

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E COMPORTAMENTO SEXUAL DE
PROSTITUTAS DE FORTALEZA - CE**
**SOCIO-DEMOGRAPHIC AND SEXUAL BEHAVIOR PROFILE OF PROSTITUTES IN
FORTALEZA - CE**
**EL PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y COMPORTAMIENTO SEXUAL DE LAS PROSTITUTAS
DE FORTALEZA - CE**

Priscila de Souza Aquino¹, Ana Izabel Oliveira Nicolau², Escolástica Rejane Ferreira Moura³,
Ana Karina Bezerra Pinheiro³

¹ Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Ceará, Brasil.

² Acadêmica de Enfermagem da UFC. Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET). Ceará, Brasil.

³ Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da UFC. Ceará, Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Prostituição. Comportamento sexual. Sexualidade.

RESUMO: Estudo descritivo com 81 prostitutas de Fortaleza - CE, que objetivou identificar o perfil sociodemográfico e o comportamento sexual dessa população. A coleta ocorreu em outubro de 2005, por meio de formulário estruturado. Para análise estatística descritiva utilizou-se o *Statistical Package for Social Sciences* 11.0. Identificou-se que 87,7% das prostitutas eram heterossexuais e estavam na profissão entre um e mais de 30 anos, possuíam de um a 20 clientes semanalmente. Com parceiros fixos praticavam sexo vaginal (100%), oral (56,8%) e anal (31,8%); com clientes, essas práticas aconteciam em 80%, 55% e 28,7%, respectivamente. O preservativo era sempre utilizado com parceiro fixo por 56,2% delas; e com clientes em 93,8% das relações vaginais, em 88,1% das orais e em 82,6% das anais. O comportamento sexual das prostitutas mostrou-se vulnerável às doenças sexualmente transmissíveis e ao vírus da imunodeficiência humana. Tal resultado enfatiza a necessidade da educação em saúde para vivência do sexo seguro.

KEYWORDS: Prostitution. Sexual behavior. Sexuality.

ABSTRACT: This is a descriptive study involving 81 prostitutes from Fortaleza - CE, Brazil in October of 2005. Its objective was to identify their social demographic profile and sexual behavior. The data was collected through a structured form filled out by the participants. The statistical analysis was done by *Statistical Package for Social Sciences* 11.0. It was identified that 87.7% were heterosexual and engaged in prostitution ranging from one to more than 30 years, with total customers varying from one to more than 20, weekly. With fixed partners they practice vaginal sex (100%), oral sex (56.8%), and anal sex (31.8%); whereas with customers these practices occur in 80%, 55%, and 28.7%, respectively. Condoms are always used with fixed partners by 56.2% of the participants and with customers in 93.8% of the vaginal relations, 88.1% of oral, and 82.6% of anal. The sexual behavior of the prostitutes revealed vulnerability to Sexually Transmitted Diseases and the Human Immunodeficiency Virus, results which emphasize the necessity for health care educational strategies for adapting to safe sex lifestyles.

PALABRAS CLAVE: Prostitución. Conducta sexual. Sexualidad.

RESÚMEN: Estudio descriptivo con 81 prostitutas de Fortaleza - CE, realizado en octubre 2005, cuyo objetivo fue identificar su perfil sociodemográfico y comportamiento sexual. La recolección de los datos fue por medio de un formulario estructurado. Para el análisis estadístico se utilizó el *Statistical Package for Social Sciences* 11.0. Fue identificado que 87,7% de las prostitutas eran heterossexuales y estaban en esa profesión de uno hasta más de 30 años. La clientela varió entre uno y más de 20 clientes, semanalmente. Con los compañeros fijos practican el sexo vaginal (100%), oral (56,8%) y anal (31,8%); y con los clientes estas prácticas ocurren en 80%, 55%, 28,7%, respectivamente. El condón es utilizado siempre con el compañero fijo por 56,2% y con los clientes en 93,8% en las relaciones vaginales, 88,1% orales, 82,6% anales. El comportamiento sexual de las prostitutas se reveló vulnerable a las Infecciones de Transmisión Sexual y al Virus de Inmunodeficiencia Humana, resultado que acentúa la importancia de estrategias de educación en salud para el sexo seguro.

