

Sentidos da qualidade de vida para trabalhadoras sexuais: estrutura das representações sociais

Meanings of quality of life for sex workers: structure of social representations

Sentido de calidad de vida para trabajadoras sexuales: estructura de las representaciones sociales

Pablo Luiz Santos Couto¹  <https://orcid.org/0000-0002-2692-9243>


Luana Costa Ferreira²  <https://orcid.org/0000-0003-3739-7171>

Antônio Marcos Tosoli Gomes³  <https://orcid.org/0000-0003-4235-9647>

Denize Cristina de Oliveira³  <https://orcid.org/0000-0002-0830-0935>

Samantha Souza da Costa Pereira⁴  <https://orcid.org/0000-0001-5978-520X>

Alba Benemerita Alves Vilela¹  <https://orcid.org/0000-0002-1187-0437>

Carle Porcino⁵  <https://orcid.org/0000-0001-6392-0291>

Virgínia Paiva Figueiredo Nogueira³  <https://orcid.org/0000-0001-7331-9715>

Como citar:

Couto PL, Ferreira LC, Gomes AM, Oliveira DC, Pereira SS, Vilela AB, et al. Sentidos da qualidade de vida para trabalhadoras sexuais: estrutura das representações sociais. Acta Paul Enferm. 2022;35:eAPE00986.

DOI

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022A000986>



Descritores

Profissionais do sexo; Qualidade de vida; Saúde da mulher

Keywords

Sex workers; Quality of life; Women's health

Descriptores

Trabajadores sexuales; Calidad de vida; Salud de la mujer

Submetido

27 de Abril de 2021

Aceito

7 de Dezembro de 2021

Autor correspondente

Paula Hino
E-mail: pabloluizsc@hotmail.com

Editor Associado (Avaliação pelos pares):

Paula Hino
(<https://orcid.org/0000-0002-1408-196X>)
Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, SP, Brasil

Resumo

Objetivo: Analisar os sentidos atribuídos por trabalhadoras do sexo à qualidade de vida evidenciados na estrutura das representações sociais.

Métodos: Estudo qualitativo baseado na Teoria das Representações Sociais, com 133 mulheres do Alto Sertão Produtivo Baiano. Aplicou-se um roteiro contendo o estímulo 'qualidade de vida' para o teste de evocação livre de palavras. As evocações foram analisadas com o quadro de quatro casas e a árvore máxima de similitude.

Resultados: Pressupõe-se que os sentidos atribuídos à qualidade de vida, presentes na estrutura central das representações das participantes, estão associados aos léxicos vida saudável, saúde mental, paz, proteção, segurança, dinheiro e família, remetendo a uma acepção positiva do conceito apontado pela Organização Mundial de Saúde. Contudo, evidencia-se um possível subgrupo na zona de contraste, talvez pelo contexto, vivências e experiências distintas das demais participantes, com destaque para as evocações tristeza, estresse e ansiedade, as quais remetem aos problemas enfrentados no cotidiano do serviço sexual.

Conclusão: Fez-se presente na estrutura das representações sociais das trabalhadoras sexuais, sentidos voltados à vida saudável e aos recursos financeiros (importante para sobrevivência delas e dos familiares) que remetem aos aspectos conceituais e atitudinais que conformam o conceito de qualidade de vida.

Abstract

Objective: To analyze the meanings attributed by sex workers to the quality of life evidenced in the structure of social representations.

Methods: Qualitative study based on the Theory of Social Representations, with a total of 133 women from the Alto Sertão Produtivo Baiano. A script containing the stimulus 'quality of life' was applied to the test of free evocation of words. The evocations were analyzed with the four houses chart and the maximum tree of similarity.

Results: It is assumed that the meanings attributed to quality of life, present in the central structure of the participants' representations, are associated with the words healthy life, mental health, peace, protection, safety, money and family, referring to a positive meaning of the concept pointed out by the World Health Organization. However, a possible subgroup in the contrast zone is evident, perhaps due to the context, experiences and experiences different from the other participants, with emphasis on the evocations of sadness, stress and anxiety, which refer to the problems faced in the everyday sexual service.

¹Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Bahia, Brasil.

²Centro Universitário FG, Guanambi, BA, Brasil.

³Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁴Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, MG, Brasil.

⁵Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

Conclusion: It was present in the structure of the social representations of sex workers, meanings focused on healthy life and financial resources (important for their and their family's survival) that refer to the conceptual and attitudinal aspects that shape the concept of quality of life.

