

ARTIGO ORIGINAL

Barreiras para a integralidade do cuidado de mulheres que exercem o trabalho sexual

Barriers to comprehensive care for women who engage in sex work

HIGHLIGHTS

1. Mulheres que exercem o trabalho sexual enfrentam estigmatização e preconceito.
2. O trabalho sexual expõe as mulheres à violência física.
3. Mulheres que exercem o trabalho sexual têm acesso limitado à saúde.
4. É preciso haver capacitação dos profissionais de saúde.

Victoria Cardoso Alves¹ 
Raíssa Stephanie Rodrigues da Silva¹ 
Samyra Giarola Cecílio² 
Rafaela Siqueira Costa Schreck³ 
Elen Cristiane Gandra³ 
Sumaya Giarola Cecilio³ 

RESUMO

Objetivo: Identificar as barreiras para a atenção integral de mulheres que exercem o trabalho sexual em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Método:** Estudo qualitativo, realizado com sete trabalhadoras性ual, de outubro a dezembro de 2023. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e submetidos à análise de conteúdo, conforme referencial proposto por Bardin. **Resultados:** A desigualdade social, o contexto de violência em que essas mulheres estão inseridas, a estigmatização e o preconceito que existem acerca do trabalho sexual e a falta de capacitação dos profissionais da área da saúde são fatores que atuam como importantes barreiras no acesso à saúde e na integralidade do cuidado dessas mulheres. **Conclusão:** Estratégias de capacitação dos profissionais de saúde e a implantação de políticas públicas na tentativa de mitigar a vulnerabilidade social de mulheres trabalhadoras性ual são necessárias.

DESCRITORES: Profissionais do Sexo; Vulnerabilidade Social; Vulnerabilidade em Saúde; Integralidade em Saúde; Estereotipagem.

COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:

Alves VC, da Silva RSR, Cecílio SG, Schreck RSC, Gandra EC, Cecilio SG. Barreiras para a integralidade do cuidado de mulheres que exercem o trabalho sexual. Cogitare Enferm [Internet]. 2025 [cited "insert year, month and day"];30:e96291pt. Available from: <https://doi.org/10.1590/ce.v30i0.96291pt>

¹Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Curso de Medicina, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

²Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves, Curso de Medicina, São João del Rei, Minas Gerais, Brasil.

³Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

INTRODUÇÃO

O termo trabalho sexual refere-se a uma variedade de situações e comportamentos em que os serviços sexuais são trocados por compensações monetárias ou bens. Esse conceito reconhece a agência das mulheres que trabalham na indústria do sexo, ao mesmo tempo em que leva em consideração a intrincada teia de influências socioeconômicas, legais e culturais em suas vidas¹.

Este estudo comprehende o trabalho sexual como uma condição precarizada de trabalho, agravada por condições interseccionais de desigualdades, como classe e raça das trabalhadoras, o que condiciona a esse grupo populacional um contexto de vulnerabilidade social e de saúde. No Brasil, as mulheres que exercem o trabalho sexual, em sua maioria, são mulheres negras e de baixa escolaridade²⁻³.

Não raro, os determinantes sociais estão relacionados ao ingresso no trabalho sexual, sobretudo, à fragilidade das redes sociais e comunitárias, com a ausência de afeto materno, cuidado ou abandono familiar, juntamente com baixa escolaridade, situação de violência e o uso de drogas ilícitas⁴. A vulnerabilidade social, aqui definida como um conjunto de fatores que podem aumentar ou diminuir os riscos a que os indivíduos estão expostos em todas as situações, abrange aspectos sociais e políticos amplos⁵.

Por sua vez, a vulnerabilidade na saúde, traz como definição o conceito da vulnerabilidade social com foco no campo da assistência em saúde⁶, sendo caracterizada, no contexto deste estudo, pelos reflexos da desigualdade nos serviços de saúde da assistência ofertada às mulheres que exercem o trabalho sexual.

Não há na literatura relatos de programas voltados à atenção integral à saúde das mulheres que trabalham no setor sexual, incluindo estratégias educativas sobre alimentação adequada, práticas integrativas de saúde e atividades de relaxamento no ambiente de trabalho. Essa falta de atenção reforça a invisibilidade dessas mulheres como cidadãs e trabalhadoras, exacerbando sua vulnerabilidade social e de saúde.

Como princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), a integralidade do cuidado visa oferecer uma assistência que vai além da cura, abrangendo todos os níveis de atenção ao indivíduo. A Constituição Federal de 1988⁷⁻⁸ garante a saúde como um direito universal para todos os cidadãos brasileiros, e cabe ao SUS assegurar um acesso democrático à saúde, respeitando os princípios de universalidade, integralidade e equidade. A violação desses princípios pode resultar em práticas inconstitucionais e gerar questionamentos sobre o cumprimento das responsabilidades do SUS.

Nesse contexto, é crucial reconhecer que a integralidade do cuidado para mulheres que trabalham no setor sexual enfrenta barreiras que precisam ser compreendidas, estudadas e discutidas. Isso é essencial para reduzir a discrepância entre as políticas de saúde e a prática efetiva do cuidado a essa população⁹. Compreender os obstáculos à integralidade do cuidado ajuda a identificar pontos críticos e a gerar discussões sobre novas abordagens para o cuidado de mulheres que trabalham no setor sexual, além de influenciar a produção de saúde e as políticas públicas.