Priscila de Souza Aquino
Endereço: Rua Cruzeira do Sul, 221
60335-190 - Carlito Pamplona, Fortaleza, CE, Brasil
E-mail: priscilapetenf@yahoo.com.br

Artigo original: Pesquisa
Recebido em: 15 de janeiro de 2008
Aprovação final: 21 de agosto de 2008

INTRODUÇÃO

Na sociedade brasileira, a sexualidade feminina está atrelada à condição biológica vinculada aos fins reprodutivos e associada à tradicional estrutura familiar, portanto, à maternidade. Já ao sexo masculino vinculam-se as atividades públicas, concentradas em valores culturais e materiais, delegando-o à função de provedor do lar e protetor da família, concepções fundamentadas na herança do tradicionalismo.¹

Cada sociedade tem suas regras. Indivíduos que não seguem as regras sociais são comumente desrespeitados, e podem até ser ignorados pelo sistema vigente. Portanto, são inegáveis os preconceitos e estigmas socialmente constituídos por uma cultura que adotou o modelo da família nuclear burguesa como referência para o padrão sexual.²

Assim, a prostituição é vista como atividade contrária às regras sociais, pois a busca pelo prazer irrestrito é o principal motivo da procura pela clientela. Além disso, as mulheres expressam sua sexualidade de forma explícita, em desrespeito aos limites impostos pela sociedade conservadora.

De modo geral, a figura da prostituta remete a doença e sempre esteve vinculada à transmissão das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), sobretudo em face da multiplicidade de parceiros. Outra doença comum da mencionada atividade é a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - aids, associada a perigo e marginalidade, e comumente contraída por homossexuais, prostitutas, presidiários, usuários de drogas ilícitas e moradores de rua.²

No início da epidemia do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)/Aids as prostitutas foram alvo de ações governamentais, que ora desejavam regulamentar a profissão, ora implantavam a idéia de abolição das prostitutas. Tudo objetivava controlar a prostituição, e até mesmo impedir o exercício pleno dos direitos das prostitutas, as quais foram consideradas culpadas por disseminar a doença. Há tempos, vários países vêm observando as vantagens e desvantagens da regulamentação, proibição ou tolerância da prostituição. Porém, as perspectivas adotadas são incoerentes, uma vez que muitos países reconhecem a indústria do sexo, mas tornam ilegal todos os aspectos relacionados a ela, como a gerência desse trabalho. Esse tipo de tolerância também pode ser discriminatório, sobretudo no uso exagerado de eufemismos para tentar amenizar o preconceito e a discriminação.³

Como uma epidemia de alta incidência, a aids, a princípio, enquadrava-se no conceito de

grupos de risco. A partir dos anos 1980, porém, os casos de aids na população em geral aumentaram significativamente, e, desse modo, a sociedade esqueceu tal conceito. Desde então, as mulheres tornaram-se alvos potenciais para a aquisição da doença e, conseqüentemente, diminuiu a disparidade entre os casos em homens e mulheres. Em virtude de carregar um papel histórico vinculado a fatores biológicos, sociais e individuais, o ser-mulher apresenta maior vulnerabilidade em relação ao ser-homem.⁴

Embora a expressão DST seja utilizada para definir qualquer doença transmitida pelo contato sexual, seja este vaginal, oral ou anal, algumas podem ser veiculadas da mãe para o filho, antes ou durante o parto, ou por meio de transfusão sanguínea contaminada.⁵ Podem, também, causar sérios agravos à saúde. Entre estes agravos, incluem-se: esterilidade, disfunções sexuais, aborto, nascimentos prematuros com problemas de saúde, deficiência física ou mental, alguns tipos de câncer e até a morte. Ademais, a chance de uma pessoa com DST contrair outras DSTs e até mesmo a aids torna-se maior.⁶

Determinados órgãos registram dados sobre doenças em geral. Por exemplo, o Sistema de Informação dos Agravos de Notificação é responsável por este registro. Entretanto os dados armazenados, não abrangem a totalidade dessas doenças, pois apenas a infecção pelo vírus HIV, em gestantes e crianças, sífilis congênita e em gestantes e a aids são notificados no Brasil. Como observado, desde 1982 foram identificados 54.965 casos, dos quais 10.337 entre jovens de 13 a 19 anos e 44.628 entre os de 20 a 24 anos.⁷ Conforme apontam dados da Organização Mundial de Saúde, ocorrem no Brasil cerca de 12 milhões de DSTs ao ano. Contudo, segundo estimativa, cerca de 200 mil casos/ano são subnotificados, porquanto 70% dos acometidos não recorrem diretamente aos serviços de saúde, pois buscam formas alternativas de cura. Outro motivo da subnotificação é o fato de a aids não ser uma doença de notificação compulsória.⁸

