

Representações Sociais da Saúde para Profissionais do Sexo

Social Representations of Health for sex Professionals

Representaciones Sociales de Salud para Trabajadoras Sexuales

*Marieli Mezari Vitali(1); Camila Maffioletti Cavaler(2); Luiz Felipe Andrade Quadros(3);
Rafael Zaneripe de Souza Nunes(4); Jacks Soratto(5); Amanda Castro(6)*

1 Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis – SC, Brasil.

E-mail: marielimezari@gmail.com | ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0052-7788>

2 Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis – SC, Brasil.

E-mail: camilamaffioletticavaler@gmail.com | ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2417-8017>

3 Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma – SC, Brasil.

E-mail: luizfelipequadros@hotmail.com | ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4448-7896>

4 Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma – SC, Brasil.

E-mail: rafaelzaneripe.psico@gmail.com | ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6195-0400>

5 Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma – SC, Brasil.

E-mail: jacks@unesc.net | ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1339-7268>

6 Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma – SC, Brasil.

E-mail: amandacastrops@gmail.com | ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8666-4494>

Revista de Psicologia da IMED, Passo Fundo, vol. 13, n. 1, p. 124-141, janeiro-junho, 2021 - ISSN 2175-5027

[Submetido: março 19, 2020; Revisão1: maio 27, 2020 Revisão2: maio 29, 2020;

Aceito: junho 22, 2021; Publicado: agosto 18, 2021]

DOI: <https://doi.org/10.18256/2175-5027.2021.v13i1.3962>

Endereço correspondente / Correspondence address

Marieli Mezari Vitali

R. Eng. Agrônomo Andrei Cristian Ferreira, s/n

Trindade, Florianópolis - SC, Brasil.

CEP 88040-900

Sistema de Avaliação: *Double Blind Review*

Editor: Ludgleydson Fernandes de Araújo

Como citar este artigo / To cite this article: [clique aqui!/click here!](#)

Resumo

O objetivo do estudo foi compreender as representações sociais de mulheres profissionais do sexo sobre saúde. A presente pesquisa é um estudo exploratório descritivo, de abordagem qualitativa. Foram entrevistadas 12 participantes, em situação de prostituição, moradoras da região Sul de Santa Catarina. Os instrumentos do estudo foram rede associativa e entrevista semiestruturada. Os dados foram submetidos a Classificação Hierárquica Descendente simples, realizada por meio do software IRAMUTEQ. O corpus foi dividido em 7 classes, denominadas: “Medo do HIV”, “Ameaça”, “Estado de saúde”, “Experiências”, “Médico”, “Preservativo” e “Hábitos”. Os resultados apontaram ambiguidade entre os termos saúde e doença para as profissionais do sexo, com as práticas de saúde adotadas apenas em situações extremas e ancoradas em experiências de cuidado na infância. ISTs e HIV foram amplamente citadas como um rótulo atribuído à profissão, objetivado na figura da prostituta. Identifica-se a necessidade de programas de Educação em saúde para profissionais do sexo destinados à promoção em saúde, conscientização sobre métodos de proteção e conhecimento sobre as ISTs existentes.

Palavras-chave: representação social, saúde, trabalho sexual, profissionais do sexo

Abstract

The aim of the study was to understand the social representations of women sex workers on health. The present research is a descriptive exploratory study, with a qualitative approach. 12 participants were interviewed, in a situation of prostitution, living in the southern region of Santa Catarina. The study instruments were associative network and semi-structured interview. The data were submitted to the Simple Descending Hierarchical Classification, performed using the IRAMUTEQ software. The corpus was divided into 7 classes, named: “Fear of HIV”, “Threat”, “State of health”, “Experiences”, “Doctor”, “Condom” and “Habits”. The results pointed out ambiguity between the terms health and disease for sex professionals, with health practices adopted only in extreme situations and anchored in childhood care experiences. STIs and HIV were widely cited as a label attributed to the profession, objectified in the figure of the prostitute. The need for health education programs for sex workers to promote health, awareness of protection methods and knowledge of existing STIs is identified.

Keywords: social representation, health, sex work, sex workers

Resumen

El objetivo del estudio fue comprender las representaciones sociales de las trabajadoras sexuales en materia de salud. La presente investigación es un estudio exploratorio descriptivo, con un enfoque cualitativo. Se entrevistó a 12 participantes, en situación de prostitución, que viven en la región sur de Santa Catarina. Los instrumentos de estudio fueron reducidos asociativos y semiestructurados. Los datos se enviaron a la Clasificación jerárquica descendente simple, realizada con el software IRAMUTEQ. El corpus se dividió en 7 clases, llamadas: "Miedo al VIH", "Amenaza", "Estado de salud", "Experiencias", "Doctor", "Condón" y "Hábitos". Los resultados señalaron la ambigüedad entre los términos salud y enfermedad para profesionales del sexo, con prácticas de salud adoptadas solo en situaciones extremas y ancladas en experiencias de cuidado infantil. Las ITS y el VIH se citaron ampliamente como una etiqueta atribuida a la profesión, objetivada en la figura de la prostituta. Se identifica la necesidad de programas de educación sanitaria para profesionales del sexo destinados a la promoción de la salud, el conocimiento de los métodos de protección y el conocimiento de las ITS existentes.

Palabras clave: representación social, salud, trabajo sexual, trabajadoras sexuales

Introdução

As representações sociais são um tipo de conhecimento que se adapta as necessidades do contexto social em que se encontra. Não são meras reproduções do saber, pois se reelaboram conforme as necessidades desse contexto, seus meios e materiais disponíveis (Moscovici, 1978). Isso permite, portanto, que se possa compreender os problemas sociais e esclarecer a forma como a sociedade se apropria do conhecimento, levando-se em consideração quais debates e conflitos foram necessários para modelar a representação social vigente (Rey, 2017).

