



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ
CAMPUS PROFESSOR ALEXANDRE ALVES DE OLIVEIRA
BACHARELADO EM ENFERMAGEM

JOANA NÁGILA RIBEIRO FIGUEIRA

REPERCUSSÕES DO TRABALHO SEXUAL NA SAÚDE MENTAL DAS
MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO

PARNAÍBA-PI

2025

JOANA NÁGILA RIBEIRO FIGUEIRA

**REPERCUSSÕES DO TRABALHO SEXUAL NA SAÚDE MENTAL DAS
MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Enfermagem da
Universidade Estadual do Piauí – UESPI,
Campus Professor Alexandre Alves de
Oliveira, como requisito parcial para a
obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Thatiana Araujo
Maranhão

PARNAÍBA-PI

2025

F475r Figueira, Joana Nágila Ribeiro.

Repercussões do trabalho sexual na saúde mental das mulheres profissionais do sexo / Joana Nágila Ribeiro Figueira. - 2025. 90f.: il.

Monografia (graduação) - Universidade Estadual do Piauí - UESPI, Campus Professor Alexandre Alves de Oliveira, Curso de Bacharelado em Enfermagem, 2025.

"Orientador: Profa. Dra. Thatiana Araujo Maranhão".

1. Saúde Mental. 2. Profissionais do Sexo. 3. Saúde Ocupacional. 4. Abuso de Drogas. 5. Violência Contra a Mulher. I. Maranhão, Thatiana Araujo . II. Título.

CDD 610.7

JOANA NÁGILA RIBEIRO FIGUEIRA

**REPERCUSSÕES DO TRABALHO SEXUAL NA SAÚDE MENTAL DAS
MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Coordenação do Curso de
Enfermagem da Universidade Estadual do
Piauí (UESPI), Campus Professor
Alexandre Alves de Oliveira, como parte
dos requisitos necessários à obtenção do
Grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 11/04/2025

BANCA EXAMINADORA

Profª. Drª. Thatiana Araujo Maranhão

Presidente

Profª. Drª. Maria do Socorro Candeira Costa Seixas

1º Membro Examinador

Profª. Me. Gisele Bezerra da Silva

2º Membro Examinador

AGRADECIMENTOS

À Deus, que sempre soube o melhor para mim, por ter me guiado e iluminado em cada passo desta jornada. Tudo acontece no tempo certo, e por isso sou grata.

À minha mãe, Nalva, minha inspiração de vida, aquela que sempre me impulsionou nos estudos, que sempre acreditou no meu potencial e sempre fez o possível e impossível para tornar meus sonhos realidade. Sou quem sou hoje graças a você, mãe. Ao meu pai, Francisco, por ter tornado possível minha permanência na faculdade, por estar presente quando pôde e por ter tornado essa pesquisa possível nos acompanhando nas entranhas de Parnaíba.

Ao meu irmão, Heitor, por ter me dado todo o suporte que precisei durante esses cinco anos, pelas caronas, pelo esforço que fez para me acomodar em Parnaíba e por sempre estar ali para mim quando precisei. Foi na sua casa que eu encontrei um momento de respiro durante a turbulência. À minha cunhada Rita, a irmã que eu sempre quis e encontrei nessa vida. Sem a sua paciência comigo durante aquele primeiro ano de faculdade, eu não estaria aqui hoje. Foram muitos surtos, e você sempre tinha a palavra certa, sabendo me acolher como ninguém.

À minha sobrinha Maria Luísa, minha vidinha, você sempre deixa os meus dias mais felizes, saber que eu tinha sua nuquinha para cheirar nos meus dias mais sombrios era o que me dava forças para continuar. Te amo mais que tudo nesse mundo, obrigada por me deixar ser sua titia babona.

À toda minha família pelo apoio, em especial, à minha Tia Conceição e às minhas primas, Ana Júlia, Mônica, Rosa Amélia, Milena e Maria Eduarda. Obrigada por acreditarem que eu conseguiria quando nem eu mesma acreditava.

Ao meu quarteto fantástico, que tornaram essa jornada mais leve, feliz e cheia de memórias inesquecíveis. À Aline, minha parceira e irmã, obrigada por ter me aguentado nesse processo, sei que não foi fácil. A sua crença em mim e na nossa pesquisa tornou isso possível. Você é tudo, menos, uma amiga primária! À Vitória, nossa amizade logo no início da faculdade me ajudou a navegar por aqueles anos. Juntas, nos incentivamos e compartilhamos nossos medos e anseios. Obrigada por ser você e por me acompanhar. À Poli, fico impressionada com a nossa conexão, amo como podemos nos comunicar só pelo olhar. Com você, sei que sempre vou encontrar honestidade e acalento. Obrigada por tornar essa jornada mais fácil.

À Cintya, obrigada por ouvir meus *podcasts*, por me incentivar nos momentos difíceis e por comemorar comigo cada pequena conquista. Ao meu amigo Thalís, pelos nossos encontros que eram uma constante nesse último ano e por dividir um pouco da sua genialidade comigo. Aos meus amigos João e Luiz, por sempre topar todos os rolês e me ajudar a desopilar quando era preciso. Às minhas migx Ana, Luiza e Paulinha, nossas saidinhas em meio ao caos fizeram toda a diferença. Aos meus amigos, Leanny, Venâncio, Karine, Isabella e Andréia, por sempre se fazerem presentes mesmo distantes, às vezes uma conversa com algum de vocês já acalmava meu coração e minha mente. Às minhas amigas Jaiana, Camila, Ana Livia e Aylana, pelas longas conversas, por sempre me ouvirem e por acreditarem em mim.

À minha querida e incrível orientadora, Thatiana Maranhão, por mostrar que a enfermagem é um mundo de oportunidades, por despertar a pesquisadora que existe em mim. Tive muita sorte em ter sido sua orientanda desde o início da faculdade e ter aprendido tanto. Obrigada por me oferecer oportunidades por meio do INFPAC e do PIBIC. A senhora é uma inspiração para mim, sou grata pela sua empatia, compreensão e por acreditar no meu potencial.

À professora Gisele Bezerra, pela sua influência marcante, por compartilhar os seus sonhos mais loucos com a gente, por todas as histórias compartilhadas, por confiar que sou capaz e pela inspiração constante ao longo desse processo. À professora Socorro Candeira, por ser referência e inspiração na enfermagem e ter aberto meus olhos para uma área profissional tão diversa.

Aos meus saudosos e desumildes, minha T25, teve pandemia, teve greve, teve eventos e mais eventos, não teve professor para estágio... é, meus amigos, conseguimos! Por isso que eu digo, nós conseguiremos passar por tudo nessa vida depois dessa graduação. Sou muito grata por ter tido vocês comigo para compartilhar essa trajetória que foi uma loucura, amo nossa união e a nossa turma.

À UESPI e a todos os professores, por todo o aprendizado, oportunidades e por ser parte essencial da minha formação.

Às mulheres que generosamente compartilharam suas percepções e vivências com as pesquisadoras e tornaram este estudo possível.

Por fim, agradeço a mim, por toda a dedicação, resiliência e persistência. Depois de muitos surtos, noites mal dormidas, projetos concluídos e eventos realizados, posso dizer que eu dei o meu máximo e consegui chegar até aqui. Obrigada por ter persistido!

RESUMO

Considerações Iniciais: a prática da prostituição tem sido compreendida como uma troca comercial do próprio corpo de forma consentida e acordada entre as profissionais do sexo e seus clientes, na qual o ato de ofertar prazer sexual é desvinculado de qualquer tipo de afeição ou atração física recíproca. Essas fazem parte de um grupo socialmente vulnerável, dada a diversidade de espaços nos quais circulam e trabalham. Estes predispõem as mulheres profissionais do sexo a maior fragilidade a sua saúde mental. Entretanto, o atual modelo de assistência não está adaptado à realidade e especificidades dessa categoria, o que contribui para o distanciamento dessas trabalhadoras dos serviços de saúde mental. **Objetivo:** analisar as repercussões do trabalho sexual na autopercepção de saúde mental de mulheres profissionais do sexo. **Métodos:** trata-se de estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa foi conduzida em dois estabelecimentos de entretenimento adulto do município de Parnaíba-PI, entre 02 de julho de 2023 e 03 de fevereiro de 2025. Realizou-se a técnica de análise de conteúdo temático-categorial proposta por Laurence Bardin, com auxílio dos *softwares* Atlas.ti® e I RaMuTeQ® para exploração e tratamento dos dados. **Resultados:** a amostra foi composta por 10 profissionais do sexo, pardas, jovens adultas com baixa escolaridade. As entrevistas resultaram em 19 unidades de registro, as quais foram agrupadas, em quatro categorias e três subcategorias. São elas: Relação entre o Trabalho Sexual e a Saúde Mental (Percepções sobre a Saúde Mental; Principais Sintomas Relatados; Fatores que Influenciam a Saúde Mental); Impacto da Violência. **Considerações Finais:** o trabalho sexual afeta negativamente o bem-estar psicológico das participantes, uma vez que fatores sociais, econômicos e estruturais agravam sua vulnerabilidade. Os achados apontam relatos comuns de tristeza profunda, ansiedade, estresse e depressão, intensificados pelo desgaste emocional da profissão, experiências de violência e uso abusivo de substâncias. O acesso limitado à assistência em saúde mental reflete barreiras como estigma e falta de acolhimento nos serviços. Pesquisas futuras devem explorar estratégias para reduzir o preconceito e fortalecer redes de apoio, contribuindo para políticas públicas mais inclusivas.

Palavras-chave: Saúde Mental; Profissionais do Sexo; Saúde Ocupacional; Abuso de Drogas; Violência contra a Mulher.

ABSTRACT

Initial Considerations: The practice of prostitution has been understood as a commercial exchange of one's own body in a consensual and agreed manner between sex workers and their clients, in which the act of offering sexual pleasure is unrelated to any type of affection or reciprocal physical attraction. These are part of a socially vulnerable group, given the diversity of spaces in which they circulate and work. These spaces predispose female sex workers to greater fragility in their mental health. However, the current care model is not adapted to the reality and specificities of this category, which contributes to the distancing of these workers from mental health services. **Objective:** to analyze the repercussions of sex work on the self-perception of mental health of female sex workers. **Methods:** this is an exploratory and descriptive study with a qualitative approach. The research was conducted in two adult entertainment establishments in the city of Parnaíba-PI, between July 2, 2023 and February 3, 2025. The thematic-categorical content analysis technique proposed by Laurence Bardin was carried out, with the aid of Atlas.ti® and IRaMuTeQ® software for data exploration and treatment. **Results:** the sample consisted of 10 sex workers, brown, young adults with low education. The interviews resulted in 19 registration units, which were grouped, into four categories and three subcategories. They are: Relationship between Sex Work and Mental Health (Perceptions of Mental Health; Main Symptoms Reported; Factors that Influence Mental Health); Impact of Violence. **Final Considerations:** sex work negatively affects the psychological well-being of participants, since social, economic and structural factors aggravate their vulnerability. The findings indicate common reports of deep sadness, anxiety, stress and depression, intensified by the emotional strain of the profession, experiences of violence and substance abuse. Limited access to mental health care reflects barriers such as stigma and lack of support in services. Future research should explore strategies to reduce prejudice and strengthen support networks, contributing to more inclusive public policies.

Key Words: Mental Health; Sex Workers; Occupational Health; Drug Abuse; Violence Against Women.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma da árvore de codificação. Parnaíba, Piauí, Brasil, 2025.	32
Figura 2 - Análise de similitude entre as palavras utilizando o software IRaMuTeQ®. Parnaíba, Piauí, Brasil, 2025.....	54
Figura 3 - Nuvem de palavras utilizando o <i>software</i> IRaMuTeQ®. Parnaíba, Piauí, Brasil, 2025.	55
Gráfico 1 - Tempo de atuação das Mulheres Profissionais do Sexo. Parnaíba, Piauí, Brasil, 2025.	36
Gráfico 2 - Sintomas experienciados pelas Mulheres Profissionais do Sexo. Parnaíba, Piauí, Brasil, 2025.	37
Gráfico 3 - Tipos de violência vivenciadas por Mulheres Profissionais do Sexo. Parnaíba, Piauí, Brasil, 2025.....	43
Gráfico 4 - Uso abusivo de álcool e drogas pelas Mulheres Profissionais do Sexo. Parnaíba, Piauí, Brasil, 2025.....	46

LISTA DE TABELA E QUADROS

Quadro 1 - Caracterização sociodemográfica das Mulheres Profissionais do Sexo. Parnaíba, Piauí, Brasil, 2025.....31

Tabela 1 - Codificação conforme critério de enumeração presença (ou ausência) e frequência utilizando o *software* Atlas.ti® Parnaíba, Piauí, Brasil, 2025.33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIQDA	<i>Artificial Intelligence for Qualitative Data Analysis</i>
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COREQ	<i>COnsolidated criteria for REporting Qualitative research</i>
IRaMuTeQ	<i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MPS	Mulheres Profissionais do Sexo
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PCAP	Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira
PL	Projeto de Lei
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
SUS	Sistema Único de Saúde
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UESPI	Universidade Estadual do Piauí
UR	Unidade de Registro
VCM	Violência Contra a Mulher
VG	Violência de Gênero
VPI	Violência por Parceiro Íntimo

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	13
1.1	Delimitação do tema	13
1.2	Justificativa	15
2	OBJETIVOS.....	18
2.1	Objetivo Geral	18
2.2	Objetivos Específicos.....	18
3	REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1	Políticas Públicas no Trabalho Sexual.....	19
3.2	Saúde Mental das Profissionais do Sexo	20
3.3	Violência Contra a Mulher	21
3.4	Uso Abusivo de Álcool e Drogas pelas Profissionais do Sexo	23
4	MÉTODOS	25
4.1	Tipo de Estudo	25
4.2	Cenário do Estudo	25
4.3	Participantes do Estudo e Critérios de Elegibilidade	26
4.4	Recrutamento das Participantes	26
4.5	Técnica de Produção dos Dados.....	27
4.6	Tratamento e Análise dos Dados.....	28
4.7	Aspectos Éticos e Legais	30
5	RESULTADOS	31
5.1	Relação entre o Trabalho Sexual e a Saúde Mental.....	33
5.1.1	Percepções sobre a Saúde Mental	34
5.1.2	Principais Sintomas Relatados.....	36
5.1.3	Fatores que Influenciam a Saúde Mental.....	39
5.2	Impactos da Violência na Saúde Mental	42
5.3	Vivências com o Uso Abusivo de Álcool e Drogas.....	45
5.4	Experiências na Busca por Assistência em Saúde Mental	49

5.5	Análise de Similitude	52
5.6	Nuvem de Palavras	54
6	DISCUSSÃO	57
6.1	Perfil das Profissionais do Sexo	57
6.2	Saúde Mental das Profissionais do Sexo	58
6.3	Violência contra as Profissionais do Sexo	60
6.4	Uso de Substâncias no Trabalho Sexual	62
6.5	Acesso aos Serviços de Saúde Mental pelas Profissionais do Sexo	63
6.5	Limitações do Estudo.....	65
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
	REFERÊNCIAS.....	68
	APÊNDICES	76
	Apêndice A – Declaração de Infraestrutura e Instituição “Bar da Boa <i>Drinks</i> ”	76
	Apêndice B - Declaração de Infraestrutura e Instituição “As Favoritas <i>Drinks</i> Bar”	77
	Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	78
	Apêndice D – Roteiro de Entrevista Semiestruturada	81
	ANEXOS	83
	Anexo A – Guia COREQ	83
	Anexo B – Parecer do CEP	85

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Delimitação do tema

A prática da prostituição tem sido compreendida como uma troca comercial do próprio corpo de forma consentida e acordada entre as profissionais do sexo e seus clientes, na qual o ato de ofertar prazer sexual é desvinculado de qualquer tipo de afeição ou atração física recíproca (Leal *et al.*, 2019; Couto *et al.*, 2023). Essa atividade tem sido uma constante ao longo da história, anterior à conformação das estruturas sociais patriarcais e das doutrinas religiosas conservadoras. Assim, a prostituição emergiu como uma estratégia para garantir a obtenção de renda para a subsistência (Couto *et al.*, 2023).

De acordo com um relatório realizado pela Fundação Scelles que analisou o fenômeno em 24 países, estima-se que há 40 a 42 milhões de mulheres exercendo a prostituição em escala mundial (Goldmann, 2011), esta foi a última pesquisa que tentou estimar o quantitativo dessa população. Da mesma forma, no Brasil, o último levantamento foi executado em 2013, mediante a Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira (PCAP). Os achados do estudo indicam que a proporção de mulheres profissionais do sexo (MPS) no país é estimada em 0,8% da população feminina de 15 a 64 anos, correspondendo aproximadamente a 500 mil mulheres (Brasil, 2016). A desatualização desses dados é um indicador de negligência com esse público e ressaltam a importância de abordagens inclusivas para lidar com os desafios enfrentados por essa categoria.

Paralelo a isso, é possível observar a mobilização social dessa classe e a construção da agenda governamental em prol dos avanços e desafios relacionados aos direitos humanos e à prostituição. Como resultado disso, temos o reconhecimento, em 2002, da categoria “profissional do sexo” pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), que a incluiu na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), viabilizado pela persistente luta dessas mulheres (Brasil, 2012a).

Pelo exposto, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) estabelece a priorização da atenção à saúde aos grupos de trabalhadores em situação de maior vulnerabilidade social e ocupacional, objetivando superar

desigualdades sociais e de saúde e promover a equidade na prestação de cuidados (Brasil, 2012b).

No entanto, apesar dos avanços, permanece uma lacuna significativa na legislação que negligencia a regulamentação adequada dessa prática. Isso evidencia que, apesar de legalizado o exercício do meretrício, este permanece marginalizado e permeado por estigmas sociais, dificultando o acesso às políticas públicas que garantam seus direitos (Dourado *et al.*, 2019). Nesse sentido, as MPS fazem parte de um grupo socialmente vulnerável, dada a diversidade de espaços nos quais circulam e trabalham, incluindo bares, prostíbulos, hotéis, praças, ruas e avenidas (Couto *et al.*, 2020a). Estes predisõem as mulheres profissionais do sexo a maior fragilidade a sua saúde mental.

Entretanto, o atual modelo de assistência não está adaptado à realidade e especificidades dessa categoria, o que contribui para o distanciamento dessas trabalhadoras dos serviços de saúde mental (Pastori; Colmanetti; Aguiar, 2022; Reynish *et al.*, 2022). Isso, por sua vez, resulta em lacunas no cuidado, aumentando a suscetibilidade de morbidades como doenças crônicas não transmissíveis, complicações relativas a abortamento induzido, depressão e outros transtornos mentais, além de perpetuar os estigmas relacionados à profissão (Pastori; Colmanetti; Aguiar, 2022).

Nessa perspectiva, torna-se evidente que a visão comum sobre as profissionais do sexo e a falta de conhecimento por parte da sociedade e das autoridades sobre seus aspectos sociodemográficos e condições de trabalho, as expõem ao risco de terem seus direitos cerceados e de enfrentarem dificuldades de acesso a serviços mínimos e básicos para a sobrevivência (Leal *et al.*, 2019). Muitas dessas mulheres possuem baixa escolaridade, falta de qualificação, condições socioeconômicas desfavoráveis, moradias precárias e relatos de situações de violência, dentre outras formas de vulnerabilidade (Couto *et al.*, 2020a).

Diante dessas circunstâncias, elas vislumbram nessa prática uma oportunidade de melhorar sua qualidade de vida e resolver esses problemas, ainda que os estigmas associados comprometam o seu bem-estar físico e psicológico, as relações interpessoais e, conseqüentemente, sua qualidade de vida, o que favorece uma avaliação negativa dessa e o surgimento de distúrbios mentais (Couto *et al.*, 2020a; Couto *et al.*, 2023).

Desse modo, é relevante considerar as repercussões do trabalho na saúde mental das MPS. Uma recente revisão sistemática apontou risco elevado de desenvolvimento de problemas de saúde mental neste grupo em comparação com a população em geral. Isso pode ser atribuído à maior exposição a fatores de risco, tais como as vivências de violência e o abuso de substâncias, o que torna fundamental o acesso a serviços básicos de saúde (Martín-Romo; Sanmartín; Veloso, 2023).

As trabalhadoras do sexo enfrentam uma vulnerabilidade adicional, a violência de gênero, relacionada à prática da prostituição, muitas vezes perpetrada por clientes, cafetões, policiais ou até mesmo por parceiros íntimos. Essas, portanto, apresentam o risco de trauma cumulativo resultante da polivitimização ou de violência cometida por múltiplos tipos de agressores (Peitzmeier *et al.*, 2021). Em um estudo conduzido em Camarões que avaliou as relações entre experiências de violência sexual, depressão e uso inconsistente de preservativo com clientes, verificou-se que 33% das entrevistadas sofreram violência sexual e, quase 50%, possuíam algum nível de depressão (Albeson *et al.*, 2019).

Dentro do cenário ocupacional, muitas profissionais enxergam o uso de álcool e drogas como uma forma de aumentar sua performance e interação com os clientes, ao mesmo tempo em que serve como um mecanismo de enfrentamento do próprio trabalho e da estigmatização associada a este (Lima *et al.*, 2017). Pesquisa realizada em Nairobi, sobre a associação do uso nocivo de álcool e drogas a fatores de risco sindêmicos, apontou o consumo de álcool, *cannabis* e anfetaminas relacionado ao aumento do risco de depressão/ansiedade entre MPS (Beksinska *et al.*, 2022a). Esses achados evidenciam a necessidade de incluir as trabalhadoras sexuais nos serviços de saúde mental que ofertam a integralização de intervenções que abranjam o uso nocivo de substâncias.

Em face do exposto, este estudo foi direcionado por meio da seguinte questão norteadora: Como as condições laborais repercutem na saúde mental das mulheres profissionais do sexo?

1.2 Justificativa

A escolha do tema se deu pela convicção da pesquisadora de que a saúde mental e a violência contra a mulher são questões interligadas e urgentes que exigem

atenção. Assim, surge o intento de explorar essas interseções complexas e, dessa forma, contribuir para um diálogo contínuo sobre a dignidade e os direitos das MPS.

Esta pesquisa justifica-se devido à importância de abordar a saúde mental das mulheres profissionais do sexo, visto que o estigma, a discriminação e a falta de conhecimento na sociedade e entre os profissionais de saúde mental são fatores que contribuem para o tratamento de exclusão das trabalhadoras do sexo. Esse cenário somado às condições laborais enfrentadas, exemplificadas pela rotina incomum, incompreensão da família, relutância em buscar os serviços de saúde e a exposição à violência, resultam em vulnerabilidades que podem gerar sentimentos de preocupação, vergonha, medo ou desconforto e provocar danos físicos e psicológicos (Reynish *et al.*, 2021; Lopes *et al.*, 2022; Couto *et al.*, 2019).

Sob esse viés, as dificuldades vivenciadas pelas MPS no acesso aos serviços básicos de saúde podem ser percebidas tanto por meio de atitudes negativas sutis quanto por discriminação explícita praticada por profissionais de saúde (Reynish *et al.*, 2022). Isso pode ser atribuído à dificuldade que esses têm de visualizar essas mulheres para além da sua atividade profissional, concentrando seus cuidados apenas na prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), deixando de lado questões como os conflitos subjetivos e interpessoais que as envolvem (Couto *et al.*, 2020b).