Tal como outras doenças, as DSTs possuem sinais e sintomas específicos. Em 2003, aproximadamente 40% das pessoas sexualmente ativas, a partir dos 14 anos, haviam apresentado sinais e sintomas compatíveis com DSTs alguma vez na vida. Entre esses sinais sobressaem os seguintes: corrimento no canal uretral, disúria, feridas ou verrugas nos órgãos genitais masculinos; e disúria, dismenorréia, corrimento vaginal, feridas ou verrugas nos órgãos genitais femininos.⁶

Em decorrência de pressões externas de uma sociedade machista, na qual prevaleciam as desigualdades de gênero, com oferta de melhores empregos e educação para o sexo masculino, a mulher teve, ao longo dos anos, menos acesso a informações relacionadas às doenças vinculadas ao sexo. Porém, com a mudança do perfil da epidemia da Aids, são necessárias novas abordagens em relação à prevenção e ao controle.⁹ Para isso, as estratégias de prevenção das DSTs/Aids passaram a incorporar toda a população, com ênfase na vulnerabilidade a que as pessoas estão expostas.

Em virtude de lidarem com diversos parceiros com histórias sexuais desconhecidas, os trabalhadores do sexo estão sujeitos a maior risco de aquisição de DST. Apesar de serem um grupo que necessita de orientações para uma prática sexual mais segura, muitas vezes eles não são sensibilizados com as estratégias oferecidas nos serviços de saúde.

Diante dessa realidade, interessou-se em pesquisar o comportamento sexual de prostitutas, com vistas a identificar suas principais vulnerabilidades no referente à aquisição de DST, compreendendo a realidade na qual estão inseridas e as condições de trabalho refletidas no comportamento sexual vivenciado.

Nesse contexto, o estudo teve como objetivo identificar o perfil sociodemográfico e o comportamento sexual de prostitutas cadastradas em uma associação de Fortaleza.

MÉTODO

Estudo transversal, do tipo descritivo. O estudo transversal envolve a coleta de dados em um ponto do tempo e os fenômenos sob estudo são obtidos durante um período de coleta de dados determinado. Como consta na literatura, os delineamentos transversais são especialmente apropriados para descrever a situação, o perfil do fenômeno, ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo, e o propósito da pesquisa descritiva é observar, descrever e documentar os aspectos da situação.¹⁰

Compuseram o estudo, prostitutas cadastradas na Associação das Prostitutas do Ceará (APROCE). A referida associação possui 3.500 prostitutas cadastradas. Destas, 500 trabalham no centro da capital cearense, e compõem a população do estudo. Com base no cálculo de amostragem para população finita, adotando-se uma preva-

lência do fenômeno de 50%, a amostra final foi formada por 81 mulheres.

Por se constituir uma população de difícil acesso, com receio em participar de pesquisas, optou-se pela amostragem por conveniência, na qual as entrevistadas eram solicitadas a participar da entrevista em seu ambiente de trabalho. Foram seguidos os seguintes critérios de inclusão: eram mulheres, prostitutas, atuantes no centro da cidade de Fortaleza, cadastradas na APROCE, com idade superior a 21 anos e que aceitaram participar do estudo. Foram excluídas as mulheres que apresentaram dificuldades em responder às questões, como embriaguez, efeito de entorpecentes ou problemas psiquiátricos. Vale ressaltar a recusa de algumas mulheres em participar da entrevista, por medo de serem descobertas pela polícia ou pela família.

Utilizou-se, como instrumento de coleta de dados, um formulário estruturado de entrevista, com questões relacionadas aos dados sociodemográficos, história ginecológica e história sexual. O período de coleta dos dados foi o mês de outubro de 2005, e o local, o centro da cidade de Fortaleza. Foram visitadas quatro zonas de prostituição: a Praça da Estação, o Passeio Público, a Rua 24 de Maio e a Praça José de Alencar. A análise dos dados foi realizada mediante estatística descritiva, permitida pelo sistema – Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 11.0), e os dados foram apresentados em forma de tabela, com frequências absolutas e relativas referentes a dados de caracterização sociodemográfica e comportamento sexual adotado.

