

UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES
PRÓ-REITORIA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO
CAMPUS ERECHIM
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

FABÍOLA CITTOLIN MÜLLER

O CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA PROFISSIONAIS DO SEXO NA
ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE

ERECHIM-RS

2019

FABÍOLA CITTOLIN MÜLLER

**O CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA PROFISSIONAIS DO SEXO NA
ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE**

**Trabalho de conclusão de curso apresentado como
requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel
em Enfermagem, Departamento de Ciências da
Saúde da Universidade Regional Integrada do
Alto Uruguai e das Missões - Campus de Erechim.**

Orientador: Ms. Samuel Salvi Romero

ERECHIM-RS

2019

FABÍOLA CITTOLIN MÜLLER

**O CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA PROFISSIONAIS DO SEXO NA
ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE**

**Trabalho de conclusão de curso apresentado como
requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel
em Enfermagem, Departamento de Ciências da
Saúde da Universidade Regional Integrada do
Alto Uruguai e das Missões - Campus de Erechim.**

Erechim, 03 de dezembro de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Ms. Samuel Salvi Romero
Uri - Erechim

Prof^a. Dr^a Cibele Sandri Manfredini
Uri - Erechim

Prof^a. Ms. Eliana Buss
Uri - Erechim

Dedico este trabalho às minhas filhas Grazieli e Nadine, por me apoiarem na realização desse sonho; a você minha querida Ticiane e ao Mestre Samuel Salvi Romero por acreditar e me acompanhar nessa caminhada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me manter sob sua proteção e iluminar meus pensamentos nos momentos mais difíceis.

Minha eterna gratidão às minhas filhas Grazieli e Nadine, pelo apoio, carinho, por abrirem mão da minha presença, por me auxiliarem, por viverem comigo essa construção. Esse título é de vocês também.

Aos meus pais Victor e Joana Marli, (in memoriam), pela vida.

Minha filha de coração Nina, agradeço por todo o incentivo, pelas horas dedicadas a me acompanhar, por nunca ter deixado de me apoiar e afirmar minha capacidade. Você é parte dessa conquista.

Ao meu querido professor e orientador Samuel; gratidão pelos ensinamentos, pela entrega e paciência, por me fazer crer que sou capaz. Obrigada por aceitar estar comigo nessa história por vezes incompreendida. Te levo no coração.

Aos pets Chiquinho e Jimmy (in memoriam), pelo amor mais puro e sem cobranças que existe.

Agradeço ao Altemir, amigo irmão; à Sheila, minha ouvinte; à Kassandra, meu suporte organizacional. Vocês facilitaram a caminhada.

Gratidão pelos momentos compartilhados: Cassiane, Ladines, Maykdyelli, Sérgio e Carlos. Vocês moram no meu coração. Obrigada por tudo!

Agradeço a todos os colegas de graduação. Nossa convivência me fez crescer como ser humano.

Aos professores (as): Ângela, Luana, Neiva, Irany, Cibele, Eliana, Simone, Felipe, Roseana, Adriana e Regina. Graças aos seus ensinamentos, hoje estou capacitada para cuidar.

Agradeço aos colegas de trabalho, por me apoiarem, especialmente ao Michel por possibilitar e dividir seu saber.

Aos pacientes que cuidei, obrigada por permitir estar com vocês.

As profissionais do sexo que passaram pela minha vida. Esse trabalho foi por vocês.

Aos enfermeiros que participaram deste trabalho, obrigada pela disposição em contribuir.

A todos os meus amigos e familiares, gratidão pelo incentivo e carinho sempre.

Precisamos resolver nossos monstros secretos, nossas feridas clandestinas, nossa insanidade oculta. Não podemos nunca esquecer que os sonhos, a motivação, o desejo de ser livre nos ajudam a superar esses monstros, vencê-los e utilizá-los como servos da nossa inteligência. Não tenha medo da dor, tenha medo de não a enfrentar, criticá-la, usá-la.

(Michel Foucault)

RESUMO

A compreensão acerca da prostituição é complexa, observando-se os preconceitos associados ao assunto, com destaque os fatores morais, sociais e políticos. A moralidade discutida pela sociedade pressupõe o entendimento da prostituição que, em algumas situações, pode ser justificada como o único meio de renda e sobrevivência pessoal. No contexto da Atenção Básica à Saúde, o enfermeiro é integrante importante nas equipes responsáveis pela abordagem desta população, tendo em vista, que é este quem acolhe, constrói e estabelece o vínculo entre usuários e serviços de saúde. Nesse sentido o presente estudo teve como objetivos: Analisar o cuidado de enfermagem para as profissionais do sexo no contexto da atenção básica à saúde; Apresentar o perfil sócio demográfico e de atuação profissional de profissionais enfermeiros; Descrever o cuidado ofertado para as profissionais do sexo na atenção básica à saúde, sob a ótica dos enfermeiros; Identificar as características facilitadoras e dificultadoras do cuidado às profissionais do sexo por enfermeiros da atenção básica à saúde, quando for necessário. Trata-se de um estudo de caráter descritivo-exploratório de abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada com seis enfermeiros responsáveis pela atenção ao cuidado na atenção básica. Os dados foram coletados por meio de questionário sociodemográfico e de atuação profissional, e entrevista semiestruturada. Para interpretação e análise dos dados utilizou-se o Método de Análise Temática de Conteúdo. O referencial teórico baseou-se em Michel Foucault. Este estudo respeitou as Resoluções 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde. Emergiram três categorias: Cuidado com o corpo físico. Suficiente? Integralidade x equidade: Uma interface a ser discutida. Vínculo e acesso; um olhar para o acolhimento afetivo. Foram identificadas as formas de cuidado dos enfermeiros, relacionado às profissionais do sexo, oportunizando resultados relevantes no que concerne ao crescimento do enfermeiro enquanto profissional, respeitando os princípios do SUS.

Palavras-chave: Atenção Básica; Prostituição; Enfermagem

ABSTRACT

The comprehension of prostitution is a complex matter regarding to the prejudices associate with the subject especially the moral, social and political factors. The comprehension of prostitution is a complex matter regarding to the prejudices associated with the subject, especially the moral, social and political factors. The moral discussed by society presupposes the understanding of prostitution, which in some situations may be justified as the only means of income and personal survival. In the context of Primary Health Care, the nurse is an important member of the teams responsible for addressing this population, considering that it is this who welcomes, builds and establishes the link between users and health services. In this regard, the aimed in this study is to Analyze nursing care for sex workers in the context of primary health care; Present the demographic and professional profile of professional nurses; Describe the care offered to sex workers in primary health care, from the perspective of nurses; Identify the facilitating and hindering characteristics of care for sex workers by primary health care nurses, when necessary. This is a descriptive exploratory study with a qualitative approach. The research was conducted with six nurses responsible for primary care. The data were collected through socio-demographic and professional questionnaire and semi-structured interview. For data interpretation and analysis, the Thematic Content Analysis Method was used. The theoretical framework was based on Michel Foucault. This study complied with National Health Council Resolutions 466/2012 and 510/2016. Three categories emerged: Beware of the physical body. Enough? Integrality x equity: An interface to be discussed. Bond and access; a look at the warm welcome. The forms of care of nurses related to sex workers were identified, providing relevant results regarding the growth of nurses as professionals, respecting the principles of SUS.

Keywords: Primary Care; Prostitution; Nursing

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Representação das Categorias Temáticas extraídas das Entrevistas com enfermeiros participantes do estudo.....	29
--	----

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
2.1 Atenção Básica à Saúde.....	13
2.2 Gestão do Cuidado na Atenção Básica à Saúde.....	14
2.3 Enfermagem na Atenção Básica à Saúde.....	15
2.4 A história da prostituição feminina.....	17
2.5 Foucault e o cuidado.....	19
3.0 METODOLOGIA.....	22
3.1 Tipo de pesquisa.....	22
3.2 Local e período.....	22
3.3 Participantes.....	24
3.3.1 Critérios de inclusão.....	24
3.3.2 Critérios de exclusão.....	24
3.4 Coleta de dados.....	24
3.5 Procedimentos para coleta de dados.....	24
3.6 Tratamento dos dados e referencial teórico.....	25
3.7 Aspectos éticos.....	25
4. RESULTADO E DISCUSSÕES.....	27
4.1 Caracterização dos participantes do estudo.....	28
4.2 Categorias temáticas.....	29
4.2.1 Categoria 1: Cuidado com o corpo físico. Suficiente?.....	30
4.2.2 Categoria 2: Integralidade x equidade: uma interface a ser discutida!.....	34
4.2.3 Categoria 3: Vínculo e acesso. Um olhar para o acolhimento afetivo!.....	38
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
REFERÊNCIAS.....	44
APÊNDICES.....	50

1. INTRODUÇÃO

A prostituição permeia a história da humanidade. Leal, Souza e Rios (2017) definem o exercício meretrício como aquele onde as práticas sexuais são realizadas em troca de pagamentos negociados entre a profissional do sexo e seu cliente, sendo que o ato de proporcionar prazer não requer associação afetiva. Segundo as autoras, no Brasil, mulheres no exercício dessa profissão, corresponde a 1% da população feminina entre 15 a 49 anos.

Apesar de a prostituição ter sido incluída em 2002 como categoria profissional na Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), a profissional do sexo continua sofrendo preconceito, sendo excluída e marginalizada pela sociedade, enfrentando riscos como violência física, sexual e psicológica tanto por seus clientes como pela sociedade em geral (LEAL; SOUZA; RIOS, 2017).

As autoras relatam, ainda, que a compreensão acerca da prostituição é complexa e estigmatizada, observando-se os tabus a respeito do assunto, sendo que estes compreendem fatores morais, sociais e políticos. As barreiras impostas pela sociedade impedem o entendimento da prostituição que, em algumas situações, pode ser justificada como o único meio de renda e sobrevivência pessoal. Estudos mostram que 70% das mulheres ingressam nesta prática pela renda financeira obtida por meio da prostituição, seguida da ausência de emprego no mercado formal, baixo nível de escolarização, violência doméstica e ausência de suporte familiar (LEAL; SOUZA; RIOS, 2017).

Nesse sentido, aponta-se a dificuldade do desenvolvimento do exercício da cidadania fazendo com que a mulher prostituta conviva com a invisibilidade e dificuldades de acesso aos serviços e ações de promoção da saúde. O sistema de saúde não incorpora e oferta a atenção necessária as profissionais do sexo, caracterizando-a como de difícil acesso e com necessidades de saúde particulares, exceto pela atenção dispensada as ações de prevenção de IST e prevenção de câncer, expressando assim a fragmentação do cuidado (BELÉM, et.al, 2018).

Pasini (2011) descreve em seu relato com prostitutas, que ao ser abordado o tema práticas de saúde, este era respondida quanto a importância do uso de preservativos, demonstrando o cuidado em evitar contaminação por alguma IST. No entanto, quando questionadas sobre outras doenças as respostas eram vagas e imprecisas. A autora apresenta a visão das prostitutas quanto ao seu corpo apenas, reiterando a ideia de higiene, evidenciando aparência de saúde, o tipo de roupa, a maquiagem, a abordagem ao cliente, o tempo e o valor cobrado no programa e as ofertas de serviços (PASINI, 2011).

A autora entende o corpo como o lugar das sensações, das experimentações, mas através dele e não sobre ele. O corpo é negociado socialmente, e as concepções culturais são incorporadas nele, informados pelas experiências vividas dos sujeitos, as quais são específicas de cada grupo. A partir disso as prostitutas só deixarão de ser invisíveis nas ações da saúde quando forem escutadas sobre a autonomia de seus corpos, quando observada a saúde integral, de corpos que não são apenas biológicos, mas sim, interpretações e inscrições sociais (PASINI,2011). Na visão de Foucault o corpo é uma construção social, cultural e histórica, é fruto de um discurso, de instituições. Foucault fala do corpo social, que é constituído pela governamentalidade das vontades. O corpo social para esse autor é fruto da materialidade do poder se exercendo sobre o corpo dos sujeitos e da população. O poder penetra o corpo e a alma dos sujeitos ao mesmo tempo em que os expõem (MEZZAROBÀ; ZOBOLI, 2018).

A partir da vivência acadêmica, na construção de conhecimentos e ampliação da visão para as minorias no cenário da atenção básica a saúde, percebeu-se a carência de discussões que abordassem o tema da prostituição feminina e dos formatos de cuidado associados a esta.

No contexto da Atenção Básica à saúde, o enfermeiro é integrante importante nas equipes responsáveis pela abordagem desta população, tendo em vista, que é este quem acolhe, constrói e estabelece o vínculo entre usuários e serviços de saúde. Esse vínculo pode ser embasado em uma abordagem equitativa, integral e humanizada, subsidiada por acesso e comprometimento de cuidado horizontalizado no processo terapêutico. Estes pressupostos justificam, inicialmente, a proposta desenvolvida pelo presente projeto, constituindo-se o mesmo como um arsenal potencial na visibilidade das minorias nos atendimentos dos serviços de saúde.

Assim, percebe-se a necessidade do profissional enfermeiro ampliar o olhar, desconstruir paradigmas e elaborar pensamentos e ações que proporcionem o cuidado integral a essa classe. Está incutida neste cuidado a importância de olhares multifacetados para a constituição de projetos terapêuticos singulares, repercutindo em satisfação e/ou declínio no vínculo com serviços de saúde e profissionais associados a eles, como os enfermeiros.