Resumen

Objetivo: Analizar los sentidos atribuidos por trabajadoras sexuales a la calidad de vida evidenciados en la estructura de las representaciones sociales.

Métodos: Estudio cualitativo basado en la teoría de las representaciones sociales, con 133 mujeres del Alto Sertão Produtivo del estado de Bahia. Se aplicó un guion que contenía el estímulo "calidad de vida" en la prueba de evocación libre de palabras. Las evocaciones se analizaron con el cuadro de cuatro casas y el árbol máximo de similitud.

Resultados: Se presupone que los sentidos atribuidos a la calidad de vida, presentes en la estructura central de las representaciones de las participantes, están asociados a los léxicos vida saludable, salud mental, paz, protección, seguridad, dinero y familia, que remite a una aceptación positiva del concepto indicado por la Organización Mundial de la Salud. Sin embargo, se evidencia un posible subgrupo en la zona de contraste, tal vez por el contexto, las vivencias y las experiencias distintas de las demás participantes, con énfasis en las evocaciones tristeza, estrés y ansiedad, que remiten a los problemas enfrentados en la cotidianidad del servicio sexual.

Conclusión: En la estructura de las representaciones sociales de las trabajadoras sexuales, se observan sentidos orientados a la vida saludable y a los recursos financieros (importante para su supervivencia y la de sus familiares), que remiten a los aspectos conceptuales y actitudinales que conforman el concepto de calidad de vida.

Introdução

O serviço sexual remunerado e consentido, pode ser conceituado pela troca do prazer sexual (do cliente) por renda ou outros meios que possibilitem não só às mulheres cisgêneras, mas também alguns homens e mulheres transexuais e travestis inseridas nessa prática, forma de sustento/subsistência, a qual antecede o capitalismo e caminha junto ao desenvolvimento histórico das civilizações.⁽¹⁻³⁾ Para as teóricas feministas progressistas, o trabalho sexual deve ser regulamentado, a fim de garantir direitos trabalhistas e amparo legal do Estado.^(1,3-5)

A sociedade atual é permeada por iniquidades de gênero, raça e classe social. Mulheres em especial, por serem tradicionalmente vistas como um segmento inferior, são inseridas em um enredo impregnado por preconceitos e desvalorizações que culminam em diversas situações que as tornam vulneráveis, como o trabalho sexual.⁽⁶⁾ Salienta-se que o conceito de vulnerabilidade extrapola/diverge de risco ou comportamento de risco, por trazer à tona a noção de exposição, acometimento aos agravos e rompimento com a ideia culpabilizadora fomentada pelo risco. Nesse sentido, a vulnerabilidade foi pensada, a *posteriori* do início da pandemia da AIDS (no princípio da década de 1990), para explicar o contexto e situações que fomentavam o adoecimento de determinados grupos sociais.⁽⁷⁻⁸⁾

Assim, pensar em vulnerabilidade é entender que aspectos sociais e do Estado, como as políticas

públicas e os serviços em questão, contribuem para a presença de obstáculos que interferem no processo saúde-doença de grupos populacionais.⁽⁸⁾ Portanto, trabalhadoras do sexo, conformam um grupo social que historicamente têm sido desamparadas pelo Estado, com seus direitos negados e em possibilidade de serem acometidas por um agravo à saúde, são consideradas vulneráveis.⁽⁷⁾

Isso contribui para que elas estejam em um grupo de maior susceptibilidade a agravos em decorrência do estigma, preconceito, violência advindas da ação dos clientes e, principalmente, da ausência de políticas públicas que garantam proteção e o acesso aos serviços de saúde. Os estereótipos imputados ao trabalho sexual interferem, sobremaneira, no dia a dia, nos indicadores sociodemográficos, no processo saúde-doença e no conhecimento/percepção da qualidade de vida.⁽⁹⁻¹¹⁾

O termo qualidade de vida é determinado como uma variável subjetiva e apenas o indivíduo, a partir das suas vivências consegue avaliar e determinar de forma qualitativa.⁽¹²⁾ A Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe a avaliação ou percepção da qualidade de vida por intermédio de um conjunto de elementos, englobando o bem-estar espiritual, físico, mental, relacionamento social, questão financeira, educacional, cultural e aspectos inerentes ao saneamento básico.^(12,13)

Portanto, o objetivo é analisar os sentidos atribuídos por trabalhadoras do sexo à qualidade de vida evidenciados na estrutura das representações sociais.