Para entender como ocorre a apropriação do conhecimento e o funcionamento dos sistemas de referências que os indivíduos usam, a pesquisa com embasamento na perspectiva das representações sociais oferece um caminho promissor, pois auxilia na compreensão dos acontecimentos da realidade cotidiana (Oliveira & Biaconi, 2018). Os aspectos referentes às representações sociais permitem acessar um conhecimento complexo, múltiplo, dinâmico e com objetivos práticos. Dentro do escopo das representações sociais é possível enfatizar algumas ferramentas de investigação, como a dimensão psicossocial, a indissociabilidade entre sujeito e objeto e a importância da interação social e da comunicação na constituição das representações. Além dessas, pode-se também buscar a sociogênese, por meio da qual se destaca a origem social impressa em determinada representação (Nóbrega, Andrade, & Melo, 2016).

As representações sociais constituem um universo de sentido, pois são formas de conhecimento elaboradas e partilhadas socialmente que auxiliam na definição do mundo existencial dos grupos. Há uma diversidade de representações e elas possuem uma perspectiva prática na vida coletiva, necessária para a construção da realidade comum de um conjunto de pessoas. Ou seja, esse sistema de interpretação organiza, rege e orienta as condutas e comunicações sociais (Jodelet, 2001).

Quanto às representações de saúde e doença, essas são historicamente pautadas pelo processo de vivência em sociedade, como refletem Gazzinelli, Gazzinelli, Reis e Penna (2005, p. 201) sobre a Educação em saúde. De acordo com os autores, as tentativas de educação em saúde consistiam em uma perspectiva “conteudista, normativa e cientificista”, sem considerar os valores e conhecimentos da população sobre o tema e, dessa forma, não provocavam mudanças significativas nos comportamentos e práticas de saúde. Desse modo, os mesmos autores salientam que para intervir em saúde é preciso conhecer as representações dos indivíduos ligadas às suas trajetórias, experiências e matrizes culturais das representações sociais de saúde e doença, as quais podem ou não estar em consonância com conhecimentos científicos.

Em diferentes momentos históricos houve diferentes concepções sobre o processo de saúde e doença. Em determinado momento esses foram entendidos como consequências da ação dos deuses, no entanto, com os avanços tecnológicos ocorreu

um direcionamento unicausal, centrando-se no agente causador (Canguilhem, 2009). Posteriormente, a saúde e a doença foram compreendidas como fruto das relações que as pessoas estabeleciam no processo de produção capitalista, até que, por fim, atribui-se uma relação multicausal relacionada a inúmeros fatores independentes do comportamento humano (Canguilhem, 2009).

Percebe-se como o modelo biomédico hegemônico não foi a única perspectiva existente. À exemplo, em uma crítica a esse modelo e a desumanização do atendimento em saúde, surge na década de 1920 a medicina preventiva. Sua concepção advém da necessidade de se ultrapassar um modelo curativista e alcançar a prevenção e promoção de saúde, além de ultrapassar a visão biológica da doença e relacioná-la a aspectos sociais (Czeresnia, Maciel, & Oviedo, 2013). Já na década de 1970, o informe Lalonde define o campo da saúde em 4 dimensões, as quais compreendem os aspectos biológicos, o meio ambiente, o estilo de vida e a organização da atenção à saúde (Czeresnia, Maciel, & Oviedo, 2013). Dessa forma, as representações sociais acerca do processo saúde e doença são importantes à medida que afetam consideravelmente a vida dos indivíduos, pois atuam como estruturantes das práticas e podem divergir ou convergir com os conhecimentos científicos hegemônicos (Gazzinelli, Gazzinelli, Reis, & Penna, 2005).

Segundo Moura e Shimizu (2017), os estudos que buscaram investigar as representações sociais sobre saúde e doença identificaram a saúde associada ao tratamento de doenças – ao reproduzir o discurso biomédico tradicional –, bem como a relação da doença e do sofrimento – má alimentação, dor, morte e negligência – com a saúde. Outros perceberam a doença como uma questão que necessita de cuidado e de hospitalização, o que demonstra que a visão da centralidade do ambiente hospitalar para o processo de recuperação da saúde ainda é amplamente compartilhada (Shimizu, Reis e Silva, Moura, Bermúdez, & Odeh, 2015).

No que se refere às profissionais do sexo, Silva e Cappelle (2015) apontam que o preconceito e a discriminação em relação a essa categoria é algo presente na sociedade, mesmo com o contínuo crescimento desse mercado no Brasil. O estigma carregado por essas mulheres é muitas vezes motivo de tristeza e solidão, pois seu trabalho é visto como algo depreciativo do ponto de vista moral, dificultando a criação de laços afetivos. Essa condição de estigma e discriminação vivenciada pelas profissionais do sexo prejudica também sua presença em instituições de saúde e de cuidado (Leal, Souza, & Rios, 2017), já que geralmente essas mulheres são associadas a disseminação de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) e poucos profissionais de saúde se amparam nos pressupostos da qualidade de vida quando se trata desse público. O que acontece é o atendimento de necessidades básicas, quando esse ocorre (Leal, Souza, & Rios, 2017).

Diante do exposto, em um contexto marcado pela exclusão das profissionais do sexo dos espaços formais de produção de saúde por conta do estigma e discriminação

envoltos à sua atuação, investigar as representações sociais da saúde para essas mulheres é identificar como compreendem saúde e suas práticas sociais relacionadas a esse fenômeno. Portanto, o objetivo do presente estudo foi compreender as representações sociais de mulheres profissionais do sexo sobre saúde.

Método

Caracterização da pesquisa

O presente estudo é do tipo exploratório descritivo, de abordagem qualitativa, ancorado nos preceitos teóricos das representações sociais (Moscovici, 1978).

Participantes

As participantes da pesquisa foram 12 mulheres (identidade de gênero feminina) em situação de prostituição, sete mulheres trans e cinco mulheres cisgênero, com renda média de até dois salários mínimos. O termo cisgênero refere-se a pessoas que tem sua identidade de gênero em conformidade com o órgão genital de nascimento, enquanto transgênero se refere a pessoas com identidade de gênero diferente do órgão genital de nascimento.