Como exigido, os aspectos éticos e legais envolvendo pesquisa com seres humanos foram respeitados, segundo as normas para pesquisa com seres humanos da Resolução N° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.¹¹ O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, e aprovado sob protocolo N° 289/05. Além disso, as participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Para facilitar a observação dos achados, os resultados foram dispostos em tabelas ilustrativas e auto-explicativas. Os dados referentes a idade, procedência, tempo de prostituição e estado marital compõem o perfil sociodemográfico da população pesquisada seguindo a caracterização explicitada na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição do número de prostitutas segundo características sociodemográficas. Fortaleza - CE, 2005.

| Variáveis | f | % |
|-------------------------------------|----|------|
| Idade (n=81) | | |
| 21 - 25 anos | 21 | 25,9 |
| 26 - 30 anos | 18 | 22,2 |
| 31 - 35 anos | 11 | 13,6 |
| 36 - 40 anos | 13 | 16,1 |
| 41 - 45 anos | 8 | 9,9 |
| > 45 anos | 10 | 12,3 |
| Procedência (n=81) | | |
| Capital | 32 | 39,5 |
| Interior | 29 | 35,8 |
| Outro Estado | 20 | 24,7 |
| Tempo de prostituição (n=81) | | |
| <1 ano | 8 | 9,9 |
| 1 - 5 anos | 27 | 33,3 |
| 6 - 10 anos | 21 | 25,9 |
| 11 - 20 anos | 14 | 17,3 |
| 21 - 30 anos | 10 | 12,3 |
| > 30 anos | 1 | 1,2 |
| Estado marital (n=81) | | |
| Solteira | 60 | 74,1 |
| Divorciada | 10 | 12,3 |
| Casada | 8 | 9,9 |
| União consensual | 2 | 2,5 |
| Viúva | 1 | 1,2 |

A idade das participantes variou entre 21 e até mais de 45 anos, com predominância das faixas etárias mais jovens, ou seja, entre 21 e 30 anos, 39 (48,1%) mulheres da amostra.

Sobre a procedência das participantes, mostrou-se equilibrado o percentual de prostitutas provenientes da capital e do interior do Estado, bem como significativo o percentual de prostitutas originárias de outros estados. Assim, somadas as que migraram para a capital Fortaleza correspondeu a 49 (60,5%) do total.

Em relação ao tempo de trabalho como prostituta, 35 (43,2%) mulheres estavam em atuação de um a cinco anos, enquanto as demais estavam entre seis até mais de 30 anos, demonstrando longa permanência na prostituição.

Quanto ao estado marital, a maioria, 71 (87,6%), era solteira, divorciada ou viúva. Entretanto, as outras 10 (12,4%), eram casadas ou viviam em união consensual. A iniciação sexual desse grupo, ocorreu entre 10 e 21 anos, sendo que para 45 delas (55,5%) ocorreu antes dos 15 anos, para

26 (32,1%), entre os 16 e 18 anos e para 10 (12,3%) entre 19 e 21 anos. Portanto, predominou uma iniciação sexual precoce. Observou-se, ainda, que a orientação sexual de 71 (87,7%) prostitutas era heterossexual e de 10 (12,3%) era bissexual.

Como evidenciam os dados da Tabela 2, mais da metade das prostitutas tinha parceiro fixo, com quem praticavam sexo vaginal - 44 (100%) e em menor percentual sexo oral - 25 (56,8%) e anal - 14 (31,8%). Das que utilizam o preservativo (16 - 36,4%), mais da metade, referiram sempre utilizá-lo (nove - 56,2%).

Tabela 2 - Distribuição do número de prostitutas segundo aspectos relacionados ao comportamento sexual com parceiro fixo. Fortaleza - CE, 2005.

| Variáveis | f | % |
|--|----|------|
| Presença de parceiro fixo (n=81) | 44 | 54,3 |
| Práticas sexuais com parceiro fixo (n=44) | | |
| Vaginal | 44 | 100 |
| Oral | 25 | 56,8 |
| Anal | 14 | 31,8 |
| Uso do preservativo com parceiro fixo (n=44) | 16 | 36,4 |
| Frequência de uso do preservativo com parceiro fixo (n=16) | | |
| Sempre | 9 | 56,2 |
| Às vezes | 6 | 37,5 |
| Nunca | 1 | 6,25 |

Segundo observa-se na Tabela 3, a quantidade de parceiros eventuais por semana ultrapassa a associação de risco para DST, que é de mais de um parceiro nos últimos três meses, com 22 (28,6%) mulheres apresentando de cinco a oito clientes por semana. Ademais, quatro (5,4%) relataram atender mais de 20 clientes diferentes por semana.

