

PROFISSIONAIS DO SEXO

Documento
referencial
para ações de
prevenção
das DST e da
aids



PROFISSIONAIS DO SEXO

**Documento referencial para ações
de prevenção das DST e da aids**

Série Manuais, nº 47

Ministério da Saúde
Secretaria de Políticas de Saúde
Coordenação Nacional de DST e Aids

PROFISSIONAIS DO SEXO

**Documento referencial para ações
de prevenção das DST e da aids**

Série Manuais, nº 47

Brasília, julho de 2002

© 2002. Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Série Manuais n. 47

Tiragem: 20.000 exemplares

Barjas Negri

Ministro de Estado da Saúde

Cláudio Duarte da Fonseca

Secretário de Políticas de Saúde

Elaboração, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Políticas de Saúde

Coordenação de DST e Aids

Av. W3 Norte, SEPN 511, bloco C

CEP: 70750-000, Brasília – DF

E-mail: aids@aids.gov.br

Home page: <http://www.aids.gov.br>

Disque Saúde / Pergunte Aids: 0800 61 1997

Paulo R. Teixeira

Coordenador / CN-DST/AIDS

Eliane Izolan

Assessora de Comunicação / CN-DST/AIDS

Denise Doneda

Assessora responsável pela Unidade de Prevenção da CN-DST/AIDS

Editor: Dario Almeida Noleto

Capa e projeto gráfico: Masanori Ohashy

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Catálogo na fonte

Biblioteca Luciana Cerqueira Brito – CRB 1ª Região nº 1542

-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Profissionais do sexo: documento referencial para ações de prevenção das DST e da aids / Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

86 p. – (Série Manuais n. 47)

ISBN 85-334-0403-4

1. Prostituição. 2. Síndrome de imunodeficiência adquirida – Prevenção e controle. 3. Doenças sexualmente transmissíveis. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. III. Título. IV. Série.



Prefácio

As profissionais do sexo foram particularmente associadas à epidemia de aids desde o seu início, em razão de uma conjunção de fatores que decorre tanto de sua atividade profissional como de seu gênero, do estigma e da conseqüente discriminação.

As respostas do governo e da própria comunidade para enfrentar os efeitos vulnerabilizantes decorrentes desses fatores caracterizaram-se pela mobilização e pela implementação precoce de programas de prevenção dirigidos a esse segmento. Essas respostas, não apenas tiveram impacto epidemiológico significativo como inauguraram uma abordagem e uma política até hoje em uso, que ultrapassaram as fronteiras do trabalho de prevenção e passaram a incorporar importantes questões e discussões que dizem respeito à complexidade das experiências individuais e coletivas das profissionais do sexo, mostrando-se úteis para orquestrar estratégias efetivas para o enfrentamento dos desafios impostos pela epidemia de aids junto a esse segmento.

Nesse sentido, as ações de promoção da saúde e de prevenção das DST e da aids que se implementaram no País, dirigidas a essa população, pautaram-se, desde logo, pela valorização da mobilização, da organização e do protagonismo das profissionais do sexo.

Esse fato se refletiu metodologicamente na adoção e no aprimoramento da intervenção face-a-face e da educação por

pares, implementadas em campo, nos próprios ambientes de trabalho das mulheres que se queria atingir, por seus pares sociais devidamente capacitados para isso, contando como apoio de materiais educativos e de informação elaborados com a linguagem e a cultura das comunidades a que se dirigiam.

Os programas de prevenção junto a profissionais do sexo inauguraram, também, uma filosofia e uma prática de parcerias entre organizações governamentais e da sociedade civil, e entre diferentes organizações comunitárias, que se mostrou produtiva para além do atingimento dos objetivos epidemiológicos de controle da aids, com reflexos na organização das profissionais do sexo e na mudança da cultura.

Este Documento Referencial se propõe como um resgate dessa experiência, um novo olhar sobre os feitos, os erros e os acertos desse caminho, e uma discussão de temas e momentos importantes dessa história que interliga o Movimento de Profissionais do Sexo e o Programa Brasileiro de Controle da Aids.

Espero que ele possa ser de utilidade para todos aqueles que planejam, executam e avaliam programas de prevenção das DST e da aids, em especial os dirigidos a profissionais do sexo.

Essa publicação é, assim, dedicada a todas aquelas pessoas, técnicos de saúde e profissionais do sexo que batalham – nos dois sentidos – pela saúde integral do povo brasileiro.

Paulo Teixeira - Coordenador

Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids



Sumário

Prefácio	5
Introdução	9
Profissionais do sexo	11
Construção social e preconceito	11
Políticas institucionais e legislação	18
História do Movimento de Profissionais do Sexo	21
O contexto internacional	21
O contexto brasileiro	25
Profissionais do sexo e aids	29
Sexualidade e gênero	29
Estigma, gênero e prostituição.....	32
Vulnerabilidade	38
Ações de prevenção das DST e da aids no Brasil	43
Evolução histórica.....	43
Participação do Movimento de Profissionais do Sexo ...	46
O Projeto Previna	47
ONG-aids e associações de profissionais do sexo	50
Protagonismo e público-alvo.....	51
Institucionalização das ações de prevenção das DST e da aids no SUS	52
Direitos humanos e cidadania	53
Controle social	59
A violência contra a mulher	67

Prevenção das DST e da aids entre profissionais do sexo ...	71
Passos fundamentais para desenvolver a intervenção	71
Mapeamento	72
Características demográficas	72
Áreas de concentração da população	73
Mobilidade	73
Formação de recursos humanos	74
Provisão de insumos	76
Materiais educativos	77
Preservativos	78
Kits de redução de danos	79
Abordagem de campo	79
Articulação com serviços	82
Monitoramento e supervisão	84
Avaliação	85
Possibilidades de intervenções de prevenção	89
Metodologia face-a-face	89
Reunião comunitária	91
Expressões artísticas	92
Rádio comunitária	94
Prostituição, aids e drogas	95
A estratégia de redução de danos	97
Aconselhamento	101
Associações que desenvolvem ações de prevenção com	
profissionais do sexo	115
Referências bibliográficas	119
Créditos	123



Introdução

Este documento – como diz seu nome – destina-se a servir de referência para o planejamento, a execução e a avaliação de atividades de prevenção das DST e da aids dirigidas a profissionais do sexo, sistematizando o debate e a experiência nacional de mais de uma década de trabalho com esse segmento populacional.

O objetivo do documento é servir de referência e subsídio para o planejamento e a implantação de ações de prevenção das DST e da aids dirigidas a profissionais do sexo, a preparação de recursos humanos para a implantação e implementação dessas ações, e a supervisão e a avaliação de programas nessa área.

Destina-se a trabalhadores das áreas de saúde e assistência social, lideranças do Movimento de Profissionais do Sexo, agentes de saúde, multiplicadores e demais pessoas que trabalham com a prevenção das DST e da aids entre profissionais do sexo, de organizações governamentais e não-governamentais.

Na sua concepção e elaboração contou com a colaboração de técnicos da Coordenação Nacional de DST e Aids, do Ministério da Saúde e de um grupo de pessoas, ligadas ao Movimento de Profissionais do Sexo, com expressiva contribuição e experiência em implantar e desenvolver projetos e atividades de promoção da saúde e, em especial, de prevenção das DST e da aids dirigidas a profissionais do sexo, em nosso País.

O Documento está estruturado em três partes:

A primeira – Profissionais do Sexo – discute o papel e as representações sociais da prostituição, a construção do preconceito, as diferentes políticas e legislações sobre o comércio do sexo e a história do Movimento de Profissionais do Sexo, no Brasil e no mundo.

A segunda – Profissionais do Sexo e Aids – revisa as relações entre sexualidade, gênero, estigma e prostituição; analisa a vulnerabilidade desse grupo de trabalhadores frente às DST e à aids e descreve as ações de prevenção dirigidas para esse segmento, desenvolvidas no Brasil, inclusive sob a ótica atual de sua integração no Sistema Único de Saúde.

Na parte final deste capítulo, são discutidos temas conexos como: direitos humanos e cidadania, controle social e a violência contra a mulher, dando uma visão mais ampla do processo de trabalho, e favorecendo a sustentabilidade das ações de prevenção das DST e da aids.

A terceira parte – Prevenção das DST e da Aids entre Profissionais do Sexo – é destinada a analisar os passos fundamentais para desenvolver a intervenção preventiva e as diferentes possibilidades e metodologias dessa intervenção. Destina-se a orientar aspectos operacionais da prática tais como o mapeamento, a formação de recursos humanos, a provisão de insumos, a abordagem de campo etc.

O documento traz, ainda, uma relação das associações que desenvolvem ações de prevenção com profissionais do sexo, na perspectiva de que possam vir a constituir contatos e parcerias úteis para todos os que atuam nesse campo.



Profissionais do sexo

Construção social e preconceito

Conhecida como a profissão mais antiga do mundo, a prostituição se apresenta como uma atividade provocadora e desconcertante para a sociedade.

Por datar de tempos imemoriais, muito facilmente lhe é conferido um caráter de coisa natural, fazendo-nos prescindir de análises ou explicações mais sofisticadas. Ao falar sobre prostituição, ao que parece, possuímos categorias explicativas prontas que dão conta do fenômeno, o que apenas o simplifica ou, o que é pior, o aprisiona em amarras sociais, políticas e morais que impedem uma compreensão correta dessa atividade.

É curioso observar que, mesmo sendo identificada como “a mais antiga das profissões”, é negado o status profissional à atividade da prostituta. O que a aproxima do conceito de profissão é a sua qualificação como meio de sobrevivência de pessoas, em especial, mulheres, supostamente despossuídas de condições de inserção no mercado de trabalho.

Essa será, inclusive, uma das representações sociais mais recorrentes sobre a prostituição, ou seja, a carência sócio-econômica justificando a sujeição a uma atividade “ultrajante

e humilhante”. A conformação da atividade do sexo comercial na lógica meramente econômica sustenta, assim, uma possível tolerância social, já que retira do sujeito a “culpa” por sua permanência nesse negócio. O que se tem, afinal, é o produto da exclusão social, que deve ser creditada na conta do capitalismo perverso, contra o qual não se dispõe de armas.

Além disso, ao se identificar a causa como externa, há sempre a possibilidade de se apostar em uma possível redenção da prostituta, quando as condições de vida melhorarem. Daí os inúmeros esforços, advindos dos mais variados setores sociais, para montar estruturas operacionais para capacitar tecnicamente essas mulheres, por muitos consideradas marginalizadas, dando-lhes condições para exercerem outras atividades profissionais e, desta forma, saírem desta situação de pobreza e exclusão.

No extremo oposto, deparamos com uma representação social da prostituta que a aponta como um ser imerso em lascívia, insaciável, pecaminoso e pernicioso à moral e aos bons costumes. Não raramente, essa “outra” imagem associada à prostituição surge quando se percebe alguma fratura no discurso econômico que tenta explicá-la. Ou seja, quando fracassam as tentativas de fazer com que o sujeito prostituído abandone o desvio social ao qual, supostamente, foi lançado pela miséria, instala-se a perplexidade, e os olhares, anteriormente complacentes, se transformam em impiedosas críticas, alheias à toda complexidade intrínseca ao fenômeno da prostituição.

A compreensão do fenômeno da prostituição sustentada pelo modelo econômico cumpre finalidades que não podem deixar de ser observadas. Em primeiro lugar, temos os aspectos sócio-culturais que sacralizam o sexo, tornando impura toda e qualquer manifestação de comportamento sexual que não esteja associado à atividade de reprodução. Nesse sentido, torna-se imperativo retirar do sexo comercial os seus traços eróticos ou outros sinais de desejo e prazer, dessexualizando-o para que se possa, inclusive, pensar em alternativas abolicionistas. Estando a prostituição associada a questões de ordem econômica, desvia-se o olhar e o pensamento do que incomoda, abrindo espaço para uma imaginária intervenção direta e imediata na “causa do problema”, tornando possível, inclusive a sua tolerância.

Por outro lado, embora ainda alinhado a essa lógica de raciocínio, temos o discurso, apresentado pelas próprias profissionais do sexo, ancorado na justificativa da necessidade financeira e de sobrevivência, que confirma essa representação social da prostituição. No entanto, não podemos perder de vista que, não obstante a real e precária situação sócio-econômica de uma parcela considerável das profissionais do sexo – compatível com o perfil do restante da população brasileira – a argumentação apresentada cumpre a função de garantir um grau mínimo de pertencimento social, amenizando o estigma que marca, de forma (in)visível, aqueles que possuem a atividade sexual como trabalho.

A necessidade de construir modelos explicativos para o entendimento da prostituição pode estar relacionada ao atributo de auxiliar da restauração de uma certa ordem social que o estigma ostenta. O ponto de partida talvez seja o incômodo provocado pela comercialização do sexo e todos os desdobramentos dessa atividade, reveladora de sexualidades insubmissas de uma inegável rede de sujeitos que dela fazem parte – profissionais do sexo, clientes e agenciadores.

Se colocarmos em perspectiva as regras morais e religiosas que ajudaram a formar o conceito de família ocidental, onde o sexo encontra registro apenas a partir de sua função reprodutiva, o mal-estar frente à prostituição se instala e faz-se necessário encontrar uma lógica, seja esta qual for, para que o ato do sexo mediado pelo prazer e pelo dinheiro seja menos indigesto.

É imperativo compreender a prostituição como um fenômeno social complexo e multifacetado, distante da homogeneidade que por vezes lhe é atribuída. O que se tem, em verdade, é o produto de uma conjunção de fatores sociais, econômicos, culturais e pessoais, não excludentes entre si, que inviabiliza a construção de um modelo explicativo único, rígido e estático sobre a prostituição. Ao se generalizar os múltiplos aspectos que compõem essa dinâmica, uniformizando-os, criam-se e mantêm-se estereótipos que tanto auxiliam setores conservadores da sociedade a lidar com a questão.

É nesse sentido que se impõe a discussão da função social da prostituição.

Para além da representação de “mal necessário”, mantenedora da imagem da prostituição como elemento fundamental para o equilíbrio sócio-sexual da família nuclear, surge a figura da prostituta que transcende o campo do sexual, provocando uma nova reflexão sobre o fenómeno. Como incômodo tolerado, a prostituta funciona como uma espécie de válvula de escape para o incontrolável desejo sexual do macho, realizando suas mais recônditas fantasias e necessidades mais urgentes. Dessa maneira, tem-se preservada a figura sacralizada da esposa como mulher imaculada, onde o sexo vincula-se à reprodução, e a pureza virginal da “moças de família”.

Independente das profundas transformações sociais que fizeram com que as mulheres conquistassem direitos civis e sexuais equivalentes aos homens, essa representação da prostituição se mantém, curiosamente, vigente. O seu caráter perene evidencia um movimento de resistência social de re-interpretação dos significados possíveis do exercício da prostituição.

Tanto no campo simbólico quanto no imaginário social, a prostituta desempenha papéis que seriam inconcebíveis para a mulher “de família”, podendo ser sexualmente livre, despudorada, sem dono, sedutora e ativa na arte da conquista, além de “boa de cama”, devido à experiência que a profissão provê. São esses atributos que atizam o desejo dos homens e atemorizam as esposas.

É inegável o lugar preponderante ocupado pela fantasia no negócio da prostituição. É perseguindo experiências, baseadas na ruptura com o sexo convencional, atravessadas por novas e/ou proibidas sensações, que homens procuram o sexo comercial junto a profissionais do sexo. Ainda que a idéia acerca do comércio da carne, da imagem de mulheres que vendem seus corpos em troca de dinheiro, presentes ou favores seja recorrente em nossa sociedade, temos, de fato, a negociação e a comercialização de fantasias sob medida para os mais diversos desejos. Corpos femininos escravizados e usurpados pelo desejo incontido dos homens constituem a imagem ideal que serve para esvaziar qualquer possibilidade de surgimento da prostituta como sujeito social, detentora de direitos e deveres, enfim, cidadã plena.

No entanto, é fundamental o reconhecimento de que o papel da profissional do sexo não se restringe ao estrito relacionamento sexual com o seu cliente.

O contato estabelecido entre a prostituta e o seu cliente se desenvolve em um espaço socializador privilegiado. A circulação dos homens pelos locais onde o exercício da prostituição ocorre, embora apresente um inequívoco componente erótico, aponta para outros elementos que não traduzem a intenção do ato sexual propriamente dito.

O contato, seja físico ou apenas visual, entre os homens que ali transitam favorece a troca de informações e a reafirmação da masculinidade, ostensivamente exposta por meio de olhares, gestos e atitudes que transpiram desejo e volúpia, denunciando uma clara intencionalidade para o sexo, ainda que não necessariamente consumado. Desse modo, observam-se e podem ser observados, em um jogo silencioso, inúmeros sinais que atestam a virilidade daqueles homens, onde o olhar de um reforça, indubitavelmente, o caráter de macho do outro.

Paralelamente, vislumbram-se outras dimensões da relação do homem com as profissionais do sexo. O contato do cliente, em especial com a prostituta, revela objetivos diversos daquele comumente esperado, ou seja, a efetiva relação sexual. Não raramente, prostitutas recebem visitas de seus clientes onde o sexo é substituído por atividades que, a primeira vista, podem parecer prosaicas ou inexplicáveis. Confissões íntimas de sentimentos e conflitos conjugais e/ou familiares, desabafos sobre dificuldades sexuais e elucidação de dúvidas existenciais a partir da suposta experiência de vida acumulada pelas mulheres entram em cena, desconcertando aqueles que acreditavam que entre as quatro paredes dos hotéis ou quartos estaria instalado o império do sexo, em sua mais crua expressão. É nesse espaço relacional que o homem entra em contato consigo e com o outro, revelando vulnerabilidades temidas, inseguranças escondidas e desejos inconfessados, tornando-se masculinamente humano, ainda que seja apenas por alguns momentos, para voltar à “vida normal”, após a porta bater atrás de si, não mais o mesmo, mas sutilmente transformado. Não é sem sentido a auto-atribuição da função de “psicólogas do amor” ostentada por muitas profissionais do sexo.

Como pode ser visto, a prostituição pode ser multirrepresentada de acordo com o olhar que a descreve, do entendimento político do fenômeno que se tem e, por que não dizer, da intencionalidade de sua aplicação.

Desse modo, faz-se necessário discutir as diversas facetas da prostituição, analisando o cenário no qual suas produções de sentido se dão, para que, assim, possamos nos aproximar de seu significado, ainda que devêssemos saber que sua apreensão total nos é impossível, tal qual o é a compreensão do mundo e de todos os seus fenômenos.

Para discutir essa questão, ainda que sem pretensão de esgotá-la ou propor uma conclusão, podemos utilizar um recorte emblemático que, talvez, nos permita explicitá-la com maior precisão.

É revelador o uso recorrente da expressão “mundo da prostituição” para nos referirmos à prostituta e ao meio em que exerce o seu ofício. Formulamos e implementamos, mesmo que não intencionalmente, uma estratégia coletiva e legitimadora que gera uma profunda cisão socio-moral entre o que consideramos normal e o que consideramos desviante. Temos, assim, dois mundos que, aparentemente, não se dizem respeito mutuamente. De um lado, o “normal”, que supostamente comportaria o maior continente de “habitantes”, e, de outro, o “desviante”, que transgredir os códigos consagrados da normalidade.

Ao se confundir maioria com normalidade, criamos a ilusória legitimidade que nos permite analisar, avaliar e julgar o “outro”, a minoria. Não é sem razão que podemos nos arvorar e propor teorias diversas sobre marginalidade e exclusão social, já que nos posicionamos em outro espaço, distante e alienado, que, definitivamente, não contempla o diferente como elemento constituinte do ser humano. Essa simbólica divisão entre imaginados universos provoca uma distorção da realidade que nos impede uma interpretação mais realística da prostituição.

Embora seja óbvio, nos esquecemos sistematicamente de que a prostituição é um assunto de casais. A miopia social faz com que a prostituta, invariavelmente, surja no discurso social como agente isolado e único do negócio do sexo. No entanto, lidamos com um jogo relacional onde existe sempre um par

presente – prostituta-cliente, mulher-homem, prostituta-gerente, prostituta-cafetão, sexo-dinheiro, desejo-proibição, prostituta-bebida, moça/pura-mulher/perversão e tantas outras combinações que tornam impossível a dissociação do mundo, sem que elementos comuns emirjam e incomodem, indefinidamente, a todos que insistem nesta separação.

Visando perpetuar e legitimar a diferença enquanto expressão da desigualdade que cinde a unidade social, identificamos, em especial, a certeza da relação entre a atividade da prostituição e a marginalidade, através da presença do tráfico e consumo de drogas ilícitas, da violência, da malandragem e de outras práticas criminosas.

Embora o ato de prostituir-se não seja considerado crime, a prostituição, em última instância, revela-se como prática criminalizada, já que o seu entorno encontra-se imerso na contravenção, uma vez que o Código Penal penaliza todo aquele que contribui, incentiva ou retira algum proveito do negócio sexual. Se levarmos em consideração que a profissional do sexo ocupa apenas um dos pólos da relação necessária à constituição do casal, temos projetada a falsa imagem de uma prática lícita, mas passível de ser reprimida, direta ou indiretamente, pela supressão de seu indispensável par, seja ele o cliente, a dona de casa de prostituição ou o ambiente onde se realiza.

A ambigüidade delineada a partir do tênue limite existente entre a prática da prostituição e os impedimentos legais que cercam os demais atores do negócio do sexo constrói um território bem delimitado que serve de anteparo para o desenvolvimento de inúmeras ações de violação da lei instituída. Tem-se, aí, o cenário ideal para a convivência de marginais, criminosos, traficantes e outros tantos contraventores que se misturam à comunidade local, aproveitando-se da hipócrita tolerância social que lança uma sombra invisível sobre o comércio do desejo.

Novamente percebe-se o caráter simplista da lógica aplicada para manter vigente a associação entre marginalidade e profissionais do sexo, que, independente de laços formais de relação, se apresentam como um bloco uniforme, onde as características negativas e depreciativas passam a ser apontadas como signos compartilhados e indissociáveis entre atores distintos.

Assim, o uso e o tráfico de drogas, a violência física, os assaltos e atrocidades variadas passam a compor organicamente a representação social das profissionais do sexo, sobrepondo-se, muitas vezes, à realidade. Passa a valer a imagem preconcebida, dissociada de qualquer prova factual que possa contradizê-la. A partir de um processo continuado de generalização, prescindindo sistematicamente das singularidades apresentadas pelos sujeitos que insistimos em tornar invisíveis, observamos a gênese do preconceito, elemento norteador das ações e relações que estabelecemos com este segmento social.

Políticas institucionais e legislação

A história da auto-organização das prostitutas conseguiu algum reconhecimento público recentemente, nos últimos quinze anos, mas políticas de organização da prostituição, em nível nacional e internacional, têm uma larga história, da qual participam autoridades governamentais, sanitárias e religiosas. Os governos debatem há séculos as vantagens e desvantagens para o Estado de regulamentar, proibir ou tolerar a prostituição.

A maioria das sociedades contemporâneas combina perspectivas incoerentes sobre a prostituição: ao mesmo tempo que reconhecem a indústria do sexo como uma fonte importante de comércio, castigam, por outro lado, as prostitutas por ganhar dinheiro com a atividade sexual. Em muitos países, como Canadá, Tailândia, Inglaterra e o Brasil, tudo o que se refere à gerência desse trabalho (como manter um bordel) é ilegal. Ser uma prostituta, prostituir-se, no entanto, não é ilegal. Estes sistemas de tolerância são hipócritas e, portanto, invariavelmente inaplicáveis e corruptos. Sistematicamente exploram as prostitutas e tornam extremamente difícil sua organização por direitos políticos e segurança profissional.

Alguns governos, como os da Alemanha, Áustria, Suíça, Equador, Uruguai e Chile, entre outros, preferem regulamentar a proibir a prostituição. Ao invés de colocar a prostituição nos códigos mercantis vigentes, esses governos colocam a indústria do sexo no âmbito das regulamentações controladas pela polícia.

O principal obstáculo para a organização das prostitutas, sob um sistema de regulamentação, é o controle social e a estigmatização das prostitutas por meio de registros e vigilância oficiais.

Em um sistema regulamentarista, a prostituição é legal dentro de condições específicas, mas passa a ser ilegal quando não são seguidas as normas estabelecidas em código especial, regido pela polícia local. No Equador, por exemplo, as prostitutas podem trabalhar legalmente somente em bordéis supervisionados, mas a maioria das mulheres trabalha nas ruas. Assim, todas as noites, são realizadas batidas policiais para reprimir a prostituição ilegal. Na Suíça, a prostituta que quiser abandonar o trabalho sexual deve oficializar sua saída na delegacia de polícia onde está registrada como prostituta e esperar três anos por um “certificado de boa conduta”. Só então poderá trabalhar em outra atividade profissional. Se for flagrada exercendo a prostituição antes do fim do período, deve começar outra vez a contar o tempo de quarentena. Na Alemanha e na Áustria, os atestados médicos obrigatórios impedem as prostitutas de preservar sua intimidade e escolher seu próprio médico. Estes atestados obrigatórios não só violam o direito ao segredo médico como provocam nos clientes a ilusão de segurança sanitária, uma vez que, invariavelmente, eles não aceitam usar preservativos porque confiam no Estado como garantia de saúde da prostituta. Em verdade, esses exames servem mais para detectar doenças do que para preveni-las.

As prostitutas que trabalham em sistemas de regulamentação são tratadas, a priori, como pessoas contagiosas. Com frequência, são consideradas piores que assassinos e ladrões, porque ofendem tanto a moral como os códigos legais (civil e penal).

Nos Estados Unidos, que são um país proibicionista, a comunicação entre pessoas com o intento de prostituição é considerada crime de conspiração, que pode acarretar sentenças de prisão prolongada.

Da mesma forma que a regulamentação e o proibicionismo, a tolerância sempre é discriminatória, e eufemismos funcionam como viseiras para encobrir o preconceito e a discriminação.

O Brasil é um exemplo típico de tolerância. O Capítulo V do Código Penal (“Do Lenocínio e do Tráfico de Mulheres”) é o melhor exemplo de uma legislação incoerente pois penaliza

tudo que se refere à gerência desse trabalho. Manter um bordel é ilegal, mas não é ilegal ser prostituta. Assim, se uma pessoa que diz ser prostituta apresentar uma reclamação trabalhista contra sua cafetina (por falta de condições higiênicas de trabalho, por exemplo), este processo provavelmente não será encaminhado para a Justiça do Trabalho, mas será distribuído para o Ministério Público, que, então, abrirá um processo penal contra a dona do bordel. Por outro lado, uma mulher que tem contrato de trabalho com uma casa de massagem, mas que na realidade é prostituta, conseguirá levar adiante um processo trabalhista contra seu patrão.