Os critérios de inclusão no estudo foram: pessoas que tivessem como profissão a prostituição, que tivessem idade superior a 18 anos e que aceitassem participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A escolha das participantes foi pautada pela técnica bola de neve, de modo que a seleção do primeiro informante foi aleatória, ocorrendo esse processo por meio da caminhada de alguns dos pesquisadores em locais públicos com prática de prostituição. Após a seleção da primeira participante, essa referenciou outra possível participante e assim sucessivamente, até se obter a saturação dos dados, ou seja, quando o pesquisador não encontra nos participantes da pesquisa mais explicações, interpretações ou descrições do fenômeno estudado além do que já foi coletado (Morse, 2015).

Instrumentos

Para a coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada, composto por 9 perguntas fechadas e 10 abertas, com duração média de resposta de 25 minutos. Para obter mais detalhes sobre o modo de pensar dos participantes e acessar sua dinâmica própria foram utilizadas as técnicas de entrevista episódica, bem como as técnicas clássicas de intervenção para entrevista não-diretiva (Flick, 2004).

A entrevista teve início com um teste de evocação livre de palavras a partir do termo indutor “saúde”, seguido por perguntas sobre o fenômeno investigado.

As perguntas abertas questionaram: o significado de saúde; a imagem que surge ao pensar em saúde; o que consideram que a sociedade pensa sobre o fenômeno; qual foi a primeira experiência e qual a experiência mais importante relativa à saúde; qual o papel da saúde no mundo de hoje; e como considera que estará em um futuro próximo. As perguntas fechadas serviram para a caracterização das participantes e foram respondidas ao final da entrevista. Por fim, foi realizada uma pergunta de dessensibilização.

Procedimentos de coleta de dados

A coleta foi realizada no segundo semestre de 2017, em ambientes públicos de circulação coletiva de municípios da região sul catarinense que continham a prática de prostituição. Para iniciar a coleta de dados, os pesquisadores, em duplas, se identificavam e apresentavam o objetivo da pesquisa. É importante destacar que 8 participantes aceitaram ser entrevistadas na rua, em seu ambiente de trabalho, enquanto para 4 participantes houve a necessidade de agendamento em outro local de sua preferência. As entrevistas realizadas na rua, no espaço de trabalho das participantes, ocorreram em local afastado com poucos ruídos e que não interfeririam no trabalho das demais profissionais do sexo que compartilhavam do espaço, o que possibilitou também garantir o sigilo durante as entrevistas.

Inicialmente foi realizada uma entrevista piloto e verificada a adequação do instrumento de pesquisa. A coleta de dados foi finalizada após a realização de 12 entrevistas, considerando-se os critérios de saturação de dados já citados, em que o público da pesquisa não acrescenta novas explicações ou interpretações ao fenômeno estudado (Morse, 2015). As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas pelos pesquisadores em um único corpus para a análise.

Dentre as intercorrências enfrentadas na coleta de dados, uma dificuldade encontrada foi que muitas das profissionais do sexo entrevistadas relataram que em experiências anteriores de participação em estudos não ocorreu a devolutiva das pesquisas. Dessa forma, foi disponibilizado o espaço da universidade para que as participantes realizassem um encontro, que teve a participação de representantes de movimentos sociais, acadêmicos, profissionais, representantes da universidade e do Programa Diversidade, Inclusão e Direitos Humanos (DIDH). Nesse encontro os dados preliminares da pesquisa foram divulgados, a fim de propiciar uma devolutiva as participantes e dar visibilidade às demandas das profissionais do sexo.

Procedimentos éticos

O presente estudo respeitou as diretrizes e critérios estabelecidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê

de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense, sob número 2.047.495, e respeitou todos os preceitos éticos legais que envolvem pesquisa com seres humanos, garantindo o sigilo das participantes por meio da atribuição de um código numérico a cada uma delas. A realização da entrevista esteve condicionada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e do Termo de Autorização para Gravação de Voz.

Procedimentos de análise de dados

Os dados foram transcritos por três pesquisadores e inseridos em um único corpus, conforme as linhas de comando do programa IRAMUTEQ. Esse corpus foi submetido a uma Classificação Hierárquica Descendente (CHD) simples, realizada por meio do mesmo software. O programa IRAMUTEQ visa obter classes de Segmentos de Texto (ST) que, ao mesmo tempo, apresentam vocabulário semelhante entre si e vocabulário diferente dos ST das outras classes (Camargo & Justo, 2013). Os pesquisadores analisaram conjuntamente as classes geradas, a fim de garantir que a análise contemplasse o fenômeno estudado.

Resultados

A Classificação Hierárquica Descendente (CHD) do corpus referente à unidade temática “Saúde”, formado pelas respostas de todas as participantes, compôs 12 textos. Foram identificados 90 segmentos de texto, dos quais 79 (87,78%) foram considerados na análise. Os segmentos de texto foram compostos por 531 palavras que ocorreram 2.945 vezes, em média 5,54 vezes por palavra. A descrição da classe e das palavras, bem como a sua maior associação foram obtidas em função do duplo critério lexicográfico: ter frequência superior à frequência média por forma distinta e coeficiente de associação qui-quadrado $\geq 3,84$.

Em uma primeira partição o corpus “Saúde” foi dividido em dois subcorpora: de um lado as classes 6, 1, 2 e 3 e do outro as classes 7, 4 e 5. Em um segundo momento, o primeiro subcorpus foi partido em dois, originando de um lado as classes 6 e 1 e do outro as classes 2 e 3. Em uma terceira partição, o segundo subcorpus foi dividido em dois, de um lado a classe 7 e do outro as classes 4 e 5. Em uma quarta partição, as classes 6 e 1 e as classes 2 e 3 se opuseram entre si. Por fim, em uma quinta partição, a classe 4 se opôs à classe 5. Para a análise do dendograma, as palavras consideradas apresentaram frequência superior a 5,54, cujos valores do qui-quadrado em relação as classes eram iguais ou superiores a 3,84 ($p \leq 0,05$ para $gl = 1$), conforme ilustrado na Figura 1.

