de acesso à assistência no SUS são semelhantes às do restante da população. Houve, ainda, menção à promoção de ações de redução de danos ao uso de drogas, sugerindo a continuidade das ações, dada a contradição entre a cobertura das ações e o tamanho da população. Outras reivindicações referem-se ao incentivo da organização social de profissionais do sexo, mediante atividades de sensibilização dos profissionais de saúde dos serviços para exercerem uma prática livre de qualquer tipo de discriminação. Contudo, para que tal ocorresse, seria preciso superar os preconceitos absorvidos ao longo dos anos. Desse

modo, para que as ações de promoção da saúde sejam eficazes, todos os que buscam saúde devem ser tratados de forma igualitária.

Atualmente, atribui-se particular ênfase à formulação de políticas públicas que garantam os direitos humanos com controle das classes sociais, garantindo a sustentabilidade das ações de prevenção e assistência realizadas. Por exemplo, a Política de Redução de Danos, elaborada em 1994, é uma estratégia de Saúde Pública voltada a reduzir os danos à saúde em consequência de práticas de risco. São promovidas ações de prevenção de danos, primordialmente a pessoas de risco, que ensejam maior visibilidade a populações historicamente excluídas do SUS.

Segundo o Ministério da Saúde, é necessário incorporar estratégias de redução de danos nos serviços de assistência à saúde, com vistas a promover o aumento da cobertura das demandas e sua adaptação a populações específicas. Em virtude de se destinar à incorporação de práticas seguras, considera-se que a adoção de medidas de prevenção das DST/Aids é complexa e dependente de situação social, personalidade e consumo de outras substâncias (BRASIL, 2006e).

A partir de 2003, com a elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), o governo federal refletiu o compromisso de implementar políticas públicas que garantissem os direitos humanos das mulheres. O programa contemplou os princípios e a filosofia do PAISM, além de um plano de ação, considerando questões de gênero, raça e etnia. Portanto, o PNAISM contemplou grupos sociais historicamente excluídos das políticas. Além disso, priorizou ações de redução da mortalidade materna e neonatal e os direitos sexuais e reprodutivos (ARAÚJO, 2005).

Essa nova política abordou as inúmeras especificidades da mulher, ao reconhecer a urgência de novas abordagens em distintos grupos de mulheres: lésbicas, negras, em situação de presídio, trabalhadoras rurais e mulheres indígenas. Fragmentou a mulher em suas diversidades, reorientando a política de saúde para as necessidades de cada grupo populacional. A fragmentação oriunda dessa nova proposta não se fundamentou em suscetibilidade às doenças e sim na dificuldade de acesso aos serviços de saúde, seja por horário de funcionamento ou por conscientização. Levou em consideração questões inerentes a esses grupos ao longo dos anos. Porém, com tamanha estratificação da população feminina, há um grande risco de as ações de saúde da mulher ficarem dispersas e perderem o foco nos objetivos principais.

Assim, percebemos que as necessidades próprias de cada grupo social passam a ser melhor contempladas e atendidas à medida que se tornam fonte de inquietação desse e/ou

de outros segmentos sociais, em contraposição com outras demandas na construção de políticas públicas includentes. Desse modo, quando as prostitutas se constituem como categoria social organizada, que busca reconhecimento, aceitação e respeito, ampliam-se seus espaços de atuação e de influência na tomada de decisões políticas, e conquistam-se para a classe direitos antes restritos.

### **2.3 Consulta de enfermagem à mulher em ginecologia**

Cuidado de enfermagem consiste na ação planejada, deliberada ou automática do enfermeiro, resultante da percepção, observação e análise do comprometimento, situação ou condição do ser humano (HORTA, 1979). Esse cuidado pode ser prestado a todas as pessoas, em diferentes contextos, tais como: domicílios, ambientes de trabalho, escolas ou serviços de saúde. Conhecer e entender o indivíduo, bem como o contexto no qual este se insere, é essencial para o desempenho de uma atividade profissional que se proponha a cuidar do ser humano, integrando componentes biológicos, psíquicos e sociais, na tentativa de prevenir e resolver problemas de saúde. A interação entre enfermeiro e paciente no contexto da consulta de enfermagem vai muito além da simples aplicação de metodologia específica para alcançar objetivos definidos previamente, consistindo na própria assistência de enfermagem.

A consulta de enfermagem, segundo o Conselho Federal de Enfermagem (1993), é regulamentada no Art. 11, da vigente legislação profissional. É uma atividade privativa do enfermeiro, devendo ser obrigatoriamente desenvolvida no cuidado de enfermagem, em todos os níveis de assistência à saúde, sejam públicos ou particulares.

Certos documentos reportam o termo consulta de enfermagem à década de 1968, quando, segundo afirma Castro (*apud* ADAMI, 1989), era considerada uma atividade implementada inicialmente em alguns serviços de saúde, com vistas ao controle de gestantes e crianças sadias, posteriormente estendida aos outros grupos populacionais. Data da década de 1920 o início da atividade precursora da consulta de enfermagem, a entrevista pós-clínica. Por meio desta, o enfermeiro realizava atendimento em programas de saúde governamental, inicialmente às mulheres portadoras de DSTs, com posterior ampliação aos outros segmentos sociais, como pacientes com doenças infecciosas, entre outros (GAÍVA, 2006).

A consulta, de acordo com o foco principal a ser abordado, pode ser adequada às especificidades do atendimento, bem como à necessidade da clientela. Na saúde da mulher, a consulta ginecológica realizada pelo enfermeiro é um momento de interação entre este e sua cliente, pois ao mesmo tempo em que ela procura o serviço de saúde para solucionar o seu

problema, o enfermeiro busca desenvolver sua capacidade de resolutividade, oferecendo oportunidades de esclarecimento, identificando problemas reais e promovendo a saúde (NOBRE, 2006). Em corroboração, Xavier e Salazar (2006) ressaltam a consulta ginecológica como um momento de intimidade, no qual são questionados aspectos da sexualidade. Para tanto, é crucial que o profissional de saúde apresente respeito, cordialidade e uma postura ética frente às condutas nas consultas.

Entretanto, há obstáculos no atendimento à saúde sexual e reprodutiva de muitas mulheres, sobretudo relacionados aos tabus ainda existentes na sociedade. Consoante afirmam Carvalho e Furegato (2001), apesar de sua importância comprovada para a saúde da mulher e dos esforços em transformar o exame ginecológico em uma experiência educativa, muitas mulheres não parecem considerá-lo como um procedimento rotineiro e isento. As reações de medo, vergonha, repulsa à própria genitália e prolongados adiamentos na procura do serviço de saúde são ocorrências frequentes.

A consulta ginecológica consiste em uma das prioridades do enfermeiro na atenção à saúde da mulher, pois oferece subsídios para a prevenção e para a identificação precoce dos perigos potenciais que esta mulher é submetida ao longo da vida, constituindo-se numa estratégia para a promoção e manutenção da saúde (NOBRE, 2006). Conforme afirma Lowdermilk, Perry e Bobaj (2002), a avaliação e os exames de saúde da mulher enfocam todos os sistemas, iniciando com uma história cuidadosa e com um exame físico. Durante a investigação e a avaliação são enfatizadas a responsabilidade pelo autocuidado, pela promoção e pelo favorecimento da saúde. A enfermagem é um processo interativo que começa com o estabelecimento de confiança e de um relacionamento empático, com a meta mais ampla de promover e de manter a saúde. O enfermeiro presta cuidado que abrange a avaliação, o planejamento, a educação, o aconselhamento e o encaminhamento, conforme o necessário.

Diversas são as fases da consulta que visam principalmente detalhar a sintomatologia, além de diversos fatores influentes na qualidade de vida. A anamnese, constituinte de informações subjetivas abrange perguntas sobre: história menstrual; história obstétrica; menopausa; comportamentos de cuidados pessoais; sintomas urinários; secreção vaginal; história de doença anterior; atividade sexual; uso de contraceptivo; contato com DST, estratégias comportamentais que influenciam no risco de aquisição de DST, entre outros (JARVIS, 2002.). Segundo constam dados do Instituto Nacional do Câncer (2007a), o exame físico geral deve contar com observação de pele, mucosas, particularmente, a palma das mãos, plantas dos pés, mucosa orofaríngea e dos genitais, palpação dos gânglios corporais, com



particular atenção a lesões, que devem ser anotadas e posteriormente correlacionadas à história em questão. São importantes informações da pressão arterial e frequência cardíaca, palpação de mamas e toque retal.

Como parte fundamental do exame Papanicolaou, realizado durante a consulta de enfermagem em ginecologia, há a coleta de material citológico do colo do útero, com vistas à detecção precoce de lesões precursoras do câncer cérvico-uterino (INCA, 2007a). De acordo com Rivoire *et al.* (2006), o Papilomavírus Humano (HPV) está intimamente relacionado com as neoplasias intra-epiteliais. Estima-se que 90% dos tumores invasores de colo uterino possuem lesões precursoras do HPV. Alguns fatores contribuem para maior risco de aquisição do HPV, entre eles: baixo nível socioeconômico, multiparidade, deficiências nutricionais, precárias condições de higiene, precocidade sexual, tabagismo, entre outros. Além disso, a aquisição de outras DSTs representa risco para o câncer, pois mulheres com história ou portadoras de DST apresentam risco maior para câncer cérvico-uterino e para infecções pelo HPV. Essa afirmativa encontra fundamento em estudos que mostram frequência cinco vezes maior de lesões precursoras do câncer cérvico-uterino em mulheres portadoras de DST, quando comparadas às que procuram outros serviços, como planejamento familiar (BRASIL, 2006d).

É importante que o profissional de enfermagem ao abordar a consulta de enfermagem em ginecologia esclareça a relevância da realização periódica do exame, os fatores de risco para essa neoplasia, bem como a busca pelos resultados, uma vez que os números dessa neoplasia facilmente detectada alcançam patamares cada vez maiores. Segundo Rivoire *et al.* (2006), no Brasil, em algumas localidades do Norte, Nordeste e Centro-oeste os números chegam a 90 casos para cada 100.000 mulheres. Portanto, cabe aos profissionais de saúde elaborar estratégias de implantação de atividades de educação em saúde na rotina da atenção à população, pois somente essas medidas poderão ajudar no combate aos crescentes índices de morte por essa neoplasia.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

*Mulheres diversas, dispersas, perdidas,  
Mulheres que são, que estão, que não ficam,  
Mas levam no sonho um pouco de tudo,  
Mulheres guerreiras, guerreiras do sangue,  
Tirado por dentro, entranhas profundas,  
Do corpo e da alma, o pai, o padrasto,  
O irmão, o vizinho, o amante, o bagaço...  
(Maria Cristina Castilho de Andrade)*

#### 3.1 O Modelo de Enfermagem fundamentado no Modelo de Vida

Trabalhar com instrumentos próprios da enfermagem permite que o profissional diferencie sua prática e aborde aspectos essenciais para averiguar detalhadamente a situação de saúde do paciente. Porém, adequar um roteiro de investigação baseado em modelos e teorias não constitui tarefa fácil. Exige compreensão dos fatores intrínsecos à teoria, bem como experiência profissional na área escolhida. Segundo Roper, Logan e Tierney (1995), os modelos conceituais de enfermagem, ou estruturas conceituais, foram descritos por alguns autores na tentativa de facilitar a identificação de conceitos singulares à enfermagem, no intuito de clarificar as idéias.

Esses modelos são de grande utilidade para a prática de enfermagem, visto que embasam o cuidado oferecido aos pacientes. Mas não só para a prática, porquanto sua relevância se encontra também na aplicação dos modelos na pesquisa, pois, de acordo com Saraiva (2003), a presença de marcos teóricos e conceituais, seja teoria ou modelo, em um projeto de pesquisa é essencial para ser ele efetivado. Como é notório, a utilização de modelos conceituais direcionados para a prática da enfermagem surgiu na América do Norte. Tais modelos são muito importantes. De acordo com Roper, Logan e Tierney (2001), os modelos são primordiais para a organização do pensamento e podem embasar o surgimento de uma teoria, mas não são teorias e sim sistemas abstratos de conceitos globais.

Desse modo, pode-se dizer que os modelos conceituais de enfermagem são visões individuais de enfermeiros sobre a enfermagem e sua prática. São conceitos da essência da enfermagem e mostram sua inter-relação, além de poderem direcionar outras teorias para a prática da enfermagem. Contudo, os modelos conceituais são formulados sistematicamente, como resultado de meses ou anos de observações práticas, decorrentes de pesquisas e indagações acerca do seu uso, e não de forma aleatória (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 1995).

Conforme Horta (1979), a enfermagem, desde seus primórdios, vem acumulando um corpo de conhecimentos e técnicas empíricas e hoje desenvolve teorias relacionadas entre

si destinadas a explicar estes fatos à luz do universo natural. Para Roper, Logan e Tierney (2001), essa teorização da enfermagem é um desafio acadêmico. Entretanto, para ser o modelo aplicável na prática é necessário que o processo de enfermagem seja implantado, pois somente através dele o modelo é traduzido para a prática. Como evidenciado, o processo sistematiza e operacionaliza os conceitos inerentes aos modelos de enfermagem.

O processo de enfermagem permite que o cuidado seja individualizado e direcionado para as reais necessidades do paciente. Isto viabiliza uma resposta mais eficaz do estado de saúde, além da adoção de metas a serem alcançadas ao longo do processo. Ainda como evidenciado, o processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, com vistas à assistência ao ser humano. De acordo com Alfaro-Lefevre (2005), o uso do processo de enfermagem é abrangente, e enfatiza tanto os problemas médicos, como a resposta do indivíduo à terapêutica, a mudança no cotidiano e os planos de tratamento utilizados. Ademais, complementa os cuidados dos outros profissionais de saúde e seu principal objetivo é promover a saúde, buscando a independência, a sensação de bem-estar e a capacidade de funcionamento.

No entanto, por si só o processo é vazio. Portanto, necessita de um modelo conceitual. Os modelos são instrumentos que aumentam a análise dos conceitos favorecedores do conhecimento de base exigido para a prática de enfermagem. Segundo Horta (1979), a enfermagem só conseguirá ser uma profissão autônoma quando a metodologia científica for aplicada em todas as suas ações, ou seja, quando o processo de enfermagem for sistematicamente aplicado. Em corroboração a Horta, Iyer e Bernocchi-Losey (1993) afirmam que o processo de enfermagem é o ápice da atividade da enfermagem. O uso do processo beneficia família e cliente.

Um sistema de enfermagem individualizado, passível de ser implantado, numa base de distribuição de doentes, equipe de enfermagem ou enfermagem primária é o que representa o processo de enfermagem (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 1995). Para Horta (1979), a teoria representa o conceito. É importante como guia de ação (não diz como agir, mas diz o que acontecerá ao se atuar de certa forma), de coleta de fatos e da busca de novos conhecimentos, além de explicar a natureza da ciência.

Como asseveram Wright e Leahey (2002), os modelos fornecem ao nosso consciente idéias, noções e conceitos. Contudo, esses não se mantêm sozinhos. Na enfermagem, os modelos tornam-se mais compreensíveis se as teorias embaadoras forem conhecidas. Segundo Roper, Logan e Tierney (2001), é esperado que um modelo de vida descreva o significado de viver. As atividades de vida são utilizadas num sentido geral e cada

uma é multidimensional. Mas é notória a complexidade de cada atividade de vida, resultado da co-relação de cada uma delas. Em 1976, as mesmas autoras, convergindo para o mesmo pensamento, embasado em suas práticas de enfermagem, educação, pesquisa e experiência com outras culturas, decidiram pensar em um modelo de enfermagem. Tal decisão resultou na publicação do *The elements of nursing*, em 1980. Em 1981, foi publicado o *Learning to use the process of nursing*, que mostrava como aplicar o modelo e, em 1983, foi lançada a terceira obra intitulada *Using a model for nursing*.

Uma característica dos modelos de enfermagem é serem eles baseados em modelos de vida. Dessa forma, o modelo de enfermagem de Roper, Logan e Tierney é fundamentado num modelo de vida. O uso desse modelo proporciona aos enfermeiros agir diretamente no seu campo de ação, promovendo e mantendo a saúde do paciente, prevenindo agravos e intervindo nas principais necessidades dos indivíduos (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2001). No diagrama a seguir, estão expostos os elementos constituintes do Modelo de Atividades de Vida de Roper, Logan e Tierney.

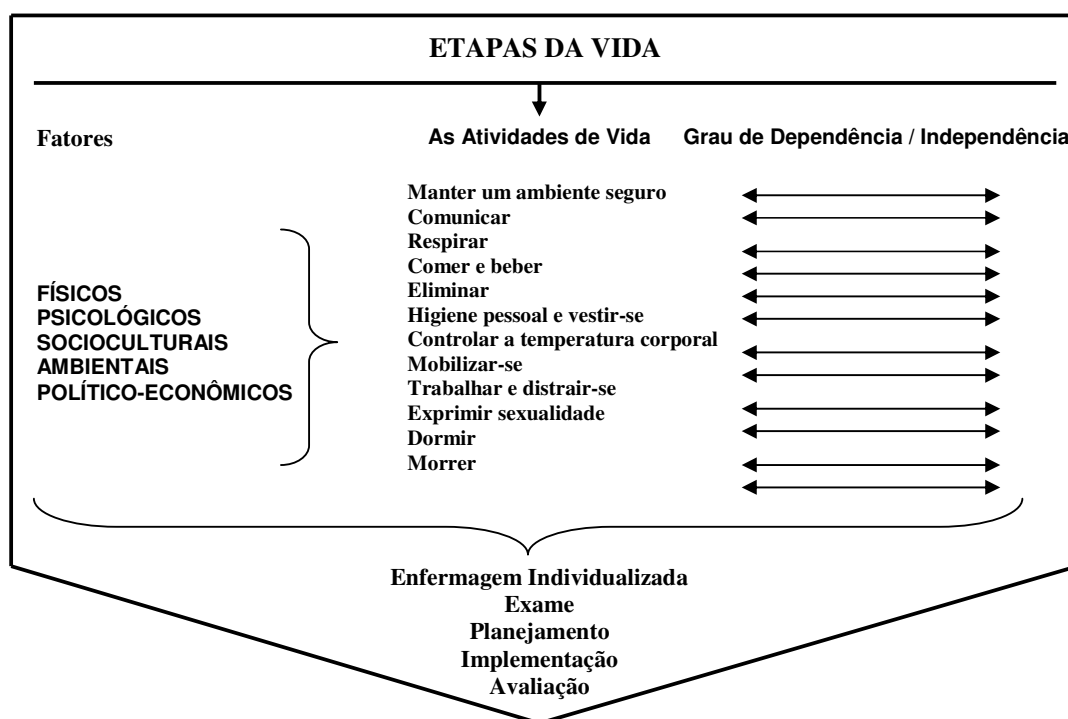


DIAGRAMA 1 – O Modelo de enfermagem Roper, Logan e Tierney  
 Fonte: Roper, Logan e Tierney (1985)

O modelo de vida proposto pelas autoras busca identificar as principais características do viver, seu significado e as inter-relações entre os componentes do modelo. Está focalizado em um conjunto de doze atividades de vida, expostas no diagrama e descritas a seguir: Manter um ambiente seguro; Comunicar; Respirar; Comer e beber; Eliminar;

Higiene pessoal e vestir-se; Controlar a temperatura corporal; Mobilizar-se; Trabalhar e distrair-se; Expressar sexualidade; Dormir; Morrer. Segundo Saraiva (2003), as etapas de vida englobam os períodos em que o ser humano percorre o seu viver. Foram incluídas no modelo para lembrar aos enfermeiros que os cuidados de enfermagem são necessários em todas as idades. Estão subdivididas em estágio pré-natal, primeira infância, infância, adolescência, idade adulta, terceira idade. Os fatores que influenciam o desempenho das atividades de vida (físicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e político-econômicos) exercem uma participação direta, de acordo com as etapas de vida, para a obtenção dos dados que levarão a identificar o grau de dependência/independência do cliente. No presente estudo, o grau de dependência/independência não foi verificado, tendo em vista as diferenças de mensuração do grau de dependência expostas na literatura disponível. Assim, optamos por descrever as atividades de vida conforme seus respectivos fatores influentes.

Segundo Roper, Logan e Tierney (2001), o Modelo de Atividades de Vida é amplo e flexível para ser usado como um enquadramento do processo de enfermagem em qualquer área da prática profissional. É simples, e permite uma fácil compreensão; é relevante e aplicável à prática da enfermagem. De acordo com este modelo, o indivíduo é valorizado em todas as fases da vida.

A enfermagem, profissão que lida diariamente com pacientes, promovendo um cuidado diferenciado, individualizado, direcionado às suas reais necessidades, precisa ter sua prática voltada para a identificação das carências individuais. Isto poderá ser facilitado com o uso do Modelo de Vida, em virtude de este permear as diversas atividades de vida e fatores determinantes, englobando aspectos possivelmente ignorados no cuidado prestado rotineiramente.

## 4 MATERIAIS E MÉTODO

*Mulheres diversas, dispersas, perdidas.  
Mulheres guerreiras em meio à miséria,  
Meninas do nada, desfeitas de tudo.  
No esgoto que escorre, um barco profundo.  
Mulheres guerreiras, o pó e a pedra,  
A cola e a fumaça adormecem a luta.  
Relutam, insistem, não podem ficar.  
(Maria Cristina Castilho de Andrade)*

### 4.1 Tipo e natureza da pesquisa

O presente estudo é do tipo descritivo e exploratório, escolhido com base nas características de complementaridade desses tipos de pesquisa. Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), as pesquisas descritivas descrevem e elucidam os diversos fenômenos. Já as pesquisas exploratórias têm início com um fenômeno de interesse, mas além de descrever e observar averiguam a complexa natureza dos acontecimentos e seus fatores relacionados. Tais tipos de pesquisa contribuem para a completa compreensão do objeto de estudo, o que favorece sobremaneira as contribuições para a atuação de enfermagem junto aos atores em discussão. Como afirma Gil (2002), as pesquisas descritivas pretendem descrever as características dos fenômenos ou das relações entre as variáveis. Junto com as pesquisas exploratórias, preocupam-se com a atuação prática.

Quanto à natureza da pesquisa, optamos pela utilização das abordagens quantitativa e qualitativa, pois compreendemos a necessidade de uma investigação nos mais diversos aspectos dos fenômenos que envolvem a prostituição e ressaltamos a complementaridade oferecida quando ambas as abordagens são adotadas. Os dados quantitativos oferecem uma visão global da população escolhida e do comportamento adotado, e podem ser mensurados em tabelas e frequências. Permitem, assim, possíveis generalizações. Já as informações qualitativas envolvem compreensões acerca dos acontecimentos, vivências únicas dos personagens, influenciadas pela cultura e pelas percepções construídas ao longo da vida. A utilização concomitante dessas abordagens propiciou mais conhecimentos sobre os fatores investigados na pesquisa.

Muitos autores consideram relevante a adoção conjunta das duas abordagens descritas. Polit, Beck e Hungler (2004), por exemplo, defendem que o conjunto de dados quantitativos e qualitativos é imprescindível para o pleno desenvolvimento da ciência e cada vez mais os pesquisadores estão utilizando esse tipo de complementação. Com este conjunto, pode-se alcançar a análise dos valores subjetivos e objetivos das ações humanas, que estão

envoltos de forma dinâmica. De acordo com o Ministério da Saúde, os métodos qualitativos complementam os quantitativos, pois indicam motivos, percepções dos sujeitos e guiam as ações a serem implementadas (BRASIL, 2003a).

Os estudos quantitativos utilizam instrumentos de medida que permitem assegurar a confiabilidade dos achados, com quantificação dos dados, principalmente quando há necessidade de comparação do evento (LEOPARDI, 2002). De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), as pesquisas quantitativas apresentam informações precisas e interpretáveis, resultados das estratégias adotadas pelo pesquisador. Nelas há um controle das variáveis independentes, além da exigência de maior número de informantes que a pesquisa qualitativa.

Ao explicar os fenômenos sociais, a pesquisa qualitativa faz uso de categorias para análise. Tais categorias geralmente emergem dos dados obtidos ou são formuladas antes da coleta, como forma de abordar os dados (POPE; ZIEBLAND; MAYS, 2005). Segundo Minayo (1998), ao contemplarmos o aspecto qualitativo do objeto estamos considerando as pessoas com características próprias, incluídas em distintos grupos ou classes sociais, permeadas por suas crenças, valores e significados. Ainda sobre as pesquisas qualitativas, Lobiondo-Wood e Haber (2001) afirmam que a abordagem qualitativa permite focar as diferentes experiências vividas, resultado das relações e significados do contexto dos diversos cenários naturais.

## **4.2 Ambiente da Investigação**

### **4.2.1 Cenário 1 – O Centro de Parto Natural**

O Centro de Parto Natural Lígia Barros Costa é um local de atendimento específico de enfermagem, vinculado à UFC, que oferece acompanhamento pré-natal e de saúde sexual principalmente às mulheres moradoras dos bairros Planalto Pici, Bela Vista e Pan-Americano, em Fortaleza. Os três bairros estão situados na periferia da cidade. Em princípio o projeto foi financiado pelo Ministério da Saúde, sob a coordenação do Departamento de Enfermagem da UFC. O funcionamento iniciou-se em outubro de 2003, chegando, até o momento, com um número significativo de prontuários abertos para atendimento pré-natal e ginecológico. O local é campo de estágio para acadêmicos de enfermagem do 6º e 8º semestres, que além dos atendimentos oferecidos na unidade, fazem visitas domiciliares a alguns pacientes cadastrados. Como proposto, a humanização do atendimento e a visão holística do cuidar são preceitos fundamentais seguidos pelos

integrantes da instituição. Esse cenário foi utilizado durante toda a primeira parte da pesquisa, para a realização da consulta de enfermagem em ginecologia das prostitutas.

#### 4.2.2 Cenário 2 – A periferia da cidade de Fortaleza

As visitas na periferia de Fortaleza denotaram uma realidade antes desconhecida. As ruas, com seus numerosos bares marcados pela concorrência, não possuem as típicas características de uma zona de prostituição. Independente do dia, ao fim da tarde já começa a movimentação e alguns recintos abrem suas portas, cada um com suas belas moças à espera de clientes. Muitos bares funcionam ininterruptamente, com vendas de bebidas alcoólicas por todo o dia. Contudo, o alto volume do som, as máquinas caça-níqueis e as conversas nada discretas parecem chamar ainda mais a atenção dos transeuntes. Os carros de diversos estilos, os clientes das mais variadas idades e níveis socioeconômicos parecem nem se importar com a nossa presença e a das educadoras sociais. Duas entrevistas foram feitas nesse ambiente. Apesar de ser cedo da tarde, alguns clientes já se encontravam nos bares. Mas a discrição da entrevista pôde ser alcançada graças à ajuda da responsável pelo bar, que nos forneceu um ambiente da casa mais isolado.

Para reconhecer uma casa de prostituição além dos detalhes supracitados, ao adentrar no estabelecimento podemos perceber os pequenos cômodos construídos no final do corredor, quase sempre com suas portas fechadas, que indicam a aquisição de lucros para o estabelecimento. As meninas, bem arrumadas e perfumadas, exibem seus atributos, maquiagens, cabelos pintados e roupas curtas, para atrair os clientes. A bebida é uma das alegorias que não pode faltar. Além de representar boa parte dos lucros da casa, o cliente alcoolizado pode ser mais facilmente manipulado. Descendo um pouco mais pela avenida principal, buscávamos encontrar outra prostituta contatada. Ela havia mudado de endereço depois de uma briga com a dona do bar. Andamos a pé um bom percurso até que o vizinho, mecânico de uma oficina, nos deu instruções sobre o paradeiro da moça. Não encontramos bar algum, mas soubemos de um espaço que fora recentemente alugado e, segundo vizinhos, ali seria um ambiente de prostituição. Batemos na porta do estabelecimento e logo que anunciamos o nome da associação tivemos permissão para entrar. A casa estava em aparente reforma e abriria brevemente, com três mulheres e um homem. O local, sem qualquer tipo de mobília, tinha tábuas de madeiras espalhadas pelo chão, paredes com acabamento desgastado, sem energia elétrica. Duas mulheres e um homem nos receberam, elas em trajes íntimos a realizar tarefas domésticas e ele montando a estrutura do futuro estabelecimento. A entrevista



aconteceu com a pesquisadora sentada em uma pequenina mesa e a entrevistada em cima de almofadas jogadas pelo chão. Ali mesmo, ao som das batidas do martelo bem atrás de nós.

