



SEXUALIDADE E DESENVOLVIMENTO:

A política brasileira de resposta ao HIV/AIDS entre profissionais do sexo

Sonia Corrêa, Cristina Pimenta, Ivia Maksud, Soraya Deminicis, e Jose Miguel Olivar

Relatório de Pesquisa



Associação Brasileira
Interdisciplinar de AIDS

SEXUALIDADE E DESENVOLVIMENTO:

A política brasileira de resposta ao HIV/AIDS entre profissionais do sexo

Sonia Corrêa, Cristina Pimenta,
Ivia Maksud, Soraya Deminicis,
e Jose Miguel Olivar

Relatório de Pesquisa

Rio de Janeiro
2011



Associação Brasileira
Interdisciplinar de AIDS

@ ABIA, 2011

Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS

Av. Presidente Vargas, 446/13º andar - Centro

Rio de Janeiro - RJ

Cep: 20071-907 - Brasil

Tel.: (55 21) 2223-1040

Fax: (55 21) 2253-8495

E-mail: abia@abiaids.org.br

www.abiaids.org.br

Diretoria

Presidente: Richard Parker

Vice-presidente: Regina Maria Barbosa

Secretário-geral: Kenneth Rochel de Camargo Jr.

Tesoureiro: Francisco Inácio Pinkusfeld de Monteiro Bastos

Conselho de curadores/as: Fernando Seffner, Jorge Beloqui, José Loureiro, Luis Felipe Rios, Michel Lotrowska, Miriam Ventura, Ruben Mattos, Simone Monteiro, Valdiléa Veloso e Vera Paiva

Coordenação-geral: Cristina Pimenta e Veriano Terto Jr.

Equipe da pesquisa

Coordenação: Sonia Corrêa e Cristina Pimenta

Pesquisador/as: Cristina Pimenta, Sonia Corrêa, Ivia Maksud, Soraya Deminicis e Jose Miguel Olivar

Copidesque: Angela Freitas

Projeto gráfico: Wilma Ferraz

Ilustrações: Jose Miguel Olivar

Um agradecimento especial a Marina Maria e Jandira Queiroz, da equipe da ABIA/SPW, pela revisão de texto e edição.

A pesquisa e respectiva publicação foram apoiadas pelo DFID (agência de cooperação britânica), através do Programa de Sexualidade e Desenvolvimento, do Instituto de Estudos para o Desenvolvimento (IDS).

É permitida a reprodução total ou parcial desta publicação, desde que citada a fonte e a autoria.

SUMÁRIO

Sumário Executivo	5
1. Introdução	8
2. Metodologia	10
3. Análise de Contexto	12
3.1 Tendências epidemiológicas	13
3.2 Perspectivas históricas de políticas e programas	14
3.2.1 Debate sobre prostituição no Brasil desde o século 19	14
3.2.2 A construção da resposta brasileira ao HIV/AIDS entre profissionais do sexo (1989-2007)	18
3.3 Inflexões recentes das políticas públicas (2007-2009)	23
3.4 Descentralização do sistema brasileiro de saúde pública	26
4. Achados da Pesquisa	28
4.1 Prevenção de DSTs/HIV/AIDS e atenção à saúde: a experiência das9 prostitutas	29
4.1.1 Territórios do “mercado do sexo”	31
4.1.2 Percepções das profissionais do sexo	34
4.1.2.1 Acesso e uso dos serviços: cuidados gerais com a saúde e teste anti-HIV/AIDS	34
4.1.3 Prevenção: mãos visíveis e invisíveis	37
4.1.4 Qualidade da atenção e discriminação	38
4.2 Programas e serviços de saúde: observação de campo e percepções de gestores/as e profissionais	40
4.2.1 Porto Alegre	40
4.2.1.1 Descrição dos serviços visitados	41
4.2.1.2 A prevenção feita por ONGs: experiência do NEP	43
4.2.2 Rio de Janeiro	44
4.2.2.1 Descrição dos serviços visitados	44
4.2.2.2 PSF da Lapa: um caso especial	46
4.2.2.3 O projeto <i>Corrente da saúde</i>	48
4.3 Percepções e atitudes de gestores/as e profissionais de saúde	49
4.3.1 Perfil de gestores/as e profissionais de saúde	50
4.3.1.1 Secretarias do Estado de Saúde	50
4.3.1.2 Secretarias municipais	51

4.3.2	Universalidade do SUS <i>versus</i> respostas específicas	53
4.3.2.1	Funcionamento dos serviços, qualidade da atenção e formação de profissionais	54
4.3.3	Preconceito, estigma e discriminação	55
4.4	Conclusões	56
4.4.1	Política “expressiva” <i>versus</i> realidade da assistência à saúde	56
4.4.1.1	Estigma, discriminação e preconceito	59
4.4.2	Quem é responsável pela prevenção em HIV/AIDS?	60

ANEXOS

Anexo 1.	Pessoas entrevistadas e outras fontes	62
Anexo 2.	Síntese dos grupos focais e do <i>survey</i> realizado com mulheres profissionais do sexo	64

SUMÁRIO EXECUTIVO

O estudo teve como objetivos específicos explorar e analisar consistências e incongruências entre as diretrizes da política oficial brasileira, de um lado, e de outro a implementação de programas de prevenção e atenção à saúde de mulheres profissionais do sexo no que se refere ao HIV/AIDS. As análises de dados e os principais achados da pesquisa discutidos neste relatório estão organizados em cinco eixos:

- 1) As políticas e programas de prevenção do trinômio DST/HIV/AIDS para profissionais do sexo desenvolvidos durante as duas últimas décadas.
- 2) A legitimidade política de atores-chave da sociedade civil engajados no comércio sexual, o impacto da epidemia em pessoas envolvidas com essa atividade, e a emergência de novas agendas no cenário das políticas públicas.
- 3) Os efeitos das pressões políticas exercidas por esses atores sobre o estado brasileiro desde o início da pandemia, e consequentes ajustes das políticas públicas de saúde às demandas e necessidades específicas de profissionais do sexo.
- 4) A experiência e a percepção de trabalhadoras sexuais sobre os serviços públicos de saúde e as iniciativas de prevenção do HIV.
- 5) As percepções de gestores/as e profissionais de saúde pública sobre a prevenção do HIV entre profissionais do sexo e estado da arte das discussões sobre esta questão no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A partir desses eixos, as principais conclusões do estudo são as seguintes:

- a) As políticas brasileiras de prevenção do trinômio DST/HIV/AIDS direcionadas a profissionais do sexo e adotadas a partir do final da década de 1980 tiveram um impacto positivo e bastante significativo no sentido de abrir espaços para a participação cidadã das prostitutas, dar maior visibilidade a suas experiências, promover seus direitos humanos e contribuir para a superação do estigma e da discriminação que pesa sobre o trabalho sexual.

- b) Sobre a interrupção do financiamento da USAID em 2005, as pessoas entrevistadas se mostraram francamente favoráveis à decisão do governo brasileiro de suspender o acordo. Muitas sublinharam seu apoio à primazia da soberania nacional sobre imposições de outro país que sejam contrárias aos princípios de direitos humanos e à legislação vigente no Brasil. Entretanto, é preciso dizer que a maior parte dessas pessoas não dispunha de informação e clareza suficiente sobre os problemas causados pela interrupção do financiamento.
- c) A observação dos serviços realizada por esta pesquisa não foi exaustiva, mas mostrou que tanto em Porto Alegre quanto no Rio de Janeiro permanece muito limitada e precária a resposta da saúde pública às necessidades de profissionais do sexo em termos de prevenção e assistência médica. Quando perguntados/as sobre o escopo e a qualidade dos serviços oferecidos a prostitutas, gestores/as de saúde disseram que, em geral, estão restritos à promoção da saúde.
- d) Preconceito, estigma e discriminação foram temas recorrentes nas entrevistas com profissionais de saúde em Porto Alegre e no Rio de Janeiro. Embora gestores/as e profissionais de saúde entrevistados/as demonstrassem grande sensibilidade para as questões de estigma, preconceito e discriminação, muitos vieses persistem no tratamento recebido por profissionais do sexo nos serviços de saúde.
- e) Um tema constante nas entrevistas foi a tensão entre universalidade do SUS *versus* tratamento diferenciado para grupos específicos. Vários/as gestoras/es e profissionais de saúde entrevistados/as também avaliaram que a política de HIV/AIDS vem perdendo vigor.
- f) Finalmente, em relação aos impactos da interrupção do financiamento da USAID em 2005, é preciso considerar que a suspensão dos fundos não afetou diretamente os orçamentos públicos para o programa de HIV/AIDS, mas afetou a sustentabilidade de ONGs dedicadas a projetos de prevenção. Mesmo que gestores/as públicos/as do programa não tenham mencionado essa questão, na comunidade das ONGs que atuam em AIDS o episódio teve efeitos negativos.

Algumas citações extraídas das entrevistas com profissionais do sexo em Porto Alegre e no Rio de Janeiro ilustram questões relacionadas aos serviços de saúde:

“Eu sempre doei sangue... mas, da última vez que fui, a enfermeira chefe de lá começou a me perguntar sobre a minha vida sexual, e aí eu terminei dizendo que era garota de programa e ela me disse: ‘Aí então não! não pode doar...’” (Prostituta de rua de Porto Alegre).

“Serviços especiais para prostitutas? Não!!! Pelo contrário, para as mulheres ‘cadinhas’, pois teriam que ter atenção maior porque tem muitas delas que não podem usar o preservativo...” (Prostituta de rua de Porto Alegre).

“Horários especiais para prostitutas? Se tu és trabalhadora noturna... não prostituta! outra coisa... tu vai no horário normal pedir tua ficha... não vai? Não! não tem prioridade... E então por que é que pra prostituta vai ter... por que é a gostosa? Por que é a mulher cara? (se) uma funcionária que trabalha a noite toda vai ter que virar noite, (para) ir lá marcar seu médico... por que nós, como prostituta, não podemos fazer isso? Não somos umas coitadinhas nem nada” (Prostituta de rua de Porto Alegre).



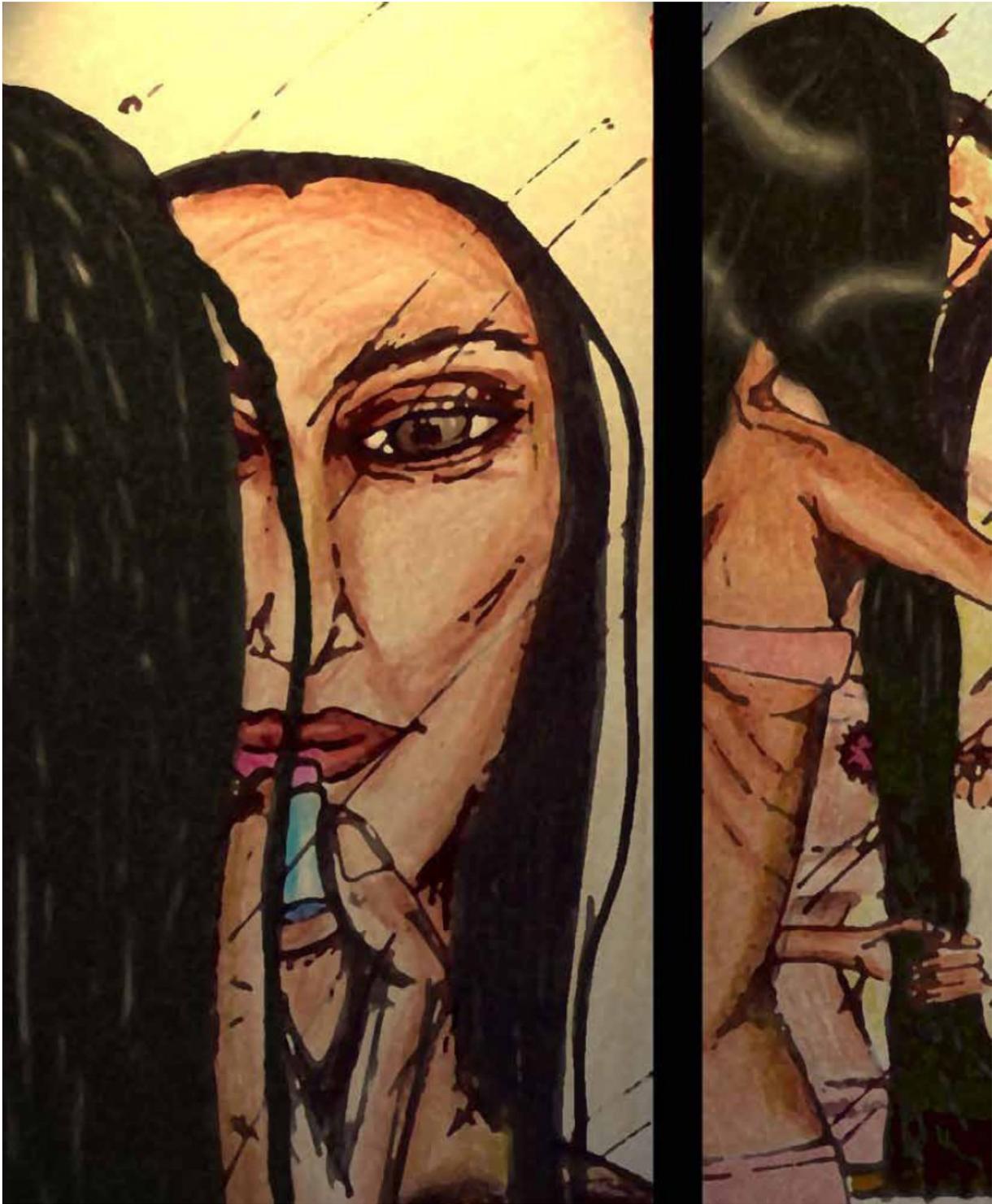


1. INTRODUÇÃO

Este relatório apresenta os principais achados de um estudo de caso conduzido entre 2008–2009 pela Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), como parte de uma iniciativa de pesquisa global iniciada em parceria com o programa Sexualidade e Desenvolvimento do Instituto de Estudos para o Desenvolvimento da Universidade de Sussex (IDS), em Brighton, na Inglaterra. O trabalho analisa a trajetória que levou ao atual estágio da resposta brasileira à transmissão de HIV/AIDS entre profissionais do sexo, em especial prostitutas, percorrendo as estratégias de prevenção adotadas nos últimos vinte anos, seu impacto epidemiológico e as respostas do sistema de saúde para este grupo em particular. A implementação de políticas – em aspectos como acesso e qualidade dos serviços e programas de prevenção – foi examinada através de observações e entrevistas realizadas em duas localidades: Rio de Janeiro e Porto Alegre.

O estudo também explorou, superficialmente, o impacto da suspensão, em 2005, do acordo de cooperação com a USAID sobre prevenção da transmissão do HIV. A suspensão se deu em consequência das reações, por parte do Ministério da Saúde, da Rede Brasileira de Prostitutas e de ONGs que atuam em programas de prevenção do HIV diante da chamada cláusula da prostituição, imposta pelo Plano Especial da Presidência dos Estados Unidos para o Combate da AIDS (PEPFAR, na sigla em inglês), durante a administração Bush, a países e organizações que recebem fundos da USAID.

A pesquisa iniciou-se em abril de 2008, com a definição do protocolo preliminar especificando questões relevantes a serem exploradas e identificando informantes-chave a serem entrevistadas/os. Ainda em 2008 foi feita uma revisão da literatura, que privilegiou o exame de documentos sobre a política neste campo. Foram realizadas entrevistas com técnicos/as do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde e com Gabriela Leite, da Rede Brasileira de Prostitutas. A segunda fase foi dedicada ao trabalho de campo, realizado no Rio de Janeiro e em Porto Alegre.

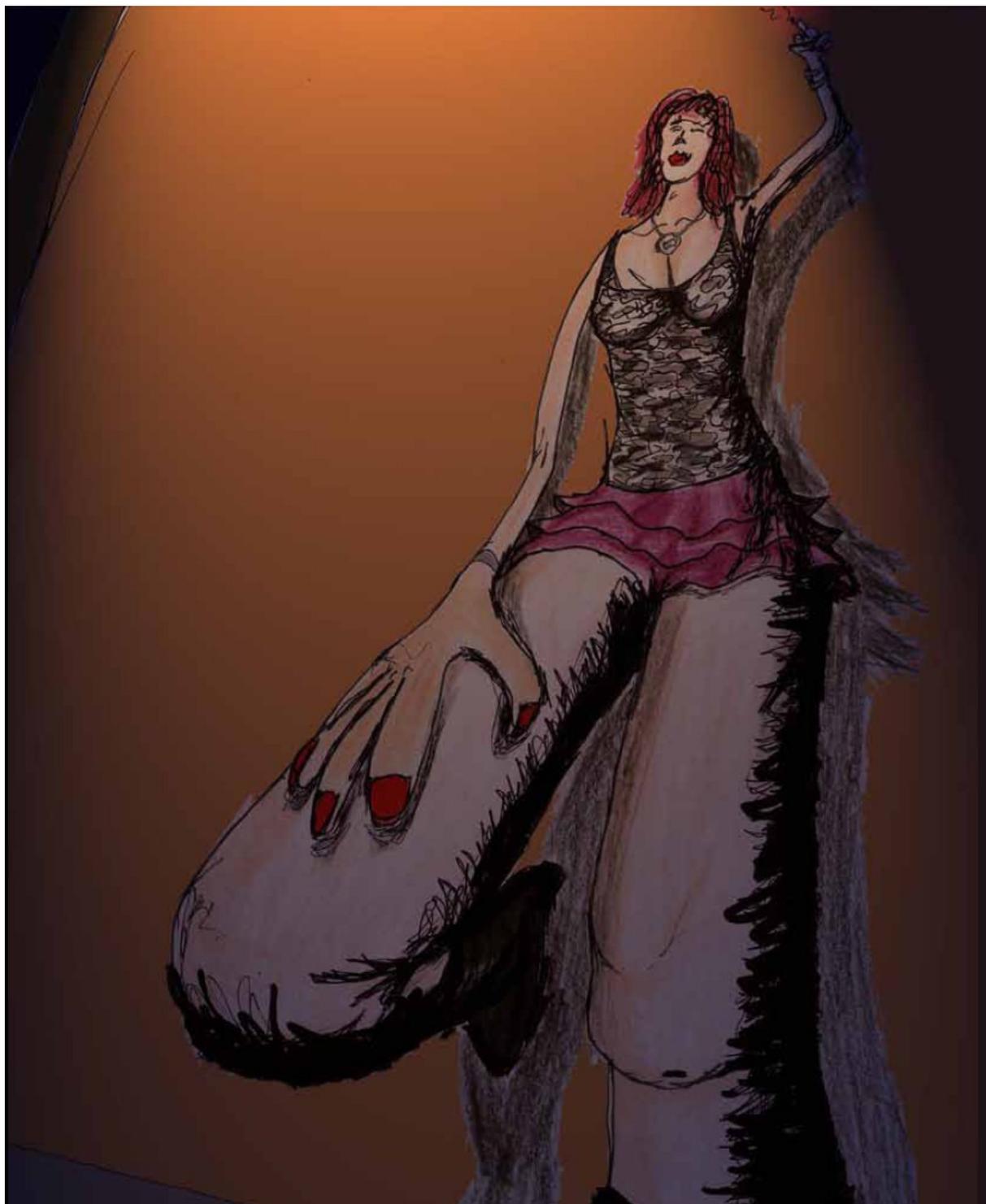


2. METODOLOGIA

A coleta de dados foi realizada através de fontes primárias e secundárias de informação. As fontes secundárias incluíram: a) revisão de documentos e relatórios sobre as políticas governamentais na área da prevenção do HIV/AIDS no Brasil, inclusive resultados das consultas junto a organizações da sociedade civil; e b) revisão de literatura disponível e relevante sobre o impacto da política pública de prevenção do HIV/AIDS entre profissionais do sexo. As fontes primárias englobaram: a) entrevistas com gestoras/es da política de saúde dos níveis federal, estadual e municipal, e profissionais de saúde; b) entrevistas com informantes-chave engajados/as na trajetória histórica do movimento brasileiro de profissionais do sexo; c) grupos focais e um *survey* com profissionais do sexo (organizadas e não organizadas); e d) observação participativa (limitada) de serviços de saúde pública¹. As entrevistas foram feitas na cidade do Rio de Janeiro, capital do estado de mesmo nome, e em Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul.

Faz-se necessário apresentar algumas observações quanto à terminologia usada neste relatório. Como verão, optou-se por usar “prostitutas”, assim como “trabalhadoras do sexo” e “profissionais do sexo”. Essa decisão está relacionada ao fato de que o movimento brasileiro de trabalhadoras sexuais (ou pelo menos o setor com mais visibilidade e mais organizado) adotou o termo “prostitutas” como sua definição política e profissional. A razão para esta escolha é que, na opinião de suas lideranças, os termos “trabalho sexual” ou “trabalhadores/as do sexo” higienizam a prostituição. Por outro lado, “prostituta” é um termo que se aplica exclusivamente às mulheres que atuam no mercado do sexo e no cenário político brasileiro o termo “profissional do sexo” é usado para se referir também a homens, travestis e transexuais que exercem trabalho sexual. A fim de evitar a adição de uma nova terminologia, optamos por “trabalhadores/as sexuais”, mesmo quando distinções podem ser feitas. O outro termo que necessita de esclarecimento é “travesti” que, como se sabe, é a denominação, mas também a categoria política identitária adotada pelas pessoas que tenham feito modificações corporais para alterar sua expressão aparência de gênero, mas que não necessariamente se submeteram por um processo cirúrgico transsexualizador.

¹ Houve uma expectativa inicial das pesquisadoras e do pesquisador de entrevistar profissionais do sexo independente do gênero ou identidade sexual. No entanto, mulheres foram maioria entre as pessoas entrevistadas. Para alcançar os objetivos da pesquisa, as entrevistas, os grupos focais e as diretrizes dos questionários buscaram abarcar: a história do movimento de profissionais do sexo e dos programas e projetos de prevenção do HIV/AIDS; o impacto da retração dos recursos da USAID; os efeitos das regras brasileiras de descentralização do Sistema Único de Saúde; os aspectos relacionados às terminologias utilizadas para a identificação ou auto-identificação de pessoas envolvidas no trabalho sexual; e a experiência de profissionais do sexo no acesso à prevenção (distribuição de preservativos), tratamento do HIV e atenção à saúde de modo geral.