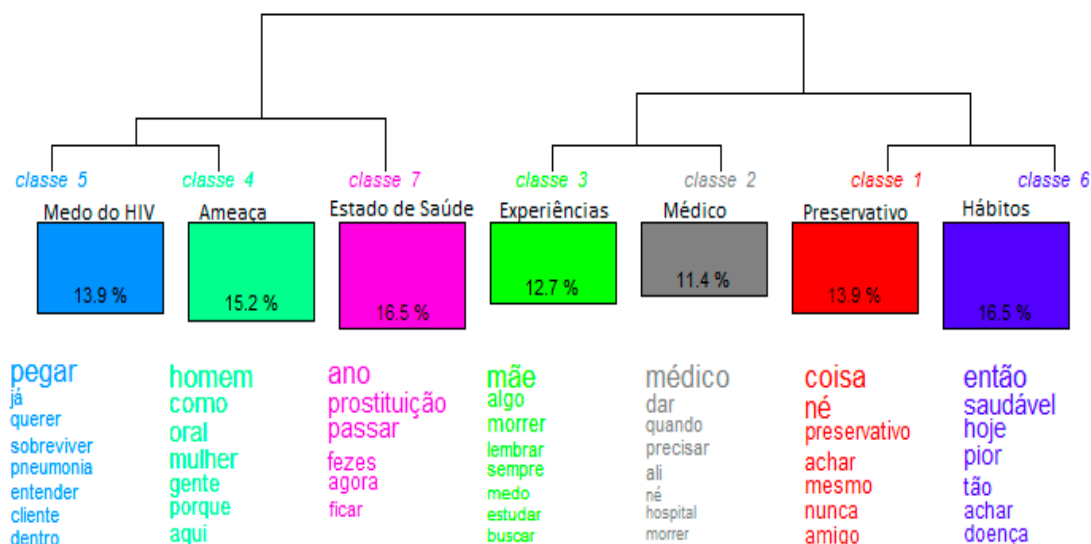


Figura 1. Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente do corpus Saúde

A classe 7, denominada Estado de Saúde, com as palavras “ano”, “prostituição” e “fezes”, faz referência de um lado à doença e de outro lado à prostituição. Nessa classe alguns sujeitos defendem a prostituição, com falas de que a doença não está associada a ela, e outros justificam o estado de saúde em razão da prostituição.

Mas isso são consequências, a gente plantou, tem que colher. Pretendo parar agora, estou no auxílio doença faz 8 anos. Passei três anos da minha vida internada no hospital (. . .). Um ano acamado. Devido à prostituição. Furei o ânus, aliás, o reto, com a mangueira do chuveiro, para poder trabalhar (Participante 1, travesti, solteira, idade entre 31 e 40 anos, ensino superior incompleto).

A classe 6, intitulada Hábitos, traz a saúde a partir dos hábitos saudáveis para manutenção do bem-estar, tais como atividades físicas e alimentação. Já em uma perspectiva negativa, destacam-se a precarização do serviço de saúde, além de trechos que se referem a hábitos que geram doenças, como o uso do cigarro e o trabalho com pouca roupa. O trecho que segue é um exemplo dessa classe: “*Eu mesmo prejudiquei minha própria saúde, por causa do cigarro e da seqüela das duas pneumonias que eu peguei. A friagem da rua, os clientes pedem para a gente ir pelada*” (Participante 7, mulher, solteira, idade entre 31 e 40 anos, ensino fundamental completo).

A classe 5, intitulada Medo do HIV, é caracterizada pela palavra “pegar”. Apresenta a saúde a partir do medo do contágio do HIV, de modo que as participantes preferem dizer “aquela doença” ou “isso” a nomeá-la diretamente, de forma a caracterizar uma possível zona muda da representação social da saúde, o que necessita de maiores investigações. Segue exemplo de trecho: “*Camisinha é o jeito mais acessível pra mim poder manter a minha saúde íntima né, sem camisinha eu não faço nada,*

já pensou que medo pegar alguma DST e ter que conviver com isso pro resto da vida” (Participante 6, travesti, solteira, idade entre 20 e 30 anos, ensino superior incompleto).

Na classe 4, denominada Ameaça, surgem as palavras “homem”, “oral” e “mulher”, com as quais as profissionais do sexo destacam que a elas é atribuído o rótulo de transmissoras de doenças. Salientam que os homens costumam insistir na ausência do uso do preservativo, principalmente no sexo oral, o que potencializa a ideia que têm da possibilidade de transmitirem alguma doença para suas esposas. Afirmam também serem vistas socialmente como aquelas que levam doenças sexuais aos lares e em certos trechos, inclusive, algumas participantes indicam que se percebem como potenciais transmissoras de doenças para toda a família e por isso adotam o preservativo:

Eu sempre me cuidei, isso é fato, porque o que eu não quero pra mim eu não quero pros outros, entendeu? E não é porque, vamos supor, eu saio com uma pessoa, vou fazer sem preservativo, vou saber se ele é casado, se tem filho pequeno, se a mulher amamenta? (Participante 8, mulher, idade entre 20 e 30 anos, ensino fundamental completo).

A classe 3, intitulada Experiências, faz referência às experiências em saúde do passado e é caracterizada pela palavra “mãe”. Esta classe traz o cuidado materno durante a infância, mediante exames e experiências no hospital. Aborda ainda o medo do adoecimento e morte, ilustrados a partir de experiências de adoecimento e morte da figura materna. *“Quando vi minha mãe doente daquele jeito, jogada na cama, falando pra mim que eu tinha que me cuidar e estudar pra ser alguém na vida, depois que ela morreu eu sempre tive muito medo de morrer daquele jeito também”* (Participante 3, mulher, solteira, idade entre 20 e 30 anos, ensino fundamental completo).

A classe 2, chamada Médico, traz, por sua vez, a palavra “médico” associada ao universo reificado e apenas em situações de crises de saúde extremas. O médico surge como aquele que apresenta informações confiáveis e que, em caso de crises, pode auxiliar na recuperação da saúde. O trecho a seguir ilustra a classe: *“Por que todo mundo pensava que eu ia morrer, até eu pensava, mas eu fui fazendo, lutando, os médicos faziam, mandavam nutricionista, tudo eu fazia, não importava”* (Participante 1, travesti, solteira, idade entre 31 e 40 anos, ensino superior incompleto).