#### 4.2.3 Cenário 3 – O Centro da cidade de Fortaleza

As entrevistas marcadas no Centro da cidade foram realizadas sem a presença das educadoras sociais. Agendamos com as prostitutas à tarde, no próprio local de trabalho. Uma das mulheres que havia marcado desistiu veementemente de participar da pesquisa, pois temia que alguém descobrisse sua identidade. Além disso, garantia não ter tempo a ser desperdiçado e alegou a urgência de trabalhar. As tentativas de explicação e asseguuração do seu anonimato foram em vão. O encontro, marcado na Praça José de Alencar, foi permitido graças à comunicação prévia com as entrevistadas. No meio da praça, uma cantora de músicas boêmias mostrava seu talento aos transeuntes e às mulheres que rotineiramente batalhavam no local. Ao alto volume do som da artista e do tecladista ocorreram nossas entrevistas. As prostitutas atuantes nessa zona estão espalhadas entre as pessoas que transitam, ora para fazer compras, ora para descansar um pouco. Geralmente ficam em pé, perto de grandes árvores, ou caminham em círculos, como se definissem bem o seu espaço. Os olhos ávidos estão sempre à procura de clientes. Suas vestes curtas e indiscretas chamam a atenção de quem passa. Algumas trazem guloseimas para serem vendidas ali mesmo, como forma de ajudar na renda mensal. Durante uma das entrevistas a violência esteve exposta sem nenhum pudor. Ao sermos interrompidas por uma prostituta embriagada durante a entrevista, a reação da entrevistada foi a agressão direta, o que estimulou a curiosidade de outras pessoas, inclusive das amigas da agredida. Naquele momento, o medo e o nervosismo diante da situação nos fizeram repensar a realização da entrevista, principalmente por temer a revidação da agressão. Afastando-nos do local de ocorrência do agravo, ouvimos uma voz aconselhadora que diz: “Minha filha, saia daí, isso não é lugar para você não!”. Afastamo-nos então e desistimos de continuar a abordagem com a entrevistada. Minutos depois, encontramos a outra prostituta contatada e facilmente a entrevistamos. Sentadas em um banco da praça, a ansiedade evidenciada nos olhos da entrevistada em busca de reconhecimento do local e das pessoas pôde ser percebida durante a entrevista. Enfim, a relutância da entrevistada em sair do seu ambiente de trabalho foi decisiva para a escolha do local da entrevista, mesmo em detrimento do intenso barulho observado.

### **4.3 População e amostra**

Compuseram a população do estudo prostitutas associadas à APROCE, instituição na qual são cadastradas 3.200 mulheres do sexo no Ceará. Selecionamos prostitutas de três áreas de abrangência para a participação do estudo, com base nos critérios elegidos pela associação em conformidade com a pesquisadora. As áreas são as seguintes: os bairros Serviluz e Centro da cidade e a Barra do Ceará. Como observado, as três áreas selecionadas tinham os seguintes fatores de elegibilidade: possuíam uma atividade constante realizada pelas educadoras sociais, apresentavam facilidade de acesso para a pesquisadora e maior aceitação das mulheres para as atividades de saúde rotineiramente exercidas. A população das áreas selecionadas totalizou 187 mulheres. Como critérios de inclusão da amostra incluíram-se: a) ser prostituta associada à APROCE; b) possuir idade igual ou superior a 18 anos; e c) trabalhar nas zonas selecionadas.

Fizeram parte do estudo 42 mulheres no momento da consulta de enfermagem em ginecologia e 6 mulheres na fase de entrevista marcada meses depois. Salientamos que, apesar do grande número de consultas que haviam sido marcadas, totalizando 120, muitas mulheres recusaram-se ir ao serviço, além de algumas terem desistido de participar da pesquisa no momento da consulta. A marcação de algumas consultas nos dias próximos ao fim da semana dificultou a ida dessas mulheres ao serviço, apesar da necessidade relatada, uma vez que são os melhores dias de trabalho. Os motivos alegados para a não-participação na pesquisa consistiam no receio de divulgação dos nomes, pois pode se tornar mais fácil a descoberta por seus familiares, além do medo de exposição, pois ainda persiste a discriminação.

### **4.4 Coleta de dados**

Adotamos para o presente estudo as técnicas de entrevista estruturada, com utilização de um roteiro de entrevista, observação livre e registros em um diário de campo. Segundo Leopardi (2002), a utilização da entrevista estruturada permite que o pesquisador formule perguntas condizentes com o objeto de estudo, seguindo a mesma ordem preconizada para todos os participantes. Polit, Beck e Hungler (2004) afirmam ainda que quando os participantes são estimulados a responder às perguntas oralmente, o instrumento é denominado roteiro de entrevista. As respostas são fornecidas pelas participantes na mesma ordem, com as mesmas opções de resposta. Conforme evidenciamos, a entrevista estruturada com questões fechadas nos permitiu ter uma visão geral das indagações realizadas.

Ainda segundo os mesmos autores, os métodos de observação permitem que os pesquisadores compreendam a realidade na qual os entrevistados estão inseridos, e isto permite vislumbrar os fenômenos de interesse, extraindo das diversas culturas os significados dos eventos vividos. Em corroboração aos autores supracitados, como Pope e Mays (2005) afirmam, os métodos observacionais possibilitam ao pesquisador manter um acompanhamento sistemático das interações e dos comportamentos rotineiros. Esse tipo de técnica nos propiciou caracterizar com mais fidedignidade os cenários e as percepções de cada informação coletada. Ademais, sua utilização em conjunto com o diário de campo abrangeu aspectos que poderiam ter ficado ocultos no decorrer da pesquisa.

A opção pelo diário de campo encontra subsídio em Waldow (2005) ao afirmar que os diários de campo podem ter estruturas diversas, contendo informações acerca de sentimentos, opiniões, observações, além de representar um facilitador dos tipos de escrita passíveis de surgir dos achados.

Quanto à coleta de dados, verificamos em dois momentos distintos. No primeiro momento, utilizamos um roteiro de entrevista estruturado (Apêndice A) aplicado durante a consulta de enfermagem em ginecologia. As consultas foram agendadas nos horários de não-funcionamento do CPN/UFC, ou seja, no período vespertino. Para a realização das consultas, marcamos dias distintos para cada área de abrangência do estudo juntamente com a APROCE. Como forma de apoio, os meios de transporte das prostitutas até o CPN foram fornecidos gratuitamente pela universidade. Para iniciar o segundo momento, selecionamos intencionalmente algumas mulheres que apresentaram atividades de vida alteradas, detectadas ainda na consulta realizada. Estabelecemos contato prévio com as participantes por telefone e iniciamos a segunda fase da coleta, mediante uso da entrevista baseada em um roteiro semi-estruturado (Apêndice B), valendo-nos de um instrumento com perguntas norteadoras acerca das atividades de vida que estavam alteradas, além de adotarmos a observação livre em cada entrevista e local, registrada em um diário de campo.

A coleta de dados no momento da consulta de enfermagem em ginecologia se deu nos meses de maio e junho de 2007 enquanto o segundo momento de coleta se deu nos meses de setembro e outubro do mesmo ano, realizada em seus ambientes de trabalho, por opção das entrevistadas. Neste momento, contamos com a colaboração das educadoras sociais da APROCE, que nos acompanharam, em alguns locais de entrevista, facilitando o contato e a inserção nas zonas de prostituição. Os dados advindos das entrevistas foram anotados por nós em um caderno destinado para tal fim.

Antes da coleta de dados tivemos a oportunidade de participar de uma campanha de prevenção do câncer de colo uterino promovida nas zonas de prostituição e organizada pela associação em parceria com a UFC. Além disso, participamos do dia D de saúde, com realização de diversas atividades de saúde para as prostitutas no Centro da cidade de Fortaleza. As atividades ocorreram nos meses de outubro e dezembro respectivamente, o que favoreceu o contato da pesquisadora com o campo a ser estudado e com os sujeitos integrantes do estudo.

#### **4.5 Organização dos dados para análise**

Para análise do conteúdo constante nas falas das participantes utilizamos estruturas categóricas já prontas, relacionadas às doze atividades de vida, e agrupamos as falas de acordo com estas. Neste intuito, estivemos embasadas em Polit, Beck e Hungler (2004) segundo as quais os sistemas de categorias tentam descrever de modo sistemático os eventos e comportamentos que emergem no ambiente, abrangendo características comuns relacionadas entre si, envoltas em um conceito representativo. Os comportamentos observados permitem a construção de alguns sistemas de categorias. Além disso, como ressaltam Pope, Ziebland e Mays (2005), as categorias se reduzem a agrupamentos, permitidos por meio da análise e teoria desenvolvidas ao longo da pesquisa. Ademais, a identificação dos temas pode ser facilitada pelo repetido manuseio dos dados, o que proporciona maior envolvimento com eles.

De acordo com Minayo (1993), a análise do discurso busca definir os núcleos de sentido implícitos na comunicação, com presenças ou frequências significativas para o objeto estudado, que denota os modelos comportamentais existentes no discurso. Os resultados obtidos poderão ser remetidos a operações estatísticas e interpretados com base nas dimensões emergidas. Já a análise do discurso reflete as condições de significado do texto produzido.

Ao explorarmos o material, enumeramos os instrumentos de 1 a 42 para facilitar a contagem de ocorrência dos eventos. As informações fornecidas durante as entrevistas qualitativas, no segundo momento, foram codificadas pela letra E, seguida do número correspondente à ordem de entrevista, garantindo assim o anonimato das participantes. Procedemos à leitura do material escrito durante as entrevistas e os remetemos às categorias previamente propostas pelo modelo utilizado.

Na interpretação dos dados, fizemos uso de tabelas ilustrativas com dados estatísticos simples, como frequências absolutas e relativas. Tais recursos permitiram uma visão objetiva e válida dos dados para análise.

Ao final, obtivemos as seguintes categorias de organização da análise dos dados:

- Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Perfil das prostitutas

- Desempenho das atividades de vida por prostitutas de Fortaleza

Atividade de vida Manter um ambiente seguro

Atividade de vida Comunicar

Atividade de vida Respirar

Atividade de vida Comer e beber

Atividade de vida Eliminar

Atividade de vida Higiene pessoal e vestir-se

Atividade de vida Controlar a temperatura corporal

Atividade de vida Mobilizar-se

Atividade de vida Trabalhar e distrair-se

Atividade de vida Exprimir sexualidade

Atividade de vida Dormir

Atividade de vida Morrer

#### **4.6 Aspectos Éticos**

Como exigido, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFC, sob protocolo número 61/07, consoante os aspectos éticos e legais constantes na Resolução n.º196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996a). Encontra-se em anexo o ofício de aprovação.

Ainda como exigido, solicitamos aprovação da diretoria do CPN/UFC, bem como da APROCE para a realização do estudo no referido local com as prostitutas cadastradas e mantivemos contato prévio com os responsáveis mediante apresentação da Carta de solicitação (Apêndices C e D respectivamente).

Aos participantes da pesquisa garantimos o cumprimento dos preceitos éticos da beneficência, da não maleficência, bem como o direito ao anonimato da participante e sua autonomia quanto a participar da pesquisa sem qualquer prejuízo para a realização do exame. Apresentamos também o termo de consentimento livre e esclarecido nas duas fases da pesquisa (Apêndices E e F), constando os objetivos, justificativa e procedimentos utilizados na pesquisa, mediante uso de linguagem acessível às participantes. Elas assinaram ou

identificaram por impressão dactiloscópica o referido termo, e ficaram de posse da segunda via.

A presença de consentimento informado é um procedimento abrangente, e tem o objetivo fundamental de preservar a autonomia do indivíduo, com garantias à livre escolha após conhecimento dos riscos, benefícios e desconfortos dos procedimentos aos quais será submetido (GOLDIM *et al.*, 2006).

#### **4.7 Financiamento**

A pesquisadora responsável pelo estudo é bolsista da Coordenação e Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior (CAPES). Contudo, a pesquisa contou ainda com a Associação de Prostitutas do Ceará, o Centro de Parto Natural da Universidade Federal do Ceará, os integrantes do Programa de Educação Tutorial e o Projeto Saúde Sexual e Reprodutiva, no concernente ao apoio logístico e de recursos materiais e humanos.

## 5 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

*Mulheres diversas, dispersas, perdidas,  
Mulheres guerreiras, sem eira, nem beira.  
Mulheres diversas, dispersas, perdidas,  
Mulheres guerreiras, do corpo e da alma,  
Ressuscitarão, ressuscitarão...  
(Maria Cristina Castilho de Andrade)*

### 5.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Apresentamos o perfil das 42 prostitutas que se submeteram à consulta de enfermagem em ginecologia e aceitaram participar da pesquisa.

#### 5.1.1 Perfil das prostitutas

TABELA 1. Distribuição dos dados pessoais e socioeconômicos de prostitutas atuantes em Fortaleza-CE, maio/jun. 2007

<b>Dados Pessoais e Socioeconômicos (n=42)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Faixa etária (em anos)</b>		
Entre 18 e 19	11	26,2
Entre 20 e 30	11	26,2
Entre 31 e 40	11	26,2
Entre 41 e 50	8	19,0
Acima de 50 a 58	1	2,4
<b>Situação conjugal</b>		
Solteiras	28	66,7
União consensual	8	19,1
Viúvas	3	7,1
Separadas	3	7,1
<b>Naturalidade</b>		
Fortaleza	22	52,4
Interior do Estado	17	40,5
Outros Estados	3	7,1
<b>Renda familiar mensal *</b>		
Mais de ½ a 1 salário mínimo	16	38,2
Mais de 1 a 2 salários mínimos	14	33,3
Mais de 2 a 3 salários mínimos	3	7,1
Mais de 3 salários mínimos	4	9,5
<b>Escolaridade (em anos)</b>		
Analfabeta	3	7,1
Pouco grau de instrução (alfabetizada)	3	7,1
De 1 a 3	2	4,8
De 4 a 7	29	69,1
Acima de 8	5	11,9

\* Salário mínimo vigente = R\$ 380,00

Conforme exposto na tabela 1, a faixa etária das prostitutas variou de 18 a 58 anos. Observamos uma frequência considerável de adolescentes trabalhando na prostituição. Apesar disso, também encontramos mulheres com idade acima de 40 anos trabalhando nas ruas.

Atualmente, vem ocorrendo uma mudança na estrutura etária da população, reflexo da diminuição dos níveis de fecundidade nas últimas décadas. Esta mudança se reflete também na idade mediana da população feminina, de 19,4 anos em 1980 e de 24,9 anos em 2000 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2002a). Apesar do aumento observado na idade mediana da população feminina, ainda encontramos na prostituição mulheres mais jovens, como as adolescentes, que comporam 11 (26,2%) mulheres no estudo.

Mulheres mais jovens se iniciam na prática da prostituição na esperança de obter melhores rendimentos e condições que lhes assegurem maior acesso à aquisição de bens de consumo e sobrevivência (BOTELHO, 2003). De acordo com pesquisa realizada por Guimarães e Merchán-Hamann (2005), as prostitutas consideram a idade um fator de grande influência na concorrência pelo cliente, principalmente na negociação do programa. Mulheres mais velhas podem ser vistas como mais experientes; em contrapartida, mulheres jovens podem ser mais requisitadas por clientes menos interessados na experiência sexual.

Um dado preocupante foi evidenciado nesta pesquisa, qual seja, a presença de adolescentes trabalhando na prostituição. A adolescência pode ser definida como a idade que vai dos 10 aos 19 anos. Contudo, em virtude das diferenças nas mais diversas fases da adolescência, alguns autores distinguem a adolescência em precoce, na faixa etária entre 10 e 14 anos, e tardia, entre 15 e 19 anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004). Este é um período da vida caracterizado por profundas modificações físicas, psicológicas e sociais em que a adolescente passa por mudanças incompreensíveis. Tal transição envolve também a descoberta da sua sexualidade. Neste contexto, a forma de lidar com a nova situação depende de fatores intrínsecos e extrínsecos.

Segundo Botelho (2003), a adolescência é uma fase de estruturação para a vida adulta e sofre influência de experiências das fases anteriores, sendo decisiva no processo de crescimento e desenvolvimento. Quando a adolescente é explorada sexualmente ou prostituída, ocorre uma deterioração física e psicológica, com conseqüências para a construção da identidade própria, com perda da autonomia e direito sobre seu corpo e destino.

Matéria publicada por Túlio (2006) no Jornal O Povo mostrou as rotas de exploração sexual infanto-juvenil no Ceará, graças à campanha nacional contra a exploração



de crianças e adolescentes. Neste Estado, é comum a prática da prostituição juvenil, reflexo do incentivo advindo do turismo sexual. A matéria mostra ainda denúncias de exploração por autoridades, extorsão e tráfico de drogas.

Por ser a prostituição uma profissão que lida diretamente com a beleza e a sensualidade, as mulheres jovens são atraídas, pois, neste aspecto, contemplam os requisitos solicitados pelos clientes. Esta afirmação encontra eco em outros estudos, a exemplo do elaborado por Torres, Davim e Costa (1999) com adolescentes prostituídas que mostrou uma grande preocupação delas em investir na própria imagem. Como mencionaram os referidos autores, essa representa uma condição indispensável para se manterem nessa atividade e conquistarem o cliente para a concretização do programa.

Em relação à situação conjugal das prostitutas, 28 (66,7%) delas estavam solteiras e 8 (19,1%) viviam em união consensual. Este fato contraria a tendência verificada nos últimos anos. Segundo o IBGE (2005), há um aumento no número de casamentos realizados no Brasil, em parte devido à legalização das uniões consensuais. Em 2005, o total de casamentos ocorridos no Brasil foi de 835.846, 3,6% superior ao total observado no ano anterior.

No estudo ora desenvolvido, a procedência mais constante nas mulheres foi Fortaleza, com 22 (52,4%) mulheres. Malgrado Fortaleza tenha sido a cidade de origem mais freqüente, não foi difícil encontrar mulheres naturais de outras cidades, 20 (47,6%). Na prostituição é comum a migração de mulheres para outras localidades em busca de melhores condições de trabalho e com vistas a exercer a prostituição longe da família (OLTRAMARI; CAMARGO, 2004). Conforme pesquisa de Passos e Figueiredo (2004) com 515 prostitutas e travestis, mais da metade destes nasceram em outros estados, além de manterem residência fixa em outras cidades que não a de exercício da prostituição. Ademais, é comum algumas mulheres prostitutas omitirem esse fato para a família e os demais, como resposta à não-aceitação de sua profissão. Segundo Moura (2007), por medo do preconceito social, essas mulheres ao não se assumir estão perdendo a oportunidade de receber ajuda, como as informações sobre saúde e os preservativos distribuídos pelas associações.

Quanto à renda familiar mensal, consoante identificamos, metade das mulheres possuía uma renda familiar mensal até 1 salário mínimo, o que compromete sobremaneira sua qualidade de vida. Contudo, ressaltamos uma grande disparidade socioeconômica quando observamos que 4 (9,5%) entrevistadas possuíam renda superior a 3 salários, uma delas com renda superior a 7 salários mínimos.

As disparidades de renda e de acesso aos recursos têm se mostrado elevadas em nível mundial. De acordo com as estatísticas, a diferença entre o rendimento *per capita* dos 20% mais ricos e dos 20% mais pobres aumentou de 30 para 1, em 1960, e de 78 para 1, em 1994. No Brasil, quase um terço da população, ou seja, 49 milhões de pessoas vivem com até meio salário mínimo *per capita*. Ao se acrescentar as pessoas que vivem sem rendimento, estima-se que 54 milhões de pessoas possam ser consideradas pobres. As disparidades por regiões também existem: no Nordeste, quase 51% das pessoas vivem com até 1 salário mínimo, enquanto no Sudeste esse número é inferior a 18% (D'URSO, 2007).

Ainda como observado, o número de mulheres que vivem na pobreza é superior ao de homens e a disparidade entre os gêneros aumentou na última década. Essa disparidade pode ser avaliada pelas relações de poder e saúde (IBGE, 2002c). A análise do rendimento auferido pelas mulheres responsáveis pelo domicílio é muito importante, na medida em que o rendimento do responsável pelo domicílio ou família representa em torno de 70% do orçamento familiar. No caso dos domicílios cujos responsáveis são mulheres, na sua grande maioria sem cônjuge, provavelmente seu rendimento representa um percentual ainda mais elevado (IBGE, 2002a).

De modo geral, a prostituição provoca certa ilusão nas mulheres, sobretudo no referente à remuneração, mas nem sempre as condições de vida e saúde dessas mulheres melhoram com o ingresso nessa profissão. O que se torna mais preocupante é o fato de essas mulheres representarem, muitas vezes, a referência familiar, como responsáveis pela manutenção do lar e provisão de recursos. Segundo Amaya, Canaval e Viáfara (2005), a prostituição é uma profissão identificada pelas prostitutas como perigosa, mas de fácil exercício, um dinheiro ganho sem muitos esforços. O exercício dessa profissão acarreta certa liberdade em relação ao tempo e obtenção de mais lucros que outras profissões de baixa qualificação.

De acordo com dados do IBGE (2002a), o Nordeste apresenta maior proporção de domicílios, cuja pessoa de referência é do sexo feminino, 25,9%, seguido pela região Sudeste, 25,6%. No caso do Nordeste, deve-se considerar, além das mudanças recentes de âmbito cultural, a intensidade da migração nordestina masculina ocorrida nas últimas décadas e seus padrões diferenciados por gênero. Em Fortaleza, por exemplo, 33,2% dos domicílios são de responsabilidade da mulher.

No concernente à escolaridade, foi utilizada a classificação de anos de estudo com o objetivo de compatibilizar os sistemas de ensino anterior e atual. Essa classificação foi

obtida em função da última série concluída com aprovação no nível ou grau mais elevado (IBGE, 2002a).

Como mostraram as informações obtidas, a maioria das mulheres, 29 (69,1%), tinha de quatro a sete anos de estudo, ou seja, uma baixa escolaridade. O início da prostituição ainda muito jovem pode ter relação com a baixa escolaridade, uma vez que ao ingressarem no mercado de trabalho surgem determinadas dificuldades, como desmotivação ou cansaço físico, o que contribui para a evasão escolar. Além disso, de acordo com Amaya, Canaval e Viáfara (2005), na prostituição ocorre a manutenção da pobreza, somada à violência e desamor na família de origem.

Na nossa pesquisa, a escolaridade máxima obtida foi de onze anos completos de estudo, como se verificou com as mulheres do baixo meretrício. Tais achados confirmam dados nacionais segundo os quais 38% dos brasileiros podem ser considerados analfabetos funcionais, ou seja, não são capazes de entender o que lêem. Apenas 25% dos brasileiros acima dos 15 anos dominam as habilidades de leitura e escrita (D'URSO, 2007).

A taxa de alfabetização é um importante indicador, não apenas para configurar a situação educacional, mas do ponto de vista das condições sociais de um país. Na última década, houve uma sensível melhoria neste indicador - a proporção de mulheres alfabetizadas passou de 80,6%, em 1991, para 87,5%, em 2000. Quando comparada à situação dos homens alfabetizados, neste contexto, as mulheres estão no mesmo patamar que eles, com ligeira vantagem. Mas a proporção de mulheres não-alfabetizadas continua muito significativa na região Nordeste, 22,3%. Isto totaliza mais de 5 milhões de mulheres de 10 anos ou mais de idade analfabetas (IBGE, 2002a).

## **5.2 Desempenho das Atividades de Vida por prostitutas de Fortaleza**

De acordo com o seu enfoque, as atividades de vida podem ser vistas sob vários aspectos, até mesmo como uma atividade global repleta de especificidades. Como evidenciado, os componentes da complexidade confirmam que as atividades estão intimamente relacionadas. Tais atividades podem ser observáveis, escritas e medidas. Contudo, os diferentes momentos vividos criam prioridades distintas, com repercussões na importância das atividades de vida para cada cliente. Elas são influenciadas por fatores físicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e político-econômicos (ROPER; LONGAN; TIERNEY, 1995).

Nas seções a seguir, detalhamos, com dados quantitativos e qualitativos, o desempenho das atividades de vida pelas prostitutas. Os dados quantitativos foram coletados no momento da consulta de enfermagem em ginecologia e os qualitativos foram aprofundados durante os encontros nas zonas de prostituição. Assim, para cada atividade de vida, percebemos as principais alterações relatadas, como também observamos no seu contexto cotidiano as dificuldades enfrentadas e sua relação com suas condições de vida e saúde.

### 5.2.1 Atividade de vida Manter um ambiente seguro

Existem inúmeras dimensões para a atividade de vida Manter um ambiente seguro. Entre estas, mencionamos as ações preventivas, as quais contribuem para a segurança do ambiente físico, como prevenção de acidentes, de incêndio e poluição. Muito importante na prevenção são as medidas de educação em saúde. Mesmo durante o trabalho essa atividade de vida deve ser lembrada. A prevenção de infecções e a compreensão dos fatores relacionados aos tipos de infecção também se incluem nessa atividade de vida. Como afirmam Roper, Logan e Tierney (1995), cada indivíduo deve desenvolver seu conceito de segurança e sua responsabilidade pessoal pela manutenção da segurança do seu ambiente e do dos outros.

Para a população em estudo, reconhecemos como condição para um ambiente seguro a não violência no lar e no ambiente de trabalho, aspectos de saneamento básico, abastecimento de água e acesso a preservativos no domicílio. Todos estes poderiam influenciar nos cuidados voltados à higiene e processo saúde-doença, fatores passíveis de ser abordados na consulta ginecológica realizada pelo profissional de enfermagem.

TABELA 2. Fatores relacionados ao domicílio de prostitutas e inclusos na atividade de vida Manter um ambiente seguro. Fortaleza-CE, maio/jun. 2007

<b>Variáveis Ambientais (n=42)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Destino dos dejetos</b>		
Rede de esgoto	37	88,1
Fossa séptica	3	7,1
Outros	2	4,8
<b>Abastecimento de água</b>		
Tubulações	37	88,1
Poço	3	7,1
Não informaram	2	4,8
<b>Presença de preservativos no domicílio</b>	32	76,2

No referente à manutenção de ambiente seguro, focalizamos o ambiente doméstico e o ambiente de trabalho como os que poderiam interferir mais diretamente na vida e saúde das participantes do estudo. Sobre as condições de saneamento básico do domicílio das prostitutas, segundo observamos, a maioria, 37 (88,1%), conta com rede de esgoto e água encanada. Apesar disso, enfatizamos a existência de 5 (11,9%) mulheres sem as condições mínimas de saneamento, o que interfere no processo saúde-doença.

No Brasil, apenas 31,6% da população que vive com meio salário mínimo consegue morar em domicílios situados em áreas onde há saneamento básico. No Nordeste, mesmo no grupo de pessoas que ganham mais de 2 salários mínimos, 23% não habitam domicílios com condições adequadas de saneamento (IBGE, 2002c). O abastecimento de água é fundamental para a saúde da população. No Brasil, a cobertura de abastecimento de água já atingiu várias famílias. Em 1989, o Brasil possuía 95,9% dos municípios com serviço de abastecimento de água por rede geral. Em 2000, a proporção era de 97,9% dos municípios brasileiros. A maior parte dos municípios descobertos pertence às regiões Norte e Nordeste. As fontes alternativas de abastecimento incluíam chafarizes e fontes, poços particulares e abastecimento por caminhões pipas (IBGE, 2002b).

As dificuldades de saneamento podem ser evidenciadas nas seguintes falas:

**Eu moro em um circo abandonado. Lá não tem luz, é cheio de rato de noite e a água que a gente bebe é de um poço lá perto (E4).**

**A gente acaba tendo que jogar as fezes na rua. Mas água em casa tem, da torneira e tudo (E5).**

Como sabemos, independente da profissão, as condições de saúde se refletem diretamente na manutenção de outras atividades de vida. No caso das prostitutas, as péssimas condições de moradia podem interferir na adequada manutenção de outras atividades de vida, como higiene pessoal e vestir-se ou comer e beber, o que mais uma vez comprova que as atividades de vida estão interligadas e uma influencia a outra.