3. ANÁLISE DE CONTEXTO

3.1 Tendências epidemiológicas

Estima-se que há 630 mil pessoas (entre 15 e 49 anos) vivendo com HIV no Brasil, o que representa uma taxa de prevalência nacional de aproximadamente 0,61%. O Brasil responde por mais de um terço do total de pessoas vivendo com HIV na América Latina, permanecendo a sexual como a forma mais comum de transmissão no país. No início (década de 1980), a epidemia no Brasil afetou majoritariamente gays e homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas que se submetem a transfusões de sangue e usuárias/os de drogas injetáveis. No entanto, a transmissão heterossexual do HIV cresceu significativamente na segunda metade da década de 1990, com números crescentes de casos de AIDS entre a população feminina. Isto teve um reflexo direto sobre a razão de casos de AIDS entre homens e mulheres na última década, que passou de 15 homens/1 mulher em 1986 para 1.5 homens/1 mulher em 2007.

No caso das populações vivendo em situações de maior vulnerabilidade, como gays, HSH, profissionais do sexo e usuárias/os de drogas injetáveis, a taxa de prevalência do HIV está acima dos 5%. Esse padrão de transmissão e prevalência coloca o Brasil no critério de epidemia concentrada, conforme definição da Organização Mundial de Saúde (OMS). Em termos de grupos etários, os mais afetados pela epidemia continuam sendo o das pessoas entre 20 e 49 anos de idade (de ambos os sexos e em todas as regiões do país), com um incremento recente de casos na população com idade acima de 50 anos. O Ministério da Saúde identificou, até junho de 2008, um total de 506.499 casos de AIDS, sendo 65,8% homens e 34,2% mulheres. Duzentas mil pessoas encontram-se atualmente em tratamento para AIDS com terapia antirretroviral (ARV).

O crescimento da epidemia entre as mulheres brasileiras nos anos recentes por meio da transmissão heterossexual foi enfatizado nos relatórios epidemiológicos do Ministério da Saúde e no relatório de 2008 da Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas (UNGASS). Acrescente-se que, no grupo etário com idade entre 13 e 19 anos, a razão entre homens e mulheres foi invertida, com 6 casos de homens para cada 10 mulheres com AIDS (razão homem/mulher = 6:10).

Embora o dado da infecção por HIV no Brasil tenha se estabilizado em torno de 20 mil novos casos de AIDS por ano, persiste maior vulnerabilidade de grupos específicos, como HSH, usuárias/os de drogas injetáveis (UDI) e profissionais do sexo (PS). O grau mais alto de vulnerabilidade está relacionado tanto a determinantes sociais – como desigualdades de gênero, classe, raça e padrões de discriminação – quanto a práticas sexuais inseguras.

Estima-se que um por cento (1%) da população feminina brasileira entre 15 e 49 anos – quase meio milhão de pessoas – esteja envolvida em atividades de sexo comercial ou transacional (Szwarcwald et al., 2005). Mulheres profissionais do sexo

são consideradas como um dos subgrupos da população brasileira que está exposto aos graus mais altos de vulnerabilidade social e programática à infecção por HIV. Estudo desenvolvido entre 2000 e 2001, em algumas capitais brasileiras, estimou que a taxa de prevalência do HIV para profissionais do sexo é de 6,4% (Ministério da Justiça, 2004). Ainda que este número seja bem inferior aos 17,8% estimados em 1996, ele ainda é 14 vezes maior do que a taxa de prevalência detectada para a população feminina brasileira em geral (Szwarcwald e Souza Jr., 2006).

3.2 Perspectivas históricas de políticas e programas

3.2.1 Debate sobre prostituição no Brasil desde o século 19

Prostituição tem sido tema de debate no Brasil desde a segunda metade do século 19, quando já se identificava uma controvérsia entre abolicionistas e regulamentaristas (grupos que pressionavam os governos para regulamentar a profissão em termos de confinamento territorial da atividade e controle sanitário rígido). Como sublinha Pereira (2005)², o Brasil nunca seguiu a política de países vizinhos – como Argentina, Uruguai e Colômbia – que muito cedo adotaram o modelo regulamentarista francês, definindo zonas de prostituição e estabelecendo um regime sanitário rigoroso sobre as mulheres envolvidas no comércio sexual. Mas o estado brasileiro tampouco adotou uma política abolicionista. No início do século 20, abolicionistas ardorosos como Evaristo de Moraes, criticaram severamente a ausência de uma política clara de erradicação da prostituição e do “tráfico de brancas”. Como bem analisou a mesma pesquisadora (Pereira, 2005), essa “ausência de política” terminou por constituir um modelo de intervenção que, desde o século 19, combina medidas policiais e judiciais e intervenções sanitárias para contenção de doenças “venéreas”, especialmente a sífilis. Não seria exagero afirmar que a regulação sanitária tem sido o traço mais marcante da intervenção do estado brasileiro no mercado do sexo. A permanência dessa lógica de intervenção estatal explica, também, o caráter da legislação penal brasileira, que não criminaliza a prostituição *per se*, mas sim a exploração comercial da atividade.

Mas isto não significa que posições abolicionistas tenham desaparecido do tecido social e do debate público. Embora a política estatal nunca tenha assumido um recorte abertamente abolicionista, sempre estiveram presentes iniciativas para resgatar mulheres envolvidas com a prostituição. Por exemplo, no início do século 20 tais iniciativas ganharam proeminência quando o país esteve envolvido em campanhas internacionais para combater o “tráfico de brancas” (Rago, 1985). Na segunda metade do século

² PEREIRA, C. S. Lavar, passar e receber visitas: debates sobre a regulamentação da prostituição e experiências de trabalho sexual em Buenos Aires e no Rio de Janeiro, fim do século XIX. *Cad. Pagu* [online]. 2005, n. 25, pp. 25-54. ISSN 0104-8333. doi: 10.1590/S0104-83332005000200002.

20, grupos filantrópicos, em particular religiosos, formularam propostas e projetos de reabilitação para prostitutas. O exemplo mais conhecido é a Pastoral da Mulher Marginalizada, vinculada à Igreja Católica³.

Por outro lado, como bem analisam Rago⁴ (1985), Kushner⁵ (1996) e Pereira (2005), as prostitutas e a prostituição constituíam elementos marcantes do cenário cultural brasileiro desde o final do século 19, quando o país experimentou os primeiros momentos da modernização e de urbanização. Escravas e negras forras eram maioria entre as mulheres que prestavam serviços sexuais, mas havia também prostitutas imigrantes francesas, italianas, espanholas e polacas (judias), que à época chegaram ao país em grande número (especialmente ao Rio de Janeiro e São Paulo)⁶. Rago e Kushner descrevem, inclusive, a história de associativismo protagonizada por prostitutas de origem judaica, no Rio de Janeiro, cujos efeitos positivos são inequívocos. A associação construiu um cemitério próprio e criou um fundo de pecúlio para garantir uma pensão para as prostitutas que já não podiam trabalhar⁷.

Entretanto, um movimento de prostitutas com objetivos políticos explícitos só se concretizaria bem mais tarde, no final da década de 1970, quando um pequeno grupo de profissionais do sexo (mulheres e travestis) de São Paulo reagiu, de maneira organizada, à repressão policial contra a prostituição de rua. A partir de então cresceram paulatinamente as iniciativas de mobilização contra a discriminação e a violência e por mais respeito social pelo trabalho das prostitutas e demais profissionais do sexo. Essas mobilizações foram apoiadas por artistas e grupos religiosos progressistas (católicos, luteranos e anglicanos)⁸.

Em 1987, aconteceu o primeiro Encontro Nacional das Prostitutas, liderado por Gabriela Leite. Este evento está na origem da atual Rede Brasileira de Prostitutas. Além disso, o surgimento do movimento político das prostitutas coincidiu com os primeiros passos rumo à democratização e com os primeiros casos de AIDS confirmados no Brasil. Como em outros países, nos primeiros momentos da epidemia alguns grupos

³ A Pastoral da Mulher Marginalizada é uma iniciativa muito antiga da Igreja Católica, voltada para o resgate de mulheres prostitutas. Se nos anos 1970 e 1980 a Pastoral teve, em vários lugares, uma linha de trabalho bastante progressista, nos dias atuais está fundamentalmente voltada para ações de combate à prostituição infantil, tráfico sexual e resgate de mulheres da prostituição.

⁴ RAGO, M. *Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar, Brasil 1890-1930*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

⁵ KUSHNER, B. *Baile de máscaras*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

⁶ Como se sabe, isto implicou em uma reconfiguração profunda em termos de normas morais e fronteiras entre público e privado, na qual tem particular relevância o deslocamento das normas morais de origem religiosa para os novos parâmetros de disciplinamento sexual biomédico.

⁷ A criação de um cemitério específico para as prostitutas foi uma resposta à postura discriminatória da comunidade judaica, que não admitia que elas fossem enterradas no cemitério comunitário.

⁸ O Instituto Superior dos Estudos da Religião (ISER) foi, naquele momento, a organização guarda-chuva que deu espaço e apoio estratégico a essa iniciativa.

populacionais foram identificados no Brasil como “grupos de risco” e principais vetores de expansão da epidemia: pessoas submetidas à transfusão de sangue (particularmente hemofílicos), homossexuais, prostitutas e usuários/as de drogas injetáveis.

Sem dúvida, o pânico moral decorrente da AIDS agravou, num primeiro momento, o perfil de discriminação e preconceito já existente. Mas, rapidamente, a atmosfera de democratização presente no país, que comportava um debate intenso sobre cidadania e direitos, permitiu que as visões e os discursos negativos e estigmatizantes com relação a gays, profissionais do sexo e seus clientes fossem fortemente contestados. Outro aspecto a ser levado em conta é a emergência de um debate público sobre a condição e a discriminação das mulheres, e sobre a sexualidade feminina. Esses novos discursos também tiveram um efeito importante no debate sobre a discriminação das prostitutas. Foram dinâmicas políticas e culturais que abriram caminho para a construção de uma política pública sobre HIV/AIDS baseada em princípios não-discriminatórios que contou, desde o final dos anos 1980, com a participação de organizações da sociedade civil, numa lógica que sempre combinou colaboração e conflito às instâncias estatais.

Em outras palavras, a trajetória da política brasileira de resposta ao HIV entre profissionais do sexo assume um caráter peculiar se comparada à experiência de outros países do mundo em desenvolvimento. Essa trajetória combinou capacidade técnica, vigilância epidemiológica, prevenção e tratamento, no interior de uma moldura mais ampla de respeito aos direitos humanos. Deve-se ressaltar, entretanto, que para um país continental como o Brasil, foi e continua sendo um enorme desafio traduzir diretrizes nacional de saúde para as realidades nacionais de uma política local. Sobretudo em anos recentes, a política brasileira de HIV/AIDS tem sido afetada negativamente por processos e dinâmicas em curso no sistema público de saúde. Particularmente, a descentralização e as novas lógicas de gestão nos níveis locais têm comprometido a qualidade de resposta à epidemia, inclusive nos dois municípios pesquisados.

Além disso, desde os anos 1990, o Brasil adotou políticas públicas no campo da exploração sexual de crianças e adolescentes e do tráfico de pessoas que, em vários aspectos, fazem interseção com a resposta ao HIV/AIDS entre profissionais do sexo. Em 1990, foi aprovado o Estatuto da Criança e do Adolescente, que consolida os direitos das crianças e adolescentes no país. Desde então, a questão do abuso sexual de crianças e adolescentes, inclusive a prostituição, tem sido uma preocupação central da sociedade e do estado brasileiro. Ao final da década de 1990, as questões do turismo sexual e do tráfico para fins sexuais, especialmente na Região Nordeste, ganharam grande visibilidade no debate público. Em 2003, o Brasil assinou o Protocolo Adicional à Convenção das Nações Unidas contra o Crime Organizado Transnacional Relativo à Prevenção, Repressão e Punição do Tráfico de Pessoas, em Especial Mulheres e Crianças. Em 2004, o Congresso Brasileiro ratificou este protocolo, desdobrando-se a partir daí em uma série de iniciativas institucionais e legislativas. Um exemplo foi a criação, pela Secretaria

Nacional de Justiça do Ministério da Justiça, de um grupo de trabalho para desenvolver o Programa de Combate ao Tráfico de Pessoas. Outro exemplo foi a formulação do Plano Nacional de Combate ao Tráfico de Seres Humanos. A partir de 2005, foram aprovadas leis específicas sobre crimes sexuais – pornografia, abuso sexual e tráfico – que foram incorporadas ao Código Penal em agosto de 2009, sob a Lei 12.015/2009.

Merecem destaque nessa nova legislação os seguintes aspectos: agravamento da pena para a exploração sexual de pessoas entre 14 e 18 anos de idade; adoção do termo “tráfico de pessoas”, e não apenas “tráfico de mulheres e meninas” para fins sexuais; e introdução de um novo artigo relativo ao tráfico doméstico para fins sexuais, ou seja, deslocamentos no território nacional⁹.

Vale notar que, entre 2003 e 2008, as políticas de combate ao tráfico de pessoas, e mais especialmente o tráfico para fins sexuais, receberam generosos financiamentos de diferentes doadores, inclusive USAID e agências europeias (Oliveira, 2008; Piscitelli, 2008)^{10, 11}. Essas políticas e a legislação vigente são implementadas em parceria com uma rede ampla e complexa de organizações da sociedade civil: ONGs de defesa dos direitos de crianças e adolescentes, instituições religiosas (como a Pastoral da Mulher Marginalizada) e organizações feministas.

É exagerado afirmar que uma onda abolicionista esteja em curso no país, mas há sinais de que posições e visões radicalmente contrárias ao exercício da prostituição como trabalho vêm ganhando espaço e legitimidade. Inevitavelmente esta agenda se cruza com a política de resposta ao HIV. Por exemplo, nos anos recentes e nos níveis locais, as ações de prevenção do HIV entre profissionais do sexo foram implementadas em articulação com as medidas para coibir a exploração sexual comercial de crianças e adolescentes e, em alguns casos, com projetos de resgate de pessoas adultas da prostituição ou oferta de treinamento para outro tipo de trabalho. Não foi possível, no contexto desse estudo, examinar o impacto sobre a resposta ao HIV/AIDS no Brasil que tiveram as medidas anti-tráfico e as visões potencialmente abolicionistas. Entretanto, no período examinado, registram-se contradições e conflitos, tais como a emergência de diferentes visões no interior do movimento de trabalhadoras do sexo

⁹ A mudança na idade de consentimento se aplica a vários crimes incluídos neste capítulo, inclusive estupro. Segundo Adriana Piscitelli, reconhecida pesquisadora da questão da prostituição, a instituição do crime de tráfico interno é particularmente problemática, pois, como não há fronteiras a cruzar, a definição é vaga. Uma vez que a prostituição é uma atividade com grande mobilidade, os deslocamentos são utilizados pela polícia e outras instituições como “prova” de que profissionais do sexo vivendo fora de seus lugares de origem são vítimas de tráfico.

¹⁰ PISCITELLI, A. Entre as ‘máfias’ e a ‘ajuda’: a construção de conhecimento sobre tráfico de pessoas. *Cadernos PAGU* (31), julho-dezembro de 2008: 29-64. OLIVEIRA, M. P. Sobre armadilhas e cascas de banana: uma análise crítica da administração de Justiça em temas associados a Direitos Humanos. *Cadernos PAGU* (31), julho-dezembro de 2008: 125-150.

¹¹ Esses recursos foram canalizados diretamente pela embaixada e consulados ou através da UNODOC, agência da ONU de combate às drogas.

e controvérsias que emergiram em diálogos sobre HIV/AIDS e prostituição, travados entre estado e sociedade civil. São tensões que podem, eventualmente, ser interpretadas como consequência deste novo cenário das políticas públicas¹².

3.2.2 A construção da resposta brasileira ao HIV/AIDS entre profissionais do sexo (1989-2007)

No Brasil, a coincidência histórica entre o processo de redemocratização e o início da epidemia do HIV/AIDS favoreceu a comunicação entre atores da sociedade civil engajados na construção de uma resposta e o Ministério da Saúde. Com o passar do tempo, esses diálogos iniciais se consolidaram em uma parceria permanente para desenvolver e implementar os programas de prevenção do HIV/AIDS. No final dos anos 1980, quando o Programa Nacional de DST/AIDS já estava estabelecido, a rápida expansão de infecções por HIV e da pressão de grupos organizados fizeram com que o Programa Nacional desenvolvesse projetos específicos de prevenção do HIV/AIDS para trabalhadoras sexuais. Ativistas da sociedade civil receberam convites para participar da concepção dessas iniciativas. Neste grupo, estavam: Gabriela Leite, do movimento das prostitutas; Roberto Chateaubriand, do Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS (GAPA) de Minas Gerais; Lourdes Barreto, da Associação de Prostitutas de Belém do Pará; Laura Celeste, do GAPA de São Paulo; além de pesquisadores/as, consultores/as e especialistas em sexualidade.

Os programas elaborados por esses grupos em parceria com o Programa Nacional de DST/AIDS foram implementados a partir de 1989, sob o guarda-chuva do *Projeto Previna*. As ações de saúde foram direcionadas a grupos específicos: profissionais do sexo, homossexuais masculinos, usuários/as de drogas e pessoas cumprindo pena de reclusão (presidiários/as). A metodologia adotada foi sobretudo baseada na “educação entre pares”. No caso específico das/os profissionais do sexo, foi feita uma seleção e um grupo foi capacitado para atuar como “agente de saúde” ou multiplicador. Este grupo recebia a tarefa de contatar outras prostitutas para transmitir informações e materiais de prevenção. Esperava-se, assim, formar uma cadeia de transmissão de informações sobre prevenção do HIV de prostitutas educadoras/agentes de saúde, para prostitutas; de prostitutas para parceiros sexuais e clientes e, eventualmente, para a população de modo geral. O desenho do programa foi baseado em um modelo epidemiológico que visava obter impacto sobre “vetores de transmissão”, como estratégia para não somente multiplicar a transmissão de informação qualificada sobre a epidemia, mas também conter as taxas de infecção.

¹² É importante dizer que só foi possível detectar a extensão e relevância dos efeitos da política anti-tráfico no campo da resposta ao HIV entre trabalhadoras do sexo nas etapas finais do estudo, ou seja, durante a segunda rodada de entrevistas com ativistas e gestores/as da saúde. Para informações mais detalhadas sobre essas mudanças e sobre as tensões correlatas veja *Politics of Prostitution in Brazil: Between “state neutrality” and “feminist troubles”* (Sonia Corrêa, no prelo).

Ao longo dos anos 1980, a consolidação e a expansão da parceria com o estado conferiram legitimidade e visibilidade às organizações e demandas das prostitutas. Em 1993, o Programa Nacional de DST/AIDS assinou um acordo de empréstimo com o Banco Mundial (AIDS I). Entre 1994–1998, já sob as novas regras do AIDS I, houve uma mudança de estratégia no sentido de “expandir as ações de prevenção para antecipar-se à epidemia”. Em outras palavras, o Programa Nacional de DST/AIDS reconhecia que não era suficiente intervir apenas nas localidades ou grupos que já apresentavam altas taxas de prevalência, fazendo-se necessário ampliar as medidas de prevenção para toda a população potencialmente em risco.

Entre 1998–2002, já sob o acordo AIDS II, o marco dos direitos humanos foi incorporado de maneira consistente às estratégias brasileiras de resposta à epidemia do HIV. Isto teve uma importância crucial no sentido de criar condições mais favoráveis para enfrentar de forma sistemática a estigmatização e a discriminação de profissionais do sexo, inclusive travestis. Outra decisão crucial foi definir que os projetos de prevenção seriam implementados diretamente pelas ONGs, já que o Ministério da Saúde e o Banco Mundial estavam convencidos de que estas tinham mais capilaridade para alcançar grupos vulneráveis, e maior flexibilidade para o trabalho no nível local, mantendo o Programa Nacional a responsabilidade de definir estratégias de política e as respectivas normas. A transferência de recursos financeiros para as ONGs foi implementada através de editais e concorrências públicas para apresentação de projetos, a serem avaliados por uma comissão externa. Desde então, um amplo leque de ONGs de todo o país, inclusive grupos e associações de prostitutas, passaram a implementar projetos de prevenção do HIV/AIDS.

No início dos anos 1990, grupos de travestis e suas lideranças também ganharam mais visibilidade no ambiente da resposta brasileira ao HIV/AIDS, inicialmente como responsáveis pelas casas de apoio para as pessoas soropositivas e, mais tarde, como ativistas da prevenção. O primeiro Encontro Nacional de Travestis e Liberados contra a AIDS (ENTLAIDS) aconteceu em 1993. Em 1996, o Programa Nacional de DST/AIDS elaborou programas específicos para alcançar os HSH e travestis (que estivessem também engajados no sexo comercial) através do *Projeto SOMOS*. Em 2003, estabeleceu-se o *Projeto Tulipa* e sua respectiva rede, tendo como principal objetivo identificar, sensibilizar e empoderar líderes e organizações de travestis, transexuais e transgêneros. A meta foi criar cinco centros de referência para esses grupos, um em cada região do país, cada qual destinado a funcionar como centro de desenvolvimento de capacitação e mobilização social local.

No início de 2000, foi intensificado o processo em curso de descentralização dos programas de HIV/AIDS para os níveis estaduais e municipais, em conformidade com as normas e a lógica do Sistema Único de Saúde (SUS). Foi lançado o programa de prevenção *Esquina da Noite*, uma nova proposta que exigia das ONGs a constituição

de consórcios para habilitarem-se a receber fundos federais. No caso da prevenção do HIV entre pessoas envolvidas com sexo comercial, foi criado um consórcio nacional. O GAPA/MG associou-se ao DAVIDA e ao Vitória Régia do Rio de Janeiro para cobrir a Região Sudeste; APPS e APROCE (Associação de Prostitutas do Ceará) cobriram o Nordeste; o Núcleo de Estudos da Prostituição (NEP) ficou responsável pela Região Sul; e o GEMPAC, pela Região Norte.

O projeto *Esquina da Noite* teve como objetivo principal fortalecer a Rede Brasileira de Prostitutas, com atividades voltadas para promoção da auto-estima, dos direitos humanos e do reconhecimento do trabalho sexual como direito. Segundo a opinião das lideranças engajadas no projeto, já então havia ficado claro que, embora ainda necessário, não era mais suficiente intervir apenas na prevenção do HIV. Era preciso vincular o trabalho de prevenção a outras questões e demandas colocadas pelo próprio movimento de prostitutas. Assim, a partir do ano 2000, as iniciativas de prevenção foram concebidas como portas de entrada para consolidar a organização do movimento de prostitutas, inclusive em aspectos referentes a direitos trabalhistas. Um dos resultados desses esforços de *advocacy* foi que, em 2002, a profissão “trabalhadora do sexo” foi inserida na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do Ministério do Trabalho, o que teve significado simbólico de reconhecimento da atividade como legítima por parte do estado brasileiro.