O abolicionismo acredita na abolição total da prostituição, ou seja, na possibilidade da existência de sociedades nas quais não existam mulheres que usam do sexo como profissão. Foi criado no século XIX por um grupo de mulheres inglesas que lutavam pela reforma moral da sociedade, com o nome de Federação pela Abolição da Regulamentação Governamental da Prostituição. Hoje, tem sede em Paris, mudou seu nome para Federação Abolicionista Internacional (FAI), e desenvolve uma verdadeira cruzada pela pureza social, tendo uma importante força ideológica sobre muitas organizações mundiais.

O Brasil assinou, em 1951, o Tratado Abolicionista Internacional, na ONU, tornando-se, então, um país abolicionista, isto é, que tolera a prostituição (não penaliza quem exerce o ofício), ao mesmo tempo em que considera o gerente ou dono do negócio um criminoso.

Curiosamente, todos os países que assinam esse Tratado, na prática, toleram a prostituição, porque percebem que sua eliminação não depende da assinatura de tratados e, como todo o abolicionista é radicalmente contra a regulamentação, passam então a tolerar. Convém notar que a visão abolicionista sobre a prostituição é adotada pela maioria das religiões e também pelas feministas fundamentalistas. Hoje, no entanto, já existe uma ala do feminismo que propõe a autodeterminação das profissionais do sexo.

O movimento pelos direitos das prostitutas está inaugurando uma nova política da prostituição. A auto-organização e a auto-representação das profissionais do sexo e as alianças com homens

e mulheres interessados na questão se encontram no coração dessa nova política.

Assim, as próprias prostitutas, dizendo o que querem para si e como entendem sua atividade profissional e sua identidade, caminham para o que se convencionou chamar de autodeterminação das profissionais do sexo. É uma política institucional que luta pela eliminação de todas as leis específicas sobre prostituição, por acreditar que as leis que regem as prostitutas devem ser as mesmas leis que regem todos os outros cidadãos, sem discriminação.

A meta do movimento é a legalização da profissão de prostituta com o devido monitoramento do comércio sexual. Anula-se, assim, a posição de vítima e entra em cena a pessoa e a profissional, com direitos e deveres, e responsável pela sua opção de vida.

História do Movimento de Profissionais do Sexo

O contexto internacional

Margo St. James, nos Estados Unidos, foi a primeira prostituta contemporânea que se manifestou publicamente pelos direitos e deveres das profissionais do sexo. Em 1973, ela fundou, em São Francisco, uma organização chamada Coyote*, uma associação de profissionais do sexo, artistas, jornalistas, advogados, intelectuais, trabalhadores sociais e políticos. Trabalhou a sustentabilidade financeira da entidade com bailes de “disfarces de prostitutas” que chegaram a reunir até vinte mil pessoas partidárias do movimento. O objetivo do Coyote era criar uma consciência nacional sobre o abuso por parte do Estado e da polícia contra as prostitutas e mudar as leis, já que nos Estados Unidos prostituir-se é considerado crime.

* Termo originalmente utilizado pelo escritor Tom Robbins para simbolizar um animal que é forçado a estar sempre migrando, devido aos caçadores que o perseguem, e que, apesar de ter uma reputação de promiscuidade, mantém um parceiro fixo por toda a vida. Coyote é também uma sigla para “Call Off Your Old Tired Ethics” (acabe com a sua velha ética cansada), uma das palavras-de-ordem utilizadas por este movimento.

O movimento conseguiu, em 1974, a revogação de um regulamento que impunha quarentena às prostitutas, forçadas a esperar, nas prisões de São Francisco, os resultados de testes compulsórios de gonorréia. No fim dos anos setenta e oitenta, organizações semelhantes ao Coyote foram criadas em outras cidades dos Estados Unidos e, em 1979, Margo St. James fundou, com Priscilla Alexander, uma feminista lésbica, a National Task Force on Prostitution (NTFP), num esforço para criar uma rede de grupos de defesa das prostitutas naquele país.

Em meados dos anos setenta, as prostitutas de outras partes do mundo começaram também a se organizar. Em 1974, as prostitutas parisienses realizaram uma manifestação em Montparnasse como protesto contra o assédio policial e judicial. Em 1975, as prostitutas de Lyons ocuparam uma igreja. Muitas profissionais estavam sendo assassinadas em Lyon e a polícia não investigava os crimes nem oferecia proteção adequada. Os protestos dirigidos a ministros de Estado não tiveram resultados e as mulheres decidiram fazer uma representação dramática no santuário e centro moral da comunidade: a igreja. Durante dois meses, aproveitaram o interesse da imprensa para promover uma campanha educacional sobre a prostituição. O apoio ao Coletivo Francês de Prostitutas, como se denominaram, foi considerável. Esse movimento foi tão importante na luta contra o estigma imposto às profissionais do sexo, que a data da ocupação (2 de junho) é hoje comemorada pelo movimento internacional de prostitutas como o Dia Internacional das Prostitutas.

Grisélidis Réal, uma prostituta suíça de Genebra, se uniu à luta das mulheres francesas e, ao voltar para a Suíça, começou a reunir material sobre a prostituição publicado em jornais e outros meios de comunicação. Pouco a pouco, criou, em sua casa, em Genebra, o Centro Internacional de Documentação sobre a Prostituição, e começou a dar numerosas entrevistas nos meios de comunicação.

Em 1975, poucos meses depois da manifestação de Lyon, Margot St. James conheceu Grisélidis Réal em Paris, em um seminário da Federação Abolicionista Internacional (FAI) patrocinado pela Unesco. Nenhuma prostituta havia sido formalmente convidada para a reunião, mas elas receberam permissão para falar. Uma advogada feminista, com mais legitimidade na Federação que as

prostitutas, conseguiu com os organizadores a autorização para a participação das prostitutas no seminário. Nessa época, elas vieram a conhecer Sônia, uma prostituta francesa, e a escritora Simone de Beauvoir, com as quais discutiram a formação de uma organização internacional pelos direitos das prostitutas e, em meados de 1976, foi fundado, com apoio de Simone de Beauvoir, o Comitê Internacional para os Direitos das Prostitutas (ICPR, da sigla em inglês), com sede em Paris.

De 1975 a 1985, surgiram organizações de prostitutas em muitos países. Na Inglaterra, em 1975, Helen Buckingham apresentou-se como prostituta em uma entrevista à imprensa e fundou a organização PLAN (Prostitution Laws are Nonsense) [Leis sobre prostituição são uma estupidez]. Helen Buckingham é reconhecida como a primeira prostituta que, na Grã Bretanha, fez com que a prostituição fosse um tema mais respeitável. Uma segunda organização, chamada PROS, foi criada nesse mesmo ano por prostitutas, ativistas e imigrantes. Criaram um centro de informação para grupos de apoio e assessoria legal. Ainda em 1975, foi formado o Coletivo Inglês de Prostitutas (ECP), dentro da Campanha por Salário para Donas de Casa. O ECP não identificava seus membros como prostitutas por temor da repressão policial, mas apoiava os direitos das prostitutas com ações e discursos contra o abuso estatal. O Coletivo logo criou filiais no Canadá, Trinidad y Tobago e Estados Unidos.

Na Alemanha, a HYDRA, de Berlim, fundada em 1980, foi a primeira organização pelos direitos das prostitutas. Logo depois, foram criadas a HWG, em Frankfurt, e organizações similares em Stuttgart, Hamburgo, Munique, Nuremberg, Colonia e Bremen. Uma das grandes conquistas do movimento alemão foi a de ter conseguido que parlamentares retirassem do Código Penal diversos dispositivos específicos sobre prostitutas, abrindo caminho para o fim da regulamentação naquele país. O que finalmente veio a acontecer em 2001, quando o Parlamento Alemão aprovou uma lei revogando dispositivos do Código Penal que criminalizavam o exercício da prostituição, penalizando-o com detenção de até três anos, permitindo às prostitutas o direito de terem contratos de trabalho com bordéis, e garantindo-lhes direitos trabalhistas e cobertura de previdência social.

Na Itália, as prostitutas Pia Crove e Carla Corso fundaram, em 1982, o Comitato per i Diritti Civili delle Prostitute (Comitê pelos Direitos Civis das Prostitutas). Elas promoveram manifestações para denunciar e combater a violência de soldados norte-americanos, baseados na Itália, contra as prostitutas italianas. Enviaram uma carta ao comandante militar exigindo medidas para salvar as cidadãs italianas prostitutas e acusando os soldados de atuar contra a dignidade das forças armadas americanas. A carta foi divulgada. A partir daí começaram a mobilizar-se pelo reconhecimento dos direitos das prostitutas perante a Constituição Italiana e a exigir mudanças nas leis que marginalizam as prostitutas.

Também em 1982, prostitutas, ativistas, advogados e feministas de Genebra, Suíça, formaram a organização pelos direitos das prostitutas ASPASIE, fundada pela mesma Grisélidis Réal.

Em 1983, a prostituta Peggy Miller fundou em Toronto, Canadá, o CORP (Organização Canadense pelos Direitos das Prostitutas), depois de ter sido presa por uma acusação de cafetinagem. Na Austrália, a prostituta Roberta Perkins e a estudante universitária Kerrie Carrington fundaram o Coletivo de Prostitutas Australianas, com o objetivo fundamental de despenalizar a prostituição. Na Áustria, Frau Eva fundou a Associação Austríaca de Prostitutas, para poder participar da discussão das políticas sobre prostituição com as autoridades públicas. Na Suécia as prostitutas fundaram o Grupo CERO.

Na Holanda, em 1984, as prostitutas Inge, Ans van der Drift, Margot Alvarez e Joke fundaram De Rode Raad, e conseguiram, ainda na década de 1990, a legalização da profissão de prostituta naquele país.

Na América Latina, a primeira organização a se formar, no início da década de 1980, foi a AMEPU (Associação de Meretrizes Públicas do Uruguai), que mantém, até hoje, uma atuação importante naquele país e conseguiu, no fim de 2000, a aposentadoria legal para as profissionais do sexo.

A partir da década de 1990, muitas outras organizações se formaram ao redor do mundo, notadamente na América Latina e no Caribe (Equador, Venezuela, República Dominicana, Costa Rica, Guatemala, Bolívia, Argentina, México, Paraguai, Colômbia,

Nicarágua e Chile). Em 2001, prostitutas do Peru também iniciaram processo de organização a partir de um encontro realizado em Lima, com a presença de prostitutas de várias cidades do país.

Na Ásia temos notícia de organizações já em funcionamento na Índia, Tailândia, China, Coreia e Formosa.

O contexto brasileiro

No Brasil, o movimento começou em 1979, numa área de prostituição no centro da cidade de São Paulo conhecida como Boca do Lixo, devido a um conflito com a polícia.

Logo que assumiu a delegacia com jurisdição nas Bocas do Lixo e do Luxo, o delegado Wilson Richetti começou a prender e bater nas pessoas, indiscriminadamente. Mesmo as mulheres que trabalhavam em bordéis, quando saíam, após o trabalho, eram presas e levadas à delegacia, onde apanhavam dos policiais sob a ordem e supervisão do delegado. A tortura, que sempre tem um componente de perversidade, resultou na morte de dois travestis e de uma mulher, que, por sinal, estava grávida. Quando o delegado começou a prender e torturar não houve reação. Foram precisos quatro meses de perseguição e três mortes para que começasse a se esboçar qualquer atitude. As prostitutas e travestis não se sentiam no direito de denunciar! Esses fatos serviram de limite para que todos se unissem e promovessem uma passeata no centro de São Paulo denunciando as atrocidades cometidas. No dia da passeata, a zona parou, os travestis pararam e o movimento contou com um grande apoio da sociedade civil. Com o movimento ganhando corpo, após a passeata, ocorreram adesões de artistas famosos e Ruth Escobar cedeu o seu teatro para que se realizasse uma assembléia. Com a repercussão do movimento, o governo do Estado tomou uma atitude imediata, que foi o afastamento do delegado Richetti. Com o novo delegado, logo tudo voltou ao “normal”.

Vários anos se passaram até que, em julho de 1987, realizou-se, no Rio de Janeiro, o Primeiro Encontro Nacional de Prostitutas. Gabriela Silva Leite, prostituta que havia participado do movimento em São Paulo, iniciou, na época, articulações em várias capitais do Brasil e conseguiu, com o apoio de jornalistas, artistas, advogados e outras pessoas simpáticas à organização

das profissionais do sexo, realizar o Encontro, que contou com a presença de prostitutas de onze estados. Foi durante este evento, que teve cobertura da mídia brasileira e internacional, que se tornou possível iniciar a formação da Rede Brasileira de Profissionais do Sexo, com sede no Rio de Janeiro e associações regionais a serem formadas no país. Seus objetivos são a reforma legal, realizar ações contra a violência, implementar programas de saúde e lutar pela dignidade da prostituta e, fundamentalmente, pelo resgate de sua auto-estima e contra o estigma.

Desde então, muitos outros encontros e seminários foram realizados, tanto nacionais como estaduais e regionais, tendo sempre como pauta a formação de novas associações, a visibilidade pública do movimento, a discussão com a sociedade e a luta por direitos de cidadania e pelo fim do estigma.

Em 1994, realizou-se o Terceiro Encontro Nacional quando, entre outras resoluções, resolveu-se que, para uma maior eficiência das ações do movimento, a Rede Brasileira de Profissionais do Sexo se dividiria em coordenações nacional e regionais (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul).

Entre as associações mais antigas, fundadoras da Rede Brasileira de Profissionais do Sexo que iniciaram suas atividades no final da década de 1980 e início de 1990, destacam-se:

A Associação da Vila Mimoza, fundada no Rio de Janeiro, em 1988, no embalo do I Encontro Nacional de Prostitutas para defender a Vila da tentativa de desocupação pela antiga TV-Rio, que se instalou em um prédio vizinho à zona de prostituição e se sentia incomodada com a proximidade. As mulheres se organizaram, criaram o movimento “O Mangue Resiste” e conseguiram da prefeitura o comodato da área. Em 1996, porém, um novo prefeito desapropriou e derrubou as casas da Vila Mimosa, para ampliar o complexo administrativo municipal. Novamente as mulheres e donas de casa se uniram e, dessa vez, investiram do seu próprio dinheiro na compra de um enorme galpão, nas proximidades. Reformado, ele abriga mais de cinquenta casas e bares e fez crescer, nas ruas vizinhas, outras casas de prostituição. A Vila Mimosa II é, hoje, um complexo de ruas e casas, com mais de 1.200 profissionais do sexo trabalhando diariamente. No local, está instalada a sede da associação, que conta com médicos,

cabeleireira, página na Internet e promove projetos de prevenção das DST e da aids.

A **APROCE** - Associação das Prostitutas do Ceará, criada em 1990, tendo sido a primeira associação a conseguir se registrar oficialmente com o termo “prostitutas” em seu nome, o que constitui uma vitória para o movimento no que concerne à luta contra o estigma. Publica um boletim (“Folha da Aproce”) e desenvolve trabalho educativo sobre sexualidade e prevenção de aids com adolescentes e mulheres prostitutas. Suas milhares de associadas têm, como lema, acabar com a “dupla moral que separa a mulher honesta da prostituta”. É responsável pela coordenação da Região Nordeste da Rede Brasileira de Profissionais do Sexo.

O **GEMPAC** - Grupo de Mulheres Prostitutas da Área Central, de Belém do Pará, uma das mais atuantes associações do Brasil. Fundada também em 1990, já promoveu diversos encontros locais e estaduais. Tem diversos projetos em andamento, entre os quais alguns profissionalizantes, dirigidas a jovens não-prostitutas e mulheres prostitutas da terceira idade, e de prevenção das DST e da aids. Conta com cerca de cinco mil associadas e já é, de fato, uma associação estadual, tendo conseguido formar 28 núcleos na Região Norte. É responsável pela coordenação da Região Norte da Rede Brasileira de Profissionais do Sexo.

A **ASP** - Associação Sergipana de Prostitutas, outra das instituições pioneiras do movimento, fundada no mesmo ano de 1990. Trabalha com redução de danos associados ao uso de drogas, prevenção de DST e aids e capacitação profissional para jovens. Conta com mais de oito mil sócias.

O **NEP** - Núcleo de Estudos da Prostituição, criado em 1993, em Porto Alegre. A entidade promove a organização das prostitutas em várias cidades do Sul do País, executa projetos de prevenção das DST e da aids e de saúde da mulher, tendo recebido o Prêmio de Direitos Humanos da Prefeitura de Porto Alegre por trabalhos prestados à comunidade. É pioneira no trabalho dirigido a mulheres prostitutas soropositivas. É responsável pela coordenação da Região Sul da Rede Brasileira de Profissionais do Sexo.

O **DaVida - Prostituição, Direitos Civis, Saúde**, fundado em 1992, no Rio de Janeiro, por Gabriela Silva Leite, a pioneira do

movimento brasileiro de profissionais do sexo. A entidade coordena a Rede Brasileira de Profissionais do Sexo, promovendo encontros regionais e nacionais de profissionais do sexo, assessorando a formação de associações locais e articulando políticas públicas na área de prostituição e saúde. Também presta consultoria a entidades públicas e privadas nacionais e internacionais, produz, distribui e veicula vídeos, peças de teatros, publicações e manuais de prevenção das DST e da aids e distribui preservativos masculinos e femininos a profissionais do sexo. Edita o Jornal “Beijo da Rua”, criado em 1988, que veicula notícias sobre a prostituição e os movimentos nacional e internacional.

Participam da Rede Brasileira de Profissionais do Sexo dezessete associações já registradas em cartório e 65 grupos, alguns em processo de formalização e outros sem registro como associação devido a dificuldades com cartórios, que, por questões morais, têm resistência em legaliza-los. O movimento é bastante dinâmico e frequentemente estão surgindo novas associações, núcleos e grupos de profissionais do sexo nas mais remotas cidades do País.



Profissionais do sexo e aids

Sexualidade e gênero

Pensar na formulação de estratégias para o enfrentamento da disseminação do HIV na população de mulheres brasileiras implica um grande desafio, visto que a negociação do uso do preservativo significava trazer, para a pauta de discussões e ações das organizações governamentais e não-governamentais e demais entidades envolvidas na luta contra aids, o debate sobre a construção de valores e normas referentes tanto ao exercício da sexualidade de homens e mulheres quanto à forma com que se organizam as experiências, as interações sexuais e as relações de gênero no contexto brasileiro.

A disseminação do HIV por todo o planeta e a necessidade de se construir urgentemente respostas efetivas para o enfrentamento dos problemas complexos trazidos pela sua forma de transmissão mais acentuada – a prática sexual – nos defrontaram com a realidade de que pouco se sabe sobre a sexualidade humana

e sobre a diversidade sexual existente em diferentes cenários sociais e culturais.

Esse desconhecimento foi um fator limitante para a identificação de atividades e ações de prevenção que fossem capazes de acompanhar ou, preferencialmente, antecipar-se à dinâmica feroz de espalhamento do HIV, tirando, de todas as pessoas envolvidas no combate à aids, a sensação de sempre estar “correndo atrás do prejuízo”.

É bem verdade que, diante de uma epidemia que rapidamente se espalhou pelo mundo, caracterizada e marcada pela transmissão sexual, foi deflagrado um esforço de pesquisa que pudesse fornecer um maior conhecimento sobre os comportamentos sexuais associados à transmissão do HIV. No entanto, essas pesquisas estiveram muito mais voltadas para a produção de dados quantitativos, com um enfoque nos determinantes individuais do comportamento sexual e das tão desejadas mudanças nessa área.

Contudo, a partir da própria experiência, trazida pelos constantes desafios impostos pela peculiar dinâmica da disseminação da epidemia, percebeu-se que, mais do que o conhecimento sobre os comportamentos sexuais individuais, não poderiam ser negligenciados outros fatores que interferem na expressão das sexualidades e das experiências sexuais. Exemplos de tais fatores são as inter-relações existentes entre as estruturas sociais, culturais, econômicas e políticas em que se dão esses comportamentos, visto que recentes pesquisas sociais enfatizam o fato de que a sexualidade precisa ser compreendida como uma construção social e cultural.

Nesse sentido, em se tratando de ações de prevenção da infecção pelo HIV no âmbito das práticas sexuais, torna-se de fundamental importância considerar os vários e diferentes aspectos sociais e culturais relacionados tanto aos significados subjetivos (psicológicos) e intersubjetivos (sociais e culturais) quanto às maneiras pelas quais as identidades sexuais são formadas e transformadas. É preciso não esquecer, também, as relações de poder e dominação que podem moldar e estruturar as interações sexuais, tendo em vista atores específicos inseridos em sistemas de significados culturais e sociais também específicos.

Com o avanço da epidemia de aids entre as mulheres, no início da década de 90, as relações de poder existentes entre homens e mulheres tornaram-se foco de atenção, principalmente no que se refere às desigualdades produzidas a partir dessas relações. Essas reflexões, sem sombra de dúvida, transformaram-se em prioridade para o trabalho de prevenção com mulheres em geral, tendo em vista aspectos que apontavam para a existência de limitações desta frente aos homens, neste caso, no que diz respeito às possibilidades de negociação de práticas sexuais mais seguras nas interações sexuais.

A rápida expansão da epidemia de aids entre as mulheres brasileiras potencializou, assim, a necessidade de se pensar os modos como foi construído, em nossa cultura, o conjunto de normas e valores que contextualiza o exercício da sexualidade de brasileiros e brasileiras, bem como as relações de gênero.

Nessa perspectiva, não se pode perder de vista que a construção dessas normas e valores encontra-se intimamente ligada à interseção de fatores elementares vinculados a um aprendizado, que envolve, além das disposições naturais humanas, mecanismos de formação histórica, social e cultural. Logo, as etapas percorridas pela sociedade brasileira em seu processo de estruturação são fortemente responsáveis pela forma segundo a qual homens e mulheres assimilam e modelam suas experiências sexuais e, sobretudo, estabelecem conceitos elementares que constituem os atributos sociais conferidos à masculinidade e à feminilidade, bem como às relações de poder entre os gêneros.

Uma das principais questões apontadas em estudos e pesquisas realizadas em diferentes áreas de conhecimento é o crédito ao período patriarcal da origem da transformação das diferenças anatômicas dos sexos em desigualdade social e da produção de uma classificação específica de papéis sócio-sexuais a serem desempenhados por homens e por mulheres. Ou seja, essa diferenciação anatômica e suas representações simbólicas – percepção da oposição direta entre as noções de atividade (pênis que penetra) e passividade (vagina que é penetrada) – forjaram, a partir de esquemas de valores culturais construídos, a noção do que significa masculinidade e feminilidade e suas interações sociais e sexuais.

Nessa perspectiva, são reservadas ao exercício da masculinidade certas características que propiciam ao homem um livre acesso a sua sexualidade, pensada em termos da própria exposição do homem no mundo. Ser homem em nossa cultura significa dispor de uma sexualidade em evidência, donde pressupõe-se uma relação de intensa intimidade com o prazer e a liberdade de seu exercício. Além disso, foi reservado para a figura masculina o lugar de representante da virilidade, do vigor físico e intelectual, da racionalidade, da superioridade social e de provedor da subsistência familiar.

Contrapondo-se a essa cultura da masculinidade, a vivência da feminilidade caracteriza-se por um exercício constante do silenciar-se e do conformar-se, submetendo a mulher a estratégias de controle que reforçam o caráter de pureza, ingenuidade, fragilidade e inferioridade, atributos necessários para a conservação da imagem legítima da mulher como a moça virgem, a esposa fiel e a viúva recatada. Ademais, a associação entre feminilidade e maternidade, apesar de conferir à mulher uma participação na regência doméstica em razão de sua importância na educação dos filhos, encerrou-a neste espaço, vinculando-a somente ao papel de esposa-mãe.

Portanto, a organização social e cultural das relações de gênero, no Brasil, e as maneiras como as noções simbólicas sobre gênero estruturam as interações sexuais entre homens e mulheres se constituem, até hoje, um grande entrave para as atividades preventivas e para a adoção efetiva de práticas sexuais mais seguras.

Estigma, gênero e prostituição

Erving Goffman, no capítulo introdutório de seu livro “Estigma”, faz a seguinte referência histórica sobre o tema: “os gregos, que tinham bastante conhecimento de recursos visuais, criaram o termo “estigma” para se referirem a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentava. Os sinais eram feitos com cortes ou fogo no corpo e avisavam que o portador

era um escravo, um criminoso ou traidor – uma pessoa marcada, ritualmente poluída, que deveria ser evitada, especialmente em lugares públicos. Mais tarde, na Era Cristã, dois níveis de metáforas foram acrescentados ao termo: o primeiro deles referia-se a sinais corporais de graça divina que tomavam a forma de flores em erupção sobre a pele; o segundo, uma alusão médica a essa alusão religiosa, referia-se a sinais corporais de distúrbios físicos. Atualmente, o termo é amplamente usado de maneira um tanto semelhante ao sentido literal original, porém é mais aplicado à própria desgraça do que à sua evidência corporal”.

Tomando como referência à citação de Goffman, pode-se perceber que a identidade social da mulher profissional do sexo foi construída a partir da sua condição de desviante das regras e normas estipuladas socialmente para o exercício da feminilidade que se discutiu anteriormente. A construção dessa identidade social, e dos mecanismos de discriminação e preconceito em relação ao exercício da prostituição, decorrerem, ainda, de sucessivos fatos históricos, nos quais a prostituta foi responsabilizada pela disseminação de doenças.

Os primeiros estudos sobre prostituição foram feitos principalmente por médicos higienistas e criminologistas, com a preocupação de salvaguardar a saúde e a moral das famílias. Contudo, essa preocupação com as “sexualidades vagabundas”, por parte dos doutores, revelava, em verdade, a intenção de assumirem o papel de mentores dos códigos de moralidade pública.

Na perspectiva higienista, a prostituta era considerada como uma ameaça para a construção da família higienizada. Ela era vista como responsável pela degradação física e moral dos homens e, por extensão, pela destruição das crianças e da família. Além disso, pervertiam, com o exemplo desregrado de suas vidas, a moral da mulher-mãe.

No plano do cuidado físico com os homens, o advento das doenças venéreas, no caso a sífilis, para qual, no entanto, não havia medicação curativa considerada eficaz, trouxe a necessidade da implementação de uma intervenção profilática ou preventiva em relação à prostituição. Esse fato fomentou a discussão entre neo-regulamentaristas e abolicionistas e norteou a política sanitária implementada no Brasil da época para o combate à prostituição.

Um das conseqüências dessa política foi à regulamentação confinatória ou isolacionista, que tolerava o meretrício apenas no âmbito fechado do bordel, combatendo com repressão a prostituição de rua. Embora se soubesse da existência de outras modalidades de prostituição, principalmente as mais refinadas, considerava-se que essas envolviam um número pequeno de mulheres e, portanto, não necessitavam de intervenção. Essa solução foi adotada muito em função do reconhecimento da prostituição como um “mal necessário”, que servia para evitar que os excessos sexuais masculinos perturbassem a ordem moral da sociedade.

Com a emergência da Revolução Sexual dos anos 50 e, principalmente, dos anos 60, iniciou-se um processo crescente de emancipação social da mulher em razão do aumento da sua autonomia, no que diz respeito à possibilidade de decisões sexuais e reprodutivas próprias. Esse fato, de início, induziu à crença de que os dias da prostituição estariam contados ou que ela sofreria uma substancial redução, o que, na realidade, não ocorreu, mantendo a prostituição a sua constituição tradicional.