Esse quadro resulta em uma assistência inadequada ou na recusa em fornecer o tratamento, perpetuando o ciclo do estigma, o que pode contribuir para o agravamento de problemas psicológicos e dificultar a utilização dos cuidados de saúde mental (Reynish *et al.*, 2022). Com isso, é possível notar uma lacuna nos serviços existentes e a escassez de políticas públicas abrangentes, assim como a negligência estatal em atender às necessidades básicas dessa comunidade marginalizada (Couto *et al.*, 2022a).

É válido considerar também a limitação de pesquisas que abordam a saúde mental das trabalhadoras do sexo, posto que a maioria dos estudos são focados na saúde física ou sexual e condições de saúde pública associadas (Reynish *et al.*, 2021). Portanto, é imprescindível atenuar o déficit no conhecimento sobre essa temática para desenvolver intervenções mais eficazes e políticas públicas inclusivas. Destaca-se, por fim, que os achados oriundos dessa investigação poderão promover a

sensibilização pública sobre os desafios enfrentados por mulheres profissionais do sexo, promovendo empatia e compreensão.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar as repercussões do trabalho sexual na autopercepção de saúde mental de mulheres profissionais do sexo.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico das MPS;
- Verificar os principais sintomas de transtornos mentais (tristeza profunda, ansiedade, estresse, depressão) relatados por trabalhadoras do sexo;
- Compreender o impacto das experiências de violência sofridas pelas MPS;
- Investigar a vivência do uso abusivo de álcool e drogas pelas entrevistadas;
- Apreender as experiências dessas mulheres na busca por assistência em saúde mental.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Políticas Públicas no Trabalho Sexual

As políticas públicas exercem papel estratégico nas ações para assegurar direitos, cidadania e bem-estar social. Essas funcionam como instrumentos para identificar, planejar e implementar medidas que visam atuar em prol do interesse público, abordando necessidades específicas da sociedade de forma eficaz. Nesse ínterim, as profissionais do sexo representam uma das populações em situação de vulnerabilidade, ressaltando a escassez de políticas públicas que priorizem a promoção de direitos humanos para esse público. Esse limbo jurídico intensifica os perfis de vulnerabilidade e a precarização de suas condições de sobrevivência, decorrentes de níveis insuficientes de escolaridade e de uma qualificação profissional deficitária (Tabuchi; Santos, 2020; Couto *et al.*, 2022a).

Paralelamente, a PNSTT destaca-se por priorizar grupos em situação de maior vulnerabilidade e por visar a identificação de demandas e problemas de saúde nos territórios laborais. Seu foco reside na análise da situação de saúde dos trabalhadores, intervenções nos ambientes de trabalho e garantia da integralidade na atenção à saúde. Essa política preconiza a implementação de ações de saúde do trabalhador em todos os pontos da rede de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2012b).

Diante disso, evidencia-se a necessidade de maior inclusão das trabalhadoras sexuais na integração da PNSTT. No entanto, dada a natureza não regulamentada dessa atividade laboral, essas mulheres enfrentam barreiras legais que as privam de direitos básicos, como os trabalhistas, ao passo em que reforçam os estigmas sociais associados a essa profissão (Tabuchi; Santos, 2020).

Em 1987, a profissional do sexo e ativista Gabriela Leite organizou o I Encontro Nacional das Prostitutas, com o intuito de enfrentar o estigma e a discriminação relacionados ao exercício do meretrício. Essa iniciativa foi fundamental para dar visibilidade às questões enfrentadas pelas MPS no Brasil (Brasil, 2012a).

No entanto, existe a necessidade de uma legislação que permita a regulamentação dessa prática, com objetivo de desmarginalizar a profissão, além de respaldar a imprescindibilidade da ampla garantia de direitos e a redução de

vulnerabilidades (Brasil, 2012a). Para tanto, em 2012, o Projeto de Lei (PL) 4.211, intitulado PL Gabriela Leite, de autoria do ex-Deputado Jean Wyllys, surgiu com o objetivo de regulamentar essa atividade profissional. Porém, em 2019, foi arquivado pela mesa diretora na Câmara dos Deputados (Souza; Ferraz; Melo, 2023). Isso evidencia que, apesar de legalizado o exercício meretrício, permanece marginalizado e permeado por estigmas sociais, dificultando o acesso às políticas públicas (Dourado *et al.*, 2019).

Desse modo, é imprescindível o estabelecimento de políticas públicas que ofereçam alternativas viáveis, promovendo a requalificação profissional, o apoio social e psicológico, e programas de inserção no mercado de trabalho. Além disso, as políticas públicas de saúde e controle social devem ser desenvolvidas com a participação ativa das próprias MPS, garantindo que sejam concebidas conforme as necessidades e realidades dessa população-alvo (Dias, 2017).

3.2 Saúde Mental das Profissionais do Sexo

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece a saúde mental como sendo um estado de bem-estar mental que possibilita aos indivíduos enfrentar o estresse cotidiano, reconhecer suas habilidades, aprender e desempenhar de maneira satisfatória suas atividades e contribuir positivamente para a sua comunidade. Adicionalmente, esse componente integral da saúde é um direito humano básico e essencial para o desenvolvimento pessoal, comunitário e socioeconômico (WHO, 2022a).

Os impactos negativos do declínio na qualidade da saúde mental estão aumentando a nível mundial, principalmente entre os segmentos populacionais socialmente marginalizados, como as MPS. Estes grupos tendem a possuir índices mais altos de transtorno mental, em comparação com a população em geral, podendo enfrentar desafios significativos no acesso aos cuidados em saúde mental (WHO, 2022b; Panneh *et al.*, 2022).

Concomitante a isso, fatores estruturais, individuais, e socioeconômicos como pobreza, baixos níveis de escolaridade, escassas oportunidades de emprego, falta de apoio familiar, experiências de violência, início precoce no trabalho sexual e entraves nos relacionamentos sociais podem estar correlacionados ao crescimento de

distúrbios mentais nessa população (Panneh *et al.*, 2022; Lopes *et al.*, 2022; Beattie *et al.*, 2020). Além disso, essa atividade laboral eleva a vulnerabilidade a fatores estruturais como a marginalização, estigma, discriminação e desigualdade de gênero, predispondo as MPS a problemas de saúde psicológica e ao suicídio (Panneh *et al.*, 2022).

Além dos desafios inerentes à precarização da saúde mental, essas trabalhadoras encaram obstáculos adicionais no acesso aos serviços de apoio psicológico. Observa-se que a maioria dos serviços de saúde destinados às MPS oferta suporte apenas para questões relacionadas à sexualidade e ao abuso de substâncias. Entretanto, esses serviços não atendem as necessidades mais amplas das MPS, as quais são geralmente as mesmas da população geral, incluindo situações agudas de saúde física e mental (Hallet *et al.*, 2023).

Sendo assim, é imprescindível que os profissionais de saúde mental adotem uma abordagem holística, inclusiva, centrada na pessoa e capacitada para reconhecer a prevalência de experiências adversas e traumas, incorporando esses conhecimentos à sua prática clínica. Isso cria um ambiente propício para as MPS compartilharem sua ocupação e receberem assistência humanizada que considere suas especificidades (Langenbach *et al.*, 2023; Reynish *et al.*, 2021). Ademais, a implementação de políticas públicas e programas direcionados às necessidades complexas das trabalhadoras sexuais é essencial para garantir o acesso equitativo aos serviços de apoio psicológico.

3.3 Violência Contra a Mulher

A Violência Contra a Mulher (VCM) configura-se como qualquer ato de violência de gênero (VG) que causem ou possam causar danos ou sofrimentos físicos, sexuais ou mentais às mulheres, incluindo ameaças, coerção e privação de liberdade, tanto na esfera pública quanto na privada. Essa forma de violência reflete uma manifestação extrema de desigualdade de gênero e persiste como um problema de saúde pública e violação dos direitos humanos, especialmente na região das Américas (PAHO, 2022).

No contexto das profissionais do sexo, torna-se imperativo analisar os desafios adicionais e os tipos específicos de violência associados à sua atividade laboral.

Assim, a violência contra as MPS não está desvinculada da VCM, estando intrinsecamente associadas. Esse vínculo é sustentado, principalmente, pela desigualdade de gênero, enraizada no patriarcado, nas relações de poder e nas normas sociais que estabelecem hierarquias entre masculinidade e feminilidade. Paralelamente, a estigmatização e os estereótipos históricos atribuídos às profissionais do sexo exacerbam as mais diversas expressões de violência experienciadas pelas MPS, desde insultos verbais até homicídios, em seu cotidiano (Lopes *et al.*, 2017). Além disso, experiências adversas na infância, o uso de substâncias e a falta de uso de preservativo antes do contato sexual podem ser fatores contribuintes para a polivitimização vivenciada pelas MPS (Hoang *et al.*, 2024).

Nesse tocante, uma metanálise apontou que a exposição a diferentes formas de violência ao longo da vida desempenha um papel essencial na psicopatologia de transtornos mentais, evidenciando uma tendência elevada para ideação suicida, tentativas de suicídio, depressão e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) (Millan-Alanis *et al.*, 2021). Em concordância, estudos indicam que a exposição a eventos violentos é um dos determinantes de saúde mental de MPS. Essas estão propensas a sofrer múltiplos tipos de agressões por perpetradores diversos. A violência por parceiro íntimo (VPI) está fortemente associada com transtornos depressivo em MPS, assim como a violência relacionada ao trabalho representa uma ameaça potencial ao bem-estar psicológico dessas mulheres. Ademais, as agressões cometidas por clientes são extremamente comuns, ratificando a tensão que esse cenário impõe a saúde mental desse público (Kanayama *et al.*, 2022).

Considerando os impactos dessas vivências, é fundamental abordar as consequências mais amplas da VG. Esse tipo de agressão desencadeia distúrbios mentais além de resultar em uma série de repercussões físicas, emocionais e sociais. Essas incluem problemas de saúde reprodutiva, lesões físicas, transtornos emocionais como a depressão, dificuldades nos relacionamentos interpessoais e no trabalho, além de aumentar o risco de revitimização (Albenson *et al.*, 2019).

Diante do exposto, urge a imprescindibilidade de um programa de investigação direcionado a avaliar estratégias de intervenções apropriadas e inclusivas para redução e prevenção da violência contra MPS, por parte de diferentes agressores (Hoang *et al.*, 2024). Essas medidas devem abranger programas de apoio, serviços de saúde mental e abordagens integradas em vários níveis que visem os principais

mecanismos do abuso de substâncias, violência e epidemia do HIV, sempre levando em consideração as condições do ambiente de trabalho, as desigualdades econômicas e de gênero, o estigma e a segurança de suas vidas (Ikuteyijo; Akinyemi; Merten, 2022; Hoang *et al.*, 2024).

3.4 Uso Abusivo de Álcool e Drogas pelas Profissionais do Sexo

O uso nocivo de álcool e outras drogas é uma preocupação significativa de saúde pública, posto que aumenta o risco de várias doenças infecciosas e não transmissíveis. As MPS enfrentam um risco particularmente elevado devido a uma série de fatores, tais como a fácil disponibilidade dessas substâncias na indústria do trabalho sexual como parte da socialização com os clientes e como mecanismo para lidar com os desafios diários dessa prática (Beksinska *et al.*, 2022a).

Outrossim, as drogas e o álcool são utilizados por essas profissionais como meios para lidar com memórias dolorosas de traumas passados, reduzir o medo e desempenhar seus serviços de forma eficaz, além de ajudar a evitar pensamentos negativos e atender seus clientes com um estado de espírito mais relaxado (Wondie; Yigzaw; Koester, 2019). Esse cenário favorece o aumento de comportamentos sexuais de risco, incluindo redução do uso de preservativos, aumento da prevalência de HIV e ISTs, além de comprometer a adesão ao tratamento. Adicionalmente, o consumo de álcool tem sido associado ao aumento do risco de violência, detenção policial e perda de renda durante o exercício da atividade sexual (Beksinska *et al.*, 2022a)

Entretanto, é importante reconhecer que a prática de prostituição, pode não ser o único fator contribuinte para o aumento do consumo de álcool e drogas. Esse contexto pode ser percebido, por meio de um quadro sindêmico, ou seja, como a coocorrência de fatores de risco sociais e de saúde que se perpetuam ao longo da vida, indicando a necessidade de abordar a natureza interligada destes. Assim, profissionais do sexo com certas especificidades, como estar em situação de pobreza, ter histórico de abuso anterior e acesso limitado à educação, são predispostas tanto ao consumo de substâncias quanto ao envolvimento no trabalho sexual. Portanto, é fundamental reconhecer os múltiplos fatores que podem influenciar o consumo de

substâncias entre as MPS, em vez de se concentrar exclusivamente na natureza da profissão (Hearld *et al.*, 2020; Beksinska *et al.*, 2022a).

Uma revisão demonstrou que o abuso de substâncias foi associado a sofrimento psicológico e comorbidades, no qual as trabalhadoras sexuais que consumiam drogas durante o trabalho apresentaram mais sintomas depressivos, suicidas e ansiosos (Martín-Romo; Sanmartín; Veloso, 2023) Essa associação é considerada bidirecional, ou seja, o uso prejudicial de álcool e outras drogas demonstrou aumentar o risco de distúrbios mentais, ao passo que, essas complicações podem induzir mulheres a consumir substâncias como um método de enfrentamento (Beksinska *et al.*, 2022a).

Em face do exposto, pode-se perceber que a relação entre álcool, drogas e trabalho sexual tem impactos significativos na saúde mental das trabalhadoras sexuais. A baixa qualidade de vida e os problemas de saúde mental estão frequentemente associados ao transtorno por uso de substâncias, dentro de um contexto de marginalização social. Sendo assim, a abordagem deve focar nas normas sociais em torno do consumo de álcool, além de promover a segurança e autonomia das mulheres envolvidas no trabalho sexual (Beksinska *et al.*, 2022a; Khoei *et al.*, 2023).

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa, que utiliza o método de análise de conteúdo proposto por Laurence Bardin. Esta metodologia possibilita compreender a complexidade das relações humanas, que são influenciadas pelos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, objetivando interpretar um fenômeno e o seu contexto, levando em consideração a percepção e subjetividade dos participantes (Minayo, 2010). Assim, o método de análise de conteúdo de Bardin é um conjunto de técnicas que visa analisar as comunicações de forma sistemática e objetiva. Ele permite descrever o conteúdo das mensagens e inferir conhecimentos sobre as condições em que foram produzidas e recebidas (Bardin, 2016; Teixeira, Avila, Braga, 2019).

Ressalta-se que a utilização da pesquisa qualitativa, especificamente a análise de conteúdo de Bardin, como método para o desenvolvimento deste estudo, viabiliza a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção das mensagens (Teixeira; Avila; Braga, 2019). Em suma, proporcionou uma abordagem sistemática e aprofundada para examinar as comunicações dessas mulheres, promovendo uma compreensão mais completa das complexidades e nuances de suas experiências

4.2 Cenário do Estudo

A pesquisa foi realizada em dois estabelecimentos de entretenimento adulto, localizados no município de Parnaíba-PI. Ambos funcionam nos períodos vespertino e noturno, com ambientes privados para atendimento dos clientes e área externa com venda de bebidas e espaço para socialização. O cenário do estudo foi selecionado por conveniência, considerando-se a acessibilidade dos estabelecimentos e a receptividade dos gerentes.

O número de mulheres que exercem suas atividades nos locais visitados varia consideravelmente, devido à frequência de viagens e deslocamentos para outras cidades. Dessa forma, não é possível estimar com precisão a quantidade de

profissionais presentes. A coleta de dados ocorreu entre 02 de julho de 2023 e 03 de fevereiro de 2025, abrangendo 10 entrevistas.

4.3 Participantes do Estudo e Critérios de Elegibilidade

Foram convidadas a participar do estudo, mulheres profissionais do sexo que atuam em casas de prostituição. Para a seleção da amostra, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: ter idade maior ou igual a 18 anos, ser mulher cisgênero e atuar na profissão pelo período mínimo de um ano. A definição da identidade de gênero das participantes baseia-se nos objetivos específicos do estudo, que excluem pessoas que não gestam.

O critério de tempo mínimo de atuação foi estabelecido para garantir que as participantes possuísem experiências significativas e uma base consolidada para relatar suas percepções. Essa exigência favoreceu a construção de um *corpus* mais consistente e alinhado à realidade profissional analisada. Foram excluídas as MPS que não atenderam aos critérios de inclusão e que não aceitaram participar da pesquisa.

4.4 Recrutamento das Participantes

O recrutamento das participantes ocorreu por conveniência e iniciou após a obtenção da autorização das responsáveis pelas casas de entretenimento adulto, mediante a assinatura da Declaração de Instituição e Infraestrutura (Apêndices A e B). Antes da coleta de dados, as pesquisadoras aprofundaram seus conhecimentos sobre a temática, estudando abordagens metodológicas adequadas para conduzir as entrevistas de forma ética e sensível.

Além disso, realizaram uma ambientação e reconhecimento da área para caracterização e identificação de locais adequados para a realização das entrevistas assim como para estabelecimento de uma aproximação inicial com o público do estudo. O contato com as participantes foi individual e incluiu a apresentação das pesquisadoras A.M.A. e J.N.R.F., suas implicações com o estudo, os objetivos, finalidades, procedimentos e importância da pesquisa, bem como a discussão dos potenciais riscos e benefícios que a pesquisa pode proporcionar às mulheres

pertencentes a essa categoria profissional. Aquelas que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias (Apêndice C).

4.5 Técnica de Produção dos Dados

Para a coleta de dados, foram conduzidas entrevistas semiestruturadas com perguntas abertas, abordando aspectos relacionados ao perfil sociodemográfico, à saúde mental das MPS, à violência e ao uso de substâncias lícitas e ilícitas (Apêndice D).

As entrevistas foram realizadas no quarto ou na área de socialização das casas de entretenimento adulto, priorizando locais afastados de ruídos e interferências externas, garantindo a qualidade do áudio das gravações e a integridade da coleta de dados. Estavam presentes as pesquisadoras e a entrevistada. As entrevistas foram conduzidas pelas acadêmicas de enfermagem A.M.A. e J.N.R.F.

Ressalta-se que, antes das entrevistas, foi apresentado o roteiro de entrevistas às depoentes para que elas se familiarizassem com as questões a serem abordadas. Ademais, foi enfatizada a garantia de anonimato, uma vez que o roteiro das entrevistas conteve apenas as iniciais dos nomes, e nas publicações resultantes da pesquisa, as participantes receberam nomes fictícios inspirados na mitologia grega.

A gravação das entrevistas foi realizada por meio de um aparelho de gravação de voz, com duração estimada entre 34 minutos e uma hora e meia, em horário escolhido pela MPS em momento que não estivesse trabalhando. A transcrição das falas foi feita por meio da Inteligência Artificial, *Artificial Intelligence for Qualitative Data Analysis* (AIQDA) e revisada pelas pesquisadoras.

O número da amostra não foi previamente definido, pois as entrevistas com as profissionais do sexo foram concluídas apenas quando não surgiram novos elementos relevantes para a compreensão do fenômeno estudado, utilizando a saturação teórica como critério. Esse método foi utilizado para determinar o tamanho final da amostra (Nascimento *et al.*, 2018). Dentre as mulheres convidadas, algumas optaram por não participar: duas relataram constrangimento, três não demonstraram interesse em colaborar e duas referiram estar emocionalmente sensibilizadas devido à gestação.

Destaca-se que a amostra final deste estudo foi composta por 10 trabalhadoras do sexo.

4.6 Tratamento e Análise dos Dados

Neste estudo, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo temático-categorial, fundamentada em procedimentos sistemáticos e validados para criar inferências do conteúdo das mensagens, visando descrever, quantificar ou interpretar fenômenos, considerando seus significados e contextos (Sampaio *et al.*, 2021). Essa técnica deriva da análise de conteúdo segundo Bardin (2016) e organiza-se em torno de três fases cronológicas: a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação.

A pré-análise objetiva a operacionalização e sistematização das ideias iniciais para desenvolver um plano de análise. Nesta fase, foram seguidas as seguintes etapas: a leitura flutuante dos textos; escolha dos documentos a serem submetidos à análise; composição do *corpus* com base na exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; formulação das hipóteses e dos objetivos; e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final (Bardin, 2016; Cardoso; Oliveira; Ghelli, 2021).

A exploração do material constituiu a segunda fase e corresponde à transformação do material coletado na pré-análise em dados passíveis de serem analisados, por meio da codificação e categorização de acordo com critérios previamente estabelecidos (Bardin, 2016; Cardoso; Oliveira; Ghelli, 2021). Esses processos envolvem a seleção de três etapas principais: o recorte, a enumeração e a classificação e agregação (Bardin, 2016).

O recorte consiste na seleção das unidades de registro (UR), que devem estar alinhadas aos objetivos do estudo. Essas unidades representam segmentos de conteúdo utilizados como base para a categorização e a contagem de frequência (Bardin, 2016). Adotaram-se como UR os temas, embasados em aspectos previamente identificados na literatura. A enumeração, por sua vez, refere-se às regras de contagem das UR (Bardin, 2016), e nesta pesquisa foram utilizadas as regras de presença (ou ausência) e frequência.

A classificação e a agregação são definidas pela escolha das categorias, processo que compõe a categorização. Esse procedimento envolve a diferenciação e o agrupamento de elementos com base em um tema comum (Bardin, 2016). Neste estudo, adotou-se a categorização semântica, por ser a mais pertinente aos seus objetivos. Dando continuidade, na exploração do material, as entrevistas foram incluídas no *software* Atlas.ti® versão 25.0.10, para a revisão criteriosa dos temas previamente identificados e definição das categorias de análise. Esse processo viabilizou a reestruturação e a redefinição necessárias para garantir o alinhamento entre os temas propostos e os dados coletados e os objetivos da pesquisa (Herbst; Frizzarini; Herbst, 2024).

Por fim, a terceira fase referiu-se ao tratamento dos resultados obtidos e à interpretação, resultando no processamento para se tornarem significativos e válidos. (Cardoso, Oliveira e Ghelli, 2021). O programa Atlas.ti® também foi utilizado nessa etapa, permitindo a organização e a síntese das informações, destacando os aspectos essenciais da análise por meio das categorias e subcategorias estabelecidas. (Herbst; Frizzarini; Herbst, 2024). Ademais, foram utilizadas duas pesquisadoras para codificação com o intuito de diminuir o viés e obter maior rigor metodológico. A partir dos dados processados, foram realizadas inferências e interpretações, confrontando-os com a base teórica do estudo (Herbst; Frizzarini; Herbst, 2024).

A presente investigação empregou como ferramenta de tratamento e análise estatística de dados textuais o *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRaMuTeQ®), o qual reúne um conjunto de análises lexicométricas (Sousa *et al.*, 2020; Salvati, 2017). Nesta investigação, utilizou-se a Análise de Similitude e a Nuvem de Palavras que agrupam e organizam graficamente os termos conforme sua frequência. Essas abordagens facilitam a identificação dos dados, que são armazenados em um único arquivo, no formato texto (.txt), denominado *corpus*, contendo os textos originais das entrevistas (Moimaz *et al.*, 2016).