Sendo assim, este estudo teve como objetivo identificar as barreiras para a atenção integral da saúde às mulheres que exercem o trabalho sexual em Belo Horizonte, Minas Gerais-BR.

MÉTODO

Trata-se de um estudo com suas bases na pesquisa qualitativa¹⁰, de caráter exploratório e transversal, fundamentado nos pressupostos teóricos da sociologia, particularmente na análise das estruturas sociais que produzem e reproduzem situações de vulnerabilidade social e iniquidades. Dessa forma, parte-se da compreensão de que as desigualdades no acesso a direitos e serviços essenciais são socialmente construídas e historicamente determinadas, resultando em diferentes níveis de exposição a riscos e de capacidade de resposta a eles¹¹. A pesquisa ancora-se, também, para reflexão analítica dos dados, no princípio norteador do SUS, da integralidade do cuidado⁸.

As participantes deste estudo compreenderam mulheres que exercem o trabalho sexual em um hotel da rede de hotéis da Região da Guaicurus, em Belo Horizonte, Minas Gerais - BR. O cenário de estudo foi delimitado de forma intencional, considerando a presença das participantes com características relevantes para o estudo. Os critérios de inclusão para participação na pesquisa compreenderam ser trabalhadora sexual há pelo menos doze meses, idade superior a 18 anos, sem distinção de gênero, com capacidade de compreender e responder às perguntas, além da concordância em conceder as entrevistas.

No que se refere ao número de participantes do estudo, a amostra da coleta de informação foi construída por meio do critério de saturação, que cessou quando não surgiram novas informações e o objetivo da pesquisa foi atingido. Foram selecionadas dez mulheres que exercem o trabalho sexual, mas somente sete foram entrevistadas, haja vista que a amostra atingiu a saturação. Não houve recusas para a participação na pesquisa.

A coleta de dados ocorreu no período de outubro a dezembro de 2023. Para a coleta de dados, foi agendado um horário para a entrevista, por meio da ferramenta Google Meet®, respeitando a disponibilidade das participantes. As entrevistas foram conduzidas por dois pesquisadores, previamente treinados para a coleta de dados qualitativos, realizadas em ambientes seguros, silenciosos e confortáveis para as participantes, com boa conexão de internet. Cada entrevista durou, em média, 30 minutos. A coleta de dados foi norteada por um roteiro semiestruturado, contendo as questões: i) o que é saúde para você? ii) como você acredita que cuidamos da nossa saúde? iii) Como você acredita que o SUS cuida da saúde da população? E da saúde da população de mulheres trabalhadoras sexuais? Relate alguma experiência que ajude a justificar a sua resposta.

Os dados sociodemográficos foram coletados por meio de um questionário estruturado, elaborado pelas autoras para fins desse estudo, em momento específico. As questões do questionário investigaram: a) idade, b) escolaridade/tempo de estudo, c) gênero, d) religião, e) estado civil, f) tempo de atividade como trabalhadora do sexo, g) remuneração por programa, h) número estimado de programas/dia, i) renda mensal familiar.

Para que o estudo contivesse elementos que atendessem satisfatoriamente aos critérios científicos e potencializasse o aperfeiçoamento da apresentação dos resultados, utilizou-se, como parâmetro de confiabilidade para elaboração e avaliação de pesquisas em saúde, o Guideline Internacional Critérios Consolidados para Relatar Pesquisa Qualitativa (COREQ).

Todas as entrevistas foram gravadas por meio de recurso de áudio/vídeo e posteriormente transcritas, com conferência entre os dados coletados nas entrevistas e os dados transcritos. Adotou-se a codificação das entrevistadas por nomes de flores, escolhidos de modo aleatório. Para a análise de dados, foi utilizado o referencial teórico-metodológico de Bardin¹², por meio de uma análise de conteúdo temática dos materiais transcritos. O processo de formação das categorias concretizou-se pela codificação, que foi realizada segundo o critério semântico por ser o mais adequado à análise temática que, uma vez triangulada com os resultados observados, foi se constituindo em unidades de registro, para então se efetuar a categorização progressiva. A categorização temática foi definida à luz do referencial teórico da integralidade do cuidado, como princípio norteador do SUS⁸.

A pesquisa foi submetida para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa sob o número do parecer 5.573.323. Todas as participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). CAAE: 58070422.2.0000.5134.

RESULTADOS

Participaram do estudo sete mulheres que exercem o trabalho sexual, com idade entre 37 e 53 anos, com atuação entre dois e 20 anos na região de Guaicurus. Estas realizam, estimativamente, 5 a 20 programas por dia, recebendo entre 1.000 e 3.500 reais mensalmente. A necessidade de gerar recursos para manutenção da vida é a principal motivação informada para iniciarem o trabalho como profissionais do sexo. Quanto ao gênero, todas as mulheres entrevistadas identificaram-se como cisgênero.

Em meio à análise das falas das participantes, surgiram duas categorias temáticas: 1) A estigmatização das mulheres que exercem o trabalho sexual como barreira para o cuidado integral à saúde e 2) Situações de vida das mulheres que exercem o trabalho sexual como fator de manutenção das barreiras para o cuidado integral à saúde.

A estigmatização das mulheres que exercem o trabalho sexual como barreira para o cuidado integral à saúde

Os resultados apontam que a mulher que exerce o trabalho sexual está exposta a abordagens distantes do cuidado integral à saúde, tendo como causa mais aparente a estigmatização da sua atuação na sociedade. Ao se apresentarem como mulheres que exercem o trabalho sexual, há uma reação dos profissionais da área da saúde que reduz essas mulheres a um corpo que pode gerar doença.