Nesse contexto, o presente estudo objetivou analisar o cuidado de enfermagem para as profissionais do sexo no contexto da atenção básica à saúde, apresentar o perfil sócio demográfico e de atuação profissional de profissionais enfermeiros, descrever o cuidado ofertado para as profissionais do sexo na atenção básica à saúde, sob a ótica dos enfermeiros e identificar as características facilitadoras e dificultadoras do cuidado às profissionais do sexo por enfermeiros da atenção básica à saúde. Para tanto espera-se responder: **Como acontece o cuidado de enfermagem as profissionais do sexo na atenção Básica a Saúde?**

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Atenção Básica a Saúde

Conforme descrito no artigo XXV da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis. Nesse sentido, entende-se que o direito a saúde está intrínseco ao direito a vida observando-se o princípio de igualdade entre todo indivíduo.

Na conjuntura brasileira, o direito a saúde começou a ser discutido a partir da Reforma Sanitária nos anos 70, trazido a pauta na VII Conferência Nacional de Saúde de 1979 e atingiu seu apogeu na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. Esse movimento culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi institucionalizado na Constituição Federal de 1988, e descreve no artigo 196 que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”. Nessa perspectiva, o direito a saúde associa-se a outros direitos essenciais como educação, lazer, saneamento básico, segurança e moradia (BRASIL, 1988).

O atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), direito garantido a qualquer cidadão brasileiro, se dá a partir de um modelo baseado na hierarquização das ações e serviços de saúde por níveis de complexidade (BRASIL, 2006). A partir de sua regulamentação no ano de 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) direciona o modelo assistencial para a Atenção Primária em Saúde (APS) ou Atenção Básica em Saúde (ABS), focalizando num sistema universal e integrado de atenção à saúde. Aprovada pela portaria 648/GM de 2006, a Política Nacional de Atenção Básica identifica a ABS como “porta de entrada”, o primeiro lugar que o usuário procura no sistema de saúde (BRASIL, 2006).

No contexto histórico, a ideia de atenção primária foi utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez no chamado Relatório Dawson, em 1920. Esse documento do governo inglês procurou, contrapor-se ao modelo flexneriano americano de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual, e constituir-se numa referência para a organização do modelo de atenção inglês. Essa organização caracteriza-se pela hierarquização dos níveis de atenção à saúde (MATTA; MOROSINI, 2009).

Em 1978 a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) realizaram a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão, propuseram um acordo e uma meta entre países membros para

atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, através da APS. Essa política internacional ficou conhecida como 'Saúde para Todos no Ano 2000'. Sobre a organização da APS, a declaração de Alma-Ata propõe a instituição de serviços locais de saúde centrados nas necessidades de saúde da população e fundados numa perspectiva interdisciplinar, bem como a participação social na gestão e controle de suas atividades (MATTA; MOROSINI,2009).

Nesse sentido, desde a criação do Sus em 1988, o modelo de assistência em saúde organizado através da Política Nacional de Atenção Básica(PNAB), aprovada em 2006, e que teve sua última revisão no ano de 2017, traz como definição de Atenção Básica: “ conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.” (BRASIL, 2017).

A PNAB no texto da Portaria 2436/2017, capítulo I estabelece como seus princípios: a universalidade, integralidade e equidade e como diretrizes: regionalização e hierarquização, territorialização e adscrição, cuidado centrado na pessoa e resolutividade, afirmando assim os princípios doutrinários e diretrizes do SUS (BRASIL,2017).

2.2 Gestão do cuidado na Atenção Básica a Saúde

Quando se estabelece o propósito do cuidado dentro da área da saúde automaticamente se pensa no outro. O profissional de saúde, especialmente o de enfermagem, se apropria do termo cuidado desde o início da sua formação, haja visto se apropria do conhecimento para ser cuidador. A definição de cuidador descrita em dicionário apresenta-se como aquele que demonstra zelo, diligência e cuidado na realização de algo; aquele que trata ou cuida de outra pessoa; etimologicamente: Cuidar + dor (RIBEIRO,2018).

Hermeneuticamente falando, o 'cuidador' e o 'cuidado' não são símbolos de interações quaisquer, mas sim, de uma interação especial, na qual o 'afetar-se' consolida-se no 'querer bem' ao outro. Isto só é possível quando se entende o que é o 'bem' para o outro, e isto requer uma cosmovisão do universo do outro (BUB 2006; apud CARNUT,2017).

Nesse sentido, Merhy afirma que no campo da saúde o objeto não é a cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, através do qual poderá ser atingida a cura e a saúde, que são de fato os objetivos que se quer atingir (MERHY,2009). Historicamente o campo da saúde foi se constituindo como um campo de construção de práticas técnicas cuidadoras, socialmente determinadas, dentro do qual o modo médico de agir foi se

tornando hegemônico e dentro deste modo particular de agir tecnicamente na produção do cuidado, há uma enorme multiplicidade de maneiras, ou modelos, de ação (MERHY, 2009).

Define-se a gestão do cuidado em saúde como o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz (CECILIO, 2011).

Nesse contexto, a gerência do cuidado emerge nas organizações públicas de saúde como uma tendência para modificar o processo de trabalho nesse setor – partindo do trabalho individual para um trabalho transdisciplinar - e reafirmar a necessidade de responsabilidade, autonomia, e vinculação que as equipes de profissionais devam assumir para promoverem a saúde (LACERDA; MORETTI; ,1PIRES, 2018).

Sendo assim, a complexidade do mundo do cuidado tem consequências para o modo de se pensar a política e a gestão em saúde. Começa pela necessidade de ser muito crítico em relação ao que é saúde, seu objeto, seus propósitos e seus métodos, reconhecendo os múltiplos atravessamentos do campo e a necessidade de desconstruir/ resistir à medicalização. Também, tendo clareza de que todos fabricam políticas em seu cotidiano de trabalho e que, portanto, uma postura radicalmente democrática de ampliação do debate para produzir políticas pode ser bem proveitosa. Não há os que formulam e os que implementam políticas. Todos os que implementam, também formulam e modificam a política no cotidiano de suas práticas (FEUERWERKER,2014).

Para Grabois, a gestão do cuidado tem foco tanto na unidade como na trajetória do usuário/paciente. Deste modo, surgem questões que demandam planejamento de recursos (físicos, materiais, de organização da força de trabalho), adoção de dispositivos, ferramentas e regulamentos, avaliação da qualidade das ações empreendidas e, por fim, correção das insuficiências, com formulação de novos planos e propostas (GRABOIS,2011).

Oferecer um cuidado com qualidade necessita combinar a intencionalidade de concretizar um modelo de atenção voltado às necessidades e riscos dos pacientes com a capacidade de identificar recursos e combiná-los em centenas de variações possíveis, de forma planejada e pactuada entre os responsáveis pela oferta destes recursos (GRABOIS,2011). Nessa perspectiva, Feuerwerker (2014), implica que: o cuidado (e não a clínica) é a alma dos serviços de saúde e a estratégia radical para defesa da vida (GRABOIS,2011; FEUERWERKER,2014).

2.3 Enfermagem na Atenção Básica a Saúde

A enfermagem como profissão surgiu no século 19, e teve como precursora Florence Nightingale. Desde então inseriu-se nos espaços de assistência à saúde públicos e privados, ganhando status de ciência. Wanda Horta, enfermeira brasileira, desenvolveu seus estudos a partir da Teoria da Motivação Humana de Maslow, que está fundamentada nas necessidades humanas e elaborou então sua teoria sobre a motivação humana baseada nas necessidades humanas básicas: necessidades fisiológicas, segurança, amor, estima e autorrealização (HORTA, 2010).

Através da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, Horta procura mostrar a enfermagem como ciência aplicada, transitando da fase empírica para a fase científica, desenvolvendo suas teorias, sistematizando seus conhecimentos, pesquisando e tornando-se dia a dia uma ciência independente. Para a autora nenhuma ciência pode sobreviver sem filosofia própria, assim, a Enfermagem não deve prescindir de uma filosofia unificada que lhe dê bases seguras para o seu desenvolvimento (HORTA, 2010).

Ainda segundo Horta, a enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas; o Ser-Enfermeiro é um ser humano, com todas as suas dimensões, potencialidades e restrições, alegrias e frustrações; é aberto para o futuro, para a vida, e nela se engaja pelo compromisso assumido com a enfermagem. Este recebe conhecimentos, habilidades e formação de enfermeiro, sancionados pela sociedade que lhe outorgou o direito de cuidar de gente, de outros seres humanos. Em outras palavras: o Ser-Enfermeiro é gente que cuida de gente (HORTA, 2010).

No Brasil a enfermagem é regulamentada pela Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, Lei Nº 7.498/86, e tem como conselho de classe o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 1986) e os seus respectivos Conselhos Regionais (COREN). Estes foram criados em 12 de julho de 1973, por meio da Lei 5.905. Filiado ao Conselho Internacional de Enfermeiros em Genebra, o COFEN é responsável por normatizar e fiscalizar o exercício da profissão de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, zelando pela qualidade dos serviços prestados e pelo cumprimento da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (COFEN, 1973).

A enfermagem como parte integrante da equipe de saúde implementa estados de equilíbrio, previne estados de desequilíbrio e reverte desequilíbrios em equilíbrio pela assistência ao ser humano no atendimento de suas necessidades básicas; procura sempre reconduzi-lo a situação de equilíbrio dinâmico no tempo e espaço (HORTA, 2010).

Como profissão marcada pelo compromisso com a saúde pública, a enfermagem tem grande capilaridade social, estando presente na maioria das ações desenvolvidas na Atenção Básica tendo se constituído num espaço relevante para a atuação do enfermeiro

(BRASIL,2002). A Política Nacional de Atenção Básica (2017), descreve o enfermeiro como integrante da equipe de saúde e enumera suas atribuições no contexto da política, fortalecendo a integralidade do cuidado (BRASIL, 2017).

O enfermeiro tem na prática desenvolvida em unidades básicas de saúde (UBS) o desafio de implementar o cuidado em enfermagem na construção de relações interpessoais de diálogo, escuta, humanização e respeito (ACIOLLI et al., 2014). O objeto da enfermagem é o ser humano, assistindo-o no atendimento de suas necessidades básicas. Esses são os entes da enfermagem. Ao descrevê-los, explicá-los, relacioná-los entre si e predizer sobre eles, caracteriza-se a enfermagem como ciência (HORTA, 2010).

2.4 A história da prostituição feminina

A prostituição é tão antiga quanto a história da humanidade. Está presente em todas as épocas, desde a mais remota Antiguidade até hoje, e em todos os cantos do mundo (DUARTE; VANZ, 2008). Não se sabe ao certo a qual período histórico remete-se a origem da prostituição. Entretanto, pode-se perceber a existência dessa prática nas mais distintas culturas e sociedades do mundo atual (PASINI, 2009).

Algumas formas de prostituição (do latim “prostituere”: “colocar diante”, “à frente”, “expor aos olhos”) já foram vinculadas a divindades, como nas primeiras civilizações da Mesopotâmia e do Egito, onde sacerdotisas prostitutas, consideradas sagradas, recebiam presentes em troca de favores sexuais. Na Grécia antiga, havia as hierodule, mulheres sagradas que ofereciam serviços sexuais em ocasiões especiais, mas não correspondiam exatamente ao que entendemos por prostitutas. Eram vistas como a encarnação de Afrodite e respeitadas pela população e pelos governantes por evocarem o amor, o êxtase e a fertilidade (CECCARELLI,2008).

Na antiga civilização grega, a prostituição fazia parte da paisagem cotidiana, era um meio de obtenção de rendimento igual a qualquer outro e uma prática controlada pelo estado. Frequentavam livremente o universo masculino e participavam das atividades reservadas aos homens. Trabalhavam nos bordéis do Estado, sem sofrerem qualquer represália. Com a Reforma religiosa no século XVI, o puritanismo passou a controlar os costumes e ditar a moral. Em consequência da ação conjunta das igrejas católica e protestantes, a prostituição caiu na clandestinidade sem, contudo, ser eliminada: cortesãs continuariam a existir nas cortes europeias e colônias (CECCARELLI,2008).

Elisiane Pasini (2009), compreende a prostituição feminina como uma atividade praticada por mulheres que estabelecem práticas sexuais com diferentes homens em troca de

um bem. Conforme a autora, o exercício da prostituição de mulheres dá-se através de uma negociação entre o homem e a mulher sem, necessariamente, o dinheiro ser a única forma de pagamento, ou seja, diante da condição precária da prostituta, o “macho” pode comprar o sexo com alimentos e objetos, desconsiderando trocas de afeto e fidelidade. A prostituição é, nessa perspectiva, um sistema de relações, uma vez que é realizado entre duas ou mais pessoas, definidas como vendedor (prostituta) e comprador (cliente) que negociam um produto (sexo) (PASINI, 2005).

A partir disso, analisa-se que no jogo de compra e venda do sexo, valoram-se diferentemente as mulheres e o produto por elas oferecido, pois uma gama de elementos entra na formação do valor e do preço. Uma mera troca de serviços por dinheiro, torna-se complexa, de modo a não ser possível dizer exatamente o que se troca. Há inúmeros valores que compõem a relação. Se assim não fosse, identidades e relações não seriam construídas, e a prostituição não teria sentido senão unicamente como parte de um mercado específico: o do sexo (RUSSO, 2007).