No âmbito da análise qualitativa, a análise de similitude é fundamental para identificar temas e padrões ocultos nos dados textuais, permitindo compreender as associações e significados compartilhados entre diferentes trechos do texto. A árvore de similitude representa as conexões entre palavras com base em sua coocorrência

no *corpus* textual analisado. Palavras próximas na árvore apresentam alta frequência de coocorrência, indicando uma forte relação semântica (Bento; Lima; Borges, 2024).

A nuvem de palavras representa graficamente a frequência de palavras presentes no *corpus* textual, o que permite identificar as palavras-chaves do conjunto de textos analisados. Desse modo, a principal interpretação a ser feita é que as palavras exibidas em maior tamanho foram as mais recorrentes no conjunto total de textos (Souza; Bussolotti, 2021). Após o processamento pelo *software* IRaMuTeQ®, analisaram-se os significados das palavras nos discursos das MPS, recuperando os segmentos de texto em que apareceram (Soares *et al.*, 2021).

Além disso, para avaliar a qualidade metodológica e promover uma conduta melhorada e maior reconhecimento da qualidade mediante a sistematização da pesquisa, foi utilizado o guia *COnsolidated criteria for REporting Qualitative research* (COREQ) (Souza *et al.*, 2021) (Anexo A). Esse instrumento é indicado para relatos de pesquisa que envolvem a coleta de dados por meio de entrevistas ou grupos focais e compreende 32 itens divididos em três domínios: caracterização e qualificação da equipe de pesquisa, desenho do estudo e análise dos resultados (Souza *et al.*, 2021).

4.7 Aspectos Éticos e Legais

As Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/12 e 510/16 foram observadas e respeitadas, com a assinatura da Declaração de Instituição e Infraestrutura, bem como do TCLE pelas participantes. Além disso, todas as informações coletadas foram tratadas com anonimato e confidencialidade, por meio da identificação das depoentes por nomes fictícios inspirados na mitologia grega. O objetivo da pesquisa é o uso científico exclusivo, com a divulgação dos resultados por meio de publicações de artigos. As gravações serão armazenadas pelas pesquisadoras responsáveis pela transcrição e análise dos dados por um período de cinco anos.

Ademais, este estudo foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Piauí (UESPI), como parte de um projeto guarda-chuva intitulado “Percepções de Mulheres Trabalhadoras do Sexo em Saúde Mental e Sexual”, aprovado sob o parecer 6.793.653 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética de número 79110224.7.0000.5209 (Anexo B).

5 RESULTADOS

A amostra foi composta por 10 profissionais do sexo, pardas e com faixa etária de 20 a 37 anos e idade média de 27,5 anos. A maioria era natural do Piauí (n=5) e Maranhão (n=3). A média de escolaridade das entrevistadas foi 9,6 anos de estudo, evidenciando baixos níveis educacionais. Quanto à orientação sexual, a maioria se identificava como heterossexual (n=6). Em relação ao estado civil, predominaram as solteiras (n=8). No aspecto religioso, quatro participantes declararam não ter religião, enquanto as demais se dividiam entre católicas (n=3), evangélica (n=1), espírita kardecista (n=1) e umbandista (n=1) (Quadro 1).

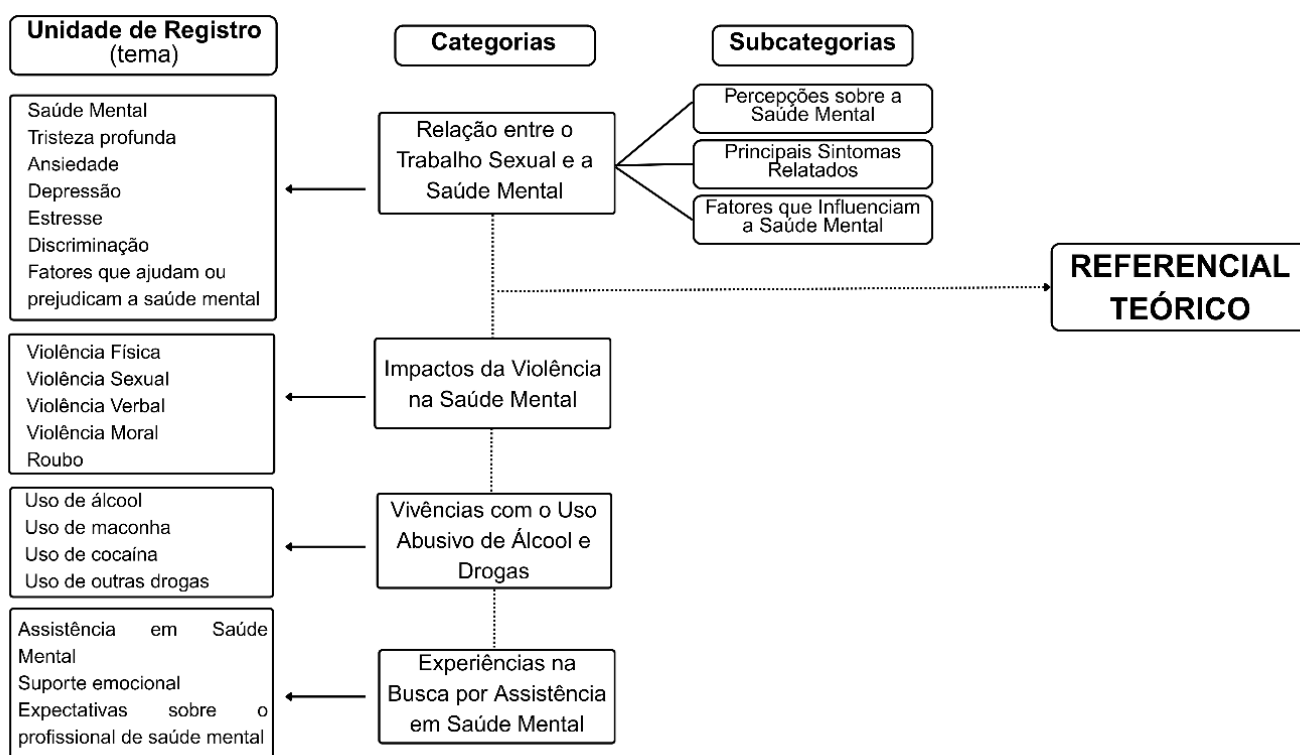
Quadro 1 - Caracterização sociodemográfica das Mulheres Profissionais do Sexo. Parnaíba, Piauí, Brasil, 2025.

Participantes	Idade	Cor	Orientação Sexual	Escolaridade (anos)	Naturalidade	Religião	Estado Civil
Alcíone	22	Parda	Bissexual	EM completo (12)	Piauí	Sem religião	Solteira
Ariadne	23	Parda	Bissexual	EM incompleto (11)	Maranhão	Sem religião	Solteira
Calisto	29	Parda	Bissexual	EM incompleto (10)	Maranhão	Sem religião	Solteira
Circe	27	Parda	Heterossexual	Superior incompleto (13)	Pará	Católica	Solteira
Dafne	35	Parda	Heterossexual	Superior completo (16)	Maranhão	Católica	Solteira
Dione	37	Parda	Heterossexual	EF incompleto (4)	Piauí	Evangélica	Casada
Érato	20	Parda	Heterossexual	EF incompleto (8)	Piauí	Sem religião	Solteira
Hebe	25	Parda	Heterossexual	EF incompleto (4)	Piauí	Católica	Solteira
Héstia	35	Parda	Bissexual	Superior incompleto (10)	Pernambuco	Espírita Kardecista	Solteira
Pandora	26	Parda	Heterossexual	EF incompleto (8)	Piauí	Umbandista	União estável

Fonte: A própria autora, 2025.

As 10 entrevistas resultaram em 19 UR, as quais foram agrupadas em quatro categorias e três subcategorias. São elas: Relação entre o Trabalho Sexual e a Saúde Mental (Percepções sobre a Saúde Mental; Principais Sintomas Relatados; Fatores que Influenciam a Saúde Mental); Impacto da Violência na Saúde Mental; Vivências com o Uso Abusivo de Álcool e Drogas; e, Experiências na Busca por Assistência em Saúde Mental (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma da árvore de codificação. Parnaíba, Piauí, Brasil, 2025.



Fonte: A própria autora, 2025.

A Tabela 1 apresenta o processo de codificação com base nas regras de enumeração de presença (ou ausência) e frequência, aplicadas após a análise das entrevistas, totalizando 379 citações distribuídas entre as 19 UR. O tema mais recorrente foi “Fatores que ajudam ou prejudicam a saúde mental” (f=78), seguido por “Saúde mental” (f=40) e “Uso de Cocaína” (f=32). Em contraste, as UR “Roubo” (f=5), “Suporte Emocional” (f=7) e “Violência física” (f=8) foram mencionadas com menor frequência nos depoimentos.

Tabela 1 - Codificação conforme critério de enumeração presença (ou ausência) e frequência utilizando o *software* Atlas.ti® Parnaíba, Piauí, Brasil, 2025.

Unidade de Registro (tema)	Alcíone	Ariadne	Calisto	Circe	Dafne	Dione	Érato	Hebe	Héstia	Pandora	Totais
UR 1 - Saúde Mental	4	6	4	4	3	4	1	4	5	5	40
UR 2 - Tristeza profunda	2	3	1	2	1	2	2	1	1	2	17
UR 3 – Ansiedade	4	1	3	4	3	1	1	1	5	2	25
UR 4 – Depressão	1	3	0	2	0	0	0	0	4	1	11
UR 5 – Estresse	2	1	1	1	1	0	2	1	2	1	12
UR 6 – Discriminação	1	2	2	1	1	1	0	2	2	0	12
UR 7 - Fatores que ajudam ou prejudicam a saúde mental	10	11	7	9	9	4	6	7	11	4	78
UR 8 - Violência Física	0	2	1	2	0	1	0	1	0	1	8
UR 9 - Violência Sexual	3	1	4	4	2	1	0	0	0	1	16
UR 10 - Violência Verbal	0	2	2	3	3	0	0	1	0	1	12
UR 11 - Violência Moral	0	0	6	2	0	1	1	3	2	2	18
UR 12 – Roubo	0	0	3	0	1	0	0	0	1	0	5
UR 13 - Uso de álcool	3	2	2	3	0	2	1	3	2	3	21
UR 14 - Uso de maconha	1	0	2	0	0	0	5	1	1	4	14
UR 15 - Uso de cocaína	6	0	5	0	0	0	5	4	8	4	32
UR 16 - Uso de outras drogas	3	0	2	0	0	3	0	1	4	0	13
UR 17 - Assistência em Saúde Mental	6	0	5	1	1	5	0	0	1	1	20
UR 18 - Suporte emocional	0	2	0	1	0	0	1	1	1	1	7
UR 19- Expectativas sobre o profissional de saúde mental	3	0	2	2	2	2	2	1	2	2	18
Totais	49	36	52	41	27	27	27	32	53	35	379

Fonte: A própria autora, 2025.

5.1 Relação entre o Trabalho Sexual e a Saúde Mental

Nesta categoria, analisam-se os impactos do trabalho sexual na saúde mental das participantes, considerando a percepção sobre sua saúde mental, os principais sintomas relatados e os fatores que influenciam sua saúde mental.

5.1.1 Percepções sobre a Saúde Mental

A recorrência do tema "Saúde Mental" nas entrevistas evidencia sua centralidade nas experiências das participantes. Ao serem questionadas sobre o estado de saúde mental geral, as participantes descreveram sentimentos de solidão, ansiedade e episódios depressivos, evidenciando desafios emocionais, frequentemente interligados à vida pessoal e profissional:

Em alguns momentos, eu me sinto uma pessoa só. Em momentos, eu quero ficar só. Não quero conversar com ninguém. Não quero olhar nem para cara dos clientes. Às vezes, eu quero ficar no quarto sozinha e chorar. Mas ao mesmo tempo, eu enxugo as lágrimas e desço, boto um sorriso e finjo que nada está acontecendo. (Ariadne)

A minha saúde mental ela está péssima, porque fica péssima mesmo. [...] Eu tenho muita ansiedade, eu sou uma pessoa muito ansiosa. Estou sempre pensando no futuro, adiantando tudo. Tudo, tudo, tudo da minha vida. Então, é desse jeito. Ansiedade mostra. (Alcíone)

Totalmente desequilibrada. Eu sou uma desequilibrada funcional. [...] eu me automediquei e eu já tive muita depressão. [...] Eu tive muita recorrência de episódios depressivos. Sempre em final de relacionamento eu surto. Aí eu tenho muito isso, assim, de ficar de cama, de não comer, de emagrecer. E eu sou muito, muito, muito ansiosa. (Héstia)

As narrativas das entrevistas também revelaram como a rotina de trabalho afeta o bem-estar psicológico. Os sentimentos em relação à prostituição variaram consideravelmente, englobando desde a repulsa, explicitada pela necessidade de dissociação da experiência como estratégia para lidar com a realidade, até a resignação demonstrada pela aceitação relutante da prostituição como único meio de subsistência diante da falta de oportunidades. Algumas mulheres, após anos na profissão, refletiram sobre o impacto emocional desse percurso, associando-o a frustrações:

Em me ver que eu estou me deitando numa cama com alguém que não tem nada a ver, que eu estou indo apenas por dinheiro e não por prazer. E ver que vem um tipo de homem assim que... [não sente prazer]. Não. De jeito nenhum. Nem me descia. É só fechar o olho aqui. Imagina que é um gatinho. Imagina que é... [outra pessoa] Sim. Para poder descer. (Ariadne)

Se a gente tivesse outra vida, se tivéssemos estudos, se a família da gente tivesse condições de dar outro tipo de vida, a gente não estava passando por isso. Então eu caía no choro mesmo. [...] Eu não gostava não, mas tinha menina que dizia que fazia porque gostava e tal. Eu fazia mesmo porque era

para o dinheiro, era precisão. E eu tinha como um emprego, porque eu não tinha outro tipo de emprego. (Calisto)

De vez em quando eu fico pensando, porque é uma vida triste. [...] mas eu quero sair dessa vida [...]. Porque tudo eu sei fazer. Eu não dependo de cabaré. Deus pode me ajudar. [...] Ficar dependendo dessas coisas, é muito perigoso, porque a gente corre risco. Porque toda pessoa olha para a gente e pensa que a gente é outra pessoa. Do outro lugar. Eu fico com medo também. [...] Mas tem vezes que eu saio a 12 horas da noite, aí eu fico sem sono também, porque eu tomo remédio controlado. Tomo Diazepam e tomo Sertralina [para ansiedade]. (Dione)

Por outro lado, uma depoente ressaltou a importância do controle emocional para lidar com a profissão, reconhecendo que nem todas conseguem desvincular as emoções do trabalho. Essas percepções demonstram como o trabalho sexual pode impactar a saúde mental dessas mulheres, dependendo das vivências e estratégias individuais de enfrentamento:

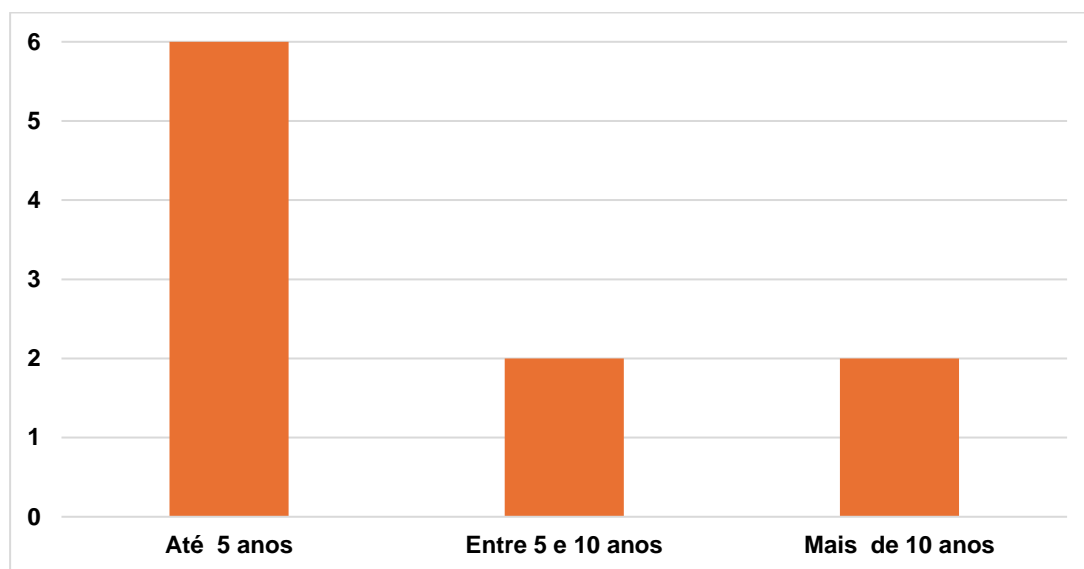
Não é a vida da prostituição, não é como as pessoas pensam. Tem gente que acha que a vida é fácil, não é tão fácil, eu tenho um psicológico muito bom em relação ao trabalho. [...] Trabalho eu sei separar tudo muito bem. Mas nem todas as meninas têm esse psicológico. Tem muita menina que fica com o psicológico péssimo porque ela vai fazer coisas, que para mim é normal, mas para pessoa não é, então é de cada pessoa. (Héstia)

Embora a maioria das participantes tenha apontado o trabalho sexual como um fator que afeta negativamente a saúde mental, uma delas apresentou uma perspectiva distinta. Para ela, a atividade não está associada a sofrimento emocional, mas sim a uma vivência positiva, marcada pela satisfação profissional:

O meu trabalho não é uma coisa que me deprime. Eu não vou mentir para você, dizer que eu não gosto, que... Para mim é uma satisfação. Fazer um cliente sair daqui satisfeito. É por isso que sempre eles me elogiam, sempre eles voltam. (Héstia)

Diante dessas percepções, observa-se que a relação com o trabalho também varia conforme o tempo de atuação, que oscila entre um e 17 anos, com média de 5,6 anos. Conforme ilustrado no Gráfico 1, a maioria das participantes exerce a atividade há cerca de cinco anos, enquanto duas atuam entre cinco e dez anos e outras duas há mais de uma década.

Gráfico 1 - Tempo de atuação das Mulheres Profissionais do Sexo. Parnaíba, Piauí, Brasil, 2025.



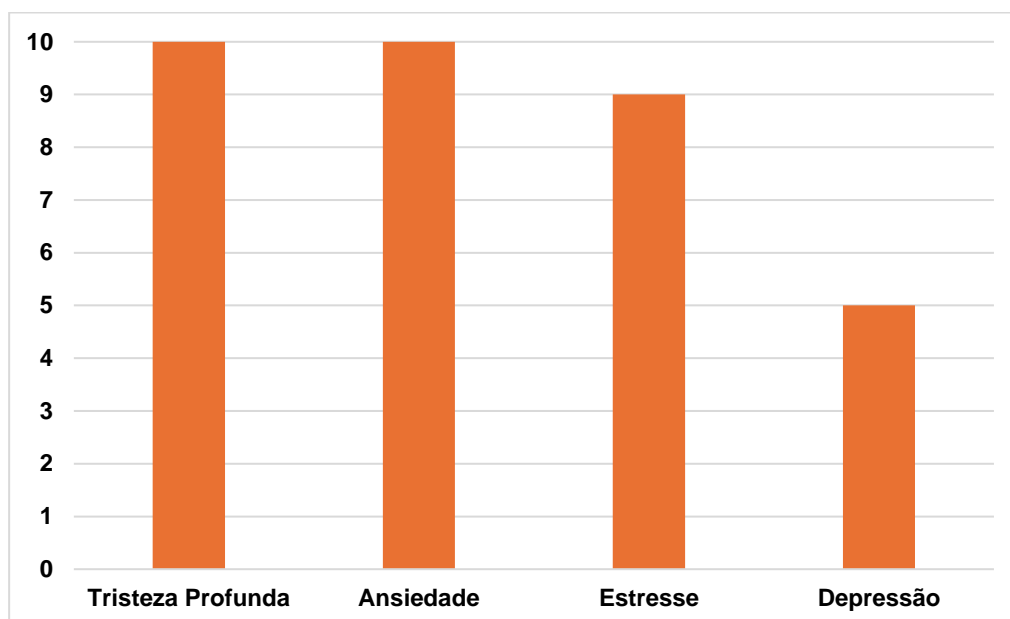
Fonte: A própria autora, 2025.

No presente estudo, a insatisfação com a profissão foi observada tanto entre as iniciantes quanto entre as trabalhadoras mais experientes. As primeiras enfrentam o impacto do estigma social e a adaptação à nova realidade, enquanto as veteranas lidam com o desgaste emocional e o desejo de mudança.

5.1.2 Principais Sintomas Relatados

Os principais sintomas mencionados foram tristeza profunda e ansiedade, ambos referidos por todas as entrevistadas. O estresse também se destacou como uma queixa frequente, sendo relatado por nove mulheres. A depressão, embora presente, apareceu em menor proporção, sendo referida por cinco profissionais do sexo (Gráfico 2). Essas experiências refletem o impacto da carga emocional do exercício meretrício na saúde mental das participantes, com variações na intensidade e frequência dos sintomas.

Gráfico 2 - Sintomas experienciados pelas Mulheres Profissionais do Sexo. Parnaíba, Piauí, Brasil, 2025.



Fonte: A própria autora, 2025.