As prostitutas, porém, mostraram-se precavidas, pois a utilização do preservativo com o cliente foi citada por todas. É relevante destacar os achados na frequência de utilização do preservativo nas diferentes práticas. Entre as que praticavam sexo oral, a maioria - 37 (88%), afirmou utilizá-lo sempre; no sexo vaginal - 76 (95%), e no anal - 19 (82,6%) o utilizam sempre.

Do total de prostitutas (81), 13 (16%) relataram história de DST ou dos sintomas associados. Contudo, 11 (84%) das que tiveram, realizaram o tratamento. Das 13 mulheres que tiveram DST, oito (61,5%) a definiram como "esquentamento" (gonorréia).

Tabela 3 - Distribuição do número de prostitutas de acordo com comportamento sexual junto a parceiros eventuais (clientes). Fortaleza - CE, 2005.

| Variáveis | f | % |
|--|----|-------|
| Número de clientes por semana (n=77) | | |
| 1 - 4 | 22 | 28,6 |
| 5 - 8 | 22 | 28,6 |
| 9 - 12 | 17 | 22,1 |
| 13 - 16 | 11 | 14,3 |
| 17 - 20 | 1 | 1,3 |
| > 20 | 4 | 5,2 |
| Práticas sexuais com cliente (n=80) | | |
| Oral | 44 | 55,0 |
| Vaginal | 80 | 100,0 |
| Anal | 23 | 28,7 |
| Uso do preservativo com cliente (n=81) | | |
| | 81 | 100,0 |
| Uso do preservativo no sexo oral com o cliente (n= 42) | | |
| Sempre | 37 | 88,1 |
| Às vezes | 3 | 7,1 |
| Nunca | 2 | 4,8 |
| Uso do preservativo no sexo vaginal com o cliente (n=80) | | |
| Sempre | 76 | 93,8 |
| Às vezes | 4 | 4,9 |
| Nunca | - | - |
| Uso do preservativo no sexo anal com o cliente (n=23) | | |
| Sempre | 19 | 82,6 |
| Às vezes | 3 | 13,0 |
| Nunca | 1 | 4,4 |
| Ocorrência de DST (n=81) | 13 | 16,0 |
| Realização de tratamento (n=13) | 11 | 84,6 |

DISCUSSÃO

A prostituição é uma profissão que lida diretamente com a sexualidade. Como a juventude normalmente desperta o interesse sexual pelo sexo oposto, não é difícil encontrar mulheres jovens trabalhando na prostituição. No estudo ora elaborado, predominou a faixa etária mais jovem. Atualmente, é considerável o aumento do número de mulheres mais jovens que se iniciam nessa prática, sobretudo com vistas a melhores rendimentos e condições que permitam a aquisição de bens de consumo e melhor sobrevivência.¹² Estudo realizado com prostitutas cearenses no momento do atendimento ginecológico, mostrou uma prevalência de 52,4% das faixas etárias inferiores a 30 anos.¹³

Conforme dados do presente estudo, em virtude do estigma social enfrentado, exercer a

prostituição em outras cidades é prática comum entre as prostitutas. Também é comum a migração de mulheres para outras localidades em busca de melhores condições de trabalho e, ainda, para se manter longe da família, o que favorece o exercício da prostituição sem maiores problemas.¹⁴

Segundo identificado, é visível a predominância de mulheres com até 10 anos de trabalho na prostituição, em especial no intervalo de um a cinco anos. De acordo com estudo realizado em âmbito nacional com 2.712 prostitutas, a maioria das mulheres exerce a profissão por tempo inferior a cinco anos.¹⁵ A existência de mulheres em atuação nesta atividade há mais de 10 anos denota que essa profissão não representa apenas um momento na vida dessas mulheres. Quanto maior o tempo de atuação na atividade, maior a exposição ao risco de contaminação por uma DST/ Aids.