No Brasil, a legislação não considera a prostituição como crime pois percebe como problema social, assim, prostitutas e clientes não incorrem em crimes, porém o capítulo V do Código Penal considera crime punível com prisão induzir ou atrair alguém à prostituição, ou, ao contrário, impedir alguém de abandoná-la; criar ou manter casas ou locais para encontros libidinosos, havendo ou não intuito de lucro; tirar proveito da prostituição alheia; intermediar a entrada, o transporte, a transferência ou acolhimento no território nacional de pessoas que venham exercer a prostituição; facilitar a saída de pessoas para exercê-la no exterior (BRASIL, 1940).

O Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) reconheceu por meio da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) uma das profissões mais antigas do mundo: A profissão de prostituta. O CBO “5198: Profissionais do sexo” reconhece a profissão de prostituta : “Títulos: Profissional do sexo, Garota de programa, Garoto de programa, Meretriz, Messalina, Michê, Mulher da vida, Prostituta, Trabalhador do sexo” tem como descrição sumária como aqueles(as) que “buscam programas sexuais; atendem e acompanham clientes; participam em ações educativas no campo da sexualidade” (CBO, 2008).

Apesar de constar na lista da CBO, a profissão prostituição não está regulamentada no nosso país. Tramita no Congresso Nacional o projeto de lei que visa regulamentar essa profissão, no intuito de garantir os direitos desses cidadãos. O deputado Jean Wyllys, apresentou como justificativa para a aprovação desta lei o seguinte texto: “O escopo da presente proposição não é estimular o crescimento de profissionais do sexo. Muito pelo contrário, aqui se pretende a redução dos riscos danosos de tal atividade. A proposta caminha no sentido da

efetivação da dignidade humana para acabar com uma hipocrisia que priva pessoas de direitos elementares, a exemplo das questões previdenciárias e do acesso à Justiça para garantir o recebimento do pagamento (BRASIL,2012).

Silva, Silva e Mafra afirmam que a inclusão no CBO colaborou para o movimento por reconhecer a prostituição como profissão, mas não resolveu o problema da ilegalidade, nem tampouco deu subsídios a essas profissionais para enfrentarem a questão do preconceito atribuído pela sociedade diante do trabalho por elas realizado. Para as autoras a prostituição enfrenta sérias dificuldades para se legitimar e ser aceita como um trabalho na sociedade. Trata-se de um processo histórico que tem início com o não reconhecimento da mulher como detentora do direito de possuir e viver sua sexualidade. Desta forma aquelas que optam por trabalhar diretamente com o sexo e sobreviver a partir dessa atividade são tidas como imorais e desavergonhadas (SILVA; SILVA; MAFRA, 2013).

Nesse cenário, são as condições sociais e os aspectos culturais que levam a mulher a assumir a condição de profissional do sexo. Ao refletir sobre tal condição, considera-se a profissional como “o bode expiatório”; o homem liberta-se nela de sua torpeza e a renega, na consequência. Existe, a partir disso, um querer acerca de um estatuto legal que a coloque sob a fiscalização policial, e mesmo que trabalhe na clandestinidade, ela sempre será tratada como pária (BEAUVOIR, 1980).

2.5 Foucault e o cuidado (Referencial Teórico)

Percebe-se que o conhecimento científico confere ao profissional de saúde o papel de portador do saber, inferindo assim no posicionamento na relação estabelecida com seu cliente/paciente. Essa relação aparece em desequilíbrio, pois aprisiona o sujeito ao poder do saber técnico, científico, não observando suas vontades, crenças, necessidades e cultura. Foucault (1979), interpreta que a articulação entre saber e poder médico, estabeleceu uma série de práticas disciplinares de regulação das relações e dos espaços e em torno destas foram se constituindo as demais profissões da área de saúde.

Foucault (2000) apresenta o saber como um conjunto de elementos, formados de maneira regular por uma prática discursiva e indispensável para a constituição de uma ciência, apesar de não se destinarem necessariamente a lhe dar lugar. Saber é aquilo que é falado em uma prática discursiva: domínio constituído por diferentes objetos que irão ou não adquirir status científico, assim como um saber é o espaço em que o sujeito pode tomar posição para falar dos objetos de que se ocupa seu discurso, assim como um saber é o campo de coordenação e subordinação dos enunciados em que os conceitos aparecem, se definem, se aplicam e se

transformam e finalmente, um saber se define por possibilidades de utilização e apropriação oferecidas pelo discurso (FOUCAULT,2000).

Nesse contexto, Foucault (2000) afirma que há saberes que são independentes das ciências, não há saber sem uma prática discursiva definida, e toda prática discursiva pode definir-se pelo saber que ela forma. Através desse pensamento foucaultiano pode-se considerar o conhecimento empírico como saber. O conhecimento empírico é adquirido pelo indivíduo na sua relação com o ambiente, por meio da interação contínua, experiências vivenciadas ou na forma de ensaios e tentativas, como investigações pessoais realizadas ao sabor das circunstâncias da vida ou tradições da coletividade. Expressa-se na quantidade de informações que são herdadas, repassadas e reconstruídas por nós sem uma sistematização ou teorização. Em geral, convivem com inúmeras crenças e mitos vividos pelo grupo social, sem teor crítico, transmitido pelas diferentes gerações (FOUCAULT,2000; CARTONI,2009).

A partir das abordagens de Foucault, o saber está intimamente ligado ao poder. O poder não está localizado ou centrado em uma instituição, e nem tampouco como algo que se transmite por meio de contratos jurídicos ou políticos. Foucault observa a existência de uma espécie de rede de microfísica do poder articulado ao Estado e que atravessa toda a estrutura social (BODART,2015). Nesse contexto, em *Microfísica do Poder* (2011), Foucault aborda as formas de poder no cenário histórico, demandando sobre o surgimento da medicina social (FOUCAULT, 2011).

Nas discussões de Foucault(2011), a medicina moderna é uma medicina social que tem como plano de fundo uma tecnologia do corpo social; haja visto que a partir do desenvolvimento do capitalismo no final do século XVIII, este socializou o corpo como força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica (FOUCAULT,2011).

Assim, a medicina social sobreveio de três etapas: medicina do Estado que surge para reconhecer quantitativos e estatísticas de nascimento e morbimortalidade da população, fortalecer o poder do estado, atentando para a população enquanto força de trabalho, sem preocupação com a saúde e sim com capacidade de produção de um indivíduo: a medicina urbana, que aparece junto com o aumento das populações urbanas, surgindo o modelo militar, excluindo e exilando os pobres, passando a observar questões de saneamento e controle de circulação nos grandes centros, identificando esses como risco à saúde da população. A terceira etapa da medicina social vem do exemplo inglês que incorpora a medicina dos pobres, da força de trabalho, considerando que ajudar os pobres a satisfazerem suas necessidades de saúde garantindo aos ricos não serem vítimas de fenômenos epidêmicos originários da classe pobre.

Esse sistema inglês possibilitou assistência ao pobre, controle de saúde da força de trabalho e esquadramento da saúde pública, ou seja, medicina assistencial destinada aos pobres, medicina administrativa que aborda epidemiologia, e medicina privada para quem pode pagar (FOUCAULT, 2011).

Nesse contexto histórico, pode se delinear o cenário do poder saber no cuidado a saúde. A história é permeada por decisões aonde se percebe que pobres e trabalhadores são vistos somente como propagadores de doenças ou força de trabalho. Assim, o poder é sempre relacional, um modo de ação de uns sobre os outros. O poder envolve as relações entre dois ou mais atores sociais, nas quais o comportamento de um é afetado pelo comportamento do outro; o poder expressa a capacidade que um indivíduo tem de levar o outro a fazer algo que de outra maneira não faria, por imposição (VILLA et al., 2015).

Assim, a comunicação é elemento essencial na relação de poder-saber entre trabalhador/usuário, mas pode atuar como forma de dominação. Por meio da linguagem, é possível influenciar o comportamento do outro visando a atingir os objetivos almejados. Tal função fica explícita nas relações de trabalho, já que a linguagem é muito mais desenvolvida e facilitada por aqueles que detêm o poder, já o usuário, em circunstâncias diversas, não dispõe de todos os termos e condições para descrever seu estado e fica inibido diante de quem, para ele, detém o poder saber. A relação de poder entre profissional e usuário, manifestada pela linguagem, permite ao primeiro o domínio frente ao segundo. Deve-se considerar que todo sujeito é detentor de um saber próprio que o legitima. Desse modo o usuário deve ser protagonista na relação de cuidados e a linguagem não pode subjugá-lo. Por conseguinte, a valorização dos sujeitos, trabalhadores e usuários permite alterar radicalmente as relações de poder-saber e seu reflexo nas práticas da saúde (VILLA et al., 2015).

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

O presente trabalho trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa realizado com seis enfermeiros da atenção básica à saúde do município de Erechim, situado ao norte do Rio Grande do Sul.

Segundo Minayo (2013) o método de pesquisa qualitativo se preocupa com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, aprofundando as relações, os processos e os fenômenos sociais.

A pesquisa social caminha para o universo de significados, levando em consideração as crenças e valores dos sujeitos da pesquisa e para que se tenha um conhecimento mais aprofundado da realidade e das interações sociais há necessidade de qualificar estes dados, trazendo aspectos subjetivos para que sejam analisados (MINAYO, 2013). O estudo qualitativo propõe-se a descrever e explorar o espaço onde a pesquisa é realizada, os sujeitos desta pesquisa, os critérios da amostragem e uma estratégia de conhecimento do campo de pesquisa (MINAYO, 2013). A natureza da pesquisa qualitativa é de forma mais aberta, fator este que possibilita que o pesquisador observe o sujeito da pesquisa e confirme ou não, suas hipóteses de pesquisa de forma mais interativa, não necessitando de uma abordagem estruturada, direcionando sua pesquisa para os aspectos que forem surgindo no decorrer da coleta de dados de forma empírica e reformula suas hipóteses conforme a necessidade (MINAYO, 2013).

O instrumento de pesquisa utilizado em pesquisas qualitativas visa entender o ponto de vista dos sujeitos da pesquisa e deve servir apenas para basear a comunicação e o aprofundamento da discussão do tema da pesquisa entre o pesquisador e o alvo da pesquisa, as percepções do pesquisador devem ser anotadas no diário de campo (MINAYO, 2013).

3.2 Local e período

A pesquisa pôde efetuar-se contando com a participação de enfermeiros de seis Unidades Básicas de Saúde do município de Erechim, ao norte do Rio Grande do Sul. Após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos enfermeiros selecionados, as entrevistas aconteceram no período outubro a novembro de 2019.

O município de Erechim localiza-se ao norte do Rio Grande do Sul, na região do Alto Uruguai, sobre a cordilheira da Serra Geral, na Região Sul do Brasil. Considerada um centro sub-regional no país, é a segunda cidade mais populosa do norte do estado, sendo

superada somente pelo município de Passo Fundo. Conforme Censo de 2010 possui uma população de 96.087 pessoas, observando-se que a população estimada para o ano de 2018 é de 105.059 pessoas. Nesse contexto a população masculina representava em 2010, 46.224 habitantes, enquanto a população feminina é de 49.863 habitantes (IBGE,2010).

Conforme descrito no Plano Municipal de Saúde o município possui 12 unidades Básicas de Saúde, com 18 equipes de Estratégia de Saúde da Família, distribuídas na região central, bairros e zona rural. A Secretaria de Saúde também mantém os serviços de Vigilância em Saúde com Núcleo de Epidemiologia e Imunizações, Serviço de Assistência Especializada DST/AIDS, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental, Vigilância em Saúde do Trabalhador, Unidade Referência Animal; Serviços de Saúde Mental: Ambulatório de Saúde Mental, Centro de Atenção Psicossocial II, Centro de Atenção Psicossocial AD; Centro de Referência em Saúde do Trabalhador; Centro de Especialidades Odontológicas; Diretoria de Urgência e Emergência, SAMU/ Ambulância Cidadã; Unidade de Saúde Prisional; Unidades Odontológicas Escolares; Unidade de Pronto Atendimento; Centro de Referência da Mulher e Ambulatório de Feridas Crônicas.

As UBS escolhidas para este estudo foram selecionadas através de sorteio. A UBS A se localiza em uma região central do município na qual seus usuários apresentam condições econômicas favoráveis no que diz respeito à subsistência e infraestrutura de qualidade. Apresenta estrutura física adequada a demanda atual. Informatizada com prontuário eletrônico em funcionamento. Possui quinze áreas de abrangência. A UBS é localizada em um bairro onde observa-se disparidades sociais. Sua estrutura física influencia a fragmentação do cuidado por possuir duas portas de entrada. Informatizada com prontuário eletrônico em funcionamento. Possui doze áreas de abrangência. A UBS C também localizada em bairro onde se evidencia diferentes classes sociais. Possui estrutura física adequada a demanda, informatizada, e localizada próximo a população em situação de vulnerabilidade, composta por doze áreas de abrangência. A UBS D localizada a grande distância da unidade central, possui estrutura física adequada a demanda, sua população adscrita possui condições econômicas estáveis, atendendo também uma parcela da população rural do município. Suas áreas de abrangência são nove. A UBS E localizada no bairro com maior índice de vulnerabilidade social, possui estrutura física antiga, porém consegue atender a demanda. Possui 14 áreas de abrangência. A UBS F com catorze áreas de abrangência, possui equipe de ESF, atendendo a demanda de usuários de diferentes classes sociais, porém observa-se a existência de população em vulnerabilidade social, evidenciando riscos a saúde em geral. A unidade é informatizada, e possui estrutura física adequada para atender a demanda populacional.