A tristeza profunda foi associada a sentimentos de insatisfação com a profissão, vazio existencial e desgaste emocional, verificada pela concepção de que a trajetória laboral não é condizente com os desejos pessoais, afetando negativamente a identidade e autoestima dessas trabalhadoras. Além disso, o distanciamento da família intensifica o sofrimento, despertando saudade, angústia e, em alguns casos, culpa. A rejeição a certos comportamentos inerentes ao ambiente, como o uso de substâncias e a abordagem invasiva de clientes, reforça o desejo de mudança:

A vida de prostituição não é a vida para ninguém, é uma vida que a gente escolhe por necessidade nossa. Ninguém vai abrir a boca, nem eu, acho que nenhuma das meninas vai abrir a boca e falar que é uma vida satisfatória, porque não é uma vida satisfatória. Você se sente vazia por conta disso, tem hora que dá nojo em você mesma. (Alcíone)

Ficava muito triste quando eu sentia falta da minha mãe, da minha família. Eu queria estar perto deles, mas não podia. Não queria estar ali e estava por conta do dinheiro. (Calisto)

Eu sinto [tristeza profunda]. Porque eu deixo meus filhos lá em casa. Eu fico preocupada. [...] O que eu acho ruim é o cigarro e a maconha... Os homens fica querendo pegar na gente, querendo beijar a gente no pescoço... Porque eu não bebo. Porque eu prometi para Deus que não vou fumar nem beber. E eu prometi para Deus também que um dia Deus ia me tirar dessa vida, que eu não quero mais estar nessa vida. Tem dia lá em casa que eu choro. (Dione)

Os relatos ressaltam a natureza multifatorial da ansiedade no trabalho sexual, causada pelo uso de drogas, instabilidade financeira, dependência de terceiros e pela insegurança e imprevisibilidade das interações com clientes em um ambiente volátil. Esses fatores refletem nas vivências das MPS reforçando a vulnerabilidade socioeconômica e emocional associada a esse ofício:

Mas é porque, assim, eu acho que a minha ansiedade foi causada por um histórico de drogas também. Eu fui usuária de drogas há muito tempo, esse tempo todo eu usei... de prostituição. (Héstia)

[...] só quando eu estou, acho que quando eu estou muito “loucona”. Eu fico com muita ansiedade, fico toda me tremendo, começa a ansiedade e vem o vazio junto [...], porque tem um “bocadinho” de crise, ansiedade, quando eu estou preocupada com alguma coisa. Eu fico com aquilo na cabeça. (Alcíone)

Ansiosa. Sim, quando eu passava dois, três dias num lugar que não fazia dinheiro. Ficava, “meu Deus, como é que eu vou me embora? Meu Deus, eu estou aqui já com essa mulher, mas ela vai me mandar embora”. Eu dormindo na casa dela, comendo às custas dela, não estou dando para ela de nada. Dava um desespero, assim. (Calisto)

Quando a gente pede dinheiro emprestado para voltar. Nós pedimos dinheiro emprestado, daí nós ficamos aperreadas. Eu fico toda hora: “e agora? Vamos embora para onde?” (Érato)

Não vou dizer que não, que já. Foi com duas pessoas que estavam bebendo e pediram para ficar comigo, mas só foi um de cada vez. Só que eu fiquei ansiosa, que eu pensei que eram os dois de uma vez. Nós não tínhamos explicado. Assim mesmo, eu estava nova nesse ramo ainda. (Pandora)

O estresse no trabalho foi verbalizado no discurso das participantes como uma experiência constante, decorrente de exploração financeira e conflitos interpessoais, especialmente com clientes e as colegas de profissão:

O estresse era direto. Quando [a dona do estabelecimento] pedia dinheiro [...] ela gostava de extorquir as mulheres. É muito ruim, a gente já vai até ali fazer aquele trabalho já sem gostar do homem, sem nada, abrir as pernas, para quando sair do quarto dar o dinheiro para ela que ela pede emprestado e ela não pagar. Era muito triste, eu chorava. Pedia para ir embora, pedia para ela pagar e ela não pagava, tinha uma hora que eu não aguentava, ia embora e o dinheiro ficava [...] (Calisto)

[...] estresse aqui é direto. Com clientes também, com as meninas [...] tem umas meninas que são “paia” demais. Tem umas “pilantrinha” que só querem fazer inferno. Porque em cabaré dá de tudo. É uma convivência o que você tem. (Alcíone)

Já. E muito. [...] é porque a menina que trabalha também com nós, né, tem umas que são “encrenqueira”. (Érato)

Às vezes eu estou aqui, estou preocupada com alguma coisa. Alguma coisa pessoal. Aí o cliente começa a encher o saco, procurar conversa. Aí a gente fica se saindo e ele fica insistindo. Aí eu me estresso. (Dafne)

As participantes da pesquisa revelam em suas narrativas a depressão como resultado da sobrecarga emocional e da instabilidade da profissão, manifestando-se em sensibilidade exacerbada, agitação mental e episódios de apatia:

[...] eu tenho essa tendência da depressão, porque eu sou muito emocional. Apesar que não parece, mas eu sou muito emocional. Minha cabeça é muito agitada. (Héstia)

Já me senti [depressiva]. [...] Tem dia que bate a “deprê”, não tem como... tem dia que a gente não quer nem falar com ninguém. Acho que tudo forma um conjunto [saudades dos filhos e por estar nessa vida], porque vai sempre e uma coisa leva a outra. Por causa das crianças, aí a gente fica se perguntando “o que a gente fez de errado, onde a gente errou, onde a gente podia ter mudado e o que é que a gente vai fazer?” E aí lasca, porque a gente fica pensando um monte de coisa ao mesmo tempo, se vai dar conta, se vai ter que voltar daqui a oito meses [...] (Circe)

5.1.3 Fatores que Influenciam a Saúde Mental

Os fatores que influenciam a saúde mental no contexto do trabalho sexual são diversos e interligados, abrangendo desde aspectos individuais até condições estruturais da profissão. Dentre os fatores apontados pelas participantes como determinantes para seu bem-estar mental, a segurança financeira se destaca como essencial para reduzir a ansiedade e proporcionar alívio diante das responsabilidades diárias. Ademais, algumas participantes buscam estratégias de enfrentamento, como atividades prazerosas, para aliviar o estresse e lidar com as incertezas da profissão:

Ah, quando eu tenho dinheiro... Quando eu estou com o dinheiro, minhas contas tudo paga. Mas quando está tudo atrasado, eu fico triste demais. Aliás, quando chega um cliente bom, que gasta dinheirinho bom, que eu pago minhas contas, é bom. (Calisto)

Quando eu vejo que, tipo, eles precisam de algo e eu digo assim: “estou aqui, está aqui meu filho”. Aí eu fico aliviada porque já aconteceu deles quererem alguma coisa e eu não ter um real para poder [dar]. (Circe)

Quando estou em casa, quando estou com o dinheiro no bolso. Estou com as minhas filhas, pai, mãe. (Hebe)

Eu prefiro a academia do que a droga. Porque me dá muita sensação de prazer. Não é nem pelo corpo, não é por nada. É porque é como se fosse tudo para mim ali, eu descarregasse tudo que é de problema quando eu estou

ali. Eu esqueço de tudo e é uma terapia. Até a dor que fica depois eu acho gostoso. (Héstia)

Ademais, a busca espiritual, exemplificada na fala de Dione, revela a importância da conexão com a religiosidade como forma de aliviar a culpa e fortalecer a saúde mental:

Eu era evangélica. De vez em quando eu vou na igreja pedir perdão à Deus. Sem Deus nós não somos nada. [...] Que melhora a minha saúde mental e vai melhorar cada vez mais é depois que eu sair daqui, como eu disse. E ir para a casa de Deus. Ir para a casa de Deus, pedir perdão. (Dione)

Observou-se também uma dualidade nas relações com a sociedade, o governo, a família, os amigos e clientes. Enquanto os dois primeiros são apontados como prejudiciais ou irrelevantes, os demais podem atuar tanto como fatores protetivos quanto de risco.

O núcleo familiar, os amigos e os clientes podem oferecer suporte emocional e material, aliviando as dificuldades do cotidiano. O apoio familiar garante um senso de acolhimento e segurança, enquanto os amigos oferecem distração e alívio do estresse. Alguns clientes, além do suporte financeiro, também fornecem companhia e escuta, contribuindo para o bem-estar emocional:

Sabem [pais]. Eles me dão muita força. Porque eles sabem, eles entendem todo o motivo de eu viver longe. Eles entendem cada passo. A única coisa que eles pedem é para mim ter cuidado. (Ariadne)

Quando eu estou na minha cidade, que a gente [amigos] sai, a gente esquece. Sempre sai para algum lugar, a gente conversa, a gente ri. Então ajuda, com certeza. (Dafne)

Eles [clientes] começam a conversar comigo, me dão conselho, me dão maior força, maior apoio em tudo. Prefere estar comigo, pagar para ficar comigo para conversar do que ter outras coisas a mais. Então isso aí para mim eu vejo que os que me ajudam. (Ariadne)

Eles [clientes] faz é me ajudar, porque eles me dão dinheiro. Fico morta de feliz. (Hebe)

Esses mesmos agentes também trazem sentimentos negativos a essas mulheres. Elas relatam que a família pode ser opressiva com julgamentos e cobranças, enquanto relações conjugais geram frustração pela falta de apoio financeiro. O medo do estigma leva ao isolamento social, reduzindo a rede de apoio.

Os clientes também contribuem para este cenário, com pressões psicológicas, insistência excessiva ou promessas vazias:

Porque quando é da família, o pessoal pensa que só porque é da família, tem deles que é muito... Como é que pode dizer? [Que pode falar o que quer] É, isso. É tipo isso. (Circe)

Mas eu estou com meu marido, eu ando aqui, ele sabe, vem me deixar [...] eu fico mais com raiva assim também [...] Porque hoje eu estou aqui por causa dele. Porque ele não me compreende, a família dele tem condição. [...] eu estou aqui por causa dele. Porque não era para mim estar aqui, era para ele trabalhar. E sustentar os filhos dele, lá em casa é só eu. (Dione)

Então, eu me afastei de todos os meus amigos na época que eu comecei a fazer programa, porque assim, sempre que você encontrar, a pessoa pergunta: “E você está fazendo o que? Está trabalhando com o que?” Então eu evitei, então eu me afastei realmente. Só tenho duas amigas que sabem, que são da minha cidade, e as meninas que eu conheço assim [da rotina]. Algumas eu fiz muita amizade. (Héstia)

Dá vontade de chutar de cima da escada. Eles [clientes] ficam perturbando muito o psicológico da gente, tem uns, são muito chatos mesmo. (Ariadne)

Tinha uns (clientes) que ajudavam, mas tinha uns que queriam entrar na mente da gente: “Ah, sai dessa vida que eu vou te ajudar, mora comigo”. A gente sabendo e vendo que a pessoa não tinha futuro nenhum, não tinha vocação de nada. (Calisto)

A sociedade e o governo são mencionados nos discursos como agentes de marginalização das trabalhadoras sexuais, que se sentem abandonadas e esquecidas. Elas referem a ausência de oportunidades e políticas públicas que as incluam. As poucas ações direcionadas a elas são vistas como insuficientes, restritas à distribuição de insumos básicos, sem medidas que promovam mudanças estruturais em suas vidas:

Eu não acho que eu tenho que agradar a sociedade porque a sociedade nunca me agradou, nunca tive nada fácil, não consegui terminar meus cursos universitários porque minha família não tinha dinheiro para investir, o governo não investiu em mim. [...] Porque assim, eu tinha tanto potencial, eu era muito inteligente, todos os vestibulares que eu fazia eu passava. E uma mulher como eu não ser formada, eu acho que o governo tinha que ter alguma coisa para mim, ninguém fez nada por mim. Eu vim parar numa situação assim dessa porque eu não tive muita oportunidade. (Héstia)

O governo não ajuda ninguém, só ajuda eles. (Alcíone)

Ele só ajuda na parte... Ele distribui gratuitamente preservativo, lubrificante, mas eu acredito que ele deveria investir mais em políticas públicas para orientar, que eu nunca vi. Só às vezes que eles vão lá entregar preservativo e faz teste. (Dafne)

Experiências de estigmatização e preconceito também foram citadas. A profissão é percebida de forma negativa, afetando sua imagem e bem-estar. As entrevistadas sentem-se alvo de críticas e discriminação, muitas vezes sem que sua história ou realidade sejam consideradas. Também relataram a falta de apoio, inclusive de pessoas próximas, e a dificuldade de encontrar reconhecimento ou compreensão, o que reforça a sensação de isolamento e exclusão:

Mas na vista de outras pessoas é algo que é malvisto [profissão]. Então, até a nossa imagem fica malvista quando as pessoas sabem da onde a gente trabalha e começam a julgar. Então, as pessoas julgam sem conhecer e sem saber o porquê e o para quê. (Ariadne)

Como assim, a sociedade geral? A sociedade geral é muito preconceituosa, muito discriminante, ela discrimina muito você. Então, acho que a sociedade, ela prejudica muito, ela ferra sua mente. (Alcíone)

Porque as pessoas julgam muito, né? Às vezes eu nem conheço a pessoa. Aí julga, "ah, porque é vagabunda" isso e aquilo, "é rapariga". Sem saber a vida da pessoa. A história da pessoa. Acontece muito. (Dafne)

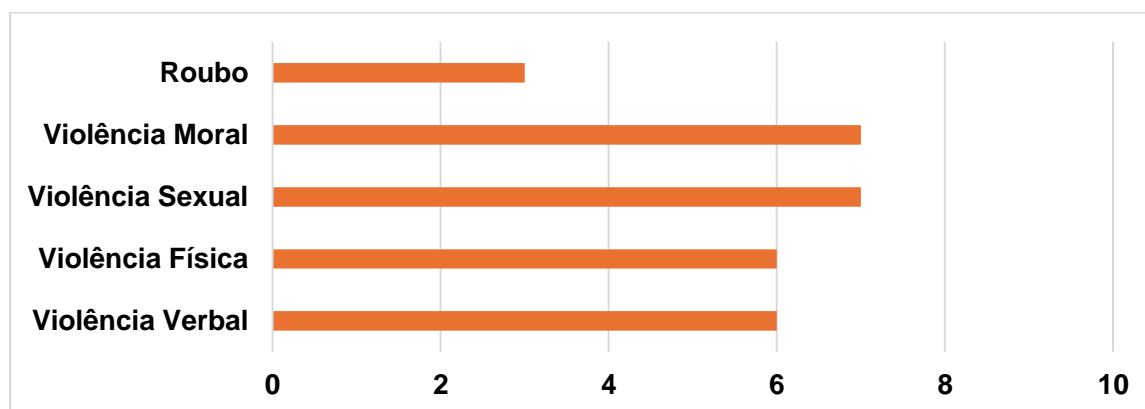
[...] é porque as pessoas julgam muito, sem saber, sem entender o porquê. Mas não que me incomode, é porque eu tenho mais esse medo das pessoas comentando e não saber interpretar. Porque não é que seja um crime. Não é um crime. É porque as pessoas julgam demais. Que nem eu estou falando da paz, né? E eu não gosto, é chato, né? As pessoas estarem só comentando. (Hebe)

5.2 Impactos da Violência na Saúde Mental

As profissionais do sexo vivenciam todas as facetas da violência, uma vez que se deparam com cada uma delas em seu cotidiano. A presença de diferentes formas de violência em seus relatos evidencia agressões físicas, verbais, sexuais, morais e diversas outras situações de vulnerabilidade. Nesta seção, são descritas as experiências relatadas pelas participantes e as consequências emocionais associadas a esses episódios.

A violência moral e a violência sexual foram as mais relatadas, ambas com sete ocorrências. A violência verbal e a violência física foram vivenciadas por seis mulheres. O roubo foi menos citado, com apenas três registros (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Tipos de violência vivenciadas por Mulheres Profissionais do Sexo. Parnaíba, Piauí, Brasil, 2025.



Fonte: A própria autora, 2025.

As narrativas incluem situações de abuso sexual na infância, perpetradas por familiares próximos. Enquanto algumas participantes tiveram seus relatos desacreditados ao denunciar, outras só conseguiram falar sobre o ocorrido anos depois:

Violência? Ah, eu sofri violência quando eu tinha oito anos de idade, que eu fui estuprada. Hoje em dia eu consigo falar abertamente sobre isso. Que eu fui estuprada pelo meu próprio avô. Por parte da minha mãe, que ele está morto, graças a Deus. Aconteceu. Com oito anos de idade. Antigamente, eu não conseguia falar. Hoje em dia, eu sou mais aberta. Antigamente, quando eu abria a boca e falava, travava, eu começava a chorar. (Alcíone)

Não, eu fui só abusada quando eu era criança. Meu tio, marido da minha tia. Ela não acreditava na gente. Mas ele de madrugada, quando a gente estava dormindo, ele ia lá e ficava passando as partes dele, mandando a gente, ficava pegando os peitos da gente. Eu e minha irmã lá nas nossas redes, a gente chorava, mordida ele para ele sair, e no outro dia eu contava para ela e ela não acreditava. (Calisto)

No contexto conjugal, foram mencionadas agressões físicas e sexuais, incluindo coerção e violência durante a gravidez. Algumas mulheres suportavam essas situações para evitar conflitos, enquanto outras reagiam para se defender. Em muitos casos, a compreensão do abuso ocorreu de forma tardia:

Aliás, quando eu era casada, meu marido, eu não queria [sexo] e ele insistia. Hoje eu entendo o que é estupro, né? Na época eu pensei... Mas ele foi. (Dafne)

Não, aí eu ia ficar, não sentia prazer. Eu ficava por ficar e às vezes eu não queria uma briga, não queria uma discussão, não queria aquele clima tenso na frente das crianças. Aí eu ia lá e ficava. (Circe)

No caso, aconteceu assim [aborto]... ele começou... o pai do meu menino, eu estava grávida, ele tinha bebido, a gente brigou e ele quis... ele quis bater na minha barriga. Aí eu fui...eu tomei remédio. (Circe)

Mulher, ele [ex-marido] vinha me bater, nós brigávamos juntos, eu não estou te dizendo. Ele levantava a mão para mim, a mãe dizia assim: “mulher, tu é muito não sei o que...” [...] Ele veio, querer falar assim comigo, eu peguei um lápis, eu tinha acabado de chegar da escola. Aí eu peguei e enfiei o lápis, assim, na mão dele. A mãe disse: “tu é doida”. Eu disse: “não, minha amiga, mas é nunca na vida”. (Hebe)

Do meu marido, sim. Do primeiro, sim. Ele batia, ele queria que eu fizesse sexo com ele. À força. (Dione)

Mais nos relacionamentos. Não sei se esse é moral que se chamaria, mas eu sei que é da pessoa que quer humilhar você, menosprezar, às vezes passar na cara a questão do programa, já em relacionamento. Mas com cliente não. Eles têm um discurso, entende muito a gente. Só param de entender quando passa para ser relacionamento, aí começa a pegar ciúmes. (Héstia)

No ambiente de trabalho, a violência sexual manifestou-se por meio de tentativas de coerção, agressões e recusas ao uso de preservativos, mesmo contra a vontade das trabalhadoras. A agressão verbal foi evidenciada por insultos e humilhações proferidos tanto por clientes quanto por pessoas externas. Já a violência moral incluiu ataques virtuais e difamações, como exposições públicas e tentativas de desqualificação social, reforçando o estigma associado à profissão:

Já aconteceu [violência sexual]. E eu bati nele e obriguei ele a fazer o exame. [...] E disse que se ele não fizesse, eu chamava a polícia para ele [...] Ele pegou e disse, estou tentando, que não ia tirar, não ia tirar. [...] Os homens querem agredir porque está pagando [...] eles querem forçar algo mais, sem preservativo, sem... as coisas [...] (Calisto)

Já, tem vários que chegam e ficam insistindo, tem deles que a gente tem que ficar sempre de olho que eles querem, na distração, eles querem tirar [camisinha]. (Circe)

A única experiência que eu tenho em relação a isso foi de uma amiga minha. Que a gente estava trabalhando num bar. [...] ela era mais inexperiente, o cara tirou a camisinha e ele continuou transando com ela sem camisinha e ela percebeu, pediu para parar e não parou. E ela arranhou ele todinho. Assim, foi um estupro. (Héstia)

Tem, tem, a respeito mesmo da ex do meu atual, ela tem preconceito e ela manda áudio para mim, ó, me esculhamba, ela fala que eu sou dona de um “cabarézinho paia”, um puteiro, não sei o quê, ela me humilha de todo jeito, diz que ele não quer nada comigo. Ela quer me rebaixar por causa disso. (Calisto)

Porque eu estava sentada assim, com o vestido, né? Aí passou a mão na minha perna. Aí eu tirei a mão dele. Aí eu disse: “se você quiser tocar em mim, só lá no quarto. Não é assim, você vai chegando e vai tocando, se você

não pagar nada não.” E eu bem sentada, ele falou assim: “você se acha demais, você é uma rapariga” aí me levantei e saí. (Héstia)

Fizeram uma página de fofoca lá em [município vizinho], e não botaram assim: “E a Hebe que está trabalhando em [capital], dizendo que tá trabalhando de cozinheira e ela tá fazendo é programa”. “Ow” mulher aquilo ali acabou com o meu psicológico. [...] Aí fizeram essa página, eu chorei tanto, tanto, tanto, tanto. E as meninas só me julgando, só falando E eu: “ah, vai para casa do caralho, tá bom de vocês também comecem a postar.” Aí eu fiquei assim pensando: “Quer saber?! Eu que vou me preocupar com os outros?!” aí peguei e postei uma foto minha com aquela música do “job”. Depois desse dia, eu não me preocupei mais não. (Hebe)

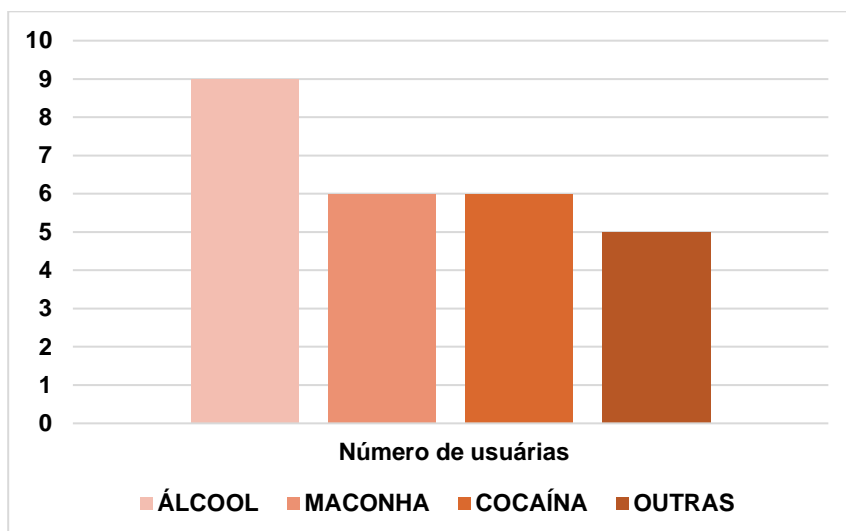
A violência física também se pronunciou em agressões diretas, evidenciando a vulnerabilidade das trabalhadoras diante de clientes agressivos. A experiência de presenciar uma colega sendo agredida e reagir em legítima defesa revela a constante exposição a situações de risco e a necessidade de proteção no ambiente de trabalho:

O que eu faço aqui, só Deus sabe. Só Deus sabe e as meninas que passam aqui. Tem homem que humilha a mulher, tem muito homem que humilha a mulher. Na mesa, quer bater, quer passar a mão na bunda [...] uma amiga minha, ela levou uma “mãozada” na cara. Mas ela deu nele também. Ela deu na cara dele também. (Dione)

5.3 Vivências com o Uso Abusivo de Álcool e Drogas

O uso abusivo de álcool e drogas é uma prática comum entre as participantes, com variações quanto à frequência e ao tipo de substância utilizada. O álcool é a substância mais recorrente, com nove usuárias relatando seu uso, seguido por maconha e cocaína, ambas consumidas por seis trabalhadoras. Outras drogas foram referidas por cinco entrevistadas, sendo elas: “chazinho”, pedra (*crack*), loló, cola de sapateiro e cigarro (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Uso abusivo de álcool e drogas pelas Mulheres Profissionais do Sexo. Parnaíba, Piauí, Brasil, 2025.



Fonte: A própria autora, 2025.