[...] uma certa vez, uma igreja trouxe um monte de pessoas para fazer um evento no dia do outubro rosa, trouxeram um ônibus que tinha alguns dentistas, para fazer limpeza [nos dentes], quando eu me sentei, ele [o dentista] perguntou se o meu exame de HIV estava em dia, eu achei aquilo um absurdo, levantei-me e fui embora. (Flor de Laranjeira)

Esse pensamento que as classifica, de forma preconceituosa, limita a abordagem do cuidado com a saúde, o corpo e a vida dessas mulheres. Além disso, há relatos de manejos inadequados nos serviços de saúde, que expõem essas mulheres a preconceitos e desassistência.

[...] Quando eu contraí chicungunha e eles não sabiam que eu era profissional do sexo, eu fui tratada totalmente de um jeito, e outro dia em que eu precisei retornar ao serviço

de saúde para o atendimento de uma situação sexual [a camisinha estourou com um cliente], eu fui tratada totalmente de outro jeito, fui tratada como se fosse uma coisa de menor importância, entendeu? (Dália)

Só que em São Paulo é totalmente diferente de Belo Horizonte, sabia? Em São Paulo [...] eu não fico um mês sem fazer um teste de HIV, um teste de sífilis, não fica, qualquer lugar que tem prostituição eles [serviços de saúde] ficam em cima, [...] vem te buscar e te levar para fazer o exame [...]. Em Belo Horizonte é bem complicado para conseguir, igual quando a camisinha estourou comigo, eu fiquei o dia inteiro para poder fazer o exame, eu cheguei às 10h e só fiz o exame às 18h, eu estava em um desespero, até conseguir falar com a psicóloga. (Dália)

Eu luto muito para quando eu for a uma ginecologista e me identificar [como profissional do sexo], que essa ginecologista entenda que não é para só pedir um [teste] HIV. Eu luto para que quando ela olhe o meu útero, ela saiba que aquele útero não é de uma mulher que transa três vezes por semana, é uma mulher que transa 30, 40 vezes por dia. Entendeu? Porque é isso que um trabalhador da região da Guaicurus faz. E a gente precisa de outra forma de cuidado. Tem mulher que no período menstrual coloca algodão para ter relação. Machuca mais ainda. Outra coisa, não tem condições uma mulher que transa 30 vezes por dia colocar esse DIU e o médico achar que a mulher está segura, que tá com o DIU. Entendeu? (Flor de Laranjeira)

As participantes relatam que alguns profissionais de saúde, devido à falta de capacitação ou outros fatores, se afastam da prática ética, desrespeitando a autonomia e os valores dos pacientes. Esses profissionais, em vez de manter uma abordagem respeitosa, adotam discursos fundamentalistas e ideológicos durante os atendimentos.

[...] Ontem as trans [profissionais do sexo transsexuais] foram tomar vacina e lá estava uma [profissional da saúde] crente [e disse] "ah, Jesus tem poder, encontra Jesus". Ela estava dando vacina e falando isso para uma mulher trans. Eu denunciei, ela [a profissional do sexo] foi lá para tomar a vacina. A enfermeira que estava lá, estava pregando, querendo orar pelas trans, é uma invasão tão grande! (Flor de Laranjeira)

Como consequência da estigmatização e das situações de preconceito sofridas durante os atendimentos nos serviços de saúde, algumas mulheres que exercem o trabalho sexual optam por não comparecer mais às consultas ou, quando o fazem, optam por não se apresentar como trabalhadora sexual — cedendo, portanto, à lógica opressora dos profissionais que lá atuam.

Algumas vezes eu prefiro não procurar o posto. Fico sem atendimento ou procuro um [atendimento] particular e não falo com o que eu trabalho [...]. No posto eles já me conhecem, então sempre tem um olhar, uma conversa atravessada [...]. (Margarida)

Segundo Flor de Laranjeira, o ato de não buscar os serviços de saúde coloca essas mulheres em situações de risco para a sua saúde, uma vez que, conforme relatos, são muitos os cartões de vacina em atraso, bem como a falta de acompanhamento de outras comorbidades, como hipertensão arterial, diabetes, doenças reumáticas, ansiedade e depressão. Além disso, de acordo com o universo das falas, as profissionais do sexo relatam não possuir outras atividades que promovem saúde ou bem-estar de seus corpos, padecendo a uma rotina exaustiva e reclusa dos outros setores da sociedade.

[...] Ninguém vem aqui para falar de saúde, para falar de cuidado. Ninguém quer saber se a gente cuida da saúde mental [...], atividade física. Nada. Só querem falar das doenças que as prostitutas podem ter ou já têm [...]. Fico aqui dias, semanas, venho do Rio [de janeiro]. Deixo marido, família, filhos lá e venho trabalhar dias e dias seguidos. Não saio daqui para nada, como marmita, a hora que dá, não vejo nem a luz do dia, se é dia, se é noite. (Tulipa)

Tem muita mulher aqui com pressão alta, com diabetes [...]. Não tem essa preocupação do serviço com elas. É mais a questão da IST, sempre a IST. Isso coloca todo mundo em risco, né? Por que onde fica a questão da saúde como um todo? (Flor de Laranjeira)