3.3 Participantes

A pesquisa foi realizada com seis enfermeiros das UBS supracitadas. O sorteio foi realizado por meio da seleção de papéis com os nomes das UBS, pela pesquisadora, e em ordem de pesca as UBS foram definidas. Em cada UBS que contar com mais de um enfermeiro, foi realizado um sorteio com o nome dos mesmos em papéis, cujo papel será escolhido pela pesquisadora, definindo, assim, o (a) participante da pesquisa.

3.3.1 Critérios de Inclusão

Estar enfermeiro gerencial e/ou assistencial de uma das Unidades Básicas de Saúde selecionadas.

3.3.2 Critérios de Exclusão:

Estar em Férias;

Apresentar Licença Maternidade e/ou licença interesse;

Afastamento por quaisquer patologias.

3.4 Coleta de dados

Os participantes foram informados sobre a pesquisa, bem como seu tema, problema, e como foram estruturadas as questões éticas da mesma. Após, os dados foram coletados por meio de questionário sociodemográfico e de atuação profissional, e entrevista semiestruturada relacionada às questões acerca do cuidado de enfermagem para as profissionais do sexo no contexto da atenção básica à saúde, utilizando-se gravador como apoio ao registro das questões, procedimentos estes autorizados pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da URI ERECHIM.

3.5 Procedimentos para coleta de dados

A perspectiva de escolha por enfermeiros responsáveis pelo cuidado dispensado na atenção básica à saúde balizaram a busca pela compreensão acerca do cuidado para profissionais do sexo na atenção básica. Foi solicitada autorização da instituição, tendo em vista o pedido para uso de sala na Unidade Básica de Saúde para a entrevista.

Após a autorização do CEP da URI Erechim, realizou-se sorteio dos enfermeiros das UBS selecionadas, pela pesquisadora e por conseguinte agendamento para o contato pessoal. No momento da entrevista foi apresentado e lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

coletando a assinatura. Os enfermeiros entrevistados estavam lotados nas UBS escolhidas mediante sorteio, dentre todas as UBS do município supracitado. O sorteio das UBS foi realizado por meio da pesca de papéis, pela pesquisadora, e em ordem de pesca, definidos. A aplicação do questionário para coleta de dados foi realizada pela pesquisadora.

3.6 Tratamento dos dados e Referencial Teórico

Os dados foram analisados por meio da análise temática de conteúdo. A análise temática é um método interpretativo de análise de dados. Através da identificação, análise e descrição de padrões ou temas, permitiu-se apresentar e organizar os dados de uma forma sintética, embora rica. Após o levantamento e registro dos dados no instrumento de coleta de dados, esses foram organizados e interpretados de acordo com análise temática proposta por Minayo (2013).

De acordo com a autora a noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de um determinado assunto. Consiste, portanto, em descobrir os núcleos de significado de sentido que compõem uma significação (MINAYO, 2013). A análise temática é flexível; pode ser utilizada com diferentes posicionamentos epistemológicos (positivista; pós-positivista; construccionista); não tem requisitos de amostragem, e adequa-se a diversos tipos de dados qualitativos (entrevistas, *focus groups*; diários, etc). Segundo Minayo, (2013), a análise temática é uma das formas que melhor se adequou às investigações qualitativas. Como propõe a autora, três etapas constituem a aplicação desta técnica de análise: Pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados e interpretação.

As etapas podem ser assim descritas: a pré-análise, onde são analisados os documentos, alterando os objetivos da pesquisa e hipóteses conforme a necessidade por meio da leitura flutuante e a escolha do material pertinente, definindo as palavras ou frases para orientação da análise; exploração do material, que consiste na compreensão do texto para validar a palavra ou frase escolhida na pré-análise, escolha das regras para a quantificação destas palavras ou frases e a classificação destes dados; tratamento dos resultados, calculando-se em percentagens as informações obtidas (MINAYO, 2013).

3.7 Aspectos éticos

De acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa envolvendo seres humanos deve proteger e respeitar a dignidade, autonomia e liberdade dos participantes das pesquisas científicas e ter engajamento ético. (BRASIL, 2012). Para tanto, aprovou em sua 240ª Reunião Ordinária realizada nos dias 11 e 12 de dezembro de 2012 normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, “incorporando, sob a

ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado” (BRASIL, 2012).

Esta pesquisa atendeu a esta resolução e os aspectos de ética em pesquisa com seres humanos e para concretizar os aspectos éticos previstos na mesma resolução foram utilizados os TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE conforme modelo do CEP URI ERECHIM (APÊNDICE A), em duas vias, sendo apresentado ao participante, lido e discutido a respeito do tema, problema, objetivos e demais aspectos éticos. Este termo (TCLE) prevê o anonimato do participante, a confidencialidade das informações, bem como o direito de liberdade do participante de ser ou não ser incluído no estudo a partir do momento em que for convidado. Além disso, foram construídas as cartas-autorização para o gestor municipal, a fim de construir as características éticas do estudo.

A participação foi voluntária, não acarretando nenhum bônus financeiro nem ônus de qualquer espécie para as partes envolvidas. Após a concordância, a pesquisadora e pesquisados assinaram o termo, sendo uma via ficou de posse dos pesquisados e outra sob responsabilidade da pesquisadora. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI/Erechim.

Os riscos desta pesquisa encontram-se no campo do desconforto, no que diz respeito ao tempo dispensado para responder ao questionário proposto, e o risco mínimo de desconforto em falar acerca da atuação profissional, assim como a auto percepção diante de um tema de tamanha relevância no contexto da atenção básica à saúde. Os benefícios sugeriram a construção de discussões relevantes para a formação em enfermagem, levantando a temática das minorias sociais e o cuidado integral, bem como, aprofundamento do tema estudado a toda comunidade científica e atuação gestora em saúde. Os benefícios podem inferir maiores reflexões nos atendimentos futuros a este público, possibilitando processos de trabalho mais críticos e planejados. A academia poderá utilizar estes resultados como base para construção de novas investigações, entendendo a sua importância e relevância na contemporaneidade

Para assegurar o anonimato nas falas dos entrevistados na pesquisa, quando mencionado o texto referido pelos mesmos, foi utilizado como referência os termos: E1, E2, E3, E4, E5 e E6.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP - da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, sob parecer n. 3.644. 250, CAAE: 20193519.0.0000.5351.

4. RESULTADO E DISCUSSÕES

Os resultados desta pesquisa estão organizados em duas seções. A primeira diz respeito à caracterização dos participantes da pesquisa e a segunda é referente à categorização acerca do conhecimento dos enfermeiros em relação ao cuidado de enfermagem às profissionais do sexo na Atenção Básica à Saúde.

4.1 Caracterização dos participantes do estudo

Foram entrevistados seis enfermeiros, sendo cinco (83,33%) do sexo feminino e um (16,64%) do sexo masculino. As idades variaram de 33 a 55 anos, sendo que a média de idade é de 40 anos.

Quanto ao tempo de atuação, a média do exercício da profissão é de dezesseis anos, sendo que o tempo informado variou entre vinte e sete e nove anos. No que tange a escolaridade, cinco entrevistados, (83,33%), possuíam *Latu Sensu*, e um (16,64%) *Stricto Sensu*.

A área de saúde compõe-se de 3,5 milhões de trabalhadores, dos quais cerca de 50% atuam na enfermagem. Trata-se de uma categoria presente em todos os municípios, fortemente inserida no SUS e com atuação nos setores público, privado, filantrópico e de ensino. (COFEN, 2015; MACHADO et al., 2015)

Historicamente, o setor saúde é, estruturalmente feminino. A enfermagem, por tradição e cultura, sempre contribuiu para essa feminilização da saúde. A equipe de enfermagem é predominantemente feminina, ou seja, (85, 1%). No entanto, registra-se a presença crescente (14,4%) de homens, o que significa afirmar o surgimento de uma nova tendência, a da masculinização na categoria (COFEN, 2015; MACHADO et al., 2015).

Nesse sentido a busca por especialização está diretamente associada à perspectiva de inserção no mercado de trabalho em funções de maior complexidade e destreza cognitiva. Cada vez mais a busca por formação no âmbito do *latu sensu* ou *stricto sensu*, habilita o profissional de enfermagem a seguir carreira seja nos serviços, na academia ou na gestão do sistema de saúde. Ele busca se qualificar nas áreas de seu interesse, mas sempre com o olhar para o futuro do mercado de trabalho (MACHADO et al., 2015).

O perfil dos entrevistados se assemelha aos estudos utilizados, promovendo uma reflexão acerca do comportamento e atuação dos profissionais de saúde, incluindo os da enfermagem. Ainda propõe uma especial atenção no que diz respeito à qualificação dos serviços prestados, cujas demandas tornam-se a cada dia mais complexas, e os resultados dependem dos “encontros” produzidos neste processo.

4.2 Categorias temáticas

As categorias desse estudo emergiram a partir de entrevista semiestruturada que obedeceu a uma metodologia de planejamento acerca do processo qualitativo de pesquisa, prevendo a interlocução de saberes entre entrevistados e pesquisadora, possibilitando a inferência de resultados potencialmente importantes, a partir da análise temática de conteúdo. A categorização, para Minayo (2013), consiste num processo de redução do texto às palavras e expressões significativas. A partir daí o analista propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente, ou abre outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugerida pela leitura do material.

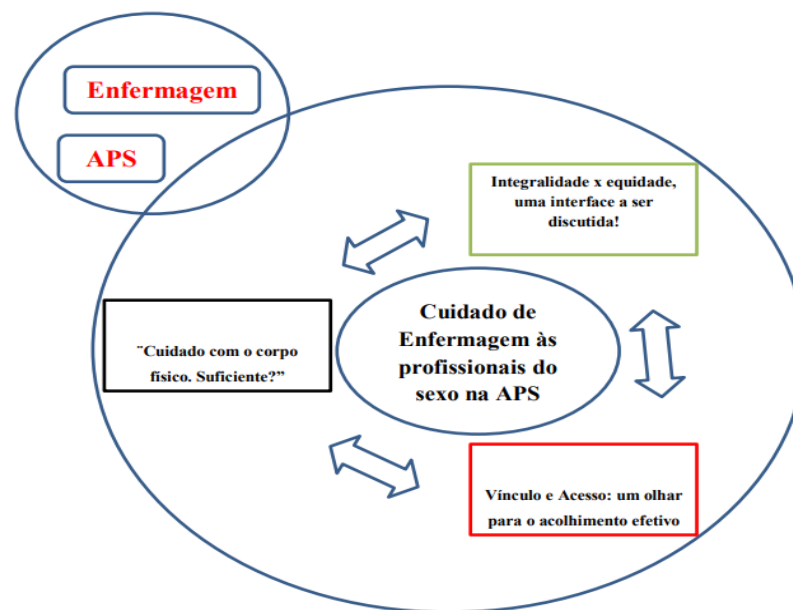


Figura 1 – Representação das Categorias Temáticas extraídas das Entrevistas com enfermeiros participantes do estudo. Erechim, RS, Brasil, 2019. (n=6).

4.2.1 Categoria 1: “Cuidado com o corpo físico. Suficiente?”

A categoria “**Cuidado com o corpo físico. Suficiente?**” Pressupõe que o enfermeiro discorra sobre o cuidado a ser ofertado à usuária a partir das suas singularidades, compreendendo essa mulher como um ser social em desenvolvimento e amparada por experiências pessoais, assim como, aquela que tem como profissão a venda do próprio corpo. Observa-se nas falas a preocupação do enfermeiro em abordar medidas de prevenção e a busca limitada por diagnósticos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (corpo físico), transferindo essa preocupação para a própria usuária, no sentido de que já no primeiro contato não se constroem outras possibilidades terapêuticas e não se possibilita a amplitude da ação cuidadora.

“[...A gente vai fazer o atendimento dela...teste rápido, ou a própria coleta do preventivo ...]”. (E3)

“[...elas vêm, passam aqui na UBS, geralmente para fazer teste rápido. Atendimento na atenção básica, fazer os testes rápidos...]”. (E4)

“[...geralmente é tudo teste rápido que elas ´procuram. “Eu sou profissional do sexo, eu vim procurar um teste rápido, eu vim procurar uma consulta com um ginecologista”...]”. (E5)

“[...tem todos os métodos de prevenção na UBS. O uso dos métodos de prevenção de DST, que daí é o uso de preservativo. Que é o que a gente mais bate por que para nós é o que mais impactante né?...]”. (E6)

Nesse contexto, os enfermeiros relatam, ainda, não ouvirem da, profissional do sexo, a confissão de sua profissão, afirmando que isso torna o atendimento individualizado, mais difícil de ser realizado.

“[...na verdade, nós temos poucas que procuram, relatando que são...] ” (E2)

“[.... Ela vem pouco na unidade de saúde, ela quase não procura até por que ela se acha discriminada...]”. (E3)

“[... mas a profissional do sexo, mesmo que tem pessoas que a gente sabe que são, mas que não abrem isso na consulta.]”. (E5)

“[... essa questão de elas não se sentirem à vontade as vezes para falar sobre elas serem profissionais do sexo, então isso dificulta para nós as vezes até na abordagem.]”. (E6)

Foucault (1979) discorre sobre a confissão mostrando que essa prática caracteriza um tipo de narrativa de si e de relação com a verdade. As dimensões do poder que envolvem a “maquinaria da confissão” supõem um indivíduo culpado, pecador, que deve desconfiar de si mesmo e identificar os erros e desvios de caráter, sobretudo em seu comportamento sexual, tendo em vista a correção, isto é, a adequação às normas instituídas e ao regime de verdade predominante (FOUCAULT, 1979; SOUZA; SAGATINE; MAGALHÃES, 2011).