Os depoimentos das trabalhadoras sexuais apontaram o consumo de substâncias psicoativas em resposta a situações de abandono familiar, desilusões amorosas e dificuldades emocionais. Observou-se também o uso motivado pela curiosidade e experimentação, frequentemente intensificado pelo ambiente de trabalho e pela interação com clientes que consomem drogas:

Eu morei no meio da rua, fui abandonada pela minha família. O primeiro relacionamento, minha irmã tomou meu namorado de dois anos, tudo que eu planejei fazer com ele durante dois anos, ela foi durante um mês, namorou, casou, noivou, casou e engravidou. O meu namorado de dois anos, aí eu fui para as drogas. (Calisto)

Eu comecei a beber muito, foi por isso que eu parei de trabalhar em bar. [...] antes de trabalhar eu já usava algumas drogas, aí eu comecei a usar mais, porque você tem que... os clientes usam também. Aí eu comecei a usar muito [...] aí depois eu parei, aí de vez em quando eu volto, mas agora eu estou equilibrada. Porque o que me desequilibra é o negócio da depressão. (Héstia)

Não. Foi porque eu queria provar, testar. O teste, sabe? O teste que a gente gosta e fica na nossa onda. (Alcíone)

Verificou-se diferentes padrões de consumo de álcool e drogas entre as MPS. Enquanto algumas consomem ocasionalmente, sobretudo nos finais de semana e durante o trabalho, outras relatam uso frequente de álcool, maconha e cocaína. Muitas tiveram a primeira experiência ainda na adolescência, por influência de amigos ou

parceiros. O consumo ocorre em diversos contextos, seja para suportar a rotina de trabalho, lidar com emoções negativas ou acompanhar o uso dos clientes:

Álcool. Frequente, não. De vez em quando, quando eu quero dar uma doida aí. (Circe)

E eu passei a usar drogas uns tempos, passei a beber direto. Agora que eu estou uns 15 dias que eu não estou mais fazendo nada disso. [...] Foi com cocaína. Mulher, quando tinha recaída, era triste. Passava o dia e a noite. [...] Foi pouco tempo [uso de cocaína]. Quando eu acabei minhas coisas que eu caí na real, eu tinha um carro [...] casa montada, eu acabei tudo. (Calisto)

Eu sei que é errado, mas eu faço. Só para aguentar a noite. [...] A droga é muito mais final de semana. E é só quando eu estou no bar. Eu fumo cigarro também, eu bebo. Mas em casa eu não sinto nem vontade de fumar nada. É para aguentar a noite, porque a madrugada é longa ainda. Eu sei que é errado, mas... Eu vou me sair dessas porcarias. (Alcíone)

As drogas também. Eu só ia todo o tempo que eu estava no bar, quando eu ia para casa eu parava. [...] eu tive um processo de usar muita droga quando eu namorei com esse cara que era noiado. Era cocaína o que a gente usava. [...] Já foi. Muito, quando era final de relacionamento eu usava muito, aí depois parava. Agora, às vezes, é frescura mesmo, as meninas estão usando, eu vou e uso também. [...] Maconha eu já usei muito, porque quando eu parei de cheirar, eu comecei a fumar maconha [...] porque eu já sou ansiosa, aí depois que eu parei o pó, aí eu tive abstinência, aí eu não comia, não dormia bem. E a maconha, era só felicidade, eu comia, dormia, ficava feliz, eu via tudo. [...] depois eu fui diminuindo a maconha e agora eu fumei uns dias aí com as meninas. Mas eu tenho meu “kitzinho” em casa, mas eu não compro mais, nunca mais comprei assim para ter em casa. Mas eu comprava todo dia, eu tinha que ter minha maconha. (Héstia)

Se eu não tiver a minha cerveja, eu não me levanto. Tem dias assim que eu paro, só que se fosse por mim, eu bebia todo dia cerveja. [...] Eu sentia muita vontade [durante a gravidez]. Chega... Eu andava assim, babando, que nem aqueles cachorros doidos. Eu bebi, não vou mentir. Mas engraçado é que não me prejudicou não. Eu nunca bebi para ficar doida no meio do mundo, não. (Hebe)

A maconha é toda hora, na hora que eu acordo. [...] Desde quando eu tinha 13 anos, eu acho. Se eu não fumar de manhã, eu fico estressada. Ninguém não fala comigo não. (Érato)

Maconha, cocaína e o álcool. Passo dois dias sem usar, o restante da semana todinha eu lasco. [...] eu já possuí minhas coisas e eu perdi tudo por causa disso. Porque eu vendia, porque eu bebia e usava e saía doida aí na cidade e botava a vida das pessoas em risco. Desde 14 [anos]. [...] continua no mesmo nível [uso durante a gravidez]. (Pandora)

Já quando eu era mais nova. [...] se eu tivesse continuado a beber e a fumar, acho que eu não era viva mais não. E nem tinha esses filhos mais não. E eu deixei também, sabe por quê? Quando eu comecei a ter filhos, eu pensei assim... eu não vou dar má influência para os meus filhos. Ficarem vendo eu bebendo, fumando. Eu tenho uma tia minha, que ela bebe que cai no chão. Tira roupa e se amostra toda, é daquelas mulheres. (Dione)

Outras drogas também foram mencionadas nas entrevistas, com destaque para relatos de reações indesejadas, como alucinações decorrentes do uso de “loló”, “cola de sapateiro” e “crack”. Por sua vez, o cigarro é a substância de uso contínuo, associado à ansiedade e difícil de abandonar:

[...] Experimentei, loló e cocaína. Cola também, já tive experiência. [...] Eu fumo cigarro. O cigarro é a droga que eu sou dependente, eu não consigo parar. [...] Desde que eu comecei, eu nunca parei, já faz mais de seis anos. Eu diminuí muito agora. Eu fumo assim, tipo, normal, se eu não estivesse cheirando, uns três ou quatro cigarros por dia. Mas antes eu fumava duas carteiras quando eu cheirava. Ou então quando eu estava com crise de ansiedade, antes de cheirar era um cigarro atrás do outro. (Héstia)

Experimentei a pedra também, mas a pedra eu não gostei não. Não deu muito. Não deu certo não. Eu fiquei vendo coisa, alucinação. Só mesmo um chazinho aqui e ali [hoje em dia]. (Calisto)

Todo dia. Não [paro cigarro], porque fica aquela naquela abstinência. (Alcíone)

Eu já cheirei, não vou mentir. [...] Eu não gosto nem de pedra, nem de maconha. Cheirar, já cheirei. [...] direto não, está doida?! Morrer de overdose. [...] mais é final de semana, né, que dá vontade, mas eu não sou uma pessoa assim, dependente... (Hebe)

[...] Eu acho que... com 12 anos eu já cheirava [cocaína]. Eu parei só de vez em quando, agora, graças a Deus. Porque eu se eu estivesse cheirando, como eu cheirava antigamente. Era pirada mesmo. [...] Porque é só atraso, a pessoa cheirar [...] (Érato)

O uso de drogas, especialmente de cocaína, foi relacionado a prejuízos emocionais e psicológicos, como isolamento, dificuldades no trabalho e instabilidade emocional. O consumo contínuo foi descrito como um fator que agrava estados emocionais negativos, sendo, em alguns casos, uma resposta a momentos de tristeza:

Eu acho que influenciou [drogas] de uma forma muito negativa a minha saúde mental e física. Se eu não fosse uma pessoa que treinava, se eu não tivesse uma dieta equilibrada, eu acho que... vou fazer uma consulta também com o neurologista para ver, porque eu usei realmente muito tempo. [...] eu podia estar aqui cheirada e conversando com você, você nunca ia perceber, eu não tenho cara de quem usa. [...] Aí chegou um ponto que parou de ser funcional, que é quando você começa a querer ficar trancada, se isolar. [...] aí eu não consegui trabalhar direito. Até hoje eu não consigo sem usar, no começo sim, depois de uma certa quantidade eu não consigo trabalhar, porque eu fico agoniada com as pessoas. (Héstia)

[...] A droga, ela ferra muito sua mente. Principalmente a cocaína, que ela sobe logo para o juízo. A adrenalina é louca, mas é errada de sentir. [...] muitas vezes, quando eu estou me sentindo mal [...] acho que é toda...[menina] quando está triste, ela se joga na droga [...] a droga prejudica bastante [saúde mental]. [...] É ruim. Nenhuma droga, nem cigarro que também é droga, nenhuma droga é boa. (Alcíone)

Em contrapartida, uma das profissionais não percebeu essa associação e apontou que o uso de drogas não está necessariamente ligado ao sofrimento emocional, sendo descrito como uma escolha pessoal, sem influência direta do estado mental, que, mesmo em momentos de tristeza, o consumo não foi uma resposta automática:

[...] Influenciou nada, menina. A gente faz porque quer mesmo. Tipo assim, não tem um motivo. Minha saúde mental é assim que... Tipo que eu estou hoje assim sofrendo, que seja... Tem dia que, ontem eu fui dormir cansada, chorando de saudade. Mas tipo assim, não é porque eu estou chorando triste que eu vou usar. Tem dia que eu não quero nem olhar. Tem dia que eu não quero nem beber, tipo hoje é um dia. (Hebe)

5.4 Experiências na Busca por Assistência em Saúde Mental

Esta categoria aborda as experiências e percepções das participantes sobre a busca por assistência em saúde mental, o acesso a suporte emocional e as expectativas em relação aos profissionais da área, incluindo a forma como esperam ser acolhidas durante o atendimento.

Os discursos sobre a busca por assistência em saúde mental variaram entre experiências positivas e negativas. Algumas trabalhadoras sexuais apontaram a terapia como um fator positivo para reduzir a ansiedade, melhorar a autoestima e controlar o estresse:

[...] no início eu não me abria com ela não [psicóloga] [...] mas depois eu consegui. Ela me acalma. Falou um bocado de coisa para mim, falou para mim acalmar mais minha mente. Relevar essas situações, ela me ensinou, porque antigamente eu era muito “estressadona”. Tudo eu queria ir para cima, bater e tal, eu sempre fui muito “zangadona”. Hoje em dia não [...] eu sou mais tranquila. [...] porque eu estava me sentindo muito vazia. (Alcíone)

Já. Foi bom, eu me senti bem melhor, saí de lá bem, minha autoestima boa. (Calisto)

No entanto, também houve relatos de dificuldades de acesso e adiamento da procura por atendimento, por falta de oportunidade ou por não se sentirem prontas:

Agora, em questão de relacionamento, sempre dá errado. Sempre. Eu acho que tem que fazer uma terapia, talvez. Eu acho que é problema do meu pai. Eu acho que é coisas assim, que tem que procurar alguma razão.

[...] Nunca fiz consulta, nem com psicólogo, nem psiquiatra, nem terapeuta. (Héstia)

Sim, é porque já te falei, quando eu tiver em casa, quando eu tiver estabilizada, eu vou fazer tudo isso, porque eu sei que a gente precisa de terapia, essas coisas. (Dafne)

A recusa do atendimento e o tratamento com desdém, em um serviço público, por parte de uma profissional de saúde mental gerou sentimentos de rejeição e desamparo em um momento de maior vulnerabilidade:

No CAPS, já procurei ajuda. Já falei com a moça lá, mas ela não compreendeu. Ela me rejeitou, ela me bloqueou do celular. Eu chorei na frente do mundo, eles tentaram até me amarrar com aquelas blusas. Ela teve preconceito. Ela disse que eu não era doida. Ela disse que era sem vergonha. Eu fiquei assim, mas... Uma pessoa que toma remédio controlado, ela é boa da cabeça? Não é. Eu sinto dor de cabeça direto. Eu nunca fiz isso na minha vida. É uma coisa que fica de repente. Eu fico... Outra pessoa, assim. (Dione)

Ao considerar a possibilidade de buscar atendimento psicológico, as MPS divergem sobre mencionar sua profissão na consulta. Algumas enfatizam a transparência como necessária para que o profissional compreenda sua realidade, outras hesitam por desconforto ou receio de julgamento. O estigma associado ao atendimento psicológico e o receio sobre a receptividade do profissional também influenciam essa decisão:

Aí eu vou ter que dizer, porque aí eu acho que é relevante, né? Porque ele vai ter que entender toda a minha situação, toda a minha vida, só que eu acho que vai ser muita história, vai ter que ser muitas sessões para me contar tudo. (Héstia)

Sim, porque para psicóloga, não posso mentir. Tenho que falar a verdade. Para um nutricionista, não. [...] Eu fui porque minha filha também estava com umas crises de ansiedade, de 14 anos. Aí eu fui com ela. Aí primeiro ela veio nós duas, depois eu fui só ela e me chamou. Aí eu só falei que eu trabalhava viajando, passava uns dias fora. (Dafne)

Não, não quis, não [mencionar a profissão]. É, também, eu não estava muito bem à vontade ainda. (Circe)

Eu acho que a gente pensa assim: “Será que ele vai me ajudar? Será que ele não vai falar?”. É porque lá em [município vizinho], para a gente conseguir uma consulta com o psicólogo, é um pouco mais complicado. Tipo assim, vai lá no CAPS. Aí eu digo assim “meu Deus do céu, que diabo que eu vou fazer no CAPS? Estou nem doida”. [...] E o pior que eu sei, que eu vi gente “boazinha” lá, eu digo: “que diabo que tu tá fazendo aqui, está doida é?!”. Mas eu acho assim que, por eu saber o lugar lá e já ter trabalhado [como auxiliar de serviços gerais], lógico que sempre muda os psicólogos de lá, mas só que eu imagino assim: “será que ele vai me entender? Será que eu vou lá e ele

vai achar que eu estou só indo para tirar o tempo dele?" [...] Eu não tenho problema com isso, não. Se eu sentir que eu tiver doida de verdade, opa, nem que seja um pago eu vou. (Hebe)

Entre aquelas que não buscaram ajuda profissional, o suporte emocional veio de familiares, amigas e colegas de profissão. Esse apoio se manifesta em conversas com pessoas próximas, no desabafo com colegas que compartilham experiências semelhantes e garantem discricção, ou na música como forma de alívio.

A única ajuda quando eu estou assim, eu ligo para minha filha, eu falo com ela, ela pede para mim me acalmar, que vai ficar bem, para mim deitar, descansar, estou com dor de cabeça, toma um remédio, Ariadne. É a única ajuda que eu sei que vai fazer bem. Porque quando eu estou mal, eu fico mais mal ainda porque eu sei que eu estou prejudicando ela. (Ariadne)

Sim. Essas minhas amigas, sim. É um suporte porque eu não faço terapia, então eu preciso conversar e tudo. Até porque eu sou muito paranoica (Héstia)

Não, eu só coloco meus hinos. (Circe)

Não, sempre conversava com a minha irmã. (Pandora)

[...] eu não gosto de falar assim sobre para muitas pessoas, mas eu falo para minha mãe, para minha irmã [...] eu não tenho amiga não. Mas as vezes a gente comenta com algumas pessoas [...] geralmente é com pessoas assim do local que a gente confia mais. Amiga ninguém tem. Mas é tipo assim, o lugar que assim que você pega uma "colegagem" aí a gente conversa na hora, mas para a gente desabafar com pessoas que entendam a gente, que às vezes passam pela mesma situação. E que a gente sabe que não vai sair falando. (Hebe)

Outrossim, as depoentes descreveram características que consideram importantes em um profissional de saúde mental, apontando expectativas de acolhimento, empatia e ausência de julgamento como elementos essenciais no atendimento em saúde mental:

Tem que ter educação, porque tem muitos que não tem. Eles acham que a gente está obrigada ali, a aguentar tudo [...] ficam fazendo hora com a cara da gente, está lá querendo atendimento e eles ficam lá conversando, se fazendo de doido. Acho que aquilo não era para existir não. (Calisto)

Eu acho que a pessoa tem que entender a outra pessoa, assim, não fazer julgamento. Porque, por exemplo, se eu fosse falar para um profissional de saúde que eu faço programa, eu ia esperar ser acolhida. Que ele não tivesse preconceito, até porque é o trabalho dele, e que ele não fizesse comentários com outras pessoas. (Héstia)

Humanidade, tem que ter empatia, ouvir. E amor pela profissão também. (Dafne)

Todo profissional de saúde tem que saber acolher seu paciente. [...] Eu não gosto de gente que é ignorante, arrogante, que quer tratar menor do que você é. [...] acho que saber conversar com a pessoa, deixar ela à vontade para ela conseguir se abrir, porque tem que ter isso também, não pode estar forçando a pessoa falar. A minha psicóloga, ela deixou eu me soltar. No primeiro dia, ela não fez tanta pergunta profunda, entendeu? Na terceira vez que eu fui, que eu me senti à vontade com ela para soltar, para me abrir. (Alcione)

Em contraste, ao serem questionadas sobre as características que não desejam em um profissional de saúde mental, as respostas centraram-se na imagem de um profissional grosseiro, ignorante, mal-educado ou que minimize suas necessidades:

Profissional enjoado (Alcione)

Acho que ser grosseiro, falar coisas que desagradam. Mesmo que seja a verdade, mas falar assim de qualquer jeito (Dafne)

Se ele for chato e ignorante (Érato)

Ignorante. (Pandora)

Fizer uma coisa... Se ele for ignorante comigo, eu não vou mais. Como ela [psicóloga do CAPS] foi ignorante comigo. Me bloqueou do celular e tudo. (Dione)

[Pessoa mal-educada] É conhecida. Ou uma pessoa que acha que a gente não tem necessidade. Porque por mais que... tem psicólogo ou tem profissional que acha assim... que tu vai lá por besteira. (Hebe)

5.5 Análise de Similitude

Para aprofundar a exploração dos dados coletados, empregou-se uma análise de similitude pelo software IRaMuTeQ®. Essa abordagem permitiu verificar a frequência das palavras e as conexões entre elas, facilitando a identificação da estrutura do campo representacional da saúde mental das mulheres profissionais do sexo (Figura 2).

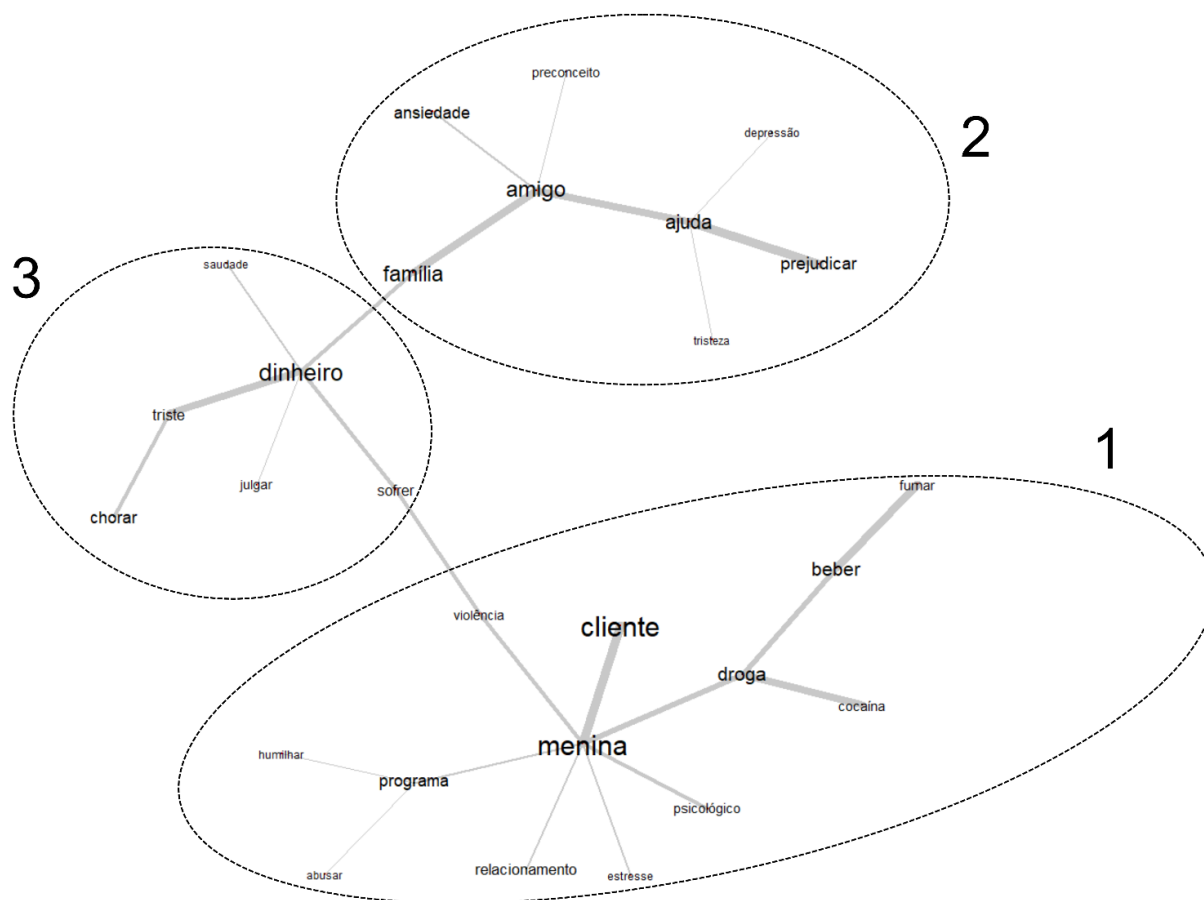
A análise de similitude identificou três agrupamentos temáticos centrais, que refletem experiências vivenciadas no cotidiano do trabalho sexual e suas repercussões na saúde mental. O primeiro agrupamento identificado, contendo palavras como "menina", "cliente", "droga", "beber", "fumar", "cocaína", "psicológico", "relacionamento", "programa", "abusar", "humilhar" e "violência" sugere uma forte conexão com experiências de vulnerabilidade, uso de substâncias e abuso psicológico

e físico sofridos pelas MPS. O termo central “menina” remete à forma como as profissionais do sexo se referem a si mesmas ou às colegas, denotando uma identidade coletiva, enquanto “cliente” aparece associado às interações comerciais e, muitas vezes, a situações de abuso e exploração.

O segundo agrupamento foca nos fatores que influenciam a saúde mental e os principais sintomas relatados, com termos como “amigo”, “família”, “ajuda”, “prejudica”, “ansiedade”, “preconceito”, “depressão” e “tristeza”. Este grupo destaca a importância das relações interpessoais no contexto da saúde mental das profissionais do sexo. As palavras “amigo” e “família” foram citadas tanto como fontes de apoio quanto como relações que, em alguns casos, reforçaram dificuldades emocionais.

O terceiro agrupamento, incluindo “dinheiro”, “triste”, “chorar”, “julgar”, “sofrer”, “saudades”, enfoca na relação entre instabilidade financeira e sofrimento emocional. O termo “dinheiro” foi um fator central no cotidiano das participantes, influenciando suas emoções e decisões, enquanto “triste” e “chorar” expressaram frustrações e perdas. Assim, observa-se a ampla carga emocional associada ao exercício da prostituição, reforçando a necessidade de atenção psicossocial a esse público socialmente fragilizado.

Figura 2 - Análise de similitude entre as palavras utilizando o *software* IRaMuTeQ®. Parnaíba, Piauí, Brasil, 2025.



Fonte: A própria autora, 2025.

5.6 Nuvem de Palavras

Pelo método de nuvem de palavras, verificou-se que as palavras mais evocadas na transcrição do *corpus* textual foram: “ficar” (f= 212), “querer” (f=162), “falar” (f=148), “pessoa” (f=117), “bom” (f=62), “cliente” (f=63), “menina” (f=60), “passar” (f=48), “dinheiro” (f=45), “amigo” (f=39), “ajudar” (f=38), “droga” (f=37), “beber” (f=37), “sentir”, (f=36), “entender” (f=34) (Figura 3).