Sem falar que [o nosso trabalho] desloca a nossa coluna [pelo esforço repetitivo]. Então não é só o HIV que o médico tem que preocupar, entendeu? São muitas coisas sim. É saúde integral, psicológica nossa, como um adoecimento psicológico, psiquiátrico. É promover a nossa saúde [...]. (Margarida)

Situações de vida das mulheres que exercem o trabalho sexual como fator de manutenção das barreiras para o cuidado integral à saúde

As situações de vida das mulheres que exercem o trabalho sexual refletem a vulnerabilidade e a desigualdade, face às desvantagens para a mobilidade social “devido ao baixo valor do programa” (Tulipa, Dália, Flor de Cerejeira), à frequente “exposição às situações de violência” (Dália), bem como a exclusão social - sendo, todos esses fatores, determinantes para a manutenção das barreiras para o cuidado integral à saúde. Em meio às falas das participantes, emerge a dificuldade que estas enfrentam para galgar melhores patamares relacionados à qualidade de vida e cidadania.

A gente se esconde, se esconde da família, a gente tem medo de perder a guarda dos filhos, ser posta para fora de casa, a família descobrir, se tem relacionamento, há o medo do marido descobrir [...]. (Flor de Cerejeira)

Quando você descobre o valor do programa você fala, meu Deus, para eu fazer mil reais eu vou ter que fazer muito sexo, você toma um susto! (Dália)

Sobre o valor do programa (que varia entre 50 e 150 reais – a depender do tempo e tipo de serviço prestado) mencionado, especialmente, pela participante Dália, reside a origem de outra problemática, que é o número de programas/atendimentos realizados por dia. Quanto mais programas realizados, piores são os fatores para a manutenção de uma qualidade de vida, como mais horas de trabalho e sem pausas para uma alimentação adequada, repouso ou distração.

No “sobe e desce” da Guaicurus há, de acordo com algumas participantes, alguns padrões que organizam a função das mulheres. A depender do cliente, o serviço oferecido muda: alguns clientes as procuram apenas para uma troca de conversas, outros para contato físico e íntimo e, ainda, há aqueles que buscam por atos de violência e uso de drogas ilícitas. Contudo, conforme outra participante, Margarida, nem sempre a negociação acontece – em algumas situações, ao negar alguma atividade, a profissional do sexo precisa lidar com o cliente que, ao adentrar no quarto do hotel, se sente dono daquele corpo e a obriga a consumir substâncias contra a sua vontade ou a realizar uma atividade sexual violenta.

Algumas vezes eu sinto medo. O homem entra no quarto, se sente o nosso dono. Ele está pagando [...]. Já houve situações em que um me jogou na cama e me violentou [...]. Eu tive medo, tive medo de morrer [...]. Fecha a porta [do quarto], e agora? Tem homem que obriga a gente a usar droga com ele, cocaína, maconha [...], se a gente diz não, corremos um risco. (Margarida)

Sem os meios adequados para exercerem a sua cidadania, as mulheres que exercem o trabalho sexual são mantidas em um cenário permanente de vulnerabilidade social e de saúde. Há ainda o fato de muitas mulheres serem de outras cidades e estados e residirem nos hotéis da Guaicurus apenas alguns dias do mês para o trabalho. Esse fato

contribui para a manutenção do estado de vulnerabilidade e exclusão social, uma vez que, conforme relatos das participantes, os serviços de saúde não aceitam atendê-las pela ausência de residência fixa.

[...] Por que você vem de outro estado, então você tem que começar do zero aqui, só que você fica só 20 dias aqui e volta para a casa [outro estado]. Como você vai controlar diabetes, pressão, com esse pouco tempo aqui? [...] Aqui a gente tem relatos de meninas que tinham que estar fazendo controle de pressão alta e não faziam, porque precisavam ficar entre aqui e lá [lugares] e não fazia o controle. Morreu porque teve um AVC. (Tulipa)

[...] Para ser atendida no posto precisa ter endereço [...], além disso, a mulher não pode porque é de fora e tem que fazer a diária do hotel [...]. Esbarrei também, uma vez, alguém falou no centro de saúde "ah, mas as mulheres não são daqui, são de outros estados, elas têm que procurar os estados delas. Eles dizem "Ué, mas elas não são daqui, vão dar despesa onde elas moram, ou querem onerar o município?" (Flor de Laranjeira)

Tem mulher que faz cinco anos que não faz um preventivo [...] as mulheres não fazem porque ficam dois meses aqui, três meses. Quando retornam para a sua casa, elas vão ao médico? Não. Elas vão ver a família resolver alguma coisa e retornar. Então, tem que ter acesso a isso, as mulheres irem se cuidar. Por quê? Porque o financeiro dela está aqui. O local de trabalho delas é aqui, então o município tem que cuidar delas aqui, sim! (Flor de Laranjeira)

Em relação às diárias mencionadas pela participante Flor de Laranjeira, essa refere-se ao fato de a mulher que exerce o trabalho sexual ter que pagar um valor fixo e diário pelo uso do quarto no hotel da Guaicurus. O valor da diária depende das instalações do quarto e da região do hotel, variando entre cem e duzentos e cinquenta reais. Os dados levantados na entrevista revelam a precarização e fragilidade dos direitos das mulheres que exercem o trabalho sexual, uma vez que essas não possuem direito à remuneração mediante apresentação de atestado médico para o comparecimento às consultas no posto de saúde.