No concernente à manutenção do ambiente seguro nas atividades de trabalho, a disponibilidade de preservativos em casa representa um fator contribuinte na segurança do ambiente da prostituta, pois muitas vezes a relação sexual, seja com o cliente ou com o parceiro fixo, dá-se no domicílio. Por isso, decidimos colocar essa questão na atividade de vida Manter um ambiente seguro.

Desse modo, conforme percebemos, 32 (76,2%) prostitutas acondicionam preservativos em casa, o que facilita sobremaneira seu uso. Atualmente, há mais disponibilidade de preservativos à população. Segundo pesquisa realizada por Paiva *et al.*

(2003), cerca de 35,4% da população já foi beneficiada pela distribuição de preservativos. Porém, os mais beneficiados obedeceram ao seguinte perfil: ser homens, ter idade até os 40 anos, com escolaridade entre cinco e oito anos de estudo. Além disso, o preço do preservativo foi considerado um fator importante na sua aquisição.

Sobre essa questão, ouvimos os seguintes relatos:

**Ah, eu ando com minha camisinha na bolsa. Se não tiver eu compro, compro no motel, se elas não me derem (associação), mas eu sempre tenho. Era pra ser de graça, né, aquelas do posto, mas vem é muita gente vender por aqui (E2).**

**Lá em casa tem é um pote cheio de camisinha. A gente sempre pega com as meninas (associação) ou compra (E5).**

Constantemente nas falas menciona-se a associação como fornecedora dos preservativos. Essa é uma das atividades desenvolvidas pelas educadoras sociais, prostitutas e ex-prostitutas que vão às zonas de prostituição promover atividade de educação em saúde com as mulheres, ou seja, a educação aos pares.

O Programa Nacional de DST/Aids distribuiu, em 2003, 256,7 milhões de preservativos masculinos e 2,5 milhões de preservativos femininos. Essa distribuição alcançou populações vulneráveis como usuários de drogas e prostitutas (BRASIL, 2005a).

Outros dados corroboram estas afirmações. Em pesquisa nacional com prostitutas, o número de mulheres que já conhece ou ouviu falar do preservativo feminino surpreendeu os pesquisadores, chegando a 40% nos grupos sob acompanhamento freqüente de ONGs ou associações (BRASIL, 2003a). Trata-se da política de distribuição do preservativo feminino a populações femininas de maior vulnerabilidade e risco, na qual são feitos a distribuição e o acompanhamento do uso deste em diversas populações femininas. Além disso, existe a proposta de distribuição dos preservativos femininos para as prostitutas como forma de lhes proporcionar maior autonomia principalmente no caso de clientes mais resistentes (BRASIL, 2002b).

Assim, percebemos que existe uma garantia de acesso ao preservativo nesse grupo, porém, essa facilidade de acesso não garante o uso, uma vez que é necessário o poder de argumentação e negociação do uso com seus parceiros. Ademais, ressaltamos as atividades de educação em saúde como uma estratégia de alcance da diminuição dos fatores de risco para a saúde sexual e reprodutiva dessa clientela, com estímulo à utilização do condom em todas as relações e sem distinção de parceiros. A seguir, reportamo-nos aos fatores relativos à suscetibilidade à violência em domicílio de prostitutas.

TABELA 3. Fatores relativos à suscetibilidade em ambiente seguro à violência em domicílio de prostitutas. Atividade de vida Manter um ambiente seguro. Fortaleza-CE, maio/jun. 2007

<b>Variáveis Domiciliares</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Vivência de violência intradomiciliar (n=42)</b>	20	47,6
<b>Tipo de violência sofrida (n=20)</b>		
Física	15	75,0
Física e sexual	2	10,0
Sexual	1	5,0
Física e emocional	1	5,0
Física, emocional e sexual	1	5,0
<b>Agressor (n=20)</b>		
Ex-companheiro	12	60,0
Parentes (tios, padrasto, pai)	4	20,0
Companheiro atual	2	10,0
Outros	2	10,0

No tocante à presença de arma de fogo no domicílio a totalidade das mulheres afirmou não possuí-la. Isto contraria a hipótese segundo a qual, por lidar com diversos clientes desconhecidos e estarem sujeitas à violência, elas poderiam apoderar-se de meios de defesa próprios. Essa precaução pode ser fruto do trabalho de educação em saúde financiado pelo Ministério da Saúde em parceria com as associações de prostitutas, que distribuem folhetos educativos com recomendações de prevenção de acidentes. Algumas recomendações para uma noite segura incluem: evitar o uso de brincos, argolas, colares, lenços no pescoço ou armas que possam ser utilizadas contra elas; usar sapatos de fácil remoção ou que permitam correr; certificar-se de que a porta do carro do cliente abre por dentro; fingir estar acompanhada com outras prostitutas mesmo quando estiver sozinha, entre outras.

Quase metade das entrevistadas, 20 (47,6%), afirma ter sido vítima de algum tipo de violência no domicílio. Este total é bastante considerável tendo em vista os números apresentados pela Secretaria de Segurança Pública do Ceará (2006), que referem 1,46 mulher vítima de crimes com morte por 100 mil habitantes. Quanto ao tipo de violência sofrida, conforme observamos, a violência física foi a mais freqüente, 19 (95%), e denota as questões de gênero intrínsecas na sociedade. O agressor mais comum das prostitutas dentro do lar foi o ex-companheiro, 12 (60%), seguido de parentes, como tios, padrasto e pai.

Pesquisa realizada por Brito *et al.* (2005) com 55 famílias vítimas de violência contra os filhos, a violência física foi a mais notificada, presente em 58% dos casos. Por último constou a violência sexual, em 29% das notificações, mais presente no sexo feminino

que detém maior índice de notificações, em razão de 1:7 em relação ao sexo masculino. Na forma pura, a violência psicológica é a menos identificada: 4%.

Conforme o país, entre 10 e 69% das mulheres do mundo vivenciam em algum período da vida violência física por homens que foram ou ainda são seus parceiros sexuais. Metade das mulheres que morre por homicídio são vitimadas por seus companheiros passados ou atuais. Em 74,8% dos casos agressores são os próprios maridos e 12,2%, os companheiros (FARIAS, 2007). Segundo Amaya, Canaval e Viáfara (2005), algumas mulheres buscam companheiro com vistas à melhoria da qualidade de vida, mas muitas vezes acabam sofrendo maus-tratos e têm de sair de casa.

De acordo com Alves e Coura-Filho (2001), a violência constitui-se em um dos piores legados do século, globalizado em aspectos científicos, políticos e sociais. O processo de entendimento desse fenômeno gerou a exigência de estudos e intervenções multidisciplinares englobando as áreas jurídica, ética, psicossocial e da saúde coletiva. Como é notório, a violência se encontra inserida nas relações do indivíduo com o mundo, em contextos particulares, como o familiar, escolar, social; e públicos, como o trabalho, organizações políticas e serviços de saúde. Entre a população jovem, a violência representa uma importante causa de morbi-mortalidade mundial (FREITAS; MARMONTEL, 2006).

No Brasil, segundo Brito *et al.* (2005), os registros das situações de violência familiar são fragmentados. Tal situação acarreta déficits na padronização de rotinas a serem seguidas pelas instituições e profissionais. Além disso, a carência de políticas públicas eficazes que priorizem ações de criação e manutenção de programas preventivos e de tratamento dificulta o eficaz enfrentamento dessa problemática. Baumgarten e Sethi (2005) afirmam que muitas justificativas são alegadas para a subnotificação e a não-solicitação de ajuda. Entre estas, incluem-se vergonha, estigma e medo da exclusão social, re-vitimização, rejeição e punição.

Então, a mulher apresentar a condição de ser prostituta não foi considerado um agravante ou fator de risco a mais para esse grupo na questão da violência, pois essa é uma condição inerente ao sexo feminino. Entretanto, a violência parece ser um fator contribuinte para a inserção dessas mulheres na prostituição, principalmente quando vítimas de violência sexual.

Como observado, as conseqüências da violência no domicílio para a mulher podem ser inúmeras, a exemplo do exposto nas seguintes falas:

**Eu apanhava que só do homem que eu vivia. Ele me batia e teve uma vez que me estuprou. Até hoje tenho trauma do sexo anal.**



**Tudo por causa dele. Mas um dia eu me vinguei, eu cortei ele. Hoje eu tenho só desprezo por ele, não sinto mais nada, nem raiva, só desprezo (E2).**

**Meu ex-namorado me pegou à força, me bateu e transou comigo. Foi horrível. Ainda hoje penso muito em tudo que aconteceu. Penso demais (E6).**

**Fui estuprada pelo meu pai quando tinha 12 anos. Hoje eu nem penso nisso, tô nem aí, não sinto medo de nada mesmo (E3).**

Em todas as sociedades, o lar deveria representar um ambiente de segurança para as pessoas. Mesmo assim, no caso das prostitutas entrevistadas, este foi palco dos diversos tipos de violência. Em um dos relatos, a violência sexual foi praticada pelo próprio pai, em forma de estupro. De acordo com o Código Penal (1940), Art. 213, o estupro pode ser definido como o ato de “constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça”.

Quanto aos autores de estupro, os dados são lastimáveis. Conforme estudo realizado por Vargas (1999) na análise de boletins de ocorrência de Campinas-SP, nos registros de queixas de estupro, 47% dos indiciados são conhecidos da vítima. Dos conhecidos, os pais totalizam 14% dos agressores, seguidos de outros parentes (11%) e namorados (8%). Ao detalharmos o grau de relacionamento entre agressor e vítima, verificamos que as queixas de estupro, tentativa de estupro e atentado violento ao pudor assemelham-se quanto à maior frequência das classificações pai e outros parentes. Essas classificações, somadas, representam 25% dos suspeitos de crimes de estupro conhecidos, 34% dos suspeitos de tentativa de estupro e 37% dos suspeitos de atentado violento ao pudor. Os agressores conhecidos são identificados sobretudo como pais de meia idade, que agem repetidamente em casa quando a mãe está ausente. Nesse caso, o grau de relacionamento acaba dificultando as decisões, na medida em que congrega conflitos pessoais.

Rotineiramente, a noção de família pode ser expressa como um sistema integrado, destinado a manter a estabilidade e o senso de equilíbrio em seus relacionamentos internos e externos, no decorrer de sua história. No entanto, também contempla a possibilidade de que tal estabilidade possa ser ameaçada por mudanças e por períodos de desequilíbrio (crises imprevisíveis). Todas as definições de família pressupõem uma visão de família organizada, que enfrenta eventos estressores, mas encontra recursos em si mesma ou no seu ambiente para retornar a um estado equilibrado. No entanto, nem sempre é esta a situação verificada nos grupos familiares. Como é notório, tais definições baseiam-se em uma visão idealizada do sistema familiar (ANTONI; KOLLER, 2000).

Segundo Freitas e Marmontel (2006), a violência sexual torna a mulher mais suscetível a uma série de problemas, como: uso de drogas, DST, outros tipos de violência, prostituição, depressão, suicídio e distúrbios sexuais. Causa conseqüências ao corpo e à mente. De acordo com Baumgarten e Sethi (2005), estudos longitudinais mostraram conseqüências a longo prazo em crianças abusadas, incluindo a auto-repressão, saúde debilitada, riscos comportamentais (como tabagismo, alcoolismo, abuso de drogas e múltiplos parceiros) e doenças crônicas. A violência sexual afeta profundamente a saúde mental e física da mulher, debilita sua saúde sexual e reprodutiva e o adequado controle sobre ela.

TABELA 4. Fatores relativos à suscetibilidade à violência em ambiente laboral de prostitutas. Atividade de vida Manter um ambiente seguro. Fortaleza-CE, maio/jun. 2007

<b>Variáveis Laborais</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Vivência de violência no ambiente de trabalho (n=42)</b>	17	40,5
<b>Tipo de violência sofrida (n=17)</b>		
Física	5	29,4
Emocional	1	5,9
Sexual	5	29,4
Física e emocional	3	17,6
Física e sexual	1	5,9
Física, emocional e sexual	2	11,8
<b>Agressor (n=17)</b>		
Outras prostitutas	5	29,4
Clientes	6	35,3
Desconhecidos	4	23,5
Policial	2	11,8

No referente à violência no ambiente de trabalho, essa se fez menos presente que a violência intradomiciliar, pois 17 (40,5%) mulheres vivenciaram tal situação no ambiente laboral, em detrimento a 20 (47,6%) entrevistadas que enfrentaram a violência intradomiciliar.

Concomitante às estatísticas apresentadas sobre violência intradomiciliar, a violência física foi a mais freqüente, seguida da violência sexual. A violência cada vez mais alcança índices alarmantes. Segundo Richard e Milani (2007), estudo realizado nos grandes centros mostrou que, ao contrário do imaginado, as mortes violentas vêm aumentando no interior, principalmente na região Centro-Oeste. Conforme o mencionado estudo, quatro das dez cidades com maior taxa de mortalidade são do Mato Grosso. Há algum tempo, a legislação brasileira aborda o assunto, e apesar do respaldo oferecido, as prostitutas ainda são

vítimas de agressões e violências de todos os tipos. Como consta em determinados documentos (CEARÁ, 2002) a violência tem resultados devastadores para a saúde sexual da mulher, e afeta também seu bem-estar físico e mental. Pode também influenciar no uso de drogas, na depressão, bem como outros problemas de saúde.

Por sua complexidade, o atendimento à mulher vítima de violência sexual requer particular atenção. De acordo com Freitas e Marmontel (2006), este tipo de atendimento deve contar com acompanhamento psicológico rigoroso, pois as seqüelas nesse âmbito são mais comuns que as físicas. Além disso, é importante disponibilizar a essas mulheres exames laboratoriais para detecção de infecções, gravidez, bem como profilaxia do HIV e hepatite B, iniciadas em até 72 horas da violência sexual. Com relação à violência sexual, estima-se que há uma subnotificação dos casos de estupro ocorridos, pois trata-se de um crime que envolve aspectos sociais e diversos atores, além de ser estigmatizante para a mulher.

Em sua pesquisa, Cavalcanti, Gomes e Minayo (2006) afirmam que os profissionais de saúde associaram a violência sexual contra a mulher a sofrimento, distúrbio do comportamento e relação sexual forçada. Evidentemente as mulheres atingidas ficam mais vulneráveis a outros tipos de violência, à prostituição, ao uso de drogas, à gravidez indesejada, às doenças ginecológicas, aos distúrbios sexuais, à depressão, ao suicídio e às infecções sexualmente transmissíveis.

Quanto ao responsável pelas agressões sofridas no ambiente de trabalho, houve uma frequência uniforme acerca dos diversos atores envolvidos. Clientes foram os mais citados, 6 (35,3%), seguido de outras prostitutas. Para Guimarães e Merchán-Hamann (2005), o estigma vivenciado pelas prostitutas resulta em violência da parte de alguns clientes, o que gera tensão frequente entre elas. No mencionado trabalho houve relatos de violência física praticada por policiais, além de roubo e extorsão. Matéria publicada por Túlio (2006) no Jornal O Povo mostra denúncias contra policiais, caminhoneiros e estrangeiros associados à prostituição infantil. Também são frequentes os relatos de uso e tráfico de drogas e extorsão por policiais. Estudo realizado por Amaya, Canaval e Viáfara (2005), evidenciou história de maus-tratos, desde a infância à vida adulta. Na infância, por familiares mais próximos, como pais; na fase adulta, pelos companheiros; e na profissão, por patrões e clientes.

Apesar da violência exercida por policiais serem frequentes, no Brasil, o exercício independente da prostituição é legal. Muitas vezes, para justificar tais atos, as pessoas utilizam algumas formas distorcidas da realidade, como a acusação de atentado ao pudor ou escândalo público para enquadrar legalmente prostitutas. No concernente à violência causada por outras prostitutas, há uma tendência de concorrência nessa prática, observável, sobretudo,

nas preferências dos clientes e restrição financeira, o que diminui o preço do programa e aumenta a competição, resultando em abandono do uso do preservativo. Além disso, no presente estudo algumas mulheres referiram problemas com outras prostitutas, o que pode acarretar risco de futuras agressões, prejudicando a manutenção do ambiente seguro (GUIMARÃES; MERCHÁN-HAMANN, 2005).

### 5.2.2 Atividade de vida Comunicar

Os seres humanos são seres sociais e suas vidas são permeadas pela comunicação com os outros. A atividade Comunicar promove o relacionamento e a interação interpessoal e é componente do comportamento humano. Constitui uma atividade influenciada por crenças, atitudes, valores, experiências anteriores e antecedentes sociais. A ausência de relacionamentos confiáveis ao longo da vida pode gerar falta de autoconfiança. Conforme Roper, Logan e Tierney (1995), a avaliação dessa atividade pode ser conseguida por meio da observação, perguntas diretas ao paciente ou informantes-chave e registros.

Consideramos importante abordar nessa atividade de vida a intensidade da comunicação no lar, pois esta reflete a presença de confiança nas relações interpessoais, que influenciam a estabilidade emocional das prostitutas, em especial por serem pessoas historicamente estigmatizadas. É importante considerar também a relação estabelecida no ambiente de trabalho com as outras prostitutas, porquanto essa interação pode sofrer influência da competição pelos clientes nas zonas de prostituição.

TABELA 5. Dados relativos à comunicação em domicílio e ambiente de trabalho.  
Atividade de vida Comunicar. Fortaleza-CE, maio/jun. 2007

<b>Variáveis da Comunicação (n=42)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Tipo de comunicação intradomiciliar</b>		
Superficial	16	38,1
Revela necessidades	11	26,2
Verbaliza sentimentos	9	21,4
Relata fatos	5	11,9
Verbaliza idéias e julgamentos	1	2,4
<b>Tipo de comunicação no trabalho</b>		
Harmônica	38	90,5
Desarmônica	4	9,5
<b>Relacionamento com prostitutas de outras zonas</b>		
Sem problemas evidentes	32	76,2
<b>Relacionamento com prostitutas de outras zonas (n=42)</b>		
Com problemas sem agressões	9	21,4
Com problemas e agressões	1	2,4

Consoante a tabela 5, a comunicação intradomiciliar das prostitutas entrevistadas é, em sua maioria, superficial. Tal fato pode influenciar suas relações com as demais pessoas. A comunicação superficial é aquela que não possui envolvimento e intimidade com os comunicantes. Portanto, pode acarretar prejuízos à convivência no ambiente domiciliar. Essa comunicação superficial pode ser fruto da rejeição dos familiares à profissão exercida pela mulher. Como afirma Silva (2000), muitas prostitutas possuem um parceiro fixo, que conhece sua profissão e até a aceita, mas recusam detalhes do dia de trabalho. Alguns usufruem dos benefícios dessa profissão, principalmente os de ordem financeira. Algumas prostitutas convivem no ambiente domiciliar com colegas, dividindo as despesas. Geralmente é um relacionamento íntimo, com transparência das histórias de vida de ambas. Para a maioria das prostitutas, as amigas são as pessoas mais presentes em suas vidas, além de confiáveis e dispostas a ouvi-las; representam a família que pode estar ausente. Quando a relação se estabelece com parentes próximos, geralmente a mãe, é permeada por trocas de informações sobre outros temas, jamais prostituição. Assim, a família pode representar uma dificuldade ou possibilidade para o processo de viver com qualidade de vida.

Ao associarmos a comunicação intradomiciliar na prostituição nos referimos a uma série de valores que estão implícitos na atuação profissional devido ao estigma sobre essa prática. Segundo Amaya, Canaval e Viáfara (2005), há um grande receio das prostitutas de serem descobertas pelos familiares, particularmente os filhos, o que ocasionaria vergonha e dor. É como se a imagem de mãe e dona do lar fosse abalada por tal descoberta. Isso pode levá-las a permanecer ocultas na execução da prostituição, até mesmo como forma de proteção ao preconceito e à indiferença de que são vítimas. De acordo com o Ministério da Saúde, o discurso conservador que originou o estigma da prostituição reflete-se na autopercepção dessas mulheres, as quais apresentam uma justificativa da venda do sexo voltada para as dificuldades financeiras e de sobrevivência como forma de amenizar o estigma e serem mais aceitas socialmente. Isso influencia no estabelecimento de relações de confiança e essas mulheres podem se sentir sozinhas quando precisam desabafar suas angústias (BRASIL, 2002a).

Em contrapartida à comunicação superficial, o fato do indivíduo poder revelar suas necessidades a outras pessoas denota a existência de vínculos de confiança entre elas, atitude encontrada em 11 (26,2%) participantes, que referiram um grau máximo de comunicação. Consoante Pereira (2003), a comunicação pode ser considerada um processo essencial que torna possível a vida em sociedade, pois as relações humanas são regidas pela comunicação. Em sua essência, esse termo relaciona-se ao homem e, por conseqüência, aos

seres que o rodeiam. Alguns dos aspectos relevantes a serem considerados são o intelectual e o semântico, próprios do processo. Em corroboração à afirmativa, Mesquita (1997) ressalta que a comunicação humana ocorre entre indivíduos, envolve aspectos internos e externos, influenciada por fatores individuais e coletivos. A linguagem simbólica é codificada e decodificada de acordo com o contexto vivido e possui inúmeras significações.

Ao analisarmos as falas das participantes, percebemos como principais dificuldades enfrentadas nos processos de comunicação as seguintes:

**Tive problemas com as meninas do outro bar. Decidi sair de vez, muita fofoca. Não tem nenhuma pessoa que eu confio. Agora que eu saí de lá, que acabou a fofoca, tá tudo bem (E1).**

**Meus filhos não me ajudam em nada. Tem uma que mora comigo que nem a conta do telefona paga. Eu passo o dia fora e ela o dia ligando (E2).**

**Mas ele (companheiro) fica me pressionando pra deixar o trabalho e eu não posso. Ele aceita, só que ele diz que vai se cansar de tanto esperar eu deixar o trabalho. Eu não vou deixar, já disse pra ele (E2).**

**Tá com seis anos que vim pra Fortaleza. Eu acho que minha família tá lá ainda, não tenho mais contato com ninguém. Vim pra cá porque lá não tinha mais ninguém (E5).**

**Meus filhos todos sabem. Comigo não tem isso não, negócio de vir dizer as coisas. Na hora que precisam vem tudo pedir dinheiro a mim (E6).**

Segundo Oriá, Moraes e Victor (2004), o processo de comunicação é construído sob diversos prismas e para que sejam efetivados os diversos tipos de comunicação, verbal ou não-verbal, é necessário haver uma significação comum aos participantes. No ambiente de trabalho das prostitutas a comunicação se dá de várias formas, e a comunicação não-verbal é expressa por meio de gestos, olhares insinuantes e dos próprios adereços utilizados no ambiente de trabalho, que instigam e atraem os olhares ávidos e curiosos dos clientes. Além disso, a demarcação do espaço de cada mulher em seu ambiente e dos clientes conquistados influencia a natureza da comunicação no espaço laboral. A comunicação no trabalho, na maioria das vezes, é referida pelas entrevistadas como harmônica, com 38 (90,5%) afirmações. Quanto ao relacionamento com as prostitutas de outras zonas, encontramos um bom percentual de mulheres que não relataram problemas evidentes. Em consonância com os achados, Silva (2000) refere que a convivência com outras prostitutas é harmônica, pois a concorrência deixa de ser relevante quando a escolha da prostituta é estabelecida pelo cliente. Nesse caso, os prováveis problemas surgidos estão relacionados à demarcação da área de atuação de cada profissional, com prostitutas de outras zonas que desejam se instalar no local

já ocupado, mas, em geral, a convivência permite até conversarem sobre assuntos pessoais e temas do cotidiano.

Em contrapartida, segundo revelou estudo do Ministério da Saúde, a concorrência entre as prostitutas se dá ali mesmo, na frente do cliente, com o objetivo de conseguir o programa, nem que para isso seja preciso diminuir o valor do programa ou abandonar o uso do preservativo. As propostas são feitas baseadas no preço oferecido pela outra prostituta, ou seja, caracteriza um verdadeiro comércio sexual (BRASIL, 2003a). No presente estudo, 10 (23,8%) mulheres referiram problemas com outras prostitutas. Isto pode acarretar maior risco de futuras agressões a elas. De modo geral, as relações interpessoais são marcadas pela sensibilidade e esta propicia perceber significados não contidos nas palavras, com vistas a extrair o oculto e o subjetivo da comunicação. O que a mente consciente conhece, acrescido à intuição do inconsciente pode ajudar na compreensão do subentendido (MESQUITA, 1997). Muitas vezes, aspectos subjetivos da comunicação permeiam as relações estabelecidas entre as prostitutas. Segundo Oliveira (2006), observar o sistema de comunicação verbal nos permite perceber características do não-verbal, manifestadas em sinais e mensagens denunciadores de significados, como movimentos do corpo, expressões faciais, que refletirão os símbolos de significado de uma mensagem. As interações sempre exalam comunicação, mesmo na ausência de palavras.

### 5.2.3 Atividade de vida Respirar

A atividade de respiração é considerada a mais importante de todas, pois é condição indispensável para a prática das outras atividades. As pessoas a realizam sem a menor consciência. Essa atividade abrange o sistema respiratório e cardiovascular. Como sabemos, o tabagismo influencia ambos os sistemas, e a ele então suscetíveis inclusive as pessoas cronicamente expostas à atmosfera do cigarro. No ambiente de trabalho essa exposição pode acontecer. Além do tabagismo, a ansiedade, o estresse e o medo acarretam alterações na pressão sanguínea. Mas a dependência ocasionada pelo cigarro pode levar a sintomas psicológicos como depressão, irritabilidade, ansiedade, entre outros. Ademais, as alergias e tosses podem causar mal-estar na respiração (ROPER; LONGAN; TIERNEY, 1995).

Abordamos nessa atividade de vida o principal fator de risco que permeia o estilo de vida das prostitutas, também relacionado ao ambiente de trabalho. Conforme observamos,

o tabagismo causa diversos níveis de dependência e está presente nos locais de prostituição. Além disso, associado à hipertensão arterial, representa riscos decisivos na saúde sexual e reprodutiva, e constitui fatores importantes a serem abordados no momento da consulta ginecológica.

Neste estudo, as seguintes variáveis relacionadas à respiração foram as constantes da tabela 6:

TABELA 6. Distribuição dos fatores influentes na Atividade de vida Respirar de prostitutas. Fortaleza-CE, maio/jun. 2007

<b>Variáveis Respiratórias</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>História atual de tabagismo (n=32)</b>		
Ativo	24	75,0
Passivo	8	25,0
<b>Tempo de tabagismo (em anos) (n=24)</b>		
Até 5	9	37,5
6 a 10	5	20,8
11 a 15	4	16,7
16 a 20	1	4,2
21 ou mais	5	20,8
<b>Idade de início do tabagismo ativo (em anos) (n=24)</b>		
Até os 10	5	20,8
11 15	7	29,2
16 a 20	8	33,3
<b>Idade de início do tabagismo ativo (em anos) (n=24)</b>		
Acima de 20	4	16,7
<b>História atual de afecções respiratórias (n=42)</b>		
<b>Antecedentes de hipertensão arterial sistêmica (n=20)</b>		
Familiar	19	95,0
Pessoal	1	5,0

De acordo com a tabela 6, mais da metade da amostra, 32 (76,2%), apresentava história atual de tabagismo ativo ou passivo, fato preocupante no desempenho eficaz da atividade de vida respirar. Quanto ao tempo de exposição ao cigarro no tabagismo ativo, 9 (37,5%) mulheres estavam expostas há até cinco anos, enquanto no intervalo acima de vinte anos, estavam 5 (20,8%) entrevistadas. Ao calcularmos a idade de início no tabagismo, encontramos números preocupantes, pois 20 (83,3%) mulheres tabagistas começaram sua prática ainda na adolescência, principalmente antes dos 15 anos de idade, 12 (50%).