Por fim, a classe 1 traz a palavra “preservativo” como um meio de cuidado em saúde, envolvendo-se, entretanto, o fator sorte ao se referirem a danos ou perigo a si. A sorte surge como algo que abandona aquele que contraiu o vírus HIV. Nesta classe são ilustrados casos em que os homens exigem a não utilização do preservativo, enquanto elas afirmam não aceitar o risco: *“Tipo assim, eles não se preocuparam tanto, tipo, eles querem àquela hora e até falam para a gente fazer sexo sem preservativo. Mas a gente recusa né, eu recuso”* (Participante 2, travesti, idade entre 20 e 30 anos, ensino fundamental completo).

Desse modo, é possível identificar que as representações sociais de saúde para as profissionais do sexo são constituídas por elementos referentes à estilo de vida, prevenção e experiências passadas. A camisinha surge como principal método de cuidado à saúde, mas também algo que precisa ser negociado com os clientes que insistem em não a utilizar. Além disso, englobam aspectos de doença e de cuidado em saúde somente em situações de risco, o que alerta para a necessidade de estratégias de promoção de saúde a esse grupo em diferentes espaços.

Discussão

O corpus analisado compôs sete temas ligados ao objetivo do estudo: representações sociais da saúde para profissionais do sexo. As classes possibilitam a compreensão das dimensões das representações das participantes. A classe 1 aborda a palavra “preservativo” como um meio de cuidado em saúde, entretanto, envolve-se o fator sorte ao se referirem a danos ou perigo a si. O estudo de Souza, Marcolin, Marcolin, Ramalho e Barbosa (2016) retratou que as profissionais do sexo estão sujeitas a um maior risco de contrair ISTs, já que diariamente trabalham com diversos clientes que possuem histórias sexuais desconhecidas. Contudo, o Ministério da Saúde (Brasil, 2003) relata que grande parte das profissionais está se protegendo em relação às ISTs e HIV, pois o uso de camisinhas apresenta crescente aderência e, inclusive, sua utilização pelas profissionais do sexo aumentou mais que em outros segmentos da sociedade. Identifica-se, portanto, a relação de mútua influência entre representações e práticas sociais (Rouquette, 1998).

Nessa classe ainda são ilustrados casos em que os homens exigem a não utilização do preservativo, enquanto elas afirmam não aceitar o risco. Atualmente, encontra-se em discussão que o uso do preservativo masculino nem sempre é a melhor alternativa para a prostituta, pois muitas vezes essa questão nem pode ser discutida e/ou negociada antes da relação sexual, se o cliente não quiser. Nessas situações a profissional do sexo se encontra dependente da aceitação do parceiro, já que é ele que utiliza o preservativo, esse cliente muitas vezes portador de representações e práticas que podem produzir constrangimentos à mulher, submetê-la a ações coercitivas ou até mesmo a comportamentos agressivos (Penha, Aquino, Neri, Reis, Aquino, & Pinheiro, 2015).

Frequentemente essa maior vulnerabilidade ocorre devido às necessidades financeiras ou à episódios de violência contra a mulher, que as obrigam a ter relações sexuais desprotegidas. Outro fator contributivo se refere ao uso do álcool e/ou drogas pelas profissionais do sexo, seus clientes ou ambos, além dos preconceitos existentes contra essa população por parte da sociedade e dos clientes, contribuindo para uma baixa autoestima, que também influenciam a não utilização do preservativo (Marques & Costa, 2015). Um ponto complexo que também se pode elencar é o medo de perder

o cliente, que leva essas mulheres a manter relações sexuais sem o uso do preservativo (Cruz, Ferreira, Martins, & Souza, 2016).

A classe 2 traz a palavra “médico” associada ao universo reificado e apenas em situações de crises de saúde extremas. Estudos apontam que as profissionais do sexo sempre estiveram inseridas em campanhas de Saúde Pública vinculadas a ações preconceituosas, que associavam suas práticas ao risco das DST/Aids. Dessa forma, esse estereótipo em relação as prostitutas, desde os tempos remotos, interfere no atendimento prestado pelos profissionais de saúde. Nesse contexto, por medo ou vergonha, as profissionais do sexo acabam por desistir de comparecer ao serviço de saúde para usufruir de seus direitos e cuidar da saúde (Belém, Alves, Pereira, Maia, Quirino, & Albuquerque, 2018).

Existe pouco debate com relação aos aspectos relativos à vida e saúde das profissionais do sexo, já que as estratégias de saúde para esse público geralmente se limitam a medidas de prevenção com relação à disseminação de IST e AIDS. Tal constatação reafirma a posição de marginalização social deste grupo, que é visto como disseminador de doenças (Leal, Souza, & Rios, 2017; Villa, Candido, & Siste, 2018).

A classe 3 aborda a palavra “experiências”, relacionada às experiências passadas em saúde, caracterizada principalmente por meio do cuidado materno no período da infância. Esta classe ainda traz o medo do adoecimento e morte, novamente ilustrados pela figura materna. Dessa forma, suas memórias relacionadas a experiências de saúde e adoecimento são marcadas pela infância, o que pode demonstrar a ausência de novas experiências relacionadas ao cuidado.

Esse contexto leva a uma reflexão sobre a necessidade de os serviços de saúde integrarem essas mulheres, de modo a ampliar o cuidado de maneira efetiva por meio da educação em saúde, promoção e acolhimento. E, além disso, de levarem em consideração o respeito a singularidade de cada uma delas, compreendendo que, de acordo com seus direitos fundamentais, devem ter acesso a saúde (Cruz, Ferreira, Martins, & Souza, 2016).

Na classe 4, caracterizada como Ameaça, surgem as palavras “homem”, “oral” e “mulher” e se destaca o rótulo de transmissoras de doenças. Nesse sentido, o homem insiste em não utilizar o preservativo, tanto no sexo com penetração quanto no sexo oral, principalmente nesse último. Segundo o Ministério da Saúde, a utilização de métodos protetivos muitas vezes é inegociável para o cliente, que chega a oferecer mais pela prática desprotegida. Além disso, muitas profissionais do sexo não se encontram efetivamente preparadas para negociar o sexo seguro nos programas, o que contribui para a ocorrência de práticas desprotegidas (Haiek, Martin, Rocha, Souza Ramiro, & Silveira, 2016).