[...] Se a mulher sai durante o dia para ir ao posto, passar muito tempo fora, para ela é prejuízo. A diária não vai deixar de ser cobrada. Atestado? Atestado ela vai entregar para quem? Pro dono do Hotel? Não tem isso. É ela por ela, não tem direitos iguais, outro trabalho teria. É essa a nossa luta de todos os dias. (Flor de Laranjeira)

Flor de Laranjeira apresenta a luta das profissionais do sexo pela conquista do direito como trabalhadoras, incluindo nessa cartela de direitos, o direito à saúde, à segurança e às políticas públicas.

Porque o trabalho sexual ele está lá, ele acontece. Nós temos uma CBO [Classificação Brasileira de Ocupação]. Essa CBO é um termo que a gente usa para dizer que somos amparadas pelo Ministério do Trabalho. [...] De mim vocês vão ouvir sempre trabalhadoras sexuais. Sabe por quê? Estamos lutando por uma legislação, [...] pela garantia de Direito do Trabalho [...], daquelas mulheres que exercem um trabalho, daquele trabalho, que sustenta a família dela [...]. E tem mais, porque não é só saúde. É a saúde integral, a segurança, as políticas públicas [...]. (Flor de Laranjeira)

Segundo Flor de Laranjeira, o reconhecimento da profissional do sexo como uma trabalhadora pode ajudar na garantia de direitos como cidadã e no acesso às políticas públicas.

Quando ela vai no CRAS, que ela vai falar que é uma mãe solo, mas que ela faz programa,

que ela paga uma diária de 120 reais por dia [...], ela é desqualificada na hora. Sim, porque quem paga uma diária de 120 reais por dia? Quanto que essa mulher ganha por mês? Então ela não se qualifica para receber uma ajuda, um benefício. (Flor de Laranjeira)

Outra coisa que faz parte da nossa luta é a segurança da mulher. Se ela for profissional reconhecida, trabalhadora, ela vai ter direitos, direito à segurança. Se ele sofrer violência dentro do quarto, ela vai chamar quem? Vai chamar a polícia ali na Guaicurus, uma região que é conhecida pelo uso de drogas, de prostituição? Vai afastar os outros clientes, que é o ganha pão das meninas. Não vai. (Flor de Laranjeira)

DISCUSSÃO

As mulheres que exercem o trabalho sexual enfrentam situações de opressão e luta cotidiana por liberdade, autonomia e respeito, tanto nos serviços de saúde quanto na sociedade em geral. Perceber essa vulnerabilidade como um obstáculo à integralidade do cuidado é crucial para a consciência de alteridade, coletividade e participação social. No presente estudo, as duas categorias encontradas fazem menção às situações de vulnerabilidade a que as mulheres que exercem o trabalho sexual estão - quer seja pelo estigma operado pelos profissionais da área da saúde, quer seja pelas situações de vida e trabalho dessas mulheres - e expõem como essas condições as distanciam do que compreendemos como cuidado integral à saúde.

As mulheres que exercem o trabalho sexual enfrentam situações de opressão e luta cotidiana por liberdade, autonomia e respeito, tanto nos serviços de saúde quanto na sociedade em geral. Perceber essa vulnerabilidade como um obstáculo à integralidade do cuidado é crucial para a consciência de alteridade, coletividade e participação social. No presente estudo, as duas categorias encontradas fazem menção às situações de vulnerabilidade às quais as mulheres que exercem o trabalho sexual estão expostas, seja pelo estigma operado pelos profissionais da área da saúde, seja pelas situações de vida e trabalho dessas mulheres. Além disso, expõem como essas condições as distanciam do que compreendemos como cuidado integral à saúde.

No que diz respeito ao estigma sofrido pelas mulheres que exercem o trabalho sexual, é oportuno trazer o pensamento sobre o quanto é necessário refletir sobre o lugar da mulher na sociedade, antes do lugar da mulher que exerce esse trabalho¹³. Ressalta-se a construção social do fato de que, ainda que a mulher trabalhe em outra ocupação, ela permanece ocupando espaços hierarquicamente inferiores, sendo vítima de violência apenas por ser mulher. Desse modo, sobre a mulher e a trabalhadora sexual incidem, de forma interseccional, as situações de preconceito, exclusão social, desigualdade de gênero e estigmatização.

Essa sobreposição das opressões sofridas por essas mulheres revelam as intersecções dos marcadores sociais das desigualdades no campo do trabalho sexual: as socioculturais, produtos do machismo, sexismo e controle da sexualidade do corpo feminino, e as estruturais, resultantes do contexto de pobreza, marginalização e iniquidade social que essas mulheres estão expostas e que, muitas vezes, as levam para a prostituição¹⁴.

Em relação ao estigma¹⁵, esta é uma característica do sujeito que, transformada socialmente em um atributo negativo, desqualifica-o e cria obstáculos para que ele tenha acesso aos bens, sejam eles materiais, sejam simbólicos. Assim, é possível

observar como a estigmatização da ocupação de mulheres em situação de prostituição ressoa em situações frequentes de exclusão.

Na primeira categoria, os principais achados refletem sentimentos de inadequação, vergonha e revolta, causados pela postura opressora dos profissionais de saúde. Esses profissionais não apenas fornecem cuidados inadequados, mas também falham em promover a saúde integral das mulheres que exercem o trabalho sexual, frequentemente manifestando posturas fundamentalistas e impondo suas crenças durante os atendimentos. Dessa forma, há como consequência de todos esses fatores, a redução do cuidado à saúde para a distribuição de preservativos e a exclusão dessas mulheres dos serviços e espaços de saúde⁹.