O reflexo histórico resultante da sucessão de fatos que associaram a prostituição à disseminação de doenças transmitidas pelo sexo ainda reserva, na construção do senso comum, a representação da trabalhadora sexual como sendo uma mulher desprovida de alguns traços mais distintivos do gênero feminino. É como se nela estivesse incorporada uma anomalia no sistema de gênero: a mulher desprovida de laços de vivência afetiva e que, por experimentar o sabor da transgressão sexual, não é merecedora da vivência conjugal, familiar, e, sobretudo da maternidade.

Neste contexto, é comum encontrar afirmações tais como: “é uma mulher de vida fácil”, “não conhece as dificuldades de se educar um filho”, “não conhece as regras básicas para o funcionamento equilibrado e saudável de uma família”. Seus filhos, se os tem, são sempre pensados como predispostos à delinqüência. Enfim, é uma mulher da qual, popularmente, não se espera que conheça ou realize os papéis sociais que a cultura reservou ao gênero feminino, seja como filha, mãe, irmã, dona de casa ou esposa.

Esse modo de representar a mulher profissional do sexo, atribuindo-lhe características desviantes, presentes no senso comum, penetra tanto na percepção que ela faz de si mesma quanto na mentalidade daqueles com os quais ela deve interagir, seja no momento de exercer a profissão, seja no momento de buscar serviços médicos.

Embora vivenciado subjetiva e individualmente, o estigma é um fenômeno construído de forma coletiva que atinge o sujeito como membro de uma comunidade que apresenta insígnias que são passíveis de depreciação social. O indivíduo, ao portar sinais característicos capazes de provocar o desdém de uma coletividade que se julga superior, sofre um processo continuado de desqualificação enquanto sujeito e tem o seu status de cidadão negado. O estigma se constitui um atributo imposto pela sociedade com base naquilo que esta considera uma diferença ou desvio indesejável. Como consequência, observa-se a introjeção do caráter negativo imposto à sua imagem, provocando o que se conhece como construção de identidade deteriorada.

A partir deste ponto, a imaginária marca de menos-valia se reproduz e retroalimenta e poderá vir a ser, se nenhuma variável interveniente surgir, a única posição no mundo social possível para o sujeito estigmatizado. O registro negativo que identifica o indivíduo, bem como a totalidade de sua comunidade original, serve de padrão para futuros e recorrentes comportamentos e atitudes, e condiciona o seu relacionamento com a sociedade de um modo geral. É instalado um processo dinâmico onde o intercâmbio de informações, produzido através das relações sociais, reafirma, constantemente, a inferioridade, dando-lhe um caráter de coisa natural, e gerando uma imagem distorcida da realidade na qual todos passam a acreditar, além de produzir relações profundamente marcadas pelas desigualdades sociais.

É importante verificar que o estigma se dá como um processo social de caráter mutacional que varia de acordo com o contexto histórico no qual está inserida determinada coletividade. Como em toda construção social, podemos identificar na geração do estigma uma intencionalidade estratégica que visa, dentre outros objetivos, manter o estatuto hegemônico de poder e dominação de um grupo que se sente de alguma maneira superior a outros,

tidos como desvalorizados. Tem-se, aqui, como figura de fundo, a questão da desigualdade social e o fomento de ações claras de sujeição do indivíduo desqualificado, seja pela coerção seja pela violência física ou simbólica, que garantem a manutenção da ordem e do controle social.

Com o surgimento da epidemia do HIV e a popularização do conceito epidemiológico de “grupos de risco”, nos quais a prostituta foi inserida, potencializou-se o estigma que vincula a mulher prostituta à disseminação de doenças sexualmente transmissíveis.

Nesse sentido, mais uma vez, executou-se sucessivamente um conjunto de ações dirigidas à comunidade de mulheres prostitutas visando à obtenção de maior conhecimento sobre o universo da prostituição, das redes de interações sociais e sexuais com clientes, das relações existentes com outros atores desse cenário específico e das hierarquias de risco de infecção pelo HIV, presentes nas diferentes modalidades de comércio sexual feminino.

Os novos conhecimentos proporcionados pela implementação dessas ações promoveram uma visualização diferenciada das permitidas pelas concepções higienistas que circundam o imaginário social relativo à vida da mulher prostituta e de suas relações profissionais, sociais e afetivas. Nessa nova visão, percebe-se que, na vida cotidiana das profissionais do sexo, dá-se uma separação proposta, mantida e preservada por elas próprias, na qual se organiza um modo próprio de vida, dividindo-o em duas esferas totalmente separadas, a vida da batalha, a esfera profissional, e a vida afetiva e familiar, que constitui a esfera da vida privada.

Na realidade cotidiana vivida pelas profissionais do sexo, no plano da vida privada e familiar, encontra-se uma mulher que cumpre os imperativos sociais do sistema de gênero criado pela cultura. Entretanto, os aspectos de mulher transgressora e “vetor de doenças sexuais” leva, na maioria das vezes, a que as ações de prevenção dirigidas a esse segmento específico se concentrem nos aspectos referentes apenas ao exercício profissional – informação e conhecimento sobre vias de transmissão e formas de prevenção; maior condição de enfrentar os problemas trazidos pelas relações

de poder entre elas e os clientes no contexto da negociação do programa, tendo em vista um acordo que se possa adequar, em um bom preço, as práticas sexuais demandadas pelos clientes, as práticas que elas efetivamente irão realizar no programa, o tempo do mesmo e o uso do preservativo.

Por outro lado, considerando-se os aspectos afetivo-sexuais da vida da trabalhadora sexual, esse estigma, associado à discriminação, impede a percepção de fatores que vulnerabilizam essas mulheres da mesma forma que aquelas não envolvidas nas atividades de comércio sexual. Este fato se reflete na quase inexistência de ações de prevenção voltadas para as parcerias fixas dessas mulheres.

Atualmente, observa-se que, apesar de todas as transformações ocorridas no âmbito da sexualidade e do arejamento da moral, a atividade do comércio sexual feminino encontra-se em franca expansão, inclusive aumentando a sua diversidade. Neste sentido, parece que os elementos apontados como estruturantes da concepção da prostituição como um “mal necessário” não são suficientes para explicar este incremento.

Este aspecto, ainda que algumas vezes referido em estudos realizados, é sempre considerado secundário, já que nesses trabalhos a mulher é sempre tratada como ator principal. No entanto, quando se concebe o espaço da prostituição não somente como um lugar de satisfação de fantasias sexuais e transgressão das normas estabelecidas para a vivência da sexualidade, mas sim como um locus de sociabilidade, nos deparamos com uma lacuna significativa no conhecimento do ambiente, justamente por não se dispor de estudos que partam do prisma masculino.

Todos os que trabalhamos com profissionais do sexo temos que ter muito clara a noção de estigma. O que entendemos como indivíduos sobre prostituição, nossos preconceitos, idéias e posições a respeito devem ser profundamente analisadas por cada um de nós antes de iniciarmos qualquer trabalho com prostitutas, senão correremos o risco de considerá-las vítimas e preconceber definições sobre a sua atividade profissional.

Vulnerabilidade

Embora não seja novo, o conceito de vulnerabilidade só recentemente vem sendo apropriado pelos profissionais e militantes que trabalham no campo da aids, ampliando as perspectivas de entendimento e as alternativas de ação para o enfrentamento da epidemia.

Como conceito, “vulnerabilidade” proporciona um salto qualitativo para as propostas de trabalho de prevenção da aids, na medida em que desloca o foco das atenções do indivíduo e propõe um olhar atento para o contexto sócio-cultural no qual o sujeito se encontra sem, contudo, desconsiderá-lo.

Podemos dizer que, anteriormente, ao se pensar em “comportamento de risco”, responsabilizava-se o indivíduo por sua exposição ao HIV, independentemente de este comportamento ser consciente ou não. Quando foi proposto o conceito de “situação de risco”, passou-se a levar em consideração o momento da ação, do ato em que a exposição se dava, porém manteve-se centrada a responsabilização no indivíduo, uma vez que caberia a ele gerenciar esse risco, identificando e evitando situações nas quais o risco de infecção se evidenciava. A lógica da culpabilização permanecia vigente.

A partir da formulação mais clara do conceito de vulnerabilidade, fatores sociais e culturais intervenientes no processo de exposição ao risco passam a ser priorizados, reconhecendo-se o limitado poder de intervenção do sujeito frente a questões que estão fundadas historicamente no espaço do coletivo como, por exemplo, as relacionadas a gênero e às relações de poder, seja esse social, cultural, econômico ou político.

A vulnerabilidade é entendida, então, como sendo a exposição do indivíduo ao risco de infecção pelo HIV quando este não apresenta condições efetivas de fazer valer a sua intenção ou desejo de se proteger, devido à ação de fatores externos, percebidos como mais poderosos do que a sua capacidade de agir contra a aids.

Vale ressaltar que esses conceitos não se substituem nem se contrapõem de modo excludente. Eles representam um avanço

qualitativo no modo de representar o risco de infecção pelo HIV, possibilitando uma avaliação mais efetiva das condições apresentadas, para formulação de estratégias de prevenção, voltadas tanto para o coletivo como para um indivíduo em particular.

No tocante à prostituição, é necessário refletir detidamente sobre o conceito de vulnerabilidade pois muito facilmente cria-se uma perigosa armadilha que nos reconduz à trilha do grupo de risco. Através da imagem do sacrifício pela sobrevivência, por um lado vitimiza-se o sujeito, porém, paradoxalmente, por outro lado, mantém-se seu vínculo com a culpa pela exposição ao risco de infecção em razão de sua intensa atividade sexual.

Os segmentos sociais que apresentam o exercício das sexualidades insubmissas, divergentes ou transgressoras sofrem diferentes formas e níveis de discriminação social que lhes retiram o status de cidadão pleno, condenando-os a uma categoria secundária no ordenamento da sociedade. Dessa maneira, direitos garantidos a outros segmentos lhes são negados, dificultando, freqüentemente, o acesso aos sistemas formais de saúde, educação e proteção social, construídos sob medida para acolher o modelo clássico da família nuclear e patriarcal.

É importante ressaltar que a dificuldade para acessar os equipamentos formais de saúde e educação disponibilizados pelo Poder Público faz com que as profissionais do sexo elaborem estratégias alternativas de cuidados com o corpo, baseadas, na maioria das vezes, em crenças populares, sem nenhuma comprovação científica e, muito menos, efetividade prática. Prolifera o uso de cremes vaginais, duchas e banhos com substâncias químicas ou abrasivas, em especial como meios de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis associadas ao rompimento de preservativos, sugerindo uma proteção mágica contra doenças ou a gravidez não desejada.

Por serem compartilhadas por um grande número de pessoas, um status de verdade incontestável é conferido a essas formas de cuidados, repassadas de geração em geração, o que é agravado pela ausência de contraposição de informações técnicas, capazes de auxiliar o processo efetivo de promoção da saúde dessa população.

Tendo em vista o seu caráter de auto-medicação e o uso de soluções inócuas ou até mesmo prejudiciais à saúde sexual, tais ações tornam as mulheres profissionais do sexo ainda mais vulneráveis, tanto em função de possíveis lesões nos órgãos genitais provocadas pelo uso continuado de produtos não indicados quanto pela cristalização de crenças infundadas, que colaboram com o crescente distanciamento dessa população do sistema de saúde formal, promovido pelo processo de exclusão social ao qual estão submetidas.

A marginalidade social insistentemente impressa no estilo de vida das profissionais do sexo potencializa os riscos derivados das mais variadas expressões de violência, seja esta inter ou intragrupos sociais, onde se incluem os efeitos da pobreza e da fragilidade de uma rede de suporte social, tornando a infecção pelo HIV uma questão abstrata, possível de ocorrer apenas em um futuro incerto e, portanto, menos urgente.

Em função da recorrente imagem negativa associada às impurezas mundanas ou à criminalidade, não raramente as profissionais do sexo experienciam condições de clandestinidade, tanto em sua vida cotidiana quanto em seu trabalho. Essas vivências tornam ainda mais difícil a adoção de práticas seguras durante os seus programas, porque reforçam a deterioração de sua auto-imagem e, conseqüentemente, de sua auto-estima. Para isso também contribuem problemas logísticos enfrentados durante a atividade profissional como, por exemplo, a pressa na realização do programa ou as precárias condições de higiene encontradas em certos hotéis e casas de prostituição.

Além disso, o exercício da prostituição impõe hábitos ou, até mesmo, exige acessórios indispensáveis ao negócio, como o consumo de bebidas alcoólicas, que podem comprometer as estratégias de proteção, dificultando a negociação do uso de preservativo, em especial quando a vida da profissional do sexo se vê atravessada por outras complexas questões que, atuando sinergicamente, potencializam ainda mais seu grau de vulnerabilidade.

Tendo em vista que a elaboração e implementação de estratégias de proteção por um sujeito estão intimamente relacionada a sua percepção de um perigo real e imediato que

o colocaria em risco, e que a vulnerabilidade de um indivíduo associa-se ao seu grau de governabilidade sobre as situações e condições que podem coloca-lo sob risco de infecção ou doença, temos outros elementos que devem ser atentados como fatores que podem tornar as profissionais do sexo mais vulneráveis à infecção pelo HIV e a outras DST.

Como já foi dito anteriormente, o negócio da prostituição é uma história de casais onde o par cliente-profissional do sexo ocupa lugar privilegiado. Desse modo, a negociação que, por definição, pressupõe um jogo relacional, depende da ação ativa dos membros do casal para que seja efetiva. No entanto, sabemos que não existe igualdade de poder no processo de negociação do uso do preservativo, em razão de fatores sociais, econômicos e de gênero, o que exige, sobretudo das profissionais do sexo, um esforço ainda maior no sentido de fazer valer o seu desejo de proteção.

A percepção de risco dos clientes surge como fator de fundamental importância para o sucesso da negociação do sexo protegido, durante um programa com um profissional do sexo. Em se tratando de homens, são conhecidos os diversos mitos que enviesam a construção social da epidemia de aids e suas conseqüências na prevenção como, por exemplo, a crença na não-transmissão heterossexual do HIV, em especial quando o infectado é mulher.

O aumento do número de casos de aids entre mulheres e a diversificação crescente do perfil dos infectados pelo HIV no Brasil vêm minando paulatinamente esses mitos, porém ainda não foi possível erradica-los. Percebe-se, comumente, uma transmutação no conteúdo destas crenças, fazendo surgir novas variações a cada momento, o que dificulta a apropriação do risco pelos homens. Quanto mais distante estiver esse homem da questão, ou seja, quanto maior for a sua crença de sua invulnerabilidade frente à aids, mais desigual e ineficaz se torna o processo de negociação.

Para tornar ainda mais complexo o quadro apresentado, temos a imaginária garantia de proteção proporcionada pela testagem anti-HIV, que constantemente surge como alternativa supostamente eficaz de prevenção, seja por parte dos agenciadores

da prostituição, seja pelos clientes portadores das indefectíveis carteirinhas de doadores de sangue, seja, até mesmo, pelas próprias profissionais do sexo, instruídas a se submeterem ao exame periodicamente pelos técnicos da área da saúde.

O exame anti-HIV negativo em mãos surge como um trunfo usado como duvidoso salvo-conduto para o sexo desprotegido. Essa é a mesma função da carteira de doador de sangue onde, imaginariamente, pode-se ler a mensagem de inabalável saúde que garantiria momentos de prazer sem barreiras. Se o cliente é saudável, como pode ser comprovado documentalmente, a razão para a insistência do uso do preservativo pela profissional do sexo somente poderia estar relacionada à dúvida acerca da sua saúde. É interessante notar que o jogo se inverte, e o uso do preservativo passa a representar a doença e, por isso mesmo, se houver insistência no sentido desta proteção, ela é interpretada como uma certa confissão de alguma moléstia que pode custar ao profissional do sexo a recusa do programa pelo cliente.

Da mesma forma, a garantia de saúde atestada pelo exame anti-HIV negativo apresentado pelo profissional do sexo, ao que parece, obedece a uma lógica semelhante, porém com o mesmo efeito sobre o cliente. Não representando nenhum risco para o homem, uma vez que a negatividade do teste indica saúde e cuidado do profissional do sexo, não se sustenta nenhuma razão para a necessidade do uso do preservativo, uma vez que este só teria função a partir de um risco eminente e claramente identificável. Neste caso, o motivo para a insistência no uso do preservativo pela profissional do sexo somente poderia estar relacionada à dúvida acerca da saúde dele, cliente. Mais uma vez, percebe-se o quão frágil e delicado é o lugar ocupado pelo profissional do sexo no processo de negociação da sua proteção, revelando facetas da vulnerabilidade que poderiam passar despercebidas a um olhar mais desatento.

É importante ressaltar que a emergência do conceito de vulnerabilidade no contexto da epidemia de aids aponta no sentido de uma ampliação das alternativas de ações coletivas, visando o seu enfrentamento de forma mais global. Por outro lado, a complexidade que se impõe a partir do entendimento desse conceito pode gerar um sentimento de impotência, na medida

em que traz à cena questões sociais, políticas e econômicas organicamente intrincadas, que transcendem nossa capacidade direta de resposta e revelam nossos limites de atuação.

Todavia, entre nossas possibilidades e limites de ação, podemos trilhar caminhos que podem impactar a realidade que nos circunda de modo que, a médio e longo prazo, medidas efetivas possam ser empreendidas para minimizar os efeitos da desigualdade, da injustiça, da opressão, da exploração e da violência que impulsionam o avanço da epidemia em todos os países do mundo, em especial, nos países em desenvolvimento.

A organização social da população de profissionais do sexo é a mais importante resposta possível ao processo instaurado de exclusão social, simbólica ou real, produzida seja pelas relações de poder e opressão de gênero, seja pela marginalização econômica e política imposta às classes mais empobrecidas de nossa sociedade.

Ações de prevenção das DST e da aids no Brasil

Evolução histórica

Para Peter Burke, “a historiografia antiga determina que toda abordagem histórica se origina de um acontecimento que determina o rumo da própria História. A necessidade de uma História mais abrangente e totalizante nasce do fato de que o homem se sente como um ser cuja complexidade em sua maneira de sentir, pensar e agir não pode se reduzir a um pálido reflexo dos jogos de poder, ou da maneira de sentir, pensar e agir dos poderosos do momento. Fazer uma nova História, na expressão usada por Lucien Febvre, é menos redescobrir o homem do que, enfim, descobri-lo na plenitude de suas virtualidades, que se inscrevem concretamente em suas realizações históricas.”

A evolução histórica das ações de prevenção das DST e da aids desenvolvidas no Brasil dirigidas às profissionais do sexo é complexa e envolve muitos atores, muitas parcerias feitas e

desfeitas, muitos erros e acertos. Coroando tudo – como não poderia deixar de ser – o estigma da prostituição permeou os discursos e as ações dos atores envolvidos.

O acontecimento histórico é o advento da aids, que também começa como uma doença estigmatizante (câncer gay), e os atores são o Movimento de Profissionais do Sexo, os técnicos de saúde que desenvolvem ações dirigidas a profissionais do sexo, o governo e as organizações não-governamentais.

O trabalho foi iniciado em 1989 – pouco tempo, diria um historiador, mas que, no entanto, já nos permite uma visão dos acertos e erros, dos avanços e, quem sabe, um aprendizado para ações futuras.

Quando as primeiras notícias sobre a epidemia de aids chegaram ao Brasil, no início dos anos 80, o que chamou a atenção foi o caráter de transmissibilidade, ligado diretamente a um dos eixos da existência humana – a sexualidade – e sua associação com a homossexualidade (masculina, no caso), gerando reações de preconceito e discriminação social e sexual.

A concepção que associava a epidemia de aids aos, na época, chamados “grupos de risco” (homossexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis e prostitutas) permaneceu inalterada até o ano de 1986, quando os boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde passaram a mostrar uma significativa mudança no perfil da epidemia, expressa pela quantidade crescente de casos de aids notificados em mulheres.

Apesar de a inclusão da mulher nos dados de vigilância epidemiológica da aids no Brasil datar da segunda metade dos anos 80, a discussão sobre a transmissão heterossexual do HIV só adquiriu maior dimensão a partir da divulgação mundial, em 1991, de que o jogador de basquete americano Magic Johnson havia sido infectado por meio de relações heterossexuais. A partir de então, várias interrogações e inquietações contribuíram para a implementação de medidas preventivas da infecção pelo HIV que pudessem e, sobretudo, fossem eficazes para sensibilizar homens e mulheres para a adoção de práticas sexuais mais seguras.

Para as prostitutas, porém, não havia novidade: mais uma vez as profissionais do sexo eram chamadas a pagar a conta,

porque, historicamente, sempre foram responsabilizadas pela transmissão de doenças. Assim foi com a peste, com a tuberculose, com a sífilis.

O Movimento de Profissionais do Sexo, no entanto, recusou-se a aceitar mais essa responsabilidade e não aceitou, no princípio, participar dos esforços de lutar contra a doença. Existia, embutido no discurso então construído, uma concepção abolicionista, um esforço para acabar com a prostituição. Já que a transmissão do vírus tem a ver com a promiscuidade e que se considera que a prostituta é, na sua essência, promíscua, os esforços de prevenção devem se centrar na luta pela erradicação da prostituição, dizia-se. Felizmente, como ninguém – mesmo os especialistas – tinha certezas absolutas e as pesquisas sobre a origem do vírus eram desconstruídas, logo ficou evidente que seria importante dialogar e tentar trabalhar com essas mulheres.

Desde o início da epidemia, convivemos com diferentes classificações para tentar entender a relação entre indivíduo e risco de infecção pelo HIV para, conseqüentemente, atuar na prevenção da aids.

Primeiramente convivemos com o conceito de “grupo de risco”, quando homossexuais e indivíduos com múltiplas parcerias sexuais – considerados promíscuos – eram os principais atingidos. Com o decorrer do tempo, o aumento do número de pessoas infectadas pelo vírus e o controle social exercido pela sociedade civil (no nosso caso, o Movimento de Profissionais do Sexo), passamos a conviver com o conceito de “comportamento de risco”. Tratava-se não mais um vírus que atacava primordialmente profissionais do sexo ou homossexuais, mas de uma noção mais ampla, centrada no comportamento sexual das pessoas. Atualmente a noção com a qual trabalhamos é a de “populações mais vulneráveis”, o que proporciona um salto qualitativo, transferindo o foco do indivíduo para o contexto sócio-cultural.

Essa trajetória não aconteceu por acaso, e tampouco foi obra somente dos cientistas. A parceria entre academia, governo e sociedade civil foi determinante para essa evolução histórica, sendo importante lembrar que o controle social desempenhou papel fundamental nessa evolução.

Como o nosso trabalho diz respeito a uma categoria profundamente estigmatizada e envolvida em preconceitos vários, é necessário estar sempre atento, não somente às atitudes e noções dos outros parceiros envolvidos, mas também a cada um de nós, individualmente, por que corremos o risco do retrocesso histórico, e nossa tendência, às vezes, sem ao menos percebermos, é a de voltar a olhar a profissional do sexo como pertencente a um grupo de risco. Entendê-la como pessoa, que por sua condição profissional estigmatizada tem vulnerabilidades sócio-culturais, e compreender, estudar e trabalhar essa vulnerabilidade é o caminho mais difícil, porém, necessário.

A participação do Movimento de Profissionais do Sexo

Em 1988, o Movimento de Profissionais do Sexo começa a participar de reuniões do recém-criado movimento de Ong-aids. A coordenadora da Rede Brasileira de Profissionais do Sexo é convidada para um encontro nacional dos Grupos de Apoio à Prevenção da Aids (Gapa), em Salvador, no qual são lançadas as bases da metodologia para as ações de prevenção das DST e da aids entre profissionais do sexo.

Primeiramente, discutiu-se que a questão principal não era a promiscuidade e sim as fantasias sexuais. Como o mundo das fantasias sexuais é imenso, deveríamos, antes, fazer uma relação das mais recorrentes na cultura sexual brasileira, sempre pensando no uso do preservativo em todas as relações sexuais.

Em segundo lugar, a prostituta deveria ocupar o lugar de protagonista da prevenção. Munida de informações, poderia tornar-se uma agente de prevenção.

Em terceiro lugar, definiu-se como essencial a participação das prostitutas na formulação das políticas de prevenção relacionadas a esse segmento específico.

Começa assim um novo momento histórico: a profissional do sexo é percebida não mais como a transmissora em potencial de doenças e sim como a protagonista da prevenção. Esse se torna o discurso ideológico do Movimento Nacional de Profissionais do Sexo, numa tentativa de elevar sua dignidade e lutar contra o estigma.

Em dezembro de 1988, Gabriela Silva Leite é convidada pela Organização Pan-Americana de Saúde a participar de uma teleconferência, como palestrante em uma mesa sobre transmissão sexual. O discurso oficial era o tradicional: “o problema é a promiscuidade e, nesse sentido, as mais promíscuas são as prostitutas, razão pela qual temos que lutar pelo fim da prostituição”.

Gabriela faz o discurso oposto. Fala da proposta do Movimento sobre o protagonismo da prostituta e, assim, cria uma grande polêmica. Fica evidente que a política oficial de prevenção se orientava pela noção de grupo de risco.

No fim da conferência, a Rede Brasileira de Profissionais do Sexo foi convidada a participar de uma reunião em Brasília para iniciar um trabalho de prevenção com as profissionais do sexo brasileiras.

O Projeto Previna

O Projeto Previna foi a primeira ação de prevenção dirigida especificamente a profissionais do sexo, formulada pela Coordenação Nacional de DST-Aids, do Ministério da Saúde, em parceria com a sociedade civil. Ele previa o desenvolvimento de ações de prevenção das DST e da aids dirigidas a profissionais do sexo (prostitutas, travestis e michês), homossexuais, presidiários e usuários de drogas.

O grupo que participou da primeira reunião convocada pelo Ministério para discutir as ações do projeto dirigidas a profissionais do sexo contava com representantes de coordenações estaduais de DST-aids (Sergipe, Santa Catarina e Amazonas), de ONG-aids (Gapa São Paulo e Gapa Minas Gerais), de associações de profissionais do sexo (Rio de Janeiro e Belém) e de uma instituição francesa (Essor), que trabalhava com prostitutas no Ceará.

Essa primeira reunião destinava-se a apresentar o projeto, que já estava pronto. Seu resultado, no entanto, foi outro: o projeto passou por uma mudança estrutural decorrente da introdução do princípio de protagonismo, isto é, tanto o Movimento de Profissionais do Sexo como as ONG-aids lutaram para que as profissionais do sexo fossem capacitadas e elas mesmas informassem suas colegas sobre formas de prevenção. Iniciasse, assim, o emprego, no Brasil, da metodologia da educação por

pares, com agentes de saúde ou multiplicadores na prostituição, que continua até hoje. Inicia também uma parceria entre governo e sociedade civil, sempre complexa, mas, ao mesmo tempo, muito rica e proveitosa.