Em 2003, o deputado federal Fernando Gabeira apresentou um projeto de lei de regulamentação da profissão de prostituta inspirado na lei alemã, aprovada em janeiro de 2002, que torna obrigatório o pagamento por serviços sexuais e retira do Código Penal o crime de indução ou persuasão à prática de serviços sexuais. No caso brasileiro, essa reforma exigia a eliminação do crime de indução à prostituição (art. 228), da criminalização de prostíbulos/bordéis (art. 229) e do artigo relativo a tráfico, que no texto do código se refere exclusivamente a mulheres traficadas para fins sexuais (art. 231).

Projeto de Lei do Deputado Federal Fernando Gabeira – 2002

Dispõe sobre a exigibilidade de pagamento por serviço de natureza sexual e suprime os arts. 228, 229 e 231 do Código Penal.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º É exigível o pagamento pela prestação de serviços de natureza sexual.

§ 1º O pagamento pela prestação de serviços de natureza sexual será devido igualmente pelo tempo em que a pessoa permanecer disponível para tais serviços, quer tenha sido solicitada a prestá-los ou não.

§ 2º O pagamento pela prestação de serviços de natureza sexual somente poderá ser exigido pela pessoa que os tiver prestado ou que tiver permanecido disponível para os prestar.

Art. 2º Ficam revogados os artigos 228, 229 e 231 do Código Penal.

Art. 3º Esta lei entra em vigor na data da sua publicação.

É importante ressaltar ainda que, no início dos anos 2000, os programas de prevenção do HIV/AIDS destinados a profissionais do sexo eram financiados tanto pelo Programa Nacional de DST/AIDS quanto pelo acordo de cooperação Brasil-USAID, através do projeto AIDSCAP. Em 2005, o Projeto *Esquina da Noite* estava em andamento, quando a USAID decidiu adicionar novas cláusulas contratuais ao convênio já assinado com o Brasil. Entre estas, a “cláusula anti-prostituição”, adicionada ao PEPFAR em 2004, exigindo das organizações que recebem recursos da cooperação norte-americana para projetos de prevenção do HIV a assinatura de um compromisso formal, condenando a prostituição e comprometendo-se a não apoiar a legalização de trabalhos sexuais ou os direitos de profissionais do sexo (Girard, 2004)¹³.

A cláusula americana está em contradição com a legislação brasileira, que não criminaliza a prostituição, ou seja, as pessoas que se prostituem; e também difere radicalmente dos princípios em que se baseia o Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde. Esta cláusula está, sobretudo, em confronto aberto com posições históricas do movimento de prostitutas.

O governo brasileiro não aceitou as restrições impostas pela USAID. O então diretor do Programa Nacional de DST/AIDS¹⁴ convocou uma reunião extraordinária da Comissão Nacional de AIDS para discutir a matéria. A Comissão deu apoio unânime à decisão do Programa Nacional de recusar qualquer financiamento que estivesse associado à cláusula imposta pela USAID. Consequentemente, a USAID decidiu interromper o financiamento de projetos brasileiros na área de prevenção do HIV/AIDS, o que produziu forte tensão entre a AIDSCAP e grupos que tinham recebido recursos para implementar atividades junto a profissionais do sexo e HSH. Entretanto, a despeito das tensões e das muitas pressões vindas de Washington, a AIDSCAP finalmente decidiu que os projetos que estavam em andamento receberiam a totalidade dos recursos orçamentários previstos e seriam autorizados a concluir suas atividades até o final de 2005.

A ruptura com a USAID-PEPFAR

Em 2005, o governo brasileiro recusou 40 milhões de dólares doados pela USAID/PEPFAR porque as pré-condições estipulavam que os fundos só poderiam ser destinados a organizações que tivessem uma política explícita anti-prostituição. Na ocasião, o diretor do Programa Nacional de DST/AIDS explicou: “*O Brasil tomou a decisão de preservar sua autonomia em assuntos relacionados a HIV/AIDS, bem como os princípios éticos e de direitos humanos*”. O governo brasileiro e várias organizações acreditavam firmemente que acatar as condições do governo norte-americano significaria criar uma barreira para o trabalho de prevenção do HIV junto a profissionais do sexo e sua clientela (<http://www.avert.org/pepfar.htm>). A ação do governo brasileiro pode ser interpretada como uma decisão radical, motivada pela necessidade de preservar abertura em relação à sexualidade nos programas de HIV e AIDS, de modo a garantir a efetividade das ações de prevenção.

¹³ GIRARD, F. (2004). *Global Implications of U.S Domestic and International Policies on Sexuality, Sexuality Policy Watch*. Disponível em: <<http://www.sxpolitics.org>>.

¹⁴ Naquele momento, Dr. Pedro Chequer.

Após a suspensão dos financiamentos por parte da USAID, criou-se o projeto *Sem Vergonha*, financiado exclusivamente pelo Programa Nacional de DST/AIDS. Seu foco principal foi a capacitação de líderes da Rede Nacional de Prostitutas e de outras pessoas identificadas como líderes potenciais. Mas houve também investimento em ações de sustentabilidade e *advocacy*. A coordenação nacional foi assumida pela ONG DAVIDA, e as coordenações regionais por associações de prostitutas filiadas à Rede Brasileira de Prostitutas. O projeto priorizou o reforço da liderança comunitária e o protagonismo político das prostitutas.

Em síntese, no final da década de 1980 e início dos anos 1990, o controle do HIV/AIDS entre “grupos de alto risco” foi o principal objetivo dos projetos de prevenção implementados pelo Ministério da Saúde. Mas, gradualmente, as metodologias adotadas abandonaram abordagens comportamentais estreitas para privilegiar a promoção da saúde integral e a educação, visando, assim, garantir proteção a profissionais do sexo face às DSTs e ao HIV.

Essa mudança de orientação também significou grande ênfase na participação dos grupos afetados pela epidemia no desenho e controle das políticas. Aspectos relativos à cidadania, direitos e fortalecimento do movimento de prostitutas ganharam espaço. O principal raciocínio que justificou esta ampliação de enfoque foi que os resultados da prevenção ao HIV não poderiam ser alcançados sem a promoção e o respeito aos direitos humanos e sem a eliminação do estigma e da discriminação que afetam mulheres profissionais do sexo, travestis e pessoas transexuais envolvidas com o sexo comercial. Numa fase posterior, os programas apoiados pelo Ministério da Saúde expandiram essa diretriz para fortalecer organizações e lideranças já existentes, como estratégia para garantir a sustentabilidade política dos movimentos sociais, com capacitações e desenvolvimento de sua habilidade para o diálogo com autoridades públicas, assim como participação nos mecanismos sociais de monitoramento e controle do sistema público de saúde.

A revisão de documentos produzidos pelo Programa Nacional de DST/AIDS indica que, entre 2000 e 2007, houve expansão e diversificação dos projetos de prevenção direcionados a profissionais do sexo no Brasil, e um subsequentemente decréscimo do número de projetos financiados e do volume de recursos aplicados¹⁵. A maior parte dos projetos financiados estava situada na Região Sudeste e a Região Norte foi a menos contemplada¹⁶. Por outro lado, a revisão da documentação produzida pelas ONGs não oferece informação suficiente, ou precisa, sobre as atividades desenvolvidas e os resultados dos projetos. Os dados mais consistentes que emergem desta revisão,

¹⁵ Uma tabela especificando os projetos de ONGs apoiados pelo Programa Nacional de DST/AIDS pode ser encontrada em: www.aids.gov.br (Acesso em agosto de 2008).

¹⁶ O estado do Acre, por exemplo, que fica na região, é o único do país onde nunca um projeto de prevenção entre profissionais do sexo foi financiado, desde o início do apoio federal.

no que diz respeito ao trabalho com profissionais do sexo, têm origem nos materiais informativos e educativos utilizados nas campanhas de prevenção de DSTs/HIV/AIDS¹⁷.

3.3 Inflexões recentes das políticas públicas (2007-2009)

A partir de 2007, houve mudanças significativas no escopo nacional da política sobre HIV/AIDS. Até então, o Programa Nacional de DST/AIDS estava desenhado como uma política ampla e inclusiva que não comportava planos nacionais de ação para responder às necessidades de grupos populacionais específicos. A política combinava ações universais no campo da vigilância epidemiológica e do tratamento, com iniciativas de educação pública e projetos de prevenção/promoção de direitos direcionados a grupos específicos, mais vulneráveis ao HIV.

No final da década de 1990, entretanto, o crescimento da infecção entre mulheres provocou discussões sobre a necessidade de uma política específica de contenção do HIV na população feminina, que deveria estar estreitamente articulada com a política nacional de saúde da mulher. Essa proposição ganhou fôlego a partir de 2006, pois no plano internacional iniciou-se um debate sobre HIV, desigualdade e violência de gênero (gênero aqui entendido, convencionalmente, como disparidades entre homens e mulheres), que mobilizou recursos específicos da cooperação internacional para responder à feminização da epidemia¹⁸. No contexto nacional, esse debate coincidiu com a consolidação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM), cuja agenda principal é a questão da violência de gênero. Novos esforços foram direcionados para desenvolver diretrizes políticas especificamente voltadas para o controle da infecção por HIV na população feminina.

Em 2007, o Ministério da Saúde, em parceria com a SPM, apresentou o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de DST e AIDS, que tinha como objetivos responder a uma gama de situações que agravam a vulnerabilidade ao HIV entre grupos da população feminina, e assegurar assistência às mulheres vivendo com HIV. O Plano também inclui ações voltadas para os homens, pois se pauta pela dimensão relacional de gênero. Paralelamente, no nível nacional e em alguns estados, vinha sendo estruturada a Política Nacional de Saúde do Homem, com foco principal nas DSTs e na prevenção do câncer de próstata.

Do ponto de vista do presente estudo, o aspecto mais importante dessa inflexão foi a inclusão de orientações específicas para a prevenção e tratamento de profissionais

¹⁷ Foram pesquisados os centros de documentação de duas ONGs: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) e DAVIDA. As demais não contavam com centros de documentação.

¹⁸ Um momento marcante dessa inflexão foi a Conferência de AIDS de Toronto, em que o tema "Gênero, Violência e HIV" teve grande visibilidade.

do sexo. Quando lançado em 2007, o Plano foi bem recebido pelas organizações de prostitutas. Segundo Gabriela Leite:

“...ações integradas são muito bemvindas. Tanto dentro do governo como entre os movimentos de mulheres, ter as prostitutas [incluídas] num plano global de enfrentamento da AIDS é mais um passo para a superação do estigma que também ocorre entre as mulheres (...) demonstra que somos todas iguais, mesmo com perfis diferentes”.

Em 2007, foram iniciados planos estaduais de combate à feminização da epidemia do HIV/AIDS. Em 2009, vinte e seis planos estaduais tinham sido aprovados e o Plano Nacional foi revisado através de uma consulta pela Internet, aberta a organizações da sociedade civil. Um resultado importante desta revisão foi uma ênfase maior nas agendas de ação afirmativa para os segmentos mais vulneráveis da população feminina: mulheres vivendo com HIV/AIDS, prostitutas, lésbicas e transexuais.

A elaboração de uma estratégia nacional específica de resposta à epidemia entre as mulheres levou, inevitavelmente, a um movimento de focalização em outros grupos. Em 2008, no contexto da Conferência Nacional de Políticas para a População LGBT, foi oficialmente apresentado o Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de AIDS e DSTs entre Gays, HSH e Travestis, do qual um dos aspectos mais positivos foi a definição de diretrizes para a população travesti, deixando para trás a lógica epidemiológica convencional que trata esse grupo sob a rubrica HSH. Em termos do estudo de caso, é relevante que o plano busque responder às condições estruturais de vulnerabilidades ao HIV, assim como às necessidades de prevenção por parte de travestis e HSH, que frequentemente estão envolvidas/os com o trabalho sexual.

Entretanto, essas mudanças não aconteceram sem tensões. Durante as consultas ou debates subsequentes sobre o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de DST e AIDS, alguns grupos feministas se opuseram de forma veemente à inclusão das mulheres transexuais, pois consideram que elas não são “mulheres”. Não houve reações contra a inclusão de prostitutas, mas outra tensão relevante – em grande medida ainda não resolvida – diz respeito à interpretação dos dados epidemiológicos. Segundo analistas e observadores/as, embora o número de infecções tenha crescido consideravelmente entre as mulheres, a alta prevalência entre gays e HSH persiste¹⁹. O novo quadro epidemiológico produziu tensão também entre coordenadores/as de programas,

¹⁹ A epidemia de AIDS no Brasil é caracterizada: a) pela continuidade do alto nível de prevalência entre HSH, com uma taxa de prevalência estimada em 4,5% (2004); e b) pelo aumento da prevalência entre a população feminina, ou “feminização”. Há 213.714 mulheres entre 15 e 49 anos vivendo com HIV/AIDS no Brasil, com uma prevalência estimada de 0,28% (2004) e uma prevalência de 0,41% entre mulheres grávidas (vigilância sentinela 2006). A proporção de casos de AIDS entre homens e mulheres evoluiu de 15:1, em 1995, para 1:1, em 2007. Mais do que isto, na faixa etária de 13 a 19 anos, a proporção entre homens e mulheres se inverteu, com 6 casos entre homens para cada 10 casos entre mulheres (proporção homem-mulher = 6:10). Os casos se concentram na população de meninas de baixa renda e mulheres com menos escolaridade, que têm grande dificuldade de sustentar práticas de sexo seguro devido às desigualdades de gênero e socioeconômicas (Brasil Relatório UNGASS 2008 – www.aids.gov.br).

gestores/as e ativistas, pois, diante do aumento de casos entre mulheres (feminização da epidemia), os programas estaduais deixaram de priorizar ações exclusivamente voltadas para HSH. Na realidade, não se deveria ter priorizado uma população em detrimento da outra, mas sim centrado esforços na ampliação do acesso das mulheres – principalmente as mais jovens – aos serviços e insumos, mantendo as ações voltadas para HSH.

O processo de reconfiguração da política pública de resposta ao HIV que aqui se descreve foi, sem dúvida, determinado por fatores, atores/atrizes e processos peculiares ao contexto brasileiro. Mas ele também espelha a dinâmica internacional e o debate que acontecia, concomitantemente, no âmbito das agências internacionais, em especial a UNAIDS e o Fundo Global.

A implementação dos dois planos (Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de DST e AIDS e Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de AIDS e DSTs entre Gays, HSH e Travestis) teve início no mesmo período em que se realizava o trabalho de campo para o presente estudo. É preciso ressaltar que não existe, pelo menos disponível, uma avaliação sistemática da implementação desses novos parâmetros²⁰. Gestores/as entrevistados/as mencionaram o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de DST e AIDS como sendo referência para políticas locais de prevenção do HIV entre prostitutas. Mas esse entendimento não se verifica, plenamente, na percepção e prática dos/as profissionais de saúde atuando no nível local.

É importante observar que, em debates recentes, têm sido levantadas questões sobre a lógica binária que marca esta etapa da política de resposta ao HIV/AIDS no Brasil. Ou seja: mulheres, prostitutas e transexuais, de um lado; e gays, HSH e travestis, de outro. Esta lógica tende a cristalizar “diferenças” entre travestis e transexuais, ou entre prostitutas e outras pessoas envolvidas com o trabalho sexual, suscitando tensões entre esses grupos e entre identidades sexuais²¹. Há também a preocupação de que essa divisão binária venha a dificultar a implementação das ações, especialmente no campo da prevenção²².

Conexões transnacionais

Desde seus primeiros momentos o movimento brasileiro de prostitutas estabeleceu vínculos com ativistas de outros países. Na década de 1980, essas conexões se davam sobretudo com líderes do movimento de trabalhadoras do sexo europeias e norteamericanas. Na década de 1990, novas conexões foram estabelecidas, especialmente na América Latina, região em que foi criada, em 1997,

²⁰ Há indícios de que a implementação do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização encontra sérios obstáculos e uma avaliação está em curso.

²¹ Essa crítica foi, por exemplo, explicitada no Seminário “Transexualidade, Travestilidade, Saúde e Direitos Humanos”, organizado pela Comissão de Cidadania e Reprodução em parceria com o Ministério da Saúde e em colaboração com o Observatório de Sexualidade e Política (São Paulo, 24 e 25 de março de 2010).

²² A avaliação da nova estratégia da política brasileira, hoje em curso, é especialmente bem-vinda porque permitirá dimensionar a efetividade dessa nova lógica de focalização. Seus resultados poderão, eventualmente, informar debates globais, já que hoje uma lógica binária similar foi adotada nos marcos da política da UNAIDS e do Fundo Global.

a Rede Latinoamericana e Caribenha de Trabalhadoras Sexuais (RedTraSex). Contatos foram feitos com organizações de outras regiões do mundo aproveitando eventos internacionais, especialmente a Conferência de AIDS de Toronto. No plano global, a conexão mais importante foi estabelecida com a Rede Global de Projetos sobre Trabalho Sexual (*Global Network of Sex Work Projects*, NSWP, www.nswp.org), criada em 1992. A partir de meados dos anos 2000, a Rede Brasileira de Prostitutas, e mais especialmente Gabriela Leite, têm estado intensamente envolvidas nos esforços de reestruturação e consolidação da NSWP.

Nos anos recentes, ainda no marco das respostas globais à epidemia do HIV/AIDS, novas conexões foram diretamente estabelecidas entre agências da ONU e o governo brasileiro. Em 2006 o Programa Nacional de DST/AIDS conduziu uma consulta internacional sobre prostituição e HIV, em parceria com UNAIDS e FNUAP. Participaram organizações latinoamericanas de prostitutas, a RedTraSex, uma rede europeia de trabalhadoras sexuais, a Rede da Ásia e do Pacífico de Trabalhadoras/es Sexuais (cuja representação incluía um homem e uma transexual) e a NSWP. Também estavam presentes duas representantes do programa de AIDS do governo norteamericano (PEPFAR), e pelo menos uma pessoa ligada a uma das redes abolicionistas globais (*Coalition against the Trafficking of Women*, CATW).

Embora os debates tenham sido ricos, muitas tensões emergiram e não foi possível chegar a um consenso. O documento final, elaborado pela UNAIDS e lançado em abril de 2007, recebeu críticas severas por parte das redes de trabalhadoras/es sexuais que participaram da consulta, principalmente porque não fazia a necessária diferenciação entre tráfico e prostituição. O impasse resultou na criação, no início de 2009, de um grupo de trabalho com o objetivo de revisar o documento. Gabriela Leite participou deste grupo, como uma das representantes da NSWP.

Ainda em 2007, aconteceu em Lima (Peru) a Consulta Latinoamericana sobre HIV/AIDS e Trabalho Sexual, bem mais produtiva. Na ocasião, a RedTraSex chegou a um consenso interno de que o trabalho sexual é parte da agenda dos direitos sexuais.

3.4 Descentralização do sistema brasileiro de saúde pública

Em meados da década de 1990, quando o Programa Nacional de DST/AIDS estava se consolidando, o Sistema Único de Saúde (SUS) passou por uma substantiva transformação. Com relação à resposta brasileira ao HIV/AIDS entre profissionais do sexo, um elemento chave a ser considerado é que, desde então, as regras de descentralização saíram do papel para se tornar realidade. Isto significa que – para o bem ou para o mal – o sistema público de saúde brasileiro está hoje descentralizado. O Governo Federal mantém sua autoridade nacional sobre a questão do HIV/AIDS através do Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde – hoje denominado Departamento Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais. Mas, com a descentralização das políticas de HIV/AIDS, os serviços, a disponibilização de parte dos insumos e a prevenção passaram a ser responsabilidade dos estados e, particularmente, dos municípios, já que o papel adstrito aos estados é de planejamento e supervisão²³.

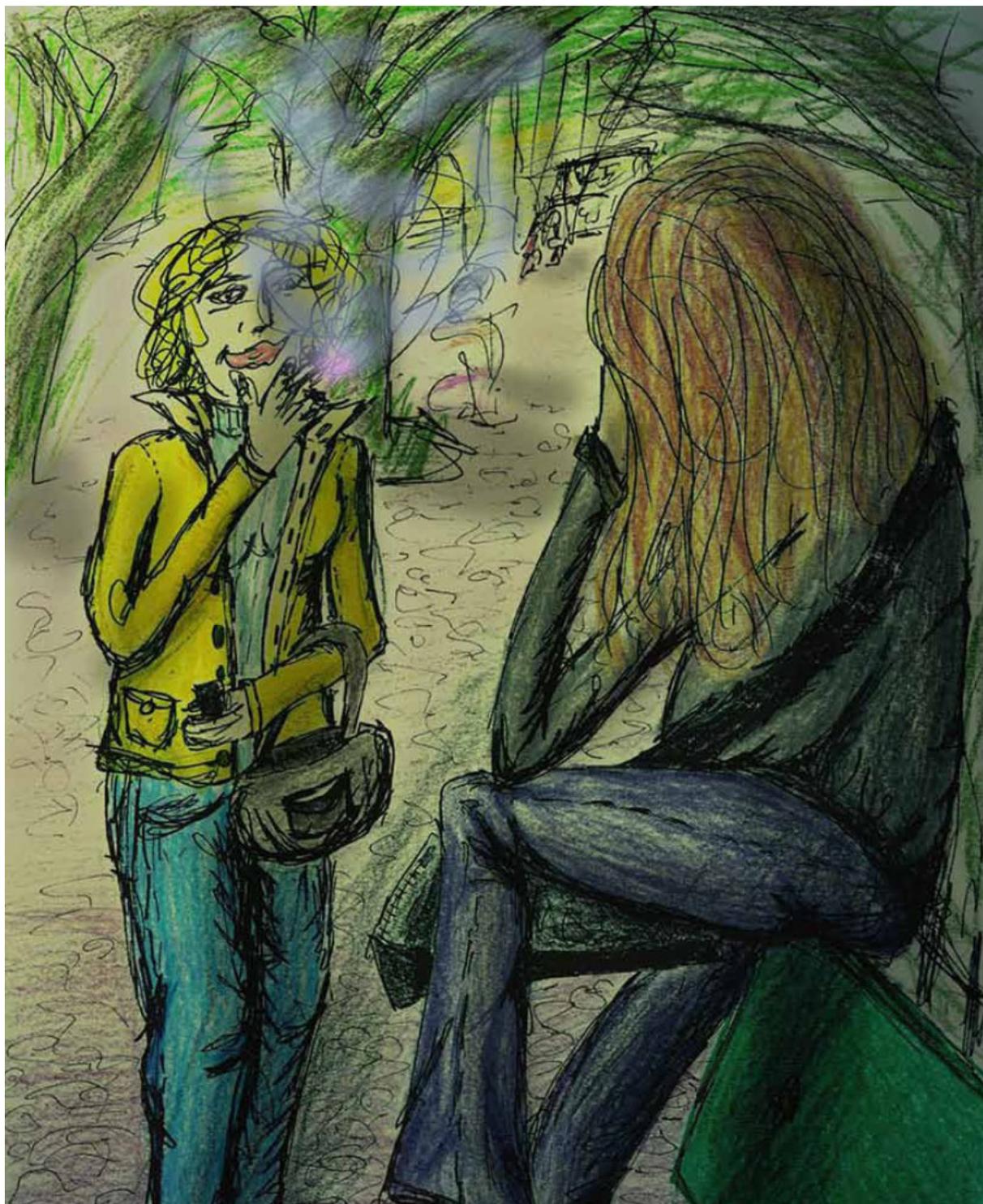
²³ A realidade cotidiana do sistema público de saúde é bem mais complicada uma vez que, em muitos casos, os estados ainda gerenciam hospitais e outras unidades de saúde de forma direta havendo conflitos, entre os dois níveis, a respeito das atribuições e responsabilidades.

O Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais ainda é responsável pelo desenvolvimento e atualização de todas as normas técnicas; pelo estabelecimento de um consenso nacional a respeito de diagnóstico, tratamento e procedimentos de prevenção para adultos/as e crianças vivendo com HIV e AIDS; e por determinar a aplicação de novos medicamentos e tecnologias. É também responsável pela aquisição de todas as drogas antirretrovirais (ARVs) e por sua distribuição para estados e municípios. O Departamento Nacional igualmente compra e distribui 80% de todos os preservativos disponibilizados (sem custo) através de postos públicos de distribuição. Os outros 20% ficam sob a responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde.

Desde o ano 2000, o governo brasileiro, primeiro através do Programa Nacional de DST/AIDS e hoje através do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, também repassa, anualmente, fundos de apoio a serviços e programas de HIV/AIDS para as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, e para organizações comunitárias da sociedade civil. Esses repasses são controlados por regras de planejamento de nível estadual e municipal, conhecidas como PAM (Plano de Ação e Metas). Contudo, a descentralização desses fundos tem prejudicado organizações da sociedade civil comunitárias que já não contam com apoio técnico e financeiro, pois os governos locais não têm priorizado os programas de AIDS e a parceria com ONGs.

Os graves retrocessos no apoio técnico e financeiro a organizações da sociedade civil podem ser atribuídos à falta de capacidade gerencial e operacional, e de vontade política de alguns governos locais. Por um lado, é difícil contratar, desembolsar e monitorar projetos implementados por organizações da sociedade civil, e por outro, tem faltado às ONGs capacidade para reivindicar apropriadamente a continuidade de sua efetiva participação e a implementação das intervenções no nível comunitário. Este foi um dos motivos que levaram o Programa Nacional de DST/AIDS (hoje Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais) a optar, em meados do ano 2000, pelo apoio aos chamados “programas estratégicos”, como aqueles que foram desenvolvidos por redes de prostitutas, de gays/HSM e travestis.

Entre 2000 e 2007 o Programa Nacional de DST/AIDS desembolsou cerca de 120 milhões de dólares para apoiar atividades de ONGs no campo da prevenção do HIV/AIDS. Mas o financiamento direto do governo federal para ONGs de fato declinou de aproximadamente 7 a 8 milhões de dólares por ano em 2001 e 2003, para 3 milhões em 2007. Esse hiato deveria ter sido compensado com recursos dos programas estaduais e municipais de AIDS, mas estados e municípios não foram capazes de honrar esse compromisso. Assim sendo houve uma redução de quase 50% no que se refere ao número dos projetos desenvolvidos por ONGs que tinham como público-alvo as populações mais vulneráveis. Em 2003 o Programa Nacional de DST/AIDS apoiou quase mil projetos implementados pela sociedade civil (ONGs), e hoje esse número não chega a 500 (SIMOP/PN-DST-Aids em 13/5/2008 – Departamento de Planejamento – ASPLAN).



4. ACHADOS DA PESQUISA

4.1 Prevenção de DSTs/HIV/AIDS e atenção à saúde: a experiência das prostitutas

Esta sessão apresenta os achados obtidos na investigação e avaliação dos serviços de prevenção, assistência médica e tratamento das DSTs/HIV/AIDS oferecidos pelo sistema público de saúde a profissionais do sexo nas cidades do Rio de Janeiro e Porto Alegre. O objetivo foi captar as percepções e verificar se, de fato, existe este acesso de profissionais do sexo aos serviços disponíveis de saúde pública. O levantamento foi feito através de observação participativa, entrevistas adicionais com profissionais de saúde e grupos focais com profissionais do sexo.

Em Porto Alegre, o trabalho de campo foi realizado no início de 2009. No Rio de Janeiro foi realizado em duas etapas: em 2008, foram feitas entrevistas com gestoras/es e profissionais de saúde e, em 2009, com trabalhadoras sexuais e profissionais de saúde, além da observação de serviços. A metodologia originalmente prevista para o estudo incluía grupos focais com trabalhadoras do sexo (dez mulheres em cada cidade). O acesso às mulheres e a formação dos grupos focais seriam, em princípio, intermediados pelas organizações de prostitutas das duas cidades. A identificação dos serviços e profissionais de saúde foi feita através da rede de contatos do pesquisador de campo em Porto Alegre, e da ABIA no Rio de Janeiro. Entretanto, após avaliação preliminar das possibilidades e limites do campo, concluiu-se que no Rio de Janeiro seria muito difícil a realização de grupos focais com profissionais do sexo e optou-se pela aplicação de um *survey*²⁴.

Em Porto Alegre, a pesquisa foi facilitada pelo Núcleo de Estudos da Prostituição (NEP), organização fundada em 1989, visando a promoção dos direitos das prostitutas engajadas na Rede Brasileira de Prostitutas. O NEP realiza um trabalho de mobilização política e intervenções, como atendimento à saúde, prevenção do HIV (inclusive distribuição de preservativos), além de apoio legal e acompanhamento de prostitutas em questões de violação de direitos e acesso a serviços de saúde. Os grupos focais tiveram lugar depois das oficinas com profissionais do sexo que a organização realiza regularmente²⁵. Ao término de uma dessas oficinas, as participantes foram consultadas a respeito de permanecerem após a oficina seguinte para participar de um grupo focal. Mas, na data prevista, as participantes não compareceram. Assim, a equipe do NEP fez um esforço de recrutamento e conseguiu assegurar a presença de seis mulheres para uma conversa específica sobre o tema da pesquisa.

²⁴ *Survey* é uma palavra em inglês que quer dizer “pesquisa” e é uma metodologia utilizada para coletar dados quantitativos e, neste estudo, foi aplicada para conhecer a opinião das trabalhadoras do sexo sobre alguns aspectos.

²⁵ As oficinas são coordenadas pelo NEP, por prostitutas militantes mais experientes ou por pessoas próximas ao movimento.

No Rio de Janeiro, há três organizações de defesa dos direitos das prostitutas: Amocavim (Vila Mimosa), Fio d'Alma (Centro e Campo de Santana) e DAVIDA (Centro e Zona Sul). As composições e formas de trabalho dessas organizações são bastante variadas, havendo tensões entre as respectivas líderes. Para a realização da pesquisa nesta cidade contamos com o apoio e parceria do Grupo DAVIDA, dirigido por Gabriela Leite, que é também coordenadora da Rede Brasileira de Prostitutas. Em 2005, Gabriela Leite criou a grife DASPU (ver box a seguir), conhecida internacionalmente como estratégia para dar visibilidade e legitimidade ao trabalho das prostitutas e levantar fundos para garantir a sustentabilidade das ações políticas do grupo DAVIDA.

Após conversações com a equipe do grupo DAVIDA, concluiu-se que não havia possibilidade de realizar grupos focais. Mas foi possível contar com o apoio de uma educadora da ONG para identificar mulheres que “fazem programa” nas ruas que se dispusessem a ser entrevistadas. Além disso, foi feito contato com uma terma²⁶ localizada no centro da cidade, de maneira a ouvir mulheres que fazem trabalho sexual em espaços fechados.

DASPU

Em 2005, a ONG DAVIDA decidiu criar uma grife de moda inspirada nas roupas usadas por prostitutas. A nova grife se chamou DASPU, forma reduzida do termo “Das Putas”. O projeto DASPU tinha o objetivo de ampliar as fontes de recursos financeiros para apoiar as atividades políticas do DAVIDA e, sobretudo, mobilizar um amplo debate cultural sobre o imaginário da prostituição na sociedade brasileira. A DASPU tem sido muito bem sucedida como projeto de mudança cultural.

O nome DASPU foi inspirado na loja para clientes “classe A”, situada em São Paulo e denominada DASLU (Das Lúcias), que, naquele momento, estava sendo objeto de investigação por sonegação de impostos. Quando a DASPU foi lançada, houve imediata reação da DASLU, que ameaçou o DAVIDA e Gabriela Leite com uma ação judicial por “difamação do nome”. A DASPU afirmou publicamente que não ia trocar de nome e, depois de verificar que a ação não tinha consistência jurídica, a DASLU recuou. O episódio suscitou amplos debates na mídia (jornais e canais de televisão), fazendo com que a DASPU ficasse rapidamente conhecida pelos públicos mais diversos. Seguiram-se também desfiles nas semanas de moda do Rio de Janeiro e São Paulo, no exterior e, inclusive, na Conferência Mundial de AIDS de 2008, no México.

A DASPU produz e vende camisetas com mensagens provocativas sobre a prostituição. O desenho das roupas e os lemas das camisetas rompem tanto com o discurso político convencional dos movimentos sociais, quanto com o “politicamente correto”. Provocam reflexões sobre a prostituição e também sobre gênero, sexualidade, usos do corpo e erotismo.

Numa análise de mercado feita por uma consultoria financeira, verificou-se que as principais compradoras das roupas DASPU não eram necessariamente prostitutas, ou pessoas explicitamente vinculadas ao negócio do sexo, mas sim estudantes, artistas, intelectuais e pessoas familiarizadas com as discussões sobre sexualidade e gênero. Lamentavelmente, os resultados financeiros da

²⁶ No Rio de Janeiro há estabelecimentos que oferecem saunas, massagens e serviços sexuais para homens heterossexuais e homossexuais, assim como para casais que fazem *swing*. Na linguagem popular, as casas gay são conhecidas como saunas, e as casas heterossexuais como termas, embora algumas saunas gay do centro da cidade incluam termas nos seus nomes.

DASPU não têm sido suficientes para cobrir as perdas de recursos sofridas pelo DAVIDA em anos recentes. Mas, sem dúvida, a iniciativa fez enorme sucesso político e promoveu o debate espontâneo sobre prostituição no Brasil. Para mais informações, acesse: <www.daspu.com.br>.

4.1.1 Territórios do “mercado do sexo”

No Brasil, a prostituição não é crime e tampouco é uma atividade regulamentada pelo estado. Não existem “zonas” legalmente constituídas fora das quais uma pessoa não possa se prostituir. Qualquer lugar pode se tornar espaço de trabalho para um/a trabalhador/a sexual, mesmo bairros residenciais, apesar de que isto não seja propriamente aceito pelo público, de modo geral. Em Porto Alegre e no Rio de Janeiro, existem diversos territórios de prostituição feminina que têm permanecido mais ou menos estáveis ao longo da história dessas cidades.

Em Porto Alegre, eles estão, por exemplo, na região norte da cidade (Avenida Assis Brasil), onde existem pontos reconhecidos de prostituição de rua e boates. No bairro Ipanema, situado na região sul, o mercado sexual se dá no calçadão do Rio Guaíba e na Avenida Oswaldo Cruz. Na região centro-leste, no bairro Cidade Baixa, existem boates e *drink* bares. No bairro Menino Deus, existem pontos tradicionais de prostituição de travestis e de mulheres, e o Parque da Redenção é conhecido como ponto de pegação gay e de HSH. Em vários desses pontos, paga-se por um programa entre 10 e 50 reais.

No centro da cidade, a prostituição de rua – onde circulam tanto mulheres quanto travestis – reduziu-se muito pelo impacto da “modernização”. Hoje, os principais locais de prostituição feminina são privados, ou são espaços “públicos” fechados, boates ou *drink* bares que tanto podem dispor de quartos anexos ou estar localizados perto de hotéis ou pousadas. Esses estabelecimentos concentram-se na Avenida Farrapos, onde há também “casas” ou “salas”. As “casas” são similares aos antigos bordéis, com salão, bar, sinuca, aparelhos de televisão e as mulheres que, em geral, são trabalhadoras fixas. Os acordos entre essas mulheres e as casas tendem a beneficiar proprietários e proprietárias. Já as “salas” são pequenos escritórios espalhados por dezenas de prédios comerciais, onde trabalham entre uma e cinco mulheres (geralmente duas) que, em geral, são trabalhadoras autônomas que estabelecem pequenas sociedades, ou pagam uma porcentagem de seu rendimento pelo uso do espaço. Em Porto Alegre, há dois prédios em que todas as unidades estão ocupadas por serviços de prostituição feminina. Nesta área da cidade, um programa na prostituição de rua pode custar entre 20 e 60 reais. Já nos lugares fechados, o preço varia entre 150 e 300 reais.

No Rio de Janeiro, existem também vários territórios onde há prostituição, na rua e em espaços fechados. Ao longo da Praia de Copacabana, conhecida como “praia das putas”, existem vários pontos de turismo sexual, envolvendo tanto mulheres como

travestis. Alguns são mais discretos, outros são famosos e muito visíveis. Um exemplo clássico de visibilidade foi a boate *Help*²⁷, que funcionou como centro de turismo sexual por muitos anos. Nesses pontos, os programas são mais caros, podendo chegar a 150 reais²⁸. Há também prostituição nos bairros de Ipanema e Barra da Tijuca, áreas mais ricas da cidade onde os preços são bem mais altos. Como em Porto Alegre, a prostituição dita de baixa renda está concentrada no centro da cidade, em áreas em que há grande circulação de pessoas como praças e parques. Isto acontece na Praça Tiradentes – em que se localiza o famoso Hotel Paris, onde trabalham cerca 500 mulheres –, no Campo de Santana, na Central do Brasil, na famosa Vila Mimosa e na Praça Mauá, que historicamente atende a região portuária. Nessas áreas, os preços por programa variam entre 10 e 100 reais.

Existem também *privês* ou “espaços de lazer”, lugares onde nem sempre a clientela busca serviços sexuais. Muitos clientes frequentam esses espaços para encontrar amigos ou talvez envolver-se em jogos de sedução com as garotas de programa. As mulheres podem ser ou não trabalhadoras fixas e o valor do programa pode ser muito alto. Outro espaço tradicional são as “termas”, exclusivamente dedicadas à prostituição. São locais em que se investe na qualidade do ambiente e há rigor na seleção e gerenciamento das mulheres. Clientes recebem catálogos e a administração constrói relações relativamente estáveis com as prostitutas, que são submetidas a regras bastante rigorosas como, por exemplo, exames médicos obrigatórios. O preço do programa nos *privês* de luxo pode chegar a mais de mil reais, enquanto nas “termas” varia entre 100 e 150 reais.

Tanto em Porto Alegre quanto no Rio de Janeiro, as redes de trabalho sexual são extensas e complexas. Elas podem ser rastreadas através de anúncios colados nas cabines telefônicas, distribuídos nas ruas e publicados na seção de anúncios classificados dos jornais. Há também diversos *websites* especializados, acessados via Internet e telefones celulares. No Rio de Janeiro, muitos *websites* são produzidos exclusivamente para estrangeiros. Por último, existem redes informais através das quais mulheres, travestis e homens prestam serviços sexuais de forma anônima e mais discreta, muitas vezes apenas ocasionalmente²⁹.

Tendo como pano de fundo este panorama vasto, complexo e diverso, o universo estudado se restringiu, em Porto Alegre, a 18 mulheres prostitutas que exercem seu trabalho em ruas, casas e bares da região central da cidade (todas associadas ao NEP). No Rio de Janeiro foram ouvidas 13 mulheres que oferecem serviços sexuais. Durante o período da pesquisa de campo algumas trabalhavam na Praça Mauá e outras numa terma localizada no centro da cidade. Todas as mulheres ouvidas eram adultas (maiores

²⁷ A boate *Help* acaba de ser fechada. O prédio foi demolido e em seu lugar será construído um museu.

²⁸ Sobre Copacabana, ver o clássico trabalho de Gaspar (1985), assim como o mais recente de Silva e Blanchette (2009).

²⁹ Para saber mais sobre prostituição no Rio de Janeiro, ver: da Silva, A. P. e Blanchette, T. (2009). *Amor um real por minuto – a prostituição como atividade econômica no Brasil urbano*. Disponível em: <<http://www.sxpolitics.org/pt/?p=1186>>.

de 18 anos) e se autoidentificaram como prostitutas ou garotas de programa. Sua inclusão como sujeitos de pesquisa foi voluntária e não implicou pagamento, seja para elas ou para as pessoas que colaboraram no recrutamento³⁰.

Modalidades de prostituição e violações de direitos

Coordenado pela ONG DAVIDA, o projeto de pesquisa *Direitos Humanos e Prostituição* foi realizado em 2007, com mulheres prostitutas do Rio de Janeiro e com associadas da Rede Brasileira de Prostitutas. Os resultados foram publicados pela ONG DAVIDA em 2010³¹. O relatório final classifica a multiplicidade de expressões da prostituição feminina em três grandes modalidades: prostituição de rua, prostituição em saunas e prostituição confinada. O estudo também analisa a correlação entre as condições (ou formas) de prostituição e abusos de direitos humanos.

No caso da prostituição de rua, a pesquisa identificou como abusos mais frequentes: calote de clientes, falta de reconhecimento da prostituição como ocupação (por parte de policiais e outras autoridades), agressão física em lugares pouco seguros, recusa masculina ao uso do preservativo, cobrança de porcentagem por intermediários e violação do direito de ir e vir (especialmente por parte da polícia).

No caso das termas, são listados como abusos: o endividamento que decorre do controle que os donos têm sobre os rendimentos das prostitutas, as multas, os mecanismos de cobrança por serviços e a redução do tempo do programa para maximizar lucros.

Finalmente, no caso da prostituição confinada, a investigação encontrou evidências de coerção e violência muito mais sérias, tais como: detenção arbitrária por endividamento, coerção ao uso de drogas e falta de condições físicas, espaciais e higiênicas adequadas para o trabalho sexual e para os períodos de descanso. O confinamento pode resultar em perda de noção de tempo e ausência completa de acesso a serviços de saúde, inclusive serviços de emergência.

No Rio de Janeiro, um exemplo que ilustra bem a classificação desenvolvida pelo DAVIDA é a Vila Mimosa II, zona de prostituição da região central da cidade que é um dos maiores espaços de prostituição confinada no Brasil urbano. Segundo diversos/as informantes, a Vila Mimosa é dirigida por uma associação que reúne proprietários/as de estabelecimentos e cafetões/cafetinas. Há muitas narrativas de violência sistemática e abuso de poder por parte desses/as agentes, inclusive abandono de mulheres com doença terminal e espancamento de clientes e prostitutas. Paradoxalmente, esta associação é hoje local de um projeto dos “pontos de cultura”, apoiado pelo Ministério da Cultura, sendo também financiada por diversas organizações públicas de promoção da saúde e dos direitos das mulheres (Simões, 2003)³².

³⁰ Maria (nome de trabalho), do Grupo DAVIDA, colaborou na identificação de mulheres entrevistadas na Praça Mauá e na Praça Tiradentes. Josias de Freitas fez os contatos preliminares que possibilitaram as entrevistas na “sauna” do centro da cidade.

³¹ DAVIDA. *Direitos Humanos e Prostituição Feminina*. Rio de Janeiro, 2010.

³² SIMÕES, S. *Vila Mimosa II: a construção do novo conceito de “zona*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia e Ciência Política, UFF. Niterói, 2003.

Embora nas termas o abuso e violência não sejam tão evidentes, ocorrem controles e violações. Tanto no Rio de Janeiro (onde há muitas termas) quanto em Porto Alegre, as prostitutas relatam controle abusivo de seus ganhos financeiros e de seu tempo, e a existência do que se poderia denominar regulamentarismo privado, pois os testes para o HIV e demais exames são compulsórios. Há também relatos de extrema violência física por parte de gerentes.

No caso da prostituição de rua, se pensarmos em locais como a Praça da Alfândega ou a Rua Garibaldi, em Porto Alegre, ou a Praça Mauá, no Rio de Janeiro, as mulheres estão sujeitas a xingamentos por parte de transeuntes e a reclamações por parte das associações de moradores/as. Porém, os abusos mais flagrantes continuam sendo praticados pelas polícias Civil e Militar. Ações policiais de rotina para coibir e erradicar a prostituição infantil, o contrabando e o tráfico de drogas se desdobram em abusos contra as mulheres que trabalham nessas mesmas áreas. De modo geral, esses abusos são justificados por autoridades como medidas necessárias de moralização social (Olivar, 2010)³³.

4.1.2 Percepções das profissionais do sexo

Os resultados das entrevistas com as trabalhadoras sexuais estão organizados em três blocos. O primeiro bloco informa sobre aspectos relativos aos cuidados com a saúde e acesso aos serviços de saúde em geral e, de maneira mais específica, acesso a testes anti-HIV. O segundo bloco examina a questão da prevenção do HIV/AIDS. Finalmente, são descritas e analisadas as experiências de discriminação nos serviços de saúde, tal como relatadas pelas mulheres entrevistadas.

4.1.2.1 Acesso e uso dos serviços: cuidados gerais com a saúde e teste anti-HIV/AIDS

Todas as profissionais do sexo ouvidas no estudo têm acesso relativamente fácil a serviços de saúde, fazem controles ginecológicos regulares e realizam testes periódicos de HIV. A maioria investe muito nos cuidados com a saúde, exatamente em razão do trabalho que realizam. Essas mulheres dizem que estar bem de saúde é fundamental para seu desempenho profissional. Praticamente todas reconhecem os riscos do HIV e das DSTs como sendo inerentes ao trabalho sexual, têm grande preocupação com a saúde sexual e buscam sistematicamente serviços ginecológicos. Entre as entrevistadas, apenas uma não se insere neste padrão.

³³ OLIVAR, J. M. *Guerras, trânsitos e apropriações: políticas da prostituição feminina de rua a partir das experiências de quatro militantes em Porto Alegre*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, UFRGS. Porto Alegre, 2010.