Apesar da preocupação e dos riscos em relação às Infecções Sexualmente Transmissíveis, o sentido de saúde das mulheres que exercem o trabalho sexual não pode ser reduzido a tais problemas. São escassas as discussões abertas e a exploração de alternativas, não limitadas à proteção durante a relação sexual, para promover a expressão de cuidado dessa população. Além disso, os profissionais de saúde apresentam dificuldades em reconhecer a existência de uma intimidade afetiva sexual dessa mulher com um parceiro, para além do seu trabalho. Mesmo reconhecendo que a avaliação da sexualidade é uma parte intrínseca do cuidado, por inúmeras razões, muitos profissionais não abordam essas questões na prática assistencial¹⁶⁻¹⁸. Dessa forma, o despreparo dos profissionais de saúde para a abordagem da sexualidade dessas mulheres as priva de cuidados adequados, incorrendo, inclusive, em ação iatrogênica.

O cuidado em saúde fica centrado apenas na prevenção de agravos e não há incentivo em ações de promoção à saúde, lazer, esporte e cultura, tornando o cenário da saúde da mulher trabalhadora sexual reducionista¹⁹. Para além do cuidado com olhar reducionista, há, ainda, o cuidado inadequado, permeado por discriminação ou maus tratos. Um estudo¹⁹ cujo objetivo foi investigar a adesão das profissionais do sexo aos serviços de saúde da assistência primária no Brasil por meio de uma revisão integrativa, encontrou a presença de relatos de maus tratos ou discriminação no atendimento prestado por profissionais da saúde em 85,7% dos estudos analisados.

Além disso, existem outras barreiras para o acesso integral à saúde, como o horário de funcionamento limitado dos serviços de saúde, a saber: longo tempo de espera para agendamento de consultas e exames, a demora no atendimento, a falta de acolhimento e vínculo entre as unidades básicas e as profissionais do sexo¹⁹⁻²⁰.

Autores²⁰ apontam que as mulheres, ao procurarem os serviços de saúde, nem sempre afirmam serem trabalhadoras sexuais, de forma que preferem omitir essa informação temendo a discriminação. Tal informação converge com os dados do presente estudo, os quais demonstraram que as mulheres, quando se deslocam para centros de saúde, não se sentem confortáveis para dizer que são profissionais do sexo, seja em outras regionais de Belo Horizonte, seja em sua cidade natal.

Na segunda categoria, o sentimento de inadequação reaparece nas falas, contudo, agora com um enfoque nas relações sociais para além daquelas com os profissionais de saúde — o que prejudica, sobremaneira, o alcance de patamares sociais dignos, bem como a manutenção da cidadania.

Nesse contexto de perda de direitos e dos abusos vivenciados, essas profissionais silenciam e desenvolvem estratégias para proteção do sofrimento socialmente imposto àquelas que optam por essa forma de trabalho¹⁴. A maioria das mulheres cria nomes

"de guerra" para não perder os papéis socialmente aceitos, bem como os seus direitos como mulheres mães. Assim, a sua identidade torna-se dividida entre o ambiente dos hotéis e o seu círculo de amizades e família²¹⁻²².

Em nossa sociedade, historicamente, os Estados reagem ao trabalho sexual de três formas principais: abolicionismo, regulamentação e proibicionismo. A visão abolicionista considera a mulher que exerce o trabalho sexual uma vítima de coerção por parte de intermediários; enquanto a regulamentação propõe que a prostituição seja legalizada e sujeita a normas específicas. Já o proibicionismo defende a criminalização não apenas das trabalhadoras sexuais, mas também dos proprietários de bordéis e seus clientes¹⁴.

Nos movimentos feministas, há divergências significativas sobre o tema. O feminismo radical, ao longo dos últimos séculos, via a prostituição como uma violação dos direitos humanos e uma manifestação da desigualdade entre os gêneros. No entanto, durante as décadas de 1980 e 1990, com o surgimento do feminismo liberal, o trabalho sexual começou a ser considerado uma profissão como qualquer outra. Com essas posições em mente, surgiram dois campos opostos: um que vê o sexo como uma forma de opressão para as mulheres e outro que o defende como uma fonte de prazer e poder para elas¹⁴.

Outro exemplo disso, é a posição da Comunidade Católica Pantocrator, que reuniu depoimentos de algumas mulheres que já estiveram em situação de prostituição, as quais defendem que a prostituição não é trabalho, mas um estupro pago, e que a utilização desse termo (mulheres que exercem o trabalho sexual) só prejudica os esforços para detê-la²³.

De toda forma, ainda que não exista um consenso sobre regulamentar ou não a profissão, se sabe que a não regulamentação agrava as situações de vulnerabilidade das mulheres que exercem o trabalho sexual, contribuindo para vivências de sofrimento — uma vez que não há políticas públicas voltadas para as condições de trabalho, para as horas de descanso, para a segurança no ambiente laboral ou qualquer iniciativa de controle sobre o uso de álcool e drogas e promoção da saúde.

A medida em que a mulher que exerce o trabalho sexual se coloca a serviço do cliente, estabelece-se uma relação de hierarquização, de forma que a profissional se encontra em uma situação de vulnerabilidade à violência. Isso é importante ser colocado, uma vez que, durante as entrevistas do presente estudo, as mulheres mencionaram o medo que sentem ao "fecharem a porta do quarto" para iniciarem um trabalho. Trazem à tona e reforçam a ideia de que, realmente, constrói-se uma relação hierárquica na qual o cliente pode a qualquer momento cometer um ato violento²¹.