Métodos

Estudo descritivo e qualitativo, fundamentado na abordagem estrutural da Teoria das Representações Sociais (TRS), que remete à forma como o núcleo central se organiza e se estrutura. Reitera que a TRS emerge do conhecimento formulado a partir do senso comum, composto por significados e sentidos construídos e compartilhados dentro de um grupo de pertença, que reverberam em práticas e comportamentos.⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ O núcleo central é rígido, permanente e difícil de ser modificado, dando sentido às representações sociais. A estrutura representacional é conformada, também, por um sistema periférico, que está concatenado aos atributos práticos e comportamentais exercidos por pessoas.^(17,18)

As trabalhadoras sexuais que contribuíram com a pesquisa são oriundas do Alto Sertão Produtivo Baiano, cuja região de abrangência é composta por 19 municípios e cerca de 400.000 habitantes.⁽⁹⁾

A amostra foi do tipo não probabilística e a seleção das participantes se deu por conveniência. Participaram 133 mulheres (cisgêneras, pois não foram localizadas mulheres trans ou travestis) que atenderam aos critérios de inclusão: possuir idade igual ou superior a 18 anos e estar no trabalho sexual durante o período da coleta de dados. Por ser difícil estimar esta população, adotou-se como técnica de seleção e recrutamento das participantes a *Snowball* (Bola de Neve).⁽¹⁹⁾ O pesquisador fez a aproximação inicial através dos agentes comunitários de saúde, os quais iniciaram a *snowball*, sendo responsáveis por localizar, indicar e fazer os convites às mulheres para participarem, que mais tarde também foram indicando outras participantes.⁽¹⁹⁾

A coleta de dados foi realizada individualmente, em sala reservada no interior de duas Unidades Básicas de Saúde com equipes de Saúde da Família, entre os meses de abril de 2017 a junho de 2018. Entretanto, algumas participantes não puderam deslocar-se até essas unidades e, por isso, solicitaram o agendamento para responder ao instrumento nas suas residências ou locais de trabalho.

Para tanto, foi elaborado um roteiro pelos pesquisadores, que continha questões para a caracterização das participantes e o Teste de Evocação Livre

de Palavras (TALP) ao estímulo indutor “qualidade de vida”. O pesquisador responsável e duas monitoras de graduação (previamente treinadas) foram os responsáveis pelo preenchimento do instrumento com as palavras evocadas, na medida em que as participantes falavam rapidamente até cinco palavras que viesse à mente em associação ao estímulo. Salienta-se que o tempo médio de resposta foi de 35 segundos para cada participante, a qual não foi audiogravada.

As evocações decorrentes do TALP foram digitadas no *software Microsoft Word* 2016, em seguida organizadas em um banco de dados para processamento no *software EVOC* 2003, que produziu o Quadro de Quatro Casas, através da hierarquização expressa pela frequência e ordem média de evocação (OME), para análise prototípica, considerando critérios de hierarquia e saliência, destacando o seu provável núcleo central e seu sistema periférico.^(17,18)

Em seguida, procedeu-se a análise de similitude, com o intuito de aprofundar o grau de conexão e coocorrência dos elementos centrais e periféricos, dispostos no quadro de quatro casas.⁽²⁰⁾ A Árvore Máxima de Similitude (representação gráfica com conexão dos elementos sem a formação de um ciclo), se constitui por meio de cálculos de coocorrência entre os termos, o índice de similitude das palavras (duas a duas) que fazem parte de todo o quadro, considerando-se apenas os participantes que evocaram, ao menos, duas palavras.^(20,21) Assim, excluiu-se 26 participantes, que não evocaram ao menos duas palavras, permanecendo 107 na análise de similitude. Para proceder com o cálculo manual dos índices, foi configurada uma tabela de coocorrências no *software Microsoft Excel* versão 2016, prosseguindo com o índice de similitude para cada par de palavras, ou seja, dividindo o número de vezes em que os pares de palavras surgiram pelo número de participantes que evocaram ao menos duas palavras presentes no quadro.

Durante o processo de operacionalização da pesquisa os autores cumpriram as normas e critérios de rigor da qualidade com as diretrizes do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com protocolo de nú-

mero 2.007.080 em 2017 e todas as suas etapas seguiram as recomendações da ética em pesquisa que envolve seres humanos.