Nesse sentido, a mulher confessar, ou relatar a profissão de prostituta, configura uma exposição da sua individualidade, onde ela cede aos estigmas da sociedade e se percebe antes mesmo de se auto identificar, discriminada. Ela se envergonha de sua profissão perante outra mulher em situação ou emprego supostamente “mais digno” e teme os olhares, julgamentos e atitudes (FOUCAULT, 2011).

O trabalho de satisfazer desejos e fantasias sexuais masculinas mediante pagamento traz demandas específicas de saúde que não se restringem ao desenvolvimento de habilidades para o uso do preservativo com clientes (VILELLA; MONTEIRO, 2015). É no corpo orgânico que culturas e regras sociais se integram e se inscrevem, transcendendo as perspectivas ampliadas do ser e estar inscrito em uma sociedade plural (MAYER, 2017). Os demais aspectos da saúde sexual e reprodutiva, e da saúde geral, deveriam ser considerados diante das condições de precariedade em que o trabalho sexual é exercido e a necessidade de facilitação do acesso aos serviços de saúde (VILELLA; MONTEIRO, 2015). Vive-se em tempos diferenciados, em que falar do corpo e no corpo é ainda uma expressão fechada e indefinida, tempo em que as relações se concebem conservadoras e são impostas para que o corpo possa se expressar nos espaços de aprendizagem e convívio social (MAYER, 2017).

Assim, a prostituição não é tratada efetivamente como profissão, sendo pesquisada, muitas vezes, dentro de uma lógica de grupo de risco (LEITE; MURRAY; LENZ, 2015). Fora os relatos etnográficos, também há pouca informação sobre a organização da indústria do sexo no país e, menos ainda, sobre fatores estruturais dos contextos de trabalho, relacionados à vulnerabilidade desses profissionais à violência e aos agravos de saúde (LEITE; MURRAY; LENZ, 2015).

As normas de gênero, conjunto de prescrições sociais constitutivas do sentido de masculinidade ou feminilidade, afetam sujeitos de ambos os sexos, determinando padrões de

comportamento, atuação na vida cotidiana e exercício da sexualidade (VILELLA; MONTEIRO, 2015). Para as mulheres, as normas de gênero associam a prática do sexo ao amor e à reprodução. As mulheres que infringem essas normas, exercendo a sexualidade como um trabalho remunerado, como as prostitutas, são especialmente afetadas por processos de estigma e suas consequências para a saúde (VILELLA; MONTEIRO, 2015).

Historicamente as políticas públicas não observam as particularidades da mulher prostituta. A criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1986 (BRASIL, 1986) objetivava estender o cuidado a mulher além de sua saúde reprodutiva. Apesar da mulher prostituta existir em todos os espaços da sociedade, não foi contemplada em suas necessidades específicas. Em 2004 (BRASIL, 2004), quando o programa se transformou em política, o texto contemplou segmentos como mulheres negras, trabalhadoras rurais, dentre outras, porém novamente não foi abordada a categoria da profissional do sexo, deixando de perceber essas mulheres como especificidade dentro da política, negligenciando mais uma vez o cuidado voltado a esse público (BRASIL, 1986; BRASIL, 2004).

Assim, a cultura política, as ciências e até mesmo profissionais (da saúde, da educação, do direito) que trabalham com os setores populares, ainda, sofrem influência de imagens depreciativas que insistem em retratar os grupos sociais sob visões naturalizadas, biologizadas, patológicas, desqualificadas, infantilizadas (MIGUEL; ARROYO, 2009). Nesse sentido, o modelo exclusivamente biomédico marca um abandono das políticas de prevenção baseadas nos direitos humanos, na necessidade de mudanças nos contextos sociais e políticos da prostituição e em iniciativas e políticas públicas articuladas com diferentes setores do Estado, incluindo, mas não apenas, o de saúde. (LEITE; MURRAY; LENZ, 2015).

Percebe-se também, como o preconceito e estigma da sociedade e do poder público impossibilitam um olhar holístico para essas profissionais (LEAL et al., 2019). Este contexto poderia melhorar indiscutivelmente suas vidas, evitando problemas maiores (LEAL et al., 2019).

A partir disso, torna-se significativo compreender que a percepção da enfermagem é de que a prostituta é um repositório de infecções sexualmente transmissíveis, que o cuidado a elas se baseia na prevenção de IST, incluindo nele a coleta de material cito patológico para prevenção de câncer do colo de útero, não observando os demais aspectos caracterizando a fragmentação do cuidado (BELÉM et al., 2018; LEAL et al., 2019).

Corroborando, Belém et al., (2018) afirmam que os/as profissionais enfermeiros vinculam as práticas e os comportamentos sexuais das prostitutas com o risco para aquisição de IST, havendo direcionamento discursivo e prescritivo para ações, programas e serviços restritivos à saúde sexual e reprodutiva (BELÉM et al., 2018). Em decorrência da complexidade

que envolve esse fenômeno, as ações assistenciais não são passíveis de resolução na ESF, necessitando da articulação com outros serviços da rede de atenção à saúde, conforme descrito na fala:

“[O potencial que eu vejo é a rede mesmo, a gente tem a epidemio (Serviço de Atendimento Especializado) que pode dar suporte pra elas]”. (E6)

“[...elas vêm aqui geralmente pra fazer teste rápido, ser encaminhada pra tratar lá no setor de DST (Serviço de Atendimento Especializado) (rede), por que as vezes dá algum reagente, então a gente encaminha pro setor de DST.]” (E4)

A integralidade humana é compreendida a partir de suas necessidades existenciais, não somente no contexto físico/técnico. Estas necessidades abrangem o individual, o físico, o social, o ambiental, ainda, o transcendente e o imanente, as opressões espirituais e as estruturas sociais opressoras, contudo (LIMA, 2018). A gestão das Redes de Atenção à Saúde (RAS) exige flexibilidade e atenção ampliada, além de olhar dinâmico em relação às possibilidades de recursos e tecnologias existentes, articulando possibilidades que se voltem para a resolução de problemas em saúde, convergindo em reais modificações nos indicadores e na satisfação dos usuários (ARRUDA et al., 2015; KALICHMAN; AYRES, 2016). Não se pode indicar uma única maneira como a melhor e ideal de organizar os serviços dentro das redes, mas é necessário coerência e adequação à realidade social e às necessidades da população, para que assim as redes fluam e não sejam definidas como um emaranhado de fios com pontas incomunicáveis (ARRUDA et al., 2015; KALICHMAN; AYRES, 2016).

Faz-se necessário que os serviços de saúde integrem estas mulheres, produzam significados existenciais, a fim de proporcionar um cuidado ampliado e integral de saúde, através da educação em saúde, promoção, acolhimento, respeitando a singularidade de cada ser, compreendendo que elas têm direitos humanos fundamentais, como o acesso à saúde (CRUZ et al., 2016). O fazer-se completo torna a experiência em saúde equitativa (CRUZ et al., 2016). É importante que a expressão científica, assim como, os profissionais de saúde tenham uma visão ampliada da mulher em situação de prostituição, com conhecimento da realidade por elas vivenciada e dos direitos que lhes têm sido negados, para que possam assisti-las de forma equitativa, como todo cidadão (VILLA; CÂNDIDO; SISTE, 2016).

Contudo, as vulnerabilidades vivenciadas pelas minorias sexuais existem sob diversas facetas: seja pela falta de acesso às políticas públicas de saúde, educação e qualificação

profissional e, conseqüentemente, a exclusão dessas pessoas do mercado de trabalho, seja pela negação histórica de direitos sociais básicos ou aos mais diversos tipos de violências às quais esses corpos estão (sub)julgados (VIDAL; PAIXÃO, 2016).

Assim, esta categoria exprime a necessidade de cuidar para além do corpo físico, observando as realidades mais subjetivas das populações envolvidas. Cuidar significa transcender as experiências globalizadas, mas estender a concepção de que a existência humana perpassa o caráter bruto de uma sociedade cristalizada, e vai ao encontro de relações, historicidades e pertencimentos plurais.

4.2.2 Categoria 2: Integralidade x equidade, uma interface a ser discutida!

Esta categoria apresenta a pertinência dos princípios do SUS no planejamento do cuidado à população do sexo. Quando indagados se eram observados os princípios do SUS em seus planejamentos, os entrevistados expressam a observância dos princípios em sua totalidade, ressaltando princípios como universalidade, integralidade e equidade.

“[...São respeitados todos os princípios do SUS. Igualdade, principalmente igualdade, da mesma forma que eu realizo os cuidados com outro público...]” (E1)

“[...Ela é atendida como os outros pacientes, óbvio que com respeito a todos os princípios que o sistema demanda.]” (E2)

“[...A gente acaba fazendo esse atendimento a paciente, mas não de maneira única, a gente quando atende ele na unidade, a gente atende como paciente normal.] ” (E3)

“[...Todos os princípios do SUS. Universalidade, todos têm direito, integralidade, dum cuidado total a todos, de diferentes maneiras, Equidade, trabalhos iguais, os desiguais. Então tentar ser integral com todo mundo...] ” (E4)

“[...Universalidade, a equidade fica um pouco mais difícil por que se eles não se abrem, você fica na suposição, tu acaba utilizando a universalidade e integralidade A equidade a gente tenta adequar, mas daí conforme o que a pessoa te traz.] ” (E5)

“[O principal é em relação a integralidade né. Integralidade e equidade. Que a gente acaba tentando...quando elas vêm, tenta engloba toda a integralidade do atendimento para com elas. E tratar igual os desiguais, então a gente procura também ver essa questão e tenta também fazer um atendimento sem preconceitos.]” (E6)

O movimento da Reforma Sanitária na década de 70 produziu um amplo consenso em torno de princípios básicos que deveriam nortear a atuação do Estado na saúde, a começar pela inequívoca afirmação de que a saúde deveria ser considerada como um direito de todos e um dever do Estado, seguindo por uma compreensão da saúde e de seus determinantes sociais, bem como por uma visão ampliada das responsabilidades do Estado para com a saúde (BRASIL, 1988; PAIM, 2017; CAMPOS, 2018). Esse movimento resultou no ano de 1988 com a promulgação da Constituição Cidadã e a criação do SUS (BRASIL, 1988). Tal movimento também formulou os princípios que deveriam nortear a construção de um sistema de saúde, sendo estes os elementos centrais que comumente chamamos de princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 1988; MATTOS, 2009; PAIM, 2017; CAMPOS, 2018).

Nesse contexto, abre-se um parêntese para a contribuição do Foucault nesse movimento. Conforme descrito em “Microfísica do poder” (1979), o nascimento da medicina social advém dos modelos alemão, francês e inglês (FOUCAULT, 1979). O sistema inglês possibilitou ligar três coisas: a assistência aos pobres, controle de saúde da força de trabalho e esquadramento geral da saúde pública, possibilitando a organização de uma medicina com faces e formas de poder diferentes, tratando-se de medicina assistencial, administrativa e privada (FOUCAULT, 1979; FOUCAULT, 2011).

Importante destacar que a medicina (saúde coletiva) como base para compreensão dos diagnósticos situacionais, bem como, proposta organizativa em relação aos meandros sanitários vivenciados pelos sujeitos denota a conformação coletiva contemporânea, exercendo influência aos modelos de saúde observados no cotidiano. Os formatos permitem uma aproximação com as vivências e prioridades em saúde das populações, governos e coletividades e possibilitam uma reflexão sobre a constituição da saúde coletiva como um projeto de identificação social e notória busca por sanidade em seus mais variados contextos (FOUCAULT, 2011).

Na década de 70, época que a Reforma Sanitária tomava força, o impacto das conferências de Michel Foucault feitas no Brasil derivou em uma dialética entre duas posições distintas: de um lado, uma densa análise crítica das instituições médicas, e das suas práticas, aprofundando críticas à racionalidade médica, em um processo que aproximou-se bastante da chamada medicina integral, destacando as críticas às formas como profissionais de saúde exercem seu poder sobre os outros, em estratégias de subordinação do outro a uma ordem

médica (FOUCAULT, 1979). De outro lado, os que enfatizavam a gravidade da não-garantia pelo Estado do acesso universal os que enfatizavam a gravidade da não-garantia pelo Estado do acesso universal à assistência médica quando ela se fizesse necessária. A dinâmica dessa dialética indicava um caminho teoricamente consensual: ampliar o acesso à assistência médica e, ao mesmo tempo, transformar suas práticas (FOUCAULT, 1979; MATTOS, 2009).

Dito isso, percebe-se a confluência acerca dos princípios do SUS e o nascimento de políticas sanitárias históricas que propunham o olhar ao ser humano, como centro do cuidado. A lei 8080, promulgada em 1990 (BRASIL, 1990) dispõe sobre a organização e funcionamento do SUS (Sistema Único de Saúde). São três princípios doutrinários que outorgam validade ao SUS: a universalidade, a integralidade e a equidade (BRASIL, 1990).

Segundo o princípio da universalidade a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais (BRASIL, 2017). Assim como, a integralidade considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades; prevê a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2017). Pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos. Ainda, pode-se considerar a equidade, sob o objetivo de diminuir iniquidades. Todas as pessoas possuem direito aos serviços, porém não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior (BRASIL, 2017).