Mais de 70% das mulheres entrevistadas fazem o teste de HIV a cada três meses, e as demais a cada seis meses. Não foi possível, porém, aprofundar a análise deste padrão de comportamento para verificar se a periodicidade é induzida pela política de saúde, está relacionada a práticas concretas de risco, ou simplesmente reflete um hábito incorporado a suas vidas. Especificamente no caso das profissionais do Rio de Janeiro que trabalham na terma, a busca por serviços de saúde e a realização de exames é, de fato, determinada por regras sanitárias estritas definidas pelo estabelecimento, que paga uma clínica ginecológica e um laboratório para examinar e testar periodicamente suas trabalhadoras. Uma vez que a regra faz parte do regime de trabalho, quem se recusa a fazer o teste e os exames médicos periódicos, ou quem obtém um resultado positivo para o HIV, terá seu contrato suspenso. Entretanto, é preciso ressaltar que, no grupo estudado, essas normas sanitárias são bem vistas tanto pelas mulheres, como pela gerência. As mulheres dizem que tais medidas preservam o “nome da casa” e facilitam os próprios cuidados com a saúde e o bem estar³⁴. Outros estabelecimentos do mesmo tipo não foram pesquisados, mas é razoável supor que as mesmas regras sejam aplicadas em outras termas e casas, tanto no Rio de Janeiro como em Porto Alegre. Isto sugere que os controles de DSTs, no passado de certa forma impostos, hoje são parte de uma rotina do setor privado envolvido no mercado sexual.

A maior parte das mulheres entrevistadas em Porto Alegre, diferentemente das do Rio de Janeiro, conhece e acessa serviços do sistema público de saúde, como os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTAs), ou hospitais (como o Hospital Presidente Vargas, a Rede Conceição e o Hospital Fêmea). Com poucas exceções, elas são testadas para o HIV nos CTAs e buscam cuidados gerais de saúde na rede pública. Apenas duas das entrevistadas, ambas mais jovens (em torno de 25 anos), desconheciam a possibilidade de realizar testes pelo SUS. No caso do Hospital Presidente Vargas, é importante dizer que há um convênio com o NEP que facilita o acesso das profissionais do sexo vinculadas à ONG, aos serviços oferecidos pelo hospital.

Já no Rio de Janeiro, apenas três mulheres disseram ter usado recentemente os serviços da rede pública para fazer testes de HIV, sendo que duas tiveram este acesso por fazer parte da pesquisa *Corrente da Saúde* (ver item 4.2.2.3). Outras duas mulheres declararam ter recorrido a postos de saúde ou hospitais públicos para cuidado com a saúde de modo geral, inclusive a ginecológica. As demais recorrem a serviços privados, já que a maior parte tem plano privado de saúde, e quase todas informaram que, quando necessário, pagam diretamente por serviços médicos. Conforme mencionado, as profissionais que trabalham em termas contam com serviços de testagem e revisão ginecológica contratados pelo estabelecimento. As mulheres entrevistadas no Rio de Janeiro, de maneira geral, desconheciam a existência de serviços públicos para teste e tratamento do HIV/AIDS. Muitas sequer tinham ouvido falar de CTAs. Algumas vezes,

³⁴ É importante referir que a gerente esteve presente durante as entrevistas, o que pode ter coibido de algum modo a fala das profissionais do sexo ouvidas.

quando terminada a entrevista, pediam informações à pessoa que as entrevistou sobre o que são os CTAs e onde estão situados.

No caso das prostitutas de Porto Alegre, o maior conhecimento e acesso à rede de serviços do SUS pode ser explicado pela melhor qualidade dos serviços públicos na cidade e por uma tradição mais consolidada de participação cidadã. Mas, sem dúvida, deve-se tomar em conta a ação pedagógica e administrativa do NEP, em particular o convênio informal com o Hospital Universitário Presidente Vargas.

De acordo com a experiência das mulheres entrevistadas, a rede SUS parece estar mais bem estruturada para oferecer serviços de saúde em Porto Alegre do que no Rio de Janeiro, onde o SUS enfrenta, historicamente, problemas estruturais. Entretanto, em anos recentes e nas duas cidades, o funcionamento precário dos serviços municipais de saúde e de hospitais estaduais, assim como os problemas observados nos repasses de recursos para o trabalho de prevenção desenvolvido por ONGs, têm sido alvo de pesadas críticas e protestos. Neste sentido, não chegaram a surpreender a experiência e as percepções das profissionais do sexo, em especial no Rio de Janeiro.

Mas essas conclusões devem ser analisadas com cautela, pois o número de mulheres entrevistadas nas duas cidades foi muito pequeno, e não permite inferir uma avaliação ampla e consistente da rede SUS nessas localidades. Além disso, as trabalhadoras do sexo entrevistadas em Porto Alegre eram vinculadas ao NEP e, portanto, desfrutavam de um acesso mais sistemático à informação sobre serviços e, sobretudo, tinham acesso facilitado a um grande hospital público. Já as prostitutas entrevistadas no Rio de Janeiro não tinham vínculo com qualquer organização. Assim, suas experiências e percepções sobre o SUS correspondem, em linhas gerais, à da população como um todo. Muito possivelmente, se tivéssemos entrevistado em Porto Alegre mulheres que trabalham em casas ou boates, sem conexão com o NEP, os resultados poderiam ser mais parecidos com os do Rio de Janeiro. Da mesma forma, se as pessoas entrevistadas no Rio de Janeiro fossem mais próximas de organizações que lutam pelos direitos das prostitutas, talvez tivessem maior conhecimento a respeito dos serviços de testagem e tratamento.

Razões para fazer o teste e se cuidar

As profissionais do sexo de Porto Alegre se expressaram de maneira diferente no que diz respeito ao teste anti-HIV. Fizeram mais referências à periodicidade das testagens (três ou seis meses), enquanto as "cariocas", de modo geral, falaram mais sobre risco ou vulnerabilidade. Ou seja, para as do Rio de Janeiro, viver uma situação de risco é o motivo principal para fazer o teste. Por exemplo, duas mulheres com idade entre 45-55 anos afirmaram que há dois anos não faziam o teste, porque não tinham vivido situações de risco, ou seja, não tiveram nenhuma relação sexual sem camisinha.

Mas a experiência de risco também foi mencionada em Porto Alegre por uma prostituta, quando disse que "*depois de uma noite de orgia e cocaína, sempre acordo com a certeza de ter me colocado em risco*". Ela também informou que após um episódio desse tipo procura o NEP para receber orientação e ser encaminhada aos serviços médicos. Outra mulher, casada, afirmou que nunca havia

feito o teste porque só muito recentemente havia se tornado profissional do sexo, mas sabia que, a partir de então, precisava se testar e fazer revisões ginecológicas periódicas. Isto significa que ela percebe a prostituição como fator de risco, mas as relações sexuais no casamento lhe parecem automaticamente seguras. Este padrão de percepção é confirmado pelos achados de outros *surveys* sobre prostituição e HIV realizados no Brasil (Araújo, 2006; Chacham e Maia, 2000; e Pasini, 2000)³⁵.

4.1.3 Prevenção: mãos visíveis e invisíveis

Nas duas cidades, Porto Alegre e Rio de Janeiro, foram identificadas limitações significativas na oferta de ações de prevenção com boa qualidade. As mulheres entrevistadas não têm acesso sistemático à informação nos serviços públicos de saúde, e nesses serviços, muitas vezes, nem mesmo as camisinhas estão disponíveis. Uma das mulheres entrevistadas em Porto Alegre contou que a melhor fonte de informação sobre prevenção é a televisão. Embora as profissionais do sexo ouvidas em Porto Alegre tenham acesso mais fácil e sistemático aos serviços de saúde, elas consideram os programas de prevenção muito precários nas unidades do SUS, onde há filas enormes, listas de espera e quase sempre faltam preservativos. De maneira geral, a distribuição de camisinhas para profissionais do sexo é muito limitada na rede de serviços do SUS. A maior parte das unidades básicas de saúde não disponibiliza preservativos. Uma das entrevistadas disse que, na clínica por ela frequentada, as camisinhas só são disponibilizadas depois de uma consulta médica.

Supõe-se que a ausência de prevenção na rede SUS é compensada pelo trabalho de prevenção desenvolvido por ONGs. No caso de Porto Alegre, o GAPA, o SOMOS, o Nuances, o Igualdade e o próprio NEP distribuem camisinhas nas áreas de trabalho e sociabilidade de *michês*, travestis e prostitutas. Contudo, a cota de camisinhas recebidas pelas ONGs foi drasticamente reduzida nos últimos anos. Até dois anos atrás, o NEP recebia 100 preservativos ao mês por mulher, mas hoje esta cota está limitada a 30 preservativos/mês/mulher. Sobretudo, é preciso considerar que o trabalho de prevenção desenvolvido pelas ONGs, mesmo em seus melhores momentos, não conseguia atingir a totalidade da população envolvida com o trabalho sexual.

No Rio de Janeiro, a situação é ainda mais problemática, pois as atividades de prevenção realizadas pelas organizações de prostitutas e outras ONGs são mais débeis e

³⁵ ARAÚJO, R. *Prostituição: artes e manhas do ofício*. Goiânia: Cãnone Editorial, 2006.

CHACHAM, A. S.; MAIA, M. B. *Práticas Sexuais e Reprodutivas de Prostitutas da Zona Grande de Belo Horizonte, 1999*. In: XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 2000, Caxambu. Anais do XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Recife: ABEP, 2000.

PASINI, E. O uso do preservativo no cotidiano de prostitutas em ruas centrais de Porto Alegre. In: FÁBREGAS-MARTÍNEZ, A. I. e BENEDETTI, M. R. (org). *Na Batalha: sexualidade, identidade e poder no Universo da Prostituição*. Porto Alegre: Decasa/Palmarinca/GAPA-RS, 2000, 31-46.

limitadas. Problemas decorrentes da descentralização impediram que essas organizações recebessem os recursos financeiros que lhes cabiam, de acordo com os planos de prevenção das secretarias estadual e municipais de saúde. As entrevistas também nos dizem que, como já mencionado, as prostitutas desconhecem a existência de serviços públicos que fazem distribuição gratuita de camisinhas. Por outro lado, uma vez que o uso da caminha e os cuidados com a saúde estão incorporados às rotinas do mercado sexual, as mulheres ou seus clientes compram sistematicamente camisinhas nas farmácias, supermercados e outros locais de comercialização.

Esses achados sugerem que a ampla consciência das trabalhadoras sexuais acerca da importância da prevenção foi um efeito bastante positivo das políticas públicas implementadas desde os anos 1980. Por outro lado, o estudo indica que o acesso à prevenção pela população envolvida no mercado do sexo se dá, sobretudo, pelas mãos – mais ou menos visíveis – do mercado. Em Porto Alegre as áreas de prostituição são visitadas por lojas populares especializadas na venda de camisinhas. Suas clientes são, principalmente, trabalhadoras de espaços fechados que compram o produto a um preço que varia entre 10 e 20 centavos por unidade. Na Praça Mauá, zona portuária de prostituição do Rio de Janeiro, os pontos frequentados principalmente por marinheiros, os “gringos” pagam um dólar por caminha, vendida nos bares ou hotéis. Nas termas, o produto é cortesia da casa.

4.1.4 Qualidade da atenção e discriminação

A maioria das mulheres entrevistadas, nas duas cidades, considerou que não há serviços e programas públicos de saúde direcionados para as necessidades de profissionais do sexo, e que os serviços existentes são precários e sem qualidade. Duas das entrevistadas em Porto Alegre disseram que o acordo entre o NEP e o Hospital Getúlio Vargas abriu a possibilidade de acesso a um serviço “especializado” e de qualidade. Outra, na mesma cidade, elogiou o serviço do Hospital Fêmea onde, segundo ela, não ocorrem os problemas comuns ao serviço público, possivelmente porque se trata de um hospital só para mulheres. No Rio de Janeiro, duas mulheres entrevistadas na Praça Mauá disseram que a pesquisa *Corrente da Saúde* tinha facilitado o acesso a serviços, no Hospital Praça Onze, onde existe um tratamento diferenciado para profissionais do sexo. Estas exceções informam que o sistema público, como tal, não oferece uma resposta ampla e qualificada para corresponder às demandas das mulheres que trabalham no mercado sexual, no que diz respeito à prevenção, tratamento e atenção à saúde. Mas existem algumas unidades de saúde onde profissionais motivados/as individualmente fazem o possível para corresponder a essas demandas.

O estudo formulou perguntas para explorar a experiência de discriminação nos serviços de saúde. Embora as entrevistadas geralmente criticassem a qualidade dos

serviços públicos de saúde, apenas quatro mulheres chegaram a declarar que foram explicitamente discriminadas em clínicas públicas ou hospitais (três em Porto Alegre e uma no Rio de Janeiro). Duas das mulheres de Porto Alegre relataram experiências de discriminação numa circunstância bastante específica: quando foram doar sangue em hemocentros da rede pública. Ao responderem o questionário prévio, informaram que eram garotas de programa e foram automaticamente excluídas, uma exclusão que não se deu por preconceito do/a profissional de saúde que as atendia, mas em cumprimento ao protocolo oficial que define regras de triagem de doadores e doadoras de sangue. Este protocolo exclui não apenas profissionais do sexo, mas homens que fazem sexo com homens, pessoas tatuadas, pessoas que usaram drogas (especialmente injetáveis), entre outras regras que seguem vigentes, embora, desde alguns anos, o Grupo Gay da Bahia e outras ONGs do movimento gay tenham provocado um debate sobre o caráter discriminatório deste protocolo.

Duas mulheres, uma na capital gaúcha e outra na capital fluminense, mencionaram uma flagrante mudança de comportamento de médicos/as quando receberam a informação de que elas eram prostitutas. Uma das entrevistadas relatou o caso do médico que a olhou de maneira estranha, tomou distância e ficou visivelmente constrangido. Outro relato diz respeito a um médico que reagiu falando muito e, ao final da consulta, tentou beijar a cliente. Uma quinta entrevistada, de Porto Alegre, mencionou que, ao preencher a ficha no Hospital Getúlio Vargas, para onde foi encaminhada pelo NEP, informou que sua profissão era garota de programa. A funcionária do guichê devolveu a ficha, dizendo que trocasse a ocupação.

Mesmo em pequeno número, essas experiências explicam por que muitas profissionais do sexo, ao buscar serviços de saúde – públicos ou privados –, preferem esconder a profissão. A maior parte das entrevistadas nunca revela sua verdadeira ocupação a profissionais de saúde, exceto quando o médico é um “bom amigo”. Em geral, inventam estratégias para não se exporem e para evitarem o preconceito. Uma dessas estratégias é a de alegar outras profissões, como cabeleireira ou crecheira. Muitas prostitutas preferem buscar serviços de saúde “não especializados” (em HIV/AIDS por exemplo), exatamente para evitar a discriminação. Em Porto Alegre, uma jovem oriunda do interior do estado afirmou que, mesmo existindo um serviço especializado para atender trabalhadoras sexuais, ela o evitaria, pois, ao ser atendida, as pessoas presentes saberiam que ela era uma prostituta.

Isto não significa que todas as mulheres envolvidas com sexo comercial silenciem sobre a profissão. Ao contrário, muitas assumem desafiar a discriminação confrontando-se e expondo-se abertamente. Em Porto Alegre, as prostitutas “militantes” buscam constantemente persuadir suas colegas da importância de “se assumir”, especialmente para poder garantir um bom atendimento nos serviços de saúde. No Rio de Janeiro, uma prostituta já na terceira idade, que trabalha na Praça Mauá, disse que sempre reage

agressivamente diante da discriminação. Outra mais jovem, que trabalha no mesmo ponto e é casada com um italiano, afirmou que sempre declara sua profissão ao buscar um serviço de saúde, pois somente assim o/a médico/a poderá lidar com os riscos profissionais a que ela está exposta.

4.2 Programas e serviços de saúde: observação de campo e percepções de gestores/as e profissionais

Ao longo do estudo, foram visitadas nove unidades de saúde de diferentes níveis de complexidade, cinco destas em Porto Alegre: Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) Caio Fernando Abreu, CTA do Ambulatório de Dermatologia Sanitária (ADS), CTA do Centro de Orientação e Assessoria Sorológica (COAS) do Posto da Vila dos Comerciantes, Serviço de Assistência Especializado (SAE) em AIDS da Vila dos Comerciantes e Ambulatório de DSTs do Hospital Getúlio Vargas. No Rio de Janeiro os serviços visitados foram: Programa da Saúde da Família (PSF) da Lapa, CTA do Hospital Rocha Maia e CTA do Hospital São Francisco (também conhecido como Hospital Praça XI). Nesta cidade, estava planejada a observação do Posto de Assistência Médica (PAM) 13 de Maio, mas isto não aconteceu porque faltou uma autorização da gerência³⁶. No caso de Porto Alegre, a análise incluiu também uma descrição dos projetos de prevenção desenvolvidos por ONGs, em especial pelo NEP.

4.2.1 Porto Alegre

Formalmente, nenhum dos serviços observados em Porto Alegre desenvolve atenção específica ao HIV/AIDS ou atividades externas de prevenção para profissionais do sexo. O ambulatório de DST/AIDS do Hospital Presidente Vargas oferece um serviço diferenciado, em virtude do convênio com o NEP. As discussões nos grupos focais informaram que as prostitutas não recorrem aos CTAs em busca de serviços especializados em DST/AIDS e que o acesso à informação e prevenção do HIV/AIDS é sobretudo oferecido pelo próprio NEP. Testes e aconselhamento, quando acontecem, são feitos em consultas médicas regulares. Para algumas mulheres, essas consultas ocorrem em serviços do SUS, mas a maioria recorre aos serviços privados, pagos por elas ou por proprietários/as de casas, boates e *drink* bares.

³⁶ O PAM é uma unidade municipal importante no atendimento a pessoas soropositivas. Atende prostitutas e HSH envolvidos/as com trabalho sexual. Várias tentativas foram feitas para agendar visitas de observação e entrevistas com usuários e usuárias, mas nunca recebemos esta autorização.

4.2.1.1 Descrição dos serviços visitados

Unidade de saúde	Localização	Serviços e funcionamento	Comentários
CTA Cairo Fernando Abreu (Porto Alegre)	É parte do complexo hospitalar do Sanatório Partenon (Bairro Partenon). Nas cercanias, funcionam pontos de prostituição. Acesso de ônibus para quem vem de outros bairros.	Oferece ações básicas de testagem e aconselhamento e um Disque AIDS.	Funciona numa casa separada do complexo hospitalar. É bastante limpo e arejado. A coordenação investiu na adequação física do lugar para garantir privacidade nos aconselhamentos. No dia da visita, feita no período de férias, não havia atendimento.
COAS/CTA Vila dos Comerciantes (Porto Alegre)	Mais conhecido como “Antigo PAM3”, é uma das maiores unidades de saúde municipais e referência em AIDS. Está situado longe de áreas de prostituição, mas próximo de bairros e vilas, onde possivelmente vivem mulheres de camadas populares que fazem trabalho sexual.	COAS era o nome antigo dos hoje denominados CTAs. Esta unidade age de maneira idêntica a um CTA, priorizando usuários/as referenciados/as pelo próprio posto de saúde. Funciona por demanda espontânea, oferece palestras e assessorias individualizadas ministradas, principalmente, por psicólogos/as.	O COAS funciona numa sala da unidade de saúde. O acesso é bem sinalizado com cartazes sobre prevenção e com o símbolo do laço vermelho. O espaço é amplo, confortável e bem iluminado. As condições de privacidade para o aconselhamento são ótimas e há muito material sobre HIV/AIDS. Nos dias de observação, o fluxo de usuários/as era muito pequeno e, talvez por isto, o médico coordenador chegou mais de meia hora atrasado.
SAE Vila dos Comerciantes (Porto Alegre)	Localizado na mesma unidade em que funciona o CTA Vila dos Comerciantes	O SAE não é um centro de testagem, mas realiza acompanhamento médico de pessoas que vivem com o HIV.	O espaço físico do SAE proporciona menos privacidade que o COAS, a recepção é confusa e o ritmo de atendimento mais lento. Em uma das visitas realizadas, havia apenas um médico, que chegou tarde, enquanto várias pessoas o aguardavam. O médico coordenador não quis ser entrevistado para o estudo.
CTA do Ambulatório de Dermatologia Sanitária (ADS) (Porto Alegre)	Localizado no bairro Cidade Baixa, região central de Porto Alegre. É contíguo a boates e ruas onde há prostituição noturna.	Oferece os serviços típicos de um CTA. Usuários/as não precisam retirar ficha ou fazer fila, bastando passar pela recepção e informar que vão para o CTA. Ali recebem um formulário e seguem para a	O CTA fica no segundo e terceiro andares do ADS. A manutenção física é precária, mas as condições de privacidade são adequadas. Há algumas referências ao HIV/AIDS nos espaços de circulação.

continuação

Unidade de saúde	Localização	Serviços e funcionamento	Comentários
	<p>O acesso para quem vive nessas áreas pode ser feito a pé. Fica em frente ao Posto Modelo, grande unidade municipal de saúde.</p>	<p>entrevista individual, palestra ou testagem. As entrevistas individuais são curtas (10 minutos).</p> <p>Posteriormente, profissionais de saúde discutem a informação captada e um/a deles/as realiza a palestra ou aconselhamento coletivo (30 e 60 minutos). Após esta palestra, a testagem individual é feita numa sala próxima. O tempo total de permanência no serviço, para cada usuário/a, é de uma hora e meia ou duas horas. O resultado do teste fica pronto em dez dias.</p> <p>Na maior parte das vezes, usuários/as chegam referenciados/as por outros serviços do SUS, mas há também demanda espontânea.</p>	<p>Durante os três dias de visita, havia muitos/as usuários/as (mais homens que mulheres) e foi possível observar que as pessoas são recebidas e tratadas com muita cordialidade. Há grande disponibilidade dos/as profissionais de saúde.</p> <p>No período, ninguém se apresentou como trabalhadora ou trabalhador sexual e em nenhum momento a questão da prostituição foi discutida.</p>
<p>Ambulatório de DST/AIDS do Hospital Getúlio Vargas (Porto Alegre)</p>	<p>Localizado no bairro Independência, região central de Porto Alegre. Próximo a pontos de prostituição e acesso fácil para as pessoas de outros bairros.</p>	<p>Ambulatório regular do SUS. O atendimento é por solicitação de fichas ou agendamento de consultas. Segundo a enfermeira, o diferencial para profissionais do sexo encaminhadas pelo NEP é que aproveitam a consulta periódica de revisão para DSTs para solicitar um <i>check-up</i> geral. Isto porque tanto o serviço quanto o NEP consideram que as prostitutas não têm hábito de fazer revisões gerais de saúde.</p>	<p>O ambulatório está localizado em um andar iluminado, amplo e confortável. Mas os serviços desse andar não são apenas de HIV/AIDS. O material educativo e de comunicação é dirigido, sobretudo, às gestantes. Na recepção do andar, um cartaz informa que camisinhas não são disponibilizadas no guichê.</p> <p>Participantes de grupos focais afirmaram que o serviço é bastante bom, embora lento.</p>

4.2.1.2 A prevenção feita por ONGs: experiência do NEP

Como já mencionado, uma característica marcante da resposta brasileira à epidemia do HIV, desde os anos 1990, tem sido a parceria com ONGs e a transferência de recursos financeiros para que implementem ações de prevenção. Esta estratégia foi sobretudo valorizada no caso de grupos mais vulneráveis, como profissionais do sexo e HSH. Em Porto Alegre, esse modelo vem sendo construído há muitos anos e continua funcionando, embora nos anos recentes esteja pouco estruturado, em virtude das crises de funcionamento do SUS.