Resultados

A maioria das participantes tinha idade entre 18 e 35 anos (78,2%); possuía baixo nível de escolaridade, ensino fundamental completo (63,6%); declararam-se negras (63,4%); católicas (65,1%); trabalhavam há menos de 5 anos (68,1%); usavam preservativos nas relações sexuais (67,8%); adotavam o uso de anticoncepcional (66,7%) e não estavam satisfeitas com a profissão (48,4%). A constituição dos valores para a composição do quadro de quatro casas (Quadro 1), identificando os elementos possivelmente participantes do núcleo central e os elementos periféricos foi extraída do relatório *Rangmot*, emitido pelo *software* EVOC. Esses indicadores foram: frequência mínima = 11, frequência intermediária > 26 e Ordem Média das Evocações (OME) = 3,0. Verificou-se que a expressão indutora “qualidade de vida” produziu um total de 661 termos evocados, dos quais 64 eram diferentes.

Quadro 1. Configuração estrutural da representação social da “qualidade de vida”: elementos centrais e periféricos entre trabalhadoras sexuais (n=133)

Elementos do núcleo central			Elementos da 1ª periferia		
Frequência > 26 – OME < 3,0			Frequência > 26 – OME > 3,0		
Elemento	Freq.	OME	Elemento	Freq.	OME
Vida saudável	63	2,968	Saúde mental	34	3,118
Segurança	47	2,979	Amor	32	3,625
Dinheiro	29	2,345	Proteção	30	3,200
Amor-próprio	26	2,885	Cuidado	26	3,731
Elementos da zona de contraste			Elementos da 2ª periferia		
Frequência < 26 – OME < 3,0			Frequência < 26 – OME ≥ 3,0		
Elemento	Freq.	OME	Elemento	Freq.	OME
Felicidade	18	2,000	Família	25	3,640
Tristeza	18	2,500	Conforto	23	3,304
Estresse	16	2,688	Autoestima	21	3,143
Prevenção	16	2,077	Paz	18	3,556
Ansiedade	16	1,938	Ter amigos	15	3,600
			Estar bem fisicamente	13	4,308
			Respeito	12	3,500

As palavras dispostas no provável núcleo central (Figura 1), atendem a dois critérios, possuir maior frequência e ser respondidas prontamente. São destacados os termos ‘vida saudável’, ‘prevenção’, ‘di-

nheiro’ e ‘amor-próprio’ que conformam o sistema simbólico representacional, pois fazem referência à memória coletiva deste grupo social do conceito sobre qualidade de vida. Na primeira periferia encontram-se os elementos com alta frequência, mas não evocados prontamente: ‘saúde mental’, ‘amor’, ‘proteção’ e ‘cuidado’. São mais flexíveis, concretos e mais acessíveis. No quadrante inferior esquerdo estão os termos com baixa frequência, mas evocados imediatamente. Essa particularidade confere característica ambígua à zona de contraste: ‘felicidade’, ‘tristeza’, ‘estresse’ e ‘prevenção’. Destaca-se que os estes três últimos elementos se contrapõem pela sua negatividade aqueles que compõem o provável núcleo central, indicando subgrupo minoritário entre as participantes. Os termos menos frequentes e evocados tardiamente configuram a segunda periferia (quadrante inferior direito): ‘família’, ‘conforto’, ‘autoestima elevada’, ‘paz’, ‘ter amigos’, ‘estar bem fisicamente’ e ‘respeito’. Tais palavras, fazem interface entre representação e práticas sociais, ou seja, as trabalhadoras do sexo representam aspectos da qualidade de vida não apenas voltados à presença de saúde, mas a todo um sistema social saudável que almejam. As evidências sobre como ocorre a centralidade representacional podem ser aprofundadas por intermédio da análise de similitude, por meio do maior grau/força de conexão entre os elementos presentes na árvore máxima de similitude (Figura 1).

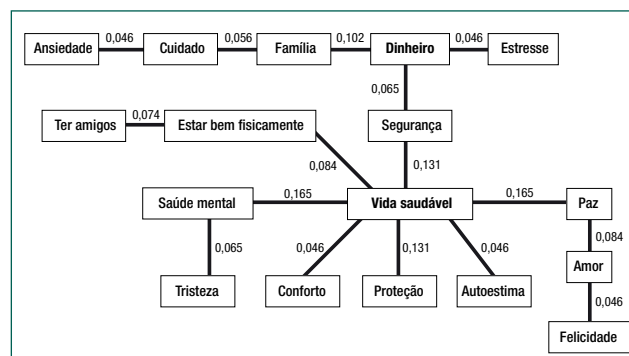


Figura 1. Árvore Máxima de Similitude com a conexão entre as evocações sobre “qualidade de vida” (n=107)