A partir dessas definições, pode-se observar através das falas dos entrevistados o equívoco no entendimento da equidade. Cuidar com equidade não significa tratar igual os desiguais e sim analisar estado de saúde indivíduos e seus fatores determinantes e condicionantes de saúde (SIQUEIRA; HOLLANDA; MOTTA, 2016; MEDINA; PAIM, 2017).

Neste sentido, observar e cuidar as profissionais do sexo em um contexto equitativo confere o pertencimento necessário ao processo terapêutico eficaz, criticando a ideologização posta pela sociedade contemporânea, em que a estrutura fisiológica conclui a potencial cuidador. Em equidade, foca-se no aumento das oportunidades, prioritariamente, para populações vulneráveis, com a intenção de alcançarem o seu potencial de saúde. Como tais oportunidades tendem a ser menos disponíveis para os mais vulneráveis, é esperado que prescrições éticas em prol da justiça social tenham como regra a ampliação da atenção aos indivíduos mais frágeis da sociedade (SIQUEIRA; HOLLANDA; MOTTA, 2016; MEDINA; PAIM, 2017).

No campo da equidade em saúde destaca-se a ideia de não discriminação, mas um potencial articulador com a amplitude e concretude na proposta terapêutica, seja para profissionais do sexo, ou quaisquer outras populações a serem atendidas (MEDINA; PAIM, 2017). Inicialmente pensado como forma de superar a discriminação por raça/etnia, o pressuposto da não discriminação vem incorporando ao longo do tempo outras diferenças encontradas na vida social, como as de religião, gênero e sexualidade, gerando novas políticas de equidade. (SIQUEIRA HOLLANDA; MOTTA, 2016).

O Plano Nacional de Direitos Humanos (PNDH) criado na década de 90, pelo governo brasileiro foi marcado por uma perspectiva mais universalista dos direitos, centrados na defesa dos direitos civis. Em 2009 o terceiro PNDH (BRASIL, 2009) reafirma esses direitos, dando margem a criação, pelo Ministério da Saúde, das políticas de promoção da equidade com o objetivo de diminuir as vulnerabilidades a que certos grupos populacionais estão mais expostos, e que resultam de determinantes sociais da saúde como os níveis de escolaridade e de renda, as condições de habitação, acesso à água e saneamento, à segurança alimentar e nutricional, a participação da política local, os conflitos interculturais e preconceitos com o racismo, as homofobias e o machismo (BRASIL, 2009, 2010, 2013).

Mesmo com a criação dessa política, que visa diminuir as iniquidades da assistência à saúde da população, observa-se que a prostituição não foi contemplada, e mais uma vez a mulher prostituta não encontra amparo nas políticas públicas, confirmando a fala de Corgozinho e Oliveira (2016) que diz que a adoção de abordagens políticas que simplesmente enfatizam a equidade como mero “efeito estético” não assegura a movimentação sistemática contra as iniquidades e a vulnerabilidade social. Há consenso na literatura de que a diminuição das injustiças é o caminho para a equidade em saúde (CORGOZINHO; OLIVEIRA, 2016; SIQUEIRA ;HOLLANDA ;MOTTA, 2016; MEDINA; PAIM, 2017).

Nesse sentido, a educação dos profissionais de saúde, alicerçados na formação acadêmica e depois, durante o exercício profissional através da Política de Educação Permanente em Saúde, é o melhor caminho para a compreensão do significado de equidade. Conforme a fala dos entrevistados existe a necessidade de educação permanente para os profissionais da saúde a fim de melhorar a assistência à mulher profissional do sexo

“[...então acredito que deveria ter treinamento, capacitação com profissionais de saúde pra que possam atender essa clientela.]” (E1)

“[Trabalhar a parte de orientação e educação, acho que assim as escolas junto com as unidades, devagarinho vai agregando

o conhecimento na questão pra que possa se ter esse elo mais próximo da paciente e quem trabalha com esse público.]” (E3)

“[...trabalhar um pouco a educação em saúde, não só na rede pública... nas escolas...]” (E4)

Assim, é indiscutível a importância da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (2004), que propõe discussões sobre a educação e o despertar ético-político dos sujeitos, assim como, as profissionais do SUS, para a consolidação do SUS (LEMOS, 2016). Neste contexto, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde enfatiza a necessidade de conformação de ordem metodológico/prática/pedagógica nos processos de formação em saúde (GIGANTE; CAMPOS, 2016).

Ao explicitar princípios pedagógicos como a aprendizagem significativa, o processo de aprender a aprender e a eleição dos problemas do cotidiano como fonte de aprendizagem, se inscreve na lógica das metodologias ativas de ensino-aprendizagem, como referenciais pedagógicos inovadores e necessários para a promoção de mudanças visando às práticas integradoras e democráticas (LEMOS, 2016; GIGANTE; CAMPOS, 2016).

O feminismo dialógico, assim como, observado nas caracterizações da prostituição, configura-se como proposta para problematizar e ressignificar o feminismo que se pauta, prioritariamente, nos discursos e agendas formuladas e que são veiculadas como se fossem demandas e temas universais de todas as mulheres (SOUZA, 2018). Esta máxima assume importância na discussão da EPS, considerando a preparação dos profissionais para um atendimento integral e mais ampliado (SOUZA, 2018).

Assim, esta categoria figura como proposta de entendimento acerca da importância dos princípios equidade e integralidade, suas dimensões e singularidades. Ainda, aponta a Educação Permanente em Saúde e a compreensão sobre os processos cuidadores na atenção primária à saúde, incluindo os olhares para as profissionais do sexo. Mudanças de paradigma conduzem a um pensamento dimensional na educação permanente em saúde, permitindo às equipes interagirem com a natureza e a singularidade das populações em vulnerabilidade, enaltecendo caminhos terapêuticos mais humanos, completos e libertadores.

4.2.3 Categoria 3: Vínculo e acesso. Um olhar para o acolhimento afetivo!

Nesta categoria pretende-se discutir a vinculação e acessibilidade da usuária profissional do sexo na Atenção Básica à Saúde e sua importância no cuidado de enfermagem. Percebeu-se

através dos relatos, necessidades e possibilidades de melhoria e a preocupação quanto ao acolhimento dessas mulheres a partir da equipe profissional.

“ [...A gente acaba fazendo esse atendimento na paciente, mas não de maneira única. A gente quando atende ela na unidade, consegue no diálogo profissional, conversando com a paciente aonde ela fala que é trabalhadora do sexo, acaba se expondo naquele momento após o acolhimento. Eu acho que o atendimento, ele teria que ser mais humanizado ele teria que ser acolhido mais esse paciente.]” (E3)

“[...eu acho assim, que espaço não é o adequado, falta mais interesse em facilitar o acolhimento, na minha opinião. Você acha que pode fazer mais, mas tem aquele colega que diz, não, eu para mim é daqui até aqui, aqui eu não vou, por que eu não sou paga para isso, por que não é minha função, por que não é minha atribuição. Eu acho que bate muito ainda na questão da humanização, eu acho que falta estratégia para esse público aqui. A gente tem estratégia para as pessoas normais entre aspas...]” (E5)

“[...sempre o bom acolhimento no sentido de trazer elas pro serviço, de dizer que a gente está com a porta aberta, então a gente sempre procura fazer um vínculo com elas, de oferecer até algumas coisas que a gente realiza na UBS pra vincular com elas. Então acho que o acolhimento, o melhor atendimento em relação a elas deveria ser sem preconceito nenhum. Deixar sempre a porta aberta, fazer um atendimento integral pra elas, livre de preconceitos]” (E6)

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (2011) a adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado (BRASIL,2011). O vínculo por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, qualquer abordagem assistencial do trabalhador de saúde junto ao usuário-paciente produz, através de um trabalho *vivo em ato*, um processo de relações, existindo um encontro entre duas pessoas que atuam uma sobre a outra e no qual se opera um

jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente momentos interessantes, como falas, escutas e interpretações (MERHY, 1998; 2002). Neste interim, existe a produção de uma acolhida, ou não, das intenções que essas pessoas colocam nesses encontros; momentos de cumplicidade, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se estabelecem relações de vínculo e aceitação (MERHY, 1998; 2002).

A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção (BRASIL, 2012). A utilização do termo “vínculo” é conotado como um dispositivo de atenção integral à saúde e cuidado; ou como tecnologia, ferramenta ou instrumento de trabalho relacional, considerada por Merhy (2005) como tecnologia leve (MERHY, 2005; BRASIL 2012).

Nesse sentido, tecnologia leve é a que permite a produção de relações envolvidas no encontro trabalhador-usuário mediante a escuta, interesse, a construção de vínculos, de confiança evidenciando a produção do cuidado (MERHY; FEUERWERKER, 2016). É o único momento em que as tecnologias de cuidado estão suficientemente abertas para aconteceres micropolíticos que estão para além do campo das práticas de saúde, possibilitando captar a singularidade, o contexto, o universo cultural, os modos específicos de viver determinadas situações por parte do usuário, enriquecendo e ampliando o raciocínio clínico dos trabalhadores de saúde e sua abertura para a existência do outro em sua singularidade (MERHY; FEUERWERKER, 2016). É, também, neste território que o usuário tem maiores possibilidades de atuar, de interagir, de imprimir sua marca, de também afetar (MERHY; FEUERWERKER, 2016).

As necessidades de saúde configuram busca de resposta para as más condições de vida que a pessoa viveu ou está vivendo a procura de um vínculo (a)efetivo com algum profissional, a necessidade de ter maior autonomia ou acesso a tecnologia de saúde disponível, capaz de melhorar e prolongar sua vida (CECILIO; MATTOS; PINHEIRO, 2009). Entende-se que há necessidades de diferentes vínculos para diferentes pessoas em diferentes momentos, assim como diferentes necessidades de consumo de determinadas tecnologias de saúde, diferentes necessidades ligadas às condições de vida e diferentes necessidades de construção da autonomia (CECILIO; MATTOS; PINHEIRO, 2009).

Para a construção de vínculo, existe a necessidade de construção da equidade em saúde. A construção desta requer a desconstrução de estereótipos e a consolidação de canais efetivos que permitam identificar as diversas demandas e necessidades das prostitutas, levando em consideração o pressuposto de que não é possível discutir saúde sem levar em conta os direitos

humanos, as relações de gênero, a divisão sexual do trabalho e os modos pelos quais a sociedade percebe a ocupação exercida por essas mulheres (SOUSA, 2014). Faz-se necessária a renovação do diálogo buscando desconstruir a visão fragmentada de saúde que percebe a prostituta como corpo da cintura para baixo e não como corporeidade (SOUSA, 2014).

Assim, a integralidade da atenção precisa ser trabalhada em várias dimensões para que seja alcançada da forma mais completa possível, devendo ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde. (CECILIO; MATTOS, PINHEIRO, 2009).

Quanto a questão do acesso, fica explícito a preocupação dos entrevistados quanto a necessidade de ampliar e facilitar o acesso das profissionais do sexo às unidades de saúde, evidenciando o preconceito inserido nos comportamentos sociais e dos trabalhadores em saúde.

“[essa população principalmente precisa de um acesso facilitado, não vai ficar ali pedindo comprovante de residência, criando barreira, o negócio é eliminar a barreira pra facilitar acesso. Outra coisa, é tu dar continuidade ao tratamento...precisa ter um acompanhamento com outros setores, um trabalho interdisciplinar, né, multiprofissional. Eu acho que precisaria ampliar o máximo possível, facilitar acesso, livre demanda, tratamento com continuidade, diminuir as barreiras e acolher de maneira com que elas se sintam, temos dificuldades ainda, existe preconceito dos próprios. Ter um acesso facilitado e aí a coisa anda.] ” E4

“[...eu acredito que a nossa cidade ela ainda é bem preconceituosa. E essa clientela que ainda sofre preconceito, ainda tem dificuldade de acessar o serviço de saúde por se considerar diferente. Não da parte delas, mas da nossa parte ainda tem esse preconceito de lidar com o diferente, elas acabam procurando mais a unidade básica realmente quando precisam e o que não deveria ser.]” E1

A PNAB (2017) orientada pelos princípios do SUS, apresenta como diretriz a acessibilidade, possibilitando o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, sendo a UBS porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção.

O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus

serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. (BRASIL, 2017). O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. (BRASIL, 2017).

Na perspectiva do acolhimento, este apresenta diversos significados, sendo que todos confluem para a necessidade de estabelecer relações interpessoais. A Política Nacional de Humanização (2003) constitui como: acolher significa reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde, sendo construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e objetivando a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede sócio-afetiva (BRASIL, 2003).

O exercício da prostituição em si não pode ser tomado como causa de maior vulnerabilidade à aquisição de doenças, sexuais ou não, sendo assim, reconhecer o cotidiano de trabalho dessas usuárias e seu acesso aos serviços de saúde constitui-se em elemento primordial para promover ações de saúde que estejam adequadas às suas reais necessidades (BRITO; et. al, 2018).

Nesse sentido é primordial a necessidade de se fortalecer o trabalho da enfermagem na Atenção Básica, para que dessa forma seja oferecido um acompanhamento integral às mulheres, que deve acontecer nas unidades básicas de saúde existentes nos bairros onde as mesmas residem, pois os espaços de atendimento às profissionais do sexo são fundamentais e necessários representando instâncias de referência para acolhimento, orientação e aconselhamento (SANTOS, 2015).