Estudo realizado em Porto Alegre com 87 prostitutas mostrou prevalência de tabagismo em 55 (56,7%) participantes (SCHREINER *et al.*, 2004). Estes dados são preocupantes, pois segundo Longenecker (2002), os efeitos da nicotina do cigarro agem sobre o sistema nervoso central e atuam sobre o prazer, a vivacidade, a diminuição da ansiedade e da libido, além do aumento da função mental e execução de tarefas. Em pouco tempo, o uso constante da nicotina aumenta a dependência, ao diminuir a irritabilidade, a sonolência e a fome. Desse modo, ao tentar deixar de fumar, o usuário pode enfrentar inúmeras dificuldades.

Apesar dos graves prejuízos conhecidos acerca do consumo do tabaco, seu uso continua a aumentar globalmente, sobretudo nos países em desenvolvimento, ainda mais vulneráveis às estratégias de propaganda das grandes companhias de tabaco. Contudo, no Brasil, segundo maior produtor mundial de tabaco, há um aumento de ações abrangentes intersetoriais promovidas pelo Ministério da Saúde e Instituto Nacional de Câncer, com bons resultados na diminuição do consumo (CAVALCANTE, 2005).

No nosso estudo, além das fumantes ativas, 8 (25%) prostitutas relataram história de tabagismo passivo. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (2007b), o ar poluído possui mais substâncias tóxicas que a fumaça aspirada pelo fumante, em virtude da existência do filtro do cigarro. Os agravantes para a saúde de pessoas expostas passivamente ao cigarro originam um risco 30% maior de câncer de pulmão e 24% maior de infarto cardíaco do que para as pessoas não expostas à fumaça. Outras conseqüências da poluição incluem irritações nos olhos, vias respiratórias, com aumento de alergias, tosse e capacidade pulmonar, cefaléia e problemas cardíacos como hipertensão arterial e angina. Ademais, segundo Cavalcante (2005), os filhos de pais fumantes apresentam mais freqüentemente infecções e sintomas respiratórios, bem como menor função pulmonar. Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2002), o tabagismo passivo deve ser evitado, particularmente por constituir risco para doenças cardiovasculares.

Como mencionado a princípio, os efeitos da nicotina são prazerosos. A sensação de bem-estar proporcionada pelo tabagismo associada à dependência constante da droga e à facilidade de compra, por ser uma droga lícita e barata, favorece o aumento dos níveis de consumo mundiais, o que acarreta prejuízo a longo prazo para o governo no referente ao atendimento das complicações de saúde advindas do cigarro. Conforme dados do Instituto Nacional do Câncer (2007b), o tabaco constitui a segunda droga mais consumida por jovens do mundo inteiro, com 90% dos fumantes iniciando-se nessa prática ainda na adolescência. Estudo realizado entre escolares de capitais brasileiras mostrou prevalência de fumantes

variando de 9 a 27%. As mulheres e os adolescentes representam os alvos das campanhas de cigarro das grandes empresas, que propagam a idéia de emancipação e liberdade.

Nas falas a seguir, podemos identificar os relatos de consumo excessivo, dependência e agravos decorrentes do cigarro:

**Parei de fumar por um ano, mas voltei. Mas só fumo quando bebo. Se eu passar a noite bebendo, eu passo a noite fumando (E1).**

**Já tentei deixar o cigarro, mas não consigo por causa da ansiedade, sou muito ansiosa. Esse trabalho aqui faz a gente ficar ansiosa, quando não tá ganhando dinheiro aí a vontade de fumar aumenta (E2).**

**Eu mesma comecei a fumar com 8 anos...a gente tenta deixar mas não consegue (E3).**

Como mostram as falas, parar de fumar exige dos usuários conscientização e decisão. De acordo com Cavalcante (2005), as ações dirigidas ao controle do tabagismo devem focar não só o indivíduo, mas também fatores sociais, políticos e econômicos que contribuem tanto para o início do tabagismo quanto para a abstinência. Ainda segundo a mesma fonte, a legislação brasileira para controle do tabaco é uma das mais fortes do mundo e tem contribuído sobremaneira para a significativa redução no consumo nacional ao longo dos últimos quinze anos.

Em relação à presença de alterações respiratórias, encontramos no nosso estudo 15 (35,7%) mulheres com essas queixas, que incluíam principalmente dispnéia, asma e sinusites. A longo prazo, segundo Longenecker (2002), as conseqüências do tabagismo são inúmeras, como: neoplasias de pulmão, boca, garganta; menopausa precoce e maior risco de osteoporose em virtude da diminuição do estrogênio; efeitos respiratórios como tosse, bronquite, asma e inflamações respiratórias; risco de trombose e aterosclerose em decorrência do aumento da viscosidade sangüínea, hipertensão arterial, entre outros. Além disso, as conseqüências para a mulher ainda incluem malefícios na gestação, no uso de pílulas anticoncepcionais e problemas como infertilidade, câncer de colo uterino, menopausa precoce e sangramentos irregulares (INCA, 2007b).

Conforme referido, o tabagismo também acarreta agravos à saúde cardiovascular, e constitui um importante fator de risco para hipertensão arterial sistêmica e suas complicações. No relacionado à história de HAS, 19 (95%) casos relatados referiam-se a antecedentes familiares. No momento da consulta ginecológica, o conhecimento da existência de HAS é de grande relevância, uma vez que alguns métodos de planejamento familiar são contra-indicados na presença dessa alteração, bem como do tabagismo. Além disso, é de suma importância que o tabagismo seja enfrentado antes mesmo de causar patologias como a HAS.

A hipertensão arterial pode ser definida como a pressão sistólica maior ou igual a 140 mmHg e a pressão diastólica maior ou igual a 90 mmHg para pessoas sem uso de anti-hipertensivos. Estima-se que no Brasil existam 17 milhões de portadores, com 35% destes de idade igual ou superior a 40 anos. Vale ressaltar a detecção desse tipo de patologia em pacientes cada vez mais novos. Porém, somente 1 (2,4%) prostituta entrevistada apresentou história de HAS (BRASIL, 2006c).

Quanto aos problemas da hipertensão arterial, um dos seus principais problemas é o custo social, sobretudo devido às complicações como: doenças cerebrovasculares, complicações renais, doenças coronarianas e alterações cardíacas. Dia-a-dia, a hipertensão se dimensiona. A partir da década de 1960 a primeira causa de morte no país passou a ser motivada pelas doenças cardiovasculares. Para o controle da hipertensão, existem tratamentos medicamentoso e não-medicamentoso. O não-medicamentoso inclui manutenção de uma alimentação saudável, redução do consumo de bebida alcoólica, abandono do tabagismo, dieta hipossódica e exercício físico (DIRETRIZES Brasileiras de HA, 2002).

No nosso estudo, identificamos apenas 1 (5%) mulher com hipertensão arterial. Isto, porém, não diminui nossa preocupação pois a hipertensão arterial é uma doença com manifestações pouco aparentes e sua detecção só pode ser feita por profissional, pela aferição da pressão arterial. Assim, muitas pessoas acabam por detectá-la apenas nas manifestações dos sintomas, o que já pode indicar a presença de lesões em órgãos-alvo.

Contudo, as crises hipertensivas podem ocorrer em indivíduos diagnosticados, bem como nos portadores sem diagnóstico e com conseqüente ausência de tratamento. Quando a crise hipertensiva ocorre em pessoas já acompanhadas em programas terapêuticos, suspeita-se da não-adesão ao tratamento (LIMA *et al.*, 2005).

Além disso, a cronicidade característica dessa patologia oferece uma resistência inicial por parte dos pacientes, porquanto a mudança no estilo de vida e a adoção de práticas saudáveis são fundamentais para a manutenção dos níveis pressóricos. Segundo Brito *et al.* (2006), as limitações envolvem não somente o portador, mas também o núcleo familiar, que poderá interferir positivamente nos comportamentos de adesão a regimes terapêuticos.

#### 5.2.4 Atividade de vida Comer e beber

A atividade de vida Comer e beber sofre influência de fatores socioculturais presentes na escolha dos alimentos e bebidas e na forma de alimentação. A alimentação é essencial na vida diária em todas as faixas de idade e o interesse despertado pelo alimento

oferecido varia em cada indivíduo. Para esta atividade, as recomendações gerais consistem na restrição de sal e açúcar e no aumento das fibras na alimentação. Atualmente, o alcoolismo representa um grave problema mundial, é insidioso e quando presente interfere nos cuidados pessoais, comportamentos e diminuição do apetite, com conseqüências para a saúde. Conforme as condições de cada pessoa, pode-se beber moderadamente. Mas o álcool não deve superar 4% da ingestão energética diária. Além do alcoolismo, outras patologias exigem mudanças nos hábitos alimentares, a exemplo do diabetes. Essas mudanças, contudo, são semelhantes às propostas para uma alimentação saudável, comum a todos os indivíduos (ROPER; LONGAN; TIERNEY, 1995).

Diante destas considerações, na população estudada, julgamos relevante investigar aspectos relacionados à prática etilista, pois esta pode levar a comportamentos irresponsáveis, como problemas de relacionamento com os outros e risco para práticas sexuais inseguras. Foi importante indagar, ainda, acerca da adequação da alimentação às necessidades diárias, visto que esta pode ser influenciada por fatores econômicos ou mesmo comportamentais, quando associada ao álcool. O diabetes também deve ser abordado na consulta ginecológica, por sua associação a recorrentes infecções genitais. Os dados dessa atividade de vida foram dispostos na tabela a seguir.

TABELA 7. Fatores influentes na alimentação de prostitutas. Atividade de vida Comer e beber. Fortaleza-CE, maio/jun. 2007

<b>Interferentes Alimentares</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Antecedentes de <i>diabetes mellitus</i> (n=16)</b>		
Familiar	14	87,5
Pessoal	2	12,5
<b>História de etilismo (n=42)</b>		
<b>Tipo de alimentação atual (n=42)</b>		
Adequada	28	66,7
Inadequada	14	33,3

Conforme exposto nesta tabela, 2 (4,8%) mulheres apresentavam *diabetes mellitus* (DM). Cabe, porém, destacar que dentre as entrevistadas que apresentaram antecedentes de DM, 14 (87,5%) referiram essa patologia na família, sendo importante considerar a influência da predisposição genética na ocorrência desse agravo. Além disso, a detecção dessa patologia

também exige a realização de exames sanguíneos, pois os sintomas algumas vezes podem ser insidiosos, não sendo associados pelo portador.

Segundo Smeltzer e Bare (2002), o diabetes é uma doença metabólica classificada em dois tipos: tipo 1, quando ocorre destruição das células beta-pancreáticas, ou tipo 2, quando a secreção insulínica está comprometida ou há resistência à insulina. É uma doença que atinge pessoas de vários países e, apesar dos atuais avanços científicos, ainda promove alterações orgânicas, emocionais e sociais dependentes de cuidados constantes (BRITO *et al.*, 2006).

As principais preocupações relacionadas ao diabetes englobam sua característica de cronicidade e as complicações associadas, como alterações vasculares, com aumento do risco de amputações, aterosclerose, HAS; retinopatias; nefropatias e neuropatias, além de instabilidade glicêmica como hipoglicemia ou hiperglicemia. Segundo o Ministério da Saúde, pode-se considerar o diabetes como uma epidemia mundial, que leva à morte 4 milhões de pessoas ao ano, representando 9% da mortalidade mundial (BRASIL, 2006a).

Uma das formas mais precisas para a investigação de fatores de risco do diabetes é a consulta de enfermagem, capaz de detectar, também, sinais associados a esta doença. A poliúria, a polidipsia, a polifagia, bem como as recorrentes infecções genitais associadas à baixa imunidade e diminuição do pH vaginal podem ser indicativos valiosos dessa patologia e podem fazer parte do inquérito investigacional da consulta ginecológica.

Após a detecção, a adesão ao tratamento, medicamentoso ou não, é essencial para o controle da doença e a manutenção da qualidade de vida do paciente. Ademais, a mudança no estilo de vida, com adoção de hábitos saudáveis, é parte integrante do plano de cuidados, muitas vezes não compreendido pelo paciente. Segundo Brito *et al.* (2006), a cooperação dos membros familiares com o portador de doença crônica perpassa pela compreensão da doença, do tratamento, dos cuidados específicos e da sensibilidade ao processo.

Ao indagarmos a manutenção de prática etilista, observamos que 32 (76,2%) mulheres adotam esse estilo de vida, fator preocupante no tocante às conseqüências para suas saúdes. Esse problema social pode acarretar agravamentos em âmbitos físico, social e mental. Entre as complicações físicas incluem-se risco de doenças cardiovasculares, doenças hepatotóxicas, coma e dependência; as alterações sociais podem incluir comportamentos agressivos, ausência da adoção de práticas sexuais seguras e descaso com aparência e higiene; em nível mental, mencionam-se depressão e tentativas suicidas.

Como asseveram Silva e Souza (2004), as causas do alcoolismo podem ser consideradas multifatoriais, associadas a fatores bio-psico-sociais, que se complementam na explicação etiológica do alcoolismo. Seu uso abusivo pode acarretar desordens orgânicas.

De acordo com Monteiro e Barroso (2005), um dos principais agravantes do alcoolismo, presente em muitas famílias, é a não aceitação deste pelos portadores como doença. Outro diz respeito às suas características hereditárias. A exemplo de outras drogas, o álcool, segundo Longenecker (2002), gera dependência mediante ativação do sistema de recompensa cerebral, causando tolerância, quanto ao aumento do consumo para produção do efeito desejado. Talvez seja a droga mais antiga consumida pelas pessoas. Alguns efeitos estão relacionados à dependência física, lesão em órgãos, aumento da pressão arterial e agravamento dos problemas de saúde como aumento de lipídios no sangue e fígado. Segundo recomendado, o consumo de álcool deve ser limitado a duas doses diárias para homens e uma dose para a mulher. A diferença se dá sobretudo em virtude da estrutura física (BRASIL, 2006b).

Conforme evidenciado por estudos, essa parece ser uma prática freqüente na prostituição. Estudo comparativo realizado por Passos e Figueiredo (2004) entre michês, travestis e prostitutas observou que a alcoolização estava mais presente nas prostitutas, com 279 (62,1%) mulheres referindo ocorrência diária ou semanal. Em corroboração ao nosso estudo, pesquisa realizada em âmbito nacional com 2.712 prostitutas mostrou que o uso de bebidas alcoólicas está associado à satisfação pessoal e descontração, sendo seu consumo referido por 65% das prostitutas (BRASIL, 2003a). Outra pesquisa feita em Porto Alegre por Schreiner *et al.* (2004) com 87 prostitutas mostrou uma prevalência de 60 (61,9%) mulheres em uso de bebida alcoólica.

Talvez como uma forma de enfrentar o cotidiano ou mesmo na tentativa de esquecer as dificuldades vivenciadas, é muito comum a associação entre bebidas alcoólicas e prostituição, bem como o consumo de outras drogas ilícitas. Segundo Passos e Figueiredo (2004) observaram em seu estudo, metade das prostitutas referiu antecedente de consumo de drogas ilícitas não-injetáveis, englobando maconha, cocaína e crack. O uso exagerado das bebidas alcoólicas pode acarretar problemas na manutenção do ambiente seguro, uma vez que pode acarretar violência ou mesmo desuso do preservativo.

Nas falas a seguir, são mencionadas a ingestão de bebidas alcoólicas e suas conseqüências.

**Bebo muita água e muita bebida também. Não chego a ficar bêbada não, só alegre (E1).**

**Eu bebo só de vez em quando... e a maconha eu só fumo de noite, de dia não...(E4).**

Conforme relatado em uma das falas, alguns consumistas do álcool acreditam manter o controle da ingestão, bem como dos atos, mesmo quando estão sob efeito do álcool. No caso de prostitutas, há uma preocupação no referente à flexibilidade do uso do preservativo nos programas, o que pode interferir na adequada saúde sexual. O aumento nos índices de consumo mostra sua inserção em ambientes sociais, econômicos e familiares, a despeito dos malefícios comprovados com o uso constante da substância, muitas vezes associada à superação de sentimentos como solidão e frustração (SILVA; SOUZA, 2004).

Quanto à alimentação das entrevistadas, 28 (66,7%) afirmaram manter uma alimentação adequada, com ingestão diária suficiente de alimentos variados. Porém, esse número não foi tão elevado, e pode ser associado à diminuição do apetite advinda do consumo exagerado do álcool e de outras drogas, da baixa renda mensal que impede a aquisição de alimentos, ou até mesmo da escolha inadequada para as necessidades diárias.

As diretrizes básicas para uma boa alimentação envolvem todos os grupos alimentares e ressaltam a qualidade dos produtos ingeridos. Embora seja indicado o consumo de todos os grupos de alimentos, alguns grupos como açúcares, sal e gorduras devem ter ingestão moderada. A alimentação saudável inclui atributos como acessibilidade física e financeira, sabor, variedade, cor, harmonia e segurança sanitária (BRASIL, 2006b).

Portanto, como mostram as diretrizes básicas para uma boa alimentação, de acordo com Lopes, Jorge e Machado (2007), o consumo inadequado de alimentos pode acarretar carência alimentar, com conseqüente desnutrição, queda da imunidade com a ocorrência de doenças infecto-contagiosas e a manifestação de doenças crônico-degenerativas. Quanto à escolha dos alimentos, é baseada em valores e crenças adquiridos ao longo da vida. Contudo, o alimento escolhido pode ser determinado pela situação de pobreza, exclusão social ou qualidade da informação acerca da alimentação, variando também conforme hábitos familiares e sociais. A formação dos hábitos alimentares se dá ainda na infância, com envolvimento cultural, social, afetivo, emocional e comportamental (BRASIL, 2006b).

Os determinantes na adequação da alimentação foram percebidos nas falas seguintes:

**O dinheiro dá pra comprar comida. Diminuiu um pouco, mas a gente tem muita coisa pra gastar, né? Batalha longe, aí a gente gasta mais (E1).**

**Ah, pois eu como é muita verdura e fruta também...cuido que só da minha alimentação (E3).**

**A gente passa o dia na rua, aí acaba comendo no bar. E a dificuldade é grande, né...às vezes falta até o que comer (E5).**

Consoante o relatado, podemos inferir que na prostituição a dificuldade de manter uma boa alimentação pode estar associada não só às dificuldades financeiras, mas à aceitação da comida disponível nos ambientes de trabalho, como a rua ou as casas fechadas, que não oferecem uma alimentação considerada saudável. Poucas participantes mencionaram a manutenção de cuidados com a alimentação.

Determinados fatores, como a idade, o tipo de atividade, o sexo e o metabolismo pessoal, influenciam na quantidade diária de alimentação necessária (BRASIL, 2006c). Isoladamente, segundo White (2004), o apetite não representa um bom guia para a alimentação saudável e a alimentação deve ser escolhida considerando-se os diferentes momentos. Além disso, a seleção dos alimentos deve estar em consonância com o clima, a estação e o tipo de atividade desempenhada pelo indivíduo.

Estudo realizado por Lopes, Jorge e Machado (2007) com usuárias de unidade de saúde mostrou que elas apresentaram um conhecimento básico das opções alimentares adequadas, no entanto, as condições financeiras impossibilitavam a escolha adequada dos alimentos. Apesar da escolha do alimento obedecer aos recursos disponíveis, há preferência por alimentos calóricos e com baixo teor nutritivo. Como recomendado, a prática da promoção da saúde alimentar não deve ser permeada por supervalorização ou misticismo de certos alimentos, uma vez que esses devem entrar na dieta de forma natural. Mesmo as dietas para manutenção ou perda de peso precisam atender ao padrão nutricional adequado, por meio também da reeducação alimentar (BRASIL, 2006b).

#### 5.2.5 Atividade de vida Eliminar

A atividade de vida Eliminar é marcada por tabus, pois sua execução se dá em ambiente privado. É uma atividade feita regularmente por todos durante todas as fases da vida. Compreende a eliminação urinária e fecal. Um dos grandes marcos na independência adquirida nessa atividade de vida é o controle dos esfíncteres, por meio dos quais são identificadas alterações nesta atividade. Alterações nos padrões de eliminação, como coloração, consistência, frequência, odor e quantidade representam sinais sugestivos de lesões



importantes. Um dos problemas mais comumente associados é a incontinência fecal e urinária (ROPER; LONGAN; TIERNEY, 1995).

Nessa atividade de vida abordamos os aspectos relacionados às queixas frequentes durante a consulta ginecológica. Investigamos a presença de alterações nos padrões de eliminação e história de infecção urinária, visto ser uma alteração comumente presente nas mulheres, devido à própria anatomia. Além disso, a realização de tratamento específico é fundamental para o restabelecimento desse padrão funcional, o que muitas vezes não é seguido pelas mulheres portadoras dessas infecções.

TABELA 8. Variáveis correspondentes à eliminação das prostitutas entrevistadas. Atividade de vida Eliminar. Fortaleza-CE, maio/jun. 2007

<b>Variáveis de Eliminação</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>História de infecção urinária (n=23)</b>		
Realização de tratamento	16	69,6
Não realização de tratamento	7	30,4
<b>Alterações no padrão de eliminação (n=15)</b>		
Urinária	8	53,3
Intestinal	7	46,7
<b>Tipo de alteração urinária (n=10)</b>		
Disúria	5	50,0
Incontinência	4	40,0
Poliúria	1	10,0

No tocante à história pregressa de infecção urinária, 23 (54,8%) mulheres apresentaram tal ocorrência e um número considerável delas, 7 (30,4%), não fizeram o tratamento. Quanto à história pregressa de cirurgia no sistema urinário, nenhuma prostituta afirmou tê-la realizado.

Segundo Heilberg e Schor (2003), a infecção do trato urinário (ITU) é uma patologia comum a todas as idades. Mas a mulher possui maior vulnerabilidade em virtude da proximidade do ânus à uretra e ao vestíbulo vaginal. Os microorganismos mais comumente envolvidos pertencem ao intestino e colonizam a região perianal e o intróito vaginal. Smeltzer e Bare (2002) corroboram tal afirmativa ao ressaltarem que a conformação anatômica da uretra feminina facilita o movimento de bactérias patogênicas por oferecer pouca resistência devido ao seu curto tamanho. Relações sexuais massageiam a uretra e constituem estímulo

físico que predispõe a entrada das bactérias na bexiga. Isso contribui para a incidência aumentada de ITU nas mulheres sexualmente ativas. É preocupante o fato de algumas mulheres não realizarem o tratamento. Isto pode predispor a uma infecção no trato urinário superior, com conseqüências graves para a mulher, como disfunções renais até mesmo irreversíveis.

Às vezes, algumas recomendações não-medicamentosas podem ser utilizadas, principalmente nas pacientes sem sintomas de ITU, ou nas sintomáticas recorrentes, como: aumentar a ingesta hídrica, urinar em intervalos curtos (duas a três horas), urinar antes de deitar ou após o coito, usar aplicação vaginal de estrógeno no caso de mulheres pós-menopausa, entre outros (HEILBERG; SCHOR, 2003).

Em relação à presença de alterações nos padrões de eliminação, apenas 15 (35,7%) mulheres relataram essas alterações, sendo as alterações urinárias mais prevalentes. Das alterações intestinais, a única citada foi a constipação, bastante relacionada às deficiências no padrão alimentar, principalmente à ausência de ingestão de fibras. No referente às alterações urinárias, as mais prevalentes foram a disúria, com 5 (50%) queixas e a incontinência, com 4 (40%).

Segundo Oliveira *et al.* (2005), o tema constipação envolve aspectos subjetivos, o que acarreta dificuldades dos estudos em definir exatamente o significado de constipação. Uma das definições está relacionada à frequência de evacuações por semana, sendo considerada constipação evacuações inferiores a três por semana. Já Smeltzer e Bare (2002) definem constipação como uma alteração no processo de defecação, provavelmente associada ao endurecimento das fezes ou retenção destas por longo período. Para Ciampo *et al.* (2002), os critérios para diagnóstico de constipação intestinal crônica funcional incluem os sintomas maiores como: fezes ressecadas, fragmentadas, eliminações dolorosas, com esforço ou escape fecal; e os sintomas menores, como: maior volume, intervalo maior ou igual a dois dias entre as evacuações, sangramento, demora ao iniciar a evacuação. Vale ressaltar que para se considerar constipado deve-se ter dois ou mais critérios maiores ou um maior associado a dois menores, com tempo superior a um mês.

Para Smeltzer e Bare (2002), a constipação pode ser resultado do uso de fármacos como antidepressivos, tranquilizantes, opióides, anti-hipertensivos e está associada a distúrbios retais (hemorróidas) ou conseqüência de obstrução (câncer do intestino). As manifestações clínicas incluem distensão abdominal, ruídos intestinais, dor e pressão, apetite diminuído, dor de cabeça, fadiga e indigestão. Conforme mostrou estudo realizado por Oliveira *et al.* (2005), a prevalência de constipação intestinal em mulheres na pós-menopausa

foi elevada, 47%, mesmo diante de diferentes critérios diagnósticos. Antecedentes como cirurgias perianais e presença de hemorróidas estavam associadas à constipação.

Quanto às alterações urinárias, principalmente relacionadas à incontinência e disúria, Smeltzer e Bare (2002) afirmam que a incontinência urinária pode ser definida como a excreção de urina de forma involuntária ou descontrolada. Já a disúria pode estar associada a patologias como cistite, doenças sexualmente transmissíveis, entre outras. De acordo com Sartori *et al.* (1999), em mulheres climatéricas pode ser observado que a diminuição da capacidade vesical acarreta alguns sintomas clínicos como urgência miccional, polaciúria e, até mesmo, noctúria. Possivelmente, a diminuição do estrógeno poderia contribuir para a diminuição da capacidade vesical. Segundo observaram em seu estudo, as pacientes com mais de dez anos de pós-menopausa apresentaram menor capacidade vesical quando comparadas às mulheres com até cinco anos. Portanto, o hipoestrogenismo contribui, provavelmente, para a instalação das alterações urinárias na pós-menopausa.

#### 5.2.6 Atividade de vida Higiene pessoal e vestir-se

A atividade de vida Higiene pessoal e vestir-se abrange diversos aspectos. No referente ao vestuário, as roupas representam aspectos culturais e tradicionais, além de estarem associadas à sexualidade, sendo uma forma de exacerbação da comunicação não-verbal. De modo geral, a higiene representa uma preocupação pessoal. Como a higiene e a boa aparência são recomendações da maioria das culturas, a falta delas pode ocasionar repúdio social. Mas a execução de atividades como o ato de banhar-se pode variar conforme o trabalho e o lazer. A ausência de saneamento básico também pode dificultar o pleno exercício dessa atividade. Ademais, a presença de algumas alterações, como o prurido, poderá levar à ruptura tecidual, com conseqüente porta de entrada aos microorganismos, além de representar disfunções que exigem tratamento (ROPER; LONGAN; TIERNEY, 1995).

Consideramos importante abordar na higiene pessoal de mulheres prostitutas a quantidade de banhos diários, pois elas se relacionam com diversos parceiros sexuais no decorrer de um dia. Consoante percebemos, os cuidados que elas manifestaram durante a consulta denotam sua preocupação com a higienização. Aspectos como a presença de prurido e odor fétido podem acarretar incômodos, e serem sugestivos de infecções genitais, por isso foram incluídos nessa atividade de vida. O uso do preservativo poderia fazer parte dessa atividade de vida, pois contribui para a higiene pós-coito. Porém, preferimos alocá-lo em outras atividades de vida.

TABELA 9. Fatores influentes na Atividade de vida Higiene pessoal e vestir-se. Fortaleza-CE, maio/jun. 2007

<b>Indicadores de Higiene (n=42)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Banhos diários</b>		
Até 3	17	40,5
4 – 6	23	54,7
7 – 10	2	4,8
<b>Realização de higiene íntima</b>	40	95,2
<b>Realização de tricotomia</b>	37	88,1
<b>Presença de prurido</b>	10	23,8
<b>Presença de odor fétido</b>	4	9,5

Em relação ao número de banhos tomados diariamente, as prostitutas executam esse ato constantemente, porquanto 23 (54,7%) mulheres apresentaram frequência de quatro a seis banhos por dia. Como sabemos, a prostituição é uma atividade que exige adequada higiene corporal, pois o corpo é seu instrumento de trabalho e, como tal, deve ser um atrativo para os clientes. Além disso, uma adequada manutenção da higiene íntima após o coito poderá minimizar os riscos de aquisição de infecções. De acordo com o Ministério da Saúde, a deterioração da auto-imagem e da auto-estima das prostitutas pode ser fruto do estigma social vivenciado, mas influenciado pela necessidade de cumprimento de vários programas. Isto gera pressa ao realizá-los e soma-se às precárias condições de higiene de alguns hotéis onde a prática comercial é concretizada (BRASIL, 2002a).