O projeto Previna consistia em capacitar participantes de ONG, associações da classe e coordenações estaduais e municipais de DST-aids para, com o apoio de materiais informativos especialmente elaborados para essa finalidade, realizarem intervenções preventivas face-a-face junto a profissionais de sexo, em campo, incluindo a distribuição gratuita de preservativos masculinos.

Em relação aos materiais informativos, decidiu-se que iriam ser editadas três cartilhas de prevenção, dirigidas, respectivamente a profissionais do sexo feminino, travestis e michês. Essa tarefa ficou a cargo do programa coordenado por Gabriela Silva Leite, sediado em uma ONG do Rio de Janeiro, com assessoria de Roberto Chateaubriand, do Gapa-MG, do ativista e escritor argentino Nestor Perlongher e do jornalista Flávio Lenz, editor do jornal “Beijo da Rua”.

Foram elaboradas as cartilhas “Fala, Mulher da Vida!”, para prostitutas; “Estrela da Noite”, para travestis, e “Rapaz da Noite”, para michês. O caminho, da elaboração à edição final e conseqüente distribuição e utilização em campo, foi complexo. Como os materiais empregavam a linguagem e a cultura do público-alvo, a Coordenação Nacional de DST-Aids, em um primeiro momento, não concordou com eles, entendendo que as cartilhas deveriam conter informações e uma linguagem científicas e não estarem centradas na cultura e na vida das prostitutas, michês e travestis. Surgiu aí o primeiro grande impasse entre sociedade civil e governo, no que se refere ao trabalho com profissionais do sexo.

A Rede Brasileira de Profissionais do Sexo, diante do impasse criado, resolve organizar um encontro nacional para discutir e validar o material. Participaram desse encontro não somente prostitutas e travestis, mas também representantes de ONG-aids, de coordenações estaduais e municipais e da própria Coordenação Nacional. A discussão foi extremamente difícil, mas, finalmente, os materiais foram aprovados e a Coordenação Nacional de DST-Aids assumiu o risco de publicá-los. O ano era

1989 e, em 1990, depois de treinamentos realizados nas Regiões Norte, Nordeste, Sudeste e Sul, as cartilhas começaram a ser distribuídas ao público-alvo.

A grande importância do Previna – mais tarde conhecido como “Previna I”, uma vez que teve continuidade e uma segunda edição – reside em que os princípios adotados na concepção deste projeto foram a base para todas as ações desenvolvidas até hoje entre profissionais do sexo.

O Projeto Previna I foi revolucionário. Combinou todas as questões que até hoje são preocupações para os que trabalham com prostituição e aids no Brasil. Questões caras como a parceria entre sociedade civil e governo, ONG-aids e associações de prostitutas, sustentabilidade e descentralização das ações, protagonismo do público-alvo, categorias epidemiológicas e, principalmente, a noção de estigma foram discutidas e entendidas como fundamentais para um trabalho realmente sério.

O Projeto Previna I, assim como as outras ações do Programa Brasileiro de DST/Aids sofreu uma desmobilização durante o governo Collor (1990 a 1992). Passado o período de trevas, reiniciamos do ponto onde havíamos parado. Assinou-se o primeiro acordo de empréstimo com o Banco Mundial, com vigência de 1994 a 1998, e, com ele, deu-se a retomada do processo do Projeto Previna – agora “Previna II” – que, deu continuidade aos projetos de intervenção comportamental. Ainda neste período, com muitas dificuldades, conseguimos editar o “Manual do Multiplicador para Profissionais do Sexo”, em 1996.

Paralelamente, começa, também, um novo tempo de parcerias, por meio das concorrências públicas destinadas a selecionar e financiar projetos de ONG, onde surgiram muitos projetos dirigidos a profissionais do sexo, todos, com raras exceções, tendo como metodologia a educação por pares, a formação de multiplicadoras. Com o segundo acordo de empréstimo junto ao Banco Mundial, com vigência de 1998 a 2002, novos e muitos projetos de ONG e de associações de prostitutas são financiados, mantendo a mesma metodologia e empregando materiais com a linguagem da prostituta.

Verificou-se, no entanto, que alguns projetos se distanciaram da política formulada, pois, embora privilegiassem todas as questões

metodológicas caras a todos nós, na prática, utilizavam testes compulsórios para medir resultados, eram extremamente técnicos e consideravam a prostituta como objeto de estudo. Não continham avaliação metodológica nem constituíam parcerias em sentido amplo. A Coordenação de DST-Aids, do Ministério da Saúde, se preocupava apenas em avaliar dados quantitativos e financeiros e a sociedade civil, inclusive as associações de prostitutas, em oferecer ao governo dados quantitativos e financeiros confiáveis, sempre pensando no próximo financiamento. Claro que existem exceções, mas exceções são o que são: somente confirmam a regra.

Nesse meio tempo, foi criado, junto à Coordenação Nacional de DST e Aids, do Ministério da Saúde, o Comitê Assessor para Ações de Prevenção entre Profissionais do Sexo, numa tentativa de discutir, avaliar e, principalmente, ser um espaço consultivo para formulação de políticas e norteamento de ações a serem desenvolvidas para esse segmento populacional.

ONG-aids e associações de profissionais do sexo

Houve um primeiro momento em que a parceria entre as associações de prostitutas e a Rede Brasileira de Profissionais do Sexo com as organizações da sociedade civil que se formaram como resposta social para o enfrentamento da epidemia – que passaram a ser conhecidas e referidas como “ONG-aids” – foi de fundamental importância. Pode-se dizer que os dois grupos de organizações caminhavam juntos, buscando um bem comum, ou seja, a luta contra o HIV e pela cidadania e organização.

Para o movimento de prostitutas, essa aliança era de extrema importância porque, enquanto a maioria dos movimentos sociais tinha dificuldades em assumir as prostitutas e seu movimento como um movimento social, as ONG-aids os assumiam e atuavam em cooperação. Com o deslocamento da ênfase, antes dada ao ativismo, para a execução de projetos, os dois grupos se distanciaram. Entramos na fase do público-alvo e nos distanciamos de nós mesmos. A busca de “profissionalismo” por parte das ONG-aids e das associações de prostitutas comprometeu o ativismo. É sintomático que o tradicional Encontro Nacional de ONG-aids (Enong), promovido a cada dois anos, tenha deixado

de discutir politicamente uma das pernas do seu movimento, ou seja, o movimento de prostitutas.

Quando começa o Projeto Aids II, com seu discurso eminentemente técnico, os Enongs trocam a discussão por apresentação de trabalhos apontando resultados alcançados em determinado projeto ou por oficinas de sexo seguro. Reflexo deste momento se faz notar no Fórum 2000, evento internacional realizado em dezembro de 2000, no Rio de Janeiro, no qual o Fórum Comunitário, evento paralelo organizado pelo movimento de ONG-aids, não promoveu nenhuma mesa sobre o movimento político de prostitutas. No entanto, no programa oficial, o tema estava contemplado. A grande distância entre a prática e a teoria se mostra presente: uma parcela considerável das ONG-aids mantém o discurso do protagonismo, mas a sua prática é exatamente o oposto.

Por sua vez, as várias associações de prostitutas deixaram de lado o discurso político e questões tão importantes para o movimento – como organização, cidadania, direitos humanos e auto-determinação – foram relegadas a segundo plano, em nome da efetividade das ações de prevenção. Em vários encontros de prostitutas, em mesas de troca de experiências entre associações que fazem parte da Rede Brasileira, o assunto se resumiu aos projetos de prevenção de DST e da aids.

Protagonismo e público-alvo

Para as associações de profissionais do sexo e ONG-aids, o protagonismo das prostitutas está relegado ao segundo plano. O que existe é público-alvo.

O que são as multiplicadoras? Prostitutas sim, mas que, depois de receberem capacitação, passam a não mais se considerar prostitutas e sim agentes de saúde. O estigma – do qual todos querem fugir – aparece aí em sua plenitude: as prostitutas deixam de ser companheiras e passam a ser público-alvo do projeto; as monitoras ou agentes de saúde deixam de pertencer a uma categoria profissional e passam a fazer parte de outra. O mais irônico é que nenhuma das duas é reconhecida legalmente, mas a de agente de saúde é reconhecida moralmente, não carrega consigo o forte estigma da prostituição.

Queremos lembrar que, nos paralelos entre passado e presente, a História nos oferece a oportunidade de reconhecer que o engajamento não é uma via de mão única e que, para buscar o conhecimento do homem integral, não devemos nos limitar a vê-lo como prisioneiro de estruturas asfixiantes, mas também como um espírito capaz de ser livre por sua criatividade.

Instifucionalizaçãõ das ações de prevençãõ das DST e da aids no Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) preconiza a descentralização das ações de saúde por meio da municipalização. Esse processo vem exigindo a redefinição dos papéis das secretarias estaduais e municipais de saúde, priorizando a atenção básica e as ações de promoção da saúde e prevenção, modificando o modelo vigente, essencialmente assistencial.

Historicamente o sistema de saúde não incorpora a atenção às populações mais vulneráveis como os usuários de drogas, os homossexuais, os travestis e os profissionais do sexo, caracterizadas como de difícil acesso e com necessidades muito particulares. Com o fomento das ações de prevenção das DST e da aids, decorrentes da evolução da epidemia, o acesso desses segmentos aos serviços tem se ampliado, bem como um forte estímulo a que esses grupos mais vulneráveis procurem os serviços de saúde.

Torna-se fundamental que os serviços de saúde, além daqueles que são referência para aids, incorporem na sua prática de trabalho as ações de prevenção e assistência dirigidas às profissionais do sexo, para assegurar sua institucionalização e conseqüente sustentabilidade. Além disso, exige-se uma ação articulada com outros órgãos governamentais, nas áreas de Justiça e Assistência Social, promovendo políticas públicas intersetoriais, fundamentais para o sucesso e resolutividade das ações de saúde.

Os Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) estão em expansão e são estratégias importantes para a mobilização de uma comunidade

para a prevenção. Os monitores de saúde que atuam junto às profissionais do sexo devem ter conhecimento sobre as ações do PACS/PSF na área de abrangência do projeto, para informar suas clientela sobre os serviços de saúde disponíveis e realizar os encaminhamentos que se fizerem necessários.

A partir de uma ação integrada, pode-se elaborar estratégias de intervenção em conjunto onde seja possível a visita dos agentes comunitários de saúde e/ou outros profissionais de saúde da equipe local às casas de prostituição, com o objetivo de auxiliar os monitores treinados pelo projeto a orientar os profissionais do sexo sobre temas como: a importância do pré-natal, da prevenção de câncer de útero e mama e do diagnóstico e tratamento das DST, bem como informar sobre os locais onde estão disponíveis os testes anti-HIV e VDRL (diagnóstico sorológico da sífilis), os serviços de aconselhamento, de saúde mental e os que fazem distribuição dos preservativos.

É importante ressaltar que esses temas – já contemplados nas ações desenvolvidas em campo – poderão ter sua discussão ampliada, ao serem incluídos outros atores sociais na arena do debate. Como pode ser visto, revela-se fundamental que a capacitação dos agentes comunitários e demais profissionais de saúde inclua conteúdos de prevenção junto às profissionais do sexo, não apenas como forma de sensibilização para o problema, mas, sobretudo, para garantir um acolhimento adequado, respeitoso e digno a esta população.

Direitos humanos e Cidadania

Nas últimas duas décadas do século XX, o Brasil passou por profundas transformações políticas que possibilitaram a reconciliação de nossa História com o processo democrático, desconhecido por uma considerável parcela da população brasileira e quase que esquecido pelos demais, após os longos anos de regime militar. A redemocratização do país trouxe à baila discussões sobre a questão dos direitos, em especial o direito de se ter direitos que, em última instância, é conhecido como exercício de cidadania.

Muito se tem discutido sobre o tema, nos mais diversos locais, por diferentes atores sociais e por razões distintas, tornando o assunto uma questão cotidiana, beirando o corriqueiro e o banal. Se por um lado observa-se um avanço na socialização da discussão sobre cidadania, percebe-se, por outro, o risco de um esvaziamento de seu sentido original, passando a encara-la como um bem garantido, estático, cuja significação se faz totalizante, prescindindo de análises mais sofisticadas, tal qual um fenômeno natural.

No entanto, devemos reconhecer que o conceito de cidadania é amplo e abrangente, passível de ser analisado e interpretado em várias dimensões que se entrecruzam em uma malha complexa de significados e entendimentos, principalmente se levarmos em conta que este conceito é forjado historicamente e, portanto, determinado por fatores sócio-culturais.

Devemos refletir sobre dois eixos fundamentais nos quais se funda o conceito de cidadania e que nos propõem um desafio constante por contrastar o que é da ordem do indivíduo e o que diz respeito ao coletivo. O que convencionamos chamar de cidadania individual regula os direitos e deveres do sujeito no singular, onde o que se destaca são as lutas pelos direitos civis e políticos, mas não podemos nos esquecer da dimensão apontada pela cidadania coletiva, aquela que, da mesma forma, regula os direitos e deveres de grupos sociais, reivindicando-os sob a forma de bens, serviços e, sobretudo, de espaços sócio-culturais.

Essas duas dimensões não são antagônicas, especialmente quando verificamos que as noções de liberdade e de igualdade constituem categorias centrais para ambas, porém a dinâmica estabelecida entre elas implica em restrições e contradições contínuas, nem sempre simples de serem resolvidas. O desafio está em manter presente a ética da igualdade em uma sociedade (re)produtora de mecanismos eficazes de exclusão e desigualdade social.

O processo de construção da cidadania brasileira nunca foi linear em sua história e se mantém em um frágil equilíbrio, particularmente se o analisarmos pela ótica dos direitos que balizam o conceito de cidadania, seja individual ou coletiva.

Na perspectiva dos direitos, o conceito de cidadania pode ser desdobrado em uma seqüência lógica, embora não necessariamente rígida, onde temos os direitos civis, os direitos políticos e os direitos sociais. O modo como a história de uma sociedade ordena tal seqüência é determinante para se entender como este povo se apropria deste conceito e, no caso do Brasil, conseguirmos entender a sua instabilidade.

Os direitos civis dizem respeito ao conjunto de direitos fundamentais à vida, como liberdade, igualdade e justiça. Em seu bojo se encontram as garantias da vida em sociedade e de relações civilizadas entre os indivíduos, tendo, como premissa básica, a liberdade individual. É a partir de sua observância que temos garantido o direito de ir e vir, de nos organizarmos, de não sermos presos arbitrariamente, de sermos assistidos por uma justiça independente e acessível a todos.

Os direitos políticos apontam para a possibilidade de participação direta do cidadão no governo da sociedade e consiste, portanto, na capacidade do exercício de demonstrações políticas, de se organizar em partidos e agremiações, de concorrer a cargos eletivos e escolher pelo voto os seus representantes. Estamos na arena da gestão e do governo e o voto é a sua expressão maior, como emblema do exercício dos direitos políticos, já que se apresenta como instrumento legitimamente constituído de participação do povo nos mecanismos do Estado. É importante ressaltar que, sem o direito básico de livre expressão de opinião e organização comunitária, pilares dos direitos civis, o exercício do voto se esvazia e se descaracteriza, tornando-se um arremedo de participação. Daí o pressuposto lógico da antecedência dos direitos civis sobre os políticos, uma vez que podemos ter direitos civis na ausência dos direitos políticos, mas muito dificilmente conseguimos o inverso.

Por fim, temos os direitos sociais que agregam todas as possibilidades que apontam para a participação e divisão da riqueza coletiva. Estão incluídos neles o direito à moradia, à educação, à saúde, ao trabalho e a um salário justo. Ironicamente, esses direitos não se apresentam, necessariamente, como respostas do Estado à organização civil ou política de uma sociedade, pois podem surgir a partir da montagem de um mecanismo eficiente

de administração do executivo e serem usados, inclusive, como substitutos dos demais direitos.

A seqüência lógica mencionada acima implica na conquista dos direitos civis em primeiro lugar, quando um povo, através do exercício da liberdade, da justiça e da organização social, passaria a influir e participar mais diretamente do Estado regente deste coletivo. Constituído o espaço dos direitos políticos e estabelecido a interlocução da sociedade civil com o Estado, este, por fim, responderia às demandas da população com políticas públicas, sendo conformados o que se conhece como direitos sociais. Porém, faz-se necessário reconhecer que tal lógica exige uma exceção na medida em que os direitos civis, historicamente, só foram conquistados de fato através do acesso ampliado de um processo de educação popular que permitiu a cada sociedade, não obstante todas as diferenças possíveis de serem apontadas entre os países, ascender a um nível de consciência que possibilitou as lutas pelos seus direitos.

Diferentemente do observado em outros países como os europeus, no Brasil, a construção do mosaico de direitos que promoverão o que conhecemos como cidadania inicia-se pelos direitos sociais para posteriormente chegar aos direitos civis e políticos. Por contraste com outros países, percebemos, no Brasil, uma grande ênfase dada historicamente aos direitos sociais que, muitas vezes, serviu como tamponamento para a ausência de direitos políticos e/ou civis.

Esta construção histórica nos auxilia a entender a fragilidade do povo brasileiro quanto ao exercício pleno da cidadania, que é entendida como sendo a apropriação das três dimensões de direitos por uma sociedade. É o equilíbrio entre os direitos civis, políticos e sociais que garantem a um povo o status de cidadão. Portanto, a ausência ou ênfase em uma das esferas dos direitos em detrimento das demais promove, em última instância, o que se conhece como cidadania tutelada ou a divisão dos cidadãos em castas distintas, onde o compartilhamento dos direitos não se dá de forma equânime.

A hipertrofia dos direitos sociais promovida pela excelência da máquina político-administrativa do Poder Executivo, independente dos conflitos e tensionamentos das lutas populares, confere ao

processo reprodutor das desigualdades sociais um caráter ilusório de coisa natural, radicalizando a estratificação da população, tendo como pano de fundo uma perversa distribuição de renda. Dessa forma, direitos tornam-se bens passíveis de serem adquiridos pela cumulação de recursos financeiros, concentrados nas mãos de uma minoria que passa a dispor deles de acordo com suas conveniências.

Engendra-se o artifício que promove a transmutação de cidadãos em consumidores. Aqueles que possuem recursos acessam os serviços e bens, que passam a ser consumidos como produtos do sistema social. E os menos favorecidos economicamente são excluídos de forma automática deste processo. Como um dínamo, esta ação se retroalimenta em um moto contínuo, fazendo desaparecer o sujeito, seus direitos e sua crítica da realidade circundante, única ferramenta capaz de desconstruir esse sistema instalado.

Na cultura brasileira, identificamos diversos mecanismos de reação utilizados pelos segmentos menos favorecidos frente à adversidade, o que nem sempre pode ser celebrado como estratégia positiva, ainda que aparente ou pontualmente o sejam de fato. É impressionante a rápida resposta popular, em especial em espaços geopolíticos demarcados, como os que se convencionou chamar de comunidades, na montagem de uma rede de suporte social que oferece apoio mútuo e coletivo. De imediato nos chamam a atenção esses atos de generosidade e solidariedade, tão freqüentes e espontâneos em nossa sociedade. No entanto, na medida em que tais respostas populares surgem desvinculadas de uma reflexão, servindo para minimizar os efeitos cruéis produzidos pela desigualdade social, corremos o risco de termos montado apenas um eficaz instrumental reativo e mantenedor da mesma desigualdade e opressão social que a colocou em movimento, já que é, geralmente, utilizado para substituir mecanismos efetivamente transformadores da realidade, alienando o indivíduo pela anestesia localmente oferecida.

Não nos restam dúvidas acerca da importância social das ações solidárias, comumente observadas em nossas comunidades de base. Porém, se tais ações estiverem esvaziadas de seu sentido primeiro que seria criar condições apropriadas para mudanças

estruturais que se mostram evidentes, geramos uma intolerável malha social, onde a generosidade passa a ser confundida com passividade e a solidariedade com resignação. Em outras palavras, pode ser muito louvável que uma comunidade se reúna para uma leitura coletiva de um manual de DST e aids, em razão do alto índice de analfabetos funcionais existente em seu meio. Todavia, esta iniciativa, ainda que não possamos lhe negar o valor, de maneira alguma, por si só, contribui para diminuir o índice de analfabetismo. E este sim, indubitavelmente, se apresenta como o fator essencial para o aumento da vulnerabilidade daquela população e o seu crescente distanciamento do exercício pleno de cidadania.

Se lançarmos um olhar crítico para a História do Brasil, perceberemos que, muito embora inúmeras conquistas tenham sido obtidas por meio de lutas populares, o conceito de cidadania ainda não é familiar a uma significativa parcela da sociedade, o que nos autoriza a dizer que vivemos em um vácuo do terreno democrático, já que não existem concessões no campo da cidadania. Mais do que nunca, a provocação de Milton Santos se faz pertinente: o Brasil é um país constituído por um povo que desconhece cidadania. Enquanto a classe dominante esforça-se para garantir privilégios, rompendo com alguns dos eixos constituintes do conceito de cidadão que é a igualdade e a justiça, a grande maioria da população sequer tem conhecimento do direito a se ter direitos, contentando-se com ações esparsas de um Estado que troca supostas benesses sociais pelo silêncio da população.

De certa forma, este estado de coisas nos ajuda a entender a relação da população com os serviços públicos, em especial os de saúde. Esta relação é marcadamente caracterizada pela solicitação e concessão de favores, esvaziando esse espaço de todo e qualquer sentido de direito conquistado pelo pagamento de impostos e tributos diversos. Impera, tanto por parte do usuário quanto do servidor, a noção de gratuidade dos serviços prestados, produzindo uma eterna dívida social a ser paga pela sujeição do indivíduo. No final das contas, agradecemos servilmente quando nossas demandas são atendidas e calam, humilhados, quando estas nos são negadas.

Não raramente, nos deparamos com a falsa idéia de que o Sistema Único de Saúde é um benefício estatal disponível apenas a uma parcela da sociedade que coincide, basicamente, com aqueles marcados pelo sinal de pertencimento social. Em outras palavras, aqueles que, de maneira insistente, são pensados como excluídos não podem acessá-lo. O curioso é que o SUS, tal como vem sendo operacionalizado, adquiriu o estatuto de assistência para pobres, uma vez que a classe média, mesmo condenada a um lento processo de extinção, esforça-se para evitá-lo, pagando planos de saúde privados. Simbolicamente, estratificamos ainda mais a nossa pirâmide social já tão desigual e, ao invés de alargarmos o conceito de cidadania, tornamos mais elástico o conceito de exclusão, que passa a representar um contingente da população para além das fronteiras da miséria econômica, abrangendo os desviantes e os estigmatizados pelo sistema social vigente.

Seguindo as pistas oferecidas acima, não é de se estranhar a ausência ou invisibilidade das profissionais do sexo na rede pública de Saúde, porque não se percebem, da mesma forma que não são percebidas, como detentoras dos mesmos direitos da população em geral e, por isso mesmo, não conseguem acessar tais serviços ou necessitam mascarar os supostos sinais da diferença e do estigma social para obter os benefícios coletivos ofertados pela rede, acessando-a disfarçadamente.

Mais uma vez fica patente a urgência da discussão e o fomento de ações promotoras de mecanismos de organização social desses segmentos da população, objetivando o seu reposicionamento na sociedade que possa garantir-lhes direitos e deveres iguais, ou seja, seu lugar de cidadãos plenos.

Controle social

Por muitos anos entendeu-se controle social como sendo um conjunto de mecanismos utilizados pelo Estado para manutenção da ordem social, disciplinando a sociedade a partir de códigos e padrões de conduta moral e/ou social. Tal controle é exercido, dentre outras formas, pela implementação de políticas públicas destinadas a para amenizar potenciais conflitos advindos da vida em comunidade. Pressupõe o estabelecimento de um

pacto entre o Estado e a sociedade, segundo o qual aquele controlaria a sociedade ao mesmo tempo em que incorporaria suas demandas, atendidas através de bens e serviços publicamente disponibilizados a todos.

Desde a promulgação da Constituição em 1988, a questão do controle social sofreu um importante deslocamento conceitual, o que a popularizou.

Tendo em vista o reconhecimento do poder do Estado em seu esforço de manter a coesão e a ordem social através da imposição de projeto hegemônico de conduta, coube à sociedade civil organizar-se no sentido de reverter, a seu favor, esse quadro, passando a interferir de forma mais direta e precisa nas políticas públicas, ampliando o que se conhece como esfera pública.

Nesse momento, passa-se a entender controle social na perspectiva da sociedade que apresenta respostas/reações às proposições do Estado, complexizando o cenário social. A comunidade, enquanto legítimo ator social, se propõe a influir na gestão das políticas públicas, visando controlá-las para que atendam efetivamente os interesses e demandas comunitárias. Esse é o espaço por excelência do exercício pleno da cidadania.

Entende-se por políticas públicas um conjunto de diretrizes e referências ético-político-legais, adotadas pelo Estado para responder às demandas sociais, que podem ser mais ou menos explícitas, de acordo com os interesses que as move, ou fomenta. Esse processo pressupõe um permanente e necessário tensionamento entre o Estado e a sociedade civil, já que nem sempre encontramos pontos coincidentes entre as propostas e ações governamentais e as demandas comunitárias. É a partir do embate entre esses poderes distintos, e quase sempre assimétricos, que, em uma sociedade democrática, constrói-se o espaço da interlocução e elaboração de saídas legítimas para os mais diversos impasses colocados cotidianamente pela vida civilizada.

A clareza, a efetividade e a aplicabilidade de políticas públicas relacionam-se com a base comunitária que apresenta a demanda. Quanto mais distanciada desta base, maior o risco das políticas públicas se transformarem em normas restritivas de direitos, ainda que implícitas, em especial quando respondem aos impasses e tensões advindos da sociedade em geral. Partindo do pressuposto

de que o campo social se constitui pela diversidade, sendo, portanto, um conceito teórico pouco preciso e profundamente heterogêneo, os conflitos gerados entre a moral vigente e mantida pela maioria e segmentos sociais específicos, em especial aqueles que subvertem a ordem estabelecida, são inevitáveis e, se bem manejados, podem ser, mesmo, muito saudáveis para a construção do espaço democrático.

Quando as políticas públicas se referem ao campo da sexualidade, os embates tendem a ser mais complexos, por colocar em jogo interesses, visões de mundo e padrões morais e religiosos contrastantes entre si. Em outras palavras, assistimos ao embate entre a ordem dominante e o desejo, na maioria das vezes desviante, que, invariavelmente, são inconciliáveis. Porém podem e devem encontrar um ponto de equilíbrio tal que proporcione a expressão coordenada de ambos, onde a existência de um não signifique a anulação do outro.

Indiscutivelmente é nessa perspectiva que devemos discutir políticas públicas, controle social, cidadania e profissionais do sexo, dados os conflitos permanentes que surgem quando irrompem no cenário político-social atores, invariavelmente considerados cidadãos de segunda classe, reivindicando direitos plenos, tratamento digno e respeitoso e atenção básica indiferenciada.