Em todas as teorias descritas, enunciados propostos, coloca-se o pressuposto de ouvir, estabelecer relações e inferir cuidado. Quando se aborda o tema prostituição, olhos se desviam, faces ficam rosadas, gaguejos interferem nas falas. Por que choca tanto a imaginação de que a relação sexual está inserida no cotidiano do mundo? E que mulheres façam do sexo sua profissão? Foucault afirma que: não se fala pouco de sexo, pelo contrário. Fala-se dele de outra maneira; são outras pessoas que falam, a partir de outros pontos de vista e para obter outros efeitos (FOUCAULT, 1988).

A sexualidade está presente no comportamento humano. Está associada ao nascimento, às sensações de prazer e aos relacionamentos. Foucault (1988) analisa o sexo como essa instância que parece dominar-nos, esse segredo que nos parece subjacente a tudo o que somos, esse ponto que nos fascina pelo poder que manifesta e pelo sentido que oculta, ao qual podemos revelar o que somos e liberar-nos o que nos define. (FOUCAULT, 1988)

Nessa lógica, acolher, formar vínculo e permitir acesso, remonta a saberes mais profundos e particulares. Os comportamentos individuais de cada pessoa, seus paradigmas pessoais, suas crenças e noções de moral não deveriam afetar o exercício de sua função enquanto cuidador. A enfermagem como ciência, ainda precisa elaborar melhor seus olhares e percepções frente ao cuidado prestado ao outro, com o intuito de contemplar integralmente os princípios éticos, legais e humanos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa demonstrou a importância de se perceber o cuidado de enfermagem à profissional do sexo no espaço da atenção básica a saúde, com vistas à integralidade e equidade em saúde. Os relatos constroem cadeias de entendimento que permitem percorrer a historicidade do ato e do ser prostituta nas civilizações, mas além disso, distribuem noções da fragmentação associada ao cuidar em saúde, nestas condições.

Observa-se na leitura dos expostos que o cuidado está voltado para as condições físicas, limitando o entendimento de quem são estas mulheres em um contexto mais ampliado do saber; constituir-se e entender-se em saúde. Denota-se a importância, ainda, de se discutir e problematizar a educação permanente em saúde no fazer enfermagem na atenção primária à saúde e que as relações de poder estão incutidas no pertencimento profissional unilateral e verticalizado.

Para tanto, conclui-se que o cuidado de enfermagem acontece e movimenta ações de cura, intervenções diagnósticas e criticamente biológicas. No entanto, observam-se as lacunas constituídas por este cuidado, sendo necessária a articulação político/prática/teórico/pedagógica para desconstruir rupturas históricas e institucionais.

Contudo, infere-se a existência de uma práxis modeladora e moral, que permite o acesso e o acolhimento, no entanto, os limita na condição biomédica e não intimista do fazer-se existencial, predominando o imediatismo e as intenções agudizadas do cuidar em saúde.

Com este trabalho, espera-se a construção de saberes mais horizontalizados em que a formação em enfermagem seja discutida, além de uma educação permanente em saúde fortalecida e uma enfermagem mais autônoma no contexto da APS. Ainda, que novas publicações permitam a elucubração do tema, expandindo olhares e posturas para além da modelagem flexneriana, partindo-se do pressuposto humanizador, integral e acolhedor.

REFERÊNCIAS

- ACIOLLI, e.al. **Atuação do enfermeiro na atenção básica**. Informe da atenção básica, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs> Acesso em 09 de maio de 2019.
- ARRUDA, C. et al. **Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade**. Escola Anna Nery; Revista Enfermagem, 2015.
- BARBOSA, M. I. S.; BOSI, M. L. M. **Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva**. Revista Ciência & Saúde Coletiva; São Paulo. 2017.
- BELÉM, J. M.; et al. **Prostituição e saúde: Representações sociais de enfermeiros/as da Estratégia de Saúde da Família**. Revista Baiana Enfermagem. 2018. Disponível em base de dados LILACS. Acesso em 26 de abril de 2019.
- BELÉM, J.M.; et al. **Prostituição e saúde: representações sociais de enfermeiros/as da Estratégia Saúde da Família**. Revista Baiana de Enfermagem; 2018.
- BEAUVOIR, S. **O Segundo Sexo**. Rio de Janeiro; Nova Fronteira, 1980
- BVS. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde**. Disponível em:< <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>> Acesso em 24 de maio de 2019.
- BODART, C. N. **O poder em Michel Foucault**. 2015. Disponível em: <https://cafecomsociologia> Acesso em 05 de maio de 2019.
- BRASIL. Decreto-lei nº 2.849 de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal Brasileiro**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm Acesso em 5 de maio de 2019.
- ____Lei 8.080. Presidência da República; Casa Civil; 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em 22 de novembro de 2019.
- ____ **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**. Ministério da Saúde. Brasília: 1986
- ____ **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- ____ **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**. Ministério da Saúde. Brasília; 2016
- ____ **Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3)**. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; Brasília, DF. 2010.
- ____ **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- ____ **Portaria nº 2.436. Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: : <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs> Acesso em 24 de novembro de 2019.

_____**Portaria nº 2.488. Política Nacional de Atenção Básica.** Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: : <http://bvsms.saude.gov.br/bvs> Acesso em 24 de novembro de 2019.

_____**Princípios do SUS.** Ministério da Saúde. Brasília. DF. Disponível em: <https://saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus> Acesso em 23 de novembro de 2019.

_____**Projeto de lei sem número, ano 2012. Lei Gabriela Leite** (Dep. Jean Wyllys), 2012. Disponível em: www.camara.leg.br/proposicoes Acesso em 05 de maio de 2019.

_____**Ministério do Trabalho. Classificação Brasileira de Ocupações.** 2008. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/pesquisas> Acesso em 26 de abril de 2019.

_____**Presidência da República, Casa Civil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil> Acesso em 26 de abril de 2019.

_____**ABC do SUS: Doutrinas e Princípios.** Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde; Brasília/DF.1990

_____**Políticas de promoção da equidade em saúde.** Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – 1. ed., 1. Reimpr; Brasília, DF; 2013.

_____**Resolução nº466, Pesquisas em seres humanos.** Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF; 2012. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/> Acesso em 01 de maio de 2019.silva

BRITO, N. S. et al. **Cotidiano de trabalho e acesso aos serviços de saúde de mulheres profissionais do sexo.** Revista Rene, Universidade Federal do Ceará; 2019. Disponível em : <http://periodicos.ufc.br/rene> Acesso em 24 de novembro de 2019.

CAMPOS, G. W. S. **A defesa do SUS depende do avanço da reforma sanitária.** 2018. Disponível em: < <http://www.scielo.br> > Acesso em 23 de novembro de 2019.

CARNUT, L. **Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil.** Saúde em Debate, 2017.

CARTONI, D. M. **Ciência e conhecimento científico.** Anuário da Produção Acadêmica Docente. vol. III, n. 5, 2009. Disponível em: <https://repositorio.pgskroton.com> Acesso em 26 de abril de 2019.

CARNUT, L. **Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil.** Ensaio. Revista Saúde e debate, 2017.

CECCARELLI, P.R. **Prostituição – Corpo como mercadoria** In: Mente & Cérebro – Sexo, v. 4, dez. 2008. Disponível em: http://www.cpaqv.org/socioantrop/corpo_prostituicao.pdf. Acesso em 01 de maio de 2019.

CECILIO, L.C.O. **Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde.** rev. Comunicação,

saúde e educação v.15, n.37, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, 2011.
Disponível em: < <http://www.scielo.br/scielo> > Acesso em 01 de maio de 2019.

____ **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009.

COFEN. **Resolução COFEN nº 487/2015.** Disponível em: <http://www.cofen.gov.br> Acesso em 05 de maio de 2019.

____ **Lei do Exercício Profissional.** Lei 7498/86 de 25 de junho de 1986. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br> Acesso em 05 de maio de 2019.

____ **Criação dos conselhos federal e regionais de enfermagem.** Lei nº 5.905 de 12 de julho de 1973. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br> Acesso em 05 de maio de 2019.

CORGOZINHO, M. M.; OLIVEIRA, A. A. S. **Equidade em saúde como marco ético da bioética.** Saúde e Sociedade; Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Associação Paulista de Saúde Pública; São Paulo, SP. 2016.

CRUZ, N. L. et al. **O cuidado com a saúde das mulheres profissionais do sexo: uma revisão narrativa.** Disciplinarum Scientia Saúde, v. 17, n. 3, 2016.

DUARTE, R. de O. VANZ, D. **Qualidade de vida das profissionais do sexo de Criciúma, Santa Catarina, Brasil.** Disponível em: < <http://www.fazendogenero.ufsc.br> > Acesso em 01 de maio de 2019.

ERECHIM, Prefeitura Municipal. **Apresentação: Secretaria de Saúde.** Disponível em www.pmerechim.rs.gov.br. Acesso em 25 de abril de 2019.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação.** Rede UNIDA, Porto Alegre, RS, 2014. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br> Acesso em 01 de maio de 2019.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber.** 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

____ **A Ordem do Discurso.** 19ª ed. São Paulo: Loyola, 2009.

____ **Microfísica do Poder.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

____ **Microfísica do Poder.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 2011.

____ **História da sexualidade I: A vontade de saber.** Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1988.

____ **Vigiar e punir: nascimento da prisão.** Tradução de Raquel Ramalhete. 39. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

GIGANTE, R. L.; CAMPOS, G. W. S. **Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas.** Trabalho, educação e saúde, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/> Acesso em 23 de novembro de 2019.

GRABOIS, V. **Gestão do cuidado**. In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV, organizadores. Qualificação dos Gestores do SUS. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011.

GREGOLIN, M. R. **Foucault e Pêcheux na análise do discurso: diálogos e duelos**. São Carlos; 2007. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/> Acesso em 01 de maio de 2019.

HORTA, W.A. **Processo de enfermagem**. Colaboração de Brigitta E. P. Castellanos. 16ª Reimpressão. EPU. São Paulo; 2010.

KALICHMAN, A. O.; AYRES, J. Ricardo C. M. **Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS**. Cadernos de Saúde Pública, v. 32, 2016.

LACERDA, J. T. MORETTI-PIRES, R.O. **Processo de trabalho na atenção básica**. Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica – Modalidade a Distância. Processo de trabalho na atenção básica [recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina. 3. ed. Florianópolis, 2018. Disponível em: <https://unasus.ufsc.br/atencaobasica> Acesso em 09 de maio de 2019.

LEAL, C.B.M, SOUZA, D.M, RIOS, M.A. **Aspectos de vida e saúde das profissionais do sexo**. Revista de Enfermagem UFPE online, Recife, nov., 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem> > Acesso em 26 de abril de 2019.

LEAL, C. B. M., et al., **Aspectos associados à qualidade de vida das profissionais do sexo**. Revista de enfermagem; UFPE on line, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem> Acesso em 22 de novembro de 2019.

LEITE, G. S.; MURRAY, L.; LENZ, F. **O par e o ímpar: O Potencial de Gestão de Risco para a Prevenção de DST/HIV/Aids em Contextos de Prostituição**. Revista Brasileira de Epidemiologia, 2015.

LEMOS, C. L. S. **Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente?** Revista Ciência & saúde coletiva, v. 21, 2016.

LIMA, J. M. et al. **O problema da integralidade. Epifania**. Revista de Iniciação Científica, v. 1, n. 1, 2019.

MACHADO, M. H. et al. **Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico**. Enfermagem em Foco, Revista Oficial do Conselho Federal de Enfermagem, 2016. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/> Acesso em 24 de novembro de 2019.

MATTA, G.C. MOROSINI, V.G. **Atenção Primária a Saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/> Acesso em 28 de abril de 2019.

MATTOS, R. A. **Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação; vol. 13, núm. 1, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. São Paulo, Brasil 2009.

MAYER, V. N. K. **No princípio era o corpo: em defesa do corpo complexo**. Innovación educativa, UNESCO Office Lima n. 27, 2017.

MEDINA, M. G.; PAIM, J. S. **Produção de conhecimentos, ação política e equidade: contribuições do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS)**. Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, v. 16, 2017.

MEZZAROBIA, C., ZOBOLI, F. **Revisitando o conceito de biopolítica em Foucault para pensar o corpo na Educação Física**. Revista Tempos e Espaços em Educação, São Cristóvão, Sergipe, Brasil, v. 11, n. 24, 2018. (versão online). Disponível em: <https://seer.ufs.br/ind> Acesso em 26 de abril de 2019.

MERHY, E. E. **O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs> Acesso em 01 de maio de 2019.

_____. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público**. Ed. Xamã; São Paulo, 1998.

MERHY; et al. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Hexis; 1. ed. Rio de Janeiro: 2016.

MIGUEL G. ARROYO, M. G. **Educação popular, saúde, equidade e justiça social**. Caderno Cedes, Campinas, vol. 29, n. 79, set. /dez. 2009. Disponível em <http://www.cedes.unicamp.br> acesso em 24 de novembro de 2019.

MINAYO. M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7ª edição. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro; Abrasco, 2013.

ORLANDI, E. P. **Análise do discurso: princípios e procedimentos**. 6. ed. Campinas, SP: Pontes, 2007.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf> Acesso em 01 de maio de 2019.

PAIM, J. S. **Sujeitos da antítese e os desafios das práxis da Reforma Sanitária Brasileira**. Saúde em Debate, v. 41, 2017.

PASINI, E. **Corpos na prostituição: práticas de saúde**. 2009. Disponível em base de dados LILACS. Acesso em 26 de abril de 2019.