Em corroboração a esta afirmação, Silva (2000) observou que a preparação para a zona ocorre em dois ambientes. O primeiro é o lar, onde fazem sua higiene e escolhem o vestuário. O segundo é o hotel ou local de realização dos programas, onde fazem a maquiagem e se vestem como prostitutas, ou seja, ficam limitadas às condições oferecidas pelos locais freqüentados. Segundo White (2004), a pele elimina constantemente as impurezas do corpo e o asseio freqüente impede a obstrução dos poros, evitando a sobrecarga de outros órgãos responsáveis pela eliminação. Daí a importância da constância dessa prática.

Quanto aos cuidados observados na realização do exame, grande parte das mulheres manteve os cuidados mínimos necessários antes da consulta, como tricotomia parcial e higiene íntima. Apesar de reconhecermos a função protetora dos pêlos pubianos, a tricotomia parcial antes do exame facilita a inspeção vigorosa da genitália externa, em busca de alterações patológicas. Outros cuidados antes da consulta incluem evitar a utilização de

cremes, duchas ou anticoncepcionais vaginais e relações sexuais pelo menos 24 horas antes do exame, esvaziar a bexiga, além de não estar menstruada (CEARÁ, 2002).

Outro detalhe, a presença de prurido vulvar e odor fétido foi pouco freqüente entre as participantes do estudo, 10 (23,8%) e 4 (9,5%) respectivamente. Segundo o Ministério da Saúde, o prurido vulvar pode ser característico de algumas patologias de transmissão sexual, como herpes genital, vulvovaginites, uretrite gonocócica, entre outras. Assim, é relevante investigar as causas das queixas dessas mulheres na ocasião da consulta ginecológica (BRASIL, 2006d).

Em relação à prática da higiene, ouvimos os seguintes relatos:

**É uns nove banhos que tomo, porque a gente tem que lavar. Cada vez que a gente vai ficar com um homem a gente tem que se alimpar, se assear, eu me asseio com asseptol, antes e depois. Por isso é que eles gostam de mim, eles não sentem aquele cheiro de nada. Eles dizem: você, dessa idade, tão cheirosa. Tem homem que gosta de dizer que eu tô muito limpa. Ando com meu asseptol, ando com minhas camisinhas. Eles dizem que sou uma mulher preparada, asseada. E dizem que não têm medo de andar comigo, que sou limpa (E2).**

**Ah, a gente toma banho nos motel que a gente vai. Lá tem tudo, tem sabonete, aí sempre que tem programa tem que tomar um banho, né? Aí a gente volta aqui pra praça e espera outro homem aparecer. É sempre assim, mas depende muito do movimento, fim de mês é muito ruim (E3).**

No referente ao vestuário, o instrumento não contemplou essa questão, mas a forma de vestir-se pode influenciar o processo saúde-doença, pois roupas que ajudam a manter a umidade vaginal podem favorecer as infecções por fungos, como candidíase. Além disso, sobre a importância do vestuário, como ressalta White (2004), o uso de roupas apertadas dificulta a circulação sanguínea, o que pode resultar em prejuízos para a saúde do indivíduo. Já o uso de roupas limpas colabora para a absorção das impurezas expelidas pelo corpo. Quando há o uso prolongado de um vestuário sem condições de limpeza, o corpo pode reabsorver essas impurezas. Estudo realizado por Silva (2000) mostrou que as prostitutas se vestem de acordo com o clima e a temperatura observada logo no início da jornada de trabalho. De modo geral as vestimentas e a forma como se apresentam são determinantes para a aquisição de uma maior clientela. Mas a maioria das prostitutas usa minissaias, calças justas, tecidos brilhosos, barriga à mostra, calçados altos e pequenas bolsas. Os acessórios quase sempre estão presentes, além da maquiagem e dos trejeitos sedutores.

### 5.2.7 Atividade de vida Controlar a temperatura corporal

A atividade de vida Controlar a temperatura corporal sofre influência de diversos fatores, a exemplo do uso de determinadas substâncias como a cafeína, o cigarro e o álcool, que ocasionam perda maior de calor da superfície corporal, exercícios, hormônios e alimentação, além da intensa atividade sexual, presença de patologias como as infecções do trato urinário e fatores ambientais. Diante de aumento ou diminuição da temperatura corporal, é preciso desempenhar atividades de ajuda no controle dessas oscilações. Certos períodos da vida da mulher ocasionam alterações na temperatura, como o período fértil e a menopausa, em decorrência do desequilíbrio hormonal típico desse período (ROPER; LONGAN; TIERNEY, 1995).

Por sua importância, consideramos conveniente abordar no presente estudo as alterações típicas do período menopausal, principalmente relacionadas a ondas de calor passíveis de influenciar na qualidade de vidas das mulheres que vivenciam tal alteração. Apenas esse fator foi abordado, com vistas a delimitar o campo da investigação ginecológica.

Em relação à presença de ondas de calor, 6 (14,3%) mulheres relataram tal ocorrência. Como observado, 5 (11,9%) delas estavam na menopausa. Segundo Wender *et al.* (2006), o climatério pode ser definido como o período que delimita a fase reprodutiva da mulher, estendendo-se até os 65 anos de idade. A menopausa representa o marco dessa fase, e ocorre somente após 12 meses do último período menstrual. Geralmente ocorre aos 50 anos, sendo precoce antes dos 40 anos e tardia após os 55 anos.

Significativas alterações são comuns nessa fase do ciclo vital feminino. Consoante Sartori *et al.* (1999), a diminuição nos níveis de estrogênio contribui para a ocorrência de alterações urinárias na pós-menopausa. Os resultados obtidos em sua pesquisa denotaram uma queda nos parâmetros urodinâmicos. Nela, a incontinência urinária de esforço, sobretudo do tipo urgência miccional, mostrou-se mais freqüente com a evolução da pós-menopausa. Além disso, a deficiência estrogênica pode representar fator de risco para doenças cardiovasculares, pois está associada à hipertensão, patologia mais freqüente em mulheres no climatério (DIRETRIZES Brasileiras de HA, 2002; SANTOS, 1998).

Ressaltamos a importância da investigação de outros fatores, como o aumento da temperatura corporal comum à relação sexual, fato que poderia ocorrer constantemente devido à profissão que exercem. Além disso, conforme explicitado na atividade de vida Eliminar, os riscos de infecções urinárias são bastante acentuados nessa população e um dos

sintomas característicos dessa patologia é o aumento da temperatura corporal, fator que não foi investigado no presente estudo, mas é de suma importância na detecção de casos.

#### 5.2.8 Atividade de vida Mobilizar-se

A atividade de vida Mobilizar-se é uma das mais importantes. Aborda a capacidade de movimento de cada indivíduo e os fatores passíveis de influenciar na independência dessa atividade. A atividade física é uma orientação humana básica essencial durante toda a vida. Sofre influência de uma série de fatores, com ênfase aos aspectos físicos e psicológicos. Exige adaptação para os que sofrem de doença ou lesão, seja temporária ou definitiva. Na fase de pós-menopausa, há maior risco de osteoporose associada à diminuição hormonal, com probabilidade de fratura de ossos. Portanto, sobretudo nesta fase, a atividade de vida Mobilizar-se é indispensável. Alterações funcionais relevantes nessa atividade tornam o indivíduo totalmente dependente de cuidados (ROPER; LONGAN; TIERNEY, 1995).

Nessa atividade abordamos a existência de dificuldades no padrão de mobilidade. A nosso ver, deficiências permanentes dificultam a prática da prostituição. Por isso, nos interessou saber que alterações são mais frequentes nas prostitutas.

Quando indagadas acerca de dificuldades ou limitações no aparelho locomotor, 5 (11,9%) mulheres apresentaram essa alteração, referida como temporária em 5 (100%) casos. Essas alterações não são obrigatoriamente geradas pela prostituição. Nas falas, extraímos os seguintes relatos:

**Estou trabalhando doente. Levei uma queda e tô com a perna doendo, mas mesmo assim tô aqui. Preciso, né?(E2).**  
**Aí eu sinto muita dor na perna. Acho que é das varizes que eu tenho, tem dias que dói tanto...É que a gente passa o dia aqui, né? (E3).**

As falas estavam relacionadas às alterações temporárias que dificultavam a mobilidade dessas mulheres, porém nem sempre estão associadas à prostituição. A dor, relatada na segunda fala, pode ser resultado da espera prolongada pelos clientes que, no caso da prostituição de rua, exige a permanência em pé por todo o dia ou caminhadas frequentes à procura dos clientes. De acordo com Silva (2000), a atividade da prostituição causa um desgaste corporal na mulher, principalmente no aparelho locomotor, como dores em membros inferiores, alterações colunares e complicações biológicas, em virtude de passar longos períodos em pé. Segundo Roper, Longan e Tierney (2001), a fratura de ossos, a doença de

articulações e até mesmo alterações nas pequenas articulações das mãos podem influenciar no desempenho normal da movimentação e da realização das rotineiras atividades domésticas.

Apesar das alterações permanentes não terem se apresentado no nosso estudo, é importante salientar alguns aspectos encontrados na literatura. Diante destas, a prática de atividades de educação em saúde é essencial para o desenvolvimento do autocuidado. Conforme Vall, Braga e Almeida (2006), a qualidade de vida de pessoas com alterações permanentes da mobilidade sofre complicações, relacionada ao tempo e a valores individuais, como percepções e sentimentos que o indivíduo tem de si e dos outros. Estudo realizado por França e Chaves (2005) mostrou que a sexualidade de mulheres portadoras de deficiência ainda não é um tema de pesquisa muito explorado. Isto acarreta pouca informação dos profissionais de saúde. É como se essas mulheres vivessem uma cultura de assexualidade, com desinteresse pelo sexo. No referido estudo, algumas mulheres relataram a dificuldade de busca de um parceiro, vivência de processos de auto-exclusão, negatização, medo do fracasso sexual, principalmente devido à idéia repassada à sociedade de incapacidade biológica do portador de deficiência. Contudo, a dificuldade de chegar ao orgasmo só acontece nos casos de lesões nervosas da área genital. Além disso, as pessoas paraplégicas têm as mesmas dificuldades sexuais encontradas em muitas outras mulheres não-paraplégicas.

#### 5.2.9 Atividade de vida Trabalhar e distrair-se

A atividade de vida Trabalhar e distrair-se pode ter diferentes significados para cada indivíduo. Seus efeitos sobre a saúde podem ser positivos ou negativos, ou mesmo contribuir para a manifestação de doenças físicas ou psicológicas. De modo geral, quando não estão dormindo, as pessoas estão trabalhando ou se divertindo, por isso ambos os aspectos são fundamentais na vida. O trabalho é descrito como a principal atividade diária do indivíduo, e possui caráter de remuneração. Nesta atividade, fatores como a segurança e ruídos sonoros devem ser investigados. A atividade de lazer diz respeito ao que se faz fora do tempo de trabalho, com vistas à distração. Nesta atividade, podem surgir as drogas, caracterizadas por riscos adversos para a saúde dos usuários dessas substâncias. Mas à medida que evoluem os estágios da vida, essas atividades vão se tornando cada vez mais consideráveis (ROPER; LONGAN; TIERNEY, 1995).

Como é notório, muitos aspectos permeiam essa atividade de vida no ambiente da prostituição. Esse trabalho pode trazer inúmeros e distintos agravos iminentes às prostitutas, visto que lidam com pessoas desconhecidas de todo tipo. A violência em ambiente laboral,



bem como os riscos ambientais já foram abordados em outra atividade de vida. Além do risco de aquisição de DST a instabilidade laboral pode acarretar ansiedade e preocupações. Nesta atividade de vida, abordamos o comportamento sexual com o cliente, por ser o foco do trabalho dessas mulheres. Embora muitas vezes esquecido, o lazer também é relevante para a manutenção da qualidade de vida das prostitutas. De acordo com Silva (2000), no ambiente de trabalho as prostitutas consideram essencial a postura apresentada, porquanto ela é determinante para o cliente identificá-la como tal. Para atrair os clientes, elas precisam demonstrar que são prostitutas mas de forma comedida, para não serem confundidas com os travestis. Além disso, o contrato é firmado verbalmente e para elas é essencial mantê-lo, assim como é essencial o cliente dispor de dinheiro suficiente para pagar pelo solicitado.

Conforme percebemos, a prática laboral das prostitutas constitui um fator importante na exposição às situações de risco para DST. A maior vulnerabilidade envolve o preço e a quantidade de programas, a autonomia de negociação direta com o cliente e o acesso a preservativos. Segundo Juliano (2005), muitas mulheres que trabalham na prostituição consideram essa atividade como qualquer outra possível, enfatizando sua característica de opção econômica. Mas, de modo geral, em seu trabalho as prostitutas são tratadas nos meios sociais como vítimas, enganadas e manipuladas. Elas estão à margem da compreensão de uma situação laboral como qualquer outra. Essa situação origina-se do estigma dominante na sociedade até os dias de hoje, pois as regras impostas tradicionalmente não aceitam que essas mulheres gostem e optem por esse trabalho em meio a outras opções existentes. É como se a aceitação social da prostituição só acontecesse quando há uma relação com a miséria e a falta de oportunidade.

Para Guimarães e Merchán-Hamann (2005), o que mantém a atração na prostituição é a idéia de realização das fantasias eróticas e o uso de distintas modalidades sexuais, razões de busca dos clientes. A satisfação com a profissão é visível na possibilidade de flexibilidade de horários e aquisição de maiores lucros, em detrimento do estigma vivenciado, que origina pressões psicológicas ao terem de mascarar a prática. Consoante mostrou estudo realizado por Schreiner *et al.* (2004) com 97 prostitutas, 84 (86,6%) têm intenção de sair dessa profissão e o maior motivo de permanência nela refere-se à recompensa financeira, relatada por 89 (91,8%) delas. Já Oltramari e Camargo (2004) em seu estudo com prostitutas evidenciaram que a decisão pelo ingresso na profissão está associada à baixa remuneração do mercado e à necessidade de sustento da família, seguida de decepção familiar ou amorosa. Andrade (2002), em um resgate sobre prostituição, aponta fatores socioeconômicos, como a falta de emprego, migração, mães solteiras responsáveis pelo

sustento do filho e moradias precárias; e fatores psicológicos, como carência afetiva e traumas para a inserção no comércio sexual.

Segundo Silva (2000), no processo de trabalho de prostitutas podem ser identificados os seguintes itens: necessidade de sobrevivência e satisfação do cliente (necessidade); desejo sexual do cliente (objeto de trabalho); uso de posturas corporais e do próprio corpo, além de certos acessórios como vaselina, preservativos (meios); cliente e prostituta (força de trabalho); e prazer, satisfação do cliente (produto final).

Os dados encontrados em nosso estudo relativos à atividade de vida Trabalhar e distrair-se das prostitutas estão apresentados na tabela a seguir.

TABELA 10. Distribuição dos fatores influentes na Atividade de vida Trabalhar e distrair-se. Fortaleza-CE, maio/jun. 2007

<b>Variáveis Laborais</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Tempo de prostituição (em anos) (n=42)</b>		
Até 1	7	16,7
Mais que 1 a 5	17	40,5
Mais que 5 a 10	4	9,5
Mais que 10 a 15	5	11,9
Acima de 15	9	21,4
<b>Idade de início na prostituição (em anos) (n=42)</b>		
Até os 19	18	42,8
Entre 20 e 25	13	31,0
Entre 26 e 30	4	9,5
Acima de 30	7	16,7
<b>Exercício de outra atividade (n=14)</b>		
Vendedora	6	42,9
<b>Exercício de outra atividade (n=14)</b>		
Comerciante	3	21,4
Doméstica	3	21,4
Outros	2	14,3
<b>Etilismo associado ao trabalho (n=42)</b>	23	54,8
<b>Uso do preservativo sob efeito do álcool (n=23)</b>	22	95,7
<b>Acesso facilitado a preservativos no trabalho (n=42)</b>	40	95,2

Consoante explicitado na tabela 10, as prostitutas em estudo tiveram uma predominância do tempo de trabalho inferior a cinco anos, 25 (57,2%). Estudo realizado em âmbito nacional mostrou prevalência semelhante, com maior parte da amostra apresentando

tempo de trabalho inferior a cinco anos em três regiões brasileiras: Sul, Nordeste e Sudeste (BRASIL, 2003a). Segundo Guimarães e Merchán-Hamann (2005), o tempo de profissão pode ser associado à maior experiência na prática sexual, o que pode ser um fator contribuinte na concorrência pelo cliente para quem possui essa característica.

Consideramos também relevante calcular a idade de início da prostituição. Conforme os dados encontrados, a maioria das entrevistadas iniciou essa atividade antes dos 25 anos, com especial destaque na adolescência, fase com a maior prevalência, 18 (42,8%) mulheres. A esse respeito Carvalho e Frota (2005) salientam que 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 tornam-se terrenos férteis para o turismo sexual, e viabilizam assim o crescimento da exploração sexual infanto-juvenil. Ao se referir ao assunto, Andrade (2002) ressalta o seguinte: os perigos do início precoce na prostituição consistem nos distúrbios no desenvolvimento afetivo-emocional e obstáculos no aprendizado escolar básico, além das habilidades profissionais.

Há um grande estímulo para a precoce iniciação nessa atividade, principalmente por causa do turismo sexual, prática freqüente nas cidades turísticas, a exemplo de Fortaleza. Segundo Miranda e Barroso (1998), essa é uma profissão geradora de desgaste físico na mulher, o que ocasiona a diminuição da procura dos clientes por mulheres acima dos 30 anos. Este fato incentiva a inserção de jovens nessa prática.

Em relação ao exercício de outra atividade laboral concomitante à prostituição, apenas 14 (33,3%) mulheres responderam afirmativamente, e geralmente eram trabalhos informais, sem remuneração fixa. Mencionaram as profissões de vendedora, sobretudo de produtos avulsos de revistas, cartões de loteria, confecções e doméstica.

Determinados estudos mostram a prevalência de trabalhos informais antes da inserção nessa atividade. Os empregos anteriores à prostituição eram informais ou formais mal remunerados, como doméstica, trabalhadora de vendas e operárias (AMAYA; CANAVAL; VIÁFARA, 2005). Em estudo comparativo desenvolvido por Benzaken *et al.* (2002), na mesma população de prostitutas após dois anos, verificou-se que ter outra ocupação ou renda alternativa caiu de 33,1% para 23,1%, com freqüência maior do emprego de doméstica e garçone. Já Miranda e Barroso (1998) evidenciaram relatos de humilhação, engano e momentos difíceis no exercício da profissão doméstica, o que, aliada à falta de qualificação profissional, contribuiu para a inserção na prostituição.

É preocupante o fato de essas mulheres sobreviverem exclusivamente da prostituição, deixando suas outras profissões ao assumirem essa prática, sobretudo pela característica de instabilidade, falta de seguridade social e flexibilidade de renda. Como mostra o dia-a-dia, a prostituição possui fatores de dependência como a beleza e a sexualidade, a juventude e a experiência sexual, além dos fatores econômicos dos clientes. São variáveis interdependentes e bastante influentes para o pleno exercício da prática.

Ao longo do nosso estudo sobressaiu um dado comprometedor: a associação entre álcool e trabalho, presente em 23 (54,8%) mulheres. Isto pode acarretar maior risco de práticas sexuais desprotegidas, principalmente pela menor capacidade de negociação do condom. A esse respeito, Oltramari e Camargo (2004) afirmam que as próprias prostitutas conhecem o risco ao evitar o consumo exagerado de álcool para não perder o controle das práticas preventivas.

As prostitutas que trabalham em casas fechadas geralmente têm responsabilidade no consumo de bebidas alcoólicas dos clientes, gerando lucros para a propriedade. Segundo Passos e Figueiredo (2004), como parte da renda dos bares advém da venda de bebidas alcoólicas, a função da prostituta é induzir ao maior consumo. Alguns locais estabelecem quota semanal mínima para cada prostituta e, além da responsabilidade na renda do prostíbulo, podem estar associados fatores como o mecanismo de fuga da situação vivenciada ou a dependência já instalada. O álcool e suas conseqüências foram observados em uma das falas obtidas:

**Quando bebo, tem vezes que não uso camisinha, uso de vez em quando. Se tiver alguma coisa, aí eu uso. Eu bebo muito porque a gente trabalha num bar e tem que dar lucro pra casa, né? (E1).**

Ao ser indagada acerca do uso do preservativo sob efeito do álcool, uma mulher relatou não praticá-lo. Contudo, a frequência e consistência do uso não foram investigadas nesse momento. Por isso, o alto índice de uso da camisinha sob efeito do álcool pode não representar o verificado em todas as relações. Segundo Benzaken *et al.* (2003), alguns projetos objetivam incentivar a redução da ingestão alcoólica, pois reconhecem que sob o efeito da bebida há uma diminuição na capacidade de negociação da camisinha. Atualmente, as prostitutas estão percebendo mais o risco do álcool como facilitador para a transmissão de DST.

Em relação à acessibilidade ao preservativo, observamos que a maioria, 40 (95,2%), tem facilidade de adquiri-lo. Esse resultado pode ser fruto da atuação da APROCE nas zonas de prostituição, com a distribuição maciça de preservativos e as atividades de

educação em saúde com vistas à percepção do risco. Esse conhecimento leva as pessoas a procurarem as formas mais eficazes de prevenção. Somente com a conscientização da vulnerabilidade a que estão expostas as mulheres poderão desenvolver mecanismos de defesa contra a infecção.

Como evidenciado no cotidiano, o novo perfil da epidemia de HIV/Aids mostra uma feminização, pauperização e interiorização. A feminização do HIV pode estar relacionada às questões de gênero, como menor acesso à informação ao longo dos anos e menor liberdade sexual, que impediam a manifestação da plena vivência da saúde sexual.

De acordo com determinado estudo, 76 (54,7%) prostitutas entrevistadas portavam preservativos no momento da entrevista e 82 (59%) sabiam utilizá-lo corretamente, o que pode representar uma resposta às ações educativas e de prevenção realizadas junto a essa clientela, além da percepção do risco (BENZAKEN *et al.*, 2003). Ademais, a partir de 2001 com a política de preservativos masculinos e femininos, houve um aumento na distribuição nacional de preservativos, incluindo populações vulneráveis como usuários de drogas e prostitutas. Em 2003, foram distribuídos 256,7 milhões de preservativos masculinos e 2,5 milhões de preservativos femininos (BRASIL, 2005a). Os dados obtidos nas entrevistas acerca do comportamento sexual adotado com o cliente foram dispostos na tabela a seguir.

TABELA 11. Fatores comportamentais adotados na prática sexual com os clientes. Atividade de vida Trabalhar e distrair-se. Fortaleza-CE, maio/jun. 2007

<b>Comportamento Sexual no Sexo Venal (n=42)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Cientes semanais</b>		
Até 5 clientes	13	31,0
6 a 10 clientes	15	35,7
11 a 15 clientes	4	9,5
16 a 20 clientes	2	4,8
21 clientes ou mais	8	19,0
<b>Utilização do condom com o cliente</b>		
Sempre	37	88,1
Às vezes	5	11,9
<b>Utilização do condom na última relação</b>	39	92,9

Quanto ao número de programas semanais realizados, houve maior prevalência de até dez programas, 28 (66,7%). Entretanto, uma das entrevistadas referiu manter relações sexuais com até sessenta clientes por semana. Estudo nacional mostrou proporções

semelhantes. Nas três regiões, Nordeste, Sudeste e Sul, existiam mulheres com até dez programas semanais (BRASIL, 2003a). Em outro estudo, de Benzaken *et al.* (2003), observou-se a média de três clientes diários em um dia de trabalho, dado considerado bom pelas prostitutas pesquisadas.

No concernente à utilização do condom com o cliente, muitas mulheres, 37 (88,1%), referem um uso consistente do preservativo, ou seja, em todas as relações. Mas quando indagadas acerca do uso na última relação, 39 (92,9%) responderam afirmativamente. Apesar dos bons índices apresentados, são muitos os desafios para a utilização do condom com o cliente, principalmente quando na negociação surgem opções econômicas mais rentáveis.

São evidentes os riscos da prostituição. Segundo Guimarães e Merchán-Hamann (2005), um desses riscos inclui a oferta de maior valor para a realização da prática sexual desprotegida, demanda freqüente entre os clientes. Sobre o uso do preservativo com o cliente, de forma consistente, houve um percentual de 67,4% nos grupos de prostitutas que recebem orientações sexuais, contra 47,9% dos grupos sem intervenção. Tais números são referentes à região Nordeste, onde se identificaram as menores freqüências encontradas no estudo (BRASIL, 2003a).

Em contrapartida, estudo realizado por Schreiner *et al.* (2004) mostrou que 91 (93,8%) prostitutas utilizavam preservativo com o parceiro fixo, apresentando inclusive baixos índices de DST. Outro estudo, de Benzaken *et al.* (2003), também mostra o uso mais freqüente de preservativo pelas prostitutas. Segundo observaram, houve uma diminuição do número de mulheres que referem aceitar ter relações profissionais sem camisinha e 107 (78%) afirmaram haver usado preservativo com cliente na semana anterior ao estudo.

Apesar destes dados, a negociação pode ser, por vezes, flexibilizada em virtude da concorrência de outras prostitutas. Então, entram em debate preço, práticas sexuais oferecidas e proteção (GUIMARÃES; MERCHÁN-HAMANN, 2005). Consoante Miranda e Barroso (1998), mesmo preocupadas com a prevenção de DST, as prostitutas privilegiam os fatores econômicos, por estarem associados diretamente à sua sobrevivência. Como já mencionado, o estigma social dominante nas relações afetivas, comerciais e sociais representa um obstáculo ao empoderamento dessa população (BRASIL, 2003a).

Muitas vezes os clientes são considerados pessoas perigosas, associadas à disseminação de DST, e insistem na prática desprotegida em retribuição à maior quantia, na tentativa de quebra dos acordos estabelecidos. De qualquer modo, a utilização do preservativo

é uma prática condicionante para a realização do programa; porém, quando há envolvimento de sentimentos, elas não admitem o risco (OLTRAMARI; CAMARGO, 2004).

Existe, também, o cliente fixo, ou seja, aquele exclusivo e regular, que pode manter vínculos de amizade ou até evoluir para o envolvimento afetivo. Com esses, muitas vezes, o uso consistente deixa de existir, em face do caráter de fidelidade e estabilidade à relação concebida. Segundo Amaya, Canaval e Viáfara (2005), apesar das prostitutas conhecerem a vantagem do preservativo, este é excluído com os clientes com quem estabelecem relações estreitas.

No referente às concepções do uso do preservativo nos programas emergiram as seguintes falas:

**Mesmo sendo de muito tempo uso camisinha. E programa sem camisinha não dá pra gente ir não (E2).**

**Eu uso camisinha sim, com os clientes novos, com os homens que eu não conheço. Os que vêm sempre a gente não usa não...(E5).**

Quanto ao envolvimento afetivo, alguns relacionamentos são estabelecidos no ambiente de trabalho. Quando a relação toma essa característica, ou mesmo assume características de amizade, as pessoas passam a utilizar os critérios adotados com os namorados ou parceiros fixos quanto ao uso do preservativo (BRASIL, 2003a). Amaya, Canaval e Viáfara (2005) corroboram estas afirmações pois obtiveram relatos de mulheres que disseram não utilizar preservativo com os amigos, clientes fiéis, mas observam o pênis antes da relação em busca de algum tipo de DST.