Verifica-se na árvore que a expressão vida saudável é o termo mais importante para o entendimento da centralidade representacional, pois organiza as

demais conexões e estabelece nove ligações com outras palavras. O segundo elemento em destaque na árvore é o termo dinheiro, por fazer três conexões e apresentar um dos índices altos. O elemento vida saudável faz quatro das cinco conexões mais fortes: com saúde mental (0,165), paz (0,165), proteção (0,131) e segurança (0,131). Essa última ligação com segurança merece realce, visto que ambos os termos compõem o núcleo central. A quinta conectividade mais forte é entre dinheiro e família (0,102). Logo, os léxicos vida saudável, saúde mental, paz, proteção, segurança, dinheiro e família, tendem a ser centrais na representação social da qualidade de vida, assim como 'prevenção' e 'amor-próprio'.

Discussão

Os resultados suprarreferidos indicam que futuras pesquisas devam contemplar a relação existente entre aspectos psicológicos e a avaliação da qualidade de vida das trabalhadoras sexuais, pois evidenciou-se na estrutura representacional associação com a saúde mental. No entanto, como a *priori*, indagações sobre agravos psicoemocionais não esteve presente no roteiro de coleta de dados, algumas interpretações não foram aprofundadas e, portanto, constituiu-se em um fator limitante do estudo.

Analisar os sentidos da qualidade de vida para trabalhadoras sexuais contribuirá para que profissionais de saúde, a exemplo de enfermeiros, tenham uma compreensão ampliada na promoção à saúde a essas mulheres, para além da prevenção e tratamento de IST, o que garantirá avanços no planejamento do cuidado ofertado, congruente a aspectos que viabilizem boa percepção da qualidade de vida: apoio e denúncia à violência sofrida nas ruas, promoção ampla da saúde sexual, reprodutiva e mental (como a detecção de agentes estressores), para assim destinar uma assistência humanizada e acolhedora, livre de estigmas, preconceitos e juízos de valor.

Nesta perspectiva, o condicionamento das trabalhadoras sexuais, frente às suas convicções formadas socialmente determina a representação positiva ou não da qualidade de vida.^(2,11,12) Ao mesmo tempo que existem algumas que associam-na à um maior

acesso aos serviços de saúde, outras condicionam ao bem-estar mental e/ou a obtenção de poder aquisitivo.⁽²²⁾ As construções mentais que conformam as representações sociais são desveladas na medida em que as práticas desenvolvidas no cotidiano mostram a realidade que os grupos sociais se inserem e o quanto influenciam e são influenciados por ela, numa troca de vivências, ideias e atitudes entres os envolvidos.^(15,16) Nesse sentido, as mulheres que vivenciam o serviço sexual remunerado, revelam as situações e contribuem para associação à qualidade de vida, ou seja, diante de um cotidiano multifacetado, há problemas que aumentam as demandas e necessidades.

O debate conceitual sobre qualidade de vida vai além de argumentos reducionistas de associação à saúde, dinâmica biológica em boa conformidade ou ausência de mecanismos patológicos. Os indicadores que permeiam este termo são influenciados por variáveis como educação, cultura, lazer, expectativa de vida, aspectos biopsicossociais, e acima de tudo, o contexto de inserção individual e suas interrelações.^(12,13)

No presente estudo, há evidências da articulação de vida saudável e amor-próprio na compreensão da qualidade de vida e está correlacionado com o autocuidado, o respeito à sua intimidade e ao amor-próprio. Estudo anterior apontou que apesar de utilizarem seus corpos no ambiente ocupacional, determinam quais práticas sexuais são consentidas, decidindo a utilização do preservativo na relação sexual, como proteção do corpo e manutenção da saúde.⁽²³⁾

O amor-próprio mostrou-se correlacionado em outra pesquisa desenvolvida com profissionais do sexo de Belo Horizonte, no qual criticou-se a idealização simbólica de mulher "suja", "precária", pois muitas praticavam cuidados com a higiene íntima, aparência física; portanto, uma forma de experimentar a sensação de bem-estar emocional e psíquico, à medida que reforçam a autoestima cuidando de si.⁽²⁴⁾ Além disso, o amor-próprio pode ter relação com aspectos subjetivos de autoestima, como o respeito a sentimentos e emoções próprias para enfrentamento das imposições impostas pelos clientes, frente às questões de gênero e as relações de poder que circundam essa profissão.^(5,6-9)