PASINI, E. **Corpos na prostituição: práticas de saúde**. 2011. Disponível em base de dados LILACS. Acesso em 26 de abril de 2019.

RIBEIRO, D. **Significado de cuidador**. 2018. Disponível em: www.dicio.com.br/cuidador/ Acesso em 28 de abril de 2019.

RUSSO, G. **No labirinto da prostituição: o dinheiro e seus aspectos simbólicos**. Caderno CRH, Salvador, 2007. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br> Acesso em 01 de maio de 2019.

SILVA, A. T. SILVA, I. C. MAFRA, F. L. N. **Trabalho, Gênero e Prostituição: Reflexões sobre as Dimensões Obscuras do Trabalho de Mulheres Prostitutas**. VI Encontro de gestão de pessoas e relações de trabalho. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/EnGPR191.pdf> Acesso em 06 de maio de 2019.

SIQUEIRA, S. A. V.; HOLLANDA, E.; MOTTA, J. I. J. **Políticas de Promoção de Equidade em Saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde**. Revista Ciência & Saúde Coletiva; Rio de Janeiro, RJ. 2017.

SOUSA, F. R. **Legado freireano, feminismos e prostituição: desvelando o político-pedagógico na pesquisa em educação**. Educação Unisinos, v. 22, n. 4, 2018.

_____. **Educação Popular em Saúde e participação de prostitutas: contribuições para a gestão participativa do SUS**. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 2014.

SOUZA, L. A. F.; SABATINE, T. T., MAGALHÃES, B.R. **Michel Foucault: sexualidade, corpo e direito**. Oficina Universitária; Marília: São Paulo: Cultura Acadêmica, 2011.

VIEIRA, P. A. **Entre santas e prostitutas: reflexões sobre a prostituição de mulheres**. II Congresso Internacional de Educação Inclusiva, Campina Grande, PB, 2016. Disponível em: <http://www.editorarealize.com.br/revistas/cintedi/trabalhos> Acesso em 29 de abril de 2019.

VILLA, et. al. **As relações de poder no trabalho da Estratégia Saúde da Família**. 2015. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article> Acesso em 07 de maio de 2019.

VILLA, E. A.; CÂNDIDO, M. C. R. M.; SISTE, L. F. **A assistência à saúde das profissionais do sexo no Brasil: uma revisão integrativa**. Journal of Nursing and Health, v. 6, n. 1, 2016.

VILLELA, W. V.; MONTEIRO, S. **Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/aids entre mulheres**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A**Comitê de Ética em Pesquisa**
CEP | URI Erechim**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Você está sendo convidado (a) para participar como voluntário(a) da pesquisa O CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA PROFISSIONAIS DO SEXO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE, e que tem como objetivo Analisar o cuidado de enfermagem para as profissionais do sexo no contexto da atenção básica à saúde; Apresentar o perfil sócio demográfico e de atuação profissional de profissionais enfermeiros; Descrever o cuidado ofertado para as profissionais do sexo na atenção básica à saúde, sob a ótica dos enfermeiros; Identificar as características facilitadoras e dificultadoras do cuidado às profissionais do sexo por enfermeiros da atenção básica à saúde, quando for necessário.

O projeto consiste nos seguintes procedimentos: O participante responderá a um questionário sobre as características sociais, demográficas e de atuação profissional, e de uma entrevista semiestruturada relacionada às questões sobre o cuidado para profissionais do sexo no contexto da atenção básica à saúde. A pesquisadora acredita que a pesquisa seja relevante, pois permitirá reconhecer as percepções/considerações do profissional enfermeiro no cuidado da saúde das profissionais do sexo, na atenção primária à saúde. A presente proposta assume, ainda, o caráter de retorno e pensamentos importantes tanto para os serviços de saúde, na medida em que apontará para as potencialidades e fragilidades encontradas no cenário, quanto para o ensino-aprendizagem, pois oportunizará espaços de reflexões dentro dos cursos de graduação com vistas a fortalecer a relação entre serviço e ensino.

A minha participação no referido estudo será de responder a entrevista com questões voltadas ao problema e aos objetivos da proposta. A entrevista será gravada com auxílio de dois gravadores e registros da pesquisadora. O local da entrevista será marcado com o entrevistado conforme a sua disponibilidade. O tempo a ser gasto com essa entrevista durará em torno de 00:45 min.

Fui alertado(a) de que, da pesquisa a ser realizar, posso esperar benefícios e riscos, sendo

que os riscos do presente projeto se encontram no campo do desconforto, no que diz respeito ao tempo dispensado para responder ao questionário proposto e também em falar acerca da sua atuação profissional, diante de um tema que aborda a subjetividade de comportamentos de cunho cultural. Os benefícios sugerem a construção de discussões relevantes para a formação em enfermagem, levantando a temática das minorias sociais e o cuidado integral, bem como, aprofundamento do tema estudado a toda comunidade científica e atuação gestora em saúde. Os benefícios podem inferir, ainda, maiores reflexões nos atendimentos futuros a este público, possibilitando processos de trabalho mais críticos e planejados. A academia poderá utilizar estes resultados como base para construção de novas investigações, entendendo a sua importância e relevância na contemporaneidade.

Para minimizar os desconfortos a pesquisadora irá equacionar o tempo e manterá postura de imparcialidade frente as respostas elaboradas, assim como poderá interromper a entrevista, conversar sobre o tema novamente e aguardar o conforto e bem-estar do participante.

Na concordância para a realização do estudo, pesquisadora e entrevistado(a) assinarão esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) esse sendo que uma via ficará como documento legal do entrevistado(a) e outra de posse da pesquisadora. Cabe destacar que os dados a que a pesquisadora terá acesso serão tratados com rigor ético exigido legalmente em termos de sigilo e privacidade, de acordo com as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12 e a CNS 510/16.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo. Os pesquisadores se responsabilizam pela guarda e confidencialidade destes dados. Todos os documentos e dados físicos oriundos da pesquisa ficarão guardados em segurança por cinco anos e em seguida descartados de forma ecologicamente correta.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação. Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e se desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência a que tenho direito.

A participação no estudo não terá nenhum custo para mim e não será disponibilizada nenhuma compensação financeira. No entanto, caso eu tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, tais como transporte, alimentação entre outros, haverá ressarcimento dos valores gastos. Caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, você tem direito de:

1. Não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade (todos os documentos e dados físicos oriundos da pesquisa ficarão guardados em segurança por cinco anos e em seguida descartados de forma ecologicamente correta).
2. Assistência durante toda pesquisa, bem como o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que quiser saber antes, durante e depois da sua participação.
3. Recusar a participar do estudo, ou retirar o consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrer qualquer prejuízo à assistência a que tem direito.
4. Ser ressarcido por qualquer custo originado pela pesquisa (tais como transporte, alimentação, entre outros, bem como ao acompanhante, se for o caso, conforme acerto preliminar com os pesquisadores). Não haverá compensação financeira pela participação.
5. Ser indenizado, conforme determina a lei, caso ocorra algum dano decorrente da participação no estudo.
6. Procurar esclarecimentos com o Sr(a) Fabíola Cittolin Müller ou Samuel Salvi Romero por meio do números de telefone (54) 999616862 ou (54)992372435 ou no endereço Avenida Santo Dal Bosco 460 em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.
7. Entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da URI Erechim pelo telefone (54)3520-9000, ramal 9191, entre segunda e sexta-feira das 13h30min às 17h30min ou no endereço Avenida Sete de Setembro, 1621, Sala 1.37 na URI Erechim ou pelo e-mail eticacomite@uricer.edu.br, se achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como foi proposta ou que se sinta prejudicado (a) de alguma forma, ou se desejar maiores informações sobre a pesquisa.

Eu, _____ declaro estar ciente do anteriormente exposto e concordo voluntariamente em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Erechim, ____ de _____ de ____.

Assinatura do Participante da Pesquisa: _____

Eu, Samuel Salvi Romero declaro que forneci, de forma apropriada, todas as informações referentes à pesquisa ao participante.

Erechim, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Professor pesquisador: _____

Eu, Fabíola Cittolin Müller, declaro que forneci, de forma apropriada, todas as informações referentes à pesquisa ao participante.

Erechim, _____ de _____ de _____.

Assinatura do aluno-pesquisador: _____

APÊNDICE B



TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Eu Décio Nonnemacher, abaixo assinado, responsável pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Erechim, RS, autorizo a realização do estudo **O CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA PROFISSIONAIS DO SEXO NA ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE**, a ser conduzido pelos pesquisadores abaixo relacionados. Fui informado pelo responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa, tendo como tema o cuidado de enfermagem às profissionais do sexo na atenção básica à saúde e objetivos: Analisar o cuidado de enfermagem para as profissionais do sexo no contexto da atenção básica à saúde; Apresentar o perfil sócio demográfico e de atuação profissional de profissionais enfermeiros; Descrever o cuidado ofertado para as profissionais do sexo na atenção básica à saúde, sob a ótica dos enfermeiros; Identificar as características facilitadoras e dificultadoras do cuidado às profissionais do sexo por enfermeiros da atenção básica à saúde, quando for necessário. Serão entrevistados seis enfermeiros da atenção primária à saúde, em UBS do município de Erechim a partir da contratualização do horário, mediante as suas disponibilidades, com contato prévio. O estudo acontecerá de outubro a novembro do ano de 2019, momento em que o contato da pesquisadora com os participantes acontecerá. Os enfermeiros são de UBS definidas mediante sorteio, dentre todas as UBS do município supracitado. O sorteio foi realizado por meio da seleção de papéis com os nomes das UBS, pela pesquisadora, e em ordem de pesca as UBS foram definidas. Em cada UBS que tiver mais de um enfermeiro, será sorteado um para que possa participar da pesquisa. Se houver recusa, um novo sorteio será realizado para definir o participante. Os critérios de Inclusão são estar enfermeiro gerencial e/ou assistencial de uma das Unidades Básicas de Saúde selecionadas; e critérios de exclusão são: estar em Férias, apresentar Licença Maternidade e/ou licença interesse, afastamento por quaisquer patologias. Os participantes serão informados sobre a pesquisa, bem como seu tema, problema, e como foram estruturadas

as questões éticas da mesma. Após, os dados serão coletados por meio de questionário sociodemográfico e de atuação profissional, e de uma entrevista semiestruturada relacionada às questões acerca do cuidado para profissionais do sexo no contexto da atenção básica à saúde, utilizando-se dois gravadores como apoio ao registro das questões, procedimentos que será seguido após a autorização da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da URI ERECHIM. Assim que for autorizado pelo gestor municipal, realizar-se-á o contato pessoal e lhes serão apresentados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido prevendo a assinatura, interesse e concordância em participar do presente estudo. Para a organização, interpretação e análise dos dados utilizar-se-á o Método de Análise Temática de Conteúdo. O corpus desta pesquisa constituir-se-á à luz de Michel Foucault, mediante a compreensão de quatro obras fundamentais para a interpretação das relações de poder (FOUCAULT, 2007; 2009; 2010; 2011)

Declaro ainda ter lido e concordado com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12 e a CNS 510/16. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, possibilitando condições mínimas necessárias para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Erechim, dede 20.....

Assinatura e carimbo do responsável
institucional

Lista Nominal de Pesquisadores:

Fabíola Cittolin Müller

Samuel Salvi Romero

APÊNDICE C**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
ERECIM PARA USO DE MATERIAIS/EQUIPAMENTOS/DEPENDENCIAS**

Eu Décio Nonnemacher, abaixo assinado, responsável pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Erechim, RS, autorizo a realização do estudo **O CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA PROFISSIONAIS DO SEXO NA ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE**, a ser conduzido pelos pesquisadores abaixo relacionados. Fui informado como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento. Autorizo a utilização dos seguintes materiais, equipamentos e dependência(s): dependências das Unidades Básicas de Saúde dos bairros Presidente Vargas, Progresso, São Cristóvão, São Vicente de Paula e Centro. Serão necessárias cadeiras; mesas e salas, podendo ser os consultórios dos enfermeiros ou qualquer sala designadas pelos mesmos.

Declaro ainda ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12 e CNS 510/16. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição proponente no fornecimento de condições técnicas necessárias para a realização da pesquisa proposta.

Erechim, dede 20.....

Assinatura e carimbo do responsável institucional

Lista Nominal de Pesquisadores:

Fabíola Cittolin Müller

Samuel Salvi Romero

APÊNDICE D**Comitê de Ética em Pesquisa**
CEP | URI Erechim**QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO E DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL**
(Enfermeiros)

1. Idade: _____ (anos)
2. Qual é a sua autopercepção ou autodefinição de gênero
3. Escolaridade: 1 () Graduação; 2 () Pós Graduação Latu Sensu; 3 () Pós Graduação Stricto Sensu
4. Tempo de Atuação na Enfermagem: ____ Anos
5. Pós – Graduação: 1 () Sim 2 () Não. Se sim, qual: _____

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

- 1 – Se alguma profissional do sexo procura a Unidade Básica de Saúde, como você realiza o cuidado?
- 2 – Se realiza o atendimento a este público, quais estratégias são utilizadas? Existem dificuldades e potenciais? Se sim, quais?
- 3 – No planejamento do cuidado a este público são considerados alguns princípios do SUS? Se sim, quais e de que forma?
- 4 – Se você, ainda, não realizou esta forma de atendimento, quais seriam as características associadas?
- 5 – Como você considera que o atendimento ao público apontado deveria ser realizado? Descreva sobre as suas percepções.