No estudo, foi considerável o número de mulheres solteiras. Isto, entretanto, não interfere na existência de parceiro estável. O achado é corroborado por um estudo com prostitutas que mostrou prevalência de mulheres solteiras - 66,7%, seguida de união consensual - 19,1%, e separadas ou viúvas - 14,2%.¹³

Quanto ao início precoce da atividade sexual, foi semelhante ao encontrado na literatura para mulheres em geral. Como constatado por pesquisas, há uma diminuição da idade de início da vida sexual adulta ao se analisar a iniciação sexual na juventude.¹⁶ Revela-se, então, a percepção dos jovens sobre as fases da vida, na qual a juventude é encarada como uma fase de liberdade para experimentar o prazer. Em concordância, segundo estudo realizado no Ceará, a atividade sexual tem sido iniciada precocemente e mantida entre adolescentes de forma freqüente.¹⁷ Ademais, estudo desenvolvido em cinco países revelou uma grande proporção de mulheres com início da vida sexual antes dos 20 anos, com mediana de 17,1 a 18 anos.¹⁸

Em relação à orientação sexual, ao assumir o homossexualismo ou apresentar práticas homossexuais, os indivíduos se sujeitam ao preconceito social ainda dominante na sociedade. Ao longo dos tempos, a homossexualidade tem sido tratada de diferentes formas pelas distintas culturas, de acordo com a época em discussão, e varia desde aceitação a hostilidade, ignorância, morte ou prisão.¹⁹

Neste estudo, o sexo vaginal prevaleceu em detrimento de outras práticas. Este, no entanto, em decorrência da troca de fluidos, é arriscado para os dois parceiros, quando não se utiliza o preservativo, principalmente no período menstrual, quando

a chance de infecção é maior. Como observado, as práticas do sexo oral e anal predominaram em ordem decrescente. Vale ressaltar que no sexo anal há um elevado risco de transmissão de DST/HIV, pois o ânus e o reto são recobertos por mucosa rica em vasos sanguíneos passíveis de sofrer aranhões ou cortes durante a penetração. Assim, se comparado ao sexo anal e vaginal, o sexo oral é considerado de menor risco.⁵

Embora a maioria das mulheres afirme usar preservativo com os clientes, muitas deixam de usá-lo com o parceiro fixo. Os resultados obtidos acerca da não utilização do preservativo com o parceiro fixo denotam a vulnerabilidade a que as mulheres pesquisadas estão submetidas. A média nacional de utilização do preservativo na relação com o companheiro é de 20%.¹⁵ Nas relações amorosas, no caso de mulheres com parceiros fixos, há uma tendência à não utilização do preservativo, pois como as ações preventivas são vinculadas a fidelidade, associam a existência do parceiro fixo com relacionamento seguro.¹⁴ De modo geral, a confiança no parceiro está atrelada ao grau de envolvimento no ato sexual.²⁰ Por este motivo, o fato de apresentar parceiro fixo parece produzir a sensação de um encontro sexual seguro, no qual a falta de confiança (uso do preservativo) abalaria a relação.

O número de clientes por semana, mais freqüente, foi de um a quatro e de cinco a oito. Pesquisa realizada com 180 prostitutas mostrou que em relação ao número de parceiros sexuais, 79% das mulheres relataram mais de 10 parceiros por semana. O Ministério da Saúde refere um aumento do risco para aquisição de DST em algumas situações: ter tido mais de um parceiro sexual nos últimos três meses, idade inferior a 20 anos, ter parceiro com corrimento uretral, entre outros.⁸

Na relação prostituta-cliente, observou-se menor preferência pelo sexo anal. Tal resultado corrobora pesquisa nacional que aponta a não-realização do sexo anal com o cliente por 60,2% das mulheres, enquanto apenas 17,6% não adotaram a prática oral com ele.¹⁵

Segundo a literatura, a taxa de infectividade pelo HIV para a mulher, em relação heterossexual vaginal única, varia de 0,08 a 0,2%. Se o coito for anal, essa taxa se eleva para 0,1 a 0,3%.²¹

O sexo anal é mais atendido pelas prostitutas do Nordeste, sendo que metade aceita fazê-lo e a outra metade nega. Contudo, as nordestinas são as que menos concordam em fazer sexo oral:

só 17,9% concordam sempre com o pedido do cliente. Já as prostitutas que mais fazem sexo oral no homem estão no Sudeste: apenas 10,9% nunca o aceitam.¹⁵

Apesar da totalidade da amostra referir o uso do preservativo com o cliente, observou-se que a freqüência de utilização deste não é constante. De modo geral, os comportamentos de prevenção das DSTs/HIV/Aids pelas prostitutas são mais freqüentes nas relações sem envolvimento, ou seja, nos programas.¹⁴ O uso do preservativo é uma condição profissional para a realização do sexo comercial, com média nacional de 67%.¹⁵

Um dos grandes desafios enfrentados pelas prostitutas se refere ao convencimento do cliente para o uso do preservativo. De um lado existe a resistência dele quanto à adoção de práticas seguras e, do outro, a fragilidade da prostituta ao lidar com tal situação. Desse modo, além da percepção do risco de infecção por DST/HIV/Aids, são necessárias habilidades das prostitutas para lidar com as diversas situações.⁵ A maior vulnerabilidade envolve o preço e a quantidade de programas, a autonomia de negociação direta com o cliente e o acesso a preservativos.¹³

Como evidenciado, foi alto o percentual de prostitutas que relataram algum tipo de DST e se submeteram a tratamento. Mas é preocupante a existência de duas participantes que não o fizeram, tendo em vista o perigo da cadeia de transmissão.