O estigma socialmente enraizado acerca da transmissão do HIV que ainda é atribuído a essas mulheres deixa de fazer jus, na medida em que realizam práticas sexuais protegidas e desempenham a autonomia sexual, apesar de algumas (ainda) serem subjugadas a aceitação de toda e qualquer atividade em busca de ascensão financeira.^(23,25) Entretanto, outras pesquisas consultadas não apontam o rompimento deste paradigma social na esfera do Estado, responsabilizando-as também pela expansão das IST com estereótipo de soropositivas.^(1,23-25)

As representações sociais, ao longo do tempo, vem apresentando na sua estrutura que as trabalhadoras sexuais têm ressignificado as suas demandas e o cotidiano da profissão, uma vez que o serviço é prestado com seu corpo e, com ele, aqui é posto que o (auto)cuidado é fundamental para o funcionamento dele.^(5,9) A garantia de uma vida saudável e cuidado com o aspecto físico, emocional e espiritual na sua máxima plenitude enseja a obtenção de recursos financeiros.^(6,11,26)

O dinheiro conquistado com esta ocupação subsidia o sustento delas e da família, facilitando a aquisição de bens de consumo e autocuidado e acessar serviços de saúde privados, corroborado em pesquisas na França⁽⁵⁾ e no Brasil, as quais demonstraram que os profissionais à frente do Sistema Único de Saúde não as atendem de forma universal, integral e equânime.^(11,12,26) Estudos de outrora mostraram que o dinheiro foi representado como sinônimo da sexualidade (dimensão da qualidade de vida) pois, o objetivo de estarem no trabalho sexual é a aquisição de renda.^(9,24,27-30)

As mulheres inseridas no serviço sexual remunerado e consentido desenvolvem um novo sistema de produção social e decolonial, visto que rompem com paradigmas e desejos contra-coloniais, já que são ao mesmo tempo mães, irmãs, vizinhas, amantes, esposas ou namoradas e ‘profissionais do sexo’, para obtenção de renda e independência,^(1,31,32) como apresentou estudo etnográfico desenvolvido na fronteira amazônica entre Brasil, Colômbia e Peru.⁽³²⁾

Confirma-se que as representações sociais, enquanto instâncias do saber prático, são constituídas na percepção e diálogo sobre senso comum, contexto social

e ideativo que cada pessoa está inserida.^(15,16) Assim, as representações dessas mulheres vão se estruturando enquanto desempenham o trabalho sexual e, mesmo com as demandas necessárias para sobrevivência e subsistência, inibem o acesso aos serviços de saúde.

A literatura aponta o avanço sistemático da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que possui em suas premissas a visualização do feminino para além do aspecto reprodutivo. O déficit na execução prática desta política potencializa a desassistência das trabalhadoras sexuais, ao serem subjugadas ao preconceito e, expostas a uma corporação as caracterizam como promíscuas e transgressoras do bem-estar social.^(27,28)

Embora relacionasse aspectos positivos da qualidade de vida na estrutura representacional, os achados da presente pesquisa demonstraram que há insuficiência na questão da segurança. A particularidade de ser mulher, trabalhadora sexual, pobre e em sua maioria pretas (interseccionalidades que potencializam as iniquidades sociais), as induzem a insegurança para realizarem suas atividades, tendo em vista o temor de serem violentadas e julgadas como culpadas.^(1,2,29)

Tal condição reflete no alto índice de feminicídio no Brasil, onde o fato de ser mulher, já é o suficiente para ‘justificar’ o comportamento violento do homem, ainda mais quando as trabalhadoras sexuais se enquadram no ideal pejorativo da figura feminina, atrelada a algum panorama de expressão da sexualidade.^(28,30) Essas situações corroboram com evidências de um estudo desenvolvido na Malásia e outro no México, sobre a responsabilização das mulheres no contexto de violências,^(21,31) pelo Estado considerar que elas violam os comportamentos esperados para as mulheres.^(21,31,32)

Outrossim, destaca-se que um subgrupo das participantes do presente estudo representaram a qualidade de vida com uma conotação negativa, verificado na zona de contraste. Mesmo constituindo uma minoria, verbalizaram léxicos afetivo-atitudeis como tristeza, estresse, ansiedade, tendo na felicidade uma concepção distante e utópica. Esta compreensão mostrou-se representada, em estudos anteriores, em associação às condições vivenciadas: abuso físico, psicológico e a submissão aos homens.^(7,24,30,33)