Dessa maneira, as profissionais do sexo pertencem a um grupo que necessita de educação sexual elucidativa, com o objetivo de abordar a prevenção para uma prática

sexual segura. Essa prática ocorre por meio do conhecimento sobre a importância do uso do preservativo para a saúde, considerado um dos métodos mais eficazes na prevenção das ISTs/HIV, desde que seja usado de maneira adequada e em todas as relações sexuais (Almeida, Lima, Sousa, Oliveira, & Lima, 2017).

A classe 5 retrata o medo do HIV e é caracterizada pela palavra “pegar”. Essa classe apresenta a saúde por meio do medo do contágio do HIV, de modo que as participantes preferem dizer “aquela doença” ou “isso”. O HIV e as ISTs tornaram-se para as prostitutas um risco decorrente do seu trabalho, uma vez que o sexo é a sua matéria-prima. Desse modo, o preservativo representa segurança para que a profissional possa se prevenir das ISTs, bem como um objeto fundamental e indispensável para o exercício de sua profissão, ou seja, uma possível objetificação da representação de saúde (Almeida et al., 2017).

Ainda hoje a figura da prostituta está vinculada à transmissão das ISTs devido ao comportamento sexual adotado, dito como pervertido devido ao desvio do modelo padrão comportamental socialmente aceito (Kohler & Massuqueto, 2017). Além disso, a representação que as profissionais do sexo têm com relação a sua própria vivência é ambivalente. Existe uma atribuição de caráter imoral à prostituição pela sociedade ao longo do tempo, que desmerece as profissionais do sexo de qualquer respeito, e, por mais que a experiência vivenciada seja considerada um exercício rentável, a estigmatização dentro e fora da classe evidencia o quanto se prostituir é uma experiência dolorosa para elas (Silva & Capelle, 2015; Basquerotto, Araújo, Coelho, Campos, & Mota, 2018).

Essa situação está diretamente ligada a vivências de vulnerabilidade, pois as mulheres que se prostituem são vistas como intrinsecamente “más”, o que para o pensamento social “justifica” seu menor acesso a direitos e recursos e aumenta a vulnerabilidade à vários agravos, especialmente os ligados à saúde sexual e mental (Villela & Monteiro, 2015). Além disso, muitas profissionais do sexo parecem não receber assistência adequada às suas particularidades, mesmo com a integralidade sendo um dos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS (Cruz, Ferreira, Martins, & Souza, 2016).

A classe 6, caracterizada como Hábitos, traz, em uma perspectiva positiva, a saúde a partir dos hábitos saudáveis para manutenção do bem-estar – atividades físicas e alimentação – e, em uma perspectiva negativa, a precarização dos serviços de saúde. Nessa classe, a rotina de vida e o temor de serem mal atendidas em função do estigma afastam as prostitutas dos serviços de saúde, o que faz que apresentem risco aumentado para vários agravos.

O cuidado à saúde dessa população ainda é dificultado quanto ao acesso aos serviços de saúde devido às barreiras institucionais e sociais. As profissionais do sexo necessitam de políticas públicas que atendam suas particularidades, pois estão suscetíveis a diversos agravos de saúde. Para que haja uma assistência inclusiva, é

necessário que as equipes de saúde e gestores governamentais tomem medidas para que sejam efetivados os direitos das profissionais do sexo, realizando um cuidado digno e equânime (Leal, Souza, & Rios, 2017; Villa, Candido, & Siste, 2016; Cruz, Ferreira, Martins, & Souza, 2016).

A classe 7, denominada Estado de Saúde, faz referência à doença e à prostituição. Nessa classe, algumas participantes defendem a prostituição, ao afirmarem que a doença não está associada à prática, enquanto outras justificam o estado de saúde (doença) em razão da prostituição. Frequentemente, as mulheres em situação de prostituição atuam em diferentes locais, resultando em mudanças constantes de cidades e em condições precárias de higiene e de disponibilidade de insumos com relação ao seu trabalho. Parece que, apesar da prostituição evoluir como mercado no atual cenário capitalista, seus direitos trabalhistas ainda continuam estagnados ou ausentes. A rotina de trabalho deixa essas mulheres em situações de fragilidade e vulnerabilidade, o que as expõe a condições desumanas (Silva & Capelle, 2015; Brito, Belém, Oliveira, Albuquerque, & Quirino, 2019).

Acrescenta-se à essa situação o estigma, que opera no sentido de ocultar a relação de determinação entre vulnerabilidade e agravo. Prevalece a ideia de que as prostitutas são mais doentes por não seguirem as normas de gênero relativas ao exercício normativo da sexualidade por mulheres. A doença seria o preço a pagar pelo desvio e, assim, o estigma se perpetua (Villela & Monteiro, 2015).

Nesse contexto, as representações sociais da saúde para as participantes do estudo estão ancoradas em suas experiências de adoecimento, sendo amplamente citados o HIV e as ISTs, ambos associados a ameaças a saúde decorrente da profissão que exercem. No que se refere a dimensão da informação das representações sociais (Moscovici, 1978), identifica-se que as informações representacionais são organizadas por informações que vêm de especialistas, como o uso da camisinha como uma forma de proteger a saúde e a alimentação saudável e os exercícios físicos pelo mesmo motivo, bem como aquelas referentes à ISTs. No entanto, também surgem informações advindas de suas próprias experiências de adoecimento. Jodelet (2005), em seu estudo sobre Representações sociais da loucura, identificou o importante papel da experiência na construção das representações e práticas sociais. Posteriormente, Jodelet (2017) refletiu que a experiência está relacionada às vivências dos indivíduos, mas também a experiências históricas que se associam às representações e ampliam a relação com o mundo.

Nesse sentido, as doenças e/ou infecções sexualmente transmissíveis são estereótipos associados à prostituição e objetificados na figura da prostituta nas representações sociais da saúde das participantes, mas que não necessariamente advêm de suas próprias experiências. Os estereótipos são, de acordo com Krüger (2004), crenças compartilhadas sobre algum atributo ou característica atribuída à determinado grupo e, portanto, podem ser considerados representações sociais compartilhadas (Techio, 2011).