Nas ações de prevenção voltadas para pessoas envolvidas com sexo comercial em Porto Alegre, ainda estão ativas as seguintes organizações: GAPA/RS, NUANCES, SOMOS, Igualdade e NEP. As três primeiras ONGs citadas desenvolvem projetos de prevenção para homens homossexuais e outros HSH, distribuindo camisinhas em pontos de prostituição masculina e de travestis ou em lugares de pegação (sexo transacional que pode ou não envolver pagamento). O SOMOS também faz educação sexual com jovens HSH. O grupo Igualdade atua especificamente com travestis, na prevenção do HIV/AIDS. O NEP, por sua vez, faz um trabalho especializado de prevenção com prostitutas e monitora mulheres prostitutas que vivem com HIV/AIDS.

Por muitos anos, o NEP teve uma parceria com a prefeitura de Porto Alegre e uma das salas em que funciona a organização pertence ao município. Desde o final dos anos 1990, recebe recursos da política nacional de AIDS para trabalhos de prevenção, através das secretarias estadual e municipal de saúde. Hoje, essas ações incluem oficinas de uma hora sobre temas variados, intervenções em áreas de prostituição de rua e em locais fechados, encaminhamentos médicos e acompanhamento individual e coletivo de prostitutas. Qualquer prostituta cadastrada no NEP, que paga uma pequena taxa e participa de pelo menos uma oficina ao mês, tem acesso aos demais serviços e pode ganhar uma cota mensal de camisinhas. O número de camisinhas distribuídas depende da quantidade disponibilizada pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (em 2009 foram 30 por mulher/mês). As oficinas abordam DSTs e outros temas que possam interessar às mulheres, como direitos humanos e cuidados com a saúde.

As intervenções de rua são feitas por prostitutas “militantes”, acompanhadas de monitoras ou voluntárias. As prostitutas “militantes” são muito experientes no mercado sexual, envolvidas em trabalho político e bastante respeitadas. Nas intervenções, são feitos contatos com “donos/as de ponto”, gerentes e prostitutas. São espaços para discutir sobre direitos das trabalhadoras do sexo e sobre a importância da auto-estima e do cuidar-se. O NEP foi financiado pelo programa PACT-USAID até 2005, período em que as intervenções aconteciam, não apenas em Porto Alegre, mas também no interior do estado.

4.2.2 Rio de Janeiro

No Rio de Janeiro, as secretarias de saúde (municipal e estadual) não oferecem serviços voltados especificamente para trabalhadoras/es do sexo. Mas há iniciativas em unidades específicas, que buscam criar um ambiente mais favorável e implementar um atendimento mais efetivo para este grupo, especialmente com relação ao HIV/AIDS. Esta situação acaba por projetar a imagem de que são unidades especializadas.

O serviço mais conhecido do Rio é a unidade de Programa de Saúde da Família (PSF) da Lapa, cuja clientela prioritária são as travestis que vivem no bairro. Uma parcela significativa desta população está envolvida com o trabalho sexual e, portanto, o trabalho da unidade de saúde está diretamente relacionado à prostituição (ver item 4.2.2.2). Há muitos anos, o PAM 13 de Maio se especializou no atendimento a clientes soropositivos/as e, desde 2008, vem desenvolvendo ações de sensibilização para profissionais de saúde e usuários/as, com o objetivo de superação do preconceito contra gays e travestis. Outro serviço de saúde importante é o CTA do Hospital Praça XI (São Francisco), que funcionou como serviço de referência para prostitutas no começo dos anos 1990, durante a implementação do projeto *Previna* e, mais recentemente, foi pólo da pesquisa *Corrente da Saúde* (RDS) (ver item 4.2.2.3).

4.2.2.1 Descrição dos serviços visitados

Apresentamos, neste capítulo, um quadro sintético com informações sobre as unidades visitadas, informações adicionais sobre o trabalho realizado pelo PSF da Lapa e sobre a pesquisa *Corrente da Saúde*, realizada no Hospital São Francisco, que envolveu um número significativo de prostitutas.

Unidade de saúde	Localização	Serviços e funcionamento	Comentários
PSF da Lapa (Rio de Janeiro)	Localizado nas instalações do Hospital da Ordem Terceira do Carmo, muito próximo dos Arcos da Lapa, ponto tradicional de prostituição, especialmente de travestis.	Embora vinculado formalmente ao SUS (recebe, portanto, recursos da SMS), funciona numa instituição filantrópica católica e é administrado por uma universidade privada (Estácio de Sá). Os PSFs em todo o país trabalham basicamente com prevenção e promoção de saúde. O trabalho é realizado por profissionais e agentes de saúde, cobrindo um	Ocupa um andar completo do Hospital do Carmo: um grande corredor com consultórios em ambos os lados. O local é limpo, claro, bem cuidado, com muitas informações nas paredes. O primeiro consultório, ao lado da porta, é o da Dra. Valéria, que até julho de 2009 atendia prioritariamente as travestis. Quando visitamos o serviço e entrevistamos a Dra. Valéria, ela estava

continuação

Unidade de saúde	Localização	Serviços e funcionamento	Comentários
PSF da Lapa (Rio de Janeiro)		<p>território específico e realizando o trabalho a partir de contatos e redes familiares, sociais ou domiciliares de pessoas que vivem no local.</p> <p>No caso do PSF da Lapa, as ações de saúde com travestis ganharam relevância pela quantidade de travestis que vivem e trabalham nas ruas, hotéis e casas do bairro. Embora muitas mulheres prostitutas trabalhem na Lapa, a maior parte vive em outras áreas e, por isso, não são incluídas na ação do PSF.</p> <p>As ações começam com uma visita às residências para identificar suas necessidades e demandas. Caso necessário, as pessoas recebem informação, camisinhas ou são encaminhadas para serviços de saúde.</p>	<p>se preparando para deixar o posto, pois havia sido aprovada em concurso para a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Não ficou claro o que aconteceria com o serviço especializado para travestis depois de sua partida.</p>
CTA Rocha Maia (Rio de Janeiro)	<p>Situado no Hospital Municipal Rocha Maia, bairro de Botafogo. É difícil identificar o CTA, pois não há placas de sinalização. Em princípio, é uma unidade de referência para profissionais do sexo que trabalham em Copacabana e Ipanema.</p>	<p>Como em outros CTAs, o serviço oferece palestras educativas, testagem, aconselhamento individual e acompanhamento de pacientes soropositivos/as. A palestra observada foi muito breve, o que pode ser explicado pelo fato de ter acontecido na sala de espera. Este CTA inicialmente fazia parte do projeto <i>Corrente da Saúde</i>, como um dos dois centros de testagem que deram apoio à pesquisa. Mas, na prática, muito poucas mulheres buscaram este serviço e a equipe do CTA tinha questões quanto à metodologia da pesquisa. Isto levou à suspensão da parceria.</p>	<p>O espaço é confortável, mas não dispõe de sala de reuniões. Os consultórios são arejados e propiciam confidencialidade. O CTA dispõe de material educativo. A palestra assistida contou com cinco ou seis participantes, entre homens e mulheres. Não se fez menção à prostituição e não houve muito espaço para perguntas ou depoimentos.</p> <p>A enfermeira responsável disse que não atendem muitas “garotas de programa”: no máximo três por semana, todas provenientes da Zona Sul (Copacabana, Ipanema e Botafogo). O CTA não realiza atividades externas.</p>

continuação

CTA do Hospital São Francisco (Rio de Janeiro)	Ocupa espaço relativamente grande nas instalações do Hospital Escola São Francisco, que é a unidade de infectologia da UFRJ.	Oferece palestras educativas básicas, testagem, aconselhamento e acompanhamento de pessoas soropositivas. As palestras são ministradas por funcionários/as ou residentes. Como está vinculado a um hospital da UFRJ, este CTA se tornou um polo importante de pesquisas clínicas sobre HIV/AIDS e outras doenças infecciosas. Foi um dos centros de referência do projeto <i>Corrente da Saúde</i> para o componente que pesquisou a incidência do HIV/AIDS entre prostitutas no Rio de Janeiro.	As instalações do hospital são bastante antigas e mal conservadas. O CTA é facilmente localizável pela grande quantidade de material informativo sobre HIV/AIDS dispostos nas paredes e corredores. A coordenadora avalia, corretamente, que o CTA está localizado numa área da cidade privilegiada para facilitar o acesso de prostitutas, michês e travestis que trabalham no centro da cidade, pois é vizinho do Campo de Santana, na Central do Brasil. Está também muito próximo da Praça Tiradentes, Praça Mauá e Vila Mimosa. Entretanto, as únicas prostitutas entrevistadas que conheciam o serviço foram as que tinham participado da pesquisa <i>Corrente da Saúde</i> .
--	--	--	--

4.2.2.2 PSF da Lapa: um caso especial

As ações de prevenção, promoção e atenção à saúde desenvolvidas pelo PSF da Lapa são excepcionais em vários sentidos. Primeiro porque o Programa de Saúde da Família ainda é incipiente no município do Rio de Janeiro. Em segundo lugar, esta unidade em particular está instalada numa instituição filantrópica católica e nela o PSF é gerido por uma universidade privada não confessional. Ou seja, o serviço não pode ser descrito como uma unidade típica do sistema público de saúde, entre outras razões por que o programa, tal como projetado e implementado, resultou, sobretudo, do investimento e compromisso de uma única médica³⁷, que deixou o serviço em julho de 2009. Segundo esta profissional, em 2002, ela foi instada, por lideranças comunitárias, a mapear a área, na qual moram muitas travestis. Foi este mapeamento que levou à abertura de um PSF especialmente destinado a esse grupo populacional, geralmente mal atendido nas unidades de saúde existentes. No início do projeto, houve médicos/as residentes que expressaram resistência e preconceito frente às propostas de atendimento prioritário para travestis.

³⁷ Trata-se da Dra. Valéria Romano, médica de família, fundadora do PSF Lapa, que desenvolve um trabalho diferenciado com travestis. Atualmente, é professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Durante o estudo de caso, visitamos o PSF e tivemos a oportunidade de acompanhar uma agente de saúde³⁸ em duas visitas domiciliares. A primeira em um casarão antigo na Rua Mem de Sá, Lapa, onde encontramos Luciana, uma conhecida travesti considerada líder na região. O casarão, quase em ruínas, dispõe de dez quartos ocupados por travestis, e uma sala grande. A agente de saúde foi recebida com boas-vindas e apresentada às moradoras presentes: visitou os quartos, preencheu um formulário individual para cada residente, conversou com todas, marcou consultas médicas e distribuiu camisinhas insistindo no seu uso. Esta agente informou que casos de tuberculose são frequentes e muitas travestis são HIV-positivas.

A maioria das moradoras da casa veio das regiões Norte e Nordeste do país. Apenas uma era carioca. Algumas relataram ser frequentadoras assíduas do PSF e que eram bem atendidas. Referiram-se à médica do PSF com muito carinho. Algumas informaram que são “voluntárias de pesquisa” de um projeto de investigação clínica sobre a eficácia do antiretroviral Truvada (ARV Truvada) como prevenção medicamentosa do HIV (projeto IPREX). Por isto, também recebem tratamento médico em uma unidade pública, o Hospital Evandro Chagas, mas não conhecem qualquer outro serviço público de saúde. Mencionaram médicos/as particulares que prescrevem hormônios e aplicam silicone.

A segunda visita foi a um edifício moderno, mas bastante precário, localizado na Rua do Rezende. No quarto andar, Elizete bateu à porta de um apartamento, anunciando que era agente de saúde. Houve demora em abrir, mas, finalmente, duas travestis, bastante jovens introduziram a agente e o pesquisador a um pequeno espaço contendo eletrodomésticos e mobiliário básico. Uma terceira pessoa vive no apartamento, mas não estava presente. Uma das travestis tinha se submetido recentemente ao implante de silicone, sentia muitas dores e estava com dificuldade para movimentar-se. A agente de saúde cumpriu o ritual: preenchimento das fichas, perguntas, respostas, entrega de camisinhas e marcação de consultas.

A experiência do PSF Lapa é emblemática. Por um lado, informa que, de fato, o sistema de saúde precisa reconhecer as diferenças que caracterizam a população usuária e que profissionais de saúde precisam ser sensibilizados/as para lidar com as demandas que decorrem dessas diferenças. A marca “diferença” é especialmente flagrante no caso das travestis, pois suas expressões corporais e necessidades específicas de saúde, relacionadas às transformações do corpo, desafiam abertamente normas de sexualidade e gênero que predominam na visão e nas intervenções da saúde pública. Além disso, suas condições de vida, de saúde e de trabalho são, de modo geral, muito precárias, o que agrava situações de vulnerabilidade frente à AIDS, à violência e à discriminação. Neste sentido o investimento da equipe do PSF deve ser reconhecido como extremamente

³⁸ Identificada apenas por seu primeiro nome: Elizete.

positivo, inclusive porque implicou num esforço de formação dos/as profissionais de saúde da unidade em temas como gênero, sexualidade e trabalho sexual.

Por outro lado, a experiência do PSF nos diz que, na maioria dos casos, os bons exemplos de resposta às necessidades de saúde de profissionais do sexo são fruto de investimentos isolados de profissionais comprometidos/as. Não constituem políticas sistêmicas e sustentáveis. Concretamente, o PSF da Lapa foi promovido e mantido por uma médica que tinha grande interesse em trabalhar com travestis. Sobretudo, cabe dizer que, apesar do seu investimento no sentido de institucionalizar a experiência, a continuidade do trabalho não estava assegurada quando ela deixou a unidade, em julho de 2009.

4.2.2.3 O projeto *Corrente da Saúde*

Entre 2008 e 2009, o Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais financiou uma pesquisa nacional sobre incidência do HIV/AIDS em três grupos populacionais que experimentam condições de alta vulnerabilidade: profissionais do sexo, usuários/as de drogas injetáveis e HSH (categoria epidemiológica que no Brasil ainda inclui travestis e transgêneros). No Rio de Janeiro, a Pesquisa Comportamental e da Soroprevalência do HIV e da Sífilis em Profissionais do Sexo Feminino, conhecida como *Corrente da Saúde*, foi realizada pela Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (FIOTEC) da Fundação Oswaldo Cruz³⁹ e envolveu mais de 600 mulheres que foram testadas e responderam um extenso questionário sobre comportamentos, atitudes e práticas relacionadas com seu trabalho e com a epidemia⁴⁰.

A metodologia usada na pesquisa foi a RDS (*Respondent Driven Sample*) que se baseia na construção de redes de “sementes” aleatórias, que permitem captar a maior diversidade possível de situações no interior de um determinado espaço social⁴¹. Na rede criada pela pesquisa *Corrente da Saúde*, cada pessoa era considerada uma “semente” que deveria se conectar a outras três pessoas (ou “sementes”) e assim por diante. A estratégia inicialmente utilizada para recrutamento de sujeitos de pesquisa no Rio de Janeiro foi fazer contato com organizações de prostitutas. Entretanto, a primeira tentativa foi marcada por resistências, dificuldades de diálogo e descompassos. O grupo Fio d’Alma não respondeu e a equipe da Amocavim inicialmente negou o acesso à Vila Mimosa. A ONG DAVIDA – mesmo questionando os objetivos, enfoque e metodologia da pesquisa – decidiu colocar suas multiplicadoras voluntárias à disposição da pesquisa.

³⁹ No Rio de Janeiro, a *Pesquisa Comportamental e da Soroprevalência do HIV e da Sífilis em Profissionais do Sexo Feminino* foi coordenada pela Dra. Célia Landmann Szwarcwald.

⁴⁰ Essa descrição e análise se baseiam em entrevistas realizadas com quatro profissionais que trabalharam na pesquisa e com líderes das organizações de prostitutas.

⁴¹ Apresentação feita pela coordenadora da pesquisa no IX Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (Recife, PE novembro de 2009).

Esta deveria ser realizada a partir de duas unidades de saúde onde funcionam Centros de Testagem e Aconselhamento: o CTA do Hospital Praça XI (Hospital São Francisco) deveria recrutar prostitutas que trabalham no centro da cidade; e o CTA do Hospital Rocha Maia deveria recrutar profissionais do sexo que trabalham na Zona Sul, inclusive Copacabana.

Após alguns meses de investimento, a equipe da pesquisa *Corrente da Saúde* verificou que as “sementes” não estavam se multiplicando e que a rede não havia se constituído. Para superar esta dificuldade, a coordenação da pesquisa reuniu-se com a diretoria da Amocavim, que finalmente permitiu o acesso de pesquisadores e pesquisadoras à Vila Mimosa. Para conseguir o número de sujeitos/voluntárias de pesquisa (600) em tempo hábil, foi necessário alterar a metodologia. A lógica original das “sementes” e redes dispersas foi abandonada e o recrutamento foi feito por três ou quatro profissionais do sexo, que receberam um “incentivo” de 10 reais por cada mulher recrutada. As mulheres que vieram a ser sujeitos de pesquisa receberam lanches e vale transporte. Além disso, decidiu-se abandonar a pesquisa no CTA do Hospital Rocha Maia, ficando o CTA do Hospital Praça XI, próximo à Vila Mimosa, como única unidade de saúde de referência. A maior parte dos recrutamentos aconteceu nos dois primeiros meses de 2009. Segundo os/as pesquisadores/as e profissionais de saúde entrevistados/as, cerca de 400 mulheres pesquisadas (66%) foram identificadas na Vila Mimosa.

As mudanças na metodologia e o uso incisivo de incentivos financeiros foram justificados, pela coordenação da *Corrente da Saúde*, como única possibilidade de superar as dificuldades enfrentadas pelas organizações de prostitutas ao tentar recrutar mulheres. Tanto as mudanças na metodologia de recrutamento como outros aspectos da pesquisa foram severamente questionados pela Rede Brasileira de Prostitutas, com críticas encaminhadas à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Algumas das pessoas entrevistadas avaliaram que as críticas retardaram tanto a realização do estudo como a divulgação dos resultados. Do ponto de vista do presente estudo de caso, esta experiência foi relevante porque, no Rio de Janeiro, poucas prostitutas entrevistadas tinham informação sobre serviços públicos de saúde para testagem, aconselhamento e tratamento para HIV/AIDS. As duas únicas mulheres que conheciam esse tipo de serviço haviam participado da *Corrente da Saúde* que, dito de outro modo, se constituiu numa porta de acesso ao sistema público de saúde (o que não é exatamente uma situação ideal).

4.3 Percepções e atitudes de gestores/as e profissionais de saúde

Nesta seção, analisamos o discurso de gestores/as e profissionais de saúde no aspecto de suas percepções e práticas sobre o acesso de profissionais do sexo ao Sistema Único de Saúde (SUS). As entrevistas tiveram o objetivo de identificar os programas específicos

que, eventualmente, existiam no SUS, assim como obter informações sobre o tipo de atendimento recebido por profissionais do sexo. Fez-se um esforço no sentido de mapear os valores morais e ideológicos desses/as profissionais que poderiam estar influenciando sua visão e prática em relação a profissionais do sexo. Exploramos também as reflexões críticas desses/as gestores/as e profissionais da saúde sobre a política de HIV/AIDS, de maneira mais ampla. Esta análise está organizada segundo o lugar que as pessoas entrevistadas ocupavam nos níveis de gestão do SUS e aborda questões como planejamento e organização dos serviços, capacitação, interação entre profissionais de saúde e profissionais do sexo, assim como visões e experiências sobre discriminação e preconceito.

4.3.1 Perfil de gestores/as e profissionais de saúde

Foram entrevistadas/os profissionais qualificados/as, a maioria com especialização, mestrado ou doutorado. Todos/as optaram por atuar no campo da saúde pública e a maioria está há muito tempo envolvida com a resposta ao HIV/AIDS. Muitos/as transitaram ou transitam entre instituições de saúde e entre os vários níveis de gestão do SUS. Um/a típico/a profissional de saúde da amostra pode, simultaneamente, trabalhar numa Secretaria Municipal de Saúde e fazer consultorias contratadas por organizações internacionais. Vários/as exerciam funções de gestão ou de atendimento à saúde, mesmo quando foram contratados/as para trabalhar em vigilância epidemiológica. Podem ainda trabalhar no SUS e simultaneamente estar desenvolvendo pesquisas sobre HIV/AIDS em uma instituição acadêmica.

4.3.1.1 Secretarias do Estado de Saúde

A gerência da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul informou que o sistema público de saúde tem uma parceria sólida com organizações da sociedade civil, especificamente com o NEP de Porto Alegre, já que, entre 2004 e 2008, foram implementados seis projetos em parceria com essa organização. Prostitutas ativistas envolvidas com o NEP também participaram, entre 2007 e 2008, da elaboração do Plano Estadual de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de HIV/AIDS. Além disso, uma integrante do NEP está envolvida no processo de proposição de estratégias e políticas para a Secretaria de Estado de Saúde, por meio da participação ativa na Comissão de Campanhas da Secretaria (dispositivo formado por técnicos/as e integrantes da sociedade civil organizada). No Plano de Ações e Metas sobre HIV/AIDS de 2009, foi definida, como uma das ações a serem financiadas, a realização do Primeiro Seminário Estadual de Prostitutas, com o objetivo de avaliar as ações do NEP em 21 municípios do estado do Rio Grande do Sul. Esta avaliação foi feita através de convênios com a Secretaria Estadual de Saúde.