TABELA 12. Distribuição das atividades de lazer exercidas pelas prostitutas. Atividade de vida Trabalhar e distrair-se. Fortaleza-CE, maio/jun. 2007

<b>Atividades de Lazer (n=25)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Festas	9	36
Praia	8	32
Outros	4	16
Ficar em casa	2	8
Não respondeu	2	8

Ao serem indagadas acerca de atividades de lazer, 25 (59,5%) mulheres referiram possuí-las, um número pequeno comparado à relevância dessa prática. As atividades de descontração e lazer são necessárias para a manutenção da saúde mental, uma vez que

contribuem para amenizar os fatores estressantes do cotidiano. Em uma das falas destacamos a relação do trabalho com o próprio lazer, em virtude da associação da prostituição a uma prática prazerosa.

**Eu gosto do meu trabalho, eu gosto de me vestir, me arrumar...Eu ficando em casa envelheço dez anos, uma semana que passo em casa. Porque só ouvir música não enche barriga...(E5).  
Agora tenho lazer, ir pro interior, fico lá mais ele, a gente sai, vamo pra lagoa, tomar banho, passear... (E2).  
Eu morro de medo de ter depressão. Não tenho nenhum lazer. Vivo triste...(E4).**

Segundo Silva (2000), no ambiente de casa, o lazer representa um momento escasso. Para as prostitutas, este resume-se à simples troca de informações, eventuais, com a colega ou o companheiro, e assistir televisão no período noturno ou nos finais de semana. As atividades mais citadas foram a participação em festas e a ida à praia.

#### 5.2.10 Atividade de vida Expressar sexualidade

Na atividade de vida Expressar sexualidade devemos ter a compreensão de que cada indivíduo é um ser sexual, com identidade própria, e que a forma de expressão dessa sexualidade varia conforme a cultura e as diferenças biológicas. A relação sexual está diretamente ligada a essa atividade, porém é uma parte menor diante da complexidade da expressão da sexualidade. É possível se manter uma relação sexual sem expressão da sexualidade. Alterações nos aspectos sexuais, como a dor, por exemplo, podem levar à perda da libido, mas não impedem o ato sexual. A sexualidade é determinada pela etapa de vida na qual se encontram os indivíduos, por isso é uma parte do comportamento e da construção da personalidade. Fatores como controle da fertilidade, abortos e orientação sexual também são relevantes nessa atividade de vida (ROPER; LONGAN; TIERNEY, 1995).

Em face da sua estreita relação com a consulta ginecológica, a atividade Expressar sexualidade foi a mais investigada. Foram abordadas as histórias obstétrica, ginecológica e sexual das prostitutas investigadas. Comportamentos relacionados ao parceiro fixo foram lembrados, com o primordial objetivo de detectar possíveis problemas que necessitassem de intervenções. Como mencionado, aspectos relacionados a alterações sexuais podem influenciar na libido dessas mulheres. Conhecer o histórico sexual e reprodutivo delas poderá orientar as ações de educação em saúde a serem implementadas, com foco nas necessidades reais dessa clientela. Assim, os dados relativos à história obstétrica das prostitutas obtidos nas entrevistas realizadas foram dispostos na tabela a seguir.



TABELA 13. História obstétrica das prostitutas entrevistadas.  
Atividade de vida Expressar sexualidade. Fortaleza-  
CE, maio/jun. 2007

<b>História Obstétrica</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Gestações (n=36)</b>		
De 1 a 2	13	36,1
De 3 a 4	9	25,0
De 5 a 6	11	30,6
Acima de 6	3	8,3
<b>Paridade (n=34)</b>		
De 1 a 2	17	50,0
De 3 a 4	13	38,2
De 5 a 6	2	5,9
Acima de 6	2	5,9
<b>Tipo de parto (n=40)</b>		
Normal	30	75,0
Cesáreo	10	25,0
<b>Nº de abortos (n=21)</b>		
1	12	57,1
2	6	28,6
3	2	9,5
Acima de 3	1	4,8
<b>Nº abortos provocados (n=9)</b>		
1	4	44,5
2	3	33,3
Acima de 3	2	22,2
<b>Nº de filhos vivos (n=34)</b>		
De 1 a 2	17	50,0
De 3 a 4	13	38,2
De 5 a 6	2	5,9
Acima de 6	2	5,9

Sobre os aspectos associados à história obstétrica, o número de gestações das prostitutas variou de um a quinze, com o intervalo mais freqüente de uma a duas gestações, 13 (36,1%). Conforme observamos, a maior parte das entrevistadas teve mais de duas gestações. Este fato nos remete à preocupação com as ações de planejamento familiar, que podem não estar atingindo essa população. Atualmente, o planejamento familiar é um direito legal do cidadão brasileiro, embasado pela Lei n.º 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regulamenta o parágrafo 7º do Art. 226 da Constituição Federal (1988). Essa lei assegura a visão holística da mulher, em todas as fases do ciclo vital, com garantia de acesso aos métodos contraceptivos

reversíveis e reconhecimento dos métodos de esterilização. Estudo realizado por Aquino (2005) revelou números parecidos, uma vez que 57 (73,8%) prostitutas apresentaram número de gestações superior a três.

Quanto à paridade, também prevaleceu o intervalo de um a dois partos, 17 (50%), com número total de partos inferior ao número de gestações relatadas, o que pode indicar a realização de abortos. Essa diferença é bem marcante no intervalo de cinco a seis gestações referidas por onze (30,6%) mulheres, e apenas duas (5,9%) relatando o mesmo número de partos. O tipo de parto mais vivenciado entre as mulheres foi o normal. Entretanto, dez (25%) mulheres experienciaram partos cesáreos, o que implica maiores riscos à parturiente. De acordo com dados do IBGE (2007), no ano de 2005 nasceram 140.234 crianças vivas no Brasil, sendo o município de Fortaleza responsável por 43.800 nascimentos. Em 2004, a proporção de partos cesáreos foi de 31,52 sobre os partos hospitalares no Nordeste. O Ceará apresentou proporção de 34,98 partos cesáreos. Segundo Martins-Costa (2006), a cesariana pode ser definida como a necessidade de incisão abdominal e uterina para o nascimento do feto. É um procedimento importante nos partos distócicos, principalmente para salvar vidas e prevenir possíveis seqüelas neonatais. Como sabemos, o aumento de sua incidência pode incrementar morbidez e custo, o que constitui um problema de saúde pública. Hoje, as cesarianas representam 15 a 45% de todos os nascimentos, e estão geralmente associadas à realização de laqueadura tubária. Mas a legislação brasileira só permite a laqueadura tubária concomitante durante cesariana iterativa ou risco para a mãe em uma próxima gravidez.

Ao se investigar o número de abortos ocorridos, surpreendeu-nos o fato de metade das entrevistadas ter apresentado história de aborto. Dessas, 12 (57,1%) mulheres tiveram somente um aborto. Quando indagadas acerca do número de abortos provocados, nove mulheres já o vivenciaram. Contudo, a prática de mais de um aborto foi mencionada nos relatos. Ao se referir ao aborto, o Código Penal Brasileiro (1940) o classifica entre os crimes contra a vida. De acordo com este código, são passíveis de pena: a gestante que provoca o abortamento em si mesma (auto-abortamento) ou consente que outrem lho provoque (Art. 124); e a pessoa que provoca o abortamento com ou sem consentimento da gestante (Art. 125 e 126). No entanto, o Art. 128 prevê o aborto legal para a gravidez resultante de estupro ou no caso de salvar a vida materna.

Na Inglaterra, nos Estados Unidos e na maioria dos países desenvolvidos, a interrupção da gravidez pode ser hoje legalmente consumada, no primeiro trimestre, por motivos até inconsistentes (REZENDE; MONTENEGRO, 2006). Estudo realizado por Oliveira, Barbosa e Fernandes (2005) mostrou que as principais razões para o aborto estão

relacionadas a fatores socioeconômicos, difícil relação com o companheiro, falta de apoio familiar, idade, entre outros. Porém a concretização deste ainda é permeada por sentimentos de culpa, medo de castigo, morte e remorso.

Na fala a seguir, são expostas formas de tentativas de aborto.

**Tomei um monte de coisa pra abortar. A garrafada foi o que deu jeito. Aí consegui, não tinha como criar mesmo. Mas foi só um mesmo, o outro abortei sozinha mesmo, não segurei (E3).**

Em relação ao número de filhos vivos, 34 (81%) mulheres relataram tê-los, com maior frequência no intervalo entre um e dois filhos, 17 (50%). Os dados encontrados são respaldados nas pesquisas nacionais, pois segundo o IBGE (2007), nos anos de 1996 a 2006 houve uma redução marcante no número de filhos por mulher. Em 2004, o número médio anual de filhos por mulher na região nordeste era de 2,39 com dados para o Ceará acima da média, 2,42 filhos. Os dados da história ginecológica das prostitutas foram descritos a seguir.

TABELA 14. História ginecológica de prostitutas incluídas na Atividade de vida Exprimir sexualidade. Fortaleza-CE, maio/jun. 2007

<b>História Ginecológica</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Idade da menarca (em anos) (n=42)</b>		
Até 12	15	35,7
Mais que 12 a 14	18	42,9
Mais que 14 a 16	5	11,9
Acima de 16	4	9,5
<b>Duração do fluxo menstrual (em dias) (n=38)</b>		
De 2 a 4	25	65,8
De 5 a 8	13	34,2
<b>Ciclo ovulatório (n=42)</b>		
Regular	28	66,7
Irregular	10	23,8
Ausente	4	9,5
<b>História pregressa de cirurgia ginecológica (n=42)</b>	11	26,2
<b>Tempo da última consulta ginecológica (em anos) (n=34)</b>		
Até 1	14	41,1
De 2 a 3	9	26,5
Acima de 3	9	26,5
Não respondeu	2	5,9
<b>Periodicidade de realização do exame (n=34)</b>		
Semestral	2	5,9
Anual	12	35,3
Quando necessário	20	58,8

Como exposto nesta tabela, a idade da menarca, ou seja, a ocorrência da primeira menstruação, variou de 9 a 17 anos, com mais da metade das entrevistadas apresentando menarca antes dos 14 anos. Estudo realizado por Aquino (2005) com prostitutas de Fortaleza evidenciou que 54 (66,7%) entrevistadas tiveram a primeira menstruação entre 13 e 15 anos. Em outro estudo realizado com escolares brasileiras em Londrina-PR a idade prevalente da menarca foi de 12,09 anos (BORGES; PIRES, 2000). A menarca, conforme Duarte (1993), sofre influência de fatores ambientais, genéticos e sociais, treinamento físico, entre outros.

No referente à duração do fluxo menstrual, para as mulheres que ainda menstruavam, 38 (90,5%), o período de dois a quatro dias foi o mais prevalente, com predominância também do ciclo ovulatório regular, em 28 (66,7%) mulheres. Segundo Corleta e Freitas (2006), a ocorrência de ciclos menstruais irregulares geralmente associa-se à anovulação. A média do ciclo menstrual normal é de 28 dias, podendo variar de 21 a 35 dias, sendo ainda considerado normal.

Quanto a cirurgias ginecológicas anteriores, 11 (26,2%) mulheres afirmaram tê-las realizado e entre as que a fizeram, as cirurgias mais relatadas foram laqueadura tubária e perineoplastia. A laqueadura tubária consiste em um método de esterilização que secciona ou oclui as trompas de Falópio, considerado permanente. É oneroso e ocasiona riscos à mulher (CEARÁ, 2002). De acordo com Ramos, Schmidt e Martins-Costa (2006), o prolapso de estruturas genitais está relacionado a alterações na sustentação fisiológica. Está relacionado, também, ao climatério e uma das principais dificuldades enfrentadas é a descoberta da etiologia dessas distopias pélvicas femininas. Neste caso, o tratamento cirúrgico consiste numa das mais utilizadas técnicas de reparo.

Ao serem indagadas sobre o tempo de realização do último exame de prevenção do câncer de colo uterino, a maioria das mulheres mencionou o período de até um ano, 14 (41,1%). Ressaltamos ainda um percentual de mulheres que nunca havia se submetido ao exame. Conforme mostram dados do Inca (2006), 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. Desconsiderando-se os tumores de pele não-melanoma, o câncer de colo do útero é o segundo mais incidente na região Nordeste. É também o segundo mais comum entre mulheres no mundo e responde, anualmente, por cerca de 471 mil casos novos e pelo óbito de, aproximadamente, 230 mil mulheres por ano. A incidência é mais evidente na faixa etária de 20 a 29 anos. Como principal agente causal sobressai o Papilomavírus Humano, transmitido sexualmente, e identificado pelo exame Papanicolaou, que consiste em uma técnica de rastreamento eficaz para a redução das taxas de mortalidade.

De acordo com Rivoire *et al.* (2006), o câncer de colo uterino representa um problema de saúde pública no terceiro mundo. A incidência prevalece em pessoas com dificuldades socioeconômicas mais acentuadamente que outros fatores de risco como multiparidade, precocidade sexual, déficits nutricionais e higiene precária. Como ressaltado por Martins (2002), apesar do aumento das taxas de cobertura do exame de prevenção do câncer de colo uterino, ainda é alto o número de mulheres que não o realizam anualmente. Segundo Mesquita e Moura (2005), a incidência do câncer de colo uterino continua elevada, e a cidade de Fortaleza é a 4<sup>o</sup> capital com maior número de casos. Muitas mulheres relatam vergonha e medo durante a realização do exame. Tais fatores podem contribuir para os riscos à sua saúde. Como mostram os dados, os homens são os maiores transmissores do HPV. Entretanto raramente desenvolvem a doença. Já as mulheres são mais vulneráveis à ação do vírus, que pode até progredir para um câncer. O câncer de colo uterino inicia-se com uma lesão pré-invasiva, curável em 100% dos casos, de evolução lenta, o que favorece o rastreamento e a detecção precoce. Mais uma vez ressaltamos: investir nas atividades de educação em saúde é fundamental para sensibilizar a população feminina (CEARÁ, 2002).

Ao serem indagadas acerca da periodicidade de realização do exame, 20 (58,8%) mulheres, a maioria, relataram fazê-lo quando necessário, principalmente na ocorrência de queixas ou sintomas genitais. Essa percepção errônea pode decorrer da ausência de ações de educação em saúde que promovam o adequado conhecimento acerca das patologias e suas formas de prevenção. Como recomendado, o exame de prevenção do câncer de colo uterino deve ser feito anualmente e após dois exames consecutivos negativos, a cada três anos (INCA, 2006). As falas relacionadas ao exame estão expostas a seguir.

**Não tenho medo de ter o câncer porque me cuido. Faço também exame de sangue, procuro buscar (E2).**

**A doutora passa um remedinho e a gente fica logo boa. Aí eu só venho quando tô sentindo umas coceiras, escurimento (E4).**

É evidente a percepção errônea de muitas mulheres acerca do exame de prevenção do câncer. Por isso, o profissional de saúde deve investigar o conhecimento dessas mulheres acerca do exame, enfatizar a periodicidade, além da busca dos resultados.

Ilustrativamente na tabela 15 constam os resultados relativos à história reprodutiva e sexual das prostitutas entrevistadas. Os aspectos abordados permitiram identificar tanto as características dessa população, quanto as principais vulnerabilidades.

TABELA 15. História reprodutiva e sexual de prostitutas incluídas na atividade de vida Expressar sexualidade. Fortaleza-CE, maio/jun. 2007

<b>História Reprodutiva e Sexual</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Tipo de contraceptivo utilizado (n=34)</b>		
ACO*	8	23,5
IC*	4	11,8
Condom	13	38,3
DIU*	1	2,9
Laqueadura tubária	8	23,5
<b>Idade de início da atividade sexual (n=42)</b>		
Até 13 anos	15	35,7
Entre 14 e 16 anos	18	42,9
Entre 17 e 19 anos	9	21,4
<b>Orientação sexual (n=42)</b>		
Heterossexual	32	76,2
Bissexual	10	23,8
<b>Utilização do condom com parceiro fixo (n=25)</b>	8	32,0
<b>Frequência do uso (n=8)</b>		
Sempre	5	62,5
Às vezes	3	37,5
<b>Disfunção sexual (n=22)</b>		
Anorgasmia	9	41,0
Dispareunia	7	31,8
Dispareunia e anorgasmia	5	22,7
Dispareunia e sangramento	1	4,5
<b>História anterior de DST (n=42)</b>	12	28,6

\*ACO (Anticoncepcional Oral Combinado); IC (Injetável Combinado); DIU (Dispositivo Intra-Uterino).

Quando indagadas acerca do uso de métodos contraceptivos, 34 (80,1%) mulheres afirmaram utilizá-lo, com principal frequência do preservativo, 13 (38,3%), seguido dos contraceptivos orais, 8 (23,5%), e laqueadura tubária, 8 (23,5%). Os métodos contraceptivos consistem no uso de determinados produtos com a finalidade de adiar a gravidez. Mas a escolha do método deve obedecer às situações de contra-indicação, disponibilidade e precauções quanto à gravidez, reações esperadas e efeitos adversos (CEARÁ, 2002). Segundo Oltramari e Camargo (2004), as diferentes relações das prostitutas determinam o tipo de método utilizado. No sexo comercial, há maior difusão do preservativo e percepção da sua importância para as DSTs; já na prevenção de uma gravidez, existe essa preocupação, com particular associação ao uso dos hormonais. Destes, o injetável é preferido em virtude da possibilidade de esquecimento da pílula, principalmente pelo uso do álcool. Esses métodos são usados para prevenir gravidez com o parceiro fixo e também com algum cliente.

Em relação ao início da atividade sexual, observamos precocidade, acontecendo ainda antes dos 16 anos, 33 (78,6%). O início precoce da atividade sexual foi semelhante ao encontrado na literatura para mulheres em geral. Para Rieth (2002), pesquisas constataam uma diminuição da idade de início da vida sexual adulta ao se analisar a iniciação sexual na juventude. Revela-se, então, a percepção dos jovens sobre as idades da vida, na qual a juventude é encarada como uma fase de liberdade para experimentar o prazer. Conforme pesquisa de Aquino (2005), quase metade da amostra, 38 (46,9%) teve sua primeira relação sexual na mesma idade em que ocorreu a menarca, entre 13 e 14 anos, enquanto 76 (93,8%) mulheres mantiveram sua primeira relação sexual até os 19 anos, ou seja, ainda na adolescência. Estudo realizado em cinco países mostrou uma grande proporção de mulheres com início da vida sexual antes dos 20 anos, com mediana de 17,1 a 18 anos. Alguns fatores contribuem para a iniciação sexual precoce feminina, tais como: violência física, pressão social, além do comércio sexual. Acredita-se que as meninas mais jovens têm menos risco de estarem contaminadas com o HIV, por isso elas são mais procuradas (BRASIL, 2003b).

Quando indagadas acerca da orientação sexual, sobressaiu a existência de mulheres com preferência heterossexual, embora também mantivessem relações homossexuais em parceria fixa. Portanto, essas mulheres foram enquadradas na categoria bissexual, com frequência igual a 10 (23,8%). Das entrevistadas, 25 (59,5%) mulheres tinham parceria fixa. Quanto ao uso do preservativo com o parceiro fixo, apenas oito (32%) relataram utilizá-lo. Já a frequência de uso referida pelas mulheres que utilizavam o preservativo foi sempre, com cinco relatos e às vezes com três. Ainda quando indagadas acerca do uso na última relação, sete responderam afirmativamente.

Segundo Mesquita (2003), existem vários fatores que inibem o uso de preservativos e acabam representando um obstáculo à prevenção da Aids. Como observado, o uso consistente do preservativo é de 58% entre pessoas com parceiros eventuais e 11% entre pessoas com parceiro fixo. Depreende-se, então, que uma grande parcela da população ainda não aderiu ao hábito de usar camisinha constantemente. Muitas pesquisas reforçam os achados de não uso do preservativo com parceiro fixo nas populações de prostitutas. Por exemplo o de Passos e Figueiredo (2004), com 449 prostitutas, mostrou que 226 prostitutas possuíam parceiro fixo e 71,6% referiram não usar preservativo nesse tipo de relação ou usar eventualmente. No estudo de Guimarães e Merchán-Hamann (2005), foi unânime entre as prostitutas o não-uso do preservativo no relacionamento com namorados e companheiros, independente de se tratar de grupos com ou sem orientação. Esse fato é explicado pelas manifestações de insatisfação do companheiro ou pela simbologia da diferenciação entre as

práticas profissionais ou afetivas. De acordo com Paulilo (2005), um aspecto importante no cenário das DSTs é o fato de a prática sexual estar relacionada com um sentimento dominante de desejo e paixão. Este se constitui em mais um elemento que aumenta a suscetibilidade de contaminação. Portanto, é preciso haver educação em saúde direcionada às DSTs com vistas à conscientização acerca do assunto. De modo geral, as prostitutas seguem uma tendência feminina observada nas parcerias estáveis. Pesquisa realizada por Holanda *et al.* (2006) com um grupo de 68 pais de adolescentes mostrou que os participantes casados nunca utilizam o preservativo e o uso constante foi mais freqüente nos solteiros. Apesar da infecção pelo HIV estar aumentando nas mulheres casadas, a parceria fixa ainda representa para muitas pessoas um fator protetor na aquisição dessa doença.

Acerca do uso do preservativo com a parceria fixa, pode ser identificado nas seguintes falas:

**Uso camisinha com todo cliente, só não com o cara que eu curto. Não uso porque ele não gosta e não aceita, é confiança, né? (E1).  
Eu tenho um homem. Com ele não uso camisinha, porque quando nós se juntamos eu fiz o exame e ele fez. Deu tudo normal. Levei ele num laboratório e fiz todo o exame, bem direitinho (E2).**

Quanto à presença de alguma alteração na relação sexual, mais da metade das mulheres relatou essa queixa. Sobressaiu a ausência de orgasmo na relação, com 9 (41%) relatos.

**Continua a mesma coisa: a dor na relação e a falta de prazer. Eu acho que é com qualquer um. Até com ele (parceiro fixo) dói. É se eu tiver com a cabeça boa, não me preocupar com nada, aí sinto prazer. Mas é mais sem do que com prazer (E1).  
Uma vez deu que eu tava com raladura, aí tive que fazer um eletro. Eu nunca sinto prazer, sempre tenho que me tocar pra poder sentir alguma coisa, só com o pênis assim eu não sinto não (E2).  
Nunca tenho prazer nos programas. Só quando o cliente é conhecido, aí sim (E4).  
Arde muito na hora (E5).  
Tem sangramento sim na relação (E6).**

No concernente à história anterior de DST, 12 (28,6%) mulheres afirmaram tê-la adquirido em algum momento qualquer. E quando indagadas acerca de tratamento, 11(91,7%) mulheres afirmaram tê-lo realizado, o que pode ser conseqüência das constantes ações de educação em saúde na prevenção das DSTs a essa população.

Conforme mostra o dia-a-dia, o risco para aquisição de DST está aumentado em pessoas que tiveram mais de um parceiro sexual nos últimos três meses, possuem idade



inferior a 20 anos, relacionaram-se com parceiro com corrimento uretral, entre outros fatores (CEARÁ, 2002). Segundo Beserra, Araújo e Barroso (2007), a prevenção das doenças transmissíveis e seus agravos à saúde constituem um foco de atenção da saúde pública, no intuito de anular ou minimizar as suscetibilidades a essas patologias, além de proporcionar à população melhor qualidade de vida. Todavia, em nossa sociedade, a problemática das doenças transmissíveis advém de múltiplos fatores, tais como aspectos culturais, educacionais, ambientais e condições socioeconômicas da população. Diante disto há necessidade de estratégias criteriosas no seu combate. Em pesquisa realizada por Pires e Miranda (1998), 89 (49,4%) mulheres relataram história prévia de DST e 46 (25,6%) apresentavam alguma DST na ocasião da consulta.

Uma das falas mencionou o porquê da não-realização do tratamento, o que interfere na cadeia epidemiológica de transmissão.

**Eu já tive DST mas não fiz o tratamento não. É porque eu tenho medo, sei lá o que vai acontecer (E3).**

Segundo sabemos, as DSTs podem causar sérios agravos à saúde, como esterilidade, disfunções sexuais, aborto, nascimentos prematuros com problemas de saúde, deficiência física ou mental, alguns tipos de câncer e até a morte. A chance de uma pessoa com DST contrair outras DSTs, até mesmo a Aids, torna-se bem maior (BRASIL, 2003a). Como forma de prevenção na ausência de métodos mais seguros, as prostitutas utilizam a prática da inspeção visual do pênis na seleção de clientes suspeitos, em busca de algum sinal de DST, como corrimentos, feridas e verrugas (AMAYA; CANAVAL; VIÁFARA, 2005).

#### 5.2.11 Atividade de vida Dormir

A atividade de vida Dormir é importante, porquanto sem um período de sono adequado as pessoas podem desenvolver mal-estar e até mesmo doenças. Contudo, há uma grande variação na determinação de um período exato de sono suficiente, pois cada pessoa tem seu tempo próprio de sono. Dormir propicia um descanso que se reflete na disposição e bem-estar do indivíduo. De acordo com a literatura, existe classificação da qualidade do sono, mas esta é muito subjetiva, por depender dos conceitos individuais. Num ambiente familiar essa atividade pode ser mais facilmente executada. Alterações no sono podem estar relacionadas a preocupação, ansiedade e depressão. Outras influências podem ser adquiridas por trabalhos noturnos, visto que há um desequilíbrio entre o tempo do corpo e os ruídos, os quais podem interferir nessa atividade. Ademais a capacidade individual de dormir e

descansar pode sofrer influência de todos os tipos de circunstâncias, o que caracteriza o sono como uma atividade sensível e individualizada (ROPER; LONGAN; TIERNEY, 1995).

Nessa atividade de vida para prostitutas, consideramos alguns fatores relevantes, como o tempo de sono e o ambiente onde elas se encontram, pois a prostituição é comumente exercida no período noturno, o que altera o ciclo vigília-sono. Já o ambiente, por ser muitas vezes a própria zona de prostituição, poderá ser caracterizado por ruídos sonoros. Da mesma forma, a quantidade de pessoas no quarto de dormir também poderá interferir na qualidade e duração do sono dessas mulheres. Na tabela a seguir, estão dispostos os dados encontrados sobre estes fatores.

TABELA 16. Fatores influentes na atividade de vida Dormir.  
Fortaleza-CE, maio/jun. 2007

<b>Variáveis Influentes no Sono</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Nº pessoas no quarto de dormir (n=42)</b>		
Até 2	28	66,7
De 3 a 4	11	26,2
De 5 a 8	3	7,1
<b>Alterações no padrão de sono (n=42)</b>	12	28,6
<b>Horas de sono diárias (n=42)</b>		
Até 5	7	16,7
<b>Horas de sono diárias (n=42)</b>		
De 6 a 8	25	59,5
Acima de 8	10	23,8
<b>Ambiente favorável ao sono (n=42)</b>	30	71,4

Em relação ao número de pessoas no quarto de dormir, conforme observamos, muitas prostitutas mantinham um número adequado de pessoas compartilhando o mesmo quarto. Como sabemos, uma quantidade excedente de pessoas no mesmo ambiente do sono poderá dificultar esta atividade, com a duração e a qualidade recomendadas. Além disso, poderá influenciar na privacidade dessas mulheres. De acordo com Guyton e Hall (2006), o sono é definido como um estado de inconsciência do qual uma pessoa pode ser despertada por estímulo sensorial ou outro estímulo. Uma das principais finalidades do sono está relacionada à restauração do equilíbrio natural entre os centros neurais. No referente à presença de alterações no padrão de sono, a maioria referiu não senti-las, 30 (71,4%), mas foram comuns os relatos de insônia associadas ao medo, ambiente desfavorável, uso de estimulantes, entre outros. Quanto ao número de horas de sono diárias, a maioria das mulheres, 35 (83,3%), mencionou o tempo geralmente associado aos adultos, sete a oito horas diárias (CRONFLI,

2002). Contudo, o fato de uma pessoa dormir diariamente por muitas horas não significa qualidade do sono.

Segundo Roper, Logan e Tierney (2001), o ciclo do sono dura, em média, 100 minutos, ou seja, pode haver vários ciclos durante a noite. Tal ciclo é influenciado por aspectos biológicos, psicológicos e ambientais, e influencia a fisiologia do corpo humano. Esses aspectos foram observados nas seguintes falas:

**Durmo até demais, quando tem trabalho. Durmo muito tarde porque à noite a gente sai pra batalhar, né? Vai dormir duas horas, aí pronto, acorda no outro dia, às vezes uma hora da tarde (E1).  
Lá onde eu durmo é cheio de ratos. Morro de medo deles. E também tem muito barulho, tem um bar lá perto (E4).  
Eu durmo pouco, morro de medo de assalto. Já tentaram abrir a porta lá de casa...Eu passo a noite ouvindo tiros (E5).**

O estado de insônia é uma alteração no ciclo sono-vigília, com excesso de vigília, dificuldade em começar ou manter o sono. Ainda não é considerada uma doença, mas um problema grave decorrente de alguns fatores, como: situações estressantes, doenças psíquicas como depressão ou ansiedade, adoção de práticas inadequadas antes de dormir, como etilismo, tabagismo, exercícios físicos, entre outros. De acordo com Guyton e Hall (2006), as funções do sistema nervoso central são afetadas pela falta de sono. Além disso, processos de pensamento alterados e atividades comportamentais anormais estão comumente associados à vigília prolongada. Consoante Roper, Logan e Tierney (2001), a insônia relacionada à depressão pode ser grave, associada ao ato de despertar na madrugada. Atualmente é elevado o número de pessoas vítimas de insônia. Como afirma Cronfli (2002), cerca de 16% a 40% das pessoas em geral sofrem desse mal. Dormir é uma atividade vital e favorece não só o descanso mental, mas também a ocorrência de processos metabólicos. No comprometimento dessa atividade surgem inúmeras conseqüências, pois a privação do sono provoca envelhecimento precoce, obesidade, suscetibilidade a infecções, hipertensão, diabetes e redução do vigor físico, cansaço, sonolência, irritabilidade, alterações do humor, problemas cognitivos e alterações hormonais. Estas, quando decorrentes da privação do sono, incluem a inibição da produção de insulina e o aumento da produção de cortisol, o que favorece o aumento da glicemia sanguínea. A produção de hormônios durante o sono, principalmente o hormônio do crescimento, influencia o desempenho físico, mantém o tônus muscular, combate a osteoporose e evita o acúmulo de gordura.

### 5.2.12 Atividade de vida Morrer

A atividade de vida Morrer representa o ato final da vida. Inevitavelmente o processo vital é fatal e todas as atividades de vida se interrompem com a morte. Ao se pensar na morte, sentimentos como ansiedade, inquietude e medo são despertados, na perspectiva da própria morte ou da morte de entes queridos. Neste contexto, o luto representa um processo necessário, mas doloroso, que pode levar anos para ser sanado (ROPER; LONGAN; TIERNEY, 1995).

Nesta atividade abordamos aspectos ligados ao fim da vida, no tocante às pessoas significativas e a elas mesmas. Como mencionamos, a presença do luto pode interferir na qualidade e sentido de vida dessas mulheres. Por estarem muitas vezes envoltas de dificuldades, inserimos aspectos relacionados ao suicídio, na tentativa de compreender a tendência desse ato nessa população. Incluímos, particularmente, as neoplasias, por representarem doenças crônicas e debilitantes.

As informações obtidas nas entrevistas relativas à atividade de vida Morrer foram apresentadas na tabela a seguir.

TABELA 17. Distribuição dos fatores influenciadores da atividade de vida Morrer. Fortaleza-CE, maio/jun. 2007

<b>Variáveis Significativas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Morte de pessoa significativa ( n=28)</b>		
Doença	16	57,1
Homicídio	7	25,0
Acidental	4	14,3
Suicídio	1	3,6
<b>História de tentativa suicida ( n=42)</b>	15	35,7
<b>Persistência de idéias suicidas ( n=15)</b>	4	26,7
<b>Antecedente familiar de neoplasia ( n=42)</b>	11	26,2

A morte de pessoas significativas foi referida por mais da metade das mulheres em estudo. Sobressaiu a morte por doença, vivenciada por 16 (57,1%) prostitutas. Segundo Silva *et al.* (2005), há uma necessidade constante de apoio e orientação específicos para o indivíduo e sua família diante do acontecimento da morte, pois eles se sentem desamparados e fragilizados. No caso de pessoas significativas, a vivência do luto é mais intensa, e pode levar anos para ser amenizada. Ainda como observamos, os homicídios fizeram parte da vivência

de 7 (16,7%) mulheres. Vale ressaltar que quando a morte acontece de forma inesperada, fragiliza ainda mais os familiares. Consoante Beato Filho *et al.* (2001), a categoria de mortes violentas é responsável pelas mortes entre jovens, com a mortalidade por homicídios ocupando destaque nos grandes centros urbanos. De modo geral, as informações veiculadas pela mídia relacionam os homicídios ao tráfico de drogas, responsáveis pelo aumento da violência urbana.

De acordo com Borges e Alencar (2006), ao se analisar as relações interpessoais envolvidas nos homicídios dolosos, há uma estreita associação entre a violência e a criminalidade na sociedade. Conforme a pesquisa realizada pelos autores supracitados constatou, as razões alegadas para a prática de um homicídio incluem a agressão física sofrida, 30,4%, e a defesa da própria vida ou de familiares, 21,4%. E, ainda, a humilhação sofrida parece instigar nos praticantes do delito a justificativa necessária, o que muitas vezes não traz arrependimento pelo ato.

Ao indagarmos sobre tentativa de suicídio, identificamos o seguinte: esse ato já foi concretizado por um número considerável de mulheres, 15 (35,7%) e algumas delas ainda persistiam com tais idéias, 4 (26,7%). Diante destas respostas podemos pensar que essa população está sujeita à depressão ou sintomas depressivos. Além disso, as repetidas tentativas de suicídio podem estar relacionadas à falta de objetivos maiores de vida ou de prosperidade. Como mencionamos, no início da prostituição, as perspectivas e ilusões provocadas parecem uma boa oportunidade de melhorar as condições de vida. Porém, após anos de trabalho, essas ilusões são desfeitas e a realidade de vida mostra sua verdadeira face: as mulheres têm uma rede social de apoio precária, as condições financeiras não melhoraram e o estigma da sociedade mantém-se como antes.

Todas estas condições podem favorecer o suicídio. Como afirmam Mansilla e Bento (2006), as tentativas suicidas por ingestão de drogas relacionam-se a melancolia e negação. Possuem o significado de ataque ao próprio corpo, com vistas a agredir o corpo da mãe, como forma de romper o vínculo. Estudo desenvolvido em Porto Alegre, por Schreiner *et al.* (2004), em uma amostra de 97 prostitutas, mostrou uma alta taxa de prevalência de sintomas depressivos, 65 (67%), na qual 46 (47,4%) entrevistadas apresentaram sintomatologia com níveis moderado a grave. Ademais, análises evidenciaram associação entre presença de sintomas depressivos e uso de álcool, história de doenças sexualmente transmissíveis e falta de algum tipo de prática religiosa.

Para Amaya, Canaval e Viáfara (2005), os sintomas depressivos de prostitutas estão associados à utilização de fármacos, álcool e isolamento, além do sentimento de

desvalorização. Percebe-se o preconceito vivenciado por vizinhos, familiares e sociedade, acrescido da trajetória de sofrimento e vazio espiritual. As falas das entrevistadas relacionaram tentativas suicidas, em decorrência de um desespero momentâneo ou mesmo da falta de perspectivas na vida. Relataram vários tipos de tentativas, desde a ingestão de remédios em grande quantidade, substâncias tóxicas e até mesmo uso de cordas para o enforcamento. Alguns depoimentos foram transcritos e corroboram estas afirmações.

**Comigo não teve nenhuma história de morte não. Sou sozinha mesmo (olhos lacrimejados) (E1).**

**Minha mãe adotiva morreu enforcada. Foi horrível (E4).**

**Tentei me suicidar quando tive a primeira filha, porque foi tirada a menina de mim e fui tirada de dentro de casa. Foi um desespero muito grande, porque não tinha ninguém. Me vi sozinha, operada, sem poder trabalhar... (E2).**

**Já tomei amoníaco pra me matar. Não agüentava a vida que levava. Minha vida era uma loucura...Mas hoje não penso mais nisso não (E3).**

**Já tentei me matar três vezes enforcada. Às vezes ainda penso nisso. A vida da gente tem tantos problemas (chorando)(E4).**

Como mostra o cotidiano, a saúde mental relaciona-se com os vários fenômenos da vida. Esses fatores condicionam as condutas, nem sempre aceitáveis pela sociedade. São esperados do indivíduo reações e comportamentos padronizados, independente da real história de vida de cada um. Porém, durante a interação, o homem expressa em suas ações todos os fatores apreendidos desde a vida uterina (MONTEIRO; BARROSO, 2005). Além disso, muitas vezes aspectos relacionados à saúde mental das pessoas não são valorizados por profissionais de saúde, pois, de modo geral, esses profissionais estão pautados no modelo biomédico de atenção à saúde e não se detêm em determinadas informações.

Diante da relevância de fatores genéticos envolvidos na oncogênese, é salutar investigar a presença desse tipo de patologia na história familiar ou pessoal da paciente. De acordo com os dados obtidos nas entrevistas, observamos que a maioria das mulheres não tinha antecedente familiar de neoplasia, 31 (73,8%), e nenhuma apresentou história pessoal dessa patologia. Isto ameniza os fatores de risco para o câncer de mama e outras neoplasias. De acordo com Beserra, Araújo e Barroso (2007), a compreensão de doença envolve a quebra da homeostase orgânica que pode ser de cunho metabólico, físico, genético ou infeccioso, constituindo um momento de trauma e instabilidade para o homem. Como é notório, a rotina dos parentes de pacientes doentes muda completamente após uma internação ou diante do próprio diagnóstico. E quando a doença se refere a uma neoplasia maligna, os portadores apresentam caráter progressivo e emergencial.

Em face desta situação, a atividade de vida Morrer, como ato final da vida, e independente da profissão assumida, requer de toda a sociedade respeito e solidariedade.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Vem, mulher, vem sempre. Vem, mulher, com  
teus olhos. Vaga-lumes na noite. Vem, mulher,  
com teus peitos, Nascendo nos tecidos da vida.  
Vem, mulher, com tua força, Molhada pelos  
oceanos do mundo. Vem, mulher, com tua  
dignidade, Que não quer festa de um dia.  
Vem, mulher, com tua vontade, Abrindo  
caminho de respeito. Que cresceu contigo,  
Para fazer da tua luta. Um cântico permanente  
Para todos os dias.  
(Jorge Pousada)*

Com base nos objetivos propostos no início da pesquisa, os resultados foram esclarecedores e levaram a considerar que as prostitutas apresentam fatores intervenientes no adequado desenvolvimento de suas atividades de vida. A adoção de um instrumento adaptado ao Modelo de Atividades de Vida na consulta de enfermagem em ginecologia permitiu abranger aspectos fundamentais a serem investigados. Afirmamos também que os resultados foram valorosos, porquanto proporcionaram mais conhecimento acerca de vulnerabilidades que interferiam nas atividades de vida desempenhadas pela população em estudo.

A busca por aspectos qualitativos com a finalidade de compreender os fatos que envolvessem os sujeitos em análise permitiu revelar os aspectos inerentes à prostituição influenciando diretamente a forma como desempenham suas atividades de vida, os quais são relevantes para a qualidade de vida desta população.

As prostitutas compõem um perfil socioeconômico desfavorável à manutenção de suas qualidades de vida e este dificulta ainda mais a inserção dessas mulheres no mercado de trabalho formal, estimulando a permanência nessa atividade.

Na atividade de vida **Manter um ambiente seguro**, identificamos uma população sujeita à violência em seu ambiente domiciliar e no trabalho, principalmente a violência física, cometida por ex-companheiros e clientes. Apesar das dificuldades, elas possuem acesso facilitado ao preservativo e rede de saneamento básico em seu domicílio. Esses achados sugerem a necessidade da adoção de medidas contra a discriminação e o estigma social, que influenciam na violência de que são vítimas. Além disso, conforme as relações de gênero, as mulheres em geral são socialmente vulneráveis à violência. Na atividade **Comunicar**, percebemos as relações superficiais que se desenvolvem no lar e ambiente de trabalho, mas quase sempre sem problemas evidentes. Segundo os dados sugerem, as prostitutas podem ter receio de intensificar as relações com parentes, sobretudo por causa da profissão que exercem, muitas vezes sem o conhecimento da família. Essa ruptura nos laços familiares poderá ser



prejudicial para a saúde mental dessas mulheres, em virtude da ausência de pessoa significativa para compartilhar as vivências cotidianas.

Em relação à atividade **Respirar**, o tabagismo foi um fator constante em mais da metade da amostra, algumas já apresentando alterações respiratórias. Assim, enfocamos que as ações de educação em saúde com vistas à diminuição do tabagismo e exposição de seus riscos à saúde constituem medidas fundamentais para a qualidade de vida das entrevistadas. Já na atividade de vida **Comer e beber**, observamos a ingestão freqüente de bebidas alcoólicas, muitas vezes relacionada ao tipo de trabalho que exercem. Isto pode também influenciar no estado nutricional dessas mulheres. Desse modo, percebemos a bebida como um fator de risco para a utilização do preservativo, bem como para a adoção de um estilo saudável de vida. Quanto à atividade **Eliminar**, a história de infecção urinária foi mencionada por muitas mulheres e é importante salientar o fato de algumas não se submeterem a tratamento. Como observamos, as alterações na eliminação estiveram presentes em algumas mulheres, principalmente constipação e disúria. Esses sinais podem relacionar-se à alimentação inadequada ou indicar alterações importantes como infecções.

Na atividade **Higiene pessoal e vestir-se**, detectamos um número acentuado de banhos e a preocupação com a manutenção dos cuidados essenciais a serem realizados antes do exame. Os numerosos banhos são necessários e explicados pela profissão seguida, facilitados pelos cuidados assumidos por elas, como o porte de anti-séptico na bolsa. Na atividade de vida **Controlar a temperatura corporal**, poucas mulheres se encontravam na menopausa, apresentando ondas de calor, o que favorece o bem-estar referido pelas entrevistadas. Em relação a **Mobilizar-se**, poucas mulheres mostraram alterações. Em caso afirmativo, estas não obrigatoriamente estavam relacionadas à atividade comercial.

Quanto à atividade **Trabalhar e distrair-se**, o tempo de prostituição revelou-se considerável, com idade precoce de início na prostituição. Ademais, identificamos a ausência de outras profissões concomitante à prostituição, o que denota a dependência exclusiva nessa atividade. Contudo, o acesso facilitado ao preservativo e o argumento de utilização deste no programa podem minimizar os riscos da ingestão de bebidas alcoólicas associadas à realização do programa. Muitas mencionaram um número considerável de clientes por semana e algumas consideram que os clientes regulares não oferecem riscos de transmissão de DST. Tal dado instiga a não-utilização do preservativo com os clientes. Já as atividades de lazer incluem festas e idas à praia, que podem incentivar ainda mais a alcoolização das prostitutas. A atividade **Exprimir sexualidade** permitiu maior conhecimento das ações de prevenção ante a parceria fixa, sendo essas quase inexistentes, bem como a detecção de

fatores que influenciam a qualidade de vida dessas mulheres. A ausência de prazer nas relações sexuais e outras alterações nesse ato sugerem a necessidade de mais atenção à saúde sexual e reprodutiva dessa população.

A atividade de vida **Dormir** mostrou que as prostitutas possuem um bom padrão de sono, sendo relevante considerar a presença de um ambiente desfavorável em alguns relatos. Estes incluíram a violência nos bairros, barulho e más instalações do domicílio. Quanto à atividade **Morrer**, a morte por doença de pessoas significativas esteve presente em um número considerável de mulheres. Vale ressaltar que as histórias de tentativas suicidas são recorrentes nos relatos observados e que a manutenção dessas idéias persistiu em algumas mulheres. Nesse ponto, destacamos as atividades de intervenção no campo da saúde mental como forma de prevenção e identificação precoces de predisposições à depressão.

Por fim, ressaltamos que a utilização do Modelo de Atividades de Vida com enfoque na consulta de enfermagem em ginecologia favoreceu uma investigação com abordagem holística oferecida às prostitutas, permitindo um conhecimento mais detalhado dos fatores intervenientes na manutenção de práticas e estilos saudáveis de vida. Entretanto, para serem eficazes, as ações voltadas a essa população devem estar embasadas no conhecimento das principais necessidades e vulnerabilidades por elas vivenciadas. Com vistas à devida assistência holística, o profissional de saúde deve conhecer as atividades de vida das prostitutas para poder condicionar as ações voltadas a essa clientela. É necessário, também, que ele se dispça de preconceitos e contribua para melhorar cada vez mais a qualidade do atendimento oferecido a essa população.

## REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. 5. ed. São Paulo: Artmed, 2005.

ALMEIDA, C. de L. A. de. **Educar na sociedade da informação: corpo e história: ciência, saber, poder e prazer**. São Paulo, 2002. Disponível em: <<http://www.cidade.usp.br/educar/?monografias/masculinofeminino/corpohist1/6>>. Acesso em: 2 nov. 2006.

ALVES FILHO, M. Asas do desejo. **Jornal da UNICAMP**, Campinas, v. 269, out. 2004. Disponível em: <[http://www.unicamp.br/unicamp/unicamp\\_hoje/ju/outubro2004/ju269pag12.html](http://www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje/ju/outubro2004/ju269pag12.html)>. Acesso em: 18 ago. 2005.

ALVES, A. M.; COURA-FILHO, P. Avaliação das ações de atenção às mulheres sob violência no espaço familiar, atendidas no Centro de Apoio à Mulher (Belo Horizonte), entre 1996 e 1998. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n.1, p. 243-257, 2001.

AMAYA, A.; CANAVAL, G.E.; VIÁFARA, E. Estigmatización de las trabajadoras sexuales: influencias en la salud. **Colomb. Med.**, Cali, v. 36, n. 3, supl. 2, p.65-74, jul./sept. 2005.

ANDRADE, M. C. C. Mulheres prostituídas. **Videtur - Letras**, São Paulo, n. 5, abr. 2002. Disponível em: <<http://www.hottopos.com/seminario/sem2/index.htm>>. Acesso em: 8 out. 2007.

ANTONI, C. de; KOLLER, S. H. A visão de família entre as adolescentes que sofreram violência intrafamiliar. **Estud. Psicol.**, Natal, v. 5, n. 2, p. 347-381, jul./dez 2000.

AQUINO, P. S. **Comportamento sexual de profissionais do sexo: risco para aquisição de DST?** 2005. 57 f. Monografia (Graduação) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

ARAÚJO, M. J. O. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: antigas necessidades e novas perspectivas. **Jornal da Rede Feminista de Saúde**, Belo Horizonte, n. 27, p. 28-30, set. 2005.

BANDEIRA, L. Relações de gênero, corpo e sexualidade. In: GALVÃO, L.; DÌAZ, JUAN. **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec Population Council, 1999. cap. 6, p.177-189.

BAUMGARTEN, I.; SETHI, D. Violence against women in the WHO European region – an overview. **Entre Nous – The European magazine for sexual and reproductive health**, Bulgarian, n. 61, p. 4-7, 2005.

BEATO FILHO, C. C.; ASSUNÇÃO, R. M.; SILVA, B. F. A. da; MARINHO, F. C.; REIS, I. A.; ALMEIDA, M. C. de M. Conglomerados de homicídios e o tráfico de drogas em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, de 1995 a 1999. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1163-1171, set./out. 2001.

BENZAKEN, A. S.; GARCIA, E. G.; SARDINHA, J. C. G.; PEDROSA, V. L.; LOBLEIN, O. Baixa prevalência de DST em profissionais do sexo no Município de Manacapuru – Interior do estado do Amazonas, Brasil. **J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 9-12, 2002.

BESERRA, E. P.; ARAÚJO, M. F. M. de; BARROSO, M. G. T. Prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis: narrativas em uma área de espera. **Rev. Rene**, Fortaleza, v.8, n.1, p. 18-25, jan./abr. 2007.

BORGES, A. G.; PIRES, R. Idade da menarca em adolescentes de Londrina–PR. **Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde**, Londrina, v. 5, n. 3, p. 5–11, jul./set. 2000.

BORGES, L. S.; ALENCAR, H. M. de. Moralidade e Homicídio: um estudo sobre a motivação do transgressor. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 451-459, 2006.

BOTELHO, S. M. N. **Prostituição de adolescentes: uma imagem construída na adversidade da sociedade**. 2003. 161 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Título VI** – dos crimes contra os costumes; Capítulo I – dos crimes contra a liberdade sexual. Brasília, DF: Senado Federal. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Decreto-Lei/Del2848.htm>>. Acesso em: 1 nov. 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Bioética**, v. 4, n. 2, supl., p. 15-25, 1996a.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da efetividade das ações de prevenção dirigidas às profissionais do sexo em três regiões brasileiras**. Brasília, DF, 2003a. 104 p.

\_\_\_\_\_. **Diabetes Mellitus**. Brasília, DF, 2006a. 64 p.

\_\_\_\_\_. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília, DF, 2005a. 24 p.

\_\_\_\_\_. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília, DF, 2006b. 210 p.

\_\_\_\_\_. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2006c. 58 p.

\_\_\_\_\_. **Manual de controle das DST**. Brasília, DF, 2006d. 142 p.

\_\_\_\_\_. **Manual do multiplicador: profissionais do sexo**. Brasília, DF, 1996b. 37 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política de Redução de Danos**. 2006e. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias\\_detalhe.cfm?co\\_seq\\_noticia=5693](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=5693)>. Acesso em: 26 nov. 2006.

\_\_\_\_\_. **Políticas e diretrizes de prevenção das DST/AIDS entre mulheres**. Brasília, DF, 2003. 104 p.

\_\_\_\_\_. **Profissionais do sexo: documento referencial para ações de prevenção das DST e da Aids**. Brasília, DF, 2002a.

\_\_\_\_\_. **Projetos estratégicos com populações vulneráveis**. São Paulo, 2005b.

\_\_\_\_\_. **Relatório de conclusões e recomendações do seminário nacional “Aids e Prostituição”**. 2002b. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/final/novidades/prof\\_sexo.relatorio.htm](http://www.aids.gov.br/final/novidades/prof_sexo.relatorio.htm)>. Acesso em: 20 jul. 2006.

BRITO, A. M. M.; ZANETTA, D. M. T.; MENDONÇA, R. de C. V.; BARISON, S. Z. P.; ANDRADE, V. A. G. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 143-149, jan./mar. 2005.

BRITO, D. M. S.; GUEDES, T. G.; VICTOR, J.F.; MEDEIROS, A.B. O cuidado de enfermagem em uma criança com Diabetes Mellitus Tipo 1: um relato de experiência. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 7, n.1, p. 98-102, jan./abr. 2006.

CARVALHO, M. L. O, FUREGATO, A. R. F. Exame ginecológico na perspectiva das usuárias de um serviço de saúde. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v.3, n.1, jan./jun. 2001. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em: 15 jul. 2007.

CARVALHO, Q. C. M.; FROTA, M. A. Exploração sexual na infância e na adolescência: cotidiano e perspectivas. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 6, n. 3, p. 63-70, set./dez. 2005.

CASTRO, I. B. *apud* ADAMI, N. P.; Características básicas que diferenciam a consulta de Enfermagem da consulta médica. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 9-13, mar. 1989.

CAVALCANTE, T. M. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 32, n. 5, p. 283-300, set./out. 2005.

CAVALCANTI, L. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 31-39, jan. 2006.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. **Caderno de textos**: Coletânea de textos para subsídio da capacitação de profissionais facilitadores da JESS e JECSS. Fortaleza, 1998.

\_\_\_\_\_. **Saúde reprodutiva e sexual**: um manual para a atenção primária e secundária (nível ambulatorial). Fortaleza, 2002.

CEARÁ. Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social. 2006. **Mulheres vítimas de crime com morte**. Disponível em: <<http://www.seguranca.ce.gov.br/index2.jsp>>. Acesso em: 25 set. 2007.

CIAMPO, I. R. L. del; GALVÃO, L. C.; CIAMPO, L. A. del; FERNANDES, M. I. M. Prevalência de constipação intestinal crônica em crianças atendidas em unidade básica de saúde. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 78, n. 6, p. 497-502, nov./dez. 2002.

Conselho Regional de Enfermagem (COREN). **Lei do Exercício Profissional**. Lei nº7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF: 1986.

CORLETA, H. von E.; FREITAS, F. Ciclo menstrual normal. In: FREITAS, F.; MENKE, C. H.; RIVOIRE, W. A.; PASSOS, E. P. **Rotinas em ginecologia**. 5 ed. São Paulo: Artmed, 2006. cap. 42, p. 465-472.

CRONFLI, R. T. A importância do sono. **Revista Cérebro e mente**, Campinas, n16, dez. 2002. Disponível em: <<http://www.cerebromente.org.br/n16/opiniaio/dormir-bem1.html>>. Acesso em: 15 ago. 2007.

DÍAZ, M.; DÍAZ, J. Qualidade de atenção em Saúde Sexual e Reprodutiva: estratégias para mudanças. In: GALVÃO, L., DÍAZ, J. (Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec Population Council, 1999. cap. 8, p. 151 – 162.

DIRETRIZES Brasileiras de Hipertensão Arterial, 4. SBH, SBC, SBN. São Paulo: BG Cultural, 2002.

DUARTE, M. F. S. Maturação física: uma revisão da literatura, com especial atenção à criança brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 71-84, 1993.

D'URSO, L. F. B. Um grito de indignação. **O monitor: política, administração, ética e segurança**, ano 2, n. 15, jul. 2007. Disponível em: <<http://www.omonitor.info/section.asp?sid=13&iid=15>>. Acesso em: 24 set. 2007.

FARIA, N.; NOBRE, M. **Gênero e desigualdade**. São Paulo: Sempreviva Organização Feminista, 1997.

FARIA, C. Governo gastará em criação de comissão para "vigiar" Lei Maria da Penha. **Clipping CUT**, São Paulo, 8 mar. 2007. Disponível em: <<http://www.cutsp.org.br/clipping/2007/clipping%2008032007.doc>>. Acesso em: 20 out. 2007.

FERREIRA, M. P. S. **Aids: da violência aos direitos humanos à construção da solidariedade**. 1999. 144 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

FORMIGA FILHO, J. F. N. Políticas de Saúde Reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. In: GALVÃO, L.; DÌAZ, J. (Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 1999. cap. 4, p. 151-162.

FRANÇA, I. S. X. de; CHAVES, A. de F. Sexualidade e paraplegia: o dito, o explícito e o oculto. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 253-259, jul./set. 2005.

FREITAS, F.; MARMONTEL, M. Violência sexual contra a mulher. In: FREITAS, F.; MENKE, C. H.; RIVOIRE, W. A.; PASSOS, E. P. **Rotinas em ginecologia**. 5 ed. São Paulo: Artmed, 2006. cap. 23, p. 287-289.

GAÍVA, M. A. M. **Saúde da criança e do adolescente: contribuições para o trabalho de Enfermeiros**. Cuiabá: EdUFMT, 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOLDIM, J. R.; MATTE, U.; FRANCISCONI, C. F.; RAYMUNDO, M. M. Bioética e ginecologia. In: FREITAS, F.; MENKE, C. H.; RIVOIRE, W. A.; PASSOS, E. P. **Rotinas em ginecologia**. 5 ed. São Paulo: Artmed, 2006. cap. 24, p. 290-296.

GOMES, R. Prostituição infantil: uma questão de saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.58-66, jan./mar. 1994.

GUIMARÃES, K.; MERCHÁN-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, set./dez. 2005.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

HEILBERG, I. P.; SCHOR, N. Abordagem diagnóstica e terapêutica na infecção do trato urinário – ITU. **Rev. Ass. Med. Bras.**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 109-116, jan./mar. 2003.

HOLANDA, M. L. de; MACHADO, M. de F. A. S.; VIEIRA, N. F. C.; BARROSO, M. G. T. Compreensão dos pais sobre a exposição dos filhos aos riscos das DST/Aids. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 7, n.1, p. 27-34, jan./abr. 2006.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.



INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estatísticas do registro civil 2005**. Rio de Janeiro, RJ, 2005. v. 32, 288 p.

\_\_\_\_\_. **Indicadores demográficos**. 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 14 set. 2007.

\_\_\_\_\_. **Perfil das mulheres responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000**. Rio de Janeiro, RJ, 2002a. n. 8, 75 p.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa nacional de saneamento básico 2000**. Rio de Janeiro, RJ, 2002b. 397p.

\_\_\_\_\_. **Relatório ONU**. dez. 2002c. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/03122002relatorio\\_onu.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/03122002relatorio_onu.shtm)>. Acesso em: 1 nov. 2007.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Estimativa 2006** – Incidência de câncer no Brasil. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/estimativa/2006/index.asp?link=conteudo\\_view.asp&ID=5](http://www.inca.gov.br/estimativa/2006/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=5)>. Acesso em: 1º nov. 2007.

\_\_\_\_\_. **Câncer do colo do útero**. 2007a. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=326](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=326)>. Acesso em: 2 out. 2007.

\_\_\_\_\_. **Tabagismo**. 2007b. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo>>. Acesso em: 31 out. 2007.

IYER; T.; BERNOCCHI-LOSEY. **Processo e diagnóstico em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

JARVIS, C. **Exame Físico e Avaliação de Saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

JULIANO, D. El trabajo sexual en la mira. Polémicas y estereotipos. **Cad. Pagu**, Campinas, n. 25, v. 2, p. 79-106, jul./dez. 2005.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed. Florianópolis: UFSC/ Pós-graduação em enfermagem, 2002.

LIMA, R. E. F.; SOUSA, A. C. V. de; PINTO, M. R. S.; ARAÚJO, T. L. de. Perfil dos pacientes atendidos em crise hipertensiva em um serviço de urgência de Fortaleza. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 6, n. 3, p. 9-14, set./dez. 2005.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LONGENECKER, G. L. **Drogas: ações e reações**. São Paulo: Market Books, 2002.

LOPES, C. H. A. de F.; JORGE, M. S. B.; MACHADO, A. L. G. A mulher e o cotidiano alimentar na família: significados e crenças. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 8, n.1, p. 9-17, jan./abr. 2007.

LOWDERMILK, D. L, PERRY, S. E, BOBAJ, I. M. **O cuidado em Enfermagem materna**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002.

MANSILLA, N. K. R.; BENTO, V. E. S. Drogadição: tentativa de suicídio e/ou elaboração? **Rev. Dep. Psicol. UFF**, Niterói, v. 18, n. 2, p. 11-28, jul./dez. 2006.

MARTINS, T. A. **Doenças sexualmente transmissíveis em mulheres grávidas: um estudo sobre prevalência e fatores de risco**. 2002. 85 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2002.

MARTINS - COSTA, S. H. M.; RAMOS, J.G.L.; HAMMES, L. S.; SERRANO, Y. L.G. Cesariana. In: FREITAS, F.; MARTINS-COSTA, S. H.; RAMOS, J. G. L.; MAGALHÃES, J. A. **Rotinas em obstetrícia**. 5. ed. São Paulo: Artmed, 2006. cap. 23, p. 282-301.

MAZZIEIRO, J. B. Sexualidade criminalizada: prostituição, lenocínio e outros delitos. **Rev. Bras. Hist.**, São Paulo, v.18, n.35, p. 75-87, nov. 1998.

MELO, V. A.; PERES, F. F.; SANTOS, F. R.; MELO, M. P.; NETO, E. M.; VALENTE, K.; LAURA, A.; PEREIRA, C. A. S. **Lazer e prostituição**. Rio de Janeiro, RJ, 2001. Disponível em <<http://www.eefd.uff.br/lazer-prostituicao>>. Acesso em: 17 ago. 2005.

MESQUITA, A. C. Prevenção nas políticas públicas. **O Povo**, Fortaleza, 30 nov. 2003. Caderno Ciência & Saúde, p. 2.

MESQUITA, R. M. Comunicação não-verbal: relevância na atuação profissional. **Rev. Paul. Educ. Física**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 155-163, jul./dez. 1997.

MESQUITA, S. M. S. de; MOURA, A. Exame de prevenção do câncer do colo do útero e de mama: mulheres e profissionais de saúde enquanto atores e suas contradições. In: ALMEIDA, M. I. de; NÓBREGA–TERRIEN, S. M. **Temas em saúde da família: práticas e pesquisas**. Fortaleza: editora UECE, 2005. p. 41–54.

MINAYO, M. C. S. **Introdução à metodologia de pesquisa social**. São Paulo: Editora Hucitec/Abrasco, 1998.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1993.

MIRANDA, K. C. L.; BARROSO, M. G. T. Educação em saúde com prostitutas: análise de uma experiência no controle de DST/Aids. In: FORTE, B. P.; FRAGA, M. de N. de O.; GUEDES, M. V. C. (Org.). **Cultura e poder nas políticas de saúde: prática clínica e social aplicada**. Fortaleza: Pós-graduação/DENF/FFOE/UFC, 1998. cap. 2, p. 21-32.

MONTEIRO, A. R. M.; BARROSO, M. G. T. Família, criança-problema e saúde mental – Estudo à luz da fenomenologia sociológica. **Rev. Rene**, Fortaleza, v.6, n.3, p. 15-22, set./dez. 2005.

MOURA, A. D. A. **Educação em saúde com prostitutas na prevenção das DST/Aids: reflexões à luz de Paulo Freire**. 2007. 108 f. Dissertação (Mestrado)–Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

NOBRE, RNS. **Avaliação dos registros da consulta de enfermagem em ginecologia**. 2006. 51 f. Monografia (Graduação) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2006.

OLIVEIRA, F. Saúde Integral para as mulheres: ontem, hoje e perspectivas. **J. Rede Feminista de Saúde**, Porto Alegre, n. 27, p. 6-10, set. 2005.

OLIVEIRA, M. E.; FENILI, R. M.; ZAMPIERI, M. I.; MARTINS, C. R. Um ensaio sobre a comunicação no cuidado de enfermagem utilizando os sentidos. **Enfermería global**, Murcia, n.8; may 2006.

OLIVEIRA, M. S.; BARBOSA, I. C. F. J.; FERNANDES, A. F. C. Razões e sentimentos de mulheres que vivenciaram a prática do aborto. **Rev. Rene**, Fortaleza, v.6, n.3; p. 23-30, set./dez. 2005.

OLIVEIRA, S. C. M. de; PINTO-NETO, A. M.; CONDE, D. M.; GÓES, J. R. N.; SANTOS-SÁ, D.; FONSECHI-CARVASAN, G. A.; COSTA-PAIVA, L. Constipação intestinal em mulheres na pós-menopausa. **Rev. Ass. Med. Bras.**, São Paulo, v. 51, n. 6, p. 334-341, nov./dez. 2005.

OLTRAMARI, L. C.; CAMARGO, B. V. Representações sociais de profissionais do sexo sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e contracepção. **Psicol. Teor. Prat.**, São Paulo, v. 6, n. 2, p.75-87, ago. 2004.

ORÍÁ, M. O. B.; MORAES, L. M. P.; VICTOR, J. F. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 6, n. 2, p. 292-297, maio/ago. 2004. Disponível em:<<http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em: 26 out. 2007.

OSIS, M. J. M. D. Paim: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, supl. 1, p. 25-32, 1998.

PAIVA, V.; VENTURI, G.; FRANÇA-JÚNIOR, I.; LOPES, F. **Uso de preservativos: pesquisa nacional MS/Ibope, Brasil 2003**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 20 out. 2007.

PAULILO, M. A. S.; JEOLÁS, L. S. Aids, drogas, riscos e significados: uma construção sociocultural. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 175-184, jan./mar. 2005.

PASINI, E. Sexo para quase todos: a prostituição feminina na Vila Mimosa. **Cad. Pagu**, Campinas, n. 25, p. 185-216, jul./dez. 2005.

PASSOS, A. D. C.; FIGUEIREDO, J. F de C. Fatores de risco para DST entre prostitutas e travestis de Ribeirão Preto (SP), Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 16, n. 2, p.95-101, ago. 2004.

PEREIRA, J. H. **Curso básico de teoria da comunicação**. Rio de Janeiro: UniverCidade Editora, 2003.

PIRES, I. C. P.; MIRANDA, A. E. B. Prevalência e fatores correlatos de infecção pelo HIV e sífilis em prostitutas atendidas em centro de referência DST/Aids. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, abr. 1998 .

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POPE, C.; MAYS, N. Métodos observacionais em estabelecimentos de atenção à saúde. In: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. cap. 4, p. 41–49.

POPE, C.; ZIEBLAND, S.; MAYS, N. Analisando dados qualitativos. In: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. cap. 8, p. 87-100.

RAMOS, J. G. L.; SCHMIDT, A. P.; MARTINS-COSTA, S. H. Anormalidades da estática pélvica. In: FREITAS, F.; MARTINS-COSTA, S. H.; RAMOS, J. G. L.; MAGALHÃES, J. A. **Rotinas em obstetrícia**. 5. ed. São Paulo: Artmed, 2006. cap. 14, p. 168-178.

REY, L. **Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia fundamental**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

RICHARD, I.; MILANI, A. **Maioria dos homicídios brasileiros concentra-se em 10% dos municípios**. Disponível em: <<http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2007/02/27/materia.2007-02-27.3497955858/view>>. Acesso em 27 fev. 2007.

RIETH, F. A iniciação sexual na juventude de mulheres e homens. **Horiz. Antropol.**, Porto Alegre, v. 8, n.17, p.77-91, jun. 2002.

RIVOIRE, W. A.; REIS, R. dos; MONEGO, H. I.; APPEL, M.; CAPP, E. Carcinoma invasor do colo uterino. In: FREITAS, F.; MARTINS-COSTA, S. H.; RAMOS, J. G. L.; MAGALHÃES, J. A. **Rotinas em obstetrícia**. 5. ed. São Paulo: Artmed, 2006. cap. 28, p. 321-330.

RODRIGUES, A. **Sem máscara: prostituta quer profissão regulamentada**. Disponível em: <<http://www.carb.ufba.br/artigos/sem mascara-anai.html>>. Acesso em: 17 ago. 2005.

ROPER, N.; LOGAN, W.; TIERNEY, A. J. **O Modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney: baseado nas atividades de vida diária**. 1. ed. Lisboa: Climepsi, 2001.

ROPER, N.; LOGAN, W.W.; TIERNEY, A.J. **Modelo de enfermagem**. 3. ed. Portugal: McGrawHill, 1995.

SANTOS, L. A. O discurso das prostitutas de ilhéus sobre a Aids. **Rev. Digital Comunic. Saúde**, São Paulo, v. 3, n. 5, dez. 2006. Disponível em: <<http://www.comunicasaude.com.br/Artigo%20Lu%EDsa%20Aquino.pdf>>. Acesso em 17 out. 2007.

SANTOS, Z. M. S. A. **Estilo de vida da mulher hipertensa e a relação com o autocuidado**. 1998. 87f. Dissertação (Mestrado)–Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1998.

SARAIVA, M. R. B. **Cuidado à adolescente grávida com enfoque nas atividades de vida**. 2003. 134 f. Dissertação (Mestrado)–Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

SARTORI, J. P.; KAWAKAMI, F. T.; SARTORI, M. G. F.; GIRÃO, M.J.B.C.; BARACAT, E. C.; LIMA, G. R. de. Distúrbios urinários no climatério: avaliação clínica e urodinâmica. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 77-81, mar. 1999.

SCHAURICH, D.; PADOIN, S. M. M. Do cuidado da mulher: questões de gênero e sua incorporação no contexto do HIV/Aids. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 101-108, abr. 2004.

SCHREINER, L.; PAIM, L. L.; RAMOS, F.; CUNHA FILHO, E. V.; MARTINS, D. M.; SILVA JUNIOR, C. L.; BAÚ, M. C.; CARDINAL, T. M.; FURTADO, N. R.; PICON, P. Prevalência de sintomas depressivos em uma amostra de prostitutas de Porto Alegre. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**, v. 26, n. 1, p. 13-20, abr. 2004.

SILVA, A. da. **O processo de trabalho de mulheres prostitutas de rua de Florianópolis e sua qualidade de vida**. 2000. 105 f. Dissertação (Mestrado)–Departamento de Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

SILVA, L. M. S.; RODRIGUES, H. A. F.; SILVA, M. V. S.; NÓBREGA, M. de F. B. Assistência de enfermagem no Programa Saúde da Família: um enfoque das famílias em situação de luto. **Rev. Rene**, Fortaleza, v.6, n.3, p. 56-62, set./dez. 2005.

SILVA, S. E. D.; SOUZA, M. J. Alcoolismo: representações sociais de alcoolistas abstêmios. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, Rio de Janeiro, v.8, n. 3, p. 420-427, dez. 2004.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 4 v.

TORRES, G. V.; DAVIM, R. M. B.; COSTA, T. N. A. Prostituição: causas e perspectivas de futuro em um grupo de jovens. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, jul. 1999.

TÚLIO, D. Documento BR histórias de exploração sexual de crianças e adolescentes nas rodovias federais. **O Povo**, Fortaleza, p. 1-12, 17 dez. 2006.

VALL, J.; BRAGA, V. A. B.; ALMEIDA, P. C. de. Estudo da qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 64, n. 2B, p. 451-455, 2006.

VARGAS, J. D. Familiares ou desconhecidos? A relação entre os protagonistas do estupro no fluxo do Sistema de Justiça Criminal. **Rev. Bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 14, n. 40, p. 63-82, jun. 1999.

WALDOW, V. R. **Estratégias de ensino na enfermagem: enfoque no cuidado e no pensamento crítico**. Petrópolis: Vozes, 2005.

WENDER, M. C. O.; FREITAS, F.; CASTRO, J. A. S.; VANIN, C. Climatério. In: FREITAS, F.; MENKE, C. H.; RIVOIRE, W. A.; PASSOS, E. P. **Rotinas em ginecologia**. 5. ed. São Paulo: Artmed, 2006. cap. 51, p. 542-560.

WHITE, E. G. **A ciência do bom viver**. 10. ed. São Paulo: Casa Publicadora, 2004.

WIKIPÉDIA. **Enciclopédia livre**. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Prostitui%C3%A7%C3%A3o>>. Acesso: 14 out. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adolescent pregnancy—Issues in Adolescent Health and Development**. Geneva, 2004. Disponível em: <[http://www.who.int/child-adolescent-health/New\\_Publications/ADH/ISBN\\_92\\_4\\_159145\\_5.pdf](http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/ADH/ISBN_92_4_159145_5.pdf)>. Acesso em: 15 ago. 2007.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: um guia para a avaliação e intervenção na família**. 3. ed. São Paulo: Roca, 2002.

XAVIER, N. L.; SALAZAR, C. C. Consulta ginecológica. In: FREITAS, F.; MENKE, C. H.; RIVOIRE, W. A.; PASSOS, E. P. **Rotinas em ginecologia**. 5. ed. São Paulo: Artmed, 2006. cap. 1, p. 25-33.



**APÊNDICE A**  
**Instrumento de Coleta de dados (1ª fase)**

Zona: \_\_\_\_\_ Área: \_\_\_\_\_ Nº PRONT: \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Escolaridade (em anos): \_\_\_\_\_ Renda individual mensal: \_\_\_\_\_  
 Estado civil: \_\_\_\_\_ Cidade de origem: \_\_\_\_\_  
 Queixa principal: \_\_\_\_\_

**ATIVIDADES DE VIDA**

**1. MANTER UM AMBIENTE SEGURO:**

Possui rede de esgotos em casa? ( )N ( )S. Se não, qual o destino dos dejetos? \_\_\_\_\_  
 Possui água encanada em casa? ( )N ( )S  
 Possui arma? ( )N ( )S. Qual? \_\_\_\_\_. Qual finalidade? \_\_\_\_\_  
 Já sofreu algum tipo de violência? ( )N ( )S  
 Sofreu violência no lar? ( )N ( )S. Quem foi o agressor? \_\_\_\_\_  
 De que tipo? ( ) física ( ) emocional ( ) sexual  
 Sofreu violência no trabalho? ( )N ( )S. Quem foi o agressor? \_\_\_\_\_  
 De que tipo? ( ) física ( ) emocional ( ) sexual  
 Tem acesso fácil a preservativos em casa? ( )N ( )S

**2. COMUNICAR:**

Como se dá a comunicação no lar?  
 ( ) superficial ( ) relata fatos ( ) verbaliza idéias e julgamentos ( ) verbaliza sentimentos e emoções ( ) revela necessidades  
 Mantém um bom relacionamento com a família? ( )N ( )S  
 Como se dá a comunicação no ambiente de trabalho?  
 ( ) harmônica ( ) desarmônica ( ) outros \_\_\_\_\_  
 Como é a relação com as prostitutas de outras zonas?  
 ( ) sem problemas evidentes ( ) com problemas e sem agressões ( ) com agressões

**3. RESPIRAR:**

Tem história atual de tabagismo? ( )N ( )S. De que tipo: ( ) passivo ( ) ativo  
 Há quanto tempo? \_\_\_\_\_  
 Histórias de afecções respiratórias? ( )N ( )S. Qual? \_\_\_\_\_

**4. COMER E BEBER:**

Quais os cuidados com a água ingerida? ( ) fervida ( ) filtrada ( ) nenhum ( ) outros  
 História pessoal de DM? ( )N ( )S. E HAS? ( )N ( )S  
 História familiar de DM? ( )N ( )S. Qual familiar? \_\_\_\_\_  
 História familiar de HAS? ( )N ( )S. Qual familiar? \_\_\_\_\_  
 Mantém uma alimentação adequada? ( )N ( )S. Por que? \_\_\_\_\_  
 História pessoal de alcoolismo? ( )N ( )S \_\_\_\_\_

**5. ELIMINAR:**

História de cirurgias urinárias anteriores? ( )N ( )S. Qual? \_\_\_\_\_  
 História de infecção urinária? ( )N ( )S. Fez tratamento? ( )N ( )S  
 Alterações no padrão de eliminação intestinal? ( )N ( )S. Qual? \_\_\_\_\_  
 Alterações no padrão de eliminação urinária? ( )N ( )S. Se sim, qual?  
 ( ) disúria ( ) nictúria ( ) retenção ( ) poliúria ( ) incontinência ( ) urgência

**6. HIGIENE PESSOAL E VESTIR-SE:**

Nº de banhos por dia? \_\_\_\_\_

Prurido em genitália? ( )N ( )S  
 Aparou os pêlos para o exame? ( )N ( )S.  
 Apresentou-se higienizada ao exame? ( )N ( )S  
 Presença de odor fétido? ( )N ( )S

#### 7. CONTROLAR A TEMPERATURA CORPORAL:

Menopausa? ( )N ( )S  
 Presença de ondas de calor repentinas? ( )N ( )S

#### 8. MOBILIZAR-SE:

Presença de dificuldade na mobilidade? ( )N ( )S. Se sim, de que tipo?  
 ( )temporária ( )permanente

#### 9. TRABALHAR E DISTRAIR-SE:

Tempo de trabalho como prostituta? \_\_\_\_\_  
 Exerce outra atividade além da prostituição? ( )N ( )S. Qual? \_\_\_\_\_  
 Tem acesso fácil a preservativos no ambiente de trabalho? ( )N ( )S  
 Faz uso de álcool quando trabalha? ( )N ( )S. Se sim, utiliza o preservativo? ( )N ( )S  
 N° de clientes por semana? \_\_\_\_\_  
 Usa preservativo com o cliente? ( )N ( )S  
 Usou na última relação? ( )N ( )S  
 Qual a frequência do uso do preservativo com o cliente?  
 ( )sempre ( )às vezes ( )raramente ( )nunca  
 Apresenta algum tipo de lazer? ( )N ( )S. Qual? \_\_\_\_\_

#### 10. EXPRESSAR SEXUALIDADE:

Idade da menarca: \_\_\_\_\_  
 Duração e fluxo do ciclo menstrual: \_\_\_\_\_ Ciclo ( ) regular ( ) irregular  
 N° de gestações \_\_\_\_\_ N° partos \_\_\_\_\_  
 Partos normais \_\_\_\_\_ Cesáreos \_\_\_\_\_  
 N° de abortos \_\_\_\_\_ Provocados \_\_\_\_\_  
 Possui filhos vivos? ( )N ( )S. Quantos? \_\_\_\_\_  
 Utiliza métodos contraceptivos? ( )N ( )S. Qual? \_\_\_\_\_  
 Já realizou exame ginecológico? ( )N ( )S  
 Data da última consulta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Com que frequência realiza exame ginecológico?  
 ( )anualmente ( )semestralmente ( )só quando necessário ( )outros \_\_\_\_\_  
 Realizou cirurgias ginecológicas? ( )N ( )S. Qual? \_\_\_\_\_  
 Início da atividade sexual: \_\_\_\_\_  
 N° de parceiros sexuais dia? \_\_\_\_\_ Por semana? \_\_\_\_\_ por mês? \_\_\_\_\_  
 Qual o comportamento sexual adotado?  
 ( )heterossexual ( )bissexual ( )homossexual  
 Possui parceiro fixo? ( )N ( )S  
 Usa preservativo com parceiro fixo? ( )N ( )S  
 Se sim, com que frequência?  
 ( )sempre ( )às vezes ( )raramente ( )nunca  
 Utilizou na última relação? ( )N ( )S  
 Apresenta alterações na relação sexual? ( )N ( )S  
 ( )dispareunia ( )sangramento ( )anorgasmia ( )outros  
 Tem história anterior de DST? ( )N ( )S  
 Realizou tratamento? ( )N ( )S. Se não, por que? \_\_\_\_\_

#### 11. DORMIR:

Qual o número de pessoas no quarto de dormir? \_\_\_\_\_  
 Possui alterações no padrão de sono? ( )N ( )S. Qual? \_\_\_\_\_

Nº de horas de sono por dia? \_\_\_\_\_

O ambiente onde dorme favorece o sono? ( )N ( )S. Por que? \_\_\_\_\_

**12. MORRER:**

História de morte de pessoa significativa? ( )N ( )S. De que tipo?

( )acidental ( )violenta ( )suicídio ( )doença ( )outros \_\_\_\_\_

Já tentou suicídio? ( )N ( )S. Como? \_\_\_\_\_

Ainda pensa em suicídio? ( )N ( )S. Por que? \_\_\_\_\_

História familiar de neoplasia? ( )N ( )S. Qual? \_\_\_\_\_

História pessoal de neoplasia? ( )N ( )S. Qual? \_\_\_\_\_

História pessoal de HIV/Aids? ( )N ( )S. Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE B**

### **Instrumento de coleta de dados (2ª fase)**

- 1) Atividade(s) de vida alterada(s):**
  
- 2) Fatores que determinam a existência da alteração na atividade de vida:**
  
- 3) Perspectivas de mudança para melhorar o desempenho da atividade de vida alterada:**
  
- 4) Rede de apoio para a mudança no desempenho da atividade de vida alterada:**

## APÊNDICE C

### **Pedido de autorização para realização do estudo**

Sra. Coordenadora do Centro de Parto Natural,

Vimos por meio desta solicitar a V. Sra. autorização para a utilização do CPN com vistas à realização da consulta de enfermagem em ginecologia a prostitutas cadastradas na APROCE, que serão convidadas a participar de nossa pesquisa. A referida pesquisa é intitulada Desempenho das atividades de vida por prostitutas de Fortaleza e faz parte da minha dissertação do curso de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. A pesquisa visa conhecer como são desenvolvidas as atividades de vida diárias das prostitutas, adequando o instrumento da anamnese ao Modelo de Atividades de Vida de Roper, Logan e Tierney. Sem mais para o momento, agradecemos e subscrevemo-nos:

Atenciosamente,  
Priscila de Souza Aquino

## APÊNDICE D

### **Pedido de autorização para realização do estudo**

Sra. Presidente da APROCE,

Vimos por meio deste solicitar a V. Sra. autorização para execução da pesquisa intitulada Desempenho das atividades de vida por prostitutas de Fortaleza, que deverá ser realizada com prostitutas cadastradas na Associação. O estudo visa conhecer como são desenvolvidas as atividades de vida diárias das prostitutas, o que poderá ajudar na elaboração de um atendimento de enfermagem mais direcionado às necessidades dessa população. Solicitamos ainda cooperação no recrutamento dessas mulheres para a realização da consulta de enfermagem em ginecologia a ser realizada no Centro de Parto Natural por enfermeiros, local de realização da presente pesquisa. Salientamos ainda que a não participação na pesquisa não influenciará a realização do exame e que as informações serão divulgadas no meio acadêmico, sem a identificação das participantes. Sem mais para o momento, agradecemos e subscrevemo-nos:

Atenciosamente,  
Priscila de Souza Aquino

## APÊNDICE E

### Termo de consentimento livre e esclarecido (1ª fase)

Cara Sra:

Sou Enfermeira, aluna do curso de Mestrado da UFC e estou realizando um estudo sobre as atividades de vida das prostitutas. O estudo tem como objetivo saber da(s) senhora(s) como realiza(m) as atividades de vida. Para tanto, convido a senhora para uma entrevista que será realizada no momento da sua consulta ginecológica, em ambiente reservado, na própria sala do consultório, seguindo um formulário. As anotações serão escritas por mim, sem utilizar gravador.

Informamos ainda, que:

- ✓ Você tem direito de não participar desta pesquisa, se assim o desejar, e isso não impedirá a realização de sua consulta no dia e hora marcados;
- ✓ As informações serão divulgadas e garanto-lhe que ninguém saberá seu nome ou qualquer informação que possa identificá-la;
- ✓ Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento do estudo, resolver desistir, tem toda liberdade para retirar o seu consentimento;
- ✓ Sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento científico e para a melhoria da assistência de enfermagem;
- ✓ Estarei disponível para qualquer outro esclarecimento no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, telefone: 3366. 8448.

Em caso de dúvidas, estas poderão ser esclarecidas junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (COMEPE), no telefone 3366-8338.

Gostaríamos de agradecer sua colaboração.

---

Priscila de Souza Aquino

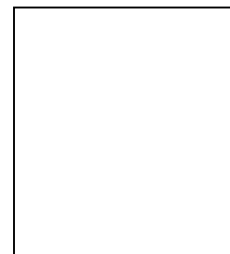
Consentimento pós-esclarecido

Declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, compreendi seus objetivos, concordo em participar e declaro que não me oponho ao estudo.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007.

---

Assinatura da participante



Digitais caso não assine

**APÊNDICE F**  
**Termo de consentimento livre e esclarecido (2ª fase)**

Cara Sra:

Sou Enfermeira, aluna do curso de Mestrado da UFC e estou realizando um estudo sobre as atividades de vida das prostitutas. O estudo tem como objetivo saber da(s) senhora(s) como realiza(m) as atividades de vida. Para tanto, convido a senhora para uma entrevista que será realizada no local de sua preferência, seguindo um roteiro de entrevista baseado nas alterações que encontrei na consulta realizada pela senhora há alguns meses. Gostaria de informá-la que as anotações serão escritas por mim, sem utilizar gravador.

Informamos ainda, que:

- ✓ Você tem direito de não participar desta pesquisa, se assim o desejar.
- ✓ As informações serão divulgadas e garanto-lhe que ninguém saberá seu nome ou qualquer informação que possa identificá-la;
- ✓ Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento do estudo, resolver desistir, tem toda liberdade para retirar o seu consentimento;
- ✓ Sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento científico e para a melhoria da assistência de enfermagem;
- ✓ Estarei disponível para qualquer outro esclarecimento no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, telefone: 3366. 8448.

Em caso de dúvidas, estas poderão ser esclarecidas junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (COMEPE), no telefone 3366-8338.

Gostaríamos de agradecer sua colaboração.

---

Priscila de Souza Aquino

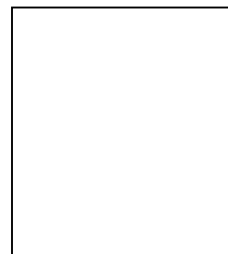
Consentimento pós-esclarecido

Declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, compreendi seus objetivos, concordo em participar e declaro que não me oponho ao estudo.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007.

---

Assinatura da participante



Digitais caso não assine