Ao discutirmos políticas públicas, é indispensável manter no horizonte a noção de controle social associada à idéia da sociedade como um importante investidor dos recursos geridos pelo Estado, já que estes provêm dos tributos pagos ao governo, em forma de impostos diretos ou indiretos, que põem a máquina estatal em funcionamento. Desta maneira, temos a formulação e implementação dessas políticas como direitos e não como favores ofertados pelo poder instituído, em um trato aparentemente tácito, de devolução dos recursos pagos em impostos por meio de serviços, ações e bens de utilidade pública. Assim, a noção de controle social se alicerça em uma ação fiscalizadora concreta que monitora a execução dos projetos propostos pelo Estado, cobrando-lhe resolutividade, transparência e lisura no trato da coisa pública.

No entanto, pensar controle social apenas na lógica da fiscalização tende a fragilizar esse mecanismo, uma vez que pressupõe uma ação limitada do cidadão, mais uma vez sujeito a um ordenamento externo. Nessa perspectiva, a sua participação passa ser uma concessão ofertada ao final do processo de construção de respostas a suas necessidades, restando-lhe avaliar um produto que já possui traçados, a priori, suas meta e objetivos, sempre do ponto de vista externo à comunidade. Mais uma vez, temos a imagem do Estado benemérito, que permite algum acesso à coisa pública fazendo crer a todos a existência de um projeto coletivo, porém estrategicamente elaborado por ele.

Não resta dúvida em que tal controle se faz necessário e é fundamental, em especial quando é aplicado sobre o orçamento e os fundos de financiamento das ações estatais. Porém, corre-se o risco de nos encantarmos com essa função – que se traduz como o exercício de um certo poder possivelmente nunca antes experimentado e, por isso mesmo, fascinante e hipnotizador – fazendo-nos perder de vista uma outra dimensão, não menos importante, do conceito de controle social, que é a efetiva participação da sociedade civil na elaboração das políticas públicas.

O caráter participativo deve ser entendido como sendo a capacidade que a sociedade apresenta de interferir ativamente na gestão pública, propondo idéias, negociando os limites possíveis de concessão, discutindo a viabilidade da execução, verificando orçamento e, finalmente, acompanhando a implementação das ações do governo instituído, garantindo que tais ações se transformem, de fato, em políticas de Estado, para além da gestão governamental do momento.

Desse modo, nos aproximamos do que se conhece como exercício de cidadania, que possui, como fundamento, a possibilidade de os indivíduos se tornarem sujeitos de direito, que propõem e agem no sentido de transformar a realidade, rompendo com a noção de fatalismo e legitimação de benefícios e vantagens sociais exclusivas, endereçadas a uma parcela mínima da sociedade.

Os mecanismos que possibilitaram a efetiva participação da sociedade civil na construção das políticas públicas foram

gerados e consolidados por movimentos sociais organizados e atuantes, em especial no campo da saúde, que culminaram com a implantação do Sistema Único de Saúde, considerado, por muitos, uma verdadeira revolução dos direitos sociais ao se sustentar em princípios fundamentais como a universalização do acesso a ações e serviços, a integralidade da atenção, a resolutividade, a equidade e a descentralização das ações de saúde.

A exemplo do que foi conquistado pelo setor saúde, proliferaram no Brasil outras experiências participativas visando o controle social nas mais diversas áreas, como educação, desenvolvimento, habitação, direitos humanos e outras, todas estruturadas tendo como base a lógica dos conselhos e conferências de saúde.

O processo de descentralização das ações de saúde, ainda que lento e apresentando níveis diferenciados de avanço quando analisamos o Brasil como um todo, possibilitou a aproximação e o acesso da população às políticas do setor, ao transferir sua gestão para os municípios, representando um deslocamento real do poder, não apenas do nível central para o local, mas, sobretudo, para os setores organizados da sociedade civil. A institucionalização dos Fundos Municipais de Saúde trouxe para mais perto do cidadão a discussão sobre controle social e, conseqüentemente, a sua interação com o governo municipal no sentido de possibilitar a influência direta no estabelecimento de prioridades e políticas sociais e de saúde que garantam o atendimento das necessidades da população.

Como estratégia fundamental para o efetivo controle social, contamos hoje, no Brasil, com dois canais institucionais de participação comunitária nas políticas de saúde, representados pelos conselhos e conferências de Saúde, ambos com representação municipal, estadual e nacional.

Os conselhos de saúde são órgãos colegiados, de caráter deliberativo, constituído paritariamente, que contam com a participação efetiva da comunidade, dos trabalhadores do setor, dos prestadores de serviço e do governo. Os conselheiros são eleitos através das conferências de saúde, que se realizam a cada quatro anos, cabendo aos usuários a ocupação de 50% das cadeiras nos conselhos e as demais divididas entre trabalhadores (25%), prestadores de serviço e governo (25%). Cabe aos conselheiros

atuar na elaboração de estratégias e no controle das políticas públicas, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões precisam ser homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

Embora os conselhos possuam função deliberativa com relação às políticas de saúde, a decisão final acerca destas políticas cabe ao Poder Executivo, representando, ao final, o controle do conselho pelo gestor. Porém, não se pode deixar de levar em consideração que os conselhos de saúde, como instâncias de deliberação, mesmo tendo suas decisões sujeitas à homologação do Executivo, abriu os caminhos para o controle social dos recursos públicos. O importante é que a gestão torna-se mais transparente e, nos impasses públicos, forçando o Executivo a apresentar um arrazoado convincente para contrariar as indicações apontadas pelos conselhos.

A imposição legal de criação dos conselhos de saúde como requisito para a municipalização contribuiu de forma decisiva para que a participação social por esse meio se tornasse uma realidade presente em praticamente todo o território nacional.

As conferências de saúde são instâncias colegiadas com função consultiva, ou seja, cabe aos conselheiros e representantes dos diversos segmentos sociais presentes avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação das políticas públicas na área da saúde nos respectivos níveis em que é realizada a conferência, podendo ser convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelos conselhos de saúde. O documento final das conferências de saúde serve de base para a elaboração de políticas para o setor, mas não garante a sua implementação, uma vez que elas não possuem caráter deliberativo. No entanto, devido ao peso político assumido por essa instância nos últimos anos, as propostas contidas em seus documentos finais oferecem, à sociedade civil, elementos balizadores para a cobrança e fiscalização de ações públicas em função de seu valor incontestavelmente legítimo.

As conferências de saúde vêm desenvolvendo um papel fundamental na divulgação das políticas de saúde no seio da sociedade civil e dos trabalhadores do setor, constituindo-se canais democráticos de proposição e avaliação dos serviços de saúde,

bem como permitindo uma articulação das questões locais e/ou nacionais com os determinantes das políticas implementadas pelo SUS. As conferências criam um espaço de reverberação dos problemas vivenciados pela população, pressionando os gestores a apresentarem respostas ou justificativas para estas questões.

A implantação dos conselhos e conferências de saúde por meio de lei federal representa uma importante conquista popular ao propiciar a criação de espaços de participação e controle social, na perspectiva da ampliação da democracia. Porém, faz-se necessária uma análise crítica das possibilidades de participação comunitária, pois o papel a ser desempenhado não está estrita ou estaticamente delineado, ou seja, da mesma forma que o mecanismo de participação pode servir para coletivizar e democratizar os processos de gestão da coisa pública pode também servir para legitimar o poder instituído e cooptar os movimentos sociais. Em todo caso, os conselhos e conferências não deixam de ser espaços democráticos que contribuem para a redefinição das relações entre o público e o privado, embora apresente os mesmos problemas verificados em outras instâncias de discussão e decisão, também consideradas democráticas, onde vence aquele com maior poder de argumentação, saber e organização.

Este talvez seja o ponto mais frágil ainda observado no processo de constituição destes dois canais institucionalizados de controle social. Não raramente faltam aos conselheiros, representantes dos usuários e dos movimentos sociais, as ferramentas e conhecimentos técnicos básicos que lhes possibilitem um controle efetivo das políticas, em especial, das contas e gastos públicos.

Além disso, percebe-se uma certa dificuldade dos conselheiros de saúde para discutir e refletir sobre questões que transcendem o seu cotidiano direto, o que os impede de empreender análises conjunturais, sócio-política-econômicas, que possibilitariam uma intervenção mais efetiva dos problemas de saúde em sua dimensão macro e estrutural. Essa situação, especificamente, reflete o estágio ainda embrionário de uma parcela considerável do movimento social que se mostra incapaz de uma inter-relação dialógica e intersetorial que poderia promover a potencialização das demandas sociais de um modo geral. Observa-se uma

compartimentalização dos problemas, demandas e necessidades, a partir das especificidades de cada segmento social que, ao serem reivindicadas isoladamente, perdem o impacto ao serem endereçadas ao Poder Público, que não as compreende para além da singularidade do movimento social que as gerou.

Esses dois fatores – falta de instrumentalização técnica e ausência de articulação dos movimentos sociais – enfraquecem a representação majoritária dos usuários nos conselhos e conferências, tornando-a um alvo fácil para manobras e cooptação política. Apesar da sociedade civil constituir o bloco de maior concentração de poder decisório nesses espaços e, por isso mesmo, possuir condições para reverter a seu favor o que vem sendo colocado como situação problema, não raramente perde a oportunidade de exercer seu efetivo papel de controle social por não se comportar como um segmento coeso, embora diverso.

Como foi visto, os conselhos e conferências de saúde são importantes canais institucionais para o exercício do controle social, porém não podem ser interpretados como a única possibilidade de expressão e intervenção comunitária no espaço público. Sem dúvida, existem outras formas e, algumas delas, vêm se mostrando até mais impactantes junto ao Poder Público, como a articulação dos movimentos sociais em rede promovendo ações conjuntas de pressão política, e o exercício da livre expressão na mídia, pelos grupos organizados, legitimamente reconhecidos pelo trabalho, intervenção e transformação da realidade local.

A organização da sociedade civil pelo reconhecimento de uma identidade social comum e da identificação coletiva de demandas e necessidades constitui um passo fundamental para o fortalecimento dos mais variados grupos comunitários que ascendem como sujeitos capazes de promover a ruptura radical com o processo de estigmatização contínua, reafirmando a possibilidade de agir sobre o mundo a partir da certeza de possuir direito de ter direitos, como todos os outros cidadãos.

Para tanto, é necessário mais do que o conhecimento dos direitos, das leis e de outros ordenamentos sociais. É necessário aprender a exercê-los cotidianamente, incorporando elementos capazes de promover uma transformação estrutural na auto-imagem bombardeada sistematicamente pela discriminação,

pelo preconceito e pelo estigma. Esse é o processo capaz de nos curar da miopia que torna a realidade uma imagem distorcida diante de nossos olhos e que provoca o que pode ser chamado, não de ilusão de ótica, mas de ilusão de ética. É a quebra dessa ilusão de ética que gera a possibilidade concreta de construção de uma nova postura frente ao mundo, cuja base não se sustenta na espera passiva da mudança, mas na exigência do exercício constante da indignação, com relação ao desrespeito dos direitos e deveres, que nos move em direção a uma ação concreta e implicada no enfrentamento da desigualdade social, dada como verdade inabalável, imutável ou invencível.

Nas palavras do filósofo, inspirado em Paulo Freire, temos que apostar na utopia e na esperança. Esperança que não deve ser associada ao verbo esperar e sim ao verbo esperarçar, que nos move em direção à busca da possibilidade de transformar dignamente o mundo por meio da ação coletiva. Talvez essa seja a melhor tradução do que conhecemos como exercício da cidadania.

A violência contra a mulher

As relações de poder intergênero acarretaram, historicamente, a desigualdade nas relações entre homens e mulheres, cabendo a esses um papel hierarquicamente preponderante, tanto na esfera social quanto familiar, e levando a que a afirmação da posição hierárquica masculina freqüentemente se afirme através da violência, tanto física quanto psicológica, atingindo as mulheres. Socialmente, condições de vida desfavoráveis, discriminação por raça, religião e orientação sexual aumentam a vulnerabilidade feminina em relação à violência.

A expressão “violência contra a mulher” refere-se não somente à agressão física, mas também a qualquer forma de desrespeito à sua dignidade que se expressa como:

- violência física propriamente dita, que diz respeito a agressões físicas em geral;
- violência sexual, que inclui toda forma de coerção sexual, com ou sem violência física;*

* O Código Penal tipifica como “crimes contra a liberdade sexual” o estupro, caracterizado como *constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça (art. 213), e o atentado violento ao pudor, definido como: constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal (art. 214).*

- violência psicológica, que é uma forma de violência na qual ocorrem ameaças à vítima ou a outras pessoas; ameaças a animais de estimação; destruição de objetos; gritos; controle sobre atividades da vítima; isolamento; restrição do acesso a serviços, à escola, ao emprego; humilhação; insultos e críticas constantes e acusações sem fundamento;

- violência doméstica ou intrafamiliar, que é aquela que ocorre dentro de uma unidade familiar ou doméstica.

Em 1999, a Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (RedeSaúde) publicou o “Dossiê Violência Contra a Mulher”, onde foi apresentado o panorama geral relativo à violência intrafamiliar, violência sexual, exploração sexual de crianças e adolescentes e à violência institucional contra as mulheres, no Brasil. Este Dossiê denunciou – a partir da enunciação de resultados de pesquisas e levantamentos realizados por organismos governamentais, organizações não-governamentais e do sistema das Nações Unidas – dados que demonstram a ausência de vontade política e a banalização da questão da violência, traços peculiares a um país que ainda se caracteriza pela cultura patriarcal.

A prostituta, na sua condição de mulher, não escapa a esse contexto de violência historicamente construído. No entanto, dada à concepção da sociedade de que a atividade que ela exerce é não só ilícita mas também moralmente reprovável, a expõe a uma violência ainda maior, nos ambientes em que exerce sua atividade, praticada tanto por clientes quanto por agentes do Estado.

O tipo de ambiente onde a prostituta atua diferencia o grau de exposição a ações violentas e arbitrárias, podendo-se evidenciar que o trottoir as deixa mais vulneráveis do que os locais fechados. Na rua, por exemplo, estão sujeitas a agressões verbais arbitrárias, de parte tanto de cidadãos comuns como de agentes policiais, extorções, agressões físicas e ameaça de prisão. Acrescente-se que, muitas vezes, as condições acertadas para o programa, como preço, práticas e uso de camisinha, são alteradas na hora de sua consumação, mediante ameaça ou emprego de força física ou arma.

A realização de programas em boates ou bordéis é, de certa forma, mais segura porque, no seu interior, a própria estrutura organizacional (presença de porteiros, garçons, seguranças etc.) tende a minimizar abusos por parte de clientes que, via de regra, se acham no direito a tudo, simplesmente por estarem pagando. As mulheres que percebem o seu ambiente de trabalho como sendo seguro e “bem freqüentado”, apesar de suas saídas com clientes, não demonstram nenhum sentimento de medo em relação à profissão. No entanto, mesmo nestes ambientes, podem ocorrer situações constrangedoras relacionadas ao não cumprimento dos acordos estabelecidos para a realização do programa. Há casos, ainda, em que as exigências do proprietário/a do estabelecimento são desfavoráveis e humilhantes. É também por essa via – proprietários/as – que se dão as extorções, cabendo às prostitutas o ônus da conta.

O que a experiência de algumas e o relato de outras mostram é que a violência física e simbólica dos policiais contra as trabalhadoras do sexo, além de ser em si mesmo um desrespeito a qualquer pessoa, no caso específico da prevenção, constitui mais um fator de vulnerabilidade de natureza psicológica. A arbitrariedade e a violência do “braço do Estado” enfraquecem a ação institucional preventiva das DST e da aids.

Nesse sentido, deve-se destacar a violência como um fator muito relevante na hierarquia de riscos a serem enfrentados na prevenção da infecção pelo HIV e de outras DST, seja ela a violência doméstica, do policial de rua, nas delegacias, dos clientes ou dos agenciadores. O seu efeito mais imediato é a redução da auto-estima, a humilhação que fragiliza a profissional do sexo e a deixa mais vulnerável.

Uma outra forma de violência muito importante nesse contexto refere-se àquela que se dá nos espaços de assistência à saúde. Nesse prisma, destaca-se a invisibilidade das profissionais do sexo nos registros de serviços de saúde, devido a estigmatização e discriminação. Os prestadores/as de serviços de saúde, embora disponham de estruturas administrativas e de habilitação técnico-científica, em muitas ocasiões revelam, ainda, concepções preconceituosas, sendo as mais sentidas as que se referem ao modo como representam a mulher profissional do sexo.



Prevenção das DST e da aids entre profissionais do sexo

Passos fundamentais para desenvolver a intervenção

Os trabalhos desenvolvidos junto a mulheres profissionais do sexo no Brasil foram iniciados, de forma sistemática e consistente, em 1989 e, desde então, conseguiu-se acumular no país uma experiência importante que nos serve de guia para a implementação de novos programas direcionados a essa população.

Os trabalhos desenvolvidos nas diversas regiões brasileiras caracterizam-se por um conjunto de práticas que pouco diferem entre si, o que nos permite identificar alguns passos e diretrizes básicas que lhes são comuns, experimentados no decorrer destes últimos anos, e que se mostraram imprescindíveis ao trabalho junto a profissionais do sexo. A socialização desse conhecimento e experiência é necessária para se evitar o esforço de reinvenção de práticas já testadas e corroboradas por experiências bem-sucedidas.

De um modo geral, podemos identificar uma base comum aos trabalhos implementados no Brasil, onde predominam a metodologia de educação por pares e as intervenções por meio de contatos face-a-face, com grande ênfase no repasse de informações sobre prevenção das DST e da aids e cuidados com a saúde em geral.

Embora a preocupação com direitos civis, violência e organização social esteja presente em uma parcela considerável dos projetos implementados, em especial nos últimos anos, ainda percebemos que tais temas são, com frequência, trabalhados de forma superficial ou apenas tangenciados, sem que seja dada a atenção que lhes deve ser dedicada quando objetivamos impacto e resolutividade das ações junto a profissionais do sexo.

Independente da linha de ação do projeto, é importante apontar os passos fundamentais que se apresentam como comuns a todos os programas de prevenção junto a profissionais do sexo.

1) Mapeamento

Para o desenvolvimento de um trabalho de prevenção junto a qualquer população específica, faz-se necessária a aproximação dos promotores da ação ao segmento social ao qual a ação está dirigida, uma vez que seu sucesso dependerá da quantidade de informações disponíveis sobre a população a ser trabalhada e do grau de familiaridade com a cultura local.

As informações necessárias sobre a população incluem, minimamente, suas características demográficas, áreas de concentração e mobilidade que apresenta. Para obtê-las, podemos lançar mão de diversos instrumentos de coleta de dados, em especial o mapeamento geo-político-social das áreas onde se encontra a comunidade com a qual buscamos trabalhar.

É necessário tecer alguns comentários sobre a pertinência de cada um desses conjuntos de informação, no contexto dos projetos dirigidos a profissionais do sexo.

Características demográficas

O conhecimento do quantitativo populacional residente em determinada área é de suma importância para o planejamento das ações dirigidas a ela porque serve de base para o dimensionamento

do esforço e dos recursos necessários, da quantidade de material educativo e de prevenção a ser disponibilizado e do quadro de recursos humanos necessário para que o programa atinja seus objetivos de forma efetiva.

Áreas de concentração da população

Identificar onde a população se encontra não apenas norteia a ação proposta como assegura a efetividade das ações, evita a dispersão de esforços e mantém o foco da atenção nas regiões onde as ações são mais necessárias.

Mobilidade

É imprescindível conhecer as características sociais, políticas e comportamentais do segmento a ser trabalhado, bem como as motivações da migração interna e/ou externa que caracteriza determinadas comunidades de profissionais do sexo. A constante mobilidade das mulheres nas zonas de prostituição é um fenômeno presente na maioria delas, o que torna o trabalho de intervenção passível de interrupções e recomeços. A observação e o entendimento dos determinantes dessa característica nos auxilia a traçar estratégias mais eficazes.

A identificação de lideranças e seu envolvimento é uma dessas estratégias que podem manter o trabalho de prevenção durante as eventuais alterações no contingente de mulheres com que o projeto está trabalhando, seja em hotéis, casas de prostituição ou mesmo nas ruas.

A escolha do campo para a intervenção de prevenção deve estar baseada em critérios epidemiológicos, na possibilidade de acesso aos membros da comunidade selecionada e na prospecção do impacto da ação sobre ela.

O mapeamento da área identificada como prioritária se mostra um meio eficaz e suficiente para uma primeira aproximação dos técnicos à população. Fala-se aqui de uma primeira aproximação tendo em vista que o conhecimento em maior profundidade da comunidade selecionada para o trabalho apenas vai se dar, realmente, em processo, isto é, no decorrer da intervenção propriamente dita, e dependerá, sobremaneira, da capacidade de a equipe profissional estabelecer vínculo com os membros desta comunidade.

A efetividade da ação será diretamente proporcional ao êxito obtido nessa primeira fase de trabalho, pois é o seu produto que nos servirá de guia para a execução das atividades programadas, inclusive, e principalmente, devido à identificação de pessoas-chaves facilitadoras do trabalho junto às profissionais do sexo.

O mapeamento pode ser realizado por meio de informações obtidas pelas próprias profissionais do sexo, pela comunidade local e pelas ONG que trabalham com prostituição, servindo para identificar as ruas, casas, praças, hotéis, bares, boates, motéis, áreas portuárias, rodoviárias, estradas, cinemas e demais pontos onde se dá o comércio sexual. O mapeamento deve, ainda, identificar e caracterizar o serviço de saúde com jurisdição sobre a área a ser trabalhada.

Concluindo: as informações mínimas que compõem o mapeamento de uma área são: número de pontos de prostituição, tipos (casa, rua, etc.), localização, dias mais movimentados, número de profissionais do sexo (quando possível), clientela e unidade de saúde mais próxima.

Os relatórios de mapeamento, tendo em vista a natureza das informações que contêm, devem estar disponíveis apenas para as instituições envolvidas no trabalho de prevenção. No entanto, pode-se analisar a possibilidade de os mapeamentos realizados pelo projeto serem utilizados por outros atores quando objetivarem a melhoria da assistência e da atenção aos profissionais do sexo, e estiver garantido o sigilo das informações.

2) Formação de recursos humanos

O impacto de uma ação de promoção da saúde ou de prevenção junto às profissionais do sexo está intimamente relacionado à qualidade da formação de um quadro de recursos humanos claramente identificados tanto com o trabalho como com este segmento social. Isso se aplica a todos os diversos atores que irão compor a equipe de intervenção, em especial aos técnicos da área da saúde e/ou educação e aos agentes / monitores vinculados ao programa.

Com relação aos técnicos, é importante que haja uma clara motivação pessoal para o desenvolvimento da ação de

prevenção junto a profissionais do sexo, entendida como a disponibilidade para reconstruir crenças, mitos e fantasias que comumente perpassam o imaginário social quando o assunto é prostituição, e uma simpatia, no sentido lato do termo, para com esta comunidade e seu estilo de vida. A designação de técnicos para essa tarefa sem atender a esses critérios e de forma descompromissada com a questão pode comprometer de forma significativa os resultados do programa.

No tocante aos agentes / monitores, devemos lembrar que a metodologia de educação por pares exige que eles sejam oriundos da comunidade a ser trabalhada e selecionados a partir do resultado do mapeamento realizado na fase inicial do projeto. As equipes de campo deverão ser compostas, prioritariamente, por lideranças identificadas anteriormente e membros da comunidade com potencial para o desenvolvimento deste atributo, com forte vínculo social com o campo a ser trabalhado. Essas características devem estar em perspectiva na montagem de uma equipe, já que são consideradas estratégicas para esse tipo de trabalho.

O envolvimento da população no planejamento e na execução das ações de prevenção e promoção da saúde vem se mostrando fundamental, pois as baliza de forma inequívoca, promovendo melhores resultados, além de ser um elemento tático de acesso ao coletivo ao qual se destina o trabalho, legitimando-o. Temos, aqui, um corte conceitual excepcional, na medida em que rompe com a idéia de uma ação externa e interventora em uma certa comunidade, que passa a ser considerada um coletivo responsável e implicado no processo, cujos beneficiários são os seus membros como um todo.

A capacitação técnica da equipe, aqui considerada o conjunto de técnicos e agentes comunitários, é o próximo passo na execução do projeto. Por ser estratégica, a possibilidade de sucesso no processo de capacitação está condicionada à seleção de um conteúdo programático que não apenas contemple os aspectos técnicos (médicos, epidemiológicos, psicossociais) da epidemia, mas seja, também, capaz de fornecer um espaço adequado para a discussão da questão da prostituição e de todos os elementos que a tornam um tema complexo e multifacetado.

Além disso, a atenção ao processo de construção do conhecimento individual sobre as questões técnicas e sócio-político-comportamentais da prática do sexo comercial deve estar no horizonte do profissional responsável pela capacitação, pois a experiência tem demonstrado que a aprendizagem está relacionada ao entrelaçamento de um determinado conteúdo, proposto como necessário ao trabalho, com as vivências pessoais de cada indivíduo que se propõe a ser capacitado.

Nota-se, ainda, que, mesmo que aparentemente similares, não se trata de “treinamento de pessoal” e, sim, de um processo de ensino-aprendizagem baseado na experiência e nas necessidades das pessoas envolvidas, o que o qualifica como uma estratégia diferenciada e bem mais elaborada, em especial por considerar o aprendiz como sujeito da ação de educação e não um objeto ao qual um determinado saber é destinado.

3) Provisão de insumos

Ao se desenhar uma ação de prevenção das DST e da aids ou de promoção da saúde, é necessário dimensionar adequadamente o quantitativo de materiais educativos e de prevenção que serão utilizados nas atividades de campo, reuniões comunitárias, unidades de saúde e outros espaços onde o trabalho será desenvolvido. Tal dimensionamento será norteado pelo mapeamento realizado, que nos oferece a dimensão e a extensão do esforço a ser empreendido.

Os insumos necessários à realização das atividades em campo incluem:

- materiais educativos e de informação diversos, em formato gráfico, definidos como pertinentes à ação de prevenção junto a profissionais do sexo: álbuns seriados, cartilhas, folders, cartazes, boletins, informativos etc.;
- materiais audiovisuais (filmes, videoteipes, discos* e áudioteipes) e os equipamentos necessários à sua utilização (projetores, aparelhos de televisão, toca-fitas);

* Empregados, principalmente, em programas radiofônicos.

- materiais para oficinas de sexo mais seguro (próteses penianas, modelo pélvico e lubrificantes);
- preservativos masculinos e femininos;
- kits de redução de danos.

Materiais educativos

Os materiais educativos e de informação devem apresentar alto grau de compatibilidade com a cultura local em que se insere a população a ser trabalhada. Isto significa que a linguagem empregada, a forma e o conteúdo devem ser facilmente assimiláveis pelos membros da comunidade para os quais estão endereçados. Para tanto, a participação da população no planejamento, elaboração e testagem desses materiais se torna imperativa.