Gestores/as e técnicos/as que respondem pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES) informaram que não há ações e/ou equipes específicas para responder às necessidades de saúde de prostitutas ou profissionais do sexo. Entretanto, a SES estabeleceu parcerias com ONGs e as convidou para participar do planejamento do Plano de Ação e Metas para 2009 (PAM), como parte da descentralização do SUS. Esta é a razão pela qual, segundo os/as gestores/as estaduais, o PAM do estado do Rio de Janeiro já estaria contemplando aspirações e necessidades desta população específica. Antes da descentralização, o governo estadual financiava projetos de ONGs que trabalhavam especificamente com prevenção do HIV entre profissionais do sexo. O pessoal de gestão, assim como o pessoal técnico entrevistado, considera que esta etapa está superada, uma vez que, hoje, o nível estadual de gestão tem a responsabilidade de coordenar, mas não tem obrigação de implementar ações de atenção à saúde ou realizar busca ativa no campo da prevenção.

Atualmente, as parcerias do estado com ONGs se dão através do financiamento de alguns projetos e intervenções que estão incluídas no orçamento do PAM, tais como o apoio a eventos e o fornecimento de materiais educativos e camisinhas para que as próprias ONGs disponibilizem a seu público. Entretanto, há mais de quatro anos a SES não lança editais para projetos de prevenção a serem desenvolvidos pelas ONGs de modo geral. A ausência de um foco específico – ou prioridade para ações junto a profissionais do sexo ou outras populações vulneráveis – é justificada pelos/as gestores/as, que alegam muitas dificuldades para enquadrar esses grupos na programação geral das políticas de saúde. Por outro lado, eles/as também consideram que, de algum modo, as necessidades de profissionais do sexo estão incluídas nas diretrizes definidas pelas Secretarias Estaduais de Saúde, uma vez que o conceito de vulnerabilidade orienta todos os programas na área do HIV/AIDS. Segundo eles/elas, as questões relacionadas às prostitutas/profissionais do sexo são vistas como transversais, ou devem ser respondidas a partir de macroestratégias, como o Plano de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de HIV/AIDS.

Segundo as pessoas ouvidas, a partir desse marco mais amplo, uma das atribuições das secretarias estaduais é capacitar gestores/as municipais, de modo que possam identificar onde estão e quais são as necessidades das populações mais vulneráveis (inclusive prostitutas/profissionais do sexo). Entretanto, profissionais que trabalham no atendimento à saúde sentem falta de uma capacitação específica para responder às demandas e necessidades de pessoas envolvidas com trabalho sexual.

4.3.1.2 Secretarias municipais

Em Porto Alegre, as entrevistas com gestores/as informam que as ações de prevenção e assistência voltadas para prostitutas e/ou profissionais do sexo são pensadas a partir da

lógica ampla de universalidade do SUS. Ou seja, não se define um foco ou estratégia específica para este grupo populacional, seja em termos de ações do sistema, seja de capacitação. Um dos/as profissionais da área de gestão, ouvido em Porto Alegre, ilustrou essa abordagem com o exemplo de uma campanha de promoção da saúde realizada em 2007. Voltada para estudantes do ensino fundamental, esta campanha tratou de temas como drogas, DST/AIDS e tabagismo e também “debates sobre trabalho sexual”. Para as chamadas populações específicas, entre as quais estão profissionais do sexo, a metodologia de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde praticamente se resume a parcerias.

O trabalho em parceria e cooperação é basicamente direcionado à distribuição de camisinhas para prevenção e apoio a eventos propostos por essas organizações, que contam com o suporte financeiro das Secretarias para locação de espaços ou compra de passagens para participantes. O trabalho do NEP foi mencionado diversas vezes, nas entrevistas com gestores/as municipais, como ilustração de ações são desenvolvidas em colaboração com o movimento social. Quando perguntados/as sobre a necessidade de criar serviços diferenciados para profissionais do sexo, disseram não ter opinião formada sobre o assunto, e que caberia aos movimentos sociais de prostitutas deflagrar uma discussão sobre o tema, se considerassem necessária.

No Rio de Janeiro, as gestoras ouvidas também informaram que a principal estratégia adotada pela Secretaria Municipal de Saúde para responder as demandas desse grupo populacional é estabelecer parcerias com ONGs e associações comunitárias. Além disso, foi mencionado como pioneiro o projeto piloto de intervenção nos serviços, em funcionamento no PAM 13 de Maio, desde 2008. O objetivo é acolher travestis, profissionais do sexo e HSH nas unidades de saúde, com várias estratégias para superar as barreiras de acesso e acolhimento por parte de profissionais de saúde. Parte desta ação foi a realização de oficinas para estes/as profissionais, com a participação de diferentes atores da sociedade civil, como pessoas HIV positivas, homens gays, travestis e uma líder do movimento de prostitutas. O trabalho é coordenado por uma profissional de saúde em parceria com ONGs.

Contudo, a gerência do Programa Municipal de HIV/AIDS afirma que não são feitas capacitações mais amplas com profissionais de saúde para melhorar o atendimento a trabalhadoras do sexo. As gestoras do programa municipal reconhecem que, em anos recentes, o trabalho de prevenção e atendimento de gays e travestis teve mais atenção e prioridade do que aquele voltado para mulheres profissionais do sexo. As gestoras ouvidas recorreram a diferentes argumentos para explicar esse desequilíbrio, sendo um deles que a resposta do SUS é, em grande medida, determinada pela capacidade de mobilização das populações-alvo. Uma vez que, a seus olhos, gays e travestis são melhor organizados do que as prostitutas, a resposta que o sistema oferece reproduz esse desequilíbrio. Mas as pessoas entrevistadas também consideram que, concretamente, faltam profissionais de saúde habilitados/as para coordenar e implementar ações específicas com prostitutas.

Assim como em Porto Alegre, o trabalho que a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro realiza em parceria com Amocavim, Fio d'Alma e DAVIDA, restringe-se ao fornecimento de insumos de prevenção (como camisinhas e gel vaginal) e, ocasionalmente, apoio a eventos como seminários e encontros. Mas, segundo as gestoras, a eficácia de implementação dessas ações e a qualidade dos resultados dependem, em grande medida, da capacidade operacional das ONGs. A regra institucional define que, no caso das organizações não demonstrarem competência técnica, há duas alternativas: as ações não se realizam ou os projetos são interrompidos. Este comentário encerra uma crítica velada à capacidade das organizações de prostitutas em relação à prevenção do HIV/AIDS e outras intervenções de saúde.

4.3.2 Universalidade do SUS *versus* respostas específicas

Os CTAs não oferecem informação e atendimento específico para profissionais do sexo, seja em Porto Alegre, seja no Rio de Janeiro. A maior parte das pessoas entrevistadas nos CTAs ou nas demais unidades de saúde está convencida de que não se deve criar serviços especializados, pois estes tendem a produzir diferenciais entre as pessoas e a reforçar o estigma. No Rio Grande Sul, administradores/as da saúde do nível estadual entrevistados/as afirmaram, explicitamente, que sua principal responsabilidade é “*garantir a competência profissional e qualidade do atendimento*” no SUS e não criar “*serviços específicos*”.

Nos CTAs do Rio de Janeiro, embora sem contar com protocolos ou serviços específicos para pessoas envolvidas com trabalho sexual, uma profissional do Hospital Praça XI relatou que, há vinte anos, quando ainda não existiam os CTAs, o hospital implementou um projeto na antiga Vila Mimosa denominado *Corpos Juntos*, e que, em 2007, foram feitas intervenções de saúde na nova Vila Mimosa II, em parceria com a Amocavim. Entretanto, a mesma profissional afirmou que, de modo geral, o atendimento responde à demanda espontânea: “*Aqui recebemos as meninas como qualquer cidadão... e aí a gente faz com elas o que faz com todos...*”.

Segundo gestores/as do Rio de Janeiro, a perspectiva para o futuro é de que os CTAs não sejam os únicos locais onde as pessoas possam ser testadas e receber tratamento para o HIV/AIDS. O acesso da população como um todo à testagem será ampliado através da rede de atenção básica (postos de saúde, centros e Programa de Saúde da Família). Por sua vez, gestores/as e pessoal técnico de Porto Alegre consideraram o PSF uma opção estratégica adequada para atender prostitutas, pois, como chegou a afirmar um dos entrevistados, o PSF tem potencial para melhor lidar com a atenção a pessoas que tendem a ser excluídas dos serviços.

Embora gestores/as e profissionais entrevistados/as tenham enfatizado estratégias universais – em que pessoas envolvidas com trabalho sexual devem ter o mesmo

atendimento dispensado ao restante da população –, contraditoriamente, também valorizaram experiências concretas de atenção à saúde que enfocam vulnerabilidades específicas. Por exemplo, em Porto Alegre, muitos/as gestores/as elogiaram a parceria entre o NEP e o Hospital Getúlio Vargas, que redundou em alteração na rotina do hospital para assegurar o atendimento diferenciado às mulheres prostitutas. Da mesma forma, no Rio de Janeiro, as experiências do PAM 13 de Maio e do PSF da Lapa são citadas como exemplos positivos de sensibilização de profissionais e adequação do SUS para responder às “diferenças”.

4.3.2.1 Funcionamento dos serviços, qualidade da atenção e formação de profissionais

Embora a observação de serviços realizada por este estudo tenha sido bastante limitada, ela mostrou que, tanto em Porto Alegre quanto no Rio de Janeiro, ainda é muito precária e restrita a resposta da saúde pública às necessidades de prevenção e atenção das profissionais do sexo. Isto acontece até mesmo quando as condições são melhores, como no caso da capital gaúcha. Nas respostas sobre o perfil e qualidade dos serviços oferecidos a prostitutas, gestores/as reconheceram que, de modo geral, este atendimento se restringe à promoção da saúde. Poucas/os mencionaram que seria necessário, no caso desse grupo, enfatizar a periodicidade dos exames preventivos ou o acesso prioritário ao tratamento de DSTs. As poucas pessoas que mencionaram esse aspecto, no Rio de Janeiro, chamaram atenção para o fato de que os serviços disponíveis são precários. Por exemplo, profissionais de saúde ouvidas no Rio de Janeiro demonstraram preocupação com o fato de que muitas trabalhadoras do sexo já chegam doentes de AIDS nos CTAs que, por definição, são serviços de prevenção.

Várias pessoas entrevistadas também mencionaram que os horários de atendimento dos CTAs são inadequados para trabalhadores/as em geral e também para pessoas envolvidas com trabalho sexual. A proposta de criar horários especiais foi considerada uma boa alternativa por uma técnica da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, embora não exista qualquer proposta concreta neste sentido.

Deve-se dizer, sobretudo, que as questões e temas relativos à interseção entre prostituição e saúde não fazem parte dos programas de treinamento e capacitação. Profissionais de saúde relataram que desenvolvem suas habilidades para lidar com esse grupo populacional a partir da demanda e da experiência cotidiana. Com relação a médicos/as, mais especificamente, a percepção de outros/as profissionais de saúde escutados/as é de que essa questão não desperta seu interesse. Tanto em Porto Alegre quanto no Rio de Janeiro é unânime a opinião de que o tema do trabalho sexual deveria ser contemplado nos treinamentos sobre HIV/AIDS. Mas também se registra a percepção generalizada de que é insatisfatória a oferta de treinamentos, capacitação

e atualização em DST/AIDS incluída nos Planos de Ação e Metas aprovados pelas secretarias estaduais e municipais de saúde.

4.3.3 Preconceito, estigma e discriminação

Preconceito, estigma e discriminação são temas recorrentes nas entrevistas realizadas com profissionais de saúde de Porto Alegre e do Rio de Janeiro. Por um lado, esses/as profissionais reconhecem que as trabalhadoras sexuais e travestis são discriminadas e que isto é um problema. Em dois CTAs do Rio de Janeiro (um municipal e outro estadual), duas profissionais de saúde, em entrevistas separadas, relataram que as mulheres quase nunca se identificam como prostitutas. Uma delas afirmou que as mulheres não expõem sua profissão porque não querem ser vítimas de preconceito. Disse ainda que é comum presenciar cenas de pessoas discriminadas e maltratadas após receberem um resultado positivo do teste de HIV. Outra profissional de saúde entrevistada fez constante referência ao fato de ter atendido mulheres que “*não parecem que são prostitutas*”, que têm “*cara de mãe*”, “*cara de trabalhar em empresa multinacional*”, “*cara de doméstica*”. Dito de outro modo, de fato, a profissional de saúde entrevistada expressava seu próprio preconceito, ou seja, a concepção de que uma prostituta deve ter aparência de “puta”. Este clima moral e cultural explica por que muitas/os profissionais, sistematicamente, alteram, nas fichas de atendimento, a identificação profissional de “prostituta” para “doméstica”, mesmo quando a pessoa se autodefine como profissional do sexo.

Ao mesmo tempo, porém, várias pessoas entrevistadas consideraram que, quando as mulheres não dizem que são prostitutas, essa omissão pode prejudicar o diagnóstico, comprometer a qualidade da assistência e dificultar a vigilância epidemiológica. Por esta razão, algumas gestoras e profissionais de saúde entrevistadas no Rio de Janeiro pensam que a abordagem para prevenção do HIV entre profissionais do sexo deveria ser diferenciada, incluindo investigações mais detalhadas sobre a maior exposição às DSTs, à violência, ao uso de álcool e drogas, e sobre aspectos diretamente relacionados ao trabalho sexual, como é o caso da prática do sexo sem camisinha para aumentar o valor do programa.

Algumas experiências, como a do PSF da Lapa, sugerem que as barreiras do silêncio e preconceito podem, de fato, ser superadas. Uma enfermeira que trabalha em um CTA municipal do Rio de Janeiro também nos disse que, com base em algumas perguntas da entrevista que se faz para o aconselhamento ou testagem, ela consegue descobrir se a mulher é ou não prostituta, sem ter que forçar qualquer declaração. Outra profissional de CTA no Rio de Janeiro também afirmou que as mulheres são mais francas sobre seu trabalho ou identidade “*quando ganham um pouco mais de confiança no serviço*”.

Embora profissionais e gestoras/es entrevistadas/os tenham demonstrado grande sensibilidade em relação a questões de estigma, preconceito e discriminação, vieses são identificados nas formas como representam a prostituição. O mais frequente se revela nas percepções sobre as condições de trabalho na prostituição, como sendo sistematicamente de muita exploração e violência, envolvendo o uso de droga, e resultando em recorrentes problemas de saúde. Não houve espaço, nesses discursos, para descrições menos dramáticas da prostituição, ou para o reconhecimento de que trabalhadoras do sexo se cuidam e investem na própria saúde como parte da vida profissional. É uma visão que contrasta fortemente com o relato das mulheres investigadas neste estudo, que falam bastante a respeito do autocuidado e das revisões médicas. As percepções identificadas entre profissionais de saúde acerca do trabalho sexual podem ser explicadas tanto pelo imaginário social dominante sobre prostituição, quanto pelo perfil da clientela que chega aos serviços públicos de saúde, que parece corresponder aos grupos mais pobres e mais sujeitos a violência e outras formas de vulnerabilidade.

Finalmente, é preciso dizer que muitos/as profissionais de saúde, seja no Rio de Janeiro, seja em Porto Alegre, questionaram a representatividade das organizações de prostitutas e sua capacidade para efetivamente identificar e traduzir as demandas das profissionais do sexo. Este é um tema amplo e complexo que não foi completamente investigado. Mas consideramos importante mencionar essa percepção, pois ela difere radicalmente da percepção captada entre gestores/as federais da política nacional de AIDS e, sobretudo, influencia diretamente o perfil e qualidade das parcerias entre as instituições locais de saúde e o movimento organizado de prostitutas.

4.4 Conclusões

4.4.1 Política “expressiva” versus realidade da assistência à saúde

Sem dúvida, as políticas nacionais adotadas no Brasil, desde o final dos anos 1980, foram muito significativas e positivas, no sentido de abrir espaço para a participação cidadã das prostitutas, dar visibilidade, às suas experiências e promover seus direitos humanos, contribuindo, assim, para a superação do estigma e da discriminação. Este marco conceitual explica a posição adotada pelo governo brasileiro em 2005, quando se recusou a assinar a cláusula antiprostituição incluída no acordo Brasil-USAID. Ou seja, a dimensão “expressiva” das políticas estatais em relação à prostituição teve inequívocos efeitos positivos.

Além disso, os esforços sistemáticos de sensibilização e educação pública via campanhas e projetos de prevenção e direitos humanos para populações específicas

tiveram, no caso de profissionais do sexo, num sentido amplo, efeitos palpáveis de conscientização sobre riscos do HIV, sobre o uso do preservativo e, indiretamente, sobre a necessidade de cuidados sistemáticos de saúde sexual e de tratamento para HIV/AIDS.

Essas são as dimensões expressivas (ou seja, mais propriamente ideológicas) da resposta brasileira ao HIV/AIDS entre profissionais do sexo. Mas o estudo indica que há um enorme hiato entre essa qualidade expressiva e positiva da política brasileira e sua efetiva implementação no nível local. Este hiato é especialmente flagrante quando se trata do acesso aos serviços e sua qualidade, no caso da prevenção, e cuidados com a saúde sexual.

Este hiato decorre de múltiplos fatores e, sem dúvida, um deles é o processo de descentralização do SUS, com seus efeitos sobre a implementação da política nacional de HIV/AIDS⁴². Vale ressaltar que a lacuna entre as políticas e a realidade dos serviços em decorrência do processo de descentralização afeta o conjunto da população usuária do SUS. No caso de pacientes de AIDS e de pessoas que buscam informação e meios de prevenção, isso significa: demora no atendimento e na devolução de resultados de testes anti-HIV; falta de pessoal médico, de exames de carga viral e genotipagem, de acompanhamento adequado para prevenção de doenças oportunistas, de exames complementares para co-infecções como tuberculose, hepatites e outras DST; instalações precárias. Quando se trata das profissionais do sexo, essas lacunas são agravadas pelo alto grau de discriminação que sofrem, por parte da população como um todo e também dos/as profissionais de saúde, e pela inexistência de atendimento mais qualificado para este segmento.

No período analisado, foram adotadas, no plano federal, políticas de promoção e proteção, programas específicos e planos para ações diferenciadas, tais como: o Documento Referencial; ações de prevenção das DST e da AIDS para profissionais do sexo (2002); o Plano de Combate à Feminização da Epidemia de HIV/AIDS (2007); e o Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de AIDS e DSTs entre Gays, HSH e Travestis, (2008). Entretanto, há uma distância flagrante entre metas e intenções explicitadas nesses documentos e sua efetiva implementação nos planos locais estudados.

As entrevistas realizadas revelam ainda que os atores-chave (inclusive as próprias prostitutas), na maioria das vezes, não consideram adequada nem necessária a existência de serviços, programas ou metodologias diferenciadas para este grupo. Alguns/algumas profissionais de saúde e gestores/as questionam a homogeneidade da categoria profissionais do sexo apontando, sobretudo, questões de classe. Outros mencionam aspectos adicionais, relativos aos diferenciais de vulnerabilidade que caracterizam a experiência desse grupo populacional. Há gestores/as e profissionais de saúde acreditando que a questão não reside em ser ou não profissional do sexo, mas sim no uso que a pessoa faz de seu corpo.

⁴² Alexandre Grangeiro, apresentação "Acesso a serviços: novas estratégias para antigos problemas?", no seminário: Respostas frente à AIDS no Brasil: aprimorando o debate II. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. Rio de Janeiro, 18 de agosto de 2009.

A maior parte das prostitutas entrevistadas (e o próprio movimento de trabalhadoras do sexo) rechaça a proposta de serviços diferenciados, argumentando pela importância de assegurar tanto a universalidade do SUS, quanto o princípio da não-discriminação. Este grupo afirmou que os “diferenciais” devem ser considerados quando se trata de estabelecer horários especiais de atendimento e de melhorar a capacidade dos/as profissionais de saúde em responder a suas necessidades enquanto grupo. Mas, em geral, o segmento não apoia a proposta de um programa ou serviço separado.

Para além do debate sobre universalidade *versus* tratamento diferenciado, um número significativo de gestores/as e profissionais de saúde entrevistados/as avalia que a política brasileira de HIV/AIDS vem perdendo força e qualidade. Hoje, as equipes que trabalham nessa área da saúde pública não demonstram o mesmo entusiasmo e compromisso experimentados no passado, entre outras razões porque as condições estruturais de funcionamento do SUS e dos programas, pelo menos nos casos de Porto Alegre e Rio de Janeiro, estão bastante deterioradas.

Os impactos potenciais da suspensão dos recursos da USAID, em 2005, devem ser examinados à luz desse contexto mais amplo. Deve-se dizer que o episódio de 2005 não surgiu como um tema importante nas entrevistas com gestores/as estaduais e municipais, seja no Rio de Janeiro, seja em Porto Alegre. Isto pode ser explicado pela alta rotatividade de gestores/as, que faz com que muitos/as entrevistados/as não tenham participado das discussões de 2005. Ou, talvez, essa desatenção possa ser atribuída ao fato de que eles/as não venham priorizando temas relativos às prostitutas e profissionais do sexo. É preciso lembrar, ainda, que a suspensão do financiamento não afetou diretamente o orçamento dos programas públicos de saúde, mas sim a sustentabilidade das ONGs envolvidas em projetos de prevenção.

Certamente, entre a comunidade de ONGs, o episódio foi vivenciado de forma diferente. Por ocasião da crise, algumas vezes, sobretudo de grupos que trabalham com populações homossexuais, criticaram a decisão tomada pelo governo brasileiro de suspender o acordo, uma decisão considerada unilateral, pois à época não foi feita uma ampla consulta com gestores/as, profissionais de saúde e a sociedade como um todo. Mas, com o passar do tempo, essas críticas se diluíram, especialmente depois que se resolveram as tensões com a ONG Pact, que geria os recursos da USAID para prevenção.

Quando o tema da suspensão foi levantado durante a pesquisa, foram, via de regra, muito positivas as opiniões sobre a decisão de suspender o acordo, e as pessoas enfatizaram seu apoio à primazia da soberania nacional face a imposições de outro país cuja visão contradiz nossos princípios de direitos humanos e nossa legislação. Mas é preciso dizer que a maior parte das pessoas ouvidas não dispunha de informação qualificada ou maior clareza a respeito dos problemas decorrentes da descontinuidade do financiamento.

A observação empírica realizada indicou que o cenário de desorganização da rede pública de saúde – mais ou menos acentuado em Porto Alegre e no Rio de Janeiro – é mais relevante do que a suspensão dos recursos da USAID, como explicação para o fato de que as necessidades de prostitutas e trabalhadoras sexuais, de modo geral, não estão sendo respondidas pelos programas de prevenção e pelo atendimento público à saúde.