Desta maneira, sugere-se que o fato de estarem se prostituindo se deve aos impasses vivenciados no passado e presente, tais como questões econômicas, familiares, dificuldades de integração no mercado de trabalho, baixa escolaridade, falta de emprego e aspectos afetivos.^(5,9-31-34) Esta questão remete ao déficit de oportunidades, resultando em um estado de pobreza extrema e falta de acesso a serviços básicos, sendo fator preponderante para a busca de subsistência com o trabalho sexual,^(2,3,5) demonstrado, também, em um estudo inglês, que apontou a falta de oportunidades como barreiras enfrentadas pelas trabalhadoras sexuais para acessar serviços de saúde.⁽³³⁾

Destarte, as representações sociais são compreendidas na medida em que se apresentam estruturadas em ideias, ideologias, atitudes e comportamentos, refletidos nos sentidos atribuídos a situações vivenciadas no cotidiano.^(15,16) Nesse contexto, ao apreender-se os termos associados à qualidade de vida com as trabalhadoras sexuais, percebe-se correlações estabelecidas com saúde mental, amor, cuidado, sugerindo uma noção subjetiva e positiva desta representação. Em decorrência de tal subjetividade, necessita-se de um amparo biopsicossocial na assistência prestada pelos serviços públicos de saúde,⁽³⁴⁾ como foi evidenciado em estudos desenvolvidos tanto no Reino Unido,⁽³⁴⁾ quanto no Brasil⁽¹⁰⁾ ao apontar que elas não querem serem vistas apenas como mulheres em busca de tratamento para IST.^(10,34)

Conclusão

Os sentidos da qualidade de vida, presentes na estrutura representacional elaboradas por trabalhadoras sexuais, mostraram-se relacionados a uma aceção positiva e conceitual conforme é apontado pela OMS, a partir do pressuposto de ter saúde para manutenção do corpo saudável e da aquisição de dinheiro para adquirir bens e o sustento próprio e da família. Em contrapartida, evidenciou-se na zona de contraste um subgrupo que compreende de forma negativa a qualidade de vida que, certamente, remete aos problemas enfrentados no cotidiano do serviço sexual.

Colaborações

Couto PLS, Ferreira LC, Gomes AMT, Oliveira DC, Pereira SSC, Vilela ABA, Porcino C e Nogueira VPF declaram que contribuíram com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. Leite GS, Murray L, Lenz F. The Peer and Non-peer: the potential of risk management for HIV prevention in contexts of prostitution. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18 Suppl 1:7-25. Review.
2. Martynowskyj E. Prostituição e feminismo(s). Disputas de reconhecimento nos Encontros Nacionais de Mulheres (Argentina, 1986-2017). *Sex Salud Soc*. 2018;30:22-49.
3. Silva AP, Santos CR, Carvalho MG. Entre prazeres e sofrimentos: vivências subjetivas de trabalhadoras sexuais em São Paulo. *Cad Psicol Social Trab*. 2018;21(2):181-95.
4. Piscitelli A. Sexual economies, love and human trafficking – new conceptual issues. *Cad Pagu*. 2016;47:e16475.
5. Broqua C, Combessie P, Deschamps C, Rubio V. La sexualité au cœur des échanges intimes. *Jour des Anthropol*. 2019;(156-157):21-35.
6. Medrado AC, De Jesus ML. Ainda assim me levanto 1^o: as narrativas históricas e a construção do eu feminino. *Estud Pesqui Psicol*. 2018;18(4):1348-71.
7. Bertolozzi MR, Nichiata LY, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Val LF, et al. The vulnerability and the compliance in collective health. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(Spe 2):1326-30.
8. Ayres JR, Paiva V, França I Jr, Gravato N, Lacerda R, Della Negra M, et al. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. *Am J Public Health*. 2006;96(6):1001-6.
9. Couto PL, Montalvão BP, Vieira AR, Vilela AB, Marques SC, Gomes AM, et al. Social representations of female sex workers about their sexuality. *Inv Educ Enferm*. 2020;38(1):e03.
10. Leal CB, Souza DA, Rios MA. Aspectos de vida e saúde das profissionais do sexo. *J Nurs UFPE On Line*. 2017;11(11):4483-91. Review.
11. Belém JM, Alves MJ, Pereira EV, Maia ER, Quirino GS, Albuquerque GA. Prostituição e saúde: representações sociais de enfermeiras na estratégia saúde da família. *Rev Baiana Enferm*. 2018;32:e25086.
12. Domingues JP, Oliveira DC, Marques SC. Quality of life social representations of people living with HIV/AIDS. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(2):e1460017.
13. Carter A, Greene S, Money D, Sanchez M, Webster K, Nicholson V, Brotto LA, Hankins C, Kestler M, Pick N, Salters K, Proulx-Boucher K, O'Brien N, Patterson S, de Pokomandy A, Loutfy M, Kaida A; CHIWOS Research Team. Supporting the Sexual Rights of Women Living With HIV: A Critical Analysis of Sexual Satisfaction and Pleasure Across Five Relationship Types. *J Sex Res*. 2018;55(9):1134-54.