É importante salientar que a distância entre a população e o meio usado para o trabalho (cartilhas, vídeos, folders) promove um processo de estranhamento e alienação do indivíduo, já que o torna incapaz de se reconhecer e se identificar com o material que lhe é destinado. Sempre é pertinente lembrar, no entanto, que o ser humano, por sua inteligência e sensibilidade, é provido da capacidade de reaprender aquilo que não lhe foi ensinado anteriormente, quando há a possibilidade de sua participação ativa na construção de seu saber sobre o mundo.

Não se pode deixar de considerar que, na maioria das vezes, tanto os técnicos quanto os profissionais do sexo não têm formação ou experiência que os habilite à produção de materiais com a qualidade necessária e desejada. Portanto, é imprescindível que a elaboração e, especialmente, a produção de materiais (de comunicação, de informação, educativos, instrucionais) fique a cargo de profissionais que possuem formação indicada para tal função, sem excluir a equipe, as lideranças e demais pessoas envolvida no projeto do planejamento dos mesmos.

Quanto maior a tiragem ou o custo de produção, mais se justifica que o material seja testado (validado, na linguagem técnica) quanto a seu funcionamento com grupos de representantes da população a que se destina, antes de sua produção em escala, visando garantir a melhor adequação entre o elaborado e as reais necessidades do grupo a ser trabalhado e evitar o desperdício de recursos com materiais que não funcionam como deveriam.

Preservativos

Preservativos masculinos e femininos são insumos necessários ao trabalho de campo por seu caráter estratégico.

A distribuição de preservativos cumpre duas funções: o estímulo ao uso e o favorecimento da aproximação / familiaridade da população com esse meio estratégico de prevenção. Não é esperado nem desejável que tal distribuição supra as demandas de cobertura integral da necessidade de preservativos das profissionais de sexo com que o projeto trabalha, ainda que elas, com frequência, se apresentem durante o desenvolvimento das atividades de campo.

Não há dúvida de que o quantitativo de preservativos a ser distribuído por pessoa em campo sempre será insuficiente, se for levada em conta a média de programas/dia que cada profissional do sexo faz. No entanto, é essencial que se esclareça, desde o início das atividades, que a distribuição tem os objetivos acima apontados e constitui um apoio para o trabalho das mulheres; que, para sua rotina de “batalha”, elas devem ser capazes de suprir-se dos preservativos necessários por conta própria. A distribuição do preservativo deve, assim, estar associada ao estímulo ao seu uso em todas as relações sexuais e à discussão sobre formas e estratégias para obter acesso a ele como, por exemplo, a compra cooperativada em distribuidoras que mantêm programas de subsídios (marketing social do preservativo).

No tocante ao preservativo feminino, é importante ressaltar o seu caráter de insumo alternativo, e não substitutivo, do preservativo masculino. A “camisinha feminina”, embora seja disponibilizada para este público específico por alguns programas de distribuição, ainda é um insumo de alto custo que dificilmente poderá a vir se tornar um instrumento de proteção popular. Desse modo, o estímulo ao seu uso deve ser feito visando às situações onde a capacidade de negociação do preservativo masculino esteja ameaçada ou quando o seu uso se faz mais apropriado, como é o caso de clientes sob efeito de álcool/drogas ou com dificuldades de ereção, já que a “camisinha feminina” pode ser utilizada ainda que o pênis do parceiro não esteja ereto.

Outra observação pertinente em se tratando do uso do preservativo feminino diz respeito à importância de proceder a sua colocação no ato do programa, preferencialmente abrindo

o envelope na presença do cliente, o que previne a fantasia e a alegação de reutilização ou de contato com fluidos corporais de outros clientes, supostamente atendidos antes dele.

Kits de redução de danos

Nem sempre os usuários de drogas injetáveis se identificam, por não desejarem se expor à atitudes preconceituosas ou pelo próprio uso ilegal de determinada substância. Torna-se importante e necessário a disponibilização, no trabalho de campo e nas unidades de saúde, dos kits de redução de danos contendo agulhas, seringas, garrotes, lenços anti-sépticos, copo plástico, água para a mistura da droga e preservativos, água destilada, com a correta orientação de uso, buscando sempre a prevenção, a inclusão social e a cidadania para os usuários de drogas, sejam os profissionais do sexo ou clientes.

4) Abordagem de campo

A abordagem de campo deve ser feita com base nas especificidades e características da população a ser trabalhada, previamente mapeadas, e na dependência da qualidade do vínculo inicial estabelecido com ela.

A experiência mostra que a estratégia de empregar lideranças e pessoas oriundas da comunidade como agentes de campo é a maneira mais indicada, devido à familiaridade com a cultura, o que serve como elemento facilitador para o contato e oferece maior legitimidade às informações e discussões realizadas junto ao grupo. No entanto, técnicos bem capacitados e disponíveis para o enfrentamento das diferenças que marcam os indivíduos podem ser adequados ao trabalho, em especial se conseguem estabelecer um vínculo de confiança com a população que vão abordar. Em última instância, podemos afirmar que será a relação estabelecida com a comunidade que dará legitimidade ao trabalho, assegurando-lhe maior efetividade, já que nem sempre o fato de ser oriundo deste segmento populacional assegura ao indivíduo os atributos e a legitimidade necessários para o desenvolvimento das ações em campo.

A programação do trabalho em campo deve levar em consideração o horário e o momento mais adequados para a abordagem. Não se pode perder de vista que, uma vez em

campo, estamos interferindo no trabalho das profissionais do sexo, o que representa um elemento dificultador do contato e repercute na qualidade do trabalho. Nem sempre a profissional estará disponível para conversar, no horário escolhido pelo agente / monitor, pois poderá interpretar a abordagem como um empecilho à sua atividade, por que vai desviar a sua atenção dos clientes ou tumultuar a área, espantando-os.

Tendo em perspectiva esses limitantes da atuação em campo, deve-se atentar para o risco de não transformar a abordagem em um mero dispensatório de preservativos, por que o espaço de discussão não está aberto naquele momento e o insumo, na maioria das vezes, se mostra como um objeto desejado, encerrando o contato com sua distribuição.

A qualidade da comunicação entre o agente de saúde e a profissional do sexo é fundamental para o sucesso do trabalho educativo. A escuta atenta e respeitosa das demandas apresentadas, que muitas vezes irão transcender o tema das DST e aids, fará com que o indivíduo abordado se sinta à vontade para discutir suas vivências, práticas e dificuldades cotidianas, possibilitando uma abordagem qualificada e aumentando a probabilidade de melhor conhecer e atuar junto à esta população.

É fundamental manter uma postura isenta de críticas e pré-julgamentos, pautada no respeito às características de cada pessoa presente no campo de trabalho, para que os agentes de saúde possam focalizar questões específicas como vulnerabilidade, negociação do sexo mais seguro e cuidados com o corpo, ainda que a partir de temas aparentemente desvinculados do contexto da epidemia de aids. Para tanto, é imperativo que se reconheça que estamos diante de cidadãos que possuem uma história própria e específica e que, ainda que distinta da dos técnicos, são capazes de contribuir para a construção de um projeto coletivo que visa o benefício de toda aquela comunidade. Em outras palavras, é importante que tenhamos no horizonte a consciência de que possuímos um certo saber, mas que, definitivamente, ele não compreende a totalidade do fenômeno social no qual intervimos com nossas ações. Nosso conhecimento deve ser complementado pelo saber que a população apresenta para que o projeto atinja seus objetivos de forma plena.

Um outro aspecto que necessita ser manejado com cuidado na abordagem em campo diz respeito ao lugar ocupado pelo agente de saúde quando este é selecionado na comunidade atendida pelo projeto. Não raramente observa-se um deslocamento identitário segundo o qual prostitutas que atuam como agentes de saúde tendem a assumir a identidade de técnicos de saúde, distanciando-se da população de origem. Esse processo pode acarretar um crescente rechaço, pela comunidade, do agente que vai perdendo, lentamente, os elos sociais que conferiam legitimidade a seu discurso junto a seus pares.

Nesses casos, deve ser estimulada a manutenção, pelo agente, dos códigos lingüísticos e culturais originais, de modo que, mesmo acessando informações técnicas mais sofisticadas e compartilhando de um status supostamente mais elevado que o auxilia a lidar com o estigma, ele possa manter seus laços com sua comunidade, propiciando, inclusive, condições para que outros membros da população reflitam sobre estigma, discriminação e auto-estima.

Mensagens importantes para o agente de saúde

- Utilize linguagem simples, não técnica.
- Divulgue mensagens positivas, encorajadoras e que tenham credibilidade.
 - Evite sobrecarga de informação.
 - Verifique se a profissional do sexo compreendeu as informações que recebeu.
 - Estimule o desenvolvimento da auto-estima e de outras habilidades favoráveis à adoção de práticas sexuais mais seguras.
 - Seja breve: deixe tempo para perguntas.
 - Respeite as preferências e necessidades das profissionais do sexo.
 - Existem profissionais do sexo que precisam de ajuda para identificar as situações de risco, os desafios, as escolhas a fazer e as conseqüências de sua decisão.

5) Articulação com serviços

As ações de promoção da saúde e da cidadania exigem articulação com as diversas áreas do setor saúde e também com vários outros setores do serviço público, propositores e executores de políticas públicas. Com o enfoque da promoção da saúde, é possível desenvolver estratégias de articulação intersetorial, já que tal conceito pressupõe um forte componente de mobilização social, educação para a saúde e melhoria do grau de informação e consciência sanitária.

É muito importante que se promovam articulações com serviços de saúde e assistência social existentes na área escolhida para a ação de prevenção junto a profissionais do sexo. A abordagem dessas instituições deve ser feita, inicialmente, pela apresentação do projeto, prévia a sua implementação. Na medida do possível, deve-se promover a discussão, com o pessoal desses serviços, da programação, estratégias, metodologia e resultados esperados, visando o envolvimento de novos parceiros, que podem ser estratégicos para a consecução dos objetivos do projeto.

É preciso construir uma retaguarda de serviços (referências) para que as demandas suscitadas pelas atividades de prevenção e promoção da saúde sejam acolhidas, pois, caso contrário, todo esforço empreendido poderá ser desperdiçado pela cristalização da imagem de baixa resolutividade e descompromisso do Poder Público para com a população trabalhada.

Os serviços locais de saúde, ou da área de abrangência do projeto, precisam estar disponíveis e capacitados para o atendimento digno e respeitoso e para a provisão, pelo menos, de diagnóstico e tratamento para DST e de exames ginecológicos e de prevenção de câncer de colo uterino e de mama. Um trabalho de sensibilização dos profissionais de saúde daquelas unidades pode ser indicado para melhorar o atendimento às profissionais do sexo e seus clientes. Visitas de acompanhamento, realizadas durante o período de execução do projeto, para que as equipes dos serviços de referência e do projeto possam discutir possíveis problemas e superar dificuldades do serviço em relação aos encaminhamentos e peculiaridades da população encaminhada e atendida, são essenciais.

A articulação do projeto com outros órgãos governamentais, ONG e outras organizações comunitárias pode beneficiar as profissionais do sexo, sobretudo se levarmos em consideração que as ações voltadas para a saúde serão mais eficazes se estiverem compreendidas numa estratégia de atenção integral ao indivíduo, entendido como cidadão e não apenas como profissional do sexo.

Constituem órgãos cuja articulação é estratégica para os projetos que trabalham com profissionais do sexo: o Instituto de Identificação (várias mulheres que trabalham na periferia das grandes cidades e em cidades do interior não possuem carteira de identidade), a Delegacia da Mulher (freqüentemente, as profissionais do sexo são vítimas de violência), a Secretaria de Ação Social (que promove cursos profissionalizantes), a Defensoria e a Promotoria Pública e aquelas entidades que lidam com direitos humanos e cidadania, como Coordenadorias de Direitos Humanos e Cidadania.

No caso de regiões onde já existem associações de prostitutas ou ONG que trabalham com profissionais do sexo, a interlocução e a parceria com esses atores são imprescindíveis, ainda que o trabalho esteja planejado visando uma área de abrangência diversa daquelas já trabalhadas por essas entidades. Não se pode esquecer que a organização social das profissionais do sexo, mesmo que não seja o objetivo expresso do projeto a ser executado, apresenta-se como estratégia de grande relevância quando se almeja a promoção da saúde, a prevenção das DST e da aids e a proteção de seus direitos políticos, civis e sociais.

Conhecemos as limitações dos projetos voltados para a população de profissionais do sexo no tocante à organização social. No entanto, devemos reconhecer que, independentemente dessas limitações, o fomento à discussão de questões referentes a esse tema pode e deve compor a agenda de trabalho dos projetos desenvolvidos e, para tanto, não se pode ignorar a importância da articulação com os movimentos sociais instituídos para auxílio de encaminhamentos nessa direção.

6) *Monitoramento e supervisão*

O monitoramento das ações em campo e a supervisão do trabalho dos técnicos e agentes de saúde são requisitos importantes para o sucesso do projeto.

O monitoramento consiste no acompanhamento das ações planejadas, para permitir corrigir os rumos das atividades propostas que, por ventura, apresentem problemas em sua execução. Este processo é marcado, de forma proeminente, pelo seu caráter de objetividade e possibilidade de mensuração quantitativa.

Para operacionalizar de forma efetiva um processo de monitoramento, lança-se mão de uma série de instrumentos que nos auxiliem na identificação de problemas e impasses técnicos ou políticos e facilitem o processo de encontrar soluções para eles e para as questões apresentadas pelo trabalho cotidiano.

Constituem instrumentos de monitoramento os mapas diários de controle de atividades de campo; de distribuição de materiais educativos e preservativos, e de cobertura de áreas trabalhadas, dentre outros que podem vir a ser elaborados de acordo com o projeto e as ações propostas.

Comumente são utilizados indicadores previamente estabelecidos, que nos auxiliam a diagnosticar falhas, desvios ou equívocos na condução do trabalho. Esses indicadores, denominados “de processo”, como o nome diz, servem para verificação do andamento das atividades, em especial das atividades-meio, como, por exemplo, o número de reuniões, de multiplicadores formados e de oficinas e treinamentos realizados, comparados com o que foi programado.

A supervisão, por sua vez, é uma ação voltada, basicamente, para os indivíduos executores da ação e consiste em um processo caracterizado pela interação entre os técnicos, em especial, o coordenador do projeto, e os agentes de saúde, baseando-se em uma análise mais qualitativa do desenvolvimento dos trabalhos em campo.

É no espaço promovido pela supervisão que poderão surgir e serem dissipadas dúvidas, criadas ou alteradas alternativas de abordagem e feita a discussão coletiva dos dados obtidos por meio dos formulários de monitoramento.

O compartilhamento das experiências de campo, a participação na elaboração de novas estratégias de intervenção e a discussão técnica e teórica sobre as questões que enviesam o trabalho junto a profissionais do sexo, por planificar os discursos e práticas, qualificam as ações propostas, potencializando positivamente os resultados esperados do projeto.

A supervisão deve ser idealizada como uma ação estratégica do projeto e necessita, como o monitoramento, de instrumentos que norteiem a sua execução de modo a não se perder em discussões esvaziadas de conteúdo e sem proposições práticas.

Os instrumentos utilizados no processo de supervisão também devem ser elaborados em consonância com as necessidades do projeto e, na medida do possível, validados pela equipe que precisa se reconhecer neles. Somente dessa maneira este espaço pode vir a se constituir em uma arena adequada para o crescimento de todos os envolvidos e, sobretudo, um campo privilegiado de desalienação de práticas pré-determinadas e determinantes de condutas pedagógicas autocráticas.

Pode-se utilizar, como instrumentos de supervisão, diários de campo, relatórios de visitação em campo, de reuniões comunitárias e de supervisão, e roteiros de supervisão, além dos instrumentos utilizados no monitoramento, que poderão servir de subsídio para a avaliação dos trabalhos desenvolvidos.

O monitoramento e a supervisão são processos interdependentes e complementares que devem ser entendidos como atividades que dialogam entre si em benefício do objetivo final do projeto, onde não há prevalência do qualitativo sobre o quantitativo e vice-versa, pois ambas as abordagens são fundamentais para a compreensão e o sucesso do empreendimento proposto.

7) Avaliação

O conceito de avaliação é relacionado ao ato de atribuir valor e, ainda que aparentemente óbvia, a sua necessidade carece de uma discussão sistematizada em nosso meio, onde é notória a pouca experiência avaliativa relacionada aos projetos e programas de prevenção.

No campo da saúde, as ações, de um modo geral, caracterizam-se pelo pragmatismo, gerando uma distorção do que deveria ser compreendido como avaliação. Por essa razão, julgamos pertinente deter-nos em uma reflexão mais aprofundada sobre esta questão, embora sem nenhuma pretensão de esgotá-la.

Não raramente, confundem-se análises ou estudos descritivos com avaliações, ou seja, elegem-se relatórios de atividades, de atingimento de metas e outros instrumentos baseados em uma evidente lógica reguladora de efetividade e otimização, seja de recursos, de insumos ou de ações propriamente ditas, como mecanismos de avaliação.

Sem dúvida, esses instrumentos são essenciais para mensurar o esforço empreendido pelo projeto. No entanto, eles apenas tangenciam o que sustenta o conceito de avaliação, que seria o julgamento, a atribuição de um valor relativo à ação planejada.

Muito embora, durante a elaboração de projetos de prevenção das DST e da aids e de promoção da saúde, sermos levados a elencar uma série de resultados que deverão ser alcançados ao final da execução das atividades previstas, em geral não conseguimos formular indicadores válidos para mensurar esses resultados ou outros meios para que, de fato, se dê um julgamento. Apenas apontamos dados referentes ao quanto trabalhamos.

Faz-se necessário ressaltar que, no campo da aids, apontamos, consensualmente, como resultado desejado, a redução da morbimortalidade associada à epidemia, que, a rigor, se apresenta muito mais como um ponto no horizonte que nos guia as ações, na medida em que a sua mensuração não está disponível para nossos projetos.

Avaliar em saúde torna-se uma tarefa árdua e complexa, pois exige, além da técnica, um acordo entre o pragmatismo e a formação de um juízo de valor nem sempre possível, devido ao compromisso com o imediato que a maioria dos projetos apresentam.

Quando se pensa em avaliar ações de saúde, almeja-se, basicamente, que, ao final do processo, tenha-se promovido o aprimoramento das intervenções por meio de mudanças estratégicas na prática ou nas relações dos serviços e/ou

atividades propostas, voltadas para a comunidade. Por isso, devemos conceber a avaliação como um instrumento inserido no campo da ética e do compromisso social, pois ela pode nos proporcionar subsídios para uma contínua reflexão acerca do que produzimos a partir de nossas ações.

Um ponto fundamental a ser levantado aqui diz respeito ao surgimento de “novas” informações que transcendem os objetivos estabelecidos do projeto, como as demandas que apontam para questões de qualidade de vida, autonomia, empoderamento, enfim, questões eminentemente políticas, indissociáveis de uma prática educativa que visa a transformação da realidade circundante dos indivíduos trabalhados.

Portanto, a avaliação deve ser entendida como parte integrante do projeto, visando auxiliar formuladores de políticas, gestores, gerentes e técnicos no processo de reflexão e proposição de novas políticas de ação, de forma mais clara e efetiva.

Essencialmente, avaliamos para verificar se a intervenção funciona ou se produz os resultados e impactos esperados, e isso significa, em última instância, atribuir um juízo de valor aos efeitos produzidos e à intensidade em eles foram produzidos. Portanto, ao se elaborar um projeto deve-se ter clareza do que se espera como conseqüência da intervenção proposta para que se possa construir mecanismos adequados de mensuração dos resultados, de forma válida e confiável.

Essa tarefa compõe o escopo do processo de planejamento do trabalho e, no campo das intervenções educativas, mostra-se extremamente complexa, na medida em que a delimitação das ações torna difusos os limites desta intervenção em função das variáveis intervenientes que não são controladas pelo projeto. É difícil ser rigoroso na avaliação de uma ação de prevenção se sabemos, de antemão, que a população a ser trabalhada não se encontra em um campo hermeticamente fechado onde apenas a ação desenvolvida pelo projeto se faz presente.

Ainda que estejamos nos referindo a um instrumento técnico e teórico que lhe oferece uma feição acadêmica e distante do cotidiano onde as ações de prevenção se desenrolam, a avaliação se mostra possível e necessária, mesmo que não possuam o rigor de uma metodologia científica, bem acabada e amplamente

testada. O que, ainda assim, não nos autoriza a descartar o maior esforço possível em direção ao rigor técnico, para garantir uma avaliação confiável.

Não existe nenhuma receita pronta para desenvolver uma ação de avaliação. Porém é necessário que se tenha claro que o método utilizado irá depender do objetivo e do objeto da avaliação, ou seja, é imprescindível definir qual o nível de intervenção que se pretende avaliar, pois será a partir dele que poderemos formular perguntas adequadas que nos servirão de base de análise e julgamento, ou seja, de avaliação das ações.

Se o objetivo é mensurar os efeitos de uma intervenção em um grupo específico, no caso as profissionais do sexo, devemos, em primeiro lugar, construir indicadores que nos permitam verificar se os resultados esperados foram alcançados, da mesma forma que, a partir de indicadores de impacto, possamos apurar as mudanças provocadas na população pelas ações desenvolvidas.

Para avaliar os resultados esperados, podemos lançar mão de indicadores quantitativos, previamente determinados no planejamento das atividades, como o número de pessoas abordadas, a quantidade de preservativos e materiais educativos distribuídos, a presença em reuniões comunitárias, o aumento do número de consultas nos serviços de saúde locais, dentre outros.

Como pode ser antevisto, a operacionalização dessa etapa do processo de avaliação requer instrumentos de coleta de dados que deverão ser analisados tendo em perspectiva os indicadores previstos. Porém, esses dados são insuficientes para a mensuração do sucesso de um projeto, pois apenas indicam que se cumpriu corretamente o cronograma das atividades.

Para avançar em direção à meta de avaliação mais efetiva, deve-se lançar mão de indicadores de intervenção que indiquem o impacto do projeto, que nos informem sobre os efeitos das ações empreendidas junto à comunidade, ou seja, nos permitam verificar as possíveis mudanças relacionadas ao projeto, mesmo que, como já foi dito, não sejam exclusivamente de responsabilidade da intervenção proposta.

Nesse sentido, podemos conferir a referência ao aumento do uso do preservativo nas relações sexuais junto aos clientes

e/ou parceiros fixos das profissionais do sexo, o acréscimo da capacidade de negociação de sexo mais seguro, os relatos de procura espontânea de serviços de saúde em clínicas de DST e de testagem anti-HIV, a constituição de associações organizativas, a concepção menos preconceituosa sobre a prostituição da mídia ou da comunidade local.

Nessa etapa da avaliação, a coleta de dados exigirá instrumentos adequados e sensíveis, uma vez que as informações disponíveis não serão, necessariamente, quantificáveis de forma direta, ou melhor, não estarão sob o controle dos técnicos responsáveis pela execução do projeto. Pode-se utilizar, para isso, questionários estruturados ou semi-estruturados, entrevistas, grupos focais e outras técnicas capazes de proporcionar a visão dos múltiplos elementos que buscamos para auferir as mudanças desejadas.

Para concluir, o processo de avaliação mais confiável considera o cruzamento de todos os dados obtidos durante a execução do projeto, para que se possa construir um diagrama capaz de acomodar as diversas variáveis presentes num processo educativo que visa a prevenção das DST e da aids e a promoção da saúde das profissionais do sexo.

Combinar os indicadores de processo e de intervenção, por meio do diálogo entre os diversos instrumentos utilizados para coleta de dados e análise qualitativa e quantitativa, oferecerá um painel mais fidedigno, seja do processo de construção, seja das mudanças provocadas na população, e que, certamente, auxiliará no planejamento e qualificação das ações de continuidade de nossa atividade.

Possibilidades de intervenção preventiva

Metodologia face-a-face

A metodologia de contato face-a-face surgiu no campo da aids como uma alternativa à educação coletiva, baseada no repasse de informações básicas e uniformizadas sobre a epidemia.

De uma forma geral, esta metodologia consiste na abordagem individual de membros da comunidade, na qual se oferece a oportunidade de reflexão sobre a epidemia, tendo em perspectiva

a própria história do sujeito. A abordagem pode ser realizada por técnicos da área da saúde comprometidos com a realidade da comunidade como, da mesma forma, pode ser baseada no que se conhece como educação por pares.

A educação por pares consiste em capacitar técnica e pedagogicamente lideranças locais, oriundas e legitimadas pela própria comunidade, que passam a ser responsáveis por difundir informações sobre a infecção pelo HIV, a aids e outras DST, de forma horizontalizada, entre seus pares sociais, visando diminuir o impacto da epidemia em seu grupo de origem.

O objetivo primeiro é buscar construir uma nova representação da aids, utilizando os conhecimentos técnicos disponíveis associados à experiência, na comunidade, de profissionais de sexo, adaptando o que a ciência apresenta como correto à linguagem e ao modo de vida dessa população.

A intervenção é realizada por meio de contatos diretos entre os monitores* capacitados e a população a ser trabalhada onde questões relacionadas à epidemia de aids são discutidas e problematizadas sob a luz da realidade cotidiana. Materiais educativos e preservativos são distribuídos, de acordo com a disponibilidade do programa.

Os materiais educativos, ao serem distribuídos, devem servir de ponto de partida para a discussão do tema neles proposto, ou seja, devem ser entendidos como materiais de apoio ao trabalho de campo, capazes de gerar questionamentos e novas reflexões.

A distribuição de preservativos relaciona-se ao estabelecimento do hábito do uso do insumo e não deve ter a pretensão de oferecer a cobertura completa de toda a demanda da população.

Esta metodologia garante a contextualização da informação e maior apropriação do conhecimento repassado, passível, então, de ser transformado em prática, uma vez que é legitimada por um discurso que apresenta o mesmo código lingüístico e cultural da população, o que produz sentido e provoca a reflexão capaz de transformar o comportamento, as crenças e as atitudes.

* Também denominados "agentes de campo", "agentes de saúde" ou "agentes comunitários de saúde".

Reunião comunitária

Esta estratégia possui, como fundamento, os mesmos princípios da metodologia face-a-face, em especial a educação por pares. A diferença consiste na abordagem, que é realizada em pequenos grupos, advindos da comunidade, que discutem coletivamente temas propostos pelos executores do trabalho de intervenção ou por membros da própria comunidade. Nesse caso, trata-se de grupos mais amadurecidos e com uma certa convivência.

A vantagem dessa estratégia é a possibilidade de elaboração conjunta de estratégias de enfrentamento de questões para as quais, muitas vezes, ao serem analisadas de forma individual, não são encontradas soluções possíveis ou factíveis.

No caso de profissionais do sexo, onde questões transversais à epidemia de aids invariavelmente se apresentam como mais urgentes do que o risco de uma possível infecção ou doença, como a violência policial, as disputas internas do grupo e a própria sobrevivência cotidiana, o encontro em grupo pode propiciar um laço entre essas questões, a princípio distanciadas da problemática da aids, com a epidemia, já que inequivocamente tornam essa população mais vulnerável à infecção pelo HIV, em especial pela vivência diária do estigma traduzido em pequenas ações onde a exclusão e a discriminação estão presentes, ainda que de forma sutil.