A interrupção da transmissão das DSTs se dá mediante detecção precoce dos casos e de seus parceiros, com a realização do tratamento adequado.²² Contudo, o difícil acesso aos serviços de saúde leva muitos pacientes a fazer o tratamento em casa, diante da facilidade de compra de medicamentos. Assim, se faz necessário identificar os obstáculos enfrentados pelas pessoas com DST e seus parceiros, pois esse é o ponto essencial para a quebra da cadeia de transmissão. Autores afirmam que as instituições de saúde pública ainda embasam seus atendimentos em pressupostos estabelecidos, como grupo de risco para as infecções sexuais, o que pode ocasionar um receio do preconceito sofrido na procura dos atendimentos oferecidos.²³

Das diversas DSTs, a gonorréia, a mais referida, é provocada por uma bactéria que pode causar infecção de mucosa, local ou disseminada. Também é comum a infecção assintomática, considerada de alta contagiosidade.²⁴

CONCLUSÃO

Conclui-se que o comportamento sexual das prostitutas, com destaque para o início precoce da vida sexual, um número significativo de clientes por semana, o não uso do preservativo com o parceiro fixo, a inconsistência do uso do preservativo com o cliente, é vulnerável à propagação das DSTs/HIV/Aids.

O fato dessas mulheres iniciarem sua vida sexual precocemente, com elevado número de parceiros diferentes e histórias sexuais desconhecidas, além de permanecerem por muito tempo nessa profissão, as torna vulneráveis à aquisição de DST, sobretudo quando deixam de usar o preservativo. Esta vulnerabilidade persiste também na parceria fixa, que muitas vezes omite o risco de DST em face da estabilidade. Independente do parceiro, urge precaver-se. Se todas as práticas sexuais fossem realizadas com preservativo, o índice de prostitutas com DST seria menor.

Para a efetiva prevenção das DSTs/Aids é indispensável a percepção do indivíduo acerca de suas vulnerabilidades. Não basta apenas ter acesso à informação; é preciso adesão comportamental por parte do cliente. Diante da pandemia da atualidade, o vírus do HIV e a Aids têm se configurado como um dos mais sérios problemas de saúde pública, com alta taxa de morbi-mortalidade.²⁵ Isto justifica estratégias de educação em saúde sexual para a população em geral.

Portanto, o uso do preservativo em todas as relações deve ser incentivado, além do poder de argumentação da prostituta junto ao cliente. Deve-se orientar acerca do risco de aquisição de DST com o parceiro fixo, pois a maioria não utiliza o preservativo com este parceiro. Essa é uma área de atuação dos profissionais de enfermagem, promotores da saúde, e, como tal, compete-lhes trabalhá-la.

A partir do momento em que os referidos profissionais passam a conhecer o perfil sexual da sua clientela, identificando suas principais vulnerabilidades, as ações de orientação e educação em saúde tornam-se direcionadas para a realidade vivenciada. Assim, a necessidade da clientela atendida torna-se mais provável de ser alcançada.

O presente estudo poderá estimular outros profissionais a executar trabalhos com vistas a proporcionar maior conhecimento das carências da sua clientela, favorecendo o planejamento das ações a serem desenvolvidas.

Cabe ao profissional de saúde refletir sobre seus valores pessoais e ser imparcial no atendi-

mento à população, como mandam os preceitos constitucionais. Tais reflexões são essenciais para a qualidade do serviço de saúde, pois a estigmatização e a discriminação podem limitar a execução de um trabalho de prevenção sério. Dessa forma, o respeito pleno dos direitos humanos é imprescindível para assegurar as conquistas garantidas na Constituição.

Sob a devida orientação dos profissionais, a população estudada poderá obter informações mais sólidas sobre os riscos advindos no desempenho das suas atividades e possivelmente aprender a se proteger de forma mais segura no intuito de evitar contaminações por doenças sexualmente transmissíveis.