Como já mencionado, a maioria das trabalhadoras sexuais entrevistadas busca respostas para suas necessidades de saúde no setor privado (seguros de saúde ou médicos/as particulares) ou tem suas necessidades de prevenção do HIV e exames de rotina para controle da saúde sexual providos por seus/suas empregadores/as. De fato, um dos achados mais interessantes e preocupantes do estudo de caso é que no Brasil, hoje, uma política pública de saúde cujos discursos e diretrizes são muito progressistas no que diz respeito à atenção de saúde para pessoas envolvidas com trabalho sexual, coexiste como formas flagrantes de regulamentarismo, bastante similares ao modelo francês do século 19, que é implementado pelos grupos privados envolvidos com o mercado do sexo. Nossa mostra foi muito pequena, mas é razoável supor que esse padrão, ou modelo, é bastante frequente na indústria brasileira do sexo. Este aspecto certamente merece investigações mais aprofundadas.

4.4.1.1 Estigma, discriminação e preconceito

O material empírico coletado e as observações realizadas informam que, a despeito de mais de vinte anos de formulação de políticas e produção de um discurso oficial não discriminatório acerca da prostituição, gestores/as e profissionais de saúde estão pouco preparados/as para lidar com a complexidade cultural do trabalho sexual e com as experiências das pessoas nele envolvidas.

Mesmo quando não percebido, reconhecido ou adequadamente elaborado, ainda prevalecem no SUS traços fortes de preconceito e estigma contra mulheres prostitutas e demais profissionais do sexo. Esse vieses podem ser explicados pela dificuldade estrutural em lidar com a diferença ou “o outro”, e pela tendência de atribuir à pessoa discriminada a responsabilidade pelos padrões existentes de discriminação. Quando perguntados/as se foram preconceituosos/as no atendimento a trabalhadoras do sexo, a maioria considerou que não pratica atitudes discriminatórias. Mas foram unânimes em afirmar que existe muito preconceito e discriminação no sistema de saúde, em relação ao HIV/AIDS e prostituição. Também foram recorrentes discursos segundo os quais a responsabilidade pela discriminação é das/os profissionais do sexo. Vários/as gestores/as e profissionais falaram de estigma internalizado, referindo-se, conforme suas próprias palavras, ao problema do “autopreconceito” e da “autoexclusão”. Os sinais de preconceito, discriminação e estigma não estão presentes apenas nos serviços de atendimento. São também palpáveis na esfera da gestão e planejamento de políticas.

Uma das gestoras entrevistadas mencionou ter ouvido de uma pessoa (um homem) que ocupava um alto nível decisório do SUS que ele “*não ia gastar dinheiro comprando testes de HIV/AIDS para drogados e putas!*”.

4.4.2 Quem é responsável pela prevenção em HIV/AIDS?

Um avanço importante da resposta brasileira ao HIV/AIDS, observado desde os anos 1990, foi a crescente participação de pessoas diretamente envolvidas ou afetadas pela epidemia na elaboração de normas e programas de prevenção e promoção da saúde. Essa nova orientação se baseou na compreensão de que, assim procedendo, o sistema público de saúde estaria garantindo que as necessidades desses grupos fossem adequadamente contempladas, pois o novo formato facilitaria a identificação das circunstâncias de vulnerabilidade e a adoção mais consistente de iniciativas para a promoção de direitos e da saúde.

Quanto às ações de prevenção do HIV/AIDS, a grande maioria dos serviços de saúde no Brasil e, particularmente, os serviços investigados se limitam a distribuir insumos como camisinhas masculinas (de forma mais abrangente) e femininas (em unidades de saúde específicas). As intervenções educacionais afirmativas e o apoio social para sustentar o comportamento mais seguro entre os segmentos populacionais sob maior vulnerabilidade, como profissionais do sexo, são aspectos considerados inatingíveis pelo setor público de saúde, pois as equipes de DST/AIDS não fazem ações educativas fora das unidades e busca-ativa. As ações de prevenção são concebidas para serem desenvolvidas pelas organizações da sociedade civil que têm maior proximidade com essas populações. Contudo, como foi observado, atualmente as ONGs estão recebendo pouquíssimos recursos dos governos federal, estadual e municipal para implementar projetos de prevenção. Ou pelo menos isso é o que se observa nos estados do Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul.

Por outro lado, os resultados da pesquisa mostram também que, hoje em dia, ao menos nas duas cidades estudadas, as estratégias de prevenção do HIV/AIDS e promoção da saúde acontecem a partir das demandas de grupos organizados. Não decorrem de estratégias de planejamento de políticas e programas, eventualmente baseados em evidências científicas e epidemiológicas. Em outras palavras, se um grupo da sociedade civil tem competência para se organizar e cobrar ações das secretarias de saúde, as iniciativas de prevenção provavelmente acontecerão, inclusive com distribuição de camisinhas e sensibilização de profissionais. Mas, se os grupos não se mobilizam ou não têm capacidade de liderança, pode ser que nada aconteça. Isto sugere que os sistemas de gestão municipal da resposta ao HIV/AIDS vêm se distanciando das realidades epidemiológicas, o que parece estar causando dissonância entre as ações planejadas e as reais necessidades.



ANEXOS

Anexo 1

Pessoas entrevistadas e outras fontes

Pessoas Entrevistadas

Primeira fase

- Ângela Donini, Oficial de Programa do FNUAP (escritório Brasil), anteriormente técnica do então Programa Nacional de DST/AIDS, Brasília – vice-coordenadora do Departamento de Prevenção.
- Carmen Lúcia, do NEP/RS (organização que estuda profissionais do sexo no Rio Grande do Sul).
- Cleide Almeida, presidente da Amocavim (organização de profissionais do sexo no Rio de Janeiro).
- Denise Serafim, Programa Nacional de DST/AIDS, Brasília – Departamento de Prevenção.
- Gabriela Leite, presidente da DAVIDA (ONG de profissionais do sexo no Rio de Janeiro).
- Ivanilda Santos, presidente da Fio D'alma (ONG de profissionais do sexo no Rio de Janeiro).
- Lilia Rossi, diretora de programa da ONG PACT Brasil (projeto USAID) – anteriormente funcionária do então Programa Nacional de DST/AIDS.
- Magali Eleutério, do Programa Nacional de DST/AIDS, Brasília – Departamento de Prevenção, Monitoramento e Supervisão de Projetos.
- Roberto Chateaubriand, do GAPA/MG (Grupo de Apoio a Pessoas Vivendo com HIV/AIDS em Minas Gerais).
- Vânia Costa, Programa Nacional de DST/AIDS, Brasília – Departamento de Prevenção.

Segunda fase

Oficiais de programa nos níveis estadual e municipal

- Alexandre Chieppe, gerente de DST/AIDS na Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.
- Jane Portella, assistente social, técnica da área de prevenção da Assessoria de DST/AIDS da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (há mais de 10 anos).
- Lilian Lauria, médica sanitária e epidemiologista, gerente de DST/AIDS do Programa Municipal de AIDS do Rio de Janeiro (há cinco anos).
- Giselle Israel, médica, especialista em Psiquiatria e Saúde Pública, técnica da Coordenação de DST/AIDS da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (trabalha há 16 anos na secretaria).
- Mônica Pinto, da Coordenação de DST/AIDS do Município de Nova Iguaçu.

- Miriam Gizele Madeiros Weber, assessora em DST/AIDS da Assessoria em Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde.
- Tânia Figueiró, coordenadora da seção de Controle de DST/AIDS do Departamento de Ações em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Rio Grande do Sul.

Profissionais de saúde de secretarias estaduais e municipais

- Carla Araújo, enfermeira, mestre e doutora em Enfermagem, professora da UFRJ. Trabalha também do Hospital São Francisco de Assis e na pesquisa *Corrente da Saúde*.
- Débora Fontenelle, médica generalista, doutora em Saúde Coletiva e ex-coordenadora do CTA do Hospital Rocha Maia.
- Dimas Alexandre Kleimam, coordenador do COAS da SMS de Porto Alegre, médico infectologista do Serviço de Atenção Especializada (SAE) e do Hospital Conceição.
- Fernando Freitas, psicólogo, mestre e doutor em Psicologia, professor de Psicologia da Uerj, coordenador do PRODEM (Coordenação de Pesquisa em Demandas Sociais) e da pesquisa *Corrente da Saúde* no Rio de Janeiro.
- Helena Malerba, enfermeira do Ambulatório de DST do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas.
- Jorge Eurico, médico sanitarista, integrante do projeto IPREX.
- Ludia Mondini, coordenadora do CTA Caio Fernando Abreu em Porto Alegre, coordenadora estadual de CTAs.
- Maria Lúcia, técnica de enfermagem do CTA de Rocha Maia, responsável por aconselhamentos pré e pós-teste anti-HIV.
- Rosa Mayer, psicóloga do CTA do Ambulatório de Dermatologia Sanitária em Porto Alegre.
- Sonia Batista, psicóloga, doutoranda em Planejamento e Saúde no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), fundadora e coordenadora (até 2008) do CTA do Hospital São Francisco de Assis (conhecido como Hospital Praça XI), assessora da coordenação deste hospital. É também consultora do Ministério da Saúde para a formação dos CTAs.
- Valéria Romano, médica de família, iniciadora do PSF da Lapa, atualmente professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Outras fontes

Discursos proferidos no 7º Congresso Brasileiro de Prevenção das DST/AIDS, realizado Florianópolis-SC, em junho de 2008: Keyla Simpson, Gabriela Leite, Lilia Rossi e Magaly Eleutério.

Anexo 2

Síntese dos grupos focais e do *survey* realizado com mulheres profissionais do sexo

Grupos Focais - Porto Alegre

Grupo 1	Grupo 2	Totais e tendências
Número de participantes: 7	Número de participantes: 6	Número total de participantes: 13
Pagamento médio por serviços sexuais (programa) R\$ 20-50	Pagamento médio por serviços sexuais (programa) R\$ 20-50	
Idades 3 mulheres 20-25 anos 1 mulher 26-30 2 mulheres 46-50 1 mulher 50-55	Idades 2 mulheres 26-30 anos 1 mulher 31-35 1 mulher 36-40 2 mulheres 46-50	
HIV/AIDS 2 mulheres HIV+	HIV/AIDS 1 mulher HIV+	3 mulheres HIV+
Local de trabalho Na rua 2 mulheres “Casas”, boates e bares 5 mulheres	Local de trabalho Na rua 3 mulheres “Casas”, boates e bares 3 mulheres	Local de trabalho e outras características As 5 mulheres que trabalham na rua são mais velhas e uma delas é HIV+. As 8 mulheres que trabalham em “casas”, boates e bares são mais jovens e 2 são HIV+.
Cuidados com a saúde		
Todas as 7 mulheres buscam serviços de saúde regularmente, para assistência ginecológica e outras necessidades.	Uma mulher vai aos serviços de saúde quase todos os dias. Uma mulher nunca foi a nenhum serviços de saúde. As demais mencionaram que havia estado no médico. Na semana anterior 1 mulher 3 meses antes 1 mulher 6 meses antes 1 mulher 8 meses antes 1 mulher	As mulheres ouvidas em Porto Alegre cuidam bastante de sua saúde, especialmente da saúde sexual e reprodutiva e medidas de prevenção. Também buscam serviços de saúde para outros membros da família, especialmente as crianças. As mulheres HIV+ têm uma relação ainda mais próxima com os serviços de saúde. A única mulher do grupo que nunca havia ido ao médico migrou do interior do estado e só muito recentemente começou a trabalhar como profissional do sexo.

continuação

Grupo 1	Grupo 2	Totais e tendências
<p>Onde fizeram o teste anti-HIV</p> <p>Serviço privado 1 mulher Serviços públicos 6 mulheres</p> <p>Uma mulher não sabia que podia fazer o teste em serviços públicos; outra não sabia diferenciar entre serviço público e privado.</p>	<p>Onde fizeram o teste anti-HIV</p> <p>Serviço privado 2 mulheres Serviço público 3 mulheres Nunca testou 1 mulher</p>	<p>3 mulheres fizeram o teste em serviços privados. 9 fizeram em serviços públicos. 1 nunca fez o teste.</p>
<p>Periodicidade do teste anti-HIV</p> <p>A cada 6 meses 6 mulheres A cada 2 anos 1 mulher</p>	<p>Periodicidade do teste anti-HIV</p> <p>A cada 2 anos 1 mulher A cada 3 meses 3 mulheres Quanto se coloca em risco 1 mulher Nunca testou 1 mulher</p>	<p>A maioria das mulheres ouvidas faz o teste em períodos entre 3 e 6 meses. Isso inclui as 3 mulheres HIV+ que têm que fazer testes de carga viral e outros exames.</p> <p>2 mulheres mais velhas não fizeram o teste em dois anos porque não estão em risco.</p> <p>1 mulher avalia se deve ou não testar, conforme o risco a que se expõe.</p> <p>1 mulher nunca testou.</p>
<p>Por que fazer o teste?</p> <p>Casos na família. Riscos de trabalho (modalidades de sexo, uso de drogas, violência). Rompimento da camisinha.</p>	<p>Por que fazer o teste?</p> <p>Revisão regular de saúde. Acidentes de trabalho e situações de risco.</p>	<p>Casos na família. Rompimento da camisinha. Revisão regular de saúde. Acidentes de trabalho e situações de risco.</p>
<p>Serviços especializados em HIV/AIDS</p> <p>São bem conhecidos pelas 2 mulheres HIV+, mas nem tanto pelas demais. Uma delas ficou surpreendida ao saber que podia fazer o teste num serviço público.</p>	<p>Serviços especializados em HIV/AIDS</p> <p>São bem conhecidos por 5 das mulheres.</p>	<p>São razoavelmente conhecidos pela maioria das 13 mulheres.</p>
<p>Serviços de saúde geralmente utilizados</p> <p>Uma das mulheres busca serviços privados e as demais recorrem a serviços públicos.</p>	<p>Serviços de saúde geralmente utilizados</p> <p>5 mulheres vão a serviços públicos de saúde; uma reclamou que não estava conseguindo ficha para consulta; e uma busca serviços privados.</p>	<p>A maioria das 13 mulheres recorre a serviços públicos de saúde. Uma nunca foi ao médico.</p>

continuação

Grupo 1	Grupo 2	Totais e tendências
<p>Onde obtiveram informações sobre prevenção do HIV</p> <p>Todas recebem camisinha e informação do NEP.</p> <p>Uma disse que há palestras nos hospitais, mas que ela nunca vai.</p>	<p>Onde obtiveram informações sobre prevenção do HIV</p> <p>Todas recebem camisinhas e informação do NEP, mas não sabem dizer em que serviço de saúde se pode conseguir informação sobre prevenção do HIV. Os preservativos podem ser conseguidos. Referem-se a farmácias e outra redes de comércio.</p>	<p>As mulheres, em geral, desconhecem a existência de serviços de saúde onde se pode obter informação sobre prevenção do HIV.</p>
<p>Acesso a camisinhas</p> <p>Majoritariamente no NEP.</p> <p>Nos CTAs e outros serviços especializados são distribuídas entre 6 e 15/camisinhas/mulher/mês.</p> <p>Nos outros serviços não há camisinhas.</p>	<p>Acesso a camisinhas</p> <p>Majoritariamente no NEP (entre 30/40 camisinhas/mulher/mês).</p> <p>Nos CTAs são distribuídas entre 12 e 15 camisinhas/mulheres/mês.</p> <p>Há um serviço público de saúde onde, para receber a camisinha, é preciso passar pela consulta.</p> <p>Duas mulheres dizem ter comprado camisinhas e que elas são caras.</p>	<p>O NEP é o provedor mais importante de camisinhas.</p> <p>Há muitas versões quanto à cota mensal de camisinhas.</p> <p>As camisinhas estão disponíveis nos serviços especializados em HIV, mas não na rede como um todo.</p> <p>Duas mulheres não sabiam que os serviços públicos distribuía camisinhas.</p> <p>Nos dois grupos se mencionou que camisinhas de baixo custo são comercializadas nas zonas de prostituição.</p>
<p>Discriminação</p> <p>2 mulheres foram impedidas de doar sangue.</p> <p>Uma mulher informou que um médico alterou completamente sua atitude quando soube que ela era prostituta.</p>	<p>Discriminação</p> <p>Uma mulher disse que a enfermeira pediu para ela alterar a profissão na ficha.</p> <p>Uma mulher disse que um médico tentou beijá-la.</p>	<p>A conversa levantou muitas questões, tais como:</p> <p>O que é ser discriminada?</p> <p>Quem avalia a discriminação nos serviços de saúde?</p> <p>Devemos apenas falar que somos prostitutas quando se trata de HIV/AIDS? Ou também quando buscamos outros tipos de serviço?</p>
<p>Qualidade dos serviços públicos de saúde</p> <p>Uma “merda”.</p> <p>Muito ruim.</p> <p>O Hospital Fêmeina é uma exceção porque é um “hospital de mulheres”.</p>	<p>Qualidade dos serviços públicos de saúde</p> <p>Os serviços especializados em HIV são bons, o resto na rede é muito ruim.</p>	<p>A avaliação da qualidade dos serviços públicos é muito negativa.</p> <p>Os serviços especializados em HIV/AIDS são melhor avaliados.</p>

Survey realizado no Rio de Janeiro

Na Praça Mauá	Nas termas	Totais e tendências gerais
Número de entrevistadas: 7	Número de entrevistadas: 11	Número de entrevistadas: 18
Pagamento médio por serviços sexuais (programa) R\$ 100, mas não tivemos informação sobre os custos e comissões pagos aos bares, casas ou cafetão e cafetinas.	Pagamento médio por serviços sexuais (programa) R\$ 110, e a terma pode cobrar até 50% de “custos administrativos”.	Não há grande diferença entre os valores de programa na rua ou na terma.
Idades Variando de 24 a 40 anos.	Idades Variando de 24 a 33 anos.	
Local de trabalho Na rua, as mulheres foram entrevistadas na Praça Mauá, mas circulam por outros lugares, como a Praça Tiradentes e Copacabana.	Local de trabalho Numa terma que fica aberta durante o dia e na primeira parte da noite (até 22h30/23h).	Geralmente, as mulheres que trabalham nas ruas não trabalham em saunas e vice-versa.
Cuidados com a saúde Todas as 7 mulheres fazem revisões ginecológicas periodicamente (entre 3 e 6 meses).	Cuidados com a saúde Revisões ginecológicas sistemáticas (entre 3 e 6 meses).	
Onde foi feito o último teste anti-HIV Serviços privados 5 mulheres No Hospital São Francisco (Praça XI) 2 mulheres (participantes da pesquisa RDS – <i>Corrente da Saúde</i>).	Onde foi feito o último teste anti-HIV Clínica privada paga pela terma 10 mulheres Serviço público 1 mulher	
Periodicidade do teste anti-HIV Todas entre 3 e 6 meses.	Periodicidade do teste anti-HIV Todas entre 3 e 6 meses.	Todas testam regularmente.
Serviços de saúde geralmente utilizados Serviços privados 5 mulheres Serviços públicos 2 mulheres	Serviços de saúde geralmente utilizados Todas as mulheres recorrem a serviços privados, mesmo quando algumas tenham buscado serviços públicos em algum momento da vida.	Prevalecem os serviços públicos.
HIV/AIDS/DST Nenhuma mulher HIV+	HIV/AIDS/DST Negativas 9 mulheres Sífilis (no passado) 1 mulher HIV+ 1 mulher	Taxa de infecção baixa.

continuação

Na Praça Mauá	Nas termas	Totais e tendências gerais
<p>Uso de camisinha</p> <p>Sempre 5 mulheres Nem sempre 2 mulheres</p>	<p>Uso de camisinha</p> <p>Todas as 11 entrevistadas alegam usar camisinha sempre, mas é preciso considerar que a gerente participou da conversa.</p>	
<p>Acesso a camisinhas</p> <p>4 mulheres recebem camisinhas via projeto de prevenção da ONG DAVIDA. 3 mulheres dizem que os cliente pagam as camisinhas. (1 US\$ por camisinha, nos bares da área)</p>	<p>Uso de camisinha</p> <p>A terma dá as camisinhas 7 mulheres A terma dá e as profissionais compram 3 mulheres A profissional compra 1 mulher</p>	<p>O acesso combina camisinhas distribuídas pelo SUS através de ONGs e mercado.</p>
<p>Onde obtiveram informações sobre prevenção do HIV</p> <p>Médicos privados 4 mulheres Projeto prevenção DAVIDA 1 mulher Num serviço público de saúde não especializado 1 mulher Hospital São Francisco 1 mulher</p>	<p>Onde obtiveram informações sobre prevenção do HIV</p> <p>A maioria nunca recebeu informação sistemática sobre HIV/AIDS. Uma disse ter conversado com o médico do laboratório onde fez o teste. Outra mencionou sua mãe e um médico privado.</p>	<p>A informação é obtida de fontes muito diversas, mas, em geral, predominam serviços privados. As mulheres que trabalham na terma são testadas periodicamente, mas não recebem informação qualificada sobre DSTs e HIV/AIDS.</p>
<p>Experiência de discriminação na sociedade</p> <p>5 mulheres declararam ter sido discriminadas por serem prostitutas. Uma disse não saber e outra informou nunca ter sido discriminada.</p>	<p>Experiência de discriminação da sociedade</p> <p>3 mulheres dizem ter sido discriminadas por causa da profissão. 8 mulheres dizem que não sofrem discriminação porque ninguém sabe que elas são profissionais do sexo.</p>	<p>A discriminação aberta parece ser mais frequente no caso das profissionais que trabalham nas ruas. As mulheres que trabalham nas termas estão mais protegidas, inclusive porque podem não dizer em que trabalham.</p>
<p>Discriminação em serviços de saúde</p> <p>1 mulher diz ter sido discriminada por um médico. 6 dizem nunca ter sido discriminadas, mas também nunca informam que são prostitutas. 1 mulher diz que sempre informa ao médico sobre sua profissão.</p>	<p>Discriminação em serviços de saúde</p> <p>Nenhuma das 11 mulheres informou ter sido discriminada. Todas elas só informam sobre a profissão aos médicos da clínica contratada pela sauna.</p>	<p>Embora a maioria das mulheres informe não ser discriminada, ora prevalece a regra do silêncio, ora são atendidas por profissionais que sabem que elas são prostitutas.</p>

Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS

Av. Presidente Vargas, 446/13º andar - Centro
Rio de Janeiro - RJ - Cep: 20071-907 - Brasil
Tel.: (55 21) 2223-1040 Fax: (55 21) 2253-8495
E-mail: abia@abiaids.org.br www.abiaids.org.br