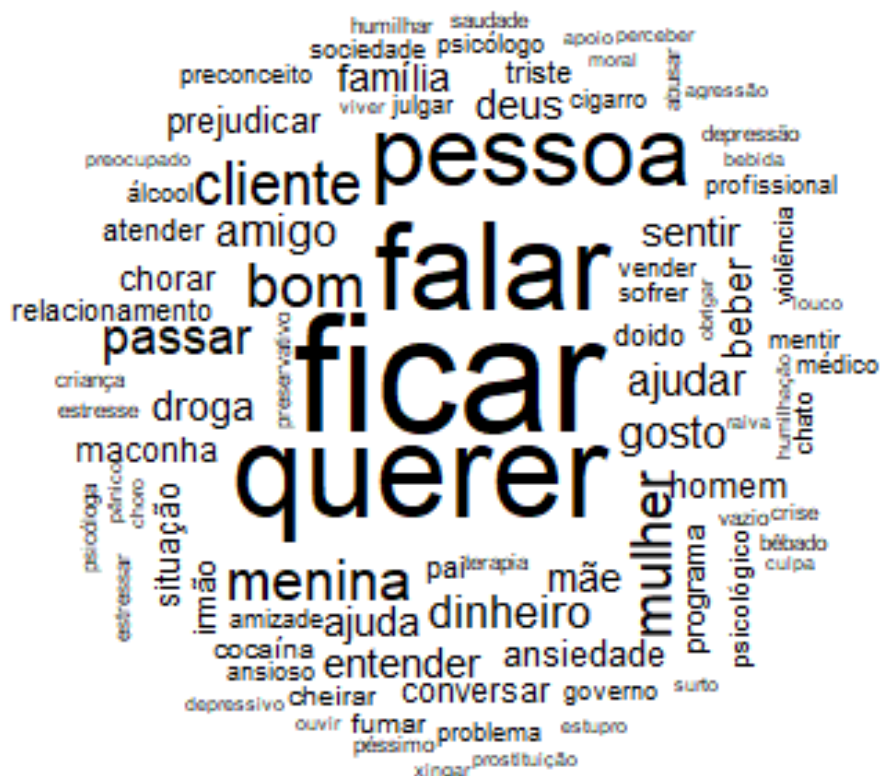
Ao recuperar os segmentos de texto, observa-se que o termo “ficar”, “querer”, “sentir”, “falar” e “entender” refletem aspectos emocionais, desejos, medos, apreensões e aspirações. Destaca-se que o tema “ficar”, ainda, refere-se a excessos cometidos pelos clientes, que insistem em ações que extrapolam a descrição do trabalho das MPS.

Além disso, “pessoa” emerge como uma reafirmação da identidade das MPS como indivíduos, em contraposição à despersonalização que enfrentam, onde seus corpos são tratados como produtos. Esse termo também aparece nos relatos que denunciam a sociedade como um agente julgador e discriminatório.

Apesar da palavra “bom” ter sido utilizada em contextos positivos, de satisfação e bem-estar, ela também revelou sentimento de descontentamento por parte das trabalhadoras, pois nos diálogos observou-se a aparição recorrente das expressões “nada bom” e “não é bom”.

Ademais, percebeu-se a associação entre os léxicos “cliente”, “bom” e “dinheiro”, que remetem à ideia de sustento financeiro. Alguns clientes foram vistos como suporte emocional, uma vez que, para a maioria das trabalhadoras, a ausência de relacionamentos afetivos torna a convivência com os clientes, durante momentos de descontração, uma forma de acolhimento — um “momento de conquista” que antecede a atividade sexual.

Figura 3 - Nuvem de palavras utilizando o *software* IRaMuTeQ®. Parnaíba, Piauí, Brasil, 2025.



Fonte: A própria autora, 2025.

Dessa forma, a maior expressividade dos termos destacados reforçou a importância de compreender as nuances e subjetividades que permeiam a experiência dessas trabalhadoras, revelando tanto aspectos emocionais quanto sociais, além das contradições entre a busca por reconhecimento e a despersonalização enfrentada no exercício de seu trabalho.

6 DISCUSSÃO

6.1 Perfil das Profissionais do Sexo

As repercussões do trabalho sexual na saúde mental das mulheres profissionais do sexo revelam um cenário complexo e multifacetado. O perfil sociodemográfico das participantes da presente pesquisa alinha-se aos resultados de estudos nacionais realizados na Bahia, Distrito Federal e Ceará (Couto *et al.*, 2022b; Lopes *et al.*, 2022; Brito *et al.*, 2019), caracterizando-se por mulheres jovens, de baixa escolaridade e insatisfeitas com a profissão.

A presença predominante de trabalhadoras sexuais mais jovens está associada à busca do mercado por características relacionadas à juventude, o que indica que essas mulheres podem enfrentar pressões intensas relacionadas à exploração de sua idade (Brito *et al.*, 2019). Por sua vez, a baixa escolaridade reflete desafios como a dificuldade de acesso à educação e a evasão escolar, frequentemente causadas pela migração constante, o que limita a qualificação profissional (Gehlen *et al.*, 2018; Pastori; Colmanetti; Aguiar, 2022).

Diante desse cenário, a prostituição surge como uma alternativa viável para mulheres em situação de desamparo social. Apesar da instabilidade financeira, a atividade proporciona uma fonte de renda acessível para aquelas com pouca ou nenhuma formação profissional. A ausência de suporte estatal e o estigma restringem as possibilidades de saída do mercado sexual, perpetuando um ciclo de vulnerabilidade social e econômica (Couto *et al.*, 2020a; Pastori; Colmanetti; Aguiar, 2022).

Esse cenário de fragilidade se entrelaça com questões raciais, evidenciado pelo fato de que todas as participantes se autodeclararam pardas. Um estudo comparativo sobre gênero e raça no mercado de trabalho brasileiro aponta que a participação de pessoas pardas e pretas é restrita, dificultando sua ascensão profissional, independentemente de sua qualificação ou formação (Nana; Mourão, 2024), o que pode estar relacionado à sua maior representação em ocupações informais e vulneráveis.

A predominância de mulheres solteiras entre profissionais do sexo na presente pesquisa pode estar relacionada a fatores como horários irregulares, estigma social e

desafios nas relações interpessoais (Rebonato *et al.*, 2021), o que pode dificultar o estabelecimento de vínculos conjugais estáveis.

Os dados desta investigação apontam que a maioria das participantes não era natural do local de estudo, o que sugere um padrão migratório intrínseco à atividade. A mobilidade pode ser motivada pela busca por novos clientes, melhores condições econômicas ou pelo desejo de anonimato diante do preconceito social. No entanto, essa dinâmica afeta as relações sociais, dificulta o acesso a serviços de saúde, aumenta a vulnerabilidade ao uso de substâncias e contribui para desfechos negativos na saúde (Hendrickson *et al.*, 2024; Hendrickson *et al.*, 2021).

6.2 Saúde Mental das Profissionais do Sexo

Uma recente metanálise sobre transtornos mentais comuns entre trabalhadores brasileiros identificou que as profissionais do sexo estão entre as categorias com a maior prevalência combinada, atingindo índices superiores a 40% (Coledam *et al.*, 2022). Embora a prostituição seja regulamentada no Brasil, sua informalidade e invisibilidade social, aliada a uma rotina marcada por violência, uso de substâncias, sigilo e alta demanda de clientes, intensificam o desgaste emocional. Nesse contexto, os corpos são mercantilizados e privados de subjetividade, enquanto o trabalho sexual, em vez de conferir dignidade, reforça a marginalização e agrava o sofrimento mental (Coledam *et al.*, 2022; Paiva *et al.*, 2020). Na amostra estudada, relatos comuns de tristeza profunda, ansiedade, estresse e depressão confirmam esses achados.

As relações estabelecidas pelas participantes da presente pesquisa com o tempo que passam no ambiente de trabalho são fatores determinantes no sofrimento externado por elas. Por vezes, o tempo para essas mulheres é sinônimo de dor, humilhação e angústia, acarretando consequências para além do período laboral, uma vez que o descanso em seus lares é permeado pelo processamento dessas emoções e a antecipação do retorno aos locais de trabalho. Essa sobreposição entre tempo profissional e pessoal amplifica o desgaste mental e reduz as possibilidades de recuperação emocional (Paiva *et al.*, 2020).

Os cenários laborais permeados por instabilidade, insegurança e incertezas desencadeiam sintomas que afastam a felicidade da realidade dessas mulheres. As

condições da profissão, marcadas por abuso físico e psicológico, submissão ao sexo oposto, desafios econômicos e familiares, dificuldades de inserção no mercado formal, baixa escolaridade e questões afetivas, agravam ainda mais esse quadro (Couto *et al.*, 2023).

Pelo exposto, as trabalhadoras do sexo estão expostas a múltiplos agentes estressores, sejam eles interpessoais, intrapessoais ou ambientais, comprometendo sua saúde mental e qualidade de vida (Couto *et al.*, 2022b). Essas condições as tornam mais vulneráveis a sintomas de tristeza profunda, estresse, ansiedade e depressão, o que afeta negativamente sua percepção de bem-estar (Razu *et al.*, 2024; Martín-Romo; Sanmartín; Velasco, 2023). A ausência de tratamento adequado para esses problemas pode gerar impactos negativos a curto e a longo prazo na qualidade de vida dessas mulheres (Beksinska *et al.*, 2022b).

Conflitos interpessoais com familiares, amigos, colegas de trabalho ou clientes fazem parte do cotidiano e influenciam o estado emocional (Couto *et al.*, 2022b). Um estudo sobre a percepção das profissionais do sexo em relação à rede de apoio social apontou a fragilidade dos vínculos familiares, além de sentimentos recorrentes de desamparo, desconfiança e experiências de violência. No entanto, em alguns casos, a família ainda se mostrou uma fonte de suporte em momentos adversos (Lopes *et al.*, 2022), resultado que converge com os achados desta pesquisa.

O isolamento imposto pela profissão agrava essa vulnerabilidade. Os horários atípicos e o afastamento do local de trabalho dificultam o convívio com familiares e amigos, levando a sentimentos de solidão e saudade (Rebonato *et al.*, 2021). Além disso, o anonimato, adotado para evitar o estigma social, limita o acesso a redes de apoio (Couto *et al.*, 2023). Esse distanciamento pode reforçar sua invisibilidade como trabalhadoras e aprofundar o sofrimento emocional, pois a identidade social delas é frequentemente marcada por estereótipos (Couto *et al.*, 2023; Paiva *et al.*, 2020).

Portanto, a falta de apoio social é uma variável crucial para o ajuste psicológico das profissionais do sexo, sendo que a percepção desta está fortemente associada a níveis mais altos de sintomas de depressão. Sentir-se excluída da sociedade, sem pessoas em quem confiar ou ainda ser rejeitada pela família pode agravar esses sintomas (Martín-Romo; Sanmartín; Velasco, 2023).

Nessa conjuntura, os clientes desempenham um papel ambíguo nas relações sociais das MPS. Por um lado, são sua principal fonte de sustento e, em alguns casos,

os vínculos estabelecidos ultrapassam a relação comercial, tornando-se espaços de troca de segredos, frustrações e expectativas (Paiva *et al.*, 2020; Rebonato *et al.*, 2021). Por outro lado, esses mesmos clientes podem representar uma fonte de sofrimento, especialmente quando a relação reforça a perda de autonomia sobre seus corpos e vidas, evidenciando a percepção de que tudo pode ser comprado, inclusive o tempo e a própria existência dessas mulheres (Paiva *et al.*, 2020).

As relações de amizade entre profissionais do sexo são, em geral, escassas e marcadas por um sentimento dúbio de apoio e desconfiança. Embora o círculo de colegas de profissão ofereça um senso de pertencimento e um espaço relativamente seguro para compartilhar experiências sem o risco de exposição, essa confiança é limitada (Lopes *et al.*, 2022). O fato de todas exercerem a mesma atividade gera uma forma de proteção mútua contra o estigma externo, mas também intensifica a competitividade e a incerteza sobre a lealdade nas relações (Lopes *et al.*, 2022; Stockton *et al.*, 2021).

Para além dos relacionamentos interpessoais, a religiosidade também influencia a saúde mental das profissionais do sexo, conforme observado nesta investigação, funcionando como uma ferramenta usada para alcançar equilíbrio, bem-estar e qualidade de vida (Couto *et al.*, 2022b). Contudo, essa relação é paradoxal, pois, embora traga alívio e conforto emocional, também está associada a sofrimento psíquico, uma vez que suas ações entram em conflito com os valores pessoais que carregam, refletindo dessa forma, uma crise de identidade e fragmentação interna (Paiva *et al.*, 2020).

6.3 Violência contra as Profissionais do Sexo

A violência contra as MPS é um fenômeno complexo, vinculado a dinâmicas de poder desiguais. Os resultados do presente estudo revelaram a ocorrência de mais de um tipo de violência ao longo da vida. Entre elas, as mais citadas foram a violência moral e sexual, seguidas por violência verbal e física, praticadas por familiares, ex-cônjuges, clientes e pessoas externas.

Esta investigação também identificou um histórico de exposição à violência sexual na infância entre as participantes. Pesquisa transversal constatou que a saúde mental das MPS é influenciada por múltiplos fatores, incluindo vivências traumáticas

na infância, pobreza, insegurança alimentar, contexto da venda de sexo, uso de substâncias para lidar com o trabalho, problemas de saúde física e violência de gênero, como o comportamento controlador do parceiro (Jewkes *et al.*, 2021).

Ressalta-se que mulheres expostas a traumas na infância, especialmente abuso sexual e negligência emocional, apresentam maior probabilidade de ingressar no trabalho sexual em comparação àquelas que não vivenciaram essas experiências (Jewkes *et al.*, 2021). Além disso, traumas na infância podem impactar o desenvolvimento cerebral, comprometendo a estabilidade emocional e influenciando negativamente a saúde mental ao longo da vida (Beksinska *et al.*, 2021).

Os preditores de VPI contra MPS deste estudo são consistentes com os achados da literatura. Inseridas em um histórico de estigmatização e violência, as mulheres enfrentam desde insultos verbais até violência sexual, caracterizadas por ato sexual não consentido nas relações conjugais.

Essas situações corroboram evidências científicas descritas em um estudo, desenvolvido no Quênia que identificou múltiplas formas de VPI, física, verbal, psicológica, patrimonial e sexual sofridas pelas MPS, e destacou a precariedade da saúde mental como um fator central na trajetória para o serviço sexual. Fatores como rupturas conjugais relacionadas à VPI, falta de apoio familiar, responsabilidades maternas, pobreza e escassez de outras oportunidades foram apontados como determinantes nesse contexto (Panneh *et al.*, 2022).

Muitas dessas mulheres são alvo de agressões devido ao envolvimento sexual com outros homens para sustentar a família, sendo que, frequentemente, os agressores são figuras masculinas com quem mantêm laços afetivos ou familiares. Essas vivências comprometem sua autoestima, geram desconfiança e dificultam a construção de novos vínculos, além de intensificarem o sofrimento psicológico, marcado por tristeza, solidão e estresse (Costa *et al.*, 2024).

O ambiente de trabalho também foi um meio facilitador para as vivências das mulheres deste estudo. A violência sexual foi associada ao uso inconsistente de preservativo, enquanto a violência moral se manifestou por meio de humilhações e afrontas aos valores pessoais das MPS. O estigma, a discriminação e o preconceito reforçam esse cenário de violência, que muitas vezes é silenciado, dificultando a denúncia e a busca por suporte (Freitas *et al.*, 2020).

Uma revisão sistemática sobre a prevalência de problemas de saúde mental entre profissionais do sexo em países de baixa e média renda revelou que mulheres com transtornos psicológicos são mais propensas a sofrer violência e a relatar o uso inconsistente de preservativo com clientes. Esses achados reforçam que as condições precárias de saúde mental amplificam a exposição a riscos, com implicações significativas para a segurança e o bem-estar dessas mulheres (Beattie *et al.*, 2020).

No contexto da prostituição, a violência sexual também está associada à dinâmica de poder desigual entre clientes e trabalhadoras do sexo. O ato de pagar por sexo, em alguns casos, reforça a percepção de que o homem tem controle sobre o corpo da mulher, sentindo-se no direito de violá-la (Meneghel; Margarites; Ceccon, 2022). Esse cenário evidencia como a violência contra as profissionais do sexo não ocorre isoladamente, mas está inserida em um sistema estrutural que perpetua o estigma, a desigualdade e a impunidade.

6.4 Uso de Substâncias no Trabalho Sexual

Para lidar com tais experiências de sofrimento, as MPS desta pesquisa adotaram estratégias de enfrentamento, destacando-se o uso de álcool e drogas como a principal forma de amenizar os impactos emocionais de seu trabalho e vivências.

O efeito desinibitório dessas drogas psicoativas auxilia as MPS a lidar com os desafios diários do trabalho sexual, a se sentirem mais confortáveis durante os programas, funcionando como encorajamento, meio de socialização com clientes ou até como resposta à pressão exercida por eles (Gehlen *et al.*, 2018; Yimam *et al.*, 2024; Beksinska *et al.*, 2022a; Junior; Oliveira, 2025). Além disso, o tabaco pode ser empregado como uma forma de alívio e prazer no contexto dessas vivências (Gehlen *et al.*, 2018).

Entretanto, o uso dessas substâncias também apresenta riscos significativos. A ampla disponibilidade de álcool e drogas no ambiente do trabalho sexual as expõe a situações de vulnerabilidade e violência, pois essas substâncias alteram o comportamento tanto das MPS quanto de seus clientes. Ademais, podem comprometer a percepção das profissionais sobre as violências sofridas, especialmente quando o consumo ocorre durante os encontros sexuais remunerados (Gehlen *et al.*, 2018).

Estudos indicam uma forte associação entre o uso de substâncias e a saúde mental das MPS. Pesquisa transversal realizada na África do Sul revelou que 20% das participantes utilizavam drogas para lidar com o trabalho sexual, apresentando maior propensão à depressão e ao TEPT (Jewkes *et al.*, 2021). Da mesma forma, uma metanálise identificou que entre 20,9% e 32,7% das MPS dos estudos analisados relataram consumo regular de drogas ilícitas, com a cocaína sendo a substância mais mencionada, um achado compatível com os dados da presente investigação.

Pelo exposto, o consumo de álcool e outras drogas está diretamente relacionado ao agravamento da saúde mental das MPS. Um estudo longitudinal apontou que mulheres com depressão e ansiedade tinham maior probabilidade de desenvolver uso prejudicial de substâncias, reforçando a hipótese de uma relação bidirecional: o consumo excessivo pode aumentar os riscos de transtornos mentais, enquanto a presença desses transtornos pode levar ao uso de substâncias como mecanismo de enfrentamento. Assim, intervenções voltadas para a saúde mental e para a redução do uso nocivo de álcool e drogas devem ser planejadas de forma integrada (Beksinska *et al.*, 2021).

Além dos desafios vivenciados no contexto do trabalho sexual, eventos adversos ao longo da vida também influenciam o consumo de substâncias entre as trabalhadoras do sexo. Uma pesquisa revelou que mulheres com histórico de violência física e sexual na infância e experiências de moradia nas ruas apresentavam maior probabilidade de consumo nocivo de álcool e drogas, um achado que também foi identificado em uma das participantes desta pesquisa (Beksinska *et al.*, 2022a).

Diante disso, torna-se essencial analisar o uso de álcool e drogas entre as MPS a partir de uma perspectiva sindêmica, considerando a interconexão entre fatores sociais e de saúde que perpetuam esses riscos ao longo da vida. A ampla disponibilidade dessas substâncias e as pressões para seu consumo no ambiente de trabalho sexual indicam a necessidade de políticas públicas que contemplem não apenas o uso de substâncias, mas também os determinantes estruturais, ambientais e econômicos que contribuem para essa realidade (Beksinska *et al.*, 2022a).

6.5 Acesso aos Serviços de Saúde Mental pelas Profissionais do Sexo

O trabalho sexual envolve vulnerabilidades associadas tanto à natureza da atividade quanto às condições em que é exercido. A estigmatização e a marginalização dificultam o acesso das MPS a serviços de saúde e a outros direitos sociais. A assistência oferecida a essa população se restringe, em grande parte, a medidas de prevenção de ISTs e contracepção, reforçando sua exclusão social (Brito *et al.*, 2019).

A percepção de que as MPS procuram serviços de saúde apenas diante da incidência de ISTs reduz as expectativas dos profissionais em relação ao planejamento de cuidados abrangentes. Isso compromete a comunicação e limita a assistência integral, apesar das múltiplas vulnerabilidades que essas mulheres enfrentam para além da saúde sexual (Santos *et al.*, 2021).

No Distrito Federal, uma pesquisa apontou que o acesso das profissionais do sexo à saúde pública, especialmente à saúde mental, é restrito. As entrevistadas relataram que os serviços básicos não as alcançam de maneira eficaz e que as poucas ações direcionadas a elas, na maioria dos casos, limitam-se à distribuição de preservativos, quando disponíveis (Lopes *et al.*, 2022). Esses achados corroboram o presente estudo, evidenciando lacunas no atendimento integral a essa população.

Os serviços de saúde disponíveis concentram-se, em grande parte, na saúde sexual e no suporte ao abuso de substâncias, negligenciando demandas mais amplas, como saúde física e mental, triagem preventiva e acompanhamento de condições crônicas. Muitas evitam buscar serviços de saúde devido ao medo da criminalização, do estigma e da discriminação, ao agravamento de vulnerabilidades não tratadas e outras adversidades, como falta de moradia, baixa escolaridade e pobreza (Hallet *et al.*, 2023).

Esse receio leva muitas MPS a ocultar sua ocupação ao buscar atendimento, temendo julgamentos e impactos negativos na assistência recebida (Rebonato *et al.*, 2021). Essa autocensura reduz o contato dessas mulheres com os serviços de saúde e redes de apoio, intensificando o estresse, os transtornos mentais e a sensação de isolamento (Hallet *et al.*, 2023).

Esse distanciamento também está relacionado à postura dos profissionais de saúde, que frequentemente compartilham preconceitos sobre o trabalho sexual. Um estudo realizado na Alemanha revelou que muitos superestimam a incidência de transtornos mentais entre as MPS, o que reforça estereótipos negativos e prejudica a

qualidade do atendimento (Langenbach *et al.*, 2023). A capacitação profissional, nesse sentido, é fundamental para a redução do estigma e para a garantia de um cuidado digno e humanizado (Oliveira *et al.*, 2021).

Ao mesmo tempo, para que o atendimento em saúde mental seja efetivo, é essencial que as MPS encontrem profissionais acolhedores e sem julgamentos. Pesquisa conduzida na Austrália mostrou que os participantes valorizam profissionais de saúde mental que adotam uma abordagem aberta, objetiva e culturalmente sensível. A conexão com o profissional foi um fator essencial para o bem-estar dos entrevistados, destacando a importância de um atendimento respeitoso e livre de estigmas. Esses achados se alinham aos resultados da presente investigação, no que diz respeito às expectativas das participantes em relação ao atendimento em saúde mental (Reynish *et al.*, 2022).

A invisibilidade da saúde mental dessas mulheres reflete uma lógica desumanizadora, que associa o trabalho sexual a algo imoral e ilícito, dificultando a formulação de políticas de saúde inclusivas e adequadas às suas necessidades (Costa *et al.*, 2024). Desse modo, reconhecer as especificidades dessa categoria profissional é essencial para um cuidado integral que leve em conta suas vivências e necessidades (Costa *et al.*, 2020). Profissionais de saúde mental devem adotar abordagens colaborativas, evitando perpetuar estereótipos e assegurando um atendimento que respeite a autonomia dessas mulheres. Além disso, ampliar a oferta de serviços acessíveis e sigilosos contribuiria para a melhoria do suporte à saúde mental dessa população (Reynish *et al.*, 2022).

Por fim, garantir os direitos das MPS exige a ampliação do acesso à saúde mental e o combate ao estigma. Isso exige não apenas mudanças na assistência, mas também políticas públicas e legislações que assegurem proteção, atendimento adequado e o enfrentamento da discriminação estrutural que historicamente as marginaliza (Martín-Romo; Sanmartín; Veloso, 2023; Dourado *et al.*, 2019).