As estratégias de negociação de sexo mais seguro, como o uso sistemático do preservativo masculino e a alternativa do uso do condom feminino, encontram, nesse espaço, um campo profícuo para novas descobertas e possibilidades de atuação frente aos clientes, mesmo aqueles mais resistentes. A experiência de uma profissional do sexo pode servir de provocação para outro membro do grupo que tenderá a experimentar uma técnica talvez desconhecida ou desconsiderada como eficaz, durante seus próximos programas.

A condução dos grupos em reuniões comunitárias pode estar sob a responsabilidade dos monitores capacitados para esse fim, mas a supervisão técnica se mostra imprescindível. A presença de técnicos da área da saúde, em um primeiro momento, pode ser de extrema utilidade, na medida em que

serve de contraponto ao efeito do estigma, capaz de tornar ineficaz a intervenção proposta pelos monitores. Dito de outra maneira, dependendo da disfunção social causada pelo estigma e da auto-imagem deteriorada de determinados grupos, não é raro perceber o desprezo dos membros da comunidade com relação ao esforço dos monitores pois eles, afinal, são percebidos como iguais e, como tal, dotados da mesma carga negativada que é vivenciada cotidianamente pelo grupo. É como se pairasse no ar algo como “se é ‘um de nós’, nada de bom pode trazer ou acrescentar em nossa vida”.

A “transferência de poder” produzida pela presença dos técnicos parece ser um fator importante na fase de construção da experiência de grupo, mas a sua permanência como referência pode ser disfuncional no decorrer do tempo, pois pode ser interpretada como a reafirmação da incapacidade intuída pelo grupo com relação aos seus pares. O processo de focar a capacidade do grupo, concomitante ao deslocamento da atenção dos presentes do técnico para a fala consistente dos monitores, certamente contribuirá para o fortalecimento e autonomia da comunidade na discussão e provocação de novas estratégias de enfrentamento das questões prementes, trazidas individual ou coletivamente pelos membros desses grupos.

Expressões artísticas

Projeção de vídeos, apresentação de peças teatrais e shows e programas de rádio são expressões artísticas que produzem bons resultados em programas de intervenção, segundo demonstra a experiência acumulada.

A mais antiga das artes, o teatro, já é utilizada com alguma frequência em projetos com profissionais do sexo. Em 1999 e 2000, por exemplo, a peça “Cabaré Davida”, produzida pela ONG carioca Davida, foi apresentada em doze cidades do Estado do Rio de Janeiro, principalmente em áreas de prostituição. Com apoio das prefeituras, que montam o palco em praças ou ruas, um bom equipamento de som e uma luz caprichada, esta peça mostra situações vividas por prostitutas e clientes durante uma noite em um cabaré. Os diálogos entre os sete atores acabam levando ao tema da prevenção, inclusive com demonstração

do uso correto do preservativo em uma prótese masculina (pênis de plástico). O espetáculo teatral mobiliza e atrai muita gente, inclusive reais ou potenciais clientes de serviços sexuais, principalmente se a área de prostituição da cidade fica em local movimentado. O humor nas situações conhecidas contribui para a assimilação da informação.

Outra experiência artística que dá bons frutos é a apresentação de vídeos. Curtos, dinâmicos e com personagens do meio, atraem a atenção e garantem boa platéia. Também demandam parceria com prefeituras ou associações locais de prostitutas para a exibição.

O extenso repertório cinematográfico com profissionais do sexo no papel principal ou em posições importantes também pode ser aproveitado em intervenções de maior duração.

Para o emprego dessas opções de expressão artística, o projeto deve-se valer de parcerias com associações, casas ou prefeituras. A parceria, em si, costuma enriquecer e aprimorar a intervenção.

Também se deve considerar a participação das mulheres, quando possível. Numa peça teatral, por exemplo, se não é possível recrutar todos os atores entre profissionais do sexo (até porque se quer apresentar um espetáculo de excelente qualidade, de preferência com profissionais), a participação de um ou dois, no palco ou na técnica, pode reforçar a credibilidade do evento. Trata-se de buscar o equilíbrio entre “o tudo de fora” e “o totalmente de dentro” (com trocadilho, é claro).

Vale lembrar que, desde o início, o movimento organizado de prostitutas contou com o apoio de muitos artistas, pessoas sensíveis, freqüentadoras da noite, abertas ao mundo e à marginalidade. Em dezembro de 1987, quando um empresário tentou tirar a Vila Mimosa do local em que estava instalada, um ato-show foi um dos eventos que impediram a violência. Deste show participaram Martinho da Vila, Elza Soares e Sérgio Ricardo, da música; Eduardo Tornaghi e Lucélia Santos, do teatro, cinema e TV, entre muitos outros. O grande escritor Jorge Amado enviou carta de solidariedade às prostitutas. Assim, atores, escritores, músicos, a arte de um modo geral, costuma ser parceira da

boemia e das mulheres da vida. Talvez porque na boemia e na prostituição também haja poesia e arte.

Rádio comunitária

A rádio comunitária é um meio de comunicação fácil, ágil, dinâmico e eficaz para veicular informação para a comunidade. Poderá ser usada para diminuir distâncias, integrar melhor as pessoas na comunidade, prevenir por meio da informação e provocar mudança de atitudes na sociedade, influenciando na promoção da saúde e da qualidade de vida da população.

Entre outros objetivos, a rádio comunitária visa dar oportunidade à difusão de idéias, elementos de cultura, tradições e hábitos sociais da comunidade; estimular o lazer, a cultura e o convívio social. Também presta serviços de utilidade pública, contribui para o aperfeiçoamento profissional por meio de parcerias com instituições públicas ou privadas e permite a capacitação dos cidadãos para o exercício do direito de expressão e cidadania. Divulga as atividades dos poderes públicos e promove a realização de atividades de animação cultural por meio de campanhas, feiras, seminários, palestras, debates, intercâmbio técnico, estudos e pesquisas.

O que diferencia a rádio comunitária de outras emissoras comerciais é dar prioridade, na programação, para os interesses e a cultura de determinada comunidade segundo uma postura ética e política que sirva para a construção da cidadania e o exercício da democracia. Os programas levados ao ar por rádios comunitárias são de caráter educativo, participativo, cultural, de mobilização social ou publicitário. Podem ser dirigidos a públicos variados: infantil, juvenil, feminino, da terceira idade, rural, urbano, sindical etc. Numa emissora comunitária, todos têm direito a voz. Todas as religiões, todas as opções sexuais, todas as raças. As rádios comunitárias mantêm independência em relação aos partidos políticos, ao Estado e ao poder econômico. Primam pela linguagem simples, direta e interativa, para fazer frente ao nível de desinformação e aos conflitos gerados em torno de temas complexos.

Estima-se que, em média, 90% da população de baixa renda, homens e mulheres de todas as idades, ouvem rádio por cerca

de três horas diárias, em média. Considerando essa estimativa, a missão e as características desse veículo de comunicação, percebe-se o enorme potencial educativo de massa desse meio, que permite levar a um grande número de pessoas informações qualificadas sobre sexualidade, saúde reprodutiva e prevenção das DST e aids.

A mais antiga zona do Rio, a Vila Mimoso, teve durante algum tempo uma emissora comunitária de rádio. Os programas, direcionadas às mulheres e aos clientes, falam de tudo um pouco: amor, sexo, a vida na zona, além de informações de utilidade pública, campanhas preventivas de doenças, piadas, músicas e entrevistas.

A Coordenação Nacional de DST e Aids, do Ministério da Saúde, vem apoiando iniciativas e projetos locais, nas unidades federadas onde existe a concessão dessas emissoras, com vistas à sensibilização, capacitação e constituição de uma rede de radialistas para a inserção de ações de prevenção das DST e da aids nos diversos programas já existentes, seja de cunho cultural, esportivo, profissionalizante ou outro.

Não se esqueça: a comunidade é sempre notícia!

Prostituição, aids e drogas

Abordar a problemática do uso de substâncias psicoativas, lícitas e ilícitas, e os riscos associados para a infecção pelo HIV entre as profissionais do sexo não é uma tarefa fácil. Estamos diante de um desafio, pois, até o momento, a questão vem sendo tratada superficialmente, sem prioridade, produzindo entendimentos limitados, equivocados ou insuficientes para orientar nosso trabalho.

Ao referirmo-nos a substâncias psicoativas, estamos falando de álcool, de estimulantes como as anfetaminas e a cocaína, de medicamentos para relaxar e para dormir, da maconha e de inalantes, dentre outras menos comuns no Brasil, como a heroína ou o extasy.

A experiência e as pesquisas realizadas sobre esse assunto comprovam que o uso dessas substâncias, mesmo sem necessariamente caracterizar uma condição de dependência, contribui para o relaxamento de medidas de proteção, em especial

o uso do preservativo nas relações sexuais, constituindo-se, assim, em importante fator de aumento da vulnerabilidade e do risco de infecção. Entre todas, o álcool tem sido apontado como a droga mais importante nesse sentido.

Quando o uso é injetável – e principalmente quando ocorre compartilhamento dos equipamentos de injeção –, esses fatores são potencializados. O uso de drogas injetáveis tem, assim, um papel da maior importância para a manutenção e o perfil da epidemia pela sua eficácia como mecanismo de transmissão da infecção pelo HIV. O compartilhamento de seringas e agulhas não apenas põe em risco as pessoas envolvidas como seus parceiros sexuais e seus filhos.

Por fim, a violência associada ao cenário de uso de drogas é outro fator contribuinte por colocar em risco a integridade física e moral das pessoas, limitar a adoção de medidas de proteção e dificultar ou mesmo impedir a execução de ações de prevenção.

Pode-se perceber a importância de atuar nessa frente.

O uso de substâncias que alteram o humor e a percepção é comum a todas as culturas e sociedades, relacionado a razões de natureza cultural, religiosa e médica ou para ajudar no relaxamento, na busca de prazer e no enfrentamento de situações adversas do cotidiano da vida. É fundamental, por isso, o cuidado de entender o uso prejudicial de drogas contextualizado nas especificidades de cada segmento populacional, buscando compreender a questão para além do campo universal / individual / causa única e sempre considerar o campo cultural / coletivo / multifatorial, para que não se reforcem concepções parciais, equivocadas ou estigmatizantes.

O tipo de droga usada, o quanto e o como se usa variam segundo cada grupo populacional e contexto, da mesma forma que variam os comportamentos e riscos resultantes desse uso.

Do ponto de vista do risco de infecção pelo HIV e por outros agentes de DST para profissionais do sexo, seus clientes, seus companheiros e maridos, o efeito das drogas usadas pela mulher ou seus parceiros sexuais potencializa seu grau de vulnerabilidade pelo relaxamento de controles e por dificultar a negociação do uso do preservativo.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, as pessoas mais propensas ao uso de drogas são aquelas:

- sem informações adequadas sobre drogas e seus efeitos;
- com saúde deficiente;
- insatisfeitas com sua qualidade de vida;
- com personalidade vulnerável e
- com fácil acesso às drogas.

O perfil das profissionais do sexo no Brasil agrega várias destas características: baixa renda, instrução primária, dificuldades de acesso à informação e aos serviços de saúde, historicamente depreciadas socialmente, vivenciando estigmatização constante, tendo freqüentemente seu status de cidadã negado. Podemos considerar, portanto, um aumento da vulnerabilidade para o uso de drogas e para as infecções.

A estratégia de redução de danos

Trabalhos internacionais e a experiência brasileira confirmam que mesmo os usuários de drogas injetáveis com mais alto grau de dependência são capazes, quando abordados em um contexto mais humano e mais pragmático, de praticar medidas de prevenção.

A estratégia de redução de danos*, como política oficial de prevenção da infecção pelo HIV e das hepatites dirigida aos usuários de droga injetáveis, não visa apenas o objetivo imediato de interromper o uso de drogas, mas de usá-las sem correr riscos de se infectar ou de transmitir o vírus HIV.

Essa estratégia caracteriza-se pela execução de ações para a prevenção das conseqüências danosas à saúde que decorrem do uso de drogas, sem necessariamente interferir na oferta ou no consumo. Os princípios fundamentais que a orientam são o

* *Redução de danos é uma das três estratégias básicas que tradicionalmente se empregam com vistas ao controle do uso de drogas: redução da oferta (caracterizada por um conjunto de ações da esfera legislativa, policial e judicial voltadas para a repressão à produção, o tráfico e o uso); redução de demanda (ações na esfera dos sistemas de educação, cultura e comunicação, dirigidas para desestimular o consumo, e na esfera da saúde para tratar os usuários e os dependentes); redução de danos (conjunto de medidas de saúde pública voltadas para minimizar as conseqüências adversas do uso de drogas sem, necessariamente, interferir na oferta e no consumo). Devem ser entendidas como estratégias complementares e não alternativas.*

respeito à liberdade de escolha e o reconhecimento do usuário de drogas como cidadão com os mesmos direitos de um cidadão que não usa drogas, o que possibilita, assim, incluí-lo no conjunto de respostas sociais e de saúde e, ao mesmo tempo, reduzir as conseqüências prejudiciais para a sua saúde e a das pessoas que participam de sua rede social.

Também tem-se buscado, junto aos serviços do Sistema Único de Saúde, que passem a incorporar essa concepção e perspectiva, para que possam acolher o usuário de drogas com suas especificidades, em substituição à abordagens baseadas unicamente na abstinência e na mensagem “simplesmente diga não às drogas”.

O momento atual exige considerar, nas ações de prevenção, a perspectiva de redução de danos em todas as situações em que se constate a presença de usuários de drogas, lícitas ou ilícitas.

Em relação ao trabalho preventivo com profissionais do sexo, devemos incluir na nossa prática:

- Caracterizar o padrão de consumo de substâncias psicoativas no ambiente de trabalho das profissionais do sexo.
- Conhecer os motivos do uso e os efeitos nocivos e indesejáveis das diversas drogas usadas na cena de trabalho.
- Criar um ambiente favorável para a discussão da associação entre uso de drogas e aids, contextualizada na realidade das profissionais do sexo.
- Auxiliar as profissionais do sexo na identificação dos riscos de infecção quando sob o efeito de substâncias psicoativas na sua prática de trabalho e na vida pessoal.
- Refletir com as profissionais do sexo sobre outros possíveis efeitos adversos do uso de drogas, como a associação com a violência, o envolvimento com o tráfico e com policiais corruptos, a perda de controle de situações de risco.
- Apoiar a organização das profissionais do sexo no sentido da conscientização de seus direitos, sobretudo o de acesso a serviços públicos que atentem para suas necessidades de assistência em saúde, justiça e assistência social.
- Identificar os grupos organizados que trabalham localmente com essa população, no sentido de encaminhar denúncias de maus tratos ou outras questões de interesse.
- Incluir clientes, donos de bordéis, parceiros sexuais e outros

atores de convivência das profissionais do sexo na abordagem sobre as drogas, seus efeitos e aplicar os princípios de redução de danos.

- Promover articulação com serviços de saúde e assistência social para difundir os princípios da estratégia de redução de danos e, com o Poder Legislativo, para a formulação de leis que favoreçam a prática de redução de danos, como já acontece em alguns estados.
- Assegurar o acesso a equipamentos estéreis de injeção para profissionais do sexo e seus clientes que fazem uso injetável de drogas e não podem ou não querem abandonar o uso.
- Assegurar o acesso e estimular a vacinação das profissionais do sexo contra a hepatite B.

Álcool: bebendo com segurança

Entre os fatores que contribuem para criar um ambiente favorável ao consumo de drogas e de risco para a infecção pelo HIV e outras DST está o estímulo ao consumo de bebidas alcoólicas que ocorre em muitas casas noturnas de prostituição, visando aumentar o ingresso para o proprietário ou para a profissional do sexo.

O álcool lentifica o funcionamento do sistema nervoso e afeta nossa capacidade de processar informações. A atenção e a coordenação motora ficam prejudicadas para reagir a situações. E a pessoa fica menos consciente para julgar se faz sexo ou não e com menos condições para negociar o uso de preservativo.

A adoção de algumas providências pode minimizar os efeitos negativos da bebida:

- Coma primeiro, assim o álcool é absorvido mais lentamente;
- Dê um espaço entre os drinques, se precisa de um copo na mão, alterne bebida alcoólica com água, refrigerante ou suco;
- Beba devagar, faça a dose durar: quanto mais rápido beber, mais rápido ficará bêbado;
- Descarte parte da bebida de forma discreta.

Essas estratégias devem ser reforçadas, sobretudo, se as casas de prostituição impuserem como condição de trabalho para as profissionais de sexo o consumo de bebidas alcoólicas,

como acontece com frequência. Nesses casos, pode-se pensar, inclusive, em sugerir que o cliente compre a bebida, sem que a profissional fique obrigada a ingeri-la. Pode-se argumentar com os donos de prostíbulos que o consumo exagerado de bebidas contribui para os riscos de baderna no estabelecimento, o que ameaça a sua credibilidade. O fato de haver pessoas com alguma infecção de transmissão sexual e que essa possa ser atribuída ao estabelecimento é outro elemento desabonador.

Tabaco

- Fumar cigarros com baixos teores de alcatrão e gás carbônico.
- Usar fontes alternativas de nicotina (adesivos, gomas de mascar).
- Aumentar a ingestão de água e de alimentos ricos em vitaminas C.
- Não fumar em ambientes fechados de uso coletivo.

Crack

- Beber muito líquido.
- Usar cachimbo individual e com filtro; não compartilhar o cachimbo.
- Reservar tempo para dormir e comer.
- Misturar maconha ao crack ou trocar o crack pela maconha podem ser estratégias de minimização de danos que têm demonstrado eficácia para algumas pessoas.

Cocaína

- Beber muita água.
- Usar equipamento próprio seja para cheirar ou se injetar (seringas só individuais e limpas).
- Não compartilhe o local onde se prepara a dose.
- Não reutilize agulhas.
- Use agulhas bem pequenas para se injetar.
- Fracionar as doses, lavar as mãos antes de preparar doses

injetáveis, usar água destilada.

- Injetar lentamente para avaliar o efeito.
- Não repita a dose com a mesma seringa.
- Não repita a dose na mesma veia.
- Pontos perigosos de injeção: pescoço, rosto, abdômen, peito, sexo, coxas, pulsos.
- Descarte o equipamento de injeção em lugar seguro.
- Saiba que droga com impurezas pode causar infecção das válvulas do coração e dos vasos sanguíneos, feridas na pele e infecção generalizada.

Para evitar a overdose

- Nunca se injetar sem a presença de outra pessoa que possa, eventualmente, alertar ou intervir no caso de complicações como uma overdose.
- Não misture álcool com outras substâncias.
- Se estiver experimentando uma nova droga, divida em duas doses.

O quê fazer se alguém tem overdose?

- Não entre em pânico. Fale com a pessoa, faça-a caminhar, dê uns beliscões, mantenha-a acordada.
- Se a pessoa não estiver respirando, faça respiração boca a boca.
- Se a pessoa estiver inconsciente, deite-a de lado, com a cabeça para trás. Nunca de barriga para cima.
- Chame a ambulância e diga o que a pessoa tomou. O sigilo médico protege tanto o usuário de drogas quanto você.

Aconselhamento

A partir do surgimento dos primeiros casos de aids, deu-se uma resposta rápida da comunidade científica, ainda que envolta em incertezas, motivada, em grande parte, pelo mistério e desafio que a doença apresentava. Naquele momento, a discussão se encontrava restrita aos médicos e pesquisadores ligados à Medicina, mas, após o isolamento do HIV como agente etiológico

da aids e a identificação clara das suas formas de transmissão, percebemos um claro deslocamento da atenção do olhar lançado sobre a doença que, embora não deixasse de ser considerada um assunto biomédico, passou a ser encarada como uma questão bem mais ampla, indissociada dos demais fenômenos produzidos pela cultura e pela vida em sociedade.

Outras ciências foram chamadas, então, a participar do esforço para o enfrentamento da epidemia, seja por meio de seu instrumental técnico seja por meio de suas ferramentas teóricas, criando espaço para uma discussão multidisciplinar que favoreceu, sobremaneira, o entendimento técnico-científico da aids e, conseqüentemente, um acolhimento mais adequado das pessoas acometidas pela doença.

Devido ao impacto psico-emocional causado pelo diagnóstico de infecção pelo HIV e pelo adoecimento decorrente, coube aos profissionais das ciências humanas, em especial os psicólogos e assistentes sociais, responder às demandas dos pacientes que recorriam aos hospitais e ambulatórios e cujo sofrimento não era minimizado apenas pelos cuidados médicos que lhes eram prestados.

Foi nesse cenário, onde imperava a dor física e mental, intimamente relacionadas ao temor da morte e aos tabus associados à sexualidade, que os profissionais da área da saúde incorporaram ao seu trabalho clínico cotidiano a prática do aconselhamento, entendido como uma técnica científica, usualmente utilizada por psicoterapeutas em atendimentos clínicos, baseada nas teorias comportamentais centradas na pessoa.

O caráter de atenção, em maior ou menor grau, pontual e emergencial, oferecendo um suporte emocional ao indivíduo, considerado como um todo e capaz de elaborar estratégias singulares para lidar com a sua doença, alçou o aconselhamento ao status de ferramenta fundamental para o atendimento das pessoas portadoras do HIV, doentes de aids ou em processo de diagnóstico, passando a ser utilizada por outros profissionais, inclusive aqueles da área biomédica.

A percepção da epidemia como um fenômeno que envolvia o indivíduo e toda a rede social a que pertence, e que exigia respostas cada vez mais complexas, fez com que a aplicação

de uma técnica predominantemente clínica fosse transportada para outros contextos e o aconselhamento passou a ser utilizado como estratégia não apenas para o acolhimento de portadores do HIV, doentes de aids e seus familiares, mas também como precioso aliado nos trabalhos de prevenção da infecção pelo HIV e de promoção da saúde de um modo geral.

O aconselhamento, quando bem conduzido, cria um espaço privilegiado para o encontro do sujeito consigo mesmo, onde medos, fantasias, crenças, princípios morais, comportamentos e sentimentos podem ser discutidos e analisados sem pré-julgamentos e, por fim, compreendidos de forma mais ampla, proporcionando maiores condições para a implicação do indivíduo com sua história de vida, na perspectiva de um mundo onde a aids é uma realidade, fazendo-o apropriar-se dos riscos presentes em situações vividas. Dessa forma, comportamentos podem ser modificados pela ação direta da própria pessoa que consegue identificar condições psico-emocionais e/ou sociais para se proteger no futuro, ou lidar com maior serenidade com sua possível soropositividade, se esse for o caso.

No contexto do trabalho de prevenção, a prática do aconselhamento demonstra ser de extrema utilidade na medida em que singulariza a discussão sobre a infecção e a aids, focando as questões apresentadas pelo sujeito, tendo em vista sua dificuldades e, muitas vezes, imaginárias impossibilidades de proteção frente ao HIV.

É pela construção individual de estratégias possíveis de prevenção, elaboradas pelo sujeito com a atenta escuta e orientação do profissional de saúde, que efetivas barreiras contra a aids são elaboradas. É nesse espaço marcado pela sensível escuta do profissional, envolvido pela história do sujeito e comprometido eticamente no sentido de orientar, sem jamais impor, caminhos a ele, que as mais diversas representações sociais podem ser desconstruídas e re-organizadas, visando produzir um efeito de responsabilidade, compromisso e cuidado, tanto individual quanto coletivo naqueles que passam pelo processo.

Este efeito somente se mostra possível quando a pessoa encontra espaço para expressão de suas angústias relacionadas à problemática do HIV, em especial aquelas referentes à sua identidade

psicossocial, não raramente comprometidas pela introjeção de imagens negativas geradas pelo estigma e discriminação. Ao perceber que o seu lugar previamente demarcado na e pela sociedade não é um produto gerado pela natureza mesma das coisas e, por isso mesmo, pode ser transformado a seu favor, o sujeito reconhece condições favoráveis para enfrentar os desafios propostos pela realidade, mudando comportamentos e agindo pro-ativamente com relação às vicissitudes de sua vida, inclusive no tocante às situações que podem coloca-lo em risco de infecção pelo HIV. É isso que faz a diferença e revela o indivíduo como sujeito de sua própria história.

Ainda que originalmente a técnica do aconselhamento tenha surgido, no campo da aids, no âmbito do manejo clínico de pessoas com HIV e aids, por muitos anos observamos um deslocamento radical de sua aplicação, e tal prática passou a ser utilizada apenas no contexto de diagnóstico sorológico, sobretudo nos centros de testagem anônima. No entanto, podemos perceber que um resgate de seu potencial original vem sendo realizado a partir da percepção de que esta ferramenta técnica oferece possibilidades de aplicação bem maiores.

Em primeiro lugar, devemos notar que a prática do aconselhamento, na perspectiva descrita acima, não está restrita aos profissionais de saúde mental, como psicólogos e psiquiatras. Não é prerrogativa destes profissionais a sensibilidade, o acolhimento e a postura isenta de pré-julgamentos. Qualquer profissional da área da saúde pode desenvolver as habilidades necessárias à prática do aconselhamento, sem que esteja invadindo a área de saber de outro profissional. É importante esclarecer que não se trata de fazer um acompanhamento psicoterapêutico ou intervenções técnicas privativas da equipe psicossocial e sim de oferecer ao usuário do serviço um espaço para reflexão e esclarecimento de temas que podem facilitar o seu contato com questões complexas trazidas à tona pelo contato com a aids, seja este contato real e concreto ou imaginário.

Em segundo lugar, faz-se necessário reconhecer que o aconselhamento não precisa estar unicamente relacionado à demanda do sujeito ou circunscrito ao contexto do diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV. Em outras palavras: é possível incorporar o processo de aconselhamento à rotina de uma unidade

básica de saúde, seja durante as consultas realizadas pelo clínico geral e pelo ginecologista, seja durante as atividades dos grupos terapêuticos que diversas unidades mantêm para hipertensos e portadores de diabetes, ou, ainda, pela criação de espaços que visem sensibilizar/orientar os seus usuários durante os períodos de espera entre consultas. É fundamental que se mantenha em perspectiva o objetivo de promoção da saúde associado à prática do aconselhamento, invertendo estruturalmente a lógica curativa que ainda persiste em nosso sistema de saúde.

Para tanto, mostra-se imprescindível uma capacitação técnica continuada dos profissionais de saúde de modo que possam reconhecer as múltiplas especificidades apresentadas pelos diversos segmentos populacionais que utilizam os serviços de atenção, suprindo, assim, as suas demandas, tendo como base o respeito às diferenças e características de cada cidadão e de seu meio sócio-cultural.

Além disso, não podemos perder de vista que, em se tratando de profissionais do sexo, não raramente nos deparamos com a invisibilidade deste segmento social no Sistema Único de Saúde. Isso não significa que prostitutas não freqüentem as unidades de saúde, mas evidencia nossa dificuldade em identifica-las, seja devido à ocultação da atividade profissional por temor da discriminação, seja pelo preconceito velado que nos impede de oferecer um espaço verdadeiramente acolhedor para essa mulher discutir seus problemas de saúde na perspectiva de sua especificidade profissional.