Relacionado ao estereótipo, o estudo de Gois e Lima (2013) investigou as representações sociais da prostituição feminina e encontrou o julgamento moral sobre a prática da prostituição, associado ao desprezo, repugnância e ao desvio à norma. Há, portanto, uma atitude primordialmente desfavorável à prostituição, associada à doença, no presente estudo, ou à sujeira e nojo, no estudo de Gois e Lima (2013), sendo a atitude uma das dimensões da representação social apontada por Moscovici (1978).

Na Teoria das Representações Sociais, a ancoragem é o processo de assimilação do desconhecido a categorias familiares aos indivíduos (Moscovici, 1978). No caso das participantes do estudo, a saúde se ancora em suas experiências de adoecimento. Em contrapartida, surgem também representações sociais vinculadas a hábitos saudáveis. Essas, porém, são menos frequentes e se tratam de cuidados a fim de evitar a necessidade de ir para instituições formais de saúde, já que suas experiências de cuidado se ancoram em experiências da infância ou da busca por cuidado na figura do médico em situações extremas de adoecimento.

Estudos sobre as representações sociais da saúde com outros grupos, como gestores, membros de movimentos sociais ou população em geral, indicam representações sociais de saúde voltadas à questão da qualidade de vida e aspectos preventivos (Brito, 2010; Shimizu et al., 2015; Moura & Shimizu, 2017). As representações sociais sobre saúde das profissionais do sexo participantes do presente estudo, no entanto, estão amplamente vinculadas a experiências de adoecimento ou de cuidado em casos de agravamento da saúde e podem estar associadas às experiências de vulnerabilidade social enfrentadas pelo grupo em questão. Villela e Monteiro (2015) refletem sobre como os estereótipos de gênero contribuem para as desigualdades sociais e vulnerabilidades enfrentadas por profissionais do sexo, que, por sua vez, acarretam impactos significativos na saúde desse grupo em questão, o que pode estar relacionado às diferenças de representações da saúde quando comparados a outros grupos.

O presente estudo foi realizado com uma amostra de 12 participantes, portanto, pode não ser generalizável e seus resultados podem estar associados ao contexto investigado. Outra limitação foi a dificuldade enfrentada no campo, pois participantes elegíveis para o estudo optaram por não participar por conta de experiências anteriores em que se sentiram cobaias de pesquisas e/ou não obtiveram devolutiva.

Considerações Finais

O objetivo desse estudo foi compreender as representações sociais de mulheres profissionais do sexo sobre saúde. Os resultados indicam representações sustentadas em quatro elementos principais, distribuídos nas sete classes analisadas: a) Experiências de adoecimento, majoritariamente associadas à profissão; b) HIV e ISTs como ameaças à saúde e como rótulos associados à profissão, objetificados na figura da prostituta; c)

Hábitos saudáveis associados à alimentação, à atividade física e ao uso do preservativo;
d) Experiências de cuidado, cuja ancoragem da representação se dá no cuidado recebido na infância e realizado quando em estado crítico pelo médico.

Foi possível perceber a associação da saúde a aspectos relacionados à prevenção das ISTs e outras doenças. Os relatos das profissionais do sexo não associaram a saúde a um conceito mais amplo que não o unicausal, de modo a contemplar aspectos de proximidade aos determinantes sociais de saúde. Assim, parece necessária a ênfase em programas destinados à promoção de saúde dessa população em sua integralidade, além de programas de Educação Sexual voltados à diferentes métodos de proteção e conhecimento de diferentes ISTs existentes.

O presente estudo retrata as representações sociais de saúde para profissionais do sexo que atuam no sul de Santa Catarina, portanto, retrata a realidade do contexto pesquisado. Como sugestão de futuras pesquisas, a realização de um estudo multicêntrico em diversos locais do país e/ou comparativo entre cidades do interior e capitais poderiam proporcionar maior elucidação do fenômeno estudado.

Referências

- Almeida, I. S., Lima, K. A. P., Sousa, S. F., Oliveira, V. S., & Lima, L. R. (2017). Determinantes sociais x IST: profissionais do sexo. *Mostra Interdisciplinar do Curso de Enfermagem*, 2(2), 1-5. Retrieved from <http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/mice/article/view/1149>
- Basquerotto, B. M. M. M., Araújo, J. S., Coelho, V. M. S., Campos, D. C., & Mota, K. A. M. B. (2018). A venda do desejo: a representação social da prostituição. *Referências em Saúde*, 1(1), 20-28. Retrieved from <http://periodicos.estacio.br/index.php/rrsfesgo/article/view/5615>
- Belém, J. M., Alves, M. J. H., Pereira, E. V., Maia, E. R., Quirino, G. S., & Albuquerque, G. A. (2018). Prostitution and health: social representations of nurses in the family health strategy. *Revista Baiana de Enfermagem*, 32, 1-15. doi: <https://doi.org/10.18471/rbe.v32.25086>
- Brasil. (2003). *Estatuto do idoso* (1a ed.). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brito, A. M. M. (2010). *Representações sociais, crenças e comportamentos de saúde: um estudo comparativo entre homens e mulheres* (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil). Retrieved from <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/94217>
- Brito, N. S., Belém, J. M., Oliveira, T. M., Albuquerque, G. A., & Quirino, G. S. (2019). Daily work and access to health services of female sex workers. *Revista Rene*, 20, 1-9. doi: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20192033841>
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013). IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, 21(2), 513-518. doi: <https://doi.org/10.9788/TP2013.2-16>
- Canguilhem, G. (2009). *Estudios de historia y de filosofia de las ciencias*. Argentina: Amorroutu.
- Czeresnia, D., Maciel, E. M. G. S., & Oviedo, R. A. M. (2013). *Os sentidos da saúde e da doença*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Cruz, N. L., Ferreira, C. L., Martins, E., & Souza, M. (2016). O cuidado com a saúde das mulheres profissionais do sexo. *Disciplinarum Scientia*, 17(3), 339-352. Retrieved from <https://periodicos.ufrn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/2137/1929>
- Flick, U. (2004). *Uma introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Bookman.
- Gazzinelli, M. F., Gazzinelli, A., Reis, D. C., & Penna, C. M. M. (2005). Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1), 200-206. Retrieved from <https://www.scielo.org/article/csp/2005.v21n1/200-206/>
- Gois, M. L., & Lima, M. E. O. (2013). De dentro de fora e de fora de dentro: representações sociais da prostituição feminina. *Interacções*, (23), 71-87. Retrieved from <https://www.teses.ufs.br/bitstream/riufs/7060/2/RepresentacoesSociaisProstituicaoFeminina.pdf>