6.5 Limitações do Estudo

Como limitação deste estudo, destaca-se a restrição da coleta de dados a dois estabelecimentos devido à recusa de outros locais, além do número reduzido de participantes, composto majoritariamente por mulheres jovens. Isso reforça a

necessidade de replicação da pesquisa em diferentes contextos e com um perfil mais diversificado, considerando que as respostas podem ter sido influenciadas pelas características individuais e pelo ambiente das entrevistadas. O estigma e o preconceito em torno do trabalho sexual podem ter dificultado a participação de mais mulheres, por receio de exposição ou julgamento, impactando a diversidade da amostra. Assim, pesquisas futuras com perfis mais diversos são necessárias para ampliar a compreensão sobre o tema.

Todavia, esta pesquisa contribui significativamente para a ampliação do conhecimento sobre a saúde mental das MPS, um tema ainda pouco explorado nacionalmente, mas de grande relevância para o campo do cuidado em saúde. Os achados podem subsidiar ações voltadas à equidade e integralidade na atenção à saúde dessas mulheres, fortalecendo políticas públicas e promovendo melhores condições de vida para essa população.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou a análise das repercussões do trabalho sexual autopercepção de saúde mental de mulheres profissionais do sexo. Os achados evidenciam que essa atividade exerce um impacto significativo no bem-estar psicológico dessas mulheres, influenciado por fatores sociais, econômicos e estruturais que moldam sua saúde mental.

O perfil sociodemográfico das participantes revela um grupo predominantemente jovem, com baixa escolaridade e exposição a condições socioeconômicas vulneráveis, aspectos que contribuem para a precarização do trabalho e dificultam o acesso a direitos básicos. A autopercepção das MPS indicou um quadro negativo de saúde mental, com relatos comuns de tristeza profunda, ansiedade, estresse e depressão, frequentemente associados ao desgaste emocional gerado pela profissão.

Além disso, as experiências de violência, tanto no ambiente de trabalho quanto no contexto conjugal, agravam esses sintomas. O uso abusivo de álcool e drogas também foi identificado como uma resposta às dificuldades emocionais e sociais vivenciadas. Observou-se também que a busca por assistência em saúde mental é limitada por barreiras significativas, como o medo do julgamento, a falta de acolhimento nos serviços de saúde e a ausência de políticas direcionadas às especificidades dessa população.

Diante do exposto, sugere-se que pesquisas futuras aprofundem a compreensão da complexa relação entre trabalho sexual e saúde mental, bem como investiguem estratégias para redução do estigma nos serviços de saúde mental. Outrossim, há uma lacuna na análise das redes de apoio social e comunitário e seu papel na promoção do bem-estar dessas mulheres, o que poderia contribuir para a formulação de políticas públicas mais inclusivas e eficazes.

REFERÊNCIAS

ABELSON, Anna *et al.* Lifetime experiences of gender-based violence, depression and condom use among female sex workers in Cameroon. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 65, n. 6, p. 445-457, 2019. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0020764019858646>. Acesso em: 17 fev. 2024.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 1ª ed. São Paulo: Edições 70, 2016.

BEATTIE, Tara S. *et al.* Mental health problems among female sex workers in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. **PLoS Med**, v.17, n.9, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7491736/>. Acesso em: 28 mar. 2024.

BEKSINSKA, Alicja *et al.* Prevalência e correlatos de problemas comuns de saúde mental e pensamentos e comportamentos suicidas recentes entre trabalhadoras do sexo em Nairóbi, Quênia. **BMC psychiatry**, v. 21, p. 1-17, 2021. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12888-021-03515-5>. Acesso em: 20 mar. 2025.

BEKSINSKA, Alicja *et al.* Harmful alcohol and drug use is associated with Syndemic risk factors among female sex Workers in Nairobi, Kenya. **International journal of environmental research and public health**, v. 19, n. 12, p. 7294, 2022a. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9223659/>. Acesso em: 17 fev. 2024.

BEKSINSKA, Alicja *et al.* Longitudinal experiences and risk factors for common mental health problems and suicidal behaviours among female sex workers in Nairobi, Kenya. **Global Mental Health**, v. 9, p. 401-415, 2022b. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36618737/>. Acesso em: 20 mar. 2025.

BENTO, Lucimara Alves; LIMA, Maricélia Dantas de Moura; BORGES, Maria de Fatima da Costa. Análise de Similitude Utilizada para Identificar Relações entre Palavras dentro de um Corpus Textual. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 10, n. 11, p. 3137-3143, 2024. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/16702/9292>. Acesso em: 20 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações da Consulta Nacional sobre DST/Aids, Direitos Humanos e Prostituição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes_consulta_nacional_dst_aids.pdf. Acesso em: 17 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1823, de 23 de agosto de 2012**. Aprova a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 23 ago. 2012b. Disponível em:

https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 17 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira - PCAP 2013**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://antigo.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/pesquisa-de-conhecimentos-atitudes-e-praticas-na-populacao-brasileira-pcap-2013>. Acesso em: 17 fev. 2024.

BRITO, Nayara Santana *et al.* Cotidiano de trabalho e acesso aos serviços de saúde de mulheres profissionais do sexo. **Rev Rene**, v. 20, 2019. Disponível em: <https://biblat.unam.mx/hevila/RevRene/2019/vol20/5.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2025.

CARDOSO, Márcia Regina Gonçalves; OLIVEIRA, Guilherme Saramago de; GHELLI, Kelma Gomes Mendonça. Análise de conteúdo: uma metodologia de pesquisa qualitativa. **Cadernos da FUCAMP**, v. 20, n. 43, 2021. Disponível em: <https://www.revistas.fucamp.edu.br/index.php/cadernos/article/view/2347/1443>. Acesso em: 17 fev. 2024.

COLEDAM, Diogo Henrique Constantino *et al.* Prevalence of common mental disorders among Brazilian workers: systematic review and meta-analysis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 579-591, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2022.v27n2/579-591/>. Acesso em: 20 mar. 2025.

COSTA, Milena Oliveira *et al.* Narrativas de trabalhadoras sexuais: violência por parceiro íntimo e estratégias de enfrentamento. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 77, p. e20240180, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/LpyQVrCq4SztDxZFKvNyDnq/?format=pdf&lang=pt#page=1.25>. Acesso em: 20 mar. 2025.

COUTO, Pablo Luiz Santos *et al.* Correlação entre marcadores de vulnerabilidade social frente ao uso do preservativo por trabalhadoras sexuais. **Saúde e Pesquisa**, v. 12, n. 3, p. 591-599, 2019. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/7497>. Acesso em: 17 fev. 2024.

COUTO, Pablo Luiz Santos *et al.* Entre dinheiro, autoestima e ato sexual: representações sociais da satisfação sexual para trabalhadoras sexuais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 22, 2020a. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/59271/35614>. Acesso em: 17 fev. 2024.

COUTO, Pablo Luiz Santos *et al.* Social representations of female sex workers about their sexuality. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 38, n. 1, 2020b. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7871475/#B5>. Acesso em: 17 fev. 2024.

COUTO, Pablo Luiz Santos *et al.* Sentidos Atribuídos à Satisfação Sexual por Trabalhadoras do Sexo. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 14, n. 2, p. 191-204, 2022a. Disponível em: <https://pssa.ucdb.br/pssa/article/view/1575/1391>. Acesso em: 17 fev. 2024.

COUTO, Pablo Luiz Santos *et al.* Saúde mental de trabalhadoras sexuais na pandemia da COVID-19: agentes estressores e estratégias de coping. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 09, p. 3571-3582, 2022b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VNSPCvHz6DtTjX9xq7QhDps/>. Acesso em: 20 mar. 2025.

COUTO, Pablo Luiz Santos *et al.* Qualidade vida na perspectiva de mulheres no exercício do trabalho sexual: estudo de representações sociais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, p. e20220169, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/r7PMwcPp57RxsgfLWTw7wbd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 fev. 2024.

DIAS, Lucas Bernardo. Uma reflexão crítica entre Prostituição e Políticas Públicas no Brasil: avanços, retrocessos e conjuntura sociopolítica. **Revista dos Estudantes de Públicas - REP**, v. 2, n. 1, p. 44–66, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rep/article/view/7001>. Acesso em: 28 mar. 2024.

DOURADO, Inês *et al.* Sex work stigma and non-disclosure to health care providers: data from a large RDS study among FSW in Brazil. **BMC International Health and Human Rights**, v. 19, p. 1-8, 2019. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12914-019-0193-7>. Acesso em: 17 fev. 2024.

FREITAS, Maria Eduarda Teodoro Ponciano de *et al.* Fatores biopsicossociais na história de vida de mulheres profissionais do sexo. **Revista Psicologia em Pesquisa**, v. 14, n. 2, p. 152-178, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/psicologiaempesquisa/article/view/27385>. Acesso em: 20 mar. 2025.

GEHLEN, Rubia Geovana Smaniotto *et al.* Situações de vulnerabilidade a violência vivenciadas por mulheres profissionais do sexo: estudo de caso. **Ciencia y enfermería**, v. 24, p. 1-12, 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3704/370457444008/370457444008.pdf#page=9.53>. Acesso em: 20 mar. 2025.

GOLDMANN, Catherine. Current assessment of the state of prostitution. **Paris: Fondation Scelles**, 2011. Disponível em: <https://www.fondationscelles.org/pdf/current-assessment-of-the-state-of-prostitution-2013.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2024.

HALLETT, Nutmeg *et al.*, Healthcare interventions for sex workers: protocol for a scoping review. **BMJ Open**, v.13, n.8, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10432664/>. Acesso em: 28 mar. 2024.

HEARLD, Kristine R. *et al.* Female sex workers' experiences of violence and substance use on the Haitian, Dominican Republic border. **Annals of global health**, v. 86, n. 1, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7442172/>. Acesso em 28 mar. 2024.

HENDRICKSON, Zoé Mistrale *et al.* Mobility for sex work and recent experiences of gender-based violence among female sex workers in Iringa, Tanzania: A longitudinal

analysis. **PLoS One**, v. 16, n. 6, p. e0252728, 2021. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0252728>. Acesso em: 20 mar. 2025.

HENDRICKSON, Zoé M. *et al.* "You know that we travel a lot": Mobility narratives among female sex workers living with HIV in Tanzania and the Dominican Republic. **PLOS global public health**, v. 4, n. 7, p. e0003355, 2024. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11226099/#pgph.0003355.ref001>. Acesso em: 20 mar. 2025

HERBST, Rosicler Schulka; FRIZZARINI, Silvia Teresinha; HERBST, Gilson Mauro. ATLAS. ti@ na pesquisa qualitativa: ampliando horizontes na análise da história oral. **Revista de Gestão e Secretariado**, v. 15, n. 5, p. e3816-e3816, 2024. Disponível em: <https://ojs.revistagesec.org.br/secretariado/article/view/3816>. Acesso em: 20 mar. 2025.

HOANG Thi Giang *et al.* Prevalence of violence victimisation and poly-victimisation among female sex workers in Haiphong, Viet Nam: A cross-sectional study, **Global Public Health**, v. 19, n. 1, p. 2308709, 2024. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17441692.2024.2308709>. Acesso em: 28 mar. 2024.

IKUTEYIJO, Olutoyin Opeyemi; AKINYEMI, Akanni Ibukun; MERTEN, Sonja. Exposure to job-related violence among young female sex workers in urban slums of Southwest Nigeria. **BMC public health**, v. 22, n. 1, p. 1021, 2022. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-022-13440-1>. Acesso em 28 mar. 2024.

JEWKES, Rachel *et al.* Intersections of sex work, mental ill-health, IPV and other violence experienced by female sex workers: findings from a cross-sectional community-centric national study in South Africa. **International journal of environmental research and public health**, v. 18, n. 22, p. 11971, 2021. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8620578/>. Acesso em: 20 mar. 2025.

JUNIOR, Gilmar Antoniassi; DE OLIVEIRA, Gabriela Galvão. Além do estigma: um olhar sensível sobre as vidas de mulheres na prostituição. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 14, p. e5929-e5929, 2025. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/5929>. Acesso em: 20 mar. 2025.

KANAYAMA, Yuki *et al.* Mental health status of female sex workers exposed to violence in Yangon, Myanmar. **Asia Pacific Journal of Public Health**, v. 34, n. 4, p. 354-361, 2022. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/10105395221083821>. Acesso em: 28 mar. 2024.

KHOEI, Effat Merghati *et al.* Self-rated health and quality of life in female sex workers with substance use disorders in Tehran, Iran. **BMC Women's Health**, v. 23, n. 1, p. 403, 2023. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12905-023-02552-4>. Acesso em 28 mar. 2024.

LANGENBACH, Benedikt P. *et al.* Attitudes towards sex workers: a nationwide cross-sectional survey among German healthcare providers. **Front Public Health**, v. 11, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10513093/>. Acesso em: 28 mar. 2024.

LEAL, Carla Bianca de Matos *et al.* Aspectos associados à qualidade de vida das profissionais do sexo. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v.13, n. 3, p. 560-568, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236608/31524>. Acesso em: 17 fev. 2024.

LIMA, Francisca Sueli da Silva *et al.* Fatores associados à violência contra mulheres profissionais do sexo de dez cidades brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p.e00157815, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/kPNz37sbVqyn7rSjTHRKhsB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 fev. 2024.

LOPES, Camila Patricio *et al.* Convivência social e saúde mental: percepções de profissionais do sexo. **Psicologia Argumento**, v. 40, n. 111, 2022. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/psicologiaargumento/article/view/29389/25825>. Acesso em: 17 fev. 2024.

MARTÍN-ROMO, Laura; SANMARTÍN, Francisco J.; VELASCO, Judith. Invisible and stigmatized: A systematic review of mental health and risk factors among sex workers. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 148, n. 3, p. 255-264, 2023. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/acps.13559>. Acesso em 28 mar. 2024.

MENEGHEL, Stela Nazareth; MARGARITES, Ane Freitas; CECCON, Roger Flores. Feminicídios de prostitutas no município de Porto Alegre, RS, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 26, p. e210591, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2022.v26/e210591/pt/>. Acesso em: 20 mar. 2025.

MILLAN-ALANIS, Juan Manuel *et al.* Prevalence of suicidality, depression, post-traumatic stress disorder, and anxiety among female sex workers: a systematic review and meta-analysis. **Archives of women's mental health**, v. 24, n. 6, p. 867-879, 2021. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00737-021-01144-1>. Acesso em: 28 mar. 2024.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba *et al.* Análise qualitativa do aleitamento materno com o uso do software IRAMUTEQ. **Saúde e pesquisa**, v. 9, n. 3, p. 567-577, 2016. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5649>. Acesso em: 20 mar. 2025.

NANA, Marcia; MOURÃO, Luciana. Satisfação, desenvolvimento e realização profissional: estudo comparativo de gênero e raça. **Revista Brasileira de**

Orientação Profissional, v. 25, n. 1, p. 5-16, 2024. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1679-33902024000100005&script=sci_arttext. Acesso em: 20 mar. 2025.

NASCIMENTO, Luciana de Cassia Nunes *et al.* Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência na entrevista com escolares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 228-233, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/SrfhX6q9vTKG5cCRQbTFNwJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 fev. 2024.

OLIVEIRA, Raissa Reis de *et al.* Acesso à saúde pelas profissionais do sexo na atenção primária: uma revisão integrativa. **Scire Salutis**, v. 11, n. 3, p. 100-107, 2021. Disponível em: <https://www.sustenere.inf.br/index.php/sciresalutis/article/view/5663/3054>. Acesso em: 20 mar. 2025.

PAIVA, Kely César *et al.* Mulheres de vida fácil? Tempo, prazer e sofrimento no trabalho de prostitutas. **Revista de Administração de Empresas**, v. 60, p. 208-221, 2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/1551/155163891004/155163891004.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2025.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION – PAHO. **Addressing violence against women in health policies and protocols in the Americas: A regional status report**. Washington, D.C.: PAHO, 2022. Disponível em : https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56750/9789275126387_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 28 mar. 2024.

PANNEH, Mamtuti *et al.* Mental health challenges and perceived risks among female sex Workers in Nairobi, Kenya. **BMC public health**, v. 22, n. 1, p. 2158, 2022. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-022-14527-5>. Acesso em: 28 mar. 2024.

PASTORI, Beatriz Guerta; COLMANETTI, Andrei Biliato; AGUIAR, Claudia de Azevedo. Percepções de profissionais do sexo sobre o cuidado recebido no contexto assistencial à saúde. **Journal of Human Growth and Development**, v. 32, n. 2, p. 275-282, 2022. Disponível em: <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/jhgd/article/view/10856/8924>. Acesso em: 17 fev. 2024.

PEITZMEIER, Sarah M. *et al.* Polyvictimization among Russian sex workers: Intimate partner, police, and pimp violence cluster with client violence. **Journal of interpersonal violence**, v. 36, n. 15-16, p. NP8056-NP8081, 2021. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0886260519839431>. Acesso em: 17 fev. 2024.

RAZU, Shaharior Rahman *et al.* Health vulnerabilities of the female sex workers: A qualitative investigation from South-western region of Bangladesh. **Health Care for Women International**, p. 1-23, 2025. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07399332.2025.2468453>. Acesso em: 20 mar. 2025.

REBONATTO, Cintia Sonale *et al.* Moralidade e sentido do trabalho para profissionais do sexo. **Revista de Ciências da Administração**, v. 23, n. 61, p. 134-148, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/adm/article/view/80166/48226>. Acesso em: 20 mar. 2025.

REYNISH, Tamara D. *et al.* Mental health and related service use by sex workers in rural and remote Australia: 'there's a lot of stigma in society'. **Culture, Health & Sexuality**, v. 24, n. 12, p. 1603-1618, 2022. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13691058.2021.1985616>. Acesso em: 17 fev. 2024.

REYNISH, Tamara *et al.* Barriers and enablers to sex workers' uptake of mental healthcare: A systematic literature review. **Sexuality Research and Social Policy**, v. 18, p. 184-201, 2021. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s13178-020-00448-8>. Acesso em: 17 fev. 2024.

SALVIATI, Maria Elisabeth. **Manual do aplicativo IRAMUTEQ (versão 0.7, Alpha 2 e R versão 3.2.3)**. Planaltina, 2017. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/manual-do-aplicativo-iramuteq-par-maria-elisabeth-salvati>. Acesso em: 17 fev. 2024.

SAMPAIO, Rafael Cardoso *et al.* Mapeamento e reflexões sobre o uso da análise de conteúdo na SciELO-Brasil (2002-2019). **New Trends in Qualitative Research**, v. 15, p. e747-e747, 2022. Disponível em: <https://publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/747/825>. Acesso em: 17 fev. 2024.

SANTOS, Patrícia Sabino dos *et al.* Atenção à saúde dos profissionais do sexo: a ótica da equipe de enfermagem da estratégia saúde da família. **Scire Salutis**, v. 11, n. 3, p. 90-99, 2021. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11075289/#Abs1>. Acesso em: 20 mar. 2025.

SOARES, Samira Silva Santos *et al.* Dupla jornada de trabalho na enfermagem: dificuldades enfrentadas no mercado de trabalho e cotidiano laboral. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 3, p. e20200380, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/P8kxXv48XtSj4Kgm9tKLNGC/>. Acesso em: 20 mar. 2025.

SOUSA, Anderson Reis de *et al.* Itinerários terapêuticos e rotas críticas de profissionais do sexo no acesso aos serviços de saúde. **REVISA**, v. 9, n. 1, p. 53-64, 2020. Disponível em: <https://rdcsa.emnuvens.com.br/revista/article/view/625/979>. Acesso em: 20 mar. 2025.

SOUSA, Yuri Sá Oliveira *et al.* O uso do *software* Iramuteq na análise de dados de entrevistas. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v.15, n.2, p.1-19, 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082020000200015. Acesso em: 17 fev. 2024.

SOUZA, Mariana Aranha de; BUSSOLOTI, Juliana Marcondes. Análises de entrevistas em pesquisas qualitativas com o software Iramuteq. **Revista Ciências Humanas**, v. 14, n. 1, 2021. Disponível em: <https://www.rchunitau.com.br/index.php/rch/article/view/811/417>. Acesso em: 20 mar. 2025.

SOUZA, Virginia Ramos dos Santos *et al.* Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, p. eAPE02631, 2021. Disponível em: https://acta-ape.org/wp-content/uploads/articles_xml/1982-0194-ape-34-eAPE02631/1982-0194-ape-34-eAPE02631.pdf. Acesso em: 17 fev. 2024.

STOCKTON, Melissa A. *et al.* Associations among experienced and internalized stigma, social support, and depression among male and female sex workers in Kenya. **International journal of public health**, v. 65, p. 791-799, 2020. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8711113/#S21>. Acesso em: 20 mar. 2025.

TABUCHI, Mariana Garcia; SANTOS, Andressa Regina Bissolotti dos. Violência e prostituição: reflexões acerca da omissão estatal no Brasil. **Captura Críptica: direito, política, atualidade**, v. 9, n. 1, p. 75-89, 2020. Disponível em: <https://ojs.sites.ufsc.br/index.php/capturacriptica/article/view/4358/3722>. Acesso em 28 mar 2024.

TEIXEIRA, Tatiane Roberta Fernandes; AVILA, Marla Andréia Garcia de; BRAGA, Eliana Mara. Compreensão de pacientes às orientações de enfermagem no cateterismo cardíaco: uma pesquisa qualitativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 24, p. e56604, 2019. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ce/v24/1414-8536-ce-24-e56604.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2024.

WONDIE, Yemataw; YIGZAW, Tegbar; KOESTER, Lynne. Post-traumatic stress disorder, depression and substance abuse among female street-based sex workers in Addis Ababa. **Ethiopian Renaissance Journal of Social Sciences and the Humanities**, v. 6, n. 1, p. 14-32, 2019. Disponível em: <https://erjssh.uog.edu.et/index.php/ERJSSH/article/view/115/78>. Acesso em 28 mar. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Mental Health**. Genebra: WHO, 2022a. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>. Acesso em: 28 mar. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **World mental health report: Transforming mental health for all**. Genebra: WHO, 2022b. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 28 mar. 2024.

YIMAM, Jemal Ayalew *et al.* Determinants of depressive and alcohol use disorders among female sex workers in Ethiopia: evidence from a national bio-behavioral survey, 2020. **BMC psychiatry**, v. 24, n. 1, p. 344, 2024. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11075289/#Abs1>. Acesso em: 20 mar. 2025

APÊNDICES

Apêndice A – Declaração de Infraestrutura e Instituição “Bar da Boa Drinks”



Declaração de Infraestrutura e Instituição

Declaro para os devidos fins que aceitaremos as pesquisadoras Aline Miranda de Abreu e Joana Nágila Ribeiro Figueira desenvolverem o seu projeto de pesquisa "Percepções de Mulheres Trabalhadoras do Sexo em Saúde Mental e Sexual", que está sob a orientação do Prof^a. Dr^a. Thatiana Araujo Maranhão, cujo objetivo é analisar as percepções de mulheres trabalhadoras do sexo sobre o cuidado recebido em saúde mental e sexual.

Declaro ter lido e concordado com as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012 e 510/2016, estou ciente da corresponsabilidade do bem-estar dos participantes recrutados para a pesquisa, garantindo a infraestrutura necessária.