Dessa forma, ainda que não sejamos suficientemente hábeis para proporcionar, de imediato, um vínculo de confiança capaz de criar condições para um diálogo franco e aberto com as profissionais do sexo, o processo de aconselhamento bem conduzido, ainda assim, poderá beneficia-las, da mesma forma que o fará com qualquer outra usuária, e, provavelmente, proporcionará que o vínculo com o serviço seja construído de forma efetiva e duradoura.

Nos serviços de atenção direta às pessoas que vivem com HIV e aids, o aconselhamento apresenta-se, da mesma forma, como um recurso técnico imprescindível, sobretudo por integrar, de forma unívoca, prevenção e assistência. A diferença desse momento para o que foi discutido até então é o conhecimento do

estado sorológico do usuário, que agrega ao atendimento questões de manejo delicado, além de todas as outras já mencionadas anteriormente.

O profissional de saúde, ao trabalhar com o usuário as alternativas possíveis de se viver com a infecção e a doença, é capaz de auxiliá-lo a identificar uma rede de suporte social disponível em sua comunidade, além de reconhecer e fortalecer suas potencialidades pessoais para lidar com sua nova realidade.

Além disso, essa prática vem demonstrando ser decisiva nos processos de adesão ao tratamento medicamentoso, uma vez que oferece condições para a discussão realística das dificuldades apresentadas pelos pacientes na administração rígida dos vários remédios prescritos pelos médicos. O compartilhamento desses problemas auxilia na busca de soluções não identificadas de imediato pelo usuário, bem como serve de dado balizador para a equipe refletir sobre a sua prática, que passa a ser conduzida à luz do cotidiano da população atendida.

Tendo em vista populações específicas, como é o caso das profissionais do sexo, a equipe de saúde deve ter em mente as singularidades que lhe são apresentadas e, mais do que nunca, um trabalho contínuo de reflexão sobre a sua prática deve ser empreendido. Isso não significa que a prática do aconselhamento deva ser diferenciada ou especializada no trato desta comunidade, mas, sim, atentar para as armadilhas criadas pelas representações socialmente compartilhadas com relação a elas.

Não podemos nos esquecer de que vivemos em sociedade e que os profissionais de saúde não constituem um segmento populacional distinto e imune aos recorrentes pré-conceitos instituídos quando estão em jogo populações socialmente marginalizadas. Da mesma forma, esses profissionais estão sujeitos às mesmas representações sociais que sustentam as imagens da aids, ainda que de forma inconsciente. Por essa razão, a reflexão coletiva acerca dos elementos constituintes das várias formas de preconceito e discriminação deve se fazer pautar cotidianamente na prática dos serviços de saúde, visando uma ação ética e respeitosamente comprometida com o cidadão atendido.

A título de exemplo, é relevante discutir, ainda que brevemente, a questão do exercício da sexualidade de pessoas que vivem com HIV, na perspectiva das profissionais do sexo.

Tendo em vista o caráter da transmissão sexual, não é raro circular, nos mais diversos segmentos sociais, a idéia de que o portador do HIV é o responsável pela disseminação do vírus e, por isso mesmo, deveriam ser pensadas estratégias de restrição de sua prática sexual, seja através da identificação do seu estado sorológico, do isolamento ou de outras formas, simbólicas ou não, de castração. Em se tratando de profissionais do sexo, essa discussão ressurgiu de maneira ainda mais ostensiva, em especial devido ao caráter histórico de transmissoras de moléstias sexuais que invariavelmente lhes foi atribuído.

Instala-se, de forma quase que consensual, a concepção de que o profissional do sexo não pode mais exercer seu ofício devido ao risco que coloca para a comunidade. Nos esquecemos, de imediato, que propagandamos o uso correto do preservativo como forma eficaz de barreira contra o HIV, devendo ser utilizado, especialmente, embora não exclusivamente, como prevenção entre pares sexuais sorodiscordantes, ou seja, onde um parceiro(a) é portador do HIV e o outro(a) não o é.

Nota-se, claramente, a utilização de lógicas de proteção diferenciadas, cuja sustentação imaginária se encontra nas representações sociais acerca da aids e, no caso, acerca da prostituição, produzindo discursos e práticas que apenas reforçam as desigualdades sociais. Na presença do profissional do sexo soropositivo, retira-se o atributo de proteção dado à camisinha, como se, nesse caso, o HIV se tornasse mais virulento e o preservativo, incapaz de prevenir a sua transmissão. Em outras palavras, o uso do preservativo estaria interdito às pessoas que vivem com HIV devido à crença infundada em sua inutilidade neste contexto, sendo o seu uso indicado apenas naquelas situações onde o vírus da aids é ignorado, desconhecido, ou ainda, entre pessoas que são supostamente soronegativas.

Aconselhamento e diagnóstico da infecção pelo HIV

Sem dúvida, o aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV se faz imprescindível, em função da importância e complexidade do momento da testagem, seja ela anônima, nos centros de testagem ou não, como ocorre nos ambulatórios vinculados aos serviços de assistência especializada. No entanto, ao manter tal prática vinculada apenas aos serviços de testagem, sub-utilizamos uma grande parte do imenso potencial oferecido por essa ferramenta de controle da epidemia.

Devido à importância do processo de aconselhamento, tanto no contexto da prevenção quanto da assistência, esforços para ampliação de sua utilização junto aos usuários das unidades básicas de saúde deveriam ser empreendidos, tornando-o uma rotina nos atendimentos, independente do diagnóstico de infecção.

Todavia, tendo em vista a atual prática prevalente em nosso sistema de saúde, que não valoriza adequadamente ações de prevenção, julgamos ser pertinente discutir mais detidamente as questões que nos são apontadas pelo aconselhamento no contexto do diagnóstico da infecção pelo HIV, não apenas por ser esta uma prática mais rotineira nos serviços de saúde mas, sobretudo, por ser uma ação que requer um manejo refinado, onde a habilidade técnica do profissional está intimamente relacionada à sua capacidade de escuta e sua sensibilidade de acolhimento.

O processo de diagnóstico da infecção pelo HIV, devidamente conduzido, pressupõe a viabilização do encontro do sujeito com a sua história, inaugurando um espaço privilegiado onde há a possibilidade de apropriação do risco de infecção, por meio do reconhecimento e da resignificação de comportamentos e atitudes, dados supostamente como seguros. É nesse momento que o indivíduo pode iniciar uma profunda discussão com o profissional que o assiste, e, sobretudo, consigo mesmo, acerca do sentido desse teste em sua vida pessoal e social e das conseqüências possíveis de seu resultado, seja ele positivo ou negativo. A esses momentos dá-se o nome de aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV.

A decisão de submeter-se a um exame anti-HIV, em especial quando é o seu primeiro teste, vem acompanhada, de modo geral, de uma grande carga de angústia e ansiedade, na medida em que representa, para a pessoa, a varredura de toda a sua vida pregressa, trazendo à tona temores frente a comportamentos até então considerados seguros ou fora do perímetro temporal estabelecido pelo seu conhecimento sobre o surgimento da aids.

A delicadeza desse momento é potencializada pelo fato de que, em maior ou menor grau, tangenciamos e compartilhamos todas as representações sociais que compõem o discurso recorrente sobre a aids, onde vergonha, impotência, fatalidade, sofrimento e morte são elementos presentes. Fazer o “teste de aids” significa um mergulho sem máscaras nesse universo/inferno que se imaginava possível apenas na vida alheia e que, a partir desse momento, se torna imperativo encarar, repensando-o, o que torna esse um momento dramático na vida do indivíduo.

A escuta sensível e atenta do profissional de saúde pode ajudar a equacionar e reduzir a níveis mais suportáveis o elemento ansiogênico da história contada. Isso não quer dizer que o espaço criado seja da ordem de um campo mágico e artificial, onde a angústia deverá ser retirada de cena para que a pessoa possa vivenciar o momento com maior clareza e racionalidade. O que se pretende é o oferecimento de um lugar onde a reflexão sobre os comportamentos possa se dar sem pré-julgamentos morais ou sociais, à luz de dados da realidade. Faz-se necessário aparar as arestas da fantasia e das crenças, muitas vezes infundadas, que guiam o raciocínio e comandam as emoções no calor do momento.

A função de todo esse processo é fazer com que o resultado do exame anti-HIV encontre eco na história do sujeito e oferecer condições amortecedoras para o impacto e absorção do diagnóstico, seja ele qual for, possibilitando-lhe tornar-se responsável e comprometido com a nova etapa de sua vida, iniciada naquele momento. No caso de um resultado negativo, a abertura para a discussão sobre a possibilidade de mudança de comportamento visando a prevenção; no caso de um diagnóstico positivo, a importância do controle

médico-ambulatorial e de sua participação enquanto agente ativo nesse acompanhamento, como fator preponderante de uma maior qualidade de vida.

Objetiva-se com a realização do teste anti-HIV não apenas a detecção do agente etiológico da aids no organismo de uma pessoa, mas, sobretudo, prestar um serviço onde a discussão sobre prevenção se estabeleça como um dos eixos principais, a partir de um processo educativo capaz de se reproduzir em outros contextos, contando com o indivíduo como sujeito de direito, apto a gerir sua história como cidadão crítico e ciente de seus deveres.

Tendo em vista esse contesto e sua complexidade, percebe-se que são fundamentais o caráter voluntário do teste e a disponibilidade que o indivíduo deve apresentar para que se consiga atingir os objetivos propostos. É conveniente lembrar o princípio da autonomia individual, defendido como fundamento básico da Bioética. A obrigatoriedade da realização de exame anti-HIV configura-se como uma violência, em primeira instância, quando se pensa que esse diagnóstico significa um procedimento com o mesmo status de uma tortura – psíquica, mas sempre tortura.

No caso das profissionais do sexo e de outros segmentos sociais estigmatizados, tal obrigatoriedade representa a sujeição a algo sobre o que não se tem controle e que pode não fazer sentido em suas histórias de vida. Significa, ainda, que não há nenhuma saída em vidas “tipo essa”, onde a aids é apenas uma questão de tempo e não de prevenção.

A violência continua devido à falta de uma preparação para lidar com o resultado do exame, feito sem seu consentimento. Não raro esse resultado lhes chega às mãos como mais um exame e, na maioria das vezes, significando a reafirmação de tudo aquilo que sempre lhe foi informado e soube sobre a aids – uma doença dos sem-vergonha, do sofrimento e da morte, sem possibilidade alguma de verificar se isso tudo é mesmo verdade, pois há muito se encontram enredadas na malha fria da desqualificação social sistemática e excludente, que promove a deterioração de sua identidade e auto-estima de forma quase que irrecuperável.

Em muitos casos, argumenta-se que as pessoas que deveriam se submeter ao diagnóstico de infecção pelo HIV e que são encaminhadas para tal procedimento estariam passando pelo processo preconizado como técnica e eticamente corretos e aceitáveis, ou seja, passariam por aconselhamentos pré e pós-testes com equipes treinadas e capacitadas. Seja como for manejada a questão da testagem, no entanto, faz-se premente a reflexão sobre a lógica de compulsoriedade que vem sendo utilizada em nome do objetivo final do diagnóstico.

Talvez a discussão sobre a intencionalidade da testagem anti-HIV possa oferecer algumas pistas, esclarecendo melhor a motivação daqueles que insistem a apregoar a necessidade do caráter compulsório desse exame, em instituições de regime fechado ou não.

Escuta-se, com uma certa frequência, que a realização de testes anti-HIV deveria ser obrigatória como forma de prevenção. O arrazoado que acompanha essa afirmação parte do pressuposto de que, quando uma pessoa não sabe se é portadora do HIV, ela pode transmiti-lo inconseqüentemente para todas aquelas pessoas que com ela interagirem sexualmente. Da mesma forma, quando uma pessoa passa a ter consciência de sua sorologia negativa não mais praticaria comportamentos de risco, ficando “limpa” para sempre.

Teoricamente esses argumentos estão corretos, mas a operacionalização desse tipo de “saber” não vem sendo verificada, haja vista a reincidência preocupante de DST e o aumento do número de casos de infecção, mesmo entre as pessoas que já se submeteram a pelo menos um teste em sua vida.

O teste anti-HIV é apenas uma das etapas do processo diagnóstico e, por isso, não pode ser confundido com prevenção, que pressupõe busca de informações, uma profunda reflexão sobre riscos e sua relação com a vida do sujeito, e a constante discussão sobre sexo, prazeres, responsabilidade, poder e autonomia para tomar decisões. Esse percurso é longo e a experiência vem demonstrando que não há atalho seguro para chegar até lá. Faz-se necessário empreender um processo educativo e transformador, onde toda a vida do sujeito seja colocada em questão e avaliada por ele mesmo, de forma crítica e criativa, resultando indivíduos conscientes e implicados com a vida, sua e do outro.

Se levarmos em consideração o exposto acima, onde se evidencia que sem a participação ativa e voluntária do sujeito não há transformação possível, a testagem compulsória perde sua função primeira, segundo os seus defensores, que seria propiciar a prevenção da aids entre membros deste ou daquele grupo. A defesa daqueles que ainda não se infectaram não logra êxito seguindo essa cartilha, mas, ao que parece, as evidências são menos poderosas do que os interesses que movem a manutenção dessa prática.

Somos levados a pensar, então, na hipótese arquitetada tendo o bem e a saúde da pessoa vivendo com aids como base de sustentação. O arrazoado parte do pressuposto de que quanto mais precocemente for diagnosticada a infecção, maior será a probabilidade de esta pessoa conviver com a infecção, levando uma vida saudável e, quem sabe, nem chegar a desenvolver a aids, devido ao controle médico e a implementação de terapias medicamentosas, cada vez mais modernas e poderosas. Novamente, percebe-se o embasamento correto da afirmação, embora seja muito mais evidente para todos nós a perversidade do uso dessa argumentação, principalmente quando estão em jogo populações social, política ou economicamente mais vulneráveis.

Quando direcionado às profissionais do sexo, percebemos, de imediato, um duplo apelo para que a testagem seja realizada independentemente do desejo expresso do sujeito. Sua defesa encontra apoio das donas de casas de prostituição, dos gerentes de hotéis e de outros agenciadores, que acreditam ser o teste anti-HIV uma segurança para o seu negócio e, antes de tudo, uma estratégia de marketing.

Essa conduta encontra, também, eco histórico nas ações de vigilância sanitária que, em um passado recente, obrigava as profissionais do sexo a portarem carteiras de saúde carimbadas sistematicamente pelos órgãos de controle de saúde.

Em todos os casos e situações aqui levantadas, pode-se identificar fatores comuns enraizados na construção social do conceito da epidemia do HIV e da aids e em suas múltiplas representações presentes em nosso cotidiano, apontando, todos, para a proposta da testagem compulsória como um perverso mecanismo de defesa que é utilizado em detrimento de formas

mais solidárias e humanas de se lidar com um grave problema que diz respeito a toda a sociedade.

Essa postura favorece, ainda, a manutenção da crença de que aids é um fenômeno possível apenas para além das fronteiras de um mundo imaginário, delimitado pelas experiências que nos são estritamente familiares. Estratégias que evitam a entrada da ameaça nesse círculo de relações e contatos hermeticamente fechado seriam suficientes para uma proteção eficaz.

Ainda que sedutora, essa imagem de proteção vem se mostrando, a cada dia que passa, mais frágil. Sustentada por um inequívoco componente mágico e, portanto, ilusório, torna o sujeito ainda mais exposto ao risco de infecção pelo HIV e outras DST, pois o faz prescindir de medidas fundamentais, como o uso do preservativo, consideradas desnecessárias em seu estilo de vida ou realidade circundante.

Faz-se imperativa a lembrança de que, onde não houver programas de educação continuada e de prevenção, capazes de oferecer ao cidadão instrumentos para a reflexão sobre sua sexualidade, desejos, prazeres e, conseqüentemente, sua capacidade de prevenção em um mundo onde a aids é uma realidade, o risco de infecção pelo HIV estará sempre presente e o esforço e a energia empreendidos na fantasia de proteção e segurança esgotarão as forças, mostrando reiteradamente o fracasso da empreitada.

Demonstra-se, assim, de maneira clara, a responsabilidade dos serviços públicos pela promoção de programas de saúde e educação, nos quais sejam utilizados os indispensáveis instrumentos construídos ao longo do tempo no enfrentamento da epidemia, como o aconselhamento e outras tecnologias, que possam auxiliar a comunidade na elaboração de estratégias de prevenção e cuidados com a saúde de forma mais efetiva e com maior eficácia.



Associações de profissionais do sexo

Região Norfe

AMPAP – Associação de Mulheres Profissionais do Sexo do
Estado do Amapá
Av. Nações Unidas, 196 – Bairro Lagunho
688908-170 Macapá, AP
Telefones: (96) 212-4103 / 4172
Fax: (96) 212-4122

GEMPAC – Grupo de Mulheres Prostitutas da Área Central
Rua Padre Prudêncio, 462 – Bairro Centro
66019-080 Belém, PA
Telefax: (91) 241-8396/9052
Endereço eletrônico: gempac@expert.com.br

GEMPAC – Núcleo Castanhal
Rua José Soares de Melo, 291 – Bairro Inhanetana
68745-070 Castanhal, PA
Telefone: (91) 9143-0929

Região Nordeste

APROCE – Associação de Prostitutas do Ceará
Rua Capitão Uruguai, 290 – Bairro Aerolândia
60851-100 Fortaleza, CE
Telefax: (85) 272-4889
Endereço eletrônico: aproce@ivia.com.br

APROSTI – Associação de Prostitutas de Iguatú, CE
Rua Capitão Uruguai, 290 – Bairro Aerolândia
60851-100 Fortaleza, CE
Telefax (88) 581-1700

APROSTÍRUS – Associação de Prostitutas de Russas, CE
Rua Cônego Augustinho, BR-427 – Bairro Centro
62900-000 Russas, CE
Telefone: (88) 9964-8660

ASTRAS – Associação das Trabalhadoras do Sexo de Sobral, CE
Rua P, Quadra I, nº 19 – Cohab I
62050-570 Sobral, CE
Telefone: (88) 614-3742

APROSBA – Associação de Prostitutas da Bahia
Rua Virgílio Donazio, 4 – sala 46 – Bairro Bonfim
40200-000 Salvador, BA
Telefax: (71) 322-2698

APROF - Associação de Prostitutas de Feira de Santana
Rua 13 de Novembro, 81 – Bairro Marechal Deodoro
440104-080 Feira de Santana, BA
Telefone: (75) 626-4871

ASP – Associação Sergipana de Prostitutas
Rua Curitiba, 773 – Bairro Industrial – Conjunto Duque de
Caxias
49065-250 Aracajú, SE
Telefax: (79) 215-6094
Endereço eletrônico: niziana@uol.com.br
Página na web: www.aspsergipe.cjb.net

AMAZONA - Associação de Prevenção da Aids
Rua João Amorim, 342 – Centro
58013-310 João Pessoa, PB
Telefone: (83) 241-5430
Endereço eletrônico: amazona@netwaybsb.com.br

Região Sudeste

AMOCAVIM – Associação de Moradores e Amigos da Vila Mimoza
Rua Sotero dos Reis, 53 – Praça da Bandeira
20270-200 Rio de Janeiro, RJ
Telefone: (21) 2264-7242

FIO D'ALMA
Rua Vinte de Abril, 23 – conjunto 202
20231-020 Rio de Janeiro, RJ
Telefone (21) 2232-2140
Endereço eletrônico: fiodaalma@bol.com.br

DAVIDA – Prostituição, Direitos Civis, Saúde*
Rua Santo Amaro, 129 – Glória
22211-210 Rio de Janeiro, RJ
Telefax: (21) 2224-3532 e 2242-3713
Endereço eletrônico: davida@davida.org.br

VITÓRIA RÉGIA – Associação de Prostitutas de Ribeirão Preto
Rua São José, 361 Centro
14010-160 Ribeirão Preto - SP
(16) 625 4924/638 1033

* Responsável pela articulação nacional da Rede Brasileira de Profissionais do Sexo.

Região Sul

NEP – Núcleo de Estudos da Prostituição
Av. Júlio de Castilho, 481 sala 1 – Centro
90030-130 Porto Alegre, RS
Telefax: (51) 3221-4508
Endereço eletrônico: neppoa@web.com.br

Vida em Liberdade - Associação de Prostitutas de
Florianópolis
Rua Ferreira Lima, 82 – Centro
Florianópolis, SC
Telefone: (48) 224-0134



Referências bibliográficas

AYRES, José Ricardo et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de aids. In: PARKER, Richard e BARBOSA, Regina (org.) Sexualidades pelo Avesso. São Paulo : Editora 34, 1999.

BECKER, H.S. Uma Teoria da Ação Coletiva. Rio de Janeiro : Zahar Editores, 1977.

BERGER, P.L. & LUCKMANN, T. A Construção Social da Realidade. Petrópolis: Vozes, 1973.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Manual de Redução de Danos. Brasília, 2001. 114 p. Il.

BURKE, Peter, A Escrita da História – Novas Perspectivas. São Paulo : Editora da Unesp, 1992.

BURKE, Peter. A Escola dos Annales (1929-1989). A Revolução Francesa da Historiografia. São Paulo : Editora Unesp, 1990.

CÁCERES, Carlos. Opressão sexual e vulnerabilidade ao HIV. Boletim ABIA, n. 44, Jan/Mar, 2000.

CARRARA, S. A luta antivenérea no Brasil e seus modelos. In: PARKER, Richard G. & BARBOSA, Regina M. (orgs.) Sexualidades Brasileiras. pp. 17-37. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996.

CARVALHO, José Murilo, Cidadania no Brasil – O longo caminho. Editora Civilização Brasileira, 2001.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Que é Controle Social? – Os conselhos de Saúde como instrumento. Rio de Janeiro : Fundação Oswaldo Cruz, 2000.

COSTA, Jurandir Freire Ordem Médica e Norma Familiar. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989.

COSTELLA, Sérgio. Adolescência e Transgressão – Quem é vítima de nossa ética. In: PINTO, Terezinha. Aids e Escola. Editora Cortez, 2000.

FREITAS, R.S. Bordel, Bordéis: Negociando Identidades. Petrópolis: Vozes, 1995.

GASPAR, M.D. Garotas de Programa. Prostituição em Copacabana e Identidade Social. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1994.

GOFFMAN, E. Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1988.

GUIMARÃES, Kátia et al. Relatório da Pesquisa Comércio Sexual Feminino e Epidemia do HIV/Aids no Distrito Federal e Entorno. Brasília: Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília & Fundação de Apoio a Pesquisa do Distrito Federal, 1998.

GUIMARÃES, Kátia et al. Relatório da Pesquisa de Diagnóstico Rápido para Mulheres Profissionais do Sexo em Nove Cidades Metropolitanas do Brasil. Brasília: Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília & Coordenação Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde, 1997.

GUIMARÃES, Kátia Nas Raízes do Silêncio: Um Estudo sobre a Representação Cultural da Sexualidade Feminina e a Prevenção do HIV/Aids. Dissertação de Mestrado apresentada ao Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Julho de 1994.

LEITE, Gabriela. Eu, mulher da vida. Rio de Janeiro : Editora Rosa dos Tempos / Editora Record, 1992.

LUZ, D. Como Montar Rádios Comunitárias - Legislação Completa. (Edição Coletivo Nacional Petista das Rádios Comunitárias). Brasília : Senado Federal (Senador Geraldo Cândido da Silva), 1999.

MARQUES, J.M.; EPSTEIN, I.; SANCHES, C.; BARBOSA, S. (org.) Mídia e Saúde. Adamantina : Editora da Universidade Metodista de São Paulo, 2001. 511p.

MORAES, Aparecida Fonseca. Mulheres da Vila – Prostituição, identidade social e movimento associativo. Petrópolis : Editora Vozes, 1995.

NEMES, Maria Inês Baptistela, Avaliação em Saúde: Questões para os programas de DST e aids no Brasil. Coleção ABIA – Fundamentos de Avaliação. Rio de Janeiro : Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids, 2001.

OSBORNE, Raquel. Las prostitutas - uma voz propia (Crônicas de um encuentro). Barcelona : Içaria Editorial, 1991.

PARKER, Richard G. Corpos, Prazeres e Paixões: a Cultura Sexual no Brasil Contemporâneo. São Paulo: Nova Cultural-Best Seller Editora, 1991.

PARKER, Richard G. Na Contramão da Aids – Sexualidade, intervenção, política. São Paulo : Editora 34, 2000.

PARKER, Richard e AGGLETON, Peter. Estigma, Discriminação e Aids. Rio de Janeiro : Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids, 2001.

PARKER, Richard. Na Contramão da Aids. Rio de Janeiro : Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids / Editora 34, 2000.

RAGO, Margareth Prostituição e mundo boêmio em São Paulo, 1890-1940. In: PARKER, RICHARD G. & BARBOSA, Regina M. (orgs.) Sexualidades Brasileiras. pp. 51-62. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996.

RAGO, Margareth, Do Cabaré ao Lar. A utopia da cidade disciplinar. Brasil, 1890-1930, Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1985.

RAGO, Margareth. Os Prazeres da Noite: prostituição e códigos da sexualidade feminina em São Paulo (1890-1930). São Paulo : Paz e Terra, 1985.

SANTOS, Milton. O espaço do cidadão. Editora Nobel, 1987.

SOUZA, Francisca Ilnar. O cliente – O outro lado da prostituição. Anna Blume Editora, 1998.

TEIXEIRA, Paulo Roberto. Políticas Públicas em Aids. In: PARKER, Richard (org.) Políticas, Instituições e Aids. Rio de Janeiro : Editora Jorge Zahar, 1997.



Créditos

Denise Serafim – Psicóloga. Assessora Técnica da Unidade de Prevenção da Coordenação Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde. Brasília, DF.

Gabriela Silva Leite – Socióloga. Presidente da Rede Nacional de Profissionais do Sexo. Rio de Janeiro, RJ.

José Almir Santana – Médico. Coordenador do Programa Estadual de DST e Aids da Secretaria de Estado de Saúde de Sergipe. Aracaju, SE.

Kátia Guimarães – Psicóloga. Pesquisadora Associada do Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília. Doutoranda em Ciências da Saúde da UnB. Assessora Técnica da Secretaria Executiva da Articulação de Mulheres Brasileiras. Brasília, DF.

Liliana Pitaluga Ribeiro – Educadora em Saúde. Assessora Técnica da Unidade de Prevenção da Coordenação Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde. Brasília, DF.

Roberto Chateaubriand Domingues – Psicólogo. Assessor Técnico da Rede Nacional de Profissionais do Sexo e Presidente do Grupo de Apoio à Prevenção de Aids – Gapa-MG. Belo Horizonte, MG.



FiqueSabendo

DISQUE SAÚDE
0800 61 1997

www.aids.gov.br

Programa Nacional de DST/Aids

**Ministério
da Saúde**