Apesar de não ser expressivo os relatos no presente estudo sobre o uso de álcool e drogas, outros estudos trazem que esse é outro problema presente no cotidiano de mulheres que exercem o trabalho sexual. O uso de álcool e drogas se faz presente na prática laboral dessas mulheres, de forma que funcionam como estratégias para se encorajarem a realizar o programa e, em algumas situações, para agradar ao cliente²¹.

O presente estudo, ao reconhecer as barreiras para o cuidado integral à saúde das mulheres que exercem o trabalho sexual, suscita a reflexão acerca da importância das práticas educativas, assistenciais e, sobretudo, promocionais — ancoradas em políticas públicas, como instrumentos para promoção da transformação social, no cenário da prostituição.

As limitações deste estudo relacionam-se ao número limitado de entrevistas realizadas e coleta intencional realizada, o que pode ter afetado a apreensão dos dados

investigados. No entanto, ainda assim, os dados levantados e analisados permitiram desvelar a realidade das mulheres que exercem o trabalho sexual e as dimensões das desigualdades a que essas estão expostas e que limitam o acesso ao direito da integralidade do cuidado.

CONCLUSÃO

As duas categorias encontradas neste estudo fazem menção às situações de vulnerabilidade das mulheres que exercem o trabalho sexual: pelo estigma operado pelos profissionais da área da saúde, pelas situações de vida e trabalho dessas mulheres e pelas condições estruturais de desigualdades — e expõem como essas condições as distanciam do que compreendemos como cuidado integral com a saúde.

Ao identificar as barreiras para a atenção integral, espera-se que este estudo possa contribuir para promover discussões sobre o quanto distante se está da integralidade do cuidado das mulheres que exercem o trabalho sexual e o quanto é preciso investir em políticas públicas capazes de mitigar as condições de desigualdades sociais a que essas mulheres estão expostas. Ademais, aponta-se a necessidade urgente do investimento na formação de profissionais de saúde com competências para o enfrentamento dessas condições de desigualdades, por meio de práticas formativas como educação permanente e capacitações nos serviços de atenção à saúde.

AGRADECIMENTOS

O presente estudo foi realizado com apoio do Setor de Pesquisa e Extensão da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, por meio da bolsa de Iniciação Científica, Edital PROBIC/01-2022.

REFERÊNCIAS

1. Wulifan JK. Female transactional sex workers' experiences and health-seeking behavior in low-middle income countries: a scoping review. *BMC Public Health* [Internet]. 2024 [cited 2024 Jul 23];24(1):2749. Available from: <https://doi.org/doi:10.1186/s12889-024-20211-7>
2. de Góes JM. Corpo, autonomia e associativismo: a participação das prostitutas da Guaicurus [thesis]. Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais; 2017 [cited 2024 Jul 23]. 144 p. Available from: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-AQFQ8A/1/disserta_o_final.pdf
3. Figueiredo R, Peixoto M. Profissionais do sexo e vulnerabilidade. *BIS* [Internet]. 2010 [cited 2024 Jul 23];12(2):196-201. Available from: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/33790>
4. de Souza MD, Ferraz DLS, de Melo JMPV. Prostituição: para além do "ser ou não ser profissão". *Germinal* (Salvador) [Internet]. 2023 [cited 2024 Jul 23];15(3):156-76. Available from: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revistagerminal/article/view/56819>
5. Salmeron N A, Pessoa TAM. Sex workers: socioepidemiologic profile and measurements of harm reduction. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2024 Jul 23];25(4):549-54. Available from: <http://>