Antes de iniciar a coleta de dados o pesquisador deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde de:

- 1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros;
- 2) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa;
- 3) Retorno dos benefícios obtidos por meio deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado;

Parnaíba-PI, 06, de março de 2024.

Thatiana de Souza Mourado Carvalho
Assinatura do responsável

Apêndice B - Declaração de Infraestrutura e Instituição "As Favoritas Drinks Bar"**Declaração de Infraestrutura e Instituição**

Declaro para os devidos fins que aceitaremos as pesquisadoras "Aline Miranda de Abreu" e "Joana Nágila Ribeiro Figueira" desenvolverem o seu projeto de pesquisa "Percepções de Mulheres Trabalhadoras do Sexo em Saúde Mental e Sexual", que está sob a orientação do Prof^a. Dr^a. Thatiana Araujo Maranhão, cujo objetivo é analisar as percepções de mulheres trabalhadoras do sexo sobre o cuidado recebido em saúde mental e sexual.

Declaro ter lido e concordado com as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012 e 510/2016, estou ciente da corresponsabilidade do bem-estar dos participantes recrutados para a pesquisa, garantindo a infraestrutura necessária.

Antes de iniciar a coleta de dados o pesquisador deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde de:

- 1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros;
- 2) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa;
- 3) Retorno dos benefícios obtidos por meio deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Parnaíba-PI, 23, de Fevereiro de 2024.

Diego Dione Moura dos Santos
Assinatura do responsável

Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa intitulada “Percepções de Mulheres Trabalhadoras do Sexo sobre Saúde Mental e Sexual”. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvida, você poderá procurar o pesquisador responsável, demais pesquisadores e o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), nos locais e telefones abaixo:

Pesquisador Responsável (orientador): Thatiana Araujo Maranhão, telefone: (86) 99960-7809, e-mail: thatianamaranhao@phb.uespi.br.

Pesquisador participante (orientando): Aline Miranda de Abreu, telefone: (99) 99987-7954, e-mail: alineabreu@aluno.uespi.br.

Pesquisadora participante (orientando): Joana Nágila Ribeiro Figueira, telefone: (88) 9715-9385, e-mail: joanafigueira@aluno.uespi.br.

Comitê de Ética em Pesquisa, E-MAIL: comitedeeticauespi@uespi.br TELEFONE: 3221 4749/32216658 – R-30/ (Luiza) SALA DO CEP UESPI – RUA OLAVO BILAC, 2335 CENTRO (CCS/UESPI) Plantão de orientação online – Profa. Dra. Luciana Saraiva. Segunda-feira / Sexta-feira – 8h às 9h.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

O (a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa, de forma totalmente voluntária e é importante que compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Estamos a sua disposição para responder todas suas dúvidas antes da decisão de participar.

O Sr. (a) tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade. A sua participação nesta pesquisa consistirá em permitir que o pesquisador avalie as percepções sobre o cuidado em saúde mental e sexual recebido por mulheres trabalhadoras do sexo. Depois de esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias a ser rubricada em todas as páginas. Uma delas

é sua e a outra do pesquisador responsável. Em caso de recusa você tem direito a retirar o seu consentimento de participação na pesquisa, mesmo em sua etapa final, sem ônus ou prejuízos.

A sua participação consistirá **em uma entrevista com perguntas sobre saúde sexual, reprodutiva e mental, além de questões sobre aspectos socioeconômicos, como idade, sexo, raça, renda, moradia, entre outros, as quais deverão ser respondidas em um único momento.**

Os possíveis riscos serão indiretos, podendo ser imediatos ou tardios e, dentre eles, a possibilidade de constrangimento e desconforto ao expor determinadas informações relacionadas a aspectos sensíveis. Caso ocorra tal situação, o pesquisador irá lhe tranquilizar ressaltando o compromisso ético de sigilo e confidencialidade, e lhe será oferecida escuta ativa para esclarecimento de todas as suas dúvidas. Para reduzir qualquer tipo de desconforto a pesquisa será realizada em local reservado e será disponibilizado o tempo necessário para responder os instrumentos.

Os benefícios da pesquisa podem se apresentar na forma de conhecer os fatores que dificultam o acesso de mulheres profissionais do sexo aos serviços de saúde e cuidados em saúde sexual e reprodutiva, o que irá colaborar na elaboração de estratégias de reorganização da rede de assistência à mulher e na expansão do conhecimento das questões particulares a essas.

Ademais, o reconhecimento dos sintomas de transtornos mentais mais recorrentes e o contexto de sua ocorrência, podem contribuir para programas e estratégias que possam reduzir os riscos à saúde que são inerentes à profissão, principalmente no que diz respeito aos impactos na saúde mental, assim como programas de combate ao abuso de drogas e álcool e à violência física, moral e sexual contra as mulheres que se prostituem.

A pesquisa será totalmente isenta de custos para o participante, assegurando-o, caso estes ocorram, o mesmo será devidamente ressarcido por tal. Será garantida a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Ressalta-se também que a pesquisa não implicará em remuneração, de nenhuma forma para o participante.

As informações fornecidas pelo(a) senhor(a) terão privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. O(a) senhor(a) não será identificado(a) em nenhum

momento. Os pesquisadores se comprometem em manter o sigilo e o anonimato da sua identidade, conforme recomenda as resoluções nº 466/2012 e 510/16 que tratam das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

Assinatura do Pesquisador Responsável (Orientador)

Thatiana Araujo Maranhão

Assinatura do aluno pesquisador

Aline Miranda de Abreu

Assinatura do aluno pesquisador

Joana Nágila Ribeiro Figueira

Conforme determinação da CONEP/CNS, através da carta circular n. 003/2011, é **obrigatória a rubrica** em **todas** as páginas do TCLE pelo participante da pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador, devendo os termos de consentimento livre e esclarecido utilizados, serem anexados ao relatório final apresentado a este CEP.

CONSENTIMENTO DO(A) PARTICIPANTE

Concordo em participar da pesquisa “Percepções de Mulheres Trabalhadoras do Sexo sobre Saúde Mental e Sexual”.

Parnaíba-PI, _____, de _____ de 2024.

Assinatura do participante ou responsável

Apêndice D – Roteiro de Entrevista Semiestruturada

Número de ordem: _____

Parte 1: Identificação Geral

1. Idade
2. Cor da Pele
3. Sexo
4. Orientação sexual
5. Escolaridade
6. Renda
7. Principal local de trabalho sexual
8. Naturalidade
9. Religião
10. Estado civil
11. Participação em organizações não governamentais (ONG) de defesa de direitos humanos de mulheres trabalhadoras do sexo

Parte 2: Entrevista Saúde Mental

1. Descreva sua saúde mental geral.
2. O que prejudica a sua saúde mental?
3. O que melhora a sua saúde mental?
4. Você já sentiu tristeza profunda relacionada ao seu trabalho?
5. Você já se sentiu ansiosa ao realizar o seu trabalho?
6. Você já sentiu estresse no trabalho?
7. Você já se sentiu depressiva em algum momento ao longo da sua vida laboral?
8. Que tipo de ajuda você procurou quando se sentiu dessa forma?
9. Como foi a sua experiência ao procurar ajuda para problemas de saúde mental?
10. Onde você procurou ajuda?
11. Quais características você busca em um profissional de saúde?
12. Quais características fazem você não querer consultá-lo ou evitá-lo?
13. Em geral, como você avalia o atendimento dos profissionais de saúde?

14. Você acha que os servidores de saúde a tratam de maneira diferente porque você é uma profissional do sexo?
15. Como eles a tratam?
16. O que os profissionais de saúde poderiam melhorar em relação ao que você deseja em um serviço de saúde mental?
17. O que falta nos serviços de aconselhamento sobre como você deseja ser apoiado em sua saúde mental?
18. Quais itens a seguir ajudam ou prejudicam sua saúde mental?
 - Família
 - Amigos
 - Sociedade
 - Público
 - Governo
19. Já foi vítima de alguma violência (física, sexual, verbal, moral, roubo) no trabalho?
20. Se sim, poderia falar mais sobre isso?
21. Quem foi o agressor?
22. Você realizou a denúncia?
23. Você faz uso de álcool e drogas?
24. Se sim, com que frequência?
25. Como foi a primeira experiência?
26. Por incentivo de quem?
27. Quais drogas, lícitas ou ilícitas, você usa?
28. Como você acha que essas experiências influenciam sua vida agora?
29. Há mais alguma coisa que você queira acrescentar?

ANEXOS

Anexo A – Guia COREQ

CONSOLIDATED CRITERIA FOR REPORTING QUALITATIVE RESEARCH (COREQ) - VERSÃO EM PORTUGUÊS (Souza *et al.*, 2021)

(continua)

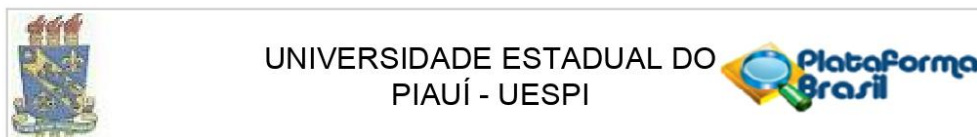
Critérios consolidados para relatar pesquisa qualitativa			
Nº do item	Tópico	Perguntas/Descrição do Guia	Pag.
Domínio 1: Equipe de pesquisa e reflexividade			
Características pessoais			
1	Entrevistador/facilitador	Qual autor (autores) conduziu a entrevista ou o grupo focal?	27
2	Credenciais	Quais eram as credenciais do pesquisador? Exemplo: PhD, médico.	27
3	Ocupação	Qual a ocupação desses autores na época do estudo?	27
4	Gênero	O pesquisador era do sexo masculino ou feminino?	27
5	Experiência e treinamento	Qual a experiência ou treinamento do pesquisador?	26
Relacionamento com os participantes			
6	Relacionamento estabelecido	Foi estabelecido um relacionamento antes do início do estudo?	26
7	Conhecimento do participante sobre o entrevistador	O que os participantes sabiam sobre o pesquisador? Por exemplo: objetivos pessoais, razões para desenvolver a pesquisa.	26
8	Características do entrevistador	Quais características foram relatadas sobre o entrevistador/facilitador? Por exemplo, preconceitos, suposições, razões e interesses no tópico da pesquisa.	26
Domínio 2: Conceito do estudo			
Estrutura teórica			
9	Orientação metodológica e teoria	Qual orientação metodológica foi declarada para sustentar o estudo? Por exemplo: teoria fundamentada, análise do discurso, etnografia, fenomenologia e análise de conteúdo.	25
Seleção de participantes			
10	Amostragem	Como os participantes foram selecionados? Por exemplo: conveniência, consecutiva, amostragem, bola de neve.	26
11	Método de abordagem	Como os participantes foram abordados? Por exemplo: pessoalmente, por telefone, carta ou e-mail.	26
12	Tamanho da amostra	Quantos participantes foram incluídos no estudo?	28
13	Não participação	Quantas pessoas se recusaram a participar ou desistiram? Por quais motivos?	27
Cenário			
14	Cenário da coleta de dados	Onde os dados foram coletados? Por exemplo: na casa, na clínica, no local de trabalho.	25
15	Presença de não participantes	Havia mais alguém presente além dos participantes e pesquisadores?	27
16	Descrição da amostra	Quais são as características importantes da amostra? Por exemplo: dados demográficos, data da coleta.	26,31
Coleta de dados			
17	Guia da entrevista	Os autores forneceram perguntas, instruções, guias? Elas foram testadas por teste-piloto?	27

(conclusão)

Critérios consolidados para relatar pesquisa qualitativa			
Nº do item	Tópico	Perguntas/Descrição do Guia	Pag
18	Repetição de entrevistas	Foram realizadas entrevistas repetidas? Se sim, quantas?	-
19	Gravação audiovisual	A pesquisa usou gravação de áudio ou visual para coletar os dados?	27
20	Notas de campo	As notas de campo foram feitas durante e/ou após a entrevista ou o grupo focal?	-
21	Duração	Qual a duração das entrevistas ou do grupo focal?	27
22	Saturação de dados	A saturação de dados foi discutida?	27
23	Devolução de transcrições	As transcrições foram devolvidas aos participantes para comentários e/ou correção?	-
Domínio 3: Análise e resultados			
Análise de dados			
24	Número de codificadores de dados	Quantos foram os codificadores de dados?	31
25	Descrição da árvore de codificação	Os autores forneceram uma descrição da árvore de codificação?	32
26	Derivação de temas	Os temas foram identificados antecipadamente ou derivados dos dados?	28
27	<i>Software</i>	Qual <i>software</i> , se aplicável, foi usado para gerenciar os dados?	29
28	Verificação do participante	Os participantes forneceram feedback sobre os resultados?	-
Relatório			
29	Citações apresentadas	As citações dos participantes foram apresentadas para ilustrar os temas/achados? Cada citação foi identificada? Por exemplo, pelo número do participante.	34-52
30	Dados e resultados consistentes	Houve consistência entre os dados apresentados e os resultados?	57-65
31	Clareza dos principais temas	Os principais temas foram claramente apresentados nos resultados?	33
32	Clareza de temas secundários	Há descrição dos diversos casos ou discussão dos temas secundários?	34-52

Fonte: Adaptado de SOUZA, Virginia Ramos dos Santos *et al.* Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, p. eAPE02631, 2021. Disponível em: https://acta-ape.org/wp-content/uploads/articles_xml/1982-0194-ape-34-eAPE02631/1982-0194-ape-34-eAPE02631.pdf. Acesso em: 17 fev. 2024.

Anexo B – Parecer do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Percepções de Mulheres Trabalhadoras do Sexo em Saúde Mental e Sexual

Pesquisador: THATIANA ARAUJO MARANHÃO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 79110224.7.0000.5209

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Piauí - UESPI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.793.653

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. O estudo será realizado em casas de entretenimento adulto do município de Parnaíba-PI. Ambos operam durante as tardes e noites, oferecendo espaços privativos para atendimento aos clientes, bem como áreas externas para a venda de bebidas e interação social. Aproximadamente 35 mulheres trabalham nos estabelecimentos visitados. Os participantes da pesquisa serão mulheres profissionais do sexo que exerçam suas atividades laborais no município de Parnaíba-PI. Para compor a amostra, serão utilizados os seguintes critérios de inclusão: possuir idade superior a 18 anos, ser mulher cis gênero e atuar na profissão pelo período mínimo de um ano. O recrutamento das participantes iniciará após a autorização das responsáveis pelos estabelecimentos de entretenimento adulto, por meio da assinatura da Declaração de Instituição e Infraestrutura. Haverá uma ambientação e reconhecimento dos espaços para caracterização e identificação de locais apropriados à entrevista. A abordagem às participantes ocorrerá de forma individual, com a apresentação das pesquisadoras, dos objetivos, finalidades, procedimentos e importância da pesquisa, bem como os potenciais riscos e os possíveis benefícios que ela e as mulheres pertencentes à sua categoria profissional poderão obter a partir dos resultados do estudo. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) será assinado em duas vias por todas as participantes que aceitarem participar da pesquisa. Para a produção dos dados, será empregada a entrevista semiestruturada. As questões serão

Endereço: Rua Olavo Bilac, 2335

Bairro: Centro/Sul

CEP: 64.001-280

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)3221-6658

Fax: (86)3221-4749

E-mail: comitedeeticauespi@uespi.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
PIAUÍ - UESPI



Continuação do Parecer: 6.793.653

voltadas para o cotidiano da vida, práticas laborais, acesso aos serviços de saúde e cuidados em saúde sexual

e reprodutiva. As entrevistas serão realizadas em local separado, livre de interferência de ruídos e terceiros que não participarão da entrevista. Estarão presentes a entrevistadora e a entrevistada. O horário será escolhido pela MTS em momento que não estejam trabalhando, essas serão gravadas em áudio, com duração estimada entre 45 minutos e uma hora. A transcrição das falas será feita utilizando o software Transkriptor®. A

amostra do estudo será definida pelo critério da saturação das falas, utilizado para fechar o tamanho da amostra final de uma pesquisa qualitativa. Neste estudo, será utilizada a técnica de análise de conteúdo temático-categorial, fundamentada em procedimentos sistemáticos e validados para criar inferências do conteúdo das mensagens, visando descrever, quantificar ou interpretar fenômenos, considerando seus significados e contextos. Essa técnica deriva da análise de conteúdo segundo Bardin e organiza-se em torno de três fases cronológicas: a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação. A presente investigação empregará como ferramenta de tratamento e análise estatística de dados textuais o software IRaMuTeQ, que reúne um conjunto de análises lexicométrica. Além disso, para avaliar a qualidade metodológica e promover uma conduta melhorada e maior reconhecimento da qualidade mediante a sistematização da pesquisa, será utilizado o guia COnsolidated criteria for REporting Qualitative research (COREQ). As participantes serão identificadas por nomes fictícios para preservar o anonimato e as gravações serão guardadas por um período de 5 anos pelos pesquisadores.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as percepções de mulheres trabalhadoras do sexo sobre sua saúde sexual e mental.

Objetivo Secundário:

Caracterizar o perfil sociodemográfico das MTS; Compreender as práticas sexuais e reprodutivas da população do estudo;

Identificar a realização de exames ginecológicos preventivos por esse público; Descrever possíveis vivências de abortamento relatadas pela população do estudo;

Verificar os principais sintomas de transtornos mentais (tristeza profunda, ansiedade, estresse, depressão) relatados pelas trabalhadoras do sexo entrevistadas;

Apreender as experiências dessas mulheres na busca por assistência em serviços de saúde mental;

Endereço: Rua Olavo Bilac, 2335

Bairro: Centro/Sul

CEP: 64.001-280

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)3221-6658

Fax: (86)3221-4749

E-mail: comitedeeticauespi@uespi.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
PIAUÍ - UESPI



Continuação do Parecer: 6.793.653

Compreender o impacto das experiências de violência na saúde mental das MTS;
Investigar a vivência do uso abusivo de álcool e drogas pelas entrevistadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Em relação aos riscos, durante a entrevista existem as possibilidades de invasão de privacidade, desconforto ao responder a questões sensíveis, revitimização e perda do autocontrole e da integridade ao revelar pensamentos e sentimentos nunca revelados, e divulgação de dados confidenciais. Com o intuito de minimizar os riscos supracitados, os participantes receberão todas as informações referentes ao estudo, bem como podem recusar-se a responder alguma questão ou interromper a entrevista a qualquer momento, se porventura houver desconforto em declarar alguma informação, além de oferecer apoio emocional para as depoentes. As pesquisadoras garantem não aplicar as informações em detrimento dos indivíduos e/ou das comunidades, englobando os âmbitos: autoestima, prestígio e/ou econômico-financeiro.

Benefícios:

Os benefícios desse estudo consistem no reconhecimento dos sintomas de transtornos mentais mais recorrentes e o contexto de sua ocorrência,

contribuir para programas e estratégias que possam reduzir os riscos à saúde que são inerentes à sua profissão, principalmente no que diz respeito aos impactos na saúde mental, assim como programas de combate ao abuso de drogas e álcool e à violência física, moral e sexual contra as mulheres que se prostituem. Ademais, possibilitará aos profissionais e gestores conhecer os fatores que dificultam o acesso de mulheres

profissionais do sexo aos serviços de saúde e cuidados em saúde sexual e reprodutiva, o que irá colaborar na elaboração de estratégias de reorganização da rede de assistência à mulher e na expansão do conhecimento das questões particulares a essas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tema relevante para a saúde pública.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados:

- Folha de Rosto preenchida, assinada, carimbada e datada.
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em linguagem clara e objetiva com todos os aspectos metodológicos a serem executados e/ou Termo de Assentimento (para menor de idade ou incapaz);

Endereço: Rua Olavo Bilac, 2335

Bairro: Centro/Sul

CEP: 64.001-280

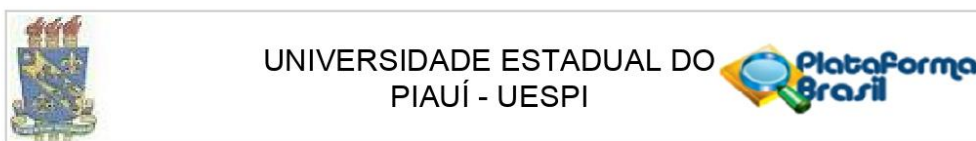
UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)3221-6658

Fax: (86)3221-4749

E-mail: comitedeeticauespi@uespi.br



Continuação do Parecer: 6.793.653

- Declaração da Instituição e Infra-estrutura em papel timbrado da instituição, carimbada, datada e assinada;
- Projeto de pesquisa na íntegra (word/pdf);
- Instrumento de coleta de dados EM ARQUIVO SEPARADO(questionário/entrevista/formulário/roteiro).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com a análise, conforme a Resolução CNS/MS Nº466/12 e seus complementares, o presente projeto de pesquisa apresenta o parecer APROVADO por se apresentar dentro das normas de ética vigentes. Apresentar/Enviar o RELATÓRIO FINAL no prazo de até 30 dias após o encerramento do cronograma previsto para a execução do projeto de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2311739.pdf	13/04/2024 19:16:36		Aceito
Outros	DECLARACAO_COMPROMISSO_PESQUISADOR_RESPONSAVEL.pdf	13/04/2024 19:16:02	ALINE MIRANDA DE ABREU	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_.pdf	13/04/2024 19:15:07	ALINE MIRANDA DE ABREU	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2311739.pdf	01/04/2024 22:53:36		Aceito
Outros	Roteiro_Entrevista_Semiestruturada.docx	01/04/2024 22:45:20	ALINE MIRANDA DE ABREU	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_instituicao_infraestrutura_B.pdf	01/04/2024 22:38:14	ALINE MIRANDA DE ABREU	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_instituicao_infraestrutura_A.pdf	01/04/2024 22:38:03	ALINE MIRANDA DE ABREU	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	01/04/2024 22:35:12	ALINE MIRANDA DE ABREU	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	Termo_Consentimento_Livre_Esclarecido.docx	01/04/2024 22:22:38	ALINE MIRANDA DE ABREU	Aceito

Endereço: Rua Olavo Bilac, 2335

Bairro: Centro/Sul

CEP: 64.001-280

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)3221-6658

Fax: (86)3221-4749

E-mail: comitedeeticauespi@uespi.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
PIAUÍ - UESPI



Continuação do Parecer: 6.793.653

Ausência	Termo_Consentimento_Livre_Esclarecido.docx	01/04/2024 22:22:38	ALINE MIRANDA DE ABREU	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	01/04/2024 21:51:47	ALINE MIRANDA DE ABREU	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	01/04/2024 21:51:36	ALINE MIRANDA DE ABREU	Aceito
Outros	Carta_de_Encaminhamento_ao_CEP_assinado_assinado_assinado.pdf	01/04/2024 19:40:26	ALINE MIRANDA DE ABREU	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_assinado.pdf	01/04/2024 19:36:02	ALINE MIRANDA DE ABREU	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_assinado.pdf	01/04/2024 19:36:02	ALINE MIRANDA DE ABREU	Recusado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 29 de Abril de 2024

Assinado por:
LUCIANA SARAIVA E SILVA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Olavo Bilac, 2335

Bairro: Centro/Sul

CEP: 64.001-280

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)3221-6658

Fax: (86)3221-4749

E-mail: comitedeeticauespi@uespi.br