REFERÊNCIAS

- 1 Bandeira L. Relações de gênero, corpo e sexualidade. In: Galvão L, Diaz J. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios. São Paulo (SP): Hucitec Population Council; 1999. p.177-89.
- 2 Ferreira MPS. AIDS: da violência aos direitos humanos à construção da solidariedade [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa de Pós-graduação em Enfermagem; 1999.
- 3 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Profissionais do sexo: documento referencial para ações de prevenção das DST e da Aids. Brasília (DF): MS; 2002.
- 4 Schaurich D, Padoin SMM. Do cuidado da mulher: questões de gênero e sua incorporação no contexto do HIV/AIDS. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2004 Abr-Jul; 8(1):101-8.
- 5 Naud P, Matos JC, Hammes LS, Stuczynski JV, Chaves EBM. Doenças Sexualmente Transmissíveis. In: Freitas F, Menke CH, Rivoire WA, Passos EP. Rotinas e Ginecologia. Porto Alegre (RS): Artmed; 2006. p.127-49.
- 6 Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Políticas e diretrizes de prevenção das DST/AIDS entre mulheres. Brasília (DF): MS; 2003.
- 7 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Boletim Epidemiológico - AIDS e DST. 2007 Jan-Jun; Ano IV(1):1-48.
- 8 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Manual de Controle das DST. Brasília (DF): MS; 2006.
- 9 Simon CP, Silva RC, Paiva V. Prostituição juvenil feminina e a prevenção da AIDS em Ribeirão Preto, SP. Rev de Saúde Pública. 2002 Ago-Set; 36(4):82-7.

- 10 Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004.
- 11 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução N^o. 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996.
- 12 Botelho SMN. Prostituição de adolescentes: uma imagem construída na adversidade da sociedade [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo. Programa de Pós-graduação em Enfermagem; 2003.
- 13 Aquino PS. Desempenho das atividades de vida por prostitutas [dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2007.
- 14 Oltramari LC, Camargo BV. Representações sociais de profissionais do sexo sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e contracepção. *Psicol teor prat.* 2004 Dez-Jun; 6(2):75-87.
- 15 Guimarães K, Merchán-Hamann E. Comercializando fantasias: a representação social da prostituição, dilemas da profissão e a construção da cidadania. *Rev Estud Fem.* 2005 Set-Dez; 13(3):525-44.
- 16 Rieth F. A iniciação sexual na juventude de mulheres e homens. *Horiz antropol.* 2002 Jun; 8(17):77-91.
- 17 Aquino OS, Eduardo KGT, Barbosa RCM, Pinheiro AKB. Reações a adolescente frente a gravidez. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2005 Ago-Nov; 9(2):214-20.
- 18 World Health Organization (WHO), Department of Child and Adolescent Health and Development, Department of Reproductive Health and Research. Adolescent pregnancy—Issues in Adolescent Health and Development. Geneva: WHO; 2004.
- 19 Roper N, Logan W, Tierney AJ. O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney. Lisboa (PT): Climepsi; 2001.
- 20 Vieira MAS, Guimaraes EMB, Barbosa MA, Turchi MD, Alves MFC, Seixas MSC et al. Fatores associados ao uso do preservativo em adolescentes do gênero feminino no município de Goiânia. *J Bras Doenças Sex Transm.* 2004 Out-Dez; 16(3):77-83.
- 21 Freitas F, Marmontel M. Violência sexual contra a mulher. In: Freitas F, Menke CH, Rivoire WA, Passos EP. Rotinas e Ginecologia. Porto Alegre (RS): Artmed; 2006. p.287-9.
- 22 Araujo MAL, Bucher JSNF, Bello PY. Eficácia do aconselhamento para doenças sexualmente transmissíveis em unidades e referência da cidade de Fortaleza-CE, Brasil. *J Bras Doenças Sex Transm.* 2004 Jan-Mar; 16(1):31-7.
- 23 Amaya A, Canaval GE, Viáfara E. Estigmatización de las trabajadoras sexuales: influencias en la salud. *Colomb Med.* 2005 Jul-Sep; 36(3):65-74.
- 24 Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2005.
- 25 Barroso LM M, Galvão MTG. Avaliação de atendimento prestado por profissionais de saúde a puérperas com HIV/AIDS. *Texto Contexto Enferm.* 2007 Jul-Set; 16(3):463-9.