- Haiek, R. C., Martin, D., Rocha, F. C. M., de Souza Ramiro, F., & da Silveira, D. X. (2016). Injection drug use among women in Metropolitan Region of Santos, São Paulo state, Brazil. *Physis*, 26(3), 917-937. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000300011>
- Jodelet, D. (2001). Representações sociais: um domínio em expansão. In: D. Jodelet. *As Representações Sociais* (pp. 17-44). Rio de Janeiro: EDUERJ.
- Jodelet, D. (2005). *Loucuras e Representações sociais*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Jodelet, D. (2017). Lugar da experiência vivida nos processos de formação das representações sociais. In: D. Jodelet. *Representações sociais e mundos de vida* (pp. 431-451). Curitiba: Ed. PUCPRESS.
- Kohler, G., & Massuqueto, S. (2017). Estigma da prostituição no uso de substâncias psicoativas versus doenças sexualmente transmissíveis: revisão integrativa. *Unoesc & Ciência*, 8(1), 51-58. Retrieved from <https://pdfs.semanticscholar.org/719a/259e149543c04dd420ca22c6d0cb45f20460.pdf>
- Krüger, H. (2004). Cognição, estereótipos e preconceitos sociais. In: M. E. O. Lima & M. E. P. Pereira (Orgs.). *Estereótipos, preconceitos e discriminação: perspectivas teóricas e metodológicas* (pp. 23-40). Salvador, BA: UFBA.
- Leal, C. B. M., Souza, D. A., & Rios, M. A. (2017). Aspects of life and health of sex workers. *Journal of Nursing*, 11(11), 4483-4491. doi: <https://doi.org/10.5205/reuol.23542-49901-1-ED.1111201726>
- Marques D. M. D., & Costa, D. Z. (2015). A saúde e a vida das profissionais do sexo. *Atas CIAQ2014*, 2, 198-202. Retrieved from <https://www.proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ/article/view/522/517>
- Morse, J. M. (2015). Critical Analysis of Strategies for Determining Rigor in Qualitative Inquiry. *Qualitative Health Research*, 25(9), 1212-1222. doi: <https://doi.org/10.1177/1049732315588501>
- Moscovici, S. (1978). *A Representação Social da Psicanálise* (2a ed.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Moura, L. M., & Shimizu, H. E. (2017). Representações sociais de saúde-doença de conselheiros municipais de saúde. *Physis*, 27(1), 103-125. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000100006>
- Nóbrega, D. O., Andrade, E. R. G., & Melo, E. S. N. (2016). Pesquisa com grupo focal: representações sociais e seus movimentos constitutivos. *Psicologia & Sociedade*, 28(2), 433-441. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-03102016v28n3p433>
- Oliveira, F. S., & Biaconi, M. L. (2018). Um olhar sobre o compartilhamento e a apreensão dos conhecimentos sob a luz da psicologia social: a contribuição da teoria das representações sociais. *Ciências e Cognição*, 23(2), 307-314. Retrieved from http://cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/1485/pdf_123
- Penha, J. C., Aquino, C. B. Q., Neri, E. A. R., Reis, T.G. O., Aquino, P. S., & Pinheiro, A. K. B. (2015). Risk factors for sexually transmitted diseases among sex workers in the interior of Piauí. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(2), 63-69. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.52089>

- Rey, F. L. G. (2017). *O social na psicologia e a psicologia social: a emergência do sujeito*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Rouquette, M. L. (1998). Representações e práticas sociais: Alguns elementos teóricos. In: A. S. P. Moreira, & D. C. de Oliveira (Orgs.). *Estudos interdisciplinares de representação social* (pp. 39-46). Goiânia: AB Editora.
- Shimizu, H. E., Reis e Silva, J., Moura, L. M., Bermúdez, X. P., & Odeh, M. M. (2015). A estrutura das representações sociais sobre saúde e doença entre membros de movimentos sociais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(9), 2899-2910. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.20592014>
- Silva, K. A. T., & Cappelle, M. C. A. (2015). Sentidos do trabalho apreendidos por meio de fatos marcantes na trajetória de mulheres prostitutas. *Revista de Administração Mackenzie*, 16(6), 19-47. doi: <https://doi.org/10.1590/1678-69712015/administracao.v16n6p19-47>
- Souza, A. R., Marcolin, G. C. A., Marcolin, M., Ramalho, L. P. D., & Barbosa, A. C. S. (2016). Perfil das mulheres em situação de prostituição na cidade de Conselheiro Lafaiete– Minas Gerais: atuação da estratégia de saúde da família ante a prevenção de doenças. *Journal of Management & Primary Health Care*, 7(1), 18-18. doi: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v7i1.326>
- Techio, E. M. (2011). Estereótipos sociais como preditores das relações intergrupais. In E. M. Techio & M. E. O. Lima (Orgs.). *Cultura e produção de diferenças: estereótipos e preconceito* (pp. 21-76). Brasília: Technopolitik.
- Villa, E. A., Candido, M. C. R., & Siste, L. F. (2016). A assistência à saúde das profissionais do sexo no Brasil: uma revisão integrativa. *Journal of Nursing and Health*, 6(1), 92-102. doi: <https://doi.org/10.15210/JONAH.V6I1.6054>
- Villela, W. V., & Monteiro, S. (2015). Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aboto e do HIV/aids entre mulheres. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(3), 531-540. doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300019>