14. Marková I. The making of the theory of social representations. *Cad Pesq.* 2017;47(163):358-75.
15. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Rio de Janeiro: Vozes; 2015. 408 p.
16. Jodelet D. Representações sociais e mundos da vida. Curitiba: Champagnat; 2017. 544 p.
17. Wolter RP, Sá CP. A relação entre representações e práticas: a trilha esquecida. *Rev Int Cien Soc Hum.* 2013;23(1-2):87-105.
18. Wakiuchi J, Oliveira DC, Marcon SS, Oliveira ML, Sales CA. Meanings and dimensions of cancer by sick people – a structural analysis of social representations. *Rev Esc Enferm USP.* 2020;54:e03504.
19. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas.* 2014;22(44):203-20.
20. Rodrigues AS, Oliveira JF, Suto CS, Coutinho MP, Paiva MS, Souza SS. Care for women involved with drugs: social representations of nurses. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(1):71-8.
21. Donato SP, Ens RT, Favoreto ED, Pullin EM. Da análise de similaridade ao grupo focal: estratégias para estudos na abordagem estrutural das representações sociais. *Rev Educ Cult Contemp.* 2017;14(37):367-91.
22. Foley EE. Regulating sex work: subjectivity and stigma in Senegal. *Cult Health Sex.* 2017;19(1):50-63.
23. Couto PL, Gomes AM, Erdmann AL, Brito OO, Nogueira VP, Porcino C, et al. Co-relação entre marcadores de vulnerabilidade social e uso de preservativo por profissionais do sexo. *Saude Pesq.* 2019;12(3):591-9.
24. França M. Práticas e significados da aprendizagem no trabalho sexual. *Horiz Antropol.* 2017;23(47):325-49.
25. Villela WV, Monteiro S. Gênero, estigma e saúde: reflexões sobre prostituição, aborto e HIV / AIDS entre mulheres. *Epidemiol Serv Saúde.* 2015;24(3):531-40.
26. Caravaca-Morera JA, Padilha MI. Bodies in motion: spaces, emotions and representations that (de)construct realities. *Rev Esc Enferm USP.* 2017;51:e03203.
27. Thng C, Blackledge E, McIver R, Watchirs Smith L, McNulty A. Private sex workers' engagement with sexual health services: an online survey. *Sex Health.* 2018;15(1):93-5.
28. Karamouzian M, Foroosanfar Z, Ahmadi A, Haghdoost AA, Vogel J, Zolala F. How sex work becomes an option: Experiences of female sex workers in Kerman, Iran. *Cult Health Sex.* 2016;18(1):58-70.
29. Cruz NL, Ferreira CL, Martins E, Souza M. O cuidado à saúde das profissionais do sexo feminino: uma revisão narrativa. *Disciplinarum Sci.* 2016;17(3):339-52. Review.
30. Pasini E. Limites simbólicos corporais na prostituição feminina. *Cad Pagu.* 2015;14:181-200.
31. Montes LM, López RQ. Reflexiones sobre los cuerpos negados: mujeres mayas contemporáneas en Tahdziú, México. *Sex Salud Soc.* 2019;32:40-64.
32. Olivar JM. Género, dinero y fronteras amazónicas: la "prostitución" en la ciudad transfronteriza de Brasil, Colombia y Perú. *Cad Pagu.* 2017;(51):e175115.
33. Howard S. Covid-19: Health needs of sex workers are being sidelined, warn agencies. *BMJ.* 2020;369:m1867.
34. Mastrocola EL, Taylor AK, Chew-Graham C. Access to healthcare for long-term conditions in women involved in street-based prostitution: a qualitative study. *BMC Fam Pract.* 2015;16:118.