dx.doi.org/10.1590/s0103-21002012000400011

6. do Carmo ME, Guizardi FL. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. Cad Saúde Pública [Internet]. 2018 [cited 2024 Jul 23];34(3):e00101417. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00101417>
7. Brasil. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 1988 [cited 2024 Jul 23]. 496 p. Available from: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf
8. Ministério da Saúde (BR). Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2000 [cited 2024 Jul 23]. 44 p. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf
9. de Freitas METP de, Ribeiro LS, Guimaraes SSS, Martins LF, Chinelato RSC. Fatores biopsicossociais na história de vida de mulheres profissionais do sexo. Psicol Pesq [Internet]. 2020 [cited 2024 Jul 23];14(2):152-78. Available from: <https://doi.org/10.34019/1982-1247.2020.v14.27385>
10. Taquette SR, Villela WV. The authors respond. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2017 [cited 2024 Jul 23];22(1):20-1. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017221.28572016>
11. Marmot, M. The status syndrome: how your social standing directly affects your health and life expectancy. Londres: Bloomsbury, 2004. 320 p.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011. 288 p.
13. Elias ARR, Junqueira MAB, de Noronha IC, Pereira J, Giuliani CD, Ferreira MCM. Vulnerabilidades e marginalização no mundo do trabalho da prostituição. Cad Espaço Fem [Internet]. 2019 [cited 2024 Jul 23];31(2):301-331. Available from: <http://dx.doi.org/10.14393/cef-v31n2-2018-15>
14. da Silva AP, Santos CRC, Carvalho, MG. Entre prazeres e sofrimentos: vivências subjetivas de trabalhadoras sexuais em São Paulo. Cad Psicol Soc Trab [Internet]. 2018 [cited 2024 Jul 23];21(2):181-95. Available from: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v21i2p181-195>
15. Villela WV, Monteiro S. Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/aids entre mulheres. Epidemiol Serv Saude [Internet]. 2015 [cited 2024 Jul 23];24(3):531-40. Available from: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742015000300019>
16. Sousa RMRB, Frota MMA, Castro C, Kendall BC, Kerr LRFS. Perceptions of female sex workers about access to HIV testing: incentives and barriers. Saúde Debate [Internet]. 2017 [cited 2024 Jul 23];41(113):513-25. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711313>
17. da Silva SB. Para além de uma concepção biomédica: o corpo e o trabalho das profissionais do sexo [undergraduate thesis on the Internet]. Santos: Universidade Federal de São Paulo; 2020 [cited 2024 Jul 23]. 49 p. Available from: <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/58011>
18. Brito NS, Belém JM, de Oliveira TM, Albuquerque GA, Quirino GS. Daily work and access to health services of female sex workers. Rev Rene [Internet]. 2019 [cited 2024 Jul 23];20:e33841. Available from: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20192033841>
19. de Oliveira RR, Silva KH, Tavares SS, Gonzaga MFN, de Almeida CG, Contini ICP. Acesso à saúde pelas profissionais do sexo na atenção primária: uma revisão integrativa. Scire Salut [Internet]. 2021 [cited 2024 Jul 23];11(3):100-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.6008/cbpc2236-9600.2021.003.0013>
20. dos Santos PS, Ferreira PG, de Figueiredo RC, Silva LS, Amorim RCCS. Atenção à saúde dos profissionais do sexo: a ótica da equipe de enfermagem da estratégia saúde da família. Scire Salut [Internet]. 2021 [cited 2024 Jul 23];11(3):90-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.6008/cbpc2236-9600.2021.003.0012>
21. Gehlen RGS, da Costa CM, Arboit J, da Silva EB. Situações de vulnerabilidade a violência vivenciadas por mulheres profissionais do sexo: estudo de caso. Cienc Enferm [Internet]. 2018 [cited 2024 Jul 23];24:8. Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532018000100208>

22. Pereira JF, de Paiva KCM, dos Santos JVP, Sousa CV. "O show tem que continuar": encalços e percalços do ser/estar prostituta. *Contextus* [Internet]. 2018 [cited 2024 Jul 23];16(3):151-80. Available from: <http://dx.doi.org/10.19094/contextus.v16i3.32642>

23. Oliveira A. Prostituição em Portugal: uma atividade marginalizada num país que tolera mais do que persegue. *Bagoas* [Internet]. 2017 [cited 2024 Jul 23];17:201-24. Available from: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/111356>

Barriers to comprehensive care for women who engage in sex work

ABSTRACT

Objective: Identify barriers to comprehensive care for women who engage in sex work in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. **Method:** Qualitative study conducted with seven sex workers from October to December 2023. The data were collected through semi-structured interviews and submitted to content analysis, according to the framework proposed by Bardin. **Results:** Social inequality, the context of violence in which these women live, the stigma and prejudice surrounding sex work, and the lack of training among health professionals are factors that act as significant barriers to these women's access to health care and comprehensive care. **Conclusion:** Strategies for training health professionals and implementing public policies to mitigate the social vulnerability of female sex workers are necessary.

KEYWORDS: Sex Workers; Social Vulnerability; Health Vulnerability; Integrality in Health; Stereotyping.

Barreras para la integralidad de la atención a las mujeres que ejercen el trabajo sexual

RESUMEN

Objetivo: Identificar las barreras para la atención integral de las mujeres que ejercen el trabajo sexual en Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Método:** Estudio cualitativo realizado con siete trabajadoras sexuales, de octubre a diciembre de 2023. Los datos se recopilaron mediante entrevistas semiestructuradas y se sometieron a un análisis de contenido, según el marco de referencia propuesto por Bardin. **Resultados:** La desigualdad social, el contexto de violencia en el que viven estas mujeres, la estigmatización y los prejuicios que existen en torno al trabajo sexual y la falta de formación de los profesionales de la salud son factores que constituyen importantes barreras para el acceso a la salud y la atención integral de estas mujeres. **Conclusión:** Se necesitan estrategias de capacitación de los profesionales de la salud y la implementación de políticas públicas para mitigar la vulnerabilidad social de las trabajadoras sexuales.

DESCRIPTORES: Trabajadores Sexuales; Vulnerabilidad Social; Vulnerabilidad en Salud; Integralidad en Salud; Estereotipo.

Recebido em: 30/07/2024

Aprovado em: 05/06/2025

Editor associado: Dra. Tatiane Herreira Trigueiro

Autor Correspondente:

Sumaya Giarola Cecilio

Universidade Federal de Minas Gerais

Avenida Professor Alfredo Balena, 190, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

E-mail: sumayagc@ufmg.br

Contribuição dos autores:

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo - **Alves VC, da Silva RSR, Cecílio SG, Schreck RSC, Gandra EC, Cecilio SG.** Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo - **Alves VC, da Silva RSR, Cecílio SG, Schreck RSC, Gandra EC, Cecilio SG.** Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo - **Alves VC, da Silva RSR, Cecílio SG, Schreck RSC, Gandra EC, Cecilio SG.** Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflitos de interesses:

Os autores declaram não haver conflitos de interesse a serem divulgados.

ISSN 2176-9133



Este obra está licenciada com uma